22500141566

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° *Spécimen.* 1re ANNÉE. Mardi, 21 Décembre 1852.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : A mes Lecteurs ; plan du Journal. — CLINIQUE DES HOPITAUX : Nouvelles bandes à saigner. — CLINIQUE CIVILE : Abcès par congestion guéri par l'iodure de fer. — ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Paris, 21 décembre 1852.

A mes Lecteurs.

C'est vous qui m'avez fait le peu que je suis ; c'est à vous que je dois compte d'abord des motifs qui m'ont fait entreprendre l'œuvre nouvelle pour le succès de laquelle j'ai besoin de compter, plus que jamais, sur les généreuses sympathies dont vous m'avez donné tant de preuves.

Lorsqu'en 1848, des circonstances fâcheuses firent sortir la *Gazette des Hôpitaux* des mains qui la dirigeaient depuis sa fondation, ce journal avait perdu et perdait chaque jour, de plus en plus, dans la presse médicale, le rang qu'il y avait toujours occupé. C'est dans ces conditions que la rédaction m'en fut confiée ; et, grâce à des efforts que vous avez bien voulu encourager, la *Gazette* a fait plus que de reprendre ce qu'elle avait perdu.

Ces efforts, cependant, ont pu ne vous paraître pas toujours aussi dignes que possible de votre approbation, et plus d'une fois, à propos de certains articles extra-scientifiques, tels que ceux sur les *chocolats Ménier* et *Meunier*, et autres semblables, à propos d'autres faits encore, j'ai reçu de beaucoup d'entre vous des reproches que les apparences justifiaient.

Mais si les apparences étaient contre moi, il n'en était heureusement pas de même de la réalité.

La législation sur la presse est ainsi faite que les rédacteurs ont, aux yeux de leurs lecteurs, toute la responsabilité morale d'un journal, tandis que le *gérant* est seul matériellement responsable aux yeux de la loi, et *seul* a l'autorité, la force exécutive, si l'on peut ainsi dire, de l'entreprise : *seul* il peut *empêcher*, *seul* il peut *ordonner* l'impression d'un article. Vous voyez, par là, à quoi se réduit le rôle d'un rédacteur, lorsqu'il n'est pas en même temps gérant.

Ce rôle ne saurait être plus longtemps compatible avec la position scientifique que m'a faite votre confiance. Pour en être tout à fait digne, j'ai cru devoir créer un organe où mon autorité fût au niveau de ma responsabilité : telle est la raison de la publication nouvelle dont j'ai l'honneur de vous adresser aujourd'hui le *specimen*, et sur laquelle je me permets d'appeler votre sollicitude.

Quelques mots, maintenant, sur le plan que je me propose de suivre pour la conduire à bonne fin.

En créant une œuvre nouvelle, je ne devais pas laisser échapper l'occasion de réaliser plusieurs améliorations dont une expérience, déjà longue, m'a montré la possibilité.

— Un journal scientifique qui a su se montrer digne de la confiance de ses lecteurs doit former, au bout de quelques années, le meilleur fonds de la bibliothèque du savant et du patricien. Il est donc indispensable que ce journal ait un format qui permette de le placer dans toutes les bibliothèques, et qui en rende la lecture facile lorsqu'il est réuni en volumes. C'est par cette considération, et à la suite de réclamations nombreuses, que j'ai adopté le format in-quarto, au lieu du format in-folio de la *Gazette des Hôpitaux ;* c'est la même feuille de papier qui se trouve pliée en quatre, au lieu d'être pliée en deux.

— La médecine comparée a pris aujourd'hui une importance qui s'accroît chaque jour, et qui, de jour en jour, jette plus de lumière sur la médecine humaine. Un journal médical, s'il veut représenter d'une manière complète les progrès de la science, ne peut rester étranger aux remarquables travaux dont la médecine vétérinaire est l'objet depuis quelque temps. J'ai donc pensé qu'une revue régulière, et au moins bi-mensuelle de ces travaux, constituerait une amélioration, d'autant plus importante, qu'elle ne se trouve dans aucune publication périodique médicale. Plusieurs Professeurs de l'École d'Alfort ont bien voulu se charger de rédiger cette revue ; c'est dire qu'elle se présente d'avance sous la double garantie d'un talent éminent uni à la plus vaste expérience ; nous avons la certitude que la lecture n'en sera pas moins utile aux vétérinaires qu'aux médecins.

— La chimie médicale et la pharmacologie n'occupent pas, dans les journaux de médecine, la place qui leur est due ; sans leur donner une importance exagérée, nous aurons soin de ne laisser passer inaperçu aucun des travaux qui, dans ces sciences, se rattacheront à la médecine. Je me suis assuré, pour cette partie du journal, de la collaboration de MM. Chatin et Réveil, pharmaciens en chef des hôpitaux de Paris, et dont personne n'ignore le mérite et les utiles travaux.

— Tout le monde convient que la critique littéraire en médecine, c'est-à-dire l'appréciation des ouvrages nouvellement publiés, est tombée dans un état d'insignifiance complète ; elle se borne le plus souvent à une analyse sèche, à une sorte de table de matières assaisonnée de quelque compliment banal. Les lecteurs ne peuvent presque jamais juger de la valeur, même approximative, d'un livre par le compte-rendu qui en est fait ; sous ce rapport la presse scientifique manque véritablement à sa

mission. Tout le monde en convient, et cependant personne n'ose prendre l'initiative d'une voie plus sévère et plus digne. Mon intention formelle est d'entrer franchement dans cette voie, et, à ce sujet, qu'il me soit permis d'adresser quelques mots à mes amis et à mes adversaires.

Le danger pour un journal n'est point dans ses ennemis ; il est presque tout entier dans ses amis : les œuvres de camaraderie ne sont pas seulement contraires aux intérêts de la science et de la vérité, elles sont nuisibles à leurs propres intérêts et arrivent promptement à se discréditer aux yeux de tous les hommes sérieux. La confiance que mes lecteurs m'ont accordée tient moins, je ne l'ignore pas, à mon faible mérite qu'aux preuves d'indépendance que j'ai données même envers mes amis ; tous mes efforts tendront à mériter de plus en plus cette confiance ; je supplie donc mes amis de me pardonner d'avance toutes les critiques qu'un devoir rigoureux et le respect de mes lecteurs m'imposeront à leur égard ; je les supplie de croire que ma sévérité pour leurs travaux n'altérera en rien mon affection et mon dévouement pour leur personne.

Quant à mes adversaires scientifiques, ils continueront à trouver chez moi ce que j'ose me flatter qu'ils y ont toujours trouvé : impartialité pour les opinions, respect pour les convictions. La critique pourra être parfois vive, énergique ; mais la défense sera toujours libre, complète ; je ne demande en retour à mes adversaires que trois choses :

Honnêteté, — Convictions, — Sens commun.

Ceux à qui une de ces trois garanties ferait défaut d'une manière patente, ceux-là je ne les honore point du titre d'adversaires, et, lorsqu'ils se permettront d'occuper de leurs folies ou de leurs mystifications le public scientifique, ils n'auront à attendre de moi d'autres ménagements que ceux qu'exigent le respect de la loi et le respect de soi-même.

— La publicité médicale a pris aujourd'hui une telle extension dans les différentes parties du monde, qu'il est impossible à un journal de présenter un tableau complet du mouvement scientifique universel. On peut toutefois améliorer ce qui a été fait sous ce rapport, et mon intention est de donner chaque mois, à défaut d'une analyse impossible, une indication sommaire de tous les mémoires et observations de quelque importance publiés à l'étranger.

— Je ne me suis jamais indigné contre les annonces de remèdes secrets, parce que j'ai toujours compris que les conditions qui touchent à l'existence d'une chose sont celles qui doivent être les premières acceptées ; mais j'ai toujours regretté que ces annonces fussent une nécessité pour quelques journaux. Je n'ai jamais compris que ceux dont l'existence était assurée sans cette ressource, ne satisfissent pas avec empressement les justes exigences de leurs lecteurs. Je serai plus sévère pour moi que pour les autres, et, sans condamner personne, je déclare formellement qu'aucune annonce, autres que des annonces de librairie, ne paraîtra dans mon journal ; mes lecteurs savent que cette promesse est plus sûre que celle de... Chalchas.

— Les innovations utiles que j'apporterai dans ma nouvelle publication ne me feront point oublier que le but de la médecine est, avant tout, de guérir ou de soulager les malades ; la clinique y occupera donc le premier rang. Le titre que j'ai adopté indique suffisamment que mon intention est toujours de puiser à la source féconde des hôpitaux les éléments d'un enseignement pratique par excellence. Je ne négligerai cependant aucun des faits intéressants observés dans la pratique particulière, et il est inutile de dire que j'accueillerai avec une égale faveur ceux qui me viendront de Paris, des départements ou de l'étranger. La collaboration des médecins et des chirurgiens les plus distingués des hôpitaux de Paris m'est acquise ; mais je n'en attache pas moins un grand prix au concours de tous les autres praticiens français ou étrangers, et je l'appelle de tous mes vœux.

— Si je comprends bien la mission d'un journal de médecine, les relations qui doivent exister entre ses lecteurs et ses rédacteurs sont tout autres que celles qui existent entre les lecteurs et les rédacteurs d'un journal politique. Les abonnés d'un journal de médecine sont autant des collaborateurs que de simples lecteurs ; entre eux et les rédacteurs il doit y avoir échange de mutuels services. Le journal attend de ses abonnés la communication de tous les faits importants qui se présentent dans leur pratique ; les abonnés doivent attendre du journal des renseignements, des lumières et des conseils dans les circonstances difficiles que la pratique de l'art ne fait que trop souvent surgir, spécialement dans les affaires médico-légales. Comme cet échange de mutuels services est d'autant plus facile qu'on se connaît mieux, j'ose espérer que mes lecteurs voudront bien m'honorer d'une visite toutes les fois que leurs affaires les appelleront à Paris.

— Avec ces quelques explications et ce que vous pouvez connaître de mes antécédents, il vous sera facile, très-honorés lecteurs, d'apprécier l'esprit qui présidera à la rédaction du *Moniteur des hôpitaux*. Si je suis assez heureux pour que cet esprit soit conforme à vos vues et que vous croyiez devoir honorer d'une souscription l'œuvre que j'entreprends, j'attends de votre extrême obligeance une adhésion immédiate, dans la forme indiquée ci-dessous, avec ou *sans* envoi du prix d'abonnement, afin que je puisse vous faire adresser le premier numéro du journal, qui paraîtra le 1er janvier prochain.

— Le spécimen que j'ai l'honneur de vous adresser n'est pas le premier numéro du *Moniteur ;* il n'a d'autre but que de vous en faire connaître le format et l'exécution matérielle. J'espère que, sous ce double rapport, le *Moniteur* vous paraîtra supérieur à tous les journaux qui existent aujourd'hui. Il est inutile de dire que les annonces bibliographiques n'occuperont jamais qu'une dizaine de lignes dans les numéros ordinaires.

H. DE CASTELNAU.

Modèle de souscription.

Je soussigné (1) *déclare souscrire* (2) *pour mois au* MONITEUR DES HÔPITAUX, *à partir du jusqu'au*

Signature :

(1) Écrire lisiblement le nom et l'adresse.

(2) Dans le cas où un adhérent ne voudrait *souscrire* qu'à l'expiration de son abonnement à un autre journal, je le prie de vouloir bien remplacer ce mot par le mot *adhérer*, et le *Moniteur* lui sera, sur sa demande, envoyé gratis pendant 2 mois.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Nouvelles Bandes à saigner.

Ces nouvelles bandes, que nous avons vu employer depuis quelques jours dans plusieurs services des hôpitaux, ne sont point réellement des bandes, et elles seraient mieux désignées sous le nom de ***coussinets*** à saigner. C'est encore une de ces ingénieuses

applications que fait M. le docteur Gariel du caoutchouc vulcanisé aux besoins de la médecine et de la chirurgie; celle-ci est moins importante sans doute qu'une foule d'autres, en particulier que les ceintures élastiques, les pelotes à tamponnement et surtout ces admirables pessaires à insufflateur justement et universellement préférés aujourd'hui; mais elle ne laissera pas que de rendre des services réels à la pratique.

L'opération de la saignée, toute simple qu'elle est, demande des soins et des précautions que tout le monde connaît, et offre même quelquefois des difficultés qui sont d'autant plus désagréables pour l'opérateur, quand il ne parvient pas à en triompher facilement, qu'elles sont toujours considérées par le public comme lui étant personnelles et indépendantes de l'opération. Les coussinets à saigner sont destinés à faire disparaître une partie de ces difficultés.

La première condition, pour qu'une saignée réussisse au gré du médecin, c'est de donner au bras un degré de constriction tel que le calibre des veines superficielles soit effacé sans que l'artère brachiale se trouve comprimée. Avec de l'habitude, on arrive assez promptement à établir d'emblée ce degré de constriction, pourvu qu'on ait à sa disposition une bande convenable; mais celle-ci ne se rencontre pas toujours sous la main du médecin; le linge qu'on trouve dans les familles, pour faire des bandes, est très-souvent trop neuf ou trop usé, trop fin ou trop grossier, et pour l'une ou l'autre de ces raisons, ne se prête que difficilement à l'établissement d'une compression graduée. En outre, la préparation des bandes, qui, rarement, se trouvent faites d'avance, entraîne des longueurs qu'il est quelquefois très-utile de pouvoir éviter. Ces considérations avaient suffi pour faire adopter aux praticiens la classique bande rouge qui est aujourd'hui généralement abandonnée, à cause de la répugnance qu'elle inspire à la plupart des malades. Avec les coussinets à saigner, tous ces petits inconvénients disparaissent.

Ces coussinets (fig. 1) sont deux espèces de cornues aplaties en caoutchouc vulcanisé, munies d'un robinet à leur ouverture. Pour comprimer les veines du pli du bras, on place un de ces coussinets ayant son robinet ouvert, transversalement à l'axe du membre; sur le coussinet et autour du membre, on établit une constriction modérée avec un lien quelconque, un mouchoir ou une cravate par exemple, et une fois que ce lien est bien fixé par un nœud, avec le coussinet libre on fait passer de l'air dans celui qui doit comprimer les vaisseaux (fig. 2); de cette façon, non-seulement la compression peut être graduée aussi exactement qu'on le veut; mais encore elle exige une constriction beaucoup moins forte que par le procédé ordinaire, nullement douloureuse par conséquent, attendu que le diamètre antéro-postérieur du bras se trouvant augmenté, elle s'exerce principalement sur les veines dont la lumière doit être obstruée.—Tous ces avantages, nous le répétons, ne feront pas des coussinets une grande innovation, mais ils en feront certainement une invention qui rendra des services réels aux praticiens.

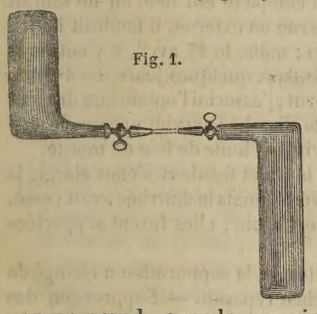


Fig. 1.

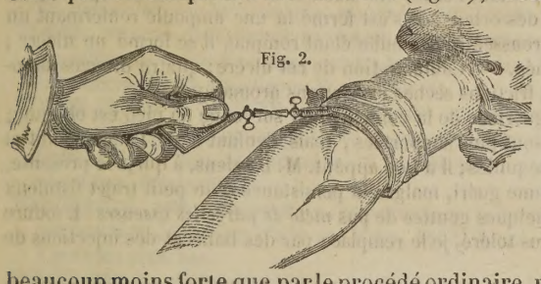


Fig. 2.

Nouvelle brisure du Forceps et du Céphalotribe. — Nouvelle Crémaillère à ce dernier instrument.

Les accoucheurs, à diverses reprises et à des époques déjà éloignées, ont essayé, au moyen de brisures, à réduire la longueur du forceps pour le rendre plus portatif. Merieu, en 1819, voulut atteindre ce but en brisant le forceps au moyen d'une perforation pratiquée au centre de l'entablure et suivant l'axe de l'instrument, d'autres en le brisant au moyen d'une vis placée à la base des manches.

Plus tard, M. P. Dubois chargea M. Charrière père de fabriquer un forceps à charnière, lequel avait en outre l'avantage de fournir, à l'aide des saillies placées à l'extrémité des manches, un point d'appui aux mains de l'accoucheur, pour exercer des tractions. Ce mode d'articulation est resté dans la pratique, ainsi que plusieurs autres qui ont été imaginés depuis par M. Charrière.

Nous avons vu, dans les hôpitaux, un nouveau modèle de forceps fabriqué par M. Charrière fils, et qui nous semble réunir, à un haut degré, les avantages recherchés par les accoucheurs. Dans ce modèle (fig. 1), l'articulation de la brisure se fait par deux extrémités taillées en bec de flûte à épaulement A A, B B, et maintenues assemblées par un noyau central, et une vis à demeure qui passe dans une mortaise. Cette brisure est faite sur le principe des culasses d'une forme de fusils généralement connue et adoptée. Elle s'applique également au forceps et au céphalotribe qu'elle permet de rendre très-portatifs, tout en leur conservant toute leur solidité. Elle permet en outre le décroisement des branches, sans déplacement des cuillers, avantage en vue duquel plusieurs accoucheurs ont imaginé des instruments spéciaux.

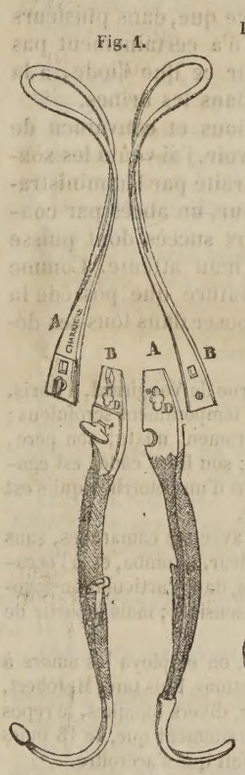


Fig. 1.

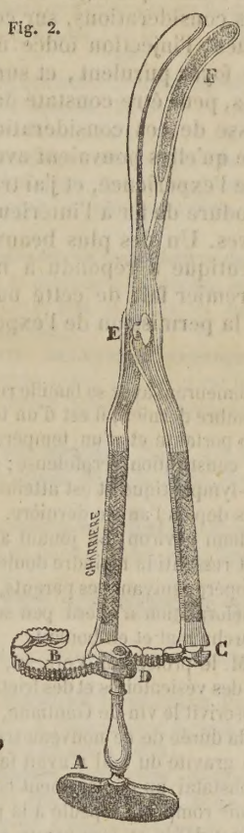


Fig. 2.

En même temps que la modification précédente, il nous en a été soumis une autre que nous croyons digne d'être signalée aux praticiens. Celle-ci est spéciale au céphalotribe.—On sait qu'en 1844, notre savant collaborateur, M. Depaul, eut l'excellente idée de remplacer la vis et la manivelle latérales du céphalotribe, si gênantes pour l'opérateur, par une crémaillère et une clef qui agissent suivant l'axe de l'instrument. Mais cette crémaillère, par sa rigidité, mettait encore un certain obstacle aux libres mouvements de l'opérateur. M. Charrière fils, en remplaçant la crémaillère rigide par une crémaillère à chaînons (fig. 2, B), a complété l'idée éminemment pratique de M. Depaul, qui s'est empressé d'adopter la nouvelle modification, ainsi que MM. Danyau, Cazeaux, Pajot, etc.

CLINIQUE CIVILE.

Luxation spontanée du fémur. — Abcès par congestion. — Guérison par le proto-iodure de fer.

Par le docteur DECLAT DE NEBOUD.

Si les affections scrofuleuses en général sont au nombre de celles dont la guérison offre le plus de difficultés, c'est surtout

lorsqu'elles établissent leur siége dans les os que ces difficultés sont souvent supérieures à toutes les ressources de l'art.

De louables tentatives ont cependant été faites dans ces derniers temps pour reculer les limites de la thérapeutique efficace, et MM. Abeille et Boinet ont été assez heureux pour obtenir, à l'aide des injections iodées, des succès remarquables dans des cas où la science s'était auparavant déclarée impuissante. A ces cas, M. Bonnet de Lyon en a ajouté quelques autres et a recherché, après M. de Castelnau, à quel mode d'action de l'iode on devait rapporter la guérison. Faut-il attribuer l'amélioration survenue dans certains abcès froids, ou même par congestion, à l'action locale de l'iode ou bien à l'absorption de ce médicament et à son action générale sur l'économie? C'est à ce dernier mode d'action que M. de Castelnau est disposé à attribuer le plus d'efficacité, et M. Bonnet semble partager cette manière de voir qui s'appuie, entre autres considérations, sur ce que, dans plusieurs des guérisons obtenues, l'injection iodée n'a certainement pas pénétré dans tout le foyer purulent, et sur ce que l'iode, à la suite de ces injections, peut être constaté dans les urines.

Frappé de la justesse de ces considérations et convaincu de l'importance pratique qu'elles pouvaient avoir, j'ai voulu les soumettre au contrôle de l'expérience, et j'ai traité par l'administration *exclusive* de l'iodure de fer à l'intérieur, un abcès par congestion des plus graves. Un des plus beaux succès dont puisse s'honorer la thérapeutique a répondu à mon attente. Comme c'est, je crois, le premier fait de cette nature que possède la science, je demande la permission de l'exposer dans tous ses détails.

Maillard, Hyacinte, demeurant avec sa famille rue de Vaugirard, à Paris, a eu huit ans le 6 septembre dernier; il est d'un tempérament scrofuleux; sa mère est jeune, bien portante et d'un tempérament mixte; son père, jeune aussi, est d'une constitution scrofuleuse; son frère cadet est également un enfant très-lymphatique et est atteint d'une otorrhée qui s'est reproduite plusieurs fois depuis l'année dernière.

Il y a trois ans et demi environ, en jouant avec ses camarades, sans qu'antérieurement il eût ressenti la moindre douleur, il tomba, et, à l'occasion de cette chute, il s'opéra, suivant ses parents, dans l'articulation coxo-fémorale gauche, une déformation d'abord peu sensible; mais à partir de ce moment, l'enfant marcha mal et en boitant.

D'après les avis de M. le professeur Velpeau, on employa les amers à l'intérieur, à l'extérieur des vésicatoires et des frictions. Plus tard, M. Jobert, consulté à son tour, prescrivit le vin de Gentiane, divers topiques, le repos absolu. Ce fut pendant la durée de ce nouveau traitement que, le 15 mars 1851, je fus appelé. La gravité du mal n'avait fait que s'accroître.

A mon arrivée, je constatai un déplacement considérable de tête du fémur; elle paraissait avoir rompu la capsule à la partie supérieure du bord postérieur de la cavité cotyloïde et être venue se placer en arrière et en haut, dans la fosse iliaque externe; le membre était raccourci de *huit centimètres;* ce raccourcissement s'était fait récemment et subitement; la fesse était très-saillante, le pli qu'elle forme très-élevé; la cuisse était dans la flexion et un peu dans l'abduction, le pied et le genou étaient dans la rotation en dedans.

L'enfant éprouvait des douleurs intolérables, et il me fut impossible de faire exécuter aucun mouvement; ce fut même avec peine que je pus constater la position du grand trochanter au milieu de cette masse informe, et l'existence d'une luxation en haut et en dehors.

Le malade ne pouvait dormir depuis plusieurs jours; ses cris étaient incessants.

Le cas me paraissant grave, je m'adjoignis M. Cazalas, professeur au Val-de-Grâce. Tous les moyens ordinaires furent employés sans succès.

Le 28 mars 1851, nous constatons sur le trajet du fémur, à la partie externe et supérieure de la cuisse, tous les symptômes d'un phlegmon.— Cataplasmes; — potion calmante.

Le 29, absence complète de sommeil, malgré l'administration de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en 3 pilules. Il survient des vomissements, une céphalalgie intense.

Le lendemain, nous constatons une fluctuation très-profonde.

Le 1er avril, les symptômes étant extrêmement graves, l'ouverture de l'abcès est décidée.

Je procède à l'opération par une large incision, en présence de MM. Cazalas et de Beaulieu. Malgré quelques légers accidents, la réunion de la plaie a lieu par première intention; cependant, il reste au milieu un trajet fistuleux.— Injections iodées, pansements au digestif simple; à l'intérieur, huile de foie de morue, toniques, ferrugineux, insolation.

Le 9 mai, la cicatrisation est complète: je recommande aux parents l'emploi scrupuleux de l'huile de morue, la continuation du régime tonique. L'enfant paraît remis, il marche avec des béquilles.

Le 3 novembre, je fus appelé de nouveau. L'enfant éprouve de vives douleurs; un abcès considérable s'est formé. Avant d'ouvrir ce vaste foyer, je crois devoir demander l'avis de M. le docteur Denis qui choisit la poudre de Vienne pour pratiquer l'ouverture.

Dès le quatrième jour de l'application du caustique, le pus s'écoule abondamment; il est séreux et fétide; l'enfant a perdu l'appétit; il a de la diarrhée et une fièvre continue.

Le 20 novembre, à la chute de l'escarre, la plaie est grisâtre, d'une odeur repoussante; le pus est très-abondant, sanieux; la diarrhée est continuelle; le pouls est filiforme, bat 115; l'enfant ne peut plus rien digérer; plusieurs de mes confrères viennent le visiter. Il dépérissait de jour en jour. Nous n'avons plus aucun espoir de guérison. Ce fut dans ces conditions que je résolus d'essayer l'iode à l'intérieur; je voulus toutefois l'associer aux martiaux, et dans ce but j'eus recours aux dragées de proto-iodure de fer de M. Gille, qui seules ont le très-grand avantage de conserver ce sel parfaitement pur et inaltéré, de se dissoudre très-rapidement et d'être par conséquent d'une digestion facile.

Le 24 novembre, je prescrivis deux dragées, c'est-à-dire 10 centigrammes de proto-iodure. Le petit malade ayant parfaitement supporté cette dose, j'ordonnai trois dragées le 25.

Le 26, la diarrhée avait un peu diminué, il y avait un mieux sensible.

Le 27, je prescris quatre dragées; l'abattement et la fièvre ont notablement diminué.

Le quatre décembre, l'appétit et le sommeil sont revenus; la diarrhée a complétement cessé; le pus est moins fétide, moins abondant, la plaie se déterge et devient rosée; je prescris cinq dragées (0,25 proto-iodure de fer).

Le 8, l'enfant a retrouvé des couleurs; la suppuration a diminué de moitié (il avait pris alors soixante et une pilules ou 3,05 de proto-iodure de fer). J'ordonne six pilules.

Le mieux se continua d'une manière remarquable jusqu'au mois d'avril 1852. A cette époque les progrès de l'amélioration se ralentissant, j'eus l'intention de chercher à activer la guérison par des injections iodées dans le trajet fistuleux; mais M. de Castelnau, à qui j'étais venu présenter le malade, me détourna de cette idée en me faisant observer que si l'on pratiquait des injections et que la guérison complète eût lieu, on ne saurait plus à laquelle des deux médications, interne ou externe, il faudrait l'attribuer. Je fis dès lors prendre huit dragées; mais, le 27 avril, il y eut de la diarrhée; je fis suspendre les dragées pendant quelques jours. Le 1er mai elles furent reprises; le 5, la diarrhée reparut; j'associai l'opium aux dragées qui furent supportées jusqu'au 15; puis la diarrhée survint encore. Je suspendis de nouveau l'iodure et je prescrivis de l'huile de foie de morue.

Le 30, la suppuration avait augmenté, le trajet fistuleux s'était élargi; la cicatrice, d'un aspect grisâtre, s'était rouverte; mais la diarrhée avait cessé. — Je fis reprendre les dragées de Gille le 10 juin; elles furent supportées jusqu'au

7 juillet. — La plaie est à peu près cicatrisée, la suppuration a changé de nature et est moins abondante; la diarrhée reparaît. — Suppression des dragées.

Le 20 juillet, l'enfant accuse une douleur vive à la plante du pied, près de la naissance des orteils; il s'est formé là une ampoule renfermant un liquide séreux, rousseâtre; la bulle étant rompue, il se forme un ulcère; un peu de diarrhée. — Cautérisation de cet ulcère; quatre dragées associées à l'opium, frictions sèches et frictions aromatiques.

Le 3 août, la guérison de la complication survenue au pied est obtenue; les dragées ne sont plus supportées, mais l'enfant a de l'embonpoint et court avec ses béquilles; il a bon appétit. M. Baudens, à qui je le présente, le considère comme guéri, malgré la persistance d'un petit trajet fistuleux d'où suintent quelques gouttes de pus *mêlé de parcelles osseuses*. L'iodure de fer n'étant plus toléré, je le remplace par des bains et des injections de sulfate de fer.

Le 17 septembre, je présente le malade à M. Maisonneuve qui constate la guérison. Il ne suinte plus qu'une goutte ou deux de pus séreux par jour. — Continuation du même traitement.

Le 19 novembre, l'orifice fistuleux est recouvert d'une petite croûte mince sous laquelle existe une cicatrice solide et point de suintement. L'état général est bon, et j'espère qu'à l'aide d'un appareil particulier dont M. Charrière, cet habile auxiliaire des chirurgiens, trouvera sans peine le mécanisme, l'enfant pourra se servir de sa jambe, quoiqu'elle ait aujourd'hui 9 centimètres de moins que celle du côté opposé.

Nous pourrions faire suivre ce fait de nombreuses remarques pratiques; nous croyons que ces remarques se présenteront assez à l'esprit de tous les médecins pour qu'il leur soit bien démontré qu'à l'iodure de fer pris à l'intérieur revient tout l'honneur de cette magnifique guérison.

Extrait du Catalogue de Victor MASSON, place de l'École de Médecine. Paris.

MÉDECINE ET CHIRURGIE.

ALIBERT. **DES EAUX MINÉRALES** dans leurs rapports avec l'économie publique, la médecine et la législation. Paris, 1852, in-8. 2 fr. 50

ANDRAL. **CLINIQUE MÉDICALE**, ou choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité; 4e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1840, 5 volumes in-8. 40 fr.

BOURGUIGNON. **TRAITÉ ENTOMOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE** de la Gale de l'homme. Mémoire couronné par l'Académie des sciences. Paris, 1852. 1 vol. in-4 avec 10 planches coloriées. 20 fr.

BECQUEREL (A.). **SÉMÉIOTIQUE DES URINES**, ou Traité des altérations de l'urine dans les maladies, suivie d'un Traité de la maladie de Bright aux divers âges de la vie. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences dans sa séance du 19 décembre 1842. Paris, 1841, 1 vol. in-8, avec 17 tableaux. 5 fr.

BRIQUET (P.) ET MIGNOT (A.). **TRAITÉ PRATIQUE ET ANALYTIQUE** du Choléra-Morbus (Épidémie de 1849). Paris, 1850, 1 vol. in-8. 7 fr.

DEVAL (CHARLES). **TRAITÉ DE L'AMAUROSE** ou de la Goutte sereine. Paris, 1851, 1 vol. in-8. 6 fr. 50

GERDY (P.-N.). **CHIRURGIE PRATIQUE COMPLÈTE**, divisée en sept monographies, et fondée sur de nouvelles recherches d'anatomie, de physiologie et de clinique, relatives surtout à l'inflammation et aux dégénérations en général, et en particulier aux maladies des os et des tissus blancs, à celles des sens et des organes de la parole, à celles des organes respiratoires, digestifs, urinaires et génitaux.

En vente : 1re Monographie, *Pathologie générale médico-chirurgicale.* Paris, 1851, 1 vol. in-8. 7 fr.

2e Monographie, *Maladies générales et diathèses.* Paris, 1852, 1 vol. in-8 avec une planche. 8 fr.

GRISOLLE. **TRAITÉ ÉLEMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE** interne; 5e édition, considérablement augmentée. Paris, juin 1852, 2 forts vol. compactes gr. in-8. 18 fr.

JAMES (CONSTANTIN). **GUIDE PRATIQUE AUX EAUX MINÉRALES** de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Sàvoie, d'Italie et aux bains de mer; contenant la description détaillée des lieux où elles se trouvent, ainsi que la composition chimique, les propriétés médicales et le mode d'emploi de ces sources. 2e édition, renfermant, entre autres additions nombreuses et importantes, une nomenclature des eaux minérales transportées et une Notice spéciale sur chacune d'elles. Paris, 1852, 1 vol. in-8. 7 fr. 50

LEFOULON (J.). **NOUVEAU TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART** du Dentiste. Paris, 1841, 1 beau vol. in-8 de plus de 500 pages, avec 130 fig. intercalées dans le texte. 7 fr.

LENOIR (A.). **ATLAS COMPLÉMENTAIRE** de tous les Traités d'accouchements, contenant 100 planches dessinées d'après nature et lithographiées par M. E. Beau, avec texte. Ces planches représentent le bassin et les organes génitaux de la femme adulte, le développement de l'œuf humain, les diverses présentations et positions du fœtus, les opérations obstétricales, etc. 1 beau vol. gr. in-8 jésus, cartonné. 60 fr.

L'ouvrage sera publié en 4 fascicules.

En vente : le premier fascicule, contenant 25 planches. 15 fr.

MOREL. **TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES MENTALES**, considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés. Paris, 1852-53, 2 v. in-8, avec 20 pl. 16 fr.

MOURE (A.) et H. MARTIN. **VADE MECUM DU MÉDECIN PRATICIEN**; précis de thérapeutique spéciale, de pharmaceutique, de pharmacologie. Paris, 1845, 1 beau vol. grand in-18, compacte. 3 fr. 50

— *Le même*, demi-reliure. 4 fr. 50

PARCHAPPE. **DES PRINCIPES A SUIVRE** dans la fondation et dans la construction des asiles d'aliénés. Paris, 1852. 1 vol. grand in-8, avec 4 grandes planches. 15 fr.

PONTE-RENO. **L'EAU**; méthode spéciale de son emploi curatif. Paris, 1852, 2 vol. in-8. 2 fr.

SÉDILLOT. **TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE**, bandages et appareils. Deuxième édition augmentée. Paris, 1853, 2 vol. grand in-18, publiés en 4 parties, avec figures dans le texte. 16 fr.

STOEBER. **MANUEL PRATIQUE D'OPHTHALMOLOGIE**, ou Traité des maladies des yeux. Paris, 1834, in-8, planches color. 9 fr.

VIDAL (DE CASSIS). **TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES.** Paris, 1853, 1 vol. in-8, avec 6 planches gravées en taille-douce et color. 10 fr.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

BAUDRIMONT et G.-S. MARTIN SAINT-ANGE. **DU DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS**; mémoire présenté à l'Académie des sciences. Paris, 1850. Beau volume in-4, avec 18 planches gravées en taille-douce et magnifiquement coloriées. Prix cartonné. 35 fr.

BICHAT. **RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE ET LA MORT**, deuxième édition, ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une Notice sur la vie et sur les travaux de Bichat, et suivie de notes par M. le docteur Cerise. Paris, 1852, 1 vol. grand in-18. 3 fr. 50

BONAMY, BROCA et BEAU. **ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE** du corps humain; ouvrage pouvant servir d'atlas à tous les traités d'anatomie.

L'Atlas d'anatomie descriptive du corps humain comprendra 250 planches format grand in-8 jésus, toutes dessinées d'après nature et lithographiées. Il est publié par livraisons de 4 planches, avec un texte explicatif et raisonné en regard de chaque planche.

Prix de chaque livraison : Avec planches noires. 2 fr.
— Avec planches coloriées. 4 fr.

L'Atlas sera divisé en 4 parties qui se vendront séparément et sans augmentation de prix, savoir :

1° **APPAREIL DE LA LOCOMOTION.** Complet en 84 plahc dont 2 sont doubles.
Figures noires. Prix broché 44 fr. Avec demi-reliure 47 fr.
— coloriées. — 88 — 92

2° **APPAREIL DE LA CIRCULATION.** Complet en 64 planches.
Figures noires. Prix broché 32 fr. Avec demi-reliure 35 fr.
— coloriées. — 64 — 68

3° **APPAREILS DE LA DIGESTION, DE LA RESPIRATION, GÉNITO-URINAIRE.** En cours de publication, pour être terminé en 1853.

4° **APPAREILS DE SENSATION ET D'INNERVATION.** Commencera à paraître en 1853.

FOVILLE. **TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE** du Système nerveux cérébro-spinal. 1 vol. in-8 et atlas de 23 planches in-4, dessinées d'après nature et lithographiées par MM. E. BEAU et BION, sur les préparations de M. FOVILLE. Paris, 1844. 15 fr.

LIEBIG (J.). **LA CHIMIE ORGANIQUE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE** animale et à la pathologie, traduction faite sur les manuscrits de l'auteur par Ch. GERHARDT et revue par M. J. LIEBIG. Paris, octobre 1842, 1 vol. in-8. 7 fr. 50

LONGET. **TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE.** Paris, 1850-1853. 2 forts vol. grand in-8 compactes, avec figures dans le texte et planches en taille-douce noires et coloriées. 20 fr.

SAPPEY. **TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE.** Paris, 1850-53. 2 vol. grand in-18, divisés chacun en deux parties, avec figures dans le texte. 20 fr.

ENSEIGNEMENT SCIENTIFIQUE DES LYCÉES.

Ouvrages spécialement rédigés pour les nouveaux Programmes.

NOTIONS GÉNÉRALES D'HISTOIRE NATURELLE. Par MM. MILNE-EDWARDS, DE JUSSIEU et BEUDANT. 1 volume avec figures dans le texte. — (Classe de troisième). (*Paraîtra en mars 1853*).

STRUCTURE ET PHYSIOLOGIE ANIMALES, démontrées à l'aide de figures coloriées, découpées et superposées par ACHILLE COMTE. Paris, 1853, 1 vol. grand in-18, avec 8 planches gravées en taille-douce et figures intercalées dans le texte. 6 fr.

ABRÉGÉ DE CHIMIE, par PELOUZE, de l'Institut, président de la commission des Monnaies, et FREMY, professeur à l'École polytechnique et au Muséum d'Histoire naturelle. 2e édition, *conforme au nouveau programme.* Paris, 1853, 3 vol. in-18, avec 7 planches en taille-douce, 5 fr.

On peut avoir séparément :

1re partie. **NOTIONS PRÉLIMINAIRES ET METALLOÏDES.** (Classe de troisième). 1 vol. avec 5 planches. 2 fr.

2e partie. **MÉTAUX ET MÉTALLURGIE.** (Classe de seconde). 1 fort vol. avec 1 planche. 2 fr.

3e partie. **CHIMIE ORGANIQUE.** (Classe de Rhétorique). 1 vol. avec 1 planche. 2 fr.

NOTIONS DE CHIMIE GÉNÉRALE, par MM. PELOUZE et FREMY. Ouvrage rédigé sur le programme de l'enseignement de la section des lettres, classe de seconde. 1 vol. in-8, avec 24 planches gravées en taille-douce et imprimées en noir. 7 fr. 50.

Le même ouvrage, édition de luxe, accompagné d'un atlas cartonné de 24 planches peintes à la gouache. 22 fr. 50.

Cet ouvrage, dans lequel le détail descriptif des corps a été négligé, a pour objet de répandre, soit parmi les jeunes élèves, soit parmi les gens du monde, des connaissances générales ou pratiques devenues indispensables aujourd'hui dans toutes les conditions.

COURS ÉLÉMENTAIRE DE MÉCANIQUE, par DELAUNAY, professeur à l'École Polytechnique et à la faculté des sciences de Paris. 2e édition, conforme au nouveau programme. Paris, 1852, 1 volume grand in-18. 7 fr. 50

COURS ÉLÉMENTAIRE D'ASTRONOMIE, répondant à toutes les questions du nouveau programme pour le Cours de COSMOGRAPHIE. 1 vol. in-18 avec figures. 7 fr. 50

Nouvelles publications chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire de l'Académie impériale de médecine,

Rue Hautefeuille, n° 19. — A Londres, chez H. BAILLIÈRE, 219, Regent-Street.

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE, par J. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1849, tome I, in-8 de 700 pages. 8 fr.
Tome II, Paris 1852. 1 vol. in-8 de 920 pages. 9 fr.

Cet ouvrage est l'exposition du Cours d'anatomie pathologique que M. Cruveilhier fait à la Faculté de médecine de Paris, comme son enseignement. Il est divisé en XVII classes, savoir : 1° solutions de continuité; 2° adhésions; 3° luxations; 4° invaginations; 5° hernies; 6° déviations; 7° corps étrangers; 8° rétrécissements et oblitérations; 9° lésions de canalisation par communication accidentelle; 10° dilatations; 11° hypertrophies et atrophies; 12° métamorphoses et productions organiques analogues; 13° hydropisies et flux; 14° hémorrhagies; 15° gangrène; 16° lésions phlegmasiques; 17° lésions strumeuses, et lésions carcinomateuses.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par M. Chailly (Honoré), membre de l'académie nationale de médecine, professeur de l'art des accouchements, ancien chef de clinique de la Clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1853, in-8 de 1050 pages, accompagné de 275 figures intercalées dans le texte, et propres à faciliter l'étude. 10 fr.

Ouvrage adopté par l'Université pour les facultés de médecine, les écoles préparatoires et les cours départementaux institués pour les sages-femmes.

TRAITÉ DE LA MALADIE VÉNÉRIENNE, par J. Hunter, traduit de l'anglais par G. Richelot, avec de nombreuses annotations par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hospice des Vénériens. 2e *édition*, corrigée et augmentée de nouvelles notes. Paris, 1852, in-8 de 800 pages, avec 9 pl. 9 fr.

DE LA SYPHILISATION ET DE LA CONTAGION DES ACCIDENTS secondaires de la Syphilis, communications à l'Académie de médecine par MM. Ricord, Bégin, Malgaigne, Velpeau, Depaul, Gibert, Lagneau, Larrey, Michel Levy, Gerdy, Roux, avec les communications de MM. Auzias-Turenne et C. Spérino, à l'Académie des sciences de Paris et à l'Académie de médecine de Turin. Paris, 1853, in-8 de 384 pages. 5 fr.

TRAITÉ DES HYDROPISIES ET DES KYSTES ou des Collections séreuses et mixtes dans les cavités naturelles et accidentelles, par le docteur J. Abeille, médecin de l'hôpital militaire du Roule, lauréat de l'Académie de médecine. Paris, 1852. 1 vol. in-8 de 640 pages. 7 fr. 50

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par le docteur Civiale, membre de l'Institut, de l'Académie nationale de médecine; *nouvelle édition* augmentée. 3 vol. in-8, avec figures. 24 fr.

Cet ouvrage, le plus pratique le plus complet sur la matière, est ainsi divisé : TOME Ier, maladie de l'urèthre; TOME II, maladie du col de la vessie et de la prostate; TOME III, maladies du corps de la vessie.

TRAITÉ PRATIQUE ET HISTORIQUE DE LA LITHOTRITIE, par le docteur Civiale. 1 vol. in-8, de 600 pages avec 8 planches. 8 fr.

TRAITÉ DES MALADIES DES ARTICULATIONS, par le docteur A. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgic. à l'Ecole de médecine. 2 vol. in-8 et atlas de 16 pl. in-4. 20 fr.

TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE, par le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. 2 vol. in-8, et atlas de 18 pl. in-fol. grav. et color. 50 fr.

TRAITÉS DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES, VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES, ANTÉRO-VAGINALES et **RECTO-VAGINALES**, par le docteur Jobert (de Lamballe), in-8 avec 10 figures intercalées dans le texte. 7 fr. 50

Ouvrage *faisant suite* au TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE.

ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin-oculiste des maisons d'éducation de la Légion-d'honneur, etc. 1852.

Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pag. de texte in-4° et de 4 planc. dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin. Une livraison paraît toutes les six semaines. *Les livraisons* 1, 2, 3 *sont en vente*. Prix de chaque. 7 fr. 50

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, avec des Résumés d'anatomie des tissus et des régions, par A. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. *Troisième édition* entièrement refondue et considérablement augmentée. Paris, 1851, 5 vol. in-8 de 800 pages chacun, accompagnés de plus de 575 figures intercalées dans le texte. 40 fr.

GUIDE DU MÉDECIN-PRATICIEN, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par le docteur F.-L.-I. Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société médicale d'observation. *Deuxième édition*, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1850-1851, 5 beaux vol. grand in-8 de chacun 700 pages. 45 fr.

Cet ouvrage est principalement destiné à tracer les règles du diagnostic et à diriger le praticien dans le traitement des maladies. Dans ce but, l'auteur, non-seulement a exposé le diagnostic en détail, mais encore l'a résumé dans des tableaux synoptiques qui permettent de saisir d'un coup d'œil les différences les plus caractéristiques des diverses affections. Puis arrivant au traitement, il l'étudie chez les anciens et chez les modernes, appréciant la valeur de chaque médication, citant les principales formules, exposant les procédés opératoires, donnant des ordonnances suivant les cas, en un mot alliant la thérapeutique à la pathologie, de manière qu'elles s'éclairent l'une l'autre.

TRAITÉ DE PALÉONTOLOGIE ou Histoire naturelle des animaux fossiles considérés dans leurs rapports zoologiques et géologiques, par F.-J. Pictet, professeur de zoologie et d'anatomie comparée, à l'Académie de Genève, etc. *Deuxième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1853, 4 forts vol. in-8, avec un bel atlas de 110 pl. grandi n-4.

L'ouvrage sera publié en *quatre livraisons*, composées chacune d'un volume in-8° de de 600 pag. et d'un cahier de 27 à 28 planches in-4°. Prix de la livr. 20 fr.

La première livraison a paru en janvier 1853. Les autres livraisons seront publiées tous les six mois.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS à la mamelle, précédé d'un Précis sur l'Hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants, par le docteur E. Bouchut, ancien interne du service des enfants de l'hôpital Necker, médecin des hôpitaux. *Deuxième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 920 pages. 9 fr.

TRAITÉ DES SIGNES DE LA MORT et des moyens de prévenir les enterrements prématurés, par le docteur E. Bouchut. *Ouvrage couronné par l'Institut de France*. In-12 de 400 pages. 3 fr. 50

TRAITÉ DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir, par le docteur E. F. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi, etc. In-8 de 560 pages. 7 fr. 50

DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉPILEPSIE, par le docteur Th. Herpin, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Genève, ancien vice-président de la Faculté de médecine et du Conseil de santé de Genève, etc. *Ouvrage couronné par l'Institut de France*. Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 659 pages. 7 fr. 50

TRAITÉ DE CHIMIE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE normale et pathologique ou des Principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères, par Ch. Robin, docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et F. Verdeil, docteur en médecine, professeur de chimie. Paris, 1853, 3 forts volumes in-8, accompagnés d'un atlas de 45 planches dessinées d'après nature, gravées, en partie coloriées. 36 fr.

Le but de cet ouvrage est de mettre les anatomistes et les médecins à portée de connaître exactement la constitution intime ou moléculaire de la substance organisée en ces trois états fondamentaux, liquide, demi-solide et solide. Son sujet est l'examen, fait au point de vue organique, de chacune des espèces de corps ou principes immédiats qui, par leur union moléculaire à molécule, constituent cette substance.

MANUEL DE PHYSIOLOGIE, par J. Muller, professeur d'anatomie et de physiologie de l'Université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand sur la dernière édition, avec des additions, par A.-J.-L. Jourdan, membre de l'Académie nationale de médecine. *Deuxième édition, revue et annotée* par E. Littré, membre de l'Institut, de la Société de biologie, etc. Paris, 1851, 2 beaux vol. grand in-8, de chacun 800 pages, sur papier fin cavalier, accompagnés de 320 fig. intercalées dans le texte. 20 fr.

Les additions importantes faites à cette édition par M. Littré, et dans lesquelles il expose et analyse les derniers travaux publiés en physiologie, feront rechercher particulièrement cette *deuxième édition*, qui devient le *seul livre de Physiologie complet*, représentant bien l'état actuel de la science.

HISTOIRE NATURELLE DES DROGUES SIMPLES, ou Cours d'histoire naturelle professée à l'École de pharmacie de Paris, par J.-B. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine. *Quatrième édition*, corrigée et considérablement augmentée. 4 forts volumes in-8, avec 800 figures intercalées dans le texte. 30 fr.

L'Histoire des minéraux a reçu une très-grande extension : le tome Ier tout entier est consacré à la *Minéralogie*, et forme un traité complet de cette science considérée dans ses applications aux arts et à la pharmacie. Les tomes II et III comprennent la *Botanique* ou l'Histoire des végétaux; le tome IV comprend la *Zoologie* ou l'Histoire des animaux et de leurs produits; il est terminé par une *table générale alphabétique* très-étendue. Une addition importante, c'est celle de plus de 800 figures intercalées dans le texte, toutes exécutées avec le plus grand soin.

PHARMACOPÉE RAISONNÉE, ou Traité de pharmacie pratique et théorique, par N.-E. Henry, et J.-B. Guibourt; *troisième édition*, revue et considérablement augmentée, in-8 de 800 pages à deux colonnes, avec 22 planches. 8 fr.

MANUEL LÉGAL DES PHARMACIENS ET DES ÉLÈVES EN PHARMACIE, ou Recueil des lois, arrêtés, règlements et instructions concernant l'enseignement, les études et l'exercice de la pharmacie, et comprenant le Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris, par N.-J.-B.-G. Guibourt, professeur-secrétaire de l'École de pharmacie de Paris, etc. Paris, 1852, 1 vol. in-12 de 230 pages. 2 fr.

TRAITÉ DE LA VIEILLESSE. Hygiénique, médical et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence; par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Paris, 1853, 1 vol. in-8 de 500 pages. 7 fr.

Librairie médicale de GERMER-BAILLIÈRE, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

NOUVEAU TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

D'ANATOMIE DESCRIPTIVE

ET DE PRÉPARATIONS ANATOMIQUES,

Par M. le docteur JAMAIN,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.,

SUIVI

D'UN PRÉCIS D'EMBRYOLOGIE,

Par M. le docteur VERNEUIL,

Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

1853, 1 vol. gr. in-18 de 900 pages, avec 146 fig. intercalées dans le texte. 12 fr.

La tâche que M. Jamain s'est imposée en publiant le *Traité élémentaire d'anatomie descriptive*, a été d'aplanir les difficultés que rencontre l'élève au commencement de ses études anatomiques. Il a esquissé d'une manière aussi concise que possible, les innombrables détails que présente le corps humain, et a joint aux descriptions, 146 figures destinées à les représenter.

Dans les 146 figures intercalées dans le texte, l'auteur a surtout cherché à représenter les points dont la préparation ou l'étude présentait le plus de difficulté.

Cet ouvrage, essentiellement pratique, et qui contient la description d'un grand nombre de *préparations anatomiques*, est non-seulement un livre d'amphithéâtre, mais encore il peut être de la plus grande utilité aux médecins praticiens qui auraient besoin de se rappeler quelques détails qui auraient pu leur échapper.

JAMAIN. **MANUEL DE PETITE CHIRURGIE**, deuxième édition entièrement refondue, 1853. 1 vol. gr. in-18 avec 175 fig. 6 fr.

JAMAIN et WAHU. **ANNUAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES** pour 1853. Résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant 1852. 1 vol. gr. in-32, br. 1 fr. 25

ANDRAL. **COURS DE PATHOLOGIE INTERNE**, professé à la Faculté de médecine de Paris, recueilli et publié par le docteur Amédée LATOUR, deuxième édition entièrement refondue. 1848. 3 vol. in-8. 18 fr.

ANDRY. **MANUEL PRATIQUE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION**, par M. le docteur ANDRY, ancien chef de clinique médicale de l'hôpital de la Charité. 1845. 1 vol. gr. in-18 de 536 pag. 3 fr. 50

AUBER (Ed.) **HYGIÈNE DES FEMMES NERVEUSES**, ou Conseils aux femmes pour les époques critiques de leur vie. 1844. 2e édit. 1 vol. in-18. 3 fr. 50

BECQUEREL et RODIER. **MANUEL DE CHIMIE PATHOLOGIQUE.** 1853. 1 vol. gr. in-18 (*Sous presse*).

BÉRAUD. **MANUEL DE PHYSIOLOGIE HUMAINE** et des principaux vertébrés, répondant à toutes les questions physiologiques du programme des examens de fin d'année, avec des notes par M. ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1853. 1 vol. gr. in-18. 7 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. **DES HALLUCINATIONS**, ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme. 1852. 2e édit. augmentée. 1 vol. in-8. 6 fr.

CHARPIGNON. **PHYSIOLOGIE, MÉDECINE ET MÉTAPHYSIQUE DU MAGNÉTISME.** 1848. 1 vol. in-8 de 480 pag. 6 fr.

CHOMEL. **LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE**, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux par MM. les docteurs GENEST, REQUIN et SESTIER. 1834-1840. 3 vol. in-8. 21 fr.

DELEUZE. **INSTRUCTION PRATIQUE SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL.** Nouvelle édition, précédée d'une notice historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur, etc. 1850. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

DESMARRES. **TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX.** 1853. Deuxième édition. 2 vol. in-8, avec fig. (*Sous presse*).

DUPARCQUE. **TRAITÉ DES MALADIES DE LA MATRICE.** 1839. 2 vol. in-8, 2e édit. 12 fr.

DUPUYTREN. **LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE**, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées par MM. BRIERRE DE BOISMONT et MARX. Deuxième édition. 1839. 6 vol. in-8. 36 fr.

FOY. **TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE** et de thérapeutique appliquée à chaque maladie en particulier. 1843. 2 vol. in-8 de 1,456 pag. 14 fr.

FOSSATI. **MANUEL PRATIQUE DE PHRÉNOLOGIE**, ou Physiologie du cerveau, d'après les doctrines de Gall, Spurzheim, Combe, etc. 1845. 1 vol. gr. in-18, avec 43 fig. 6 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DES ENFANTS,

PAR MM. LES DOCTEURS

BARTHEZ et RILLIET,

Anciens internes lauréats de l'hôpital des enfants malades.

1853, 2e édit. entièrement refondue, 3 forts vol.— 24 fr.

DICTIONNAIRE

DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE

FRANÇAIS ET ÉTRANGERS,

OU

TRAITÉ COMPLET DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE TOXICOLOGIE ET DE MÉDECINE LÉGALE, ETC.,

contenant

l'Analyse des meilleurs articles qui ont paru jusqu'à ce jour dans les différents dictionnaires et les traités spéciaux les plus importants;

par une Société de Médecins,

Sous la direction du docteur **FAERE**,

rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

9 forts vol. gr. in-8, imprimés sur deux colonnes, y compris un *volume supplémentaire* rédigé en 1851. — 45 fr.

On vend *séparément* le tome IX, publié par une société de professeurs, d'agrégés à la Faculté de médecine, de médecins, de chirurgiens, de pharmaciens en chef et d'anciens internes des hôpitaux de Paris, sous la direction de M. le docteur Tardieu. (*Tous les articles de ce Supplément sont signés par les auteurs,*) 1851. 1 vol. in-8 de 944 pages. 9 fr.

GINTRAC. **COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPIE MÉDICALE.** 1853. 3 vol. in-8 (*Sous presse*).

JACQUEMIER. **MANUEL DES ACCOUCHEMENTS** et des maladies des femmes grosses et accouchées, contenant les soins à donner aux nouveau-nés. 1846. 2 vol. gr. in-18 de 1,520 pag., avec 63 fig. 9 fr.

MAURY. **TRAITÉ COMPLET DE L'ART DU DENTISTE.** 3e édition corrigée et augmentée, par P. GRESSET. 1841. 1 vol. in-8 et atlas de 407 fig. 12 fr.

NÉLATON. **ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE.** 1844-1853. 3 vol. in-8. 22 fr.

PICHARD. **MALADIES DES FEMMES**, des ulcérations et des ulcères du col de la matrice, et de leur traitement. 1848. 1 vol. in-8 avec 27 fig. 8 fr.

REQUIN. **ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE**, 1843-1852, 3 vol. in-8. 22 fr.

SANDRAS. **TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES NERVEUSES.** 1851. 2 vol. in-8. 12 fr.

VELPEAU. **MANUEL D'ANATOMIE CHIRURGICALE**, générale et topographique. 1837. 1 vol. in-18 de 622 pag. 6 fr.

MÉDECINE LÉGALE.

THÉORIQUE ET PRATIQUE,

Par M. Alphonse DEVERGIE,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale,

REVUS ET ANNOTÉS

PAR M. DEHAUSSY DE ROBÉCOURT,

Conseiller à la Cour de cassation.

1852. 3e édition augmentée, 3 vol. in-8. — Prix : 23 fr.

KRAMER. **TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE**, traduit de l'allemand, avec des notes, par M. MÉNIÈRE, médecin de l'institution des sourds-muets de Paris. 1848. 1 vol. in-8 avec 5 fig. 7 fr.

LEFEVRE. **DE L'ASTHME**, recherches sur sa nature, ses causes et son traitement. 1847. in-8. 2 fr. 50

LUBANSKI. **ÉTUDES PRATIQUES SUR L'HYDROTHÉRAPHIE**, d'après les observations de Pont-à-Mousson. 1847. 1 fort vol. in-8. 6 fr.

HUFELAND. **MANUEL DE MÉDECINE PRATIQUE**, fruit d'une expérience de 50 ans, suivi de considérations pratiques sur la *saignée*, l'*opium* et les *vomitifs;* traduit de l'allemand, par M. le docteur JOURDAN. Deuxième édition augmentée. 1848. 1 vol. in-8. 8 fr.

SICHEL. **LEÇONS CLINIQUES SUR LES LUNETTES ET LES ÉTATS PATHOLOGIQUES** consécutifs à leur usage irrationnel. 1848. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

VELPEAU. **LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE** faites à l'hôpital de la Charité, recueillies et publiées par MM. JEANSELME et P. PAVILLON. 1840-1841. 3 vol. 21 fr.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES VIEILLARDS,

Par M. DURAND-FARDEL,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne de la Salpétrière, Membre correspondant et lauréat de l'Académie nationale de médecine, etc.

1853, 1 volume in-8. (*Sous presse.*)

Ouvrages qui se trouvent chez LABÉ, libraire de la Faculté de médecine,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, A PARIS.

DE L'HOMME ET DES RACES HUMAINES, par H. HOLLARD, docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur suppléant à la Falculté des sciences de Paris. 1 vol. in-18 format Charpentier, 1853. Prix : 3 fr.

BARRAS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des prisons. TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins,

Tome 1er, 4e édition, 1844, 1 vol. in-8.
Tome 2e, 2e édition, 1839, 1 vol. in-8. } Prix : 14 fr.

BARRAS. PRÉCIS ANALYTIQUE SUR LE CANCER DE L'ESTOMAC, et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies, in-8, 1842. 2 fr. 50

BARSE (J.), expert chimiste près les tribunaux de Paris, en matière civile et criminelle. MANUEL DE LA COUR D'ASSISES dans les questions d'empoisonnement, à l'usage des magistrats, des avocats, des experts, des jurés et des témoins, ou Recueil des principes DE LA TOXICOLOGIE ramenés à des formalités judiciaires, constantes et invariables, depuis le commencement de l'instruction d'une affaire jusqu'à la décision en cour d'assises; contenant des travaux inédits sur plusieurs points de la science, par M. ORFILA. 1 vol. gr. in-18, 1845. 3 fr. 50

NOTA. Il en a été tiré un petit nombre d'exemplaires format in-8. 6 fr.

BECQUEREL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'HYGIÈNE privée et publique. 1 fort vol. grand in-18, 1851. Prix, 6 fr.

CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. TRAITÉ DES SYPHILIDES, ou Maladies vénériennes de la peau, précédé de considérations sur la syphilis, son origine, sa nature, etc. Paris, 1844, 1 vol. gr. in-8, accompagné d'un atlas in-folio de 12 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec beaucoup de soin. 34 fr.

Le texte seul, 1 vol. grand in-8. 13 fr. — L'Atlas séparément. 22 fr.

CAZENAVE. LEÇONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE LA PEAU, professées à l'École de médecine en 1841-1844, publiées par fascicules avec planches gravées et coloriées. L'ouvrage paraît par livraisons, composées de 3 à 4 feuilles de texte format in-folio, et de 5 pl. gravées et coloriées avec soin. Prix : 12 fr. chaque livraison. Les six premières livraisons sont en vente. (L'ouvrage se composera de 10 à 12 livraisons.)

CAZENAVE. ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS, 2 vol. grand in-8. 1843-1845. 12 fr.

CAZENAVE. MEMENTO DU PRATICIEN pour l'emploi des médicaments dangereux, des pricipales formules officinales et magistrales. In-18. 1852. Prix : 1 fr.

COLOMBAT (de l'Isère). TRAITÉ COMPLET DES MALADIES DES FEMMES et de l'hygiène de leur sexe. Nouvelle édit., augmentée des lésions relatives à la conception, à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement. 3 vol. in-8. 1843. Prix : 17 fr.

COOPER (Astley). ŒUVRES CHIRURGICALES COMPLÈTES, traduites de l'anglais, avec des notes, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et G. RICHELOT, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Les œuvres chirurgicales de sir A. Cooper se composent de quatre traités généraux et d'un grand nombre de mémoires sur plusieurs des points les plus importants de la chirurgie, tels que les *anévrysmes, les maladies des voies urinaires, les tumeurs, la surdité,* etc.

Les quatre traités sont les suivants : Traité des luxations et des fractures des articulations; Traité des hernies; Traité des maladies du testicule; Traité des maladies du sein. Paris, 1837, 1 fort vol. in-8. 14 fr.

DEZEIMERIS, docteur en médecine, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. — DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, ou Précis de l'histoire générale, technologique et littéraire de la médecine; suivi de la bibliographie médicale du XIXe siècle, et d'un répertoire bibliographique par ordre de matières. 4 vol. in-8 en 7 parties de 400 pages chacune. 35 fr.

FLEURY (Louis). COURS D'HYGIÈNE fait à la Faculté de médecine de Paris.

Mode de publication. — Le cours d'hygiène sera publié en 5 ou 6 livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8 en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr. Les 3 premières livraisons sont en vente.

MAYGRIER (J.-P.), membre de l'Académie nationale de médecine, professeur d'accouchements. — NOUVELLES DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENTS. *Deuxième édition,* entièrement refondue et considérablement augmentée par HALMA GRAND, docteur en médecine, professeur d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants.

Cet ouvrage se compose de quatre-vingt-une planches in-folio gravées en taille-douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets, et d'un fort volume in-8 de texte. Paris, 1840. Figures noires. 40 fr.

Figures coloriées avec le plus grand soin. 70 fr.

2e SUPPLÉMENT AUX FORMULAIRES *publiés jusqu'à ce jour*, contenant plus de 200 formules extraites des journaux français et étrangers qui ont paru en 1852, receuillis par l'un des rédacteurs du *Journal de Chimie médicale*. In-18. 1853. Prix : 1 franc par la poste.

Le 1er Supplément, contenant près de 300 formules, extraites des journaux de 1851, se vend également, 1 fr.

BOYER (le baron), membre de l'Institut, professeur de chirurgie pratique à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, etc., etc. — TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES et des opérations qui leur conviennent. 5e éditíon, publiée par le baron Philippe Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc, etc. 7 forts volumes in-8, ensemble, de plus de 6,000 pages. Prix 56 fr.

NOTA. Le 7e et dernier volume contenant les Maladies des voies urinaires et un chapitre sur les agents anesthésiques, VIENT DE PARAITRE.

BÉRARD (P.), professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et Écoles secondaires de médecine de France, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'honneur, etc. — COURS DE PHYSIOLOGIE fait à la Faculté de médecine de Paris.

MODE DE PUBLICATION. — Le *Cours de Physiologie* de M. le professeur P. BÉRARD se publie par livraisons de 4 à 6 feuilles in-8. Les livraisons 1 à 27 sont en vente. Prix de chaque, 1 fr.

BÉCLARD. ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris. — ÉLÉMENTS D'ANATOMIE GÉNÉRALE, description de tous les tissus ou systèmes organiques qui composent le corps humain. 3e édition; revue et augmentée de nombreuses additions, avec figures intercalées dans le texte, par M. JULES BÉCLARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accompagnée d'une Notice sur la vie et les ouvrages de P. A. BÉCLARD, par M. C. P. OLLIVIER (d'Angers), et ornée d'un portrait d'après le buste de David. 1 fort vol. in-8, 1852. Prix, 8 fr.

TRAITÉ D'ANATOMIE CHIRURGICALE, ou de l'anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la Médecine opératoire, par J. F. JARJAVAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, etc. 2 vol. in-8. Le tome 1er est en vente. 7 fr. 50

Le tome deuxième paraîtra en février 1853.

ABRÉGÉ DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, ou Résumé analytique de Médecine et de Chirurgie, par le docteur Eugène TRIQUET, ancien interne lauréat des hôpitaux, 2 vol. in-8, 1852. Prix 12 fr.

COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE. ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament, commencé par MM. les professeurs A. BÉRARD et C. DENONVILLIERS; continué, à compter de la 8e livraison, par MM. C. DENONVILLIERS et L. GOSSELIN, chef des travaux anatomiques et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de l'Ourcine, etc.

Le *Compendium de chirurgie pratique* se publie par livraisons de 160 pages de texte. format grand in-8, équivalant à 40 feuilles imprimées en caractères ordinaires et de format in-8. c'est-à-dire à 640 pages d'impression; les livraisons, au nombre de seize à dix-huit, formeront trois ou quatre volumes grand in-8, imprimés sur deux colonnes. Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 cent. pour Paris, et 4 fr., franc de port, par la poste.

LA ONZIÈME LIVRAISON, contenant les Maladies de la face, savoir : l'Autoplastie en général, les Maladies du nez, et la Rhinoplastie ; les Maladies des fosses nasales; les Maladies des sinus frontaux et maxillaires; les Maladies des paupières, et la Blépharoplastie, vient de paraître.

HARDY, médecin de l'hôpital Bon-Secours, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., et BEHIER, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux. — TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE. 4 forts vol. in-8. Les 3 premiers volumes ont paru. Ouvrage adopté par le Conseil de l'Instruction publique. Prix, 20 fr.

Le tome premier, contenant la *Pathologie générale* et la *Séméiologie*, se vend séparément. Prix, 7 fr. 50

ORFILA, doyen et professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc. — TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE. *Quatrième édition*, revue, corrigée et considérablement augmentée, contenant en entier le TRAITÉ DES EXHUMATIONS JURIDIQUES, par MM. ORFILA et LESUEUR, avec 7 planches dont 4 coloriées, 1848. 4 forts vol. in-8. Prix, 26 fr.

ORFILA. TRAITÉ DE TOXICOLOGIE. *Cinquième édition*, revue, corrigée, et augmentée. 2 forts vol. in-8, ensemble de 1,920 pages. 1852. 19 fr.

MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, et H. MONTANIER, docteur en médecine. — TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, contenant un chapitre sur la syphilisation, et suivi d'un formulaire spécial. Un volume in-8. Prix, 7 fr. 50

PARIS. — IMP. DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX.

I.

A MES LECTEURS.

Rien n'est beau que le vrai!

Quiconque, tenant une plume de critique, prend au sérieux cette belle devise, doit s'attendre à heurter dans son chemin et à exciter contre lui de sottes vanités et d'astucieuses intrigues. Ce triste privilége ne m'a pas plus fait défaut qu'aux critiques consciencieux de tous les temps. Comme eux, je m'en console, et comme eux je trouve ma récompense dans la sympathie des esprits honnêtes et judicieux qui savent distinguer la franchise des actes, et qui veulent bien apprécier la pureté des intentions.

H. DE CASTELNAU.

IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, 5, RUE GARANCIÈRE.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

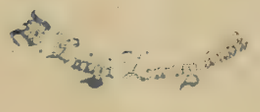
RÉDIGÉ PAR

H. DE CASTELNAU

INSPECTEUR-GÉNÉRAL ADJOINT DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS ET DU SERVICE SANITAIRE DES PRISONS DE FRANCE.

Rien n'est beau que le vrai....

TOME PREMIER.



PARIS

RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, N. 12.

1853

1re Série. Tome 1. — N° 1. 1re année. Samedi, 1er Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affra...

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du jo... *Dans les Départements et à l'Étranger :* ch... principaux Libraires et dans tous les bureaux de ... et messageries. — Le prix de l'abonnement peut ê... envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Avis. — Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Leçon sur la Kératite vasculaire. Leçon sur l'Acné, la Mentagre et la Couperose. — **CLINIQUE CIVILE** : Déchirure à l'intestin colon par un corps contondant. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.— CHRONIQUE ET NOUVELLES** : Banquet des Internes des Hôpitaux.

La bienveillance dont mes lecteurs m'ont toujours comblé, ne me laissait guère de doute sur l'accueil que recevrait le specimen de l'œuvre nouvelle que j'ai cru devoir entreprendre dans le double intérêt du progrès scientifique et de la dignité médicale. Mais j'étais loin de m'attendre au nombre des adhésions qui ont déjà répondu à mon appel. Ce précieux témoignage de sympathie me touche trop profondément pour que j'essaie d'exprimer la reconnaissance qu'il m'inspire. Je me bornerai donc à prendre le solennel engagement que tous mes efforts tendront à mériter la confiance que mes lecteurs veulent bien mettre en moi. Si cette confiance avait été moins générale, j'aurais essayé de les prémunir contre toutes les manœuvres qui pourraient être tentées pour les éloigner de moi. Aujourd'hui, une telle précaution serait inutile; je me contente de signaler ces manœuvres au dédain de tous les hommes loyaux.

H. DE CASTELNAU.

Paris, 31 *décembre* 1852.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un remarquable rapport de M. Bouchardat et une lecture intéressante de M. Hérard ont honorablement clos les travaux de l'Académie pour l'année 1852.

On sait la faveur avec laquelle l'Académie avait écouté la lecture du travail de M. Aubergier et les communications de M. Chevallier sur la culture du pavot indigène; on sait combien, pour ma part, je m'étais fait un devoir d'encourager une industrie qui devait affranchir la France d'un tribut de plusieurs millions qu'elle paye à l'étranger, et qui, en outre, était peut-être destinée à réduire le prix d'un médicament tellement précieux, que Sydenham a pu dire que, sans l'opium, il aurait renoncé à la médecine.

L'attention soutenue que l'Académie a prêtée pendan trois quarts d'heure à la lecture de M. Bouchardat, prouve que l'intérêt qu'inspire cette grande question ne s'est nullement refroidi. Depuis la découverte de la quinine par MM. Pelletier et Caventou, l'Académie n'avait pas reçu de travail de thérapeutique et de matière médicale plus important que celui de M. Aubergier. Non-seulement cet habile et persévérant agronome a prouvé qu'on pouvait obtenir, en France, de l'opium propre aux usages médicaux, mais encore un opium égal en qualité aux meilleurs opiums exotiques, la commission a même dit supérieurs; mais cette opinion ne nous paraît guère fondée; il est probable toutefois, et les analyses de la commission corroborent cette probabilité, qu'en effet l'opium indigène contient plus de matières actives que celui d'Orient; mais cela vient sans doute de ce que M. Aubergier a livré à la commission un produit parfaitement pur, tandis que le commerce ne renferme que des produits plus ou moins falsifiés. Au reste, c'est là une question qui aura peu d'importance, si la judicieuse proposition de M. Chevallier est érigée en loi, c'est-à-dire si l'on exige que les opiums mis en vente soient titrés, et que des peines sévères atteignent les débitants qui auraient mis un faux titre sur leurs produits. Ce qui prouve d'ailleurs toute la confiance de M. Aubergier dans son heureuse innovation et toute sa loyauté, c'est que lui-même a demandé ce titrage qui, bien mieux que le monopole, garantirait la sincérité des transactions commerciales et donnerait de la sécurité à la pratique médicale. Ce n'est pas seulement par l'analyse chimique que la commission a constaté les vertus de l'opium indigène; des observations cliniques qu'on ne saurait révoquer en doute, puisqu'elles se présentent sous la garantie de MM. Rayer et Grisolle, ont prouvé que l'action de cet opium sur l'économie animale était exactement en rapport avec ce que l'analyse pouvait faire prévoir.

Il n'y a donc plus moyen d'en douter : la question de la culture du pavot indigène est résolue grâce aux efforts de M. Aubergier; elle est résolue au grand avantage de la pratique médicale et de l'industrie nationale.

Du reste, M. Aubergier ne s'est pas contenté d'étudier la culture du pavot indigène; son mémoire renfermait encore de précieux documents sur l'histoire de l'opium exotique. Avant le travail du cultivateur français, cette histoire se composait de faits en apparence contradictoires, qui soulevaient à chaque instant, au sein des corps savants, des discussions d'où résultait une augmentation dans l'incertitude qui planait sur cette question. Comment se faisait-il, par exemple, qu'on pût trouver dans le commerce des opiums présentant le même aspect, préparés de la même manière, et dont cependant la richesse en morphine variait de quatre à douze pour cent? Il en résultait que dans les maladies où l'on emploie l'opium à haute dose, la même quantité d'opium, insuffisante pour calmer une colique saturnine par exemple, pouvait devenir mortelle, suivant qu'on employait l'opium riche à quatre ou à douze. Cette

question est résolue aujourd'hui et ce n'est pas la seule qui, obscure hier encore, se trouve maintenant complétement éclaircie.

Nous avons donc entendu avec une vive satisfaction M. le rapporteur accorder les plus grands éloges au travail de M. Aubergier, d'une importance capitale (ce sont ses expressions), et nous nous associons avec plaisir à ces éloges. L'Académie a voté à l'unanimité l'impression du travail de M. Aubergier dans le recueil de ses mémoires.

Le travail de M. Hérard, pour être d'une importance bien inférieure à celle de M. Aubergier, n'en a pas moins été écouté avec un intérêt mérité.

Dans l'état actuel des recherches hématologiques modernes, un cas dans lequel on constate dans le sang une absence absolue de fibrine, est un fait qui donne singulièrement à réfléchir et qui doit faire redoubler d'efforts les investigateurs qui ont ouvert cette voie, et de prudence ceux qui cherchent à tirer, un peu prématurément, des inductions pathologiques et surtout thérapeutiques des analyses du sang. M. Hérard a signalé, dans les réflexions dont il a accompagné son observation, quelques-unes des questions que ce fait soulève; mais, quant à présent, ces questions ne peuvent être que soulevées; il faut donc attendre de nouveaux faits avant de les discuter avec quelque espoir d'utilité. C'est ce que nous ferons. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Leçon Sur la Kératite vasculaire,

Par M. le professeur NÉLATON.

On entend, par kératite vasculaire, une inflammation de la cornée, avec développement de vaisseaux dans son tissu : cette affection est fréquente, et un de nos malades nous en offre, en ce moment, un exemple bien caractérisé.

Il y a deux ans que ce malade, âgé de 35 ans, fut atteint d'ophthalmie pour la première fois; il est charbonnier, et, par conséquent, ses yeux sont exposés à être souvent irrités par des grains de poussière de charbon. J'insiste sur cette particularité, car il est probable que chez le malade, l'affection a commencé par un *état granuleux des paupières.* Des scarifications ont fait retrograder la maladie pendant quelque temps, mais elle a bientôt repris son cours habituel.

Les deux yeux se sont enflammés à des degrés différents : 1° à gauche, le centre de la cornée est encore pellucide, mais taillé *à facettes,* comme les *yeux des insectes;* 2° à la circonférence, on trouve une couronne *radiée, flexueuse*, composée de vaisseaux très-fins, placés profondément au niveau de la ligne de jonction de la cornée et de la sclérotique : ce cercle vasculaire, bien décrit par M. Velpeau, ne manque jamais dans la *kératite* et l'*iritis*. Ici, il envoie de nombreuses ramifications dans la cornée, principalement autour des petites ulcérations à *facettes*, dont sa surface est presque couverte.

En dehors de la cornée, nous trouvons une injection dans le tissu cellulaire *sous-conjonctival.* Ce sont de *gros vaisseaux* tortueux, violacés, incrustés dans le tissu de la conjonctive, et mobiles sous le doigt, comme cette membrane, qui est, du reste, épaissie et formant une sorte de chimosis hématique.

Quand on examine l'intérieur de l'œil, on voit : 1° que la chambre antérieure est normale; seulement on dirait qu'elle est remplie par une sorte de brouillard léger.

Iris à l'état sain. Pupille petite, mais contractile; son ouverture est libre de toute espèce d'adhérences et de dépôts plastiques.

De plus, nous trouvons les symptômes physiologiques suivants : 1° douleur dans l'œil, à la tempe, dans le nez; 2° photophobie intense; 3° larmoiement. Ces trois signes sont très-importants et caractéristiques.

Nous avons donc ici une *kératite*, avec *ulcérations superficielles* et *vascularisation :* tel est l'état de l'œil gauche.

A droite, nous trouvons la même disposition des injections superficielles et profondes; de plus, la cornée nous offre un *pannus*, c'est-à-dire un développement considérable des vaisseaux de la cornée et de la conjonctive, qui, par leurs nombreuses anastomoses, ont fini par former une *sorte de voile charnu, rougeâtre, mollasse et fongueux,* qui recouvre presque toute la membrane. Çà et là, la cornée est opaque et lardacée; la chambre antérieure n'existe plus : il y a *synéchie antérieure.* De ce côté, la kératite a été *perforante,* et la chambre antérieure, une fois ouverte, l'humeur aqueuse a été évacuée.

L'iris est alors venue s'appliquer à la face postérieure de la cornée, et a contracté des adhérences avec cette membrane. Quand la perforation a lieu vers le centre de la cornée, la pupille venant se placer vis-à-vis de la perforation, ne peut s'engager et faire hernie; mais quand la perforation est latérale, les plans circulaires de l'iris viennent se coller sur les lèvres de la plaie cornéenne, s'engagent à travers l'ouverture, font hernie, en quelque sorte, et viennent alors former, à la surface de l'œil, ce que l'on a décrit sous le nom de *staphylôme* de l'*iris.*

Mais, si la perforation centrale n'expose point les malades à une hernie de l'iris, elle peut amener, comme complication, une maladie assez sérieuse : *une cataracte.* L'inflammation de la cornée s'étend à la capsule qui est venue se mettre en contact *avec la perforation.* Les perforations de la cornée présentent dans leur marche un fait bien important à étudier.

La cornée perforée se régénère, et c'est un tissu cornéal de nouvelle formation, transparent, qui vient remplacer la portion de membrane détruite. Or, cette pellicule a une résistance suffisante le plus souvent, quelquefois cependant, elle est trop faible, et, dans ce cas, on a un *kératocèle* que l'on peut encore conduire à bonne fin; cette membrane, faible d'abord, finit par acquérir assez de résistance pour ne point faire hernie; quelquefois cette membrane devient opaque, et cette opacité forme ainsi une des variétés de la *cataracte capsulaire.*

Que ferons-nous à ce malade?

1° *Pour l'œil droit.* D'abord il faut tâcher de rendre à la chambre antérieure son liquide normal; pour atteindre ce but, nous fermerons les paupières et nous les condamnerons à l'immobilité; 2° chercher à faire disparaître les perforations par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, collyres au laudanum, moyens également utiles pour combattre le pannus.

Pour l'œil gauche. Exciser un cercle de la conjonctive autour du limbe de la cornée; pour cela nous saisirons un petit lambeau avec une pince à griffe, et de bons ciseaux suffiront pour l'exciser. Cette opération est douloureuse, et nous pourrons endormir le malade. M. Desmarres pratique souvent cette section des vaisseaux et avec succès. Comme moyens adjuvants, chaque jour on touchera légèrement les granulations des paupières avec le crayon de sulfate de cuivre. Le malade prendra le matin un paquet de *calomel et jalap* (0,30 de chaque), et avec du temps et de la persévérance, nous pourrons obtenir, sinon un succès complet au moins une amélioration telle que cet homme pourra reprendre ses occupations.

Ce malade est resté près de trois mois dans les salles, soumis au traitement qui vient d'être indiqué, l'œil droit n'en a retiré qu'une faible amélioration; mais, du côté gauche, les ulcérations de la cornée s'étaient complétement cicatrisées au moyen d'*un tissu transparent;* sous l'influence des scarifications, les vaisseaux qui alimentaient l'inflammation avaient à peu près complétement disparu; et le sulfate de cuivre avait heureusement modifié les granulations palpébrales, de sorte que, de ce côté, le malade avait recouvré une vue suffisante qui lui permettait de vaquer à ses affaires. Dr E. TRIQUET.

Leçon sur l'acné, la mentagre et la couperose.

Hôpital Saint-Louis. M. DEVERGIE.

On a coutume de réunir en un groupe à part et de classer, parmi les affections pustuleuses, trois maladies qu'aucun caractère commun ne rapproche véritablement et qui tendent, au contraire, à se séparer bien nettement au point de vue de leur siége anatomique. S'il est à regretter que l'anatomie de la peau soit, jusqu'à présent, restée impuissante à fournir aux pathologistes la base d'une bonne classification générale, le travail est à peu près complet pour la couperose, et surtout pour l'acné et la mentagre. Aussi, pour établir avec précision les caractères essentiels à ces trois maladies, ce n'est plus à la pustule, à la papule, au tubercule que nous aurons recours; chacun de ces éléments appartient à quelques-unes des variétés de chacune d'elles, et tous pouvant manquer à la fois dans d'autres. Le caractère spécifique, nous le tirerons ici du règne anatomique, et, au lieu de dire, par exemple, que l'acné est une affection pustuleuse, ce qui est faux, principalement pour l'acné sébacée, nous disons que l'acné est une maladie des follicules cébacés de la peau; au lieu de dire que la mentagre procède d'une pustule, la pustule étant insignifiante dans la mentagre tuberculeuse, nous ferons de la *mentagre une maladie des follicules pileux;* enfin, au lieu de signaler la pustule comme un élément essentiel de la couperose, nous ne l'accepterons que comme un fait qui se joint quelquefois, mais rarement à la couperose, et nous ferons de celle-ci une maladie propre au réseau vasculaire de la peau du visage. Les détails et les exemples justifieront bientôt à vos yeux, je l'espère, cette manière d'envisager ce groupe hétérogène de maladies, engendré par la nécessité de faire tout rentrer dans un cadre tracé d'avance. La clarté qui en rejaillira sur la description, vous fera peut-être désirer, comme à moi, qu'une anatomie plus parfaite vienne nous permettre, un jour, de reconstituer, à son flambeau, une pathologie plus rationnelle.

L'acné est, avons-nous dit, une affection des follicules sébacés. Il doit s'en suivre nécessairement que tous les points de la surface du corps peuvent en être atteints, excepté la paume des mains et la plante des pieds, puisqu'en effet, les follicules sébacés ne font défaut que dans ces régions limitées de la peau. Cependant, vous savez que le visage, les ailes du nez, le devant de la poitrine et le dos, sont des parties privilégiées sous le rapport de la multiplicité de ces follicules. Or, ce sont précisément ces parties qui semblent être, pour l'acné, des siéges de prédilection. Vous verrez, par exemple, que mettant de côté quelques cas d'acné sébacée, répandue sur toute la peau, ou bien située aux membres, c'est presque toujours à la figure, à la poitrine, au dos, au cuir chevelu, que cette méthode se développe. Vous savez encore que tous les genres de peau ne sont pas également pourvus de follicules cébacés et que, tandis que la plupart des peaux fines et brunes sont constamment sèches, il est, au contraire, des peaux blanches et épaisses qu'une sécrétion grasse tient constamment dans un état plus ou moins onctueux, qui les rend humides et luisantes. Eh bien! ce sont précisément ces dernières qui sont prédisposées à l'acné. Enfin, il est un trait propre à cette affection et qui n'avait pas échappé aux anciens qui lui avait donné son nom (ακμη, vigueur); c'est qu'elle est propre à la jeunesse, et principalement à cet âge où toutes les fonctions sont portées à leur summum d'action, c'est-à-dire à l'âge de la puberté. Avant cette époque, tous les éléments de la peau n'avaient pas encore acquis leur entier développement; on n'y avait pas encore constaté surtout la prédominance de tel ou tel élément qui devait donner à son organisation un caractère propre : quoi d'étonnant, dès-lors, qu'on n'y rencontrât que par exception, l'altération d'un élément qui ne s'y trouvait qu'à un état pour ainsi dire rudimentaire. De même, dans un âge avancé, l'acné ne se montre plus qu'avec cette même rareté que je vous ai signalée pour l'enfance. C'est que la maladie, en attaquant un follicule sébacé, tend à l'oblitérer, et que plus elle a eu d'étendue et de durée, moins il lui reste d'avenir; si bien qu'à un moment donné, la peau la plus richement pourvue de ces follicules, retombe dans les conditions d'une peau qui en aurait toujours été privée. La disposition des follicules sébacés à la suite de l'acné est rendue évidente par cette innombrable multitude de cicatrices indélébiles, dont elle marque son passage. Il n'est donc pas étonnant qu'une maladie qui, tout en marchant, détruit le terrain sur lequel elle repose, finisse par se rendre elle-même impossible; et c'est là la raison pour laquelle l'acné, après avoir sévi pendant les quelques années de la puberté, disparaît ensuite d'elle-même pour ne plus jamais reparaître.

Vous prévoyez d'avance que ces vues théoriques sur la nature de la maladie qui nous occupe, ne seront pas stériles au point de vue thérapeutique, et que, pour remédier à une lésion toute locale tenant à l'organisation même de la peau, il suffira de moyens purement locaux, sans aucun égard pour l'état général.

Ceci dit, arrêtons-nous un instant aux caractères et aux variétés de l'acné. La plus commune, celle qui fleurit sous forme de pustules plus ou moins volumineuses, mais toujours discrètes, sur la figure de la plupart des jeunes gens, surtout à l'époque du printemps, se distingue de toutes les affections pustuleuses par l'engorgement qui précède, accompagne et suit chacune de ces pustules. Une véritable papule rouge, enflammée, se développe en 2 ou 3 jours : cette papule est surmontée, le 3e ou 4e jour, par une petite pustule qui forme à peine la 10e partie de l'éminence ainsi développée. Le 4e ou le 5e jour la pustule se crève et laisse échapper une gouttelette de pus compact analogue au bourbillon du furoncle. Puis, en quelques jours, l'engorgement se résout, sans avoir donné lieu à aucune démangeaison, à aucune douleur. Le même phénomène se passe en un autre point; et, pendant toute la saison, on peut trouver à la fois, sur la même figure, de pustules successives à diverses périodes de leur développement. C'est là l'*acne simplex*, qui ne constitue pas, à proprement parler, une maladie, dont je ne vous fait la description que pour vous faire connaître une autre variété tout-à-fait analogue dans son aspect, mais bien autrement incommode et opiniâtre : je veux parler de l'*acne indurata*. Je ne saurais vous donner une plus juste idée de l'acné indurata qu'en vous l'indiquant comme la forme chronique de l'acné simple. Même engorgement papuleux, mêmes pustules rudimentaires et discrètes, même siége au visage, à la poitrine et au dos; mais rougeur violacée de l'engorgement pustuleux, persistance beaucoup plus longue des papules, qui ne disparaissent pas avant trois semaines ou un mois, et qui laissent après elle une cicatricule blanche très-marquée. Puis, à mesure que ces engorgements de la peau s'effacent, il s'en forme d'autres à côté qui font durer indéfiniment la maladie.

Dans l'*acné* simple il suffit d'étendre sur la peau une légère couche de saindoux ou de cold-cream; le changement de saison suffit du reste ordinairement pour amener une guérison complète si non durable. Dans l'*acne indurata*, au contraire, c'est par des moyens actifs qu'il faut aider le travail de résolution qui est si lent à s'opérer. En même temps qu'on graisse la peau avec une pommade au tannin, au calomel, à l'oxyde rouge de mercure, on peut la soumettre à des douches froides administrées de la manière suivante : le malade est plongé jusqu'à la ceinture dans un bain chaud et en même temps on dirige sur la partie malade un filet de plus en plus fort d'eau sulfureuse froide, composée de :

Eau.	1000 litres.
Foie de soufre.	40 à 50 gram.
Carbonate de soude. . .	50 gram.
Gélatine (colle forte). . .	200 gram.

Le haut du tronc est recouvert d'une toile cirée; la douche est continuée pendant un quart-d'heure.

Si les pommades résolutives précédentes ne suffisent pas, on peut leur joindre ou leur substituer une solution d'alun au 300e, ou une solution de sublimé au 1500e ou au 1000e, ou même une simple lotion avec de l'eau salée. Il faut bien savoir que presque toutes les pommades vantées, annoncées dans le commerce de la pharmacie ou de la parfumerie contre les boutons du visage, ou même souvent celle qui est annoncée sous le nom de cold-cream, contiennent toutes plus ou moins de sublimé et que c'est à cet agent qu'elles doivent leur incontestable utilité.

Les bains de mer, comme tout ce qui peut augmenter la tonicité de la peau, sont un des moyens les plus propres à ramener les follicules à leur volume normal, et cependant la maladie peut résister à ce moyen puissant. C'est alors qu'on en vient à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Ce caustique promené légérement à la surface de la peau malade, en amène ordinairement la résolution sans laisser de traces de son passage, surtout quand on a eu la précaution de l'employer avec ménagement.

Il est une troisième espèce d'acné que les dermatologistes n'ont pas décrite, et que nous désignerons sous le nom d'*acne miliaire :* c'est une éruption tenace, papulo-pustuleuse, aussi désagréable que l'*acne indurata* et qui donne lieu à de graves méprises parmi les médecins qui ne sont pas prévenus de son existence et de ses caractères insidieux.

J'appliquerai donc ce nom d'*acné miliaire* à une éruption de petites pustules de la grosseur d'une tête d'épingle, reposant sur une base engorgée et élevée, qui survient chez l'adulte et surtout chez la femme, aux commissures labiales, au pourtour des ailes du nez, au menton et sur toute la figure (1). Ces pustules, toujours isolées, se développent d'une façon successive et lente. Leur siége auprès des orifices naturels est déjà un caractère qui leur est commun avec les syphilides ; ajoutez que les pustules une fois crevées laissent après elles un engorgement de couleur brune et cuivrée qui ajouterait encore à la facilité de la méprise. C'est précisément à cause de ce danger que cette maladie, peu commune d'ailleurs, mérite une description spéciale. Mon attention était déjà éveillée sur ce point, lorsqu'un exemple bien sensible vint confirmer, il y a peu d'années, la nécessité de cette distinction toute pratique.

Une dame qui, par sa position dans le monde n'était pas à l'abri de tout soupçon, se présente à moi avec plusieurs de ces macules et de ces engorgements réunis autour de la bouche et du nez. Plusieurs médecins fort distingués qu'elle avait consultés déjà, avaient vu échouer le traitement anti-syphilitique. J'avoue qu'égaré moi-même par toutes les apparences trompeuses et de la malade et de la maladie, je tombai dans la même erreur et je prescrivis un traitement analogue. L'inefficacité de ma prescription me fit bientôt revenir de ma première erreur, et un traitement tout local, consistant dans quelques résolutifs et dans quelques douches sulfureuses, amena une guérison rapide. Je dois dire cependant que quand l'acné miliaire, au lieu d'être disséminée, se localise ainsi en un point circonscrit du voisinage de la bouche ou du nez, elle offre une opiniâtreté toute spéciale et qu'il faut employer avec persévérance des douches sulfureuses énergiques pour s'en rendre maître.

Là se termine la série des acnés avec pustules, parmi lesquelles j'ai omis de ranger l'*acne rosacea* des auteurs, qui n'est autre chose que la couperose.

Restent maintenant ces formes toutes spéciales dans lesquelles on trouve la peau intacte et où la maladie n'est indiquée, le plus souvent, que par une hypersécrétion de la matière grasse fournie physiologiquement par les follicules sébacés.

Deux variétés, dont une seule à la vérité offre de l'intérêt, présentent ce caractère commun. La première, consistant dans un point noir qui correspond à l'orifice du conduit excréteur des follicules, constitue ce qu'on appelle *acne punctata*. Cet état n'est pas une maladie, il est dû à ce que quelques atomes de poussière sont retenus par la matière grasse dont est rempli l'orifice du follicule dilaté. Il est vrai que quelques personnes ont cru voir, dans cet amas graisseux de forme vermiculaire qu'on fait aisément sortir des canaux excréteurs des follicules, un véritable insecte dont l'étude à été faite sérieusement et dont les organes ont été soignensement décrits. J'avoue qu'il ne m'a pas été possible de vérifier la description minutieuse que M. Simon de Berlin fit, en 1822, et plusieurs autres après lui, de cet insecte que, jusqu'à nouvel ordre, je considère comme purement fantastique.

La seconde variété d'acné sans pustules n'est ni plus douloureuse, ni plus grave qu'aucune des espèces précédentes ; mais elle n'en constitue pas moins un des états les plus désagréables, voir même des plus repoussants. Elle fut désignée pour la première fois par Biett sous le nom d'*acne sebacea*. Cet auteur en avait signalé quelques cas rares, qui se sont singulièrement multipliés depuis que l'attention a été éveillée sur ce point. Pour cet auteur l'acné sébacée consiste dans la production d'une matière grise, compacte, adhérente, qui revêt la totalité ou une grande partie de l'enveloppe tégumentaire. Cette substance grasse et sale donne à la peau un aspect hideux ; on ne parvient à la faire tomber qu'en l'imbibant d'un corps gras ; quand elle a été enlevée on trouve dessous la peau saine et blanche, mais elle ne tarde pas à se reproduire dans l'espace de peu de temps (1). C'est dans ce cas que se trouve le malade que je vous ai montré au n° 55 de la salle des hommes. Sur tout un côté de la tête, les cheveux sont enduits d'une matière grasse et grisâtre qui se détache aisément quand on les écarte. On croirait, au premier abord, à une affection pustuleuse du cuir chevelu, mais de simples lotions à l'eau de savon suffisent pour rendre momentanément à la peau son aspect légèrement rosé ; seulement, il suffit aussi d'un jour ou deux pour voir une épaisse couche de matière grasse se reproduire. Une disposition analogue, mais moins tranchée, se retrouve chez le même malade sur les côtés du nez et au pourtour des narines. Elle consiste bien, comme la précédente, dans une hypersécrétion de la matière sébacée ; mais, au lieu de laisser un enduit concret sur la peau, elle ne consiste que dans un liquide huileux qui se produit si abondamment que le malade a beau s'essuyer, il paraît constamment enduit d'une couche d'huile ou de pommade. Cela est surtout frappant pour notre malade dont le nez seulement est atteint, et qui tous les matins se présente avec le caractère que je viens de vous indiquer. Il est vrai que chez ce malade vous ne trouverez pas la peau du nez blanche et saine : elle est légèrement couperosée ; mais enfin elle ne présente non plus aucune apparence de pustules. Vous rencontrerez nombre de ces cas qui ne rentrent pas exactement dans la description de Biett, mais que vous devrez cependant rapporter au genre qui nous occupe, que nous étendrons ainsi à toutes les sécrétions exagérées de matière grasse par la peau. Vous remarquerez seulement que l'acné avec enduit appartient plutôt au tronc, et l'acné avec sécrétion huileuse, au visage (2).

Dans tous ces cas, les agents thérapeutiques seront à peu près les mêmes. Il s'agit de stimuler vivement la peau, de changer son mode de vitalité : c'est donc avec les astringents et les toniques d'une part, et avec des douches vigoureuses de l'autre, que

(1) La malade couchée au n° 44 de la salle Saint-Thomas offrait un bel exemple de cette éruption papulo-pustuleuse répandue sur toute la face. Un traitement purement externe a tout fait disparaître dans l'espace de deux mois.

(1) Au n° 60 de la salle Saint-Louis est couché un malade qui se présenta, au mois d'août, avec un épais enduit noirâtre occupant toute la région du sternum qui en même temps était abondamment pourvue de poils. Cet homme ayant révélé des antécédents syphilitiques, et présentant encore un état de rougeur et de sensibilité de la verge, on n'hésita pas, au premier examen, à caractériser son état de syphilide accompagnée de malpropreté. Au bout de peu de jours, M. Devergie ayant repris son service, reconnut la méprise : quelques bains, une pommade et des lotions alcalines mirent à découvert une peau parfaitement saine, en enlevant, comme par miracle, la syphilide avec toutes ses apparences. Les poils furent rasés, la peau levée avec soin tous les deux jours, dans un bain sulfureux, et depuis lors on s'est aperçu que toute la maladie consiste dans une sécrétion abondante de matière grasse formant, soit avec la poussière, soit avec la poudre d'amidon, une pâte compacte et adhérente. La même sécrétion se fait en même temps au visage et au front ; il est remarquable, seulement, que jamais l'enduit grisâtre de la poitrine ne s'est pas produit au visage, bien qu'une sécrétion grasse se fasse également sur ces deux points.

(2) Il faut rapprocher de ces cas-singuliers le malade couché actuellement au n° 33 de la salle Saint-Louis. Cet homme se présenta au mois de juin dernier avec un état ulcéré, bosselé et croûteux du dos de la main. Des cataplasmes appliqués sur cette main ne suffirent pas pour la nettoyer : l'amidon y formait une couche épaisse d'une pâte grisâtre qu'aucune lotion ne pouvait enlever. Deux mois de l'usage des bains de vapeur firent disparaître à grand peine cet amas informe et dégoûtant. Aujourd'hui on aperçoit aisément, au-dessus du niveau de la peau, les follicules sébacés hypertrophiés qui sécrétaient la matière grasse.

vous pourrez atteindre cette utile modification. En un mot, le traitement sera à peu près le même que pour l'acné à pustules et chronique : douches sulfureuses, lotions alunées ou au sublimé, pommade soufrée, alcaline, au tamin, au sublimé, etc.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Large déchirure faite à l'intestin colon par un corps contondant, sans ecchymose et sans aucune léston à la peau ;

Par M. DE MORINEAU.

Ce cas n'est certes pas sans analogie ; mais cependant, dans la plupart des observations de ce genre, c'est un viscère solide, de structure résistante, le foie, la rate, qui a été le siége de la déchirure ; et elle s'explique alors facilement par la densité même de l'organe qui ne lui permet pas d'éluder l'action de la force vulnérante. Ici rien de pareil ; c'est l'un des plus souples et des plus mobiles viscères qui a été compromis ; cette circonstance ajoute un vif et nouveau degré d'intérêt au récit qu'on va lire.

Obs. — Le 2 février 1852, vers quatre heures du soir, M. de Morineau fut appelé auprès d'un ouvrier qui avait reçu, pendant la nuit précédente, un violent coup de pied dans le bas-ventre. Faible, la face pâle, la respiration courte, anxieuse, le pouls dépressible et fréquent, il fut transporté à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, où il mourut le lendemain à huit heures du matin.

Autopsie. — La peau du ventre et de la poitrine n'offrait aucune trace de contusion ni de violence.

La région inguinale droite était un peu tuméfiée ; en l'incisant, on fit sortir une sérosité sanieuse et sanguinolente, provenant d'un foyer situé dans l'abdomen. Il existait un sac de hernie inguinale de ce côté.

Les intestins, distendus par des gaz, avaient leur membrane péritonéale rosée, épaissie et injectée ; dans quelques points même, elle se déchirait et s'enlevait avec une assez grande facilité.

L'épiploon, rouge et enflammé, offrait dans le flanc droit des adhérences nombreuses, les unes récentes, les autres anciennes, avec les organes voisins, et notamment avec le colon ascendant.

En le renversant, on découvrit une sanie noirâtre et épaisse, abondante, la même qui remplissait le sac herniaire inguinal. On put alors reconnaître sur le colon une large ouverture presque circulaire, du diamètre de 2 centimètres et demi, à bords réguliers et déchiquetés. Cette déchirure était récente ; elle présentait l'aspect d'une plaie faite par écrasement ou attrition. Le fond et tout le pourtour de la plaie intestinale se trouvaient souillés de sang, et dans une étendue d'environ 8 à 9 centimètres carrés, le colon était largement ecchymosé. Dans son épaisseur, on distinguait du sang noir épanché, ainsi que de nombreux caillots de même couleur, tout à fait consistants, qui étaient interposés entre les membranes et l'intestin.

Le reste du tube digestif, non plus que les autres viscères, n'avaient aucune lésion.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre 1851. — Présidence de M. Mêlier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'Intérieur transmet un mémoire de M. Willemain, médecin sanitaire à Damas, sur la maladie, dite bouton d'Alep, que l'auteur attribue aux eaux de la localité. Ce mémoire est accompagné d'un échantillon d'eau et de terre de la localité. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidatures.

MM. Belhomme et Lebert, se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Vaccine.

M. Brizard, médecin à Vercel (Doubs), adresse une nouvelle note et de nouvelles observations, sur le procédé qu'il emploie pour conserver le vaccin. (Commission de vaccine.)

Syphilis.

M. le docteur Bardinet, de Limoges, envoie un mémoire fort étendu sur la Syphilis héréditaire. Nous tâcherons de donner prochainement une analyse de ce travail important, fait avec le plus grand soin. (Commission déjà nommée ; rapporteur, M. Depaul.)

Luxation de la tête du fémur.

M. Décès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse une observation de *luxation horizontale de la tête du fémur.* (Commission, MM. Gerdy, Hervez de Clugoin, Malgaigne.)

Anesthétiques.

M. le docteur Brulet, secrétaire de la Société des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, adresse une note sur *les irrigations froides dans le conduit auditif externe comme moyen anesthétique.* L'auteur annonce que ces irrigations produisent en effet l'insensibilité.

Prothèse dentaire.

M. Didier adresse un travail sur un nouveau mode de prothèse dentaire.

Pustule maligne.

M, Babault d'Angerville (Seine-et-Oise), adresse une note sur le traitement et la prophylaxie de la pustule maligne. L'auteur préconise la cautérisation.

Eaux sulfureuses.

M. Boulaud adresse une lettre en réponse à la réclamation de MM. Lecomte et Depuysaie ; dans laquelle il déclare que les expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Chevallier, et devant MM. Orfila et O. Henry à une époque bien antérieure à celle dont parlent les réclamants, et que ses idées se trouvent déjà exposées dans le Journal de chimie médicale, année 1846, p. 332.

Chlorophosphure de mercure.

M. Stanislas Martin communique la formule suivante d'un composé de chlore de phosphore et de mercure :

Mettez, dans un flacon à l'émeri, 30 grammes de deuto-chlorure de mercure, réduit en poudre impalpable, et 120 grammes de teinture éthérée de phosphore, suivant le Codex ; fermez le flacon, agitez. La température de ce mélange s'élève jusqu'à 20° au-dessus de zéro.

Après trois jours de contact, on décante l'éther et on le remplace par une égale quantité d'éther phosphoré. Le mélange change alors de couleur ; de blanc qu'il était, il devient jaune citron.

On répète trois ou quatre fois l'échange d'éthéréolé de phosphore, on filtre et on laisse sécher à l'air libre.

On s'assure que ce nouveau composé ne contient plus de deuto-chlorure de mercure, en le traitant par l'alcool rectifié qui dissout le sel soluble et que l'on reconnaît au moyen du nitrate d'argent.

Si le composé contenait du phosphore non combiné, on peut s'en débarrasser par un simple lavage dans l'éther sulfurique.

Le chlorophosphure de mercure est jaune, insoluble dans l'alcool, l'éther et l'eau dans laquelle il devient d'un jaune-brun foncé. L'ammoniaque, l'eau de chaux, le sous-carbonate de potasse et de soude, les acides minéraux le décomposent. Mis sur les charbons ardents, il s'y décompose en répandant une vive lumière et une odeur alliacée.

On peut déterminer la quantité de phosphore employé, en se basant sur ce fait que 120 grammes d'éther dissolvent 8 décigrammes de phosphore, et en multipliant les quantités diverses d'éthéréolé employé ; par l'analyse chimique, on pourra au juste apprécier l'exacte composition de ce produit.

RAPPORTS.

Opium indigène.

M. Bouchardat lit, au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Orfila, Boulay, Chevallier, Grisolle et du rapporteur, un long rapport sur un travail de M. Aubergier, relatif à la culture du pavot indigène.

D'après les recherches de la commission, l'opium indigène, convenablement préparé, serait non-seulement plus riche que l'opium exotique en mor-

phine et en cadéine, mais encore la composition serait surtout plus constamment uniforme que celle de l'opium d'Orient.

Des observations transmises au rapporteur, par M. Grisolle, démontrent que l'extrait d'opium obtenu par M. Aubergier, jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'extrait d'opium exotique ; que son action est peut-être plus énergique, et que s'il fallait fixer, par des nombres, l'énergie proportionnelle des deux extraits, on arriverait à conclure que 4 centigrammes d'extrait d'opium indigène représentent assez exactement 5 centigrammes d'opium exotique.

Dans des expériences faites par M. Rayer, l'extrait d'opium indigène, préparé et fourni par M. Aubergier, a été donné sous forme de granules de 1 centigramme chacun, à des doses variables, depuis 1 centigramme jusqu'à 10 centigrammes dans des maladies très-diverses. Sur une centaine de malades, il a été constaté que les effets sédatifs de l'opium indigène n'ont jamais été au-dessous des effets de l'opium exotique habituellement employé.

L'opium indigène a été administré dans un grand nombre de maladies, dans lesquelles on emploie souvent avec succès l'opium exotique, et particulièrement dans plusieurs cas de coliques de plomb très-douloureuses, de rhumatismes aigus, de névralgie, de phthisie pulmonaire, etc., etc.

Constamment, l'opium indigène, aux doses ordinaires de l'opium exotique, a procuré du soulagement et du sommeil.

Il reste donc démontré, pour les commissaires, que l'opium indigène qui leur a été remis par M. Aubergier, jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'opium exotique, à un degré au moins égal à celui de l'opium de bonne qualité employé dans les hôpitaux.

La commission, en conséquence, demande l'approbation de l'Académie, pour le mémoire de M. Aubergier, et propose d'en ordonner l'impression dans les mémoires de l'Académie.

Une courte discussion suit la lecture de ce rapport.

M. Bouchardat avait émis, dans le corps du rapport, la pensée qu'il pourrait être utile, dans l'intérêt de la sûreté publique, de soumettre la culture du pavot indigène au monopole du gouvernement.

MM. Chevallier et Boulay s'élèvent contre cette proposition, dont ils demandent la suppression.

M. Chevallier demande, en outre, que l'opium indigène soit soumis au titrage, comme l'opium exotique.

M. Bouchardat souscrit à cette dernière proposition ; mais il persiste à penser qu'il peut être utile de maintenir dans le rapport, sous forme dubitative au moins, l'idée de monopoliser la fabrication de ce nouveau produit.

Ces deux propositions sont successivement mises aux voix : la première, savoir si le monopole sera proposé au gouvernement ; la seconde, si l'opium indigène sera soumis au titrage. Elles sont adoptées.

M. Chevallier propose qu'une copie du rapport soit transmise au ministre de l'intérieur. L'Académie adopte.

Les conclusions du rapport, ainsi additionnées, sont mises aux voix et adoptées.

Eaux minérales.

M. Patissier lit un rapport *verbal* sur un travail de M. Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie, ayant pour titre : *Mémoire clinique sur cinq années de pratique à Vichy* (de 1848 à 1852).

Dans un tableau synoptique qui termine son mémoire, M. Durand-Fardel résume, par des chiffres, les résultats curatifs qu'il a obtenus dans cette période. Sur 615 maladies diverses observées, 101 ont été guéries, 224 ont été considérablement améliorées, 139 n'ont éprouvé qu'une faible amélioration ; sur 99, les résultats ont été nuls ; chez 5, on a constaté des suites fâcheuses ; chez 47, les résultats ont été inconnus.

Si l'on considère, dit M. le rapporteur, que la médecine ordinaire est le plus souvent impuissante dans la curation des maladies chroniques, on devra reconnaître que les résultats signalés par M. Durand Fardel, démontrent évidemment que les eaux minérales sont un précieux secours pour combattre les maladies de long cours, et qu'à cet égard elles méritent une étude sérieuse de la part des praticiens.

La commission estime qu'il y a lieu d'adresser une lettre de félicitation à M. Durand-Fardel, et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté).

LECTURES.

Purpura hemorrhagica. — Absence de fibrine dans le sang.

Un homme de 35 ans, doreur, d'une santé habituellement bonne, constitution forte, tempérament sanguin, convalescent depuis une quinzaine de jours d'un érysipèle de la face, fut pris tout à coup, sans cause appréciable, le 19 août, d'un frisson avec fièvre, céphalalgie, courbature générale et en même temps d'une très-vive douleur de reins.

Le 20 et 21, les accidents augmentèrent et le malade eut des nausées et quelques vomissements.

Entré le 22 à la Pitié ; l'interne de garde constate une fièvre intense, de la céphalalgie, de l'inappétence, la langue blanche, légèrement rouge sur les bords, une douleur de reins tellement aiguë qu'elle arrachait des cris au malade et absorbait presque tous les autres symptômes. Pas de coryza, pas de toux, pas de mal de gorge, pas de diarrhée. Çà et là, sur la face, quelques petites saillies coniques qui firent songer à la variole ; mais le malade assurait que ces élevures existaient depuis longtemps.

Le lendemain matin, même état, sauf qu'il existe une rougeur assez vive, générale, uniforme, disparaissant à la pression et qu'il n'y a plus de vomissements.

Le soir, la rougeur est plus étendue et plus marquée que le matin.

Le 24, céphalalgie et néphralgie, toux très-violente ; peau chaude ; pouls 108 ; les conjonctives oculaires et paupières, principalement à droite, sont le siége d'ecchymoses violacées, noirâtres ; grand nombre de pétéchies sur le ventre et les membres inférieurs, confluentes à la région hypogastrique, rares à la poitrine et les bras. Sur les jambes, plaques d'une teinte bleuâtre qui indiquent une hémorrhagie profonde ; gencives saines ; cinq ou six crachats sanglants ; le malade assure avoir rendu des urines rougies par du sang. Quelques râles sous-crépitants ; sonorité normale. — Lim. citr. ; saign. de 200 gr. ; diète.

Un soulagement immédiat est obtenu après la saignée ; puis, quelques heures après, le malade se plaint d'une sensation d'étouffement et meurt subitement.

Examen du sang tiré de la veine. — Il ne se sépare pas comme à l'ordinaire en caillot ; il conserve pendant vingt-quatre heures une couleur noirâtre à l'état liquide. M. Becquerel obtient par l'analyse les résultats suivants :

Fibrines. — Impossibilité absolue d'en obtenir la moindre trace.

Globules. — Impossibilité de les séparer du sérum par tous les moyens usités (repos, réfrigérations, sulfate de soude).

Densité. — 1053,56.

1,000 parties de sang contenaient :

Eau.	803,44
Parties solides.	196,56

Parties alcalines indéterminées.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — La surface du corps présente un nombre bien plus considérable de pétéchies et de plaques bleuâtres que pendant la vie, et offre en outre une teinte violacée générale. En quelques points, épiderme soulevé par une sérosité roussâtre.

Cavité péritonéale. — Elle renferme trois à quatre verres de sérosité sanguinolente ; nombreuses ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, pariétal et viscéral.

Intestins. — Matières fécales sanguinolentes dans l'intestin grêle, tout à fait sanglantes dans le gros intestin. Muqueuse rouge uniformément, sans ecchymoses.

Thorax. — Un peu de sérosité sanguinolente dans le péricarde, et un verre dans les deux plèvres ; pas de caillots dans le cœur ; poumons fortement congestionnés ; bronches d'un rouge très-foncé sans arborisations.

Reins. — Le gauche seul présente un peu d'hyperémie, mais pas d'ecchymose dans la substance propre et sous la tunique fibreuse.

Le cerveau n'a pu être examiné.

L'Académie a procédé, dans cette séance, au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été nommés :

Commission des épidémies, MM. Macartan, Roche.
Commission des remèdes secrets, MM. Orfila, Robinet.
Commission des eaux minérales, MM. Mélier, Boulay.
Commission de la vaccine, MM. Bouvier, Devilliers.
Comité de publication, MM. Chomel, Bousquet, Bégin, Boulay, jeune.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Banquet des internes des hôpitaux.

On parle souvent de fêtes de famille ; en voici une véritable. Quelques internes, inspirés par l'heureuse idée d'unir le passé au présent et le présent à l'avenir, de développer, parmi les internes anciens et nouveaux, les sentiments d'union et de solidarité dont le germe existe depuis l'origine même de l'institution, ont voulu réunir dans un banquet les représentants de toutes les périodes de l'internat. C'est hier qu'a eu lieu ce banquet, sous la présidence d'un des plus zélés des professeurs, d'un des fonctionnaires les plus éminents, d'un des savants les plus distingués, d'un des hommes les plus bienveillants et les plus justement

aimés, d'un des anciens internes les plus laborieux, de M. Bérard enfin. Un grand nombre d'anciens internes, parmi lesquels MM. Michon, Valleix, le professeur Martins, Ricord, Boinet, Bourgeois (d'Étampes), etc., étaient venus se joindre à leurs jeunes collègues, et le grand salon des Frères Provençeaux ne contenait pas moins de 100 couverts. L'ordre le plus parfait, la cordialité la plus franche, la plus aimable gaîté n'ont pas cessé de régner pendant tout ce repas ; l'excellent esprit du président semblait animer tous les convives. Lorsque le champagne s'est fait entendre, le premier lauréat des internes sortants, M. Axenfeld, a porté un toast à l'excellent collègue, au professeur éminent qui avait bien voulu présider cette fête, et honorer de sa présence une réunion destinée à établir des liens de bonne confraternité et de solidarité entre tous les internes. Aussitôt que les applaudissements redoublés qui accueillent ce toast ont été apaisés, M. Bérard a pris la parole en ces termes :

« Messieurs,

« Si vous avez désiré appeler à la présidence de ce banquet celui de vos maîtres qui a le plus vivement désiré le titre d'interne, qui avait le plus grand besoin de l'obtenir, qui a fait le plus d'efforts pour y atteindre, qui tient ce titre en plus grande estime, qui se reporte le plus volontiers à cette époque de sa vie où le succès avait couronné ses premiers efforts et qui regrette le plus amèrement de l'avoir dépassée, bien que les années aient amené pour lui les honneurs, vous avez bien fait de me choisir.

« Mais ce début nécessite quelques développements rétrospectifs, plutôt sous forme de causerie qu'en réponse à un toast officiel.

« J'ai vivement désiré l'internat, ai-je dit ; oui, messieurs, il fallait conquérir le titre d'interne et les avantages qui y sont attachés ou se résigner à la condition de médecin de province : condition fort honorable sans doute, et digne de tous nos respects, mais peu en rapport avec mes goûts pour l'étude. Il fallait donc l'emporter, l'emporter après une seule année d'externat.... aussi quel labeur ! quelle opiniâtreté au travail ! Chaque matin, longtemps avant le jour, ma bonne mère avait préparé pour moi une dose de café à chasser pendant un mois le sommeil de ma couche..... et quelle anxiété pendant les épreuves du concours ! j'allais chaque jour entendre mes compétiteurs, je me disais qu'ils étaient bien forts ; je revenais dans ma famille la tristesse au cœur, et le découragement m'arrachait des larmes... Le résultat fut cependant bien autre que celui que j'avais redouté (1).

« J'ai dit aussi que je tenais le titre d'interne en grande estime ; ma position me permet de faire aujourd'hui plus que de le dire ; elle m'offre l'occasion de le prouver. Invité souvent à donner mon avis sur des présentations faites par des écoles préparatoires de médecine, ce titre d'interne, d'interne de Paris, est celui que je cherche tout d'abord parmi les titres antérieurs des compétiteurs, et souvent cela m'a conduit à transposer les noms sur les listes au grand profit de vos prédécesseurs.

« J'ai dit, enfin, que je me reportais avec bonheur à cette période heureuse des études où un premier succès en fait présager d'autres. Ah ! je vous remercie de m'y avoir ramené pendant cette soirée par le spectacle si réjouissant de votre gaîté et de votre bonne confraternité. »

Une véritable ovation a couronné ces belles, ces bonnes paroles où le cœur parlait encore plus que la bouche, et qui ont été prononcées avec cette expression de mélancolie et de bonheur, particulière à l'excellent professeur, et qui émeut profondément ceux qui ont le bonheur de l'entendre.

M. L. Bauchet, interne de La Charité, commissaire, a porté ensuite le toast suivant :

« Aux anciens internes des hôpitaux de Paris,

« Au nom de la commission qui représente les internes des hôpitaux, maintenant en exercice :

« Je remercie les anciens internes, d'être venus s'asseoir au milieu de nous ;

« Je remercie nos maîtres dans les hôpitaux, qui sont venus se réunir à leurs jeunes collègues ;

« Je remercie nos collègues en province, représentés par M. Martins, qui, dans une lettre charmante, adressée à la commission, nous a dit qu'il était le trait d'union entre Paris et la province ; représentés aussi par M. Bourgeois, qui est venu d'Étampes pour assister à notre réunion.

« A l'union des internes. »

A ces cordiales paroles, M. Michon, de la voix la plus émue, a répondu par l'expressif et laconique toast :

« Les anciens internes aux nouveaux : Union et bonne confraternité. »

M. Ricord a ensuite obtenu la parole.

« En ma qualité de plus ancien interne ici présent, a-t-il dit, après mon bon collègue et ancien condisciple, M. le professeur Bérard, je demande la permission de répondre au toast qu'on vient d'adresser aux anciens internes des hôpitaux de Paris. Si de plus vieux que moi réclament la parole, je la leur cède.... Puisque personne ne réclame, je continue, en vous demandant beaucoup d'indulgence. Après les paroles éloquentes que vous venez d'entendre, j'hésite à vous raconter mon histoire, qui, cependant, doit être pour vous un petit enseignement et partant un encouragement. Comme mon ami Bérard, l'internat était pour moi une nécessité ; il fallait arriver à ma première année d'externat au titre d'interne, pour rester parmi vous, autrement je devais retourner au plus tôt en Amérique, d'où je venais.

Je réussis. Ce fut le plus beau jour de ma vie ; la première récompense de mon travail, et celle que je n'oublierai jamais. Mais si la première partie de ma vie ressemble à celle de mon ami Bérard, la seconde en diffère. La fortune, cependant, semblait me sourire. Je fus, après mon internat, nommé chirurgien du bureau-central ; mais, hélas ! ce titre ne dura que vingt-quatre heures. Il fallait concourir de nouveau, mais il fallait, avant tout, vivre, et pour cela, je dus devenir médecin de campagne ! médecin de campagne, à quarante sous la lieue ; l'allée et la venue comprises, bien entendu ; et pour faire cela, j'avais un cheval qui m'avait coûté soixante francs, laissé par les alliés à Crouy-sur-Ourcq, et dont toutes les articulations étaient ankylosées. Mais, messieurs, dans mes courses, je ne partais jamais pour les villages voisins sans dire, comme les anciens cochers de coucous : Paris ! Paris. Je travaillais pour revenir concourir pour les hôpitaux et retrouver parmi mes compétiteurs, un émule, un ami, un de vos maîtres bien-aimés, Auguste Bérard, que nous regrettons tous de ne plus voir ici. Pardon, messieurs, de vous rappeler un souvenir triste, dans un moment de joie et de douces émotions ; mais c'est que nous devons aussi un toast de reconnaissance à ceux qui ont tant fait pour la science et pour l'instruction, à laquelle nous sommes fiers d'appartenir.

Pardon encore, messieurs, si je viens de vous rappeler une partie de mon histoire, elle vous prouvera que si on ne parvient pas toujours à la plus haute position, quand on commence comme vous, avec du travail, on peut toujours arriver à quelque chose de bien.

« Je bois donc à votre prospérité et aux succès que l'avenir vous réserve. »

M. G. Piogey, après M. Ricord, porte le toast suivant :

« Après les paroles éloquentes de notre honorable président, à qui nos sympathies sont acquises, je me trouve tout ému, et je vous prie, messieurs, de m'accorder votre indulgence.

« Pour me donner plus de courage, permettez que je m'identifie avec les pensées qui vous animent.

« M. Bauchet a porté un toast aux anciens internes, en les remerciant d'avoir répondu à l'invitation qu'on leur avait adressée. Je viens, messieurs, en mon nom et au nom de toute la génération des internes, vous affirmer que c'est avec un grand bonheur que nous assistons à ce banquet. Plusieurs de nos maîtres qui, comme nous, ont eu l'internat pour point de départ, et sont arrivés aux postes les plus élevés que l'on puisse atteindre, dans la limite de l'ambition la plus légitime, guidée par l'intelligence, l'étude et la persévérance, sont parmi nous, pour nous montrer la voie à suivre, afin d'arriver au même but. N'oublions pas que l'honorabilité professionnelle a été et est toujours leur plus fidèle drapeau.

« Cette réunion doit être le début de réunions annuelles qui ne doivent plus avoir d'interruption.

« Je vois avec satisfaction que ceux de nos anciens collègues, peu nombreux, il est vrai, à qui nous sommes obligés de retirer l'estime, ont eu au moins la pudeur de comprendre qu'ils étaient indignes de s'asseoir à notre table. Ils se sont rendu justice, en restant dans l'ombre. »

Dans ce moment, entrent MM. Blache et Guersant, qui se sont échappés d'une réunion dont ils étaient les amphytrions, pour venir serrer la main à leurs anciens et nouveaux collègues, ils sont accueillis avec les témoignages les plus expansifs de sympathie.

Lorsque le calme est rétabli, M. de Castelnau demande la parole et s'exprime en ces termes :

« Messieurs,

« Nos confrères de province nous reprochent quelquefois de faire un accueil moins favorable à leurs travaux qu'à ceux de nos confrères de Paris. C'est une erreur qu'il faut détruire et que condamne suffisamment la présence parmi nous de deux anciens internes, l'un, praticien justement honoré de province ; l'autre, professeur distingué de l'école de Montpellier. Comment pourrait-il en être autrement ? Sur vingt, trente ou quarante in-

(1) M. Bérard obtint la première place à ce concours.

ternes qui, chaque année, sont admis dans nos hôpitaux, les trois quarts, les quatre cinquièmes, ou même plus, vont répandre en province les bienfaits de leur jeune et déjà vaste expérience. Est-ce qu'en franchissant l'enceinte de la capitale ils se dépouilleraient de leur talent et de leur instruction? qui serait assez fou pour le penser! Non, messieurs, le talent n'a point de patrie, et partout où il est fécondé par le travail, il enfante le progrès. Pour prouver donc, une fois de plus que tous les médecins sont égaux devant la science, que tous les internes surtout ne forment qu'une même famille, permettez-moi de porter un toast aux Facultés de Montpellier et de Strasbourg, aux écoles secondaires de France, à tous les internes de province que la seule distance a empêchés d'assister à ce banquet fraternel. »

Après ce toast, accueilli par de chaleureuses marques d'assentiment, M. le professeur Martins se lève et prononce les paroles suivantes :

« Messieurs et chers collègues,

« Je suis heureux et fier de représenter parmi vous la Faculté de médecine de Montpellier. Si j'ai eu l'honneur de devenir professeur de cette illustre école, soyez persuadés que mon titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris, m'a puissamment servi. Les juges du concours qui m'a élevé au professorat, ont tous compris que des connaissances médicales, pratiques, étaient la base indispensable de tout enseignement professionnel, que tout dans une École de médecine, les sciences accessoires comme les autres, devait converger vers un seul but, l'*Art de guérir les maladies*. Convaincue que l'observation patiente, consciencieuse, des phénomènes naturels, fécondée et vivifiée par l'analyse et l'induction logique est la base de toute science positive, la Faculté de Montpellier, comme celle de Paris, repousse la théorie pure dont les racines ne plongent pas dans le terrain solide des faits. Pardonnez cette métaphore à un botaniste et permettez-lui de vous dire, au nom des hôpitaux de Montpellier, qu'ils assistent de cœur à ce banquet fraternel et s'associent à tous vos vœux, à toutes vos espérances pour l'avenir. Puisse ce banquet se renouveler périodiquement chaque année, et puissions-nous longtemps encore, voir les jeunes générations se réunir sous la présidence de notre illustre maître, M. le professeur Bérard, groupant autour de lui, ceux de ses élèves qui doivent à ses leçons, leur succès dans la pratique ou dans l'enseignement de la médecine. Ils seront toujours nombreux, si nous conservons les grandes traditions de ceux qui nous ont précédés dans la carrière. Suivre leurs traces, c'est assurer les progrès de la science, et contribuer à la gloire du pays. »

Enfin M. Garreau, interne de 1re année, termine par les paroles suivantes cette série de cordiales expansions :

« Au nom des internes nouvellement élus, je bois aux succès de ceux que nous remplaçons, je bois à la santé de tous nos aînés. »

Le couvert levé, la soirée s'est gaiement terminée par le café, par quelques spirituelles chansons, et par un whist qui s'est prolongé fort avant dans la nuit. Chacun est sorti de ce banquet vraiment fraternel, avec la conviction que la base d'une grande et féconde solidarité était jetée, et que le but si désirable des internes qui ont eu l'idée de provoquer cette réunion, était définitivement atteint. SCHNEPF.

— Un de nos bons correspondants nous fait part de l'anecdote suivante, qui ne laissera pas que d'avoir son intérêt, quoiqu'elle ne soit pas absolument inédite.

Sur la doctrine du pouls. — Cette anecdote sera trouvée très-singulière si elle est vraie. Milman, médecin anglais, devait employer cinq années à visiter les Universités les plus célèbres de l'Europe, à y faire connaissance avec tous les plus fameux médecins, et il avait destiné une de ces années à suivre Bordeu, pour s'instruire de sa doctrine du pouls; mais Bordeu, trop occupé par sa pratique, avait envoyé l'étranger à M. Thierry, en lui disant que ce médecin était aussi versé que lui-même dans la connaissance des pouls. Milman se présenta à M. Thierry, qui se mit à rire, et qui lui dit : Bordeu est un de mes amis que je considère; il a eu raison de vous dire que j'en savais autant que lui sur le pouls, quoique ni lui ni moi n'en sachions pas plus que tout autre. Il n'ignore pas qu'il se moque lui-même de la simplicité, de la crédulité et de l'imagination ridicule des médecins, tant français qu'étrangers, puisqu'il n'a imaginé son système que pour se faire une réputation chez les grands et les femmes aimables du premier rang; il a si bien réussi, que les jours ne lui suffisent pas pour voir ses malades. Les Français, ajouta Thierry, appellent ce procédé : *le moyen de parvenir*.

La *Gazette salutaire* qui a rapporté le texte latin de cette anecdote, l'attribue à l'école de Dehaën, et la donne comme apocryphe. Elle peut être fausse, sans cesser d'être très-vraisemblable.

Ecole du Val-de-Grâce. — Le décret organique qui a reconstitué l'école du Val-de-Grâce, a laissé dans l'indécision la question de savoir si le directeur de l'école appartiendrait à l'administration ou au corps de santé. Nous apprenons avec plaisir que, pour longtemps au moins, la direction ne sortira pas des mains qui l'ont conduite jusqu'à ce jour avec tant d'habileté et de tact. M. Alquié vient d'être maintenu dans ses fonctions de directeur et M. Larrey cumulera les fonctions de haut-directeur et de chirurgien en chef. M. Godelier, médecin principal de l'armée d'Afrique, ancien médecin en chef à l'hôpital de Strasbourg, connu par un très-beau mémoire sur la phthisie dans l'armée, a été professeur de clinique médicale.

— MM. Murville et Lacauchie viennent d'être promus au grade d'officiers de la Légion d'honneur.

— Nous sommes heureux d'annoncer que notre collaborateur, M. Reynal, chef de clinique à l'école d'Alfort, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Présentation des candidats pour la chaire de chimie organique vacante à la Faculté de médecine de Paris.* La Faculté, on le sait, a présenté trois candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Wurtz; 2° Fabre; 3° M. Lecanu. L'adoption de cette liste avait eu lieu sans opposition sérieuse et presque à l'unanimité. Il n'en a pas été de même au conseil académique. La candidature de M. Wurtz y a rencontré une vive opposition, et ce n'est qu'après plusieurs tours de scrutin qu'il a obtenu le premier rang, à une voix de majorité; M. Lecanu a obtenu la seconde place et M. Favre a été placé le troisième. Il est probable que la liste du conseil académique quelle qu'elle eût été, n'aurait pas empêché la nomination de M. Wurtz; mais, dans la position actuelle de ce candidat, on peut considérer sa nomination comme tout à fait assurée.

Musée Orfila. — En 1847, après l'installation et l'ouverture du musée d'anatomie comparée, érigé par tous les anatomistes nationaux et quelques anatomistes étrangers, animés par l'esprit créateur de M. Orfila, l'autorité prit un arrêté qui décidait que ce musée prendrait le nom de *Musée Orfila*. Pendant son décanat, l'éminent professeur considéra sans doute comme un devoir de convenance, de ne point faire inscrire lui-même son nom sur le frontispice de cette magnifique collection. Les événements qui suivirent février préoccupèrent trop les esprits, pour qu'on songeât à l'exécution de l'arrêté dont il s'agit. M. Paul Dubois vient d'acquitter une dette que la science et la Faculté avaient contractée : hier, le nom de *Musée Orfila*, qui était déjà classé dans le langage usuel, pour désigner le nouveau musée, a été inscrit au-dessus de la porte d'entrée de cet établissement.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de la distribution des prix des internes et externes des hôpitaux.

— M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchement le lundi 3 janvier, à onze heures du matin, rue des Poitevins, n. 4.

Les conférences cliniques, sur le diagnostic de la grossesse, commenceront dans le courant du mois.

On nous prie d'insérer ces deux lettres suivantes :

Paris, 29 *décembre* 1852.

A monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le conseil d'administration de l'Académie de médecine, après avoir fait proclamer, dans la séance solennelle du 14 décembre, qu'une récompense de mille francs était accordée au *Compendium de Médecine pratique*, a refusé de faire connaître publiquement que cette récompense était refusée par les auteurs. Nous pourrions discuter la convenance et la légalité d'un pareil procédé, mais nous préférons en appeler tout simplement au jugement de nos confrères, et nous vous prions de vouloir bien insérer, dans votre journal, cette lettre et la note ci-jointe.

Agréez, etc. MONNERET, L. FLEURY.

La lettre suivante a été adressée à M. Mélier, président de l'Académie de médecine :

« Monsieur le Président,

« Nous avons l'honneur de vous prier, pour la seconde fois, d'annoncer à l'Académie que nous refusons les mille francs qui ont été acccordés au *Compendium de Médecine* sur le prix Itard.

« Il nous est impossible d'accepter le jugement comparatif qui a été porté à huis-clos, et sans discussion, par cinq membres de l'Académie, sur un ouvrage qui nous a coûté douze années d'un labeur pénible et continu, et que le public médical, souverain juge en ces sortes de matières, a depuis longtemps revêtu de sa plus haute sanction.

« Agréez, etc. MONNERET, L. FLEURY. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMP. DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 2. 1re année. Mardi, 4 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Du secret médical. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. Leçon clinique sur la chorée, par M. Gendrin. — Hôpital de la Charité. Fractures et luxations rares, par M. Velpeau. — **BIBLIOGRAPHIE** : Abrégé de pathologie médico-chirurgicale. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES** : Règlement des hôpitaux. — Concours des prix.

Paris, 3 janvier 1852.

Du secret médical.

Grâce aux efforts des médecins légistes de nos jours et de la généralité du corps médical, grâce aussi à l'adoption, par la haute magistrature de notre pays, de la seule jurisprudence qui soit conforme aux intérêts de la société, de l'humanité et de la morale, il est reconnu aujourd'hui que les articles 30 du *Code d'instruction criminelle,* et 378 du *Code pénal* (1), doivent être ainsi compris et conciliés : Le médecin ne doit point divulguer le secret qui lui a été confié ou même qu'il a surpris dans l'exercice de ses fonctions.

Toutefois, ce principe n'est pas établi d'une manière tellement absolue, les applications n'en sont pas tellement évidentes dans tous les cas particuliers, qu'il ne se puisse rencontrer des circonstances où la conduite du médecin honnête est singulièrement difficile, sa conscience profondément agitée. C'est dans une de ces circonstances qu'un honorable confrère est venu nous demander un avis. Avant de le formuler, il est nécessaire de bien faire connaître les faits qui nous ont été communiqués et qui sont les plus graves peut-être dont l'histoire de la médecine pratique nous ait conservé la narration. Voici ces faits : c'est notre confrère qui parle :

Une demoiselle appartenant à une famille honnête et se trouvant enceinte, me fit proposer de faire disparaître le fruit de sa faute. Pendant quatre mois, j'ai détourné cette demoiselle de se livrer à aucune tentative pour se débarrasser du produit de la conception.

Au lieu de suivre mes conseils, elle prit plusieurs fois des doses assez fortes de seigle ergoté, qui ne firent que déterminer des douleurs.

Un soir, elle me fit appeler, et je la trouvai avec des douleurs qui ne pouvaient laisser de doute sur l'imminence d'un avortement prochain ; les eaux amniotiques coulaient en outre depuis la veille au matin. Malheureuse ! m'écriai-je, qu'avez-vous fait ! Pour toute réponse, elle se mit à pleurer et à me supplier de ne pas l'abandonner. Je la fis consentir à informer immédiatement ses parents, qui étaient absents, de ce qui se passait. Je rentrai chez moi, où je les fis venir bientôt après, et où je leur appris que leur fille avait trouvé un médecin qui n'avait pas reculé devant un crime. Je leur déclarai que je me refusais positivement à assister à l'accouchement. Ils partirent dans la désolation.

A minuit, le père vint me prier d'aller donner mes soins à sa fille, me disant que tout était terminé. Je ne crus pas devoir refuser. A mon arrivée, je trouvai sur le plancher un fœtus d'environ cinq mois, qui fit un dernier et léger soupir, et un placenta qui se trouvait à un demi mètre environ de distance. On me supplia de garder le secret sur ce que je venais de voir, et d'enlever l'enfant. Ma réponse fut : « Faites coucher votre fille et donnez-lui pour toute boisson de l'eau sucrée ; quant à l'enfant, je n'y toucherai pas. » Je me retirai aussitôt.

Le lendemain, je retournai voir la malade ; elle avait horreur de son crime ; elle regrettait amèrement de n'avoir pas suivi mes conseils, et d'avoir cédé à d'autres influences. Elle me fit l'aveu qu'elle était allée chez un médecin qui avait provoqué l'avortement, moyennant une somme assez forte.

N'ayant pas assisté à l'accouchement et me trouvant dans l'obligation de garder le secret, je crus pouvoir me dispenser de faire la déclaration de naissance, car en la faisant, je divulguais tout. D'ailleurs les parents qui assistaient à l'accouchement, me dispensaient de cette formalité. J'avais de plus, avant de donner mes soins à la demoiselle, consulté un confrère qui m'avait dit : « Vous devez garder le secret et ne pas refuser vos soins après la délivrance. » Pour la tranquillité de ma conscience, je désirerais avoir aussi votre avis et celui des hommes honorables que vous jugerez convenable de consulter.

Voilà les faits ; voici les questions qu'ils soulèvent : Le médecin doit-il garder le secret qui lui a été confié ? Doit-il, sous peine de complicité, dénoncer le crime dont il a été témoin ? Dans aucun des cas médico-légaux sans exception, venus à notre connaissance, ces questions ne se sont présentées avec un plus haut caractère de gravité. Je ne les aborderai donc qu'avec la plus extrême réserve, quoique j'aie eu soin, avant de prendre la plume, de recourir aux conseils des hommes les plus recommandables et les plus éminents, des autorités les plus élevées et les plus respectables.

Si l'on n'avait égard qu'à la lettre de la loi, on ne saurait douter que le médecin ne soit quelquefois obligé de trahir le secret qui lui est confié, puisque l'art. 378 porte cette

(1) On sait que ces articles sont ainsi conçus : Art. 378. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession de secrets qu'on leur confie qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 fr. à 500 fr. — Art. 30. Toute personne qui aura été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, sera tenu d'en donner avis au procureur du roi, soit du lieu du crime ou du délit, soit du lieu où le prévenu pourra être trouvé.

restriction : *hors les cas où la loi les oblige de se porter dénonciateurs ;* Il y a donc de ces cas? Le serment d'Hippocrate lui-même, sur lequel on s'est fondé tant de fois pour défendre l'inviolabilité du secret médical, le serment d'Hippocrate admet également des restrictions (1). Mais quelles sont ces restrictions? C'est ce que ni la loi ni le serment ne disent. D'où vient un tel silence sur un point aussi capital? le législateur a-t-il voulu imposer au médecin les obligations communes à tous les citoyens, ou bien s'est-il tu à dessein, afin de laisser entrevoir que là où le simple citoyen ne doit être que témoin et esclave de la loi, le médecin est arbitre suprême de sa conduite, et ne doit chercher des inspirations que dans sa conscience?

La première de ces solutions était naguère encore celle qu'adoptaient tous les fonctionnaires du parquet et beaucoup de magistrats; la seconde est celle qui tend de plus en plus à prévaloir aujourd'hui. Montrons que c'est aussi celle qui est la plus conforme aux véritables intérêts de la société.

Il ne s'est trouvé personne, aucun législateur tout au moins, qui ait pensé que l'on pouvait obliger le confesseur à révéler le secret de la confession, quoique la loi ne soit pas plus explicite à l'égard du prêtre qu'à l'égard du médecin, et que tous deux soient également compris dans l'art. 378. Or, les considérations sur lesquelles se fonde l'inviolabilité du secret du confesseur, si elles ne sont point identiques, sont tout-à-fait analogues à celles qui servent de base à l'inviolabilité du secret médical.

Lorsque le législateur a compris qu'un mourant, qu'un pénitent quelconque, ne devait pas être exposé à se priver des secours de la religion dans la crainte de voir son secret trahi, il a compris qu'un malade ne devait pas, pour les mêmes raisons, se priver des secours de la médecine, et s'exposer, ainsi, à un châtiment souvent beaucoup plus sévère que celui qu'imposerait la loi, laquelle d'ailleurs ne saurait être satisfaite, puisque tout se serait passé sans son intervention; que si le pénitent ou le malade guérit, il reste, au contraire, à la justice la chance de découvrir les coupables, de reprendre ses droits et de concilier les exigences de la vindicte publique avec les intérêts de la religion et de l'humanité.

Mais, pourra-t-on dire, si, dans une tentative criminelle, un assassin avait reçu une blessure; s'il faisait appeler un médecin; si celui-ci acquérait la certitude qu'après la guérison le meurtrier mettrait à exécution ses premiers projets, il devrait donc laisser s'accomplir l'assassinat et périr un ou plusieurs innocents plutôt que de livrer un coupable à la justice! Nous comprenons de reste tout ce qu'une pareille situation aurait de poignant pour une conscience honnête, et nous n'essaierons pas de tracer une ligne de conduite à celui qui serait assez malheureux pour se trouver dans de telles conjonctures. Je rappellerai seulement, à ce propos, ce que j'ai dit de la haute indépendance médicale, et je dirai que, loin de se plaindre du vague de la loi, le médecin doit s'applaudir de n'avoir pour juge que sa conscience; car, quelle que soit sa décision, elle sera digne du respect de tous, à la seule condition qu'elle ne sera dictée par aucun intérêt personnel, mais qu'elle aura pour seul mobile une scrupuleuse appréciation de tous les intérêts.

S'il m'était permis d'ébaucher quelques préceptes sur une matière aussi délicate et aussi sérieuse, je dirais :

Lorsque la divulgation d'un secret ne peut que perdre un coupable, et, à plus forte raison, lorsqu'il peut en outre provoquer le scandale, troubler l'harmonie sociale, déshonorer des individus ou des familles, le silence est le devoir du médecin.

Lorsqu'elle peut, en livrant un criminel à la justice, sauver des innocents d'un péril imminent, le médecin doit s'éclairer de l'avis de ses confrères et suivre ensuite les inspirations de sa conscience.

Nous savons que ces principes sont ceux de nos confrères les plus honorables et les plus éminents, et nous croyons pouvoir assurer que ce sont aussi ceux des représentants les plus élevés de l'autorité religieuse; ajoutons que ce sont ceux qu'on observe dans la pratique, comme le prouvent les quelques exemples que nous allons maintenant citer.

Nous connaissons à Paris un praticien des plus honorables comme des plus distingués qui, appelé auprès d'une jeune personne atteinte de péritonite, apprit de la malade que sa maladie avait éclaté à la suite d'une opération pratiquée par un médecin, dont elle dit le nom, pour provoquer un avortement; l'avortement avait eu lieu en effet. La jeune fille succomba, et l'honorable confrère a considéré comme un devoir de taire le nom du coupable.

Nous connaissons un autre médecin, non moins honorable, non moins distingué, qui a cru devoir tenir la conduite suivante dans une des affaires civiles les plus graves qui se puissent présenter dans la pratique médicale.

Il y a peu d'années, une femme mariée vient cacher aux environs de Paris une grossesse illicite. Notre confrère est appelé pour opérer l'accouchement. Quelques mois après, le mari intente un procès en séparation et en désaveu de paternité, et indique le docteur *** comme ayant reçu l'enfant adultérin. Le médecin est appelé devant le juge d'instruction et devant le tribunal; malgré les injonctions des magistrats et conformément aux avis à lui donnés par MM. Orfila, Paul Dubois et Moreau, il refuse de répondre et de donner aucune espèce d'explication.

Aucune poursuite n'a été dirigée contre lui.

On se rappelle l'affaire du docteur Chedanne, d'Angers, qui, appelé auprès d'une femme malade, trouva un enfant gisant sur le carreau. Cet enfant fut, le soir même, transporté à l'hospice dont M. Chedanne était médecin, et il expira bientôt après.

Un cadavre fut, le lendemain, présenté à M. Chédanne qui le reconnut pour celui de l'enfant qu'il avait vu la veille. L'autopsie montra que celui-ci était mort par suite d'un crime.

Le docteur Chédanne se présenta à la mairie pour y faire la déclaration de naissance, mais en refusant de faire connaître le nom de la mère. De là procès, condamnation en première instance, puis acquittement par la Cour d'appel, dont la décision paraît maintenant être la règle générale. Mais, chose singulière! M. Chédanne, qui fut poursuivi pour n'avoir pas satisfait à l'art. 57 du Code civil (1), ne le fut nullement pour avoir contrevenu à l'art. 30 du Code d'instruction criminelle rapporté ci-dessus. Or, il est

(1) Le paragraphe du serment, qui concerne le secret, est ainsi conçu : « Ce que je verrai ou entendrai, dans l'exercice de mon art, ou même hors de mon ministère, dans le commerce des hommes, *et qui ne devra pas être divulgué*, je le regarderai comme quelque chose de secret et je me tairai. » — Hippocrate admet non-seulement qu'il existe des secrets qu'on doit divulguer, mais il établit entre les choses que le médecin apprend dans l'exercice de ses fonctions, et hors de son ministère, une assimilation que la loi, la raison, les intérêts sociaux repoussent également.

(1) Lequel est ainsi conçu : « L'acte de naissance énoncera. . . . . « les *noms, prénoms* et *domicile des père et mère,* etc. »

évident qu'entre les deux contraventions, la seconde était de beaucoup la plus grave.

Des exemples et des préceptes qui précèdent il me semble possible de déduire la conduite que doit tenir l'honorable praticien qui a jugé utile de s'éclairer de notre opinion. Toutefois la gravité de la question me semble être trop grande pour que je me permette de formuler un conseil et pour que je ne laisse pas à chacun le mérite comme la responsabilité de sa décision. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Considérations pathologiques et thérapeutiques sur la chorée.

Au n° 8 de la salle Notre-Dame, se trouve une jeune fille atteinte de l'affection que l'on désigne sous les noms de chorée, *de danse de Saint-Guy*.

Cette jeune fille, âgée aujourd'hui de dix-sept ans, a, pour la première fois, contracté en 1848, la maladie à l'occasion de laquelle elle est venue réclamer nos soins; elle était arrivée à cette époque à sa douzième année; ses règles n'avaient pas encore paru. Elle raconte qu'à la suite de vives frayeurs qui se rattachaient aux événements de juin, elle fut prise de symptômes exactement semblables à ceux qu'elle présente actuellement ; sa mère la garda chez elle pendant l'espace de deux mois, puis la conduisit à l'hôpital des enfants. Elle sortit complètement guérie après deux mois de séjour.

Depuis ce moment elle avait joui d'une bonne santé, la menstruation s'était régulièrement établie, lorsqu'une circonstance analogue à celle qui avait déjà provoqué la chorée vint dans ces derniers temps déterminer le retour de la maladie. Elle était entrée en qualité de domestique chez un restaurateur dont le fils étudiait la médecine ; un jour en ouvrant une porte elle fit tomber à ses pieds une tête et des os de squelette ; saisie d'une violente terreur elle perdit connaissance, elle revint à elle au bout de deux heures seulement, son bras droit était devenu le siége de mouvements convulsifs qui en paralysaient l'usage.

Un fait reste avéré pour nous au milieu des détails qui précèdent, détails dans lesquels on peut soupçonner un peu d'exagération, bien qu'ils aient été transmis par une personne assez intelligente en apparence, c'est que la chorée a eu pour cause évidente, dans ses deux manifestations successives, une émotion morale plus ou moins vive plus ou moins subite.

Bouteille, dans sa monographie, signale la terreur comme l'une des influences sous l'action desquelles se développe le plus souvent la maladie qui nous occupe.

Cette maladie est ici caractérisée par les phénomènes suivants : le membre thoracique du côté droit ne peut être maintenu dans un état complet de repos ; il exécute involontairement des mouvements qui se résument dans l'extension et la flexion alternatives de l'avant-bras sur le bras, de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main ; ces mouvements, qui se produisent à des intervalles variables et à divers degrés d'intensité, sont surtout prononcés lorsque la malade fait des efforts pour se servir du membre affecté. On les retrouve, sous une forme beaucoup moins marquée, dans le membre pelvien du côté correspondant.

La pression exercée par la main est beaucoup moins forte et beaucoup moins soutenue à droite qu'à gauche. Il existe dans les muscles compromis un état de débilité manifeste.

A la double impossibilité de prévenir l'accomplissement, plus ou moins brusque, plus ou moins rapide des mouvements spontanés dont nous venons de parler et de leur imprimer l'énergie et la durée nécessaires pour obtenir un effet complet et utile, se joint une autre impossibilité celle de les limiter dans une mesure convenable : ils s'accompagnent d'une exagération en vertu de laquelle les actes de locomotion dépassent constamment le but qu'ils sont destinés à atteindre.

La sensibilité est conservée sur tous les points de la surface tégumentaire; elle paraît néanmoins diminuée dans la moitié droite du corps, sur laquelle l'action de piquer, ou de pincer la peau, suscite des impressions douloureuses, moins prononcées que sur la moitié opposée.

La malade dit éprouver un embarras de la parole que, jusqu'à présent, nous ne sommes pas parvenu à constater.

La face est entièrement exempte de mouvements involontaires.

Les symptômes, dont nous avons tracé le tableau, constituent les caractères fondamentaux de la maladie choréique qui, du reste, sous le rapport de la forme, de l'étendue et de l'intensité des accidents convulsifs auxquels elle donne lieu, présente des différences importantes à signaler.

Dans quelques circonstances, la chorée consiste dans des mouvements cloniques, qui se déclarent toutes les fois que le malade essaie de réaliser des actes de locomotion volontaire; bornés à quelques muscles seulement, ces mouvements ne peuvent être exactement limités et pondérés.

Chez quelques malades, on rencontre uniquement des mouvements convulsifs et irréguliers, d'un seul ou des deux yeux; lorsque le globe oculaire vient, par exemple, à être porté en dehors, il se déplace par une sorte de trémulation continue et s'écarte incessamment de la position dans laquelle l'action musculaire a pour objet de le fixer.

Il est des cas où l'on observe des contractions spasmodiques d'une moitié de la face : ces contractions qui se montrent tantôt dans l'état de repos, tantôt pendant les actes musculaires qu'exigent, soit l'articulation des sons, soit la mastication des aliments, cessent quelquefois d'être bornées à l'un des côtés de la figure; elles occupent un nombre de muscles variable, et engendrent les grimaces les plus bizarres et les plus imprévues.

Les mouvements choréiques, surtout chez les enfants, peuvent résider uniquement dans les muscles de la langue : le malade vient-il à parler? Il fait entendre un bégaiement confus. Cette infirmité est assez commune, elle persiste pendant un laps de temps variable, se reproduit dans quelques circonstances, puis disparaît d'une manière définitive.

Lorsque la chorée frappe exclusivement l'appareil musculaire du larynx, elle se traduit par des cris involontaires qui varient sous le rapport du timbre, de la durée et de l'intensité.

Il n'est pas rare que les mouvements spasmodiques soient limités aux membres d'un côté du corps, ils les affectent en totalité ou en partie : on voit des malades qui, sans cesse, remuent les doigts ou secouent l'épaule; chez quelques-uns, le cou participe à l'agitation convulsive, d'autres fois il en est le siége unique.

En regard de ces malades, se trouvent des personnes chez lesquelles tous les muscles du corps entrent en action lorsqu'elles viennent à exécuter des mouvements limités ; veulent-elles lever le bras, par exemple? Tout l'appareil locomoteur est aussitôt mis en jeu ; il semble qu'une étincelle électrique ait fait sentir son influence à l'ensemble du système musculaire. Il y a dans ce fait remarquable des phénomènes d'association, au moyen desquels on peut expliquer, d'une manière satisfaisante, des accidents nerveux qu'on observe dans des classes d'affections très-diverses.

Mettons de côté, pour un instant, les malades chez lesquels les mouvements spontanés, bornés à un seul côté, se montrent localisés dans un appareil musculaire restreint, et considérons les cas de chorée qui se présentent le plus fréquemment, ceux dans lesquels l'une des moitiés latérales du corps, est envahie par les contractions propres à la maladie.

Si on fait mouvoir le bras du côté malade, au moment même où l'acte locomoteur s'accomplit, un mouvement spasmodique s'établit sous son influence dans le membre inférieur correspondant. On observe un phénomène réciproquement inverse lorsqu'on fait agir la jambe. Si ensuite on invite le malade à mettre en action le bras du côté sain, on voit, en même temps que le mouvement libre et régulier qu'il exécute, apparaître des mouvements spontanés et spasmodiques dans les membres du côté opposé. Ainsi, pour qu'une influence par association soit exercée

sur l'ensemble de l'appareil locomoteur, il suffit qu'une portion limitée de cet appareil sorte de l'état de repos dans lequel elle se trouve momentanément.

Certaines formes de maladies nerveuses s'accompagnent de contractions permanentes d'un ou de plusieurs membres, ces contractions subsistent quelquefois pendant un temps fort long : on rencontre des femmes hystériques chez lesquelles les membres de l'une des moitiés latérales du corps demeurent rigides et spasmodiquement rétractés durant des mois entiers : lorsque dans des circonstances de ce genre, on opère le relâchement forcé de l'un des membres, lorsqu'on cherche, par exemple, à ramener le membre inférieur à sa rectitude naturelle, on constate qu'un relâchement forcé s'établit dans le membre supérieur, à mesure qu'on éloigne de sa situation vicieuse le talon qui était venu s'appliquer sur la fesse. De ce nouveau fait, aussi bien que de ceux dont nous avons parlé tout à l'heure, découle la preuve que les impressions qui retentissent localement sur une partie de l'appareil locomoteur, généralisent leur effets dans toute l'étendue de cet appareil.

Pour rentrer dans le fond de la question que nous avons à traiter, nous devons tirer des considérations précédentes cette importante conclusion : les mouvements choréiques ont pour caractère, non-seulement de se produire en dehors de l'intervention de la volonté, non-seulement de manquer de force et de pondération, mais encore de s'éveiller à l'occasion de l'excitation d'une portion restreinte de l'appareil musculaire.

Une particularité intéressante mérite d'être signalée ici : lorsque la chorée est limitée, elle reste, pendant toute la durée de la maladie, exactement circonscrite aux muscles qu'elle occupe, c'est ainsi qu'ordinairement elle ne passe jamais d'un côté du corps au côté opposé. Lorsqu'elle est généralisée à toute l'étendue du système musculaire de la vie de relation, elle devient habituellement prépondérante dans un côté du corps, puis dans une partie déterminée de ce côté, cette partie reprend la dernière son état normal, à l'époque où les phénomènes morbides tendent à décroître et à s'effacer progressivement.

La localisation qui s'accomplit de la sorte a toujours pour siége l'une des parties du corps compromises dans la période d'invasion de la maladie : envisageons un cas dans lequel la chorée, frappant l'un des côtés du corps, le côté droit, par exemple, atteint avec une égale intensité, au moment de l'attaque générale, tous les muscles correspondant à ce côté : si l'affection se limite à un groupe musculaire quelconque, elle subsistera, soit dans les doigts, soit dans le bras ou l'avant-bras du côté malade, pendant un intervalle de temps plus ou moins long, sans se déplacer et sans passer dans la moitié du corps opposée.

Nous avons fait cette remarque sur tous les malades que nous avons pu suivre jusqu'au moment de leur guérison.

A. H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Leçons sur quelques cas rares de fracture et de luxation.

Les élèves et les praticiens qui ont suivi notre clinique depuis quelque temps, ont pu voir, couchés en même temps dans la salle Sainte-Vierge, quatre malades qui nous offraient des lésions assez rares et assez intéressantes pour mériter quelques moments d'attention.

Au n° 6 : luxation de l'extrémité externe de la clavicule ;

Au n° 14 : fracture d'une parcelle de l'olécrane et luxation du radius ;

Au n° 38 : fracture d'une des tubérosités de l'extrémité supérieure de l'humérus ;

Enfin, au n° 43 : écornement de l'extrémité externe de la clavicule.

Les luxations de l'extrémité externe de la clavicule ont été décrites par tous les auteurs qui ont traité des luxations de cet os. On sait qu'ils en ont admis trois variétés. Notre malade présentait une luxation en haut de l'extrémité externe. Ce n'est point le lieu de rappeler ici tous les symptômes propres à ce genre de déplacements, ni d'en établir le diagnostic ; qu'il nous suffise de dire que nous trouvions tous les signes qui le caractérisent, et qui sont indiqués dans tous les livres. Comme toujours, la réduction était facile, mais il était aussi impossible de retenir en place l'extrémité réduite de la clavicule. Cette difficulté, ou plutôt cette impossibilité véritable de maintenir réduite la luxation ne rend pas, du reste, cette lésion grave, comme on pourrait le croire tout d'abord. L'expérience a appris, et j'ai pour ma part constaté plusieurs fois ce fait, qu'au bout d'un certain temps, les mouvements de l'épaule ne sont nullement gênés. La difformité elle-même s'efface un peu, sans toutefois disparaître complétement. Il serait inutile et même dangereux d'appliquer un bandage plus ou moins compliqué, et de réduire le membre à une immobilité longtemps prolongée : inutile, parce que l'on ne parviendrait point à faire disparaître la difformité ; dangereux, parce que ce n'est pas sans inconvénient que l'on immobilise un membre et des articulations. Mieux vaut donc se borner à mettre le bras dans une écharpe, à appliquer de simples compresses résolutives, et, au bout d'une douzaine de jours, à laisser le malade reprendre ses occupations. C'est ce qui a été fait pour le malade du n° 6.

Au n° 14, c'était un enfant de quinze à seize ans, qui avait fait une chute sur le coude. Au même instant, il avait ressenti une vive douleur dans cette articulation, une impuissance complète des mouvements, et il avait été apporté à l'hôpital.

Le coude était gonflé, tuméfié, douloureux. Pas de signes de fracture dans aucun point de l'humérus, ni dans le radius, ni dans le cubitus, excepté vers l'olécrane. On sentait, en cet endroit, une crépitation fine, et, tout d'abord, on ne savait trop s'il fallait la rapporter à l'épitrochlée ou à l'olécrane. Mais, avec un peu de soin, et en faisant attention au point précis de la douleur à la pression, on s'apercevait que l'olécrane, ou plutôt une parcelle de l'olécrane, était détachée. Cette apophyse, dans son ensemble, avait conservé sa forme, sa direction et ses rapports normaux.

Outre ces symptômes, on trouvait les suivants : le diamètre antéro-postérieur était augmenté ; à la partie externe, au niveau de la tête du radius, on sentait l'épicondyle et le condyle, puis, le doigt tombait dans une dépression. L'avant-bras était fortement porté dans la pronation. Les mouvements volontaires étaient impossibles ; quand on voulait fléchir l'avant-bras sur le bras, on provoquait une vive douleur, et l'on était arrêté par un obstacle. Quand on cherchait à porter l'avant-bras en supination, mêmes symptômes. Gonflement, tuméfaction, ecchymose. On rencontrait, en avant et en dedans du condyle de l'humérus, une saillie arrondie, et si l'on cherchait à imprimer à l'avant-bras des mouvements de supination, on sentait rouler cette saillie ; si, en même temps, on pressait sur elle, elle fuyait en arrière et en dehors ; c'était évidemment la tête du radius déplacée que l'on réduisait par la manœuvre que je viens d'indiquer.

Cette observation est intéressante à deux titres : parce qu'elle nous montre une luxation du radius sans déplacement du cubitus, et parce qu'elle nous offre en même temps une fracture partielle de l'olécrane : deux affections également rares.

Cette luxation du radius se réduisait aisément, mais se reproduisait avec la même facilité. Pour empêcher sa reproduction, il fallait porter l'avant-bras en supination, et un peu dans la flexion, et le maintenir dans cette position jusqu'à ce que les ligaments qui unissent le radius au cubitus et à l'humérus eussent pris une consistance assez grande. Or, ce précepte était précisément celui qu'il fallait appliquer aussi pour l'écornement de l'olécrane. Voici comment cette indication a été remplie :

Compresses résolutives ; bandage roulé. Quand le gonflement a disparu, bandage inamovible. Quinze jours après son application, il fut enlevé ; il restait un peu de raideur dans les mouvements, raideur qui était déjà moindre quelques jours après. On recommanda au malade de faire exécuter quelques mouvements au coude, et, dans quelques semaines, il ne restera plus de traces de cet accident.

La rareté de l'affection que nous offre le malade couché au

n° 38, n'est pas moindre que celle de la maladie dont les deux premiers sont atteints.

Ce malade, en portant une caisse, est tombé, et a ressenti aussitôt une vive douleur dans l'épaule gauche, surtout quand il voulait exécuter quelques mouvements. Il entre à l'hôpital.

L'épaule est gonflée, tendue, douloureuse à la pression, douloureuse surtout quand on veut lui faire exécuter quelques mouvements. Rien du côté de la clavicule ni du côté de l'omoplate, ni dans le diaphyse de l'humérus. Toute l'articulation scapulo-humérale est douloureuse, mais surtout et par-dessus tout dans un point précis, en avant, au-dessous de l'acromion, au niveau de l'attache des muscles sus et sous-épineux et petit rond. On sent à la pression en cet endroit une espèce de crépitation. Si l'on imprime à l'humérus des mouvements de rotation, on sent encore cette crépitation, mais par intervalle, seulement. J'insiste sur le signe précis du point douloureux, car dans les fractures c'est un siége d'une importance capitale, et à lui seul il suffit dans certaines fractures (péroné, côtes, etc.), pour porter un diagnostic certain. — Nous avions donc chez ce malade ce point douloureux et cette crépitation fugace qui ne se passait ni dans le col anatomique, ni dans le col chirurgical; nous n'avions du reste aucun signe de l'une ou de l'autre de ces fractures : c'était une fracture, un arrachement de l'une des deux tubérosités de la tête de l'humérus, et, à cause du siége de la douleur et de la crépitation, on pouvait bientôt reconnaître que c'était la tubérosité supérieure et externe qui était le siége de cette lésion; peut-être, probablement même, ne comprenait-elle pas toute la tubérosité donnant attache aux trois muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond. Une semblable lésion, selon toute apparence, devrait entraîner une gêne dans les mouvements plus grande que celle qu'on observait ici; car, disons-le de suite, après la levée du bandage il restait à peine un peu de raideur dans les mouvements de l'articulation, raideur qui s'est dissipée en quelques jours.

Une telle fracture peut se produire ou par suite d'une violence directe, ou par suite d'une contraction musculaire. L'épaule ne portait aucune trace extérieure de lésion, laquelle eût été infailliblement produite par la caisse si la fracture avait été opérée directement. Il faut donc admettre plutôt que, dans ce cas particulier, elle était le résultat d'une contraction musculaire; j'ajoute même que, *le plus souvent,* c'est ainsi qu'elle se produira.

Le pronostic dans ce cas est peu grave. Les accidents inflammatoires disparaissent assez vite, et la soudure s'opère assez aisément, surtout, comme dans le cas qui nous occupe, quand l'arrachement de la tubérosité est incomplet. Les muscles sont réunis entre eux par des tissus denses et résistants, et ils s'opposent mutuellement à un déplacement considérable. De plus, il n'y a pas là, comme dans la fracture du col anatomique, une parcelle d'os, pour ainsi dire tout à fait détachée du reste des parties voisines.

Que faire en pareille circonstance? maintenir le bras immobile avec une écharpe, et appliquer des compresses résolutives; s'il survenait des accidents, les combattre comme on le ferait pour une contusion de l'épaule; puis, quand le gonflement a disparu, recourir au bandage inamovible. On agit dans les fractures par trois moyens; la pression, la position et l'immobilité. Les deux dernières indications sont remplies par le bandage; le deltoïde, pour sa part, remplit presque complétemont la première; on peut aider son action par quelques tours de bande. Au bout d'une vingtaine de jours la guérison est obtenue. C'est ce qui est arrivé à notre malade.

Il est un précepte général que nous avons rappelé plus haut et qu'il ne faut pas perdre de vue dans les cas analogues au précédent, c'est de ne pas trop prolonger l'immobilité de l'articulation scapulo-humérale.

L'affection que nous avons observée chez le quatrième malade couché au n° 43, ne doit être que mentionnée.

Ce malade reçut un coup sur l'épaule gauche, au niveau de l'extrémité externe de la clavicule; tout aussitôt il éprouva une vive douleur en cet endroit, augmentée dans les mouvements de l'épaule, et il vint à l'hôpital.

Point de saillie anormale, point de déplacement; rien dans la continuité de la clavicule; rien du côté de l'omoplate ou de son épine. L'extrémité externe de la clavicule, comme on le sent assez bien, a conservé ses rapports avec l'acromion.

A ce niveau, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, une petite ecchymose, de la douleur à la pression; en ce point, et dans ce point seulement, un peu de crépitation. L'on sent parfaitement bien une petite parcelle de la clavicule, un peu plus grosse qu'un grain de blé, détachée de l'extrémité externe et antérieure de l'os, qui produit de la crépitation et occasionne de la douleur quand on la presse. C'est là un fait qui n'intéresse que par sa rareté.

Il n'y a pas de déplacement. Le pronostic, bien entendu, est favorable. Le traitement se réduit à tenir le bras dans une écharpe pendant un jour ou deux, et à appliquer quelques compresses résolutives. Comme il n'y a aucun déplacement, quand la douleur légère que provoquent les mouvements aura disparu, il n'y aura plus à s'occuper de la lésion. L. B.

BIBLIOGRAPHIE.

Abrégé de Pathologie médico chirurgicale, ou Résumé analytique de médecine et de chirurgie, par le docteur Triquet, interne des hôpitaux (médaille d'or), etc.—Paris, chez Labé, libraire-éditeur de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, n° 4. — 2 vol. in-8°.

Lorsqu'on se propose d'analyser un livre et d'en faire un examen critique, il faut passer en revue successivement le but, le plan général, le fond et la forme de l'ouvrage, et c'est de ce travail comparatif que doit naître une juste et sévère appréciation.

Ces principes posés, nous entrons en matière.

Le but primitif du livre que je vais analyser était d'offrir aux jeunes gens qui aspirent au doctorat, à ceux qui se préparent aux concours des hôpitaux, une suite de conférences ou de résumés analytiques destinés à les guider dans leurs études. Peu à peu, le sujet s'est agrandi sous les yeux de l'auteur, et, pour éviter d'être trop incomplet, il avoue lui-même qu'il a dépassé les limites du plan qu'il s'était d'abord imposé. Cependant cet abrégé de pathologie médico-chirurgicale, publié sous forme de *Conférences pratiques,* a toujours pour principal but de faciliter l'étude, en groupant dans un même chapitre des affections qui ont entre elles une grande analogie, principalement au point de vue anatomique.

Quant à la rédaction, l'auteur avoue franchement qu'il a puisé largement dans les leçons et les écrits de nos maîtres : MM. Velpeau, Nélaton, Gerdy, Boyer, Malgaigne, Maisonneuve, Vidal, Jobert, A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin pour la partie chirurgicale.

La partie médicale a été empruntée aux traités classiques de MM. Rostan, Chomel, Blache, Trousseau, Guersent, Bouillaud, Rayer, Cazenave, Andral, Requin, Louis, Piorry, Valleix, Tardieu, Grisolle, Hardy et Béhier, Monneret et Fleury.

Des analyses nombreuses de mémoires ou de thèses se trouvent fondues, pour ainsi dire, dans le corps de l'ouvrage ou placées à part, selon l'importance du sujet.

Citer les noms de MM. Bérard, Laugier, Velpeau, Cazeaux, Danyau, Nélaton, Dupuytren, Diday et Voillemier, Thomas (de Tours), Trousseau et Bretonneau, n'est-ce point dire à l'avance que toutes les descriptions faites sur de pareils modèles ne sauraient être mauvaises.

Ainsi, pour prendre un exemple, nous voyons que les fractures du radius ont été décrites d'après MM. Velpeau, Nélaton, Diday, Voillemier; celles du péroné d'après Dupuytren et Maisonneuve. L'étranglement des hernies est la reproduction exacte de l'excellente thèse de M. Gosselin; les tumeurs de la langue sont décrites d'après la thèse de M. Maisonneuve; les tumeurs blanches ou artropathies, rappellent les leçons de M. Velpeau et la thèse de M. Richet, etc., etc.; les maladies du larynx, le croup, la diphtérite, sont empruntées aux mémoires originaux de MM. Trousseau et Bretonneau, etc.

Maintenant, voyons un peu quelle marche l'auteur a suivie pour coordonner ces matériaux épars et faire un tout méthodique de cette série d'analyses; comment il les a groupés de façon à donner un *résumé complet de médecine et de chirurgie?* « Notre intention, dit l'auteur, n'ayant jamais été de composer un traité dogmatique, l'ordre à suivre dans l'exposé des matières devenait moins important. »

En commençant par l'étude des maladies du système osseux, l'ordre anatomique a été pour ainsi dire consacré dès la première page; mais, puisqu'il s'agissait d'une série de résumés ou d'analyses, celui-ci ne nous a semblé en rien inférieur à tout autre. Un grand nombre de descriptions

anatomiques précèdent la description pathologique, et c'est là, selon nous, une heureuse innovation. L'anatomie, la chirurgie, la médecine, nous semblent, en effet, en théorie comme en pratique, former trois branches inséparables d'un même art : l'art de guérir. Aussi, un résumé rapide et complet des os et des articulations précédant chaque fracture et chaque luxation, nous semblent bien propre à faciliter cette étude, d'ailleurs si aride et si difficile. Plusieurs questions d'anatomie générale ont pû trouver place dans le corps de l'ouvrage; par exemple, la structure des os, le système des vaisseaux capillaires, etc., et la rédaction de ces deux articles nous fait regretter qu'un cadre un peu plus large n'ait point permis d'en ajouter un plus grand nombre. Nous espérons que cette lacune sera facile à combler dans une édition prochaine.

Maintenant, si nous passons aux détails de l'ouvrage, nous le trouvons divisé en deux parties à peu près égales que nous allons esquisser à grands traits.

Le premier volume comprend les maladies des os, des articulations, fractures, luxations, les bandages qui leur conviennent; les tumeurs, les phlegmons, les abcès, les maladies médicales et chirurgicales de la peau et de ses annexes; celle du tube digestif tout entier; les plaies en général, les plaies de l'abdomen, les épanchements de cette cavité; les ulcères, les maladies du tissu cellulaire; gangrènes, brûlures, lipôme, les cicatrices; enfin, les fièvres et plusieurs tableaux synoptiques pour interroger un malade, rédiger une observation, décrire une maladie. Un mot seulement, les fractures et les luxations offrent une analyse concise des travaux originaux qui ont paru dans la science.

Il en est de même des autres maladies des os, proprement dites, carie, névrose, exostoses, cancer, où l'auteur cite à chaque instant son maître, M. le professeur Nélaton. Tous les bandages ou appareils, que l'on emploie dans les maladies des os, ont été décrits avec soin, d'après les préceptes du professeur Gerdy.

Les plaies des articulations, les tumeurs blanches, terminent les maladies de l'appareil locomoteur. Vient ensuite le chapitre des fièvres, précédé d'un petit article de pathologie générale, tiré de M. Chomel.

La fièvre typhoïde nous semble avoir été décrite un peu longuement, surtout le traitement; mais l'importance du sujet nous explique cette prédilection.

La même remarque peut convenir aux fièvres éruptives, ou choléra. Ce chapitre est terminé par les fièvres intermittentes simples et pernicieuses, où la concision est bien compensée par l'exactitude de la narration. Je citerai, vers la fin du volume, l'article *Angine*, reproduit d'après les leçons de M. le Professeur Rostan, etc., et les stomatites qui offrent une grande richesse de détails.

Trois articles de pathologie générale, résumés d'après le Compendium (séméiotique de la langue, des vomissements, des coliques en général), et une description de la dyspepsie, d'après M. Beau, nous semblent particulièrement mériter l'attention du lecteur. Le deuxième volume commence par les hernies, les anévrysmes, qui forment une véritable monographie complète; les maladies du foie viennent ensuite, et les kystes, l'ictère, la cirrhose, l'ascite, ont été clairement exposés. Les maladies du poumon, du cœur, les épanchements thoraciques, les affections des centres nerveux, sont des passages résumés avec une grande netteté d'exposition; par exemple : les méningites, le diagnostic des apoplexies, la paraplégie, l'hystérie, etc.

Les *affections des organes génito-urinaires*, de l'appareil de la vision, de l'audition et plusieurs tableaux de diagnostic des tumeurs, achèvent le tome deuxième.

Les chapitres : tumeurs des os, des muscles, des lèvres, de la langue, de l'anus, du col, du sein, du genou, de l'aisselle, etc., etc., seront toujours consultés avec fruit.

Le livre que nous venons de parcourir sommairement est donc *un recueil complet*, ou, pour mieux dire, une suite d'analyses tirées des meilleures sources, avec des indications bibliographiques exactes.

Il nous semble avoir cet avantage, de ne pas fatiguer l'esprit de l'élève qui débute, et même de résumer les études de celui qui a beaucoup travaillé.

Nous aurions désiré trouver, dans cet ouvrage, une méthode plus sévère; au lieu de réunir la médecine et la chirurgie dans les mêmes chapitres, il nous aurait paru plus convenable de les séparer l'une de l'autre. Toutefois, nous ne voulons attacher à ces remarques critiques qu'une faible importance; car, comme il s'agit non d'un traité dogmatique, mais d'une série d'analyses résumées dans un certain nombre de chapitres compactes, l'ordre suivi dans l'exposé des matières était à peu près indifférent.

Nous terminerons ici cette critique, en disant que la tâche nous a été rendue facile, par une préface aussi vraie que modeste, et nous engageons chaque lecteur à la parcourir, avant d'aborder le corps de l'ouvrage.

Paris, ce 20 décembre 1852.

B. Schnepf, *interne des hôpitaux.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Séance annuelle pour la distribution des prix et la nomination des élèves internes et externes des hôpitaux de Paris.

Nous avons été obligés de remettre à aujourd'hui le compte rendu de cette séance, qui a eu lieu le 27 décembre, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Administration des hôpitaux, sous la présidence de M. Horteloup, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil de l'assistance publique. Quatre discours ont été prononcés, l'un par M. le président, le second, par M. Delpech, qui a surtout rappelé en termes pleins de convenance, les exemples de courage et de dévouement donnés par le corps de l'Internat. Les deux autres ont été prononcés par MM. Fremy et de Saint-Laurent; nous croyons devoir reproduire ces deux discours :

Discours de M. de Saint-Laurent.

Messieurs,

Nous voici enfin arrivés au terme du concours pour l'externat.

Déjà si long par lui-même, je ne l'allongerai pas par des détails relatifs aux diverses épreuves que vous avez eu à subir; tout à l'heure, vous en entendrez proclamer le résultat; il vous prouvera que le jury n'a guère fait autre chose que de constater chaque jour la position dont chacun de vous prenait possession, et d'en fixer le souvenir à l'aide de points dont l'addition finale a déterminé le rang de nomination.

Plusieurs d'entre vous avaient obtenu une même somme de points; le classement a dû se faire alors d'après l'ordre alphabétique.

Quant à ceux qui n'ont point été jugés dignes de figurer sur la liste d'admission, et j'aime à dire ici que c'est le plus petit nombre, qu'ils ne se découragent point; une année de plus de travail et d'efforts les mettra à même de réparer leur échec et d'atteindre le but qu'ils n'ont point, cette fois, assez sérieusement poursuivi.

Messieurs les externes,

Dans quelques jours vous allez prendre possession de vos nouvelles fonctions. Toutes modestes qu'elles puissent vous paraître, elles ont cependant une importance extrême, car elles constituent votre premier pas dans la pratique.

De leur fidèle accomplissement comme d'une véritable éducation, résulteront certains principes, certaines habitudes, qui vous suivront partout et contribueront à faire honorer en vous cette profession si honorable déjà par son but, et que relève de toute la dignité de son caractère, l'homme qui sait ne jamais faillir à aucun des devoirs qu'elle lui impose.

Ces devoirs, Messieurs, il faut les connaître.

Votre jury qui m'a fait l'honneur de me choisir pour son interprète, m'a chargé de vous les dire; je vous les dirai donc simplement, tels que je les comprends, pas aussi bien sans doute que d'autres plus dignes à tous égards de vous donner des conseils pourraient le faire, mais avec un désir de vous être utile, qui prêtera j'espère à ma voix une autorité qu'elle ne peut avoir encore par elle-même.

Et d'abord, Messieurs, parlons de vos devoirs envers les malades.

Hospice, Hôpital, Hôtel-Dieu, trois vieux mots qui contiennent l'idée d'un asile où l'hospitalité est offerte à ceux qui, fatigués du voyage, ont besoin de reposer leurs forces épuisées par la misère ou par la maladie.

Vous êtes donc appelés à exercer l'hospitalité, c'est-à-dire à faire tout votre possible pour que les pauvres malades qui viendront s'habriter sous le toit de l'hôpital auquel vous serez attachés, y trouvent soulagement de corps et d'esprit; vous ne vous épargnerez point dans les soins dont vous serez chargés près d'eux, vous nettoyerez leurs plaies, vous les panserez, vous leur ferez tout ce qui vous sera prescrit, avec zèle, de bonne grâce, sans crainte de votre peine, et n'oubliant jamais la responsabilité si grande dont vous commencerez à porter le fardeau, celle de la vie d'un homme.

Il est d'autres soins, messieurs, dont vous devez aussi votre part à vos malheureux clients.

Vous avez là, couché dans un lit, un homme dont la maladie use le corps, il y a longtemps peut-être que la misère a rongé son cœur et y a creusé un abîme, que cherchent en vain à combler la haine, le doute et le désespoir; la mort, il la désire, croyant qu'elle mettra fin à tous ses maux.

Un autre est loin des siens; pour lui le mal ne serait rien s'il était dans son pays, soigné par sa mère, égayé par les compagnons de son enfance; s'il avait un ami près de lui, ses douleurs lui paraîtraient moins vives.

Vous contenterez-vous, dans ces deux cas, messieurs, comme le dit la phrase consacrée, de faire votre service, et celui-ci terminé, vous hâterez-vous de fuir, laissant ces deux malades, l'un avec ses sinistres idées, l'autre avec ses regrets qui le minent sourdement?

Non, votre bon cœur, j'ai presque dit votre charité, vous entraînera plus loin ; vous penserez que le médecin est l'homme du dévouement, qu'aucun genre de souffrance ne doit lui rester étranger, et que s'il ne peut guérir, il doit chercher à soulager.

Vous ne ménagerez donc point vos exhortations, vos encouragements, vous vous montrerez l'ami de ces deux infortunes, et vous aurez la douce consolation de contribuer à rendre l'un à la vie, et de réconcilier l'autre avec lui-même et avec la société.

Quel beau rôle, messieurs! et ne trouvez-vous pas que j'avais raison de vous dire, en commençant, que vos fonctions avaient une importance extrême?

Vous avez aussi, messieurs, vis-à-vis de vous-mêmes des devoirs impérieux à remplir.

Tout en soignant les malades qui vous seront confiés, avec le zèle et de la manière que je vous indiquais tout à l'heure, vous ne devez point négliger le travail. Je ne veux point vous parler ici d'un autre genre de travail que celui pour lequel l'hôpital vous offre des facilités si grandes ; occupez-vous en sérieusement, songez à acquérir tout ce qui peut vous servir dans l'art de guérir, cherchez à reconnaître au lit du malade ce que vous aurez lu la veille, hâtez-vous de vous familiariser avec ce que l'on peut appeler les instruments du médecin, je veux parler de l'auscultation, de la percussion, de l'examen des sécrétions diverses; faites en sorte de ne point quitter l'hôpital un seul jour sans en emporter avec vous une notion nouvelle ou plus précise que vous ajouterez à ce que vous aurez appris la veille.

N'oubliez point non plus que le meilleur moyen de fixer dans sa mémoire les faits pathologiques dont on peut être le témoin, est d'en prendre note chaque jour axec autant d'exactitude et de précision qu'il est possible de le faire.

De cette façon l'intérêt des malades y trouvera son compte ainsi que votre avancement dans la science, et vous finirez peut être, au jour fixé, par être tout préparé pour des concours plus sérieux.

Songez aussi, messieurs, que tels vous allez être envers vos clients de l'hôpital, tels vous serez plus tard envers vos clients dans le monde.

Gardez donc dans votre langage, dans votre maintien, la convenance et la dignité qui vont si bien à notre profession ; habituez-vous à traiter les malades avec une sorte de respectueuse affabilité; une familiarité trop grande vous enlèverait la part légitime d'influence que vous devez avoir sur eux.

Enfin, n'oubliez point que vous commencez à appartenir au corps médical des hôpitaux, et qu'il a le droit d'exiger de vous de ne jamais rien faire qui puisse compromettre son honneur dans votre personne.

Maintenant, messieurs, permettez-moi de vous rappeler qu'en vous consacrant aujourd'hui au service des pauvres malades, vous prenez librement, vis-à-vis de l'administration des hôpitaux, l'engagement formel de vous soumettre à ses règlements.

Plus tard, n'en doutez pas, ce devoir de soumission se transformera en sentiment de reconnaissance, lorsque, sortis des hôpitaux, vous réfléchirez aux avantages précieux de l'éducation que vous y aurez acquise, et dont profiteront alors vos nouveaux malades.

Je ne puis m'empêcher, en terminant, messieurs, de vous parler des sentiments que vous devez avoir pour les chefs des différents services auxquels vous allez être attachés;

Songez qu'ils sont vos maîtres, et par l'âge et par l'expérience ; qu'ils sont en droit, par conséquent, d'attendre de vous déférence et soumission;

Mais songez aussi, et je ne crains point d'être démenti par aucun d'eux, songez, dis-je, qu'après avoir été leurs élèves, il ne tient qu'à vous de devenir leurs amis.

Discours de M. Frémy.

Messieurs,

Le concours qui vient de se terminer, et dont vous avez courageusement supporté les épreuves, est un des plus sérieux qui, depuis longtemps, se soit ouvert dans cette enceinte, pour la nomination des internes dans les hôpitaux de Paris.

L'affluence considérable des élèves qui se sont présentés; le nombre, au contraire si restreint, des places vacantes; les études sérieuses des candidats qui se sont préparés à cette lutte : telles sont les circonstances qui ont donné, à ce concours, un éclat inaccoutumé, et nous ont fait voir, avec bonheur, les heureuses tendances de la génération médicale actuelle.

Vous avez compris, messieurs, toute l'importance de la position que vous avez voulu conquérir. Vous avez vu quels moyens d'instruction vous offrait la nouvelle carrière qui s'ouvrait devant vous, et je dois tout d'abord, au nom du jury de l'internat, vous adresser des félicitations pour le travail sérieux qui vous a préparé à soutenir les épreuves de cette lutte dans laquelle, les blessures elles-mêmes, laissent des traces glorieuses.

Les questions qui vous sont échues ont toutes été choisies avec soin, et proportionnées à la force des candidats qui se sont présentés cette année.

C'est pour cette raison qu'elles ont été généralement plus difficiles, et surtout plus nettement posées qu'elles ne le sont ordinairement.

La question écrite a été faite d'une manière remarquable, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie.

Les traités de vos professeurs, et ceux des physiologistes qui ont donné aux études anatomiques un attrait puissant, vous ont heureusement guidés.

Ces connaissances premières qui sont confiées, avec tant de soin, à votre intelligence, il faut songer maintenant à les employer d'une manière pratique, et ne pas croire que vous savez suffisamment les maladies du nerf facial, par exemple, parce que vous avez décrit, avec un soin extrême, toutes les plus petites branches de ce nerf, et rappelé, avec plus ou moins de bonheur, les travaux et les opinions des physiologistes.

La manière dont vous avez traité la seconde partie de la question nous fait voir que vous n'avez pas assez mis à profit vos connaissances anatomiques, et c'est ce qu'un peu plus de réflexion, et une étude plus approfondie du malade, vous eût appris.

Il ne faut pas seulement, messieurs, en allant à l'hôpital, vous contenter de faire votre service avec assiduité.

Cette exactitude, sans laquelle vous ne pouvez prétendre à devenir des internes, prouve déjà que vous prenez à cœur les fonctions dont vous êtes chargés, et qui sont le premier pas sérieux que vous faites dans l'étude de la médecine.

Cela est insuffisant; veus donnez aux malades des soins attentionnés; vous participez, d'une manière active, au service de la salle à laquelle vous êtes attachés; mais croyez bien que ces soins auront d'autant plus d'attrait pour vous, et seront d'autant plus efficaces, que vous saurez en faire une meilleure application.

En vous occupant un peu plus de la maladie, vous vous instruirez en même temps que vous seconderez le chef de service d'une manière plus intelligente.

Les observations que vous comparerez aux tableaux de maladie tracés dans les ouvrages de vos maîtres, vous permettront de voir ce que vous avez négligé de remarquer, et vous ne tarderez pas à vous apercevoir que vos connaissances en pathologie seront bientôt au niveau de votre instruction anatomique.

Les œuvres des anatomistes modernes vous entraînent dans des subtilités que vous recherchez avec une certaine ardeur ; c'est pour cette raison peut-être, que, dans vos épreuves orales, il nous a semblé que vous aviez négligé les notions élémentaires de l'anatomie descriptive.

Et cependant, messieurs, dans l'étude de cette vaste science qui constitue la médecine, rien ne doit être omis, rien ne doit être étudié d'une manière superficielle. Car, c'est en s'appuyant sur ces données primitives que la pathologie a fait les immenses progrès qui l'ont placée à la hauteur où vous la trouvez maintenant.

Prenez donc soin d'acquérir une connaissance approfondie de tous les éléments d'une science si difficile dans ses applications.

Autrement, le concours vous trouvera préparés pour une certaine série de questions, sans que votre instruction réponde au travail que vous aurez pu faire.

Nous avons eu le vif regret, messieurs, de ne pouvoir cette année récompenser tous ceux d'entre vous qui se sont montrés dignes d'arriver à l'internat.

Quelques-uns des concurrents, par les connaissances dont ils ont fait preuve, par leurs titres antérieurs, pouvaient prétendre à cette distinction si justement ambitionnée.

Le nombre limité des places mises à notre disposition, nous a empêché de donner a leur travail la récompense qu'il méritait; avant tout, messieurs, nous avons dû nous pénétrer des sentiments de la plus sévère équité, et, tout en tenant compte des chances que présentent toujours les luttes d'un concours, il nous a fallu faire une juste appréciation des épreuves et classer les candidats selon leur mérite.

D'autres, en concourant d'une manière sérieuse, n'ont pu arriver à une nomination.

Les travaux auxquels ils se sont livrés, nous ont paru trop insuffisants.

Qu'ils sachent bien que le jury, tout en appréciant leurs efforts, n'a pas cru devoir mettre encore à leur disposition, des éléments de travail dont ils n'auraient pu tirer aucun fruit.

Dans la plupart des carrières, et surtout dans la profession médicale, à moins d'aptitude particulière ou de circonstances exceptionnelles, arriver trop tôt est souvent un malheur irréparable.

Le désir exagéré de parvenir rapidement fait trop souvent oublier qu'il a pu, dans certains cas, être préférable d'avoir attendu la victoire.

Des luttes nouvelles amènent de nouveaux efforts, et ces efforts tournent constamment au profit de l'instruction de celui qui les produit.

Le jury, en signalant ainsi ceux d'entre vous qui n'ont pu être nommés, espère leur donner le juste dédommagement que mérite le travail dont ils ont fait preuve.

Puissent ces paroles leur rendre moins amer le regret d'une défaite qui les honore presque autant qu'un triomphe.

Qu'ils se gardent bien surtout de se décourager, et qu'ils prennent pour exemple, ceux de leurs compétiteurs qui n'ont pas craint de recommencer leurs études premières dans les hôpitaux, pour arriver à conquérir enfin ce glorieux titre d'interne, cette digne et juste récompense de vos laborieux efforts.

Messieurs les internes nommés,

Vous venez, par une lutte sérieuse, d'obtenir une distinction que vous serez, toute votre vie, heureux et fiers d'avoir possédée.

Nous avons eu le bonheur de trouver, parmi vous, des jeunes gens véritablement capables de mériter cette position si importante pour leur avenir, et dignes surtout, par les connaissances qu'ils possèdent, de profiter des éléments de travail qu'ils vont trouver dans les hôpitaux.

N'oubliez jamais, messieurs, que l'administration, en vous confiant le soin de ses malades, va mettre le complément à votre instruction médicale.

Grâce aux dignes chefs qui savent se dévouer, avec tant de sollicitude, au soulagement des malheureux, vous allez rapidement acquérir des connaissances éminemment pratiques, et maintenir, par vos travaux, cette supériorité qui place la grande école de Paris à la hauteur où l'a portée la marche incessante du progrès scientifique.

Mais, pour profiter de la considération que vous trouverez attachée au titre que nous sommes heureux de vous conférer, il ne suffit pas, messieurs, d'avoir obtenu cette distinction par des travaux justement récompensés.

Le conseil des hôpitaux, en sollicitant de votre part de nouveaux efforts, vous a déjà sagement forcés de mettre à profit les moyens d'instruction qu'il confie à votre zèle et à votre savoir.

Je ne saurais trop vous engager à prendre au sérieux ces travaux qui tendent, d'une manière constante, à augmenter vos connaissances en médecine.

Et si je me suis permis, messieurs, de vous donner quelques conseils, de vous encourager dans cette voie, au moment où va s'ouvrir pour vous, une carrière nouvelle, c'est que vous ne devez pas oublier que plusieurs de vos collègues, en négligeant ces études qui les ont fait arriver, sont sortis des hôpitaux sans avoir été à la hauteur de l'instruction que l'on doit trouver dans un interne : tandis que d'autres sont parvenus à la plus haute position que l'homme de science, que la médecine puisse ambitionner.

Je ne pense pas, messieurs, que vous puissiez hésiter dans la détermination que vous avez à prendre.

En ne continuant pas des études qui vont devenir si attrayantes, vous sortirez des hôpitaux avec quelques notions médicales plus solides peut-être que celles que vous possédez, mais, sachez-le bien, messieurs, l'internat doit vous mener plus loin, plus haut peut-être, car vous êtes appelé, par la position que ce titre peut vous donner plus tard, à perpétuer cette génération d'hommes illustres, qui ont élevé la médecine française sur le glorieux piédestal, où tant de travailleurs l'ont à tout jamais placée.

Après que la lecture des discours a été terminée, M. le président a proclamé, dans l'ordre suivant, les noms des lauréats :

PRIX DES INTERNES.

1re *division*. Médaille d'or, M. Axenfeld ; médaille d'argent, M. Charcot ; mention, MM. Trélat et Landry.

2e *division*. Médaille d'argent, M. Zapfle; accessit, M. Graü; mentions, MM. Leplat et Canuet.

PRIX DES EXTERNES.

Prix, M. Garreau ; accessit, M. Tavernier ; mentions, MM. Lefort et Bailly.

Le conseil de l'assistance publique, sur le rapport de M. Horteloup, vient de modifier, ainsi qu'il suit, le règlement du concours pour le bureau central des hôpitaux :

Article 1er Les membres des jurys des concours sont tirés au sort par le directeur, soit en séance du conseil de surveillance, soit en présence de deux de ses membres, délégués à cet effet.

Art. 2. Dans le cas prévu par l'art. 104 du réglement sur le service de santé, où des candidats proposeraient des récusations, le directeur prononcera, après avoir pris l'avis des deux membres désignés en l'article précédent.

En cas de divergence d'opinion entre le directeur et les deux membres du conseil, il en serait référé au préfet de la Seine.

Art. 3. Le jury de chaque concours est formé quinze jours avant l'ouverture, après que les listes d'inscriptions des candidats ont été closes.

Art. 4. Les jurys des concours pour la nomination des membres du bureau central sont composés, lorsque le nombre des places à donner n'excède pas deux, pour les places de médecins, de quatre médecins titulaires, n chirurgien titulaire, un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Pour des places de chirurgiens, de quatre chirurgiens titulaires, un médecin titulaire, un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Toutes les fois que le concours aura pour objet la nomination à *plus de deux places*, le nombre des membres titulaires du jury sera augmenté d'un médecin et d'un chirurgien, par chaque place au-dessus de deux.

Si des membres titulaires d'un jury viennent à se trouver dans l'impossibilité de continuer leurs fonctions, le jury sera complété par les membres suppléans, qui resteront disponibles, sans distinction de médecin ou de chirurgien.

Art. 5. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration de l'assistance publique, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ne sera pas admis à s'inscrire tout candidat qui se présentera après l'époque fixée pour la clôture des listes dont le jour sera indiqué aux affiches.

Art. 6. Les médecins et chirurgiens qui se présentent au concours pour les places du bureau central, doivent réunir les conditions suivantes, savoir :

Pour les places de médecins :

Trente ans accomplis et quatre années de doctorat;

Et pour les chirurgiens :

Vingt-sept ans accomplis et quatre années de doctorat;

Néanmoins, le temps du doctorat et l'âge seront réduits de deux années pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'internes.

Les candidats qui auront obtenu, soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de 3e et 4e année, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an.

Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante-cinq ans, pour les places de médecin, et cinquante ans pour celles de chirurgien.

Art. 7. Les épreuves d'admissibilité pour les médecins consisteront :

1° En une composition écrite pour laquelle il sera accordé au candidat trois heures au plus; 2° en une épreuve clinique sur un seul malade. Il sera accordé au *candidat* dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury, son opinion sur ce malade.

L'épreuve définitive pour les médecins consistera en une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Art. 8. Les épreuves d'admissibilité pour les chirurgiens consisteront :

1° En une compositlon écrite, pour laquelle il sera accordé trois heures au plus ;

2° En une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour sa dissertation orale.

Les épreuves définitives se composeront :

1° D'une épreuve clinique sur deux mulades. Il sera accordé vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury;

2° De deux opérations sur le cadavre.

Dans les épreuves cliniques de la première série, soit en médecine, soit en chirurgie, quatre candidats devront être entendus à chaque séance.

Aux épreuves cliniques de la seconde série, le nombre des candidats à entendre ne sera que de deux.

Art. 9. A la fin de chaque séance, le jury classera les concurrents qui auront paru devant lui, suivant les succès qu'ils auront obtenus.

Le jugement définitif portera sur l'ensemble des épreuves, y compris celles qui auront été jugées comme épreuves d'admissibilité.

Art. 10. Les candidats admis aux concours ouverts pour les places du bureau central avant la promulgation du présent règlement, seront dispensés pour les concours suivants des formalités et des conditions exigées par l'art. 4.

Art. 11. Toutes les dispositions du règlement sur le service de santé, auxquelles il n'est pas dérogé par celles qui précèdent, continueront à recevoir leur exécution.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 3. 1re année. Jeudi, 6 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : Hôpital Cochin. Opération de la pierre, pratiquée par la nouvelle méthode rectale, par M. Maisonneuve. Leçons cliniques sur la phlegmatia alba dolens, par M. Beau. — Don d'une somme de 121,000 francs par M. Orfila. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, 5 janvier 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a été témoin hier d'un fait inouï dans les annales de la science : Un académicien zélé, un savant éminent, M. Orfila est venu annoncer à la tribune que, par une sorte de testament anticipé, il se privait, de son vivant, d'une partie considérable de sa fortune pour doter divers établissements médicaux d'une somme de 121 mille francs, plus d'une somme de 1,000 francs qu'il donnera tous les ans pendant sa vie durant. Pour comprendre combien un tel acte est digne de la gratitude de tous les hommes qui s'intéressent au progrès de la science, il faut savoir que la fortune de M. Orfila, quoique fort honorable, est loin d'être en rapport avec la réputation et le mérite du célèbre professeur; il faut savoir combien est simple la vie de M. Orfila, combien peu il sacrifie à ses besoins personnels. Il y a quelques jours encore, je me trouvais avec lui dans un modeste omnibus : « Et vous aussi, lui dis-je, vous usez de ce véhicule que je croyais réservé aux prolétaires, aux simples praticiens, aux bureaucrates et aux journalistes ? » — « Avec un peu de bonne volonté, me répondit-il, je pourrais bien voyager d'une autre façon, mais j'aime mieux aller en omnibus et consacrer 120 mille francs au progrès d'une science, au soulagement des infortunes d'une profession que j'ai toujours aimées avec ardeur, que de me promener en équipage et ne rien laisser après moi, si ce n'est aux dépens de mes héritiers. »

Ces simples paroles peignent le véritable caractère de M. Orfila; nous pouvons les léguer à l'histoire comme l'éloge le plus éloquent de l'homme qui vient de donner à la science le plus bel exemple de munificence dont l'histoire de la médecine fasse mention. Nous n'y ajouterons rien; car il y a des actes qu'il faut se contenter d'admirer, quand on n'a pas la plume d'un Lamartine ou d'un Châteaubriand.

Que dirions-nous, d'ailleurs, que n'ait exprimé M. Bérard, dans son allocution où le cœur et l'esprit tenaient une place égale; que n'ait exprimé aussi l'Académie, en décidant, par acclamation, qu'une députation se rendrait auprès de M. Orfila, et que le nom du généreux académicien serait inscrit parmi ceux des bienfaiteurs de l'Académie! Ces témoignages de haute gratitude sont trop éclatants pour que nous cherchions à y ajouter quelque chose. Nous ne l'essaierons pas.

Nous ajouterons seulement que, si une allocution de M. Bérard pouvait être oubliée, le grand événement dont l'Académie a été témoin aurait fait oublier celle par laquelle il a tracé, avec ce tact exquis qui le caractérise, les qualités du *parfait président*. Sans doute, M. Bérard n'atteindra pas cet idéal, dont il a si admirablement tracé l'image ; mais il est impossible qu'on n'approche pas plus ou moins d'une perfection que l'on comprend si bien, et, d'après les paroles qu'il a prononcées, nous pouvons prédire, sans témérité comme sans grand mérite, que la présidence de M. Bérard sera l'une des plus remarquables dont l'Académie ait eu à s'applaudir.

Une question importante a été soulevée entre MM. Baillarger et Collineau ; nous en dirons plus tard quelques mots.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Opération de la pierre pratiquée par la nouvelle méthode rectale.

Parmi les opérés actuellement en cours de traitement, à l'hôpital Cochin, est un malade auquel M. Maisonneuve a pratiqué l'opération de la pierre, par sa nouvelle méthode de cystotomie rectale. Cette opération nous a frappé par la rapidité de son exécution et la simplicité de ses suites.

Le malade est un jeune homme âgé de dix-sept ans, qui, depuis plusieurs années, était affecté de fistules urinaires multiples, ouvertes tant au périnée que dans le rectum.

Diverses opérations, pratiquées antérieurement par ce chirurgien, avaient réduit toutes ces fistules à une seule ouverte immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus, dans l'intérieur de l'intestin, après avoir marché rapidement vers la cicatrisation ; ces fistules étaient, depuis quelques semaines, restées stationnaires : cela joint à des douleurs qui se répétaient chaque fois que le malade voulait uriner, fit penser à la présence de quelque concrétion calculeuse dans la vessie.

L'exploration, avec la sonde métallique, fit en effet reconnaître l'existence d'une pierre du volume à peu près d'une amande. Parmi les nombreuses méthodes opératoires destinées à débar-

rasser le malade de ce corps étranger, M. Maisonneuve crut devoir choisir la méthode rectale qu'il a créée lui-même, il y a quelques années. Cette opération fut exécutée le 7 décembre, de la manière suivante :

Le malade, préalablement soumis au chloroforme, est couché sur le dos, comme pour l'opération de la taille sous-pubienne. Un cathéter cannelé est introduit dans l'urètre et poussé jusque dans la vessie. Il y est maintenu par un aide. Le chirurgien, alors portant la pointe du lithotome double dans la cannelure de cet instrument, le fait pénétrer dans la cavité vésicale; puis, tournant en bas sa partie concave, et, pressant sur sa bascule, pour en faire saillir les lames, il fait à la prostate une incision bi-latérale. Introduisant ensuite le doigt index de la main gauche par l'ouverture qu'il vient de pratiquer, il s'en sert pour diriger l'introduction des tenettes. Le calcul est alors saisi avec facilité, et retiré sans obstacles. L'opération tout entière n'a pas duré plus de *deux minutes*.

Il s'est à peine écoulé une cuillerée de sang, et le malade a été reporté dans son lit, sans aucun pansement. Les suites de cette opération ont été d'une simplicité remarquable. Nous signalerons surtout ce fait, que le malade n'a pas un instant cessé de pouvoir retenir ses urines. Celles-ci sont, il est vrai, rendues encore par le rectum, à raison de la fistule préexistante, mais elles ne s'écoulent point involontairement; elles ne sont expulsées que de loin en loin, quand le malade sent le besoin d'uriner.

Bien que dans le cas actuel, l'exécution de la manœuvre opératoire ait été rendue plus simple par l'existence préalable d'une fistule urinaire ouverte dans le rectum, nous dirons que cette méthode ingénieuse paraît avoir des avantages réels sur toutes les autres méthodes sous-pubiennes. Déjà, M. Maisonneuve l'a pratiqué plusieurs fois avec succès; nous nous rappelons surtout un malade que cet habile chirurgien a présenté à l'Académie de médecine, en 1847, et chez lequel, l'opération pratiquée pour un calcul volumineux, a guéri avec une rapidité surprenante. Le malade, en effet, a pu être présenté à l'Académie le neuvième jour après son opération, et, chez lui, l'urine n'avait pas un instant cessé d'être retenue dans la vessie.

Nous pensons que cette méthode est destinée, dans beaucoup de circonstances, à remplacer les autres méthodes de cystotomie, surtout quand le calcul ne présente qu'un médiocre volume. En effet, de même que la taille bi-latérale de Dupuytren incise la prostate dans ses deux diamètres obliques, en laissant intacts le véru montanum et les canaux éjaculateurs; d'une autre part, en épargnant l'incision du périnée elle a l'avantage spécial d'être d'une exécution plus simple et plus rapide que toute autre méthode; d'éviter, d'une manière certaine, la lésion du bulbe et des artères transverses, de mettre par conséquent à l'abri des hémorrhagies; enfin, en permettant aux urines d'être retenues dans le rectum, par le sphincter de l'anus, elle évite au malade les inconvénients d'une incontinence d'urine plus ou moins prolongée.

Dr Alexis Favrot.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Leçon clinique sur la phlegmatia alba dolens

(recueillie par M. Eug. Bacquias, interne du service.)

Nous admettons, avec la majorité des auteurs actuels, cette opinion démontrée par MM. Davis et Dronsart que la cause anatomique de la phlegmatia alba dolens est une phlébite caractérisée par l'inflammation de la veine adhérente à des caillots sanguins, et que pour cette raison on pourrait appeler phlébite hémo-adhésive.

Le but principal de notre travail n'est pas de confirmer l'opinion précédente sur la cause anatomique de la phlegmatia, néanmoins sa réalité ressortira encore de nos observations et particulièrement des deux faits suivants :

1re *Observation.* — Une femme de 55 ans, affectée d'un cancer de l'utérus, fut prise un mois avant la mort de douleurs très-vives vers l'anneau crural, se ramifiant sur toute la face interne de la cuisse gauche; deux jours après, le membre a doublé de volume, peau tendue, luisante, d'un blanc mat, la jambe est flechie sur la cuisse; les douleurs sont si cuisantes que la malade oublie les souffrances qu'elle éprouvait dans les reins sous la dépendance de son cancer. Quinze jours ne s'étaient pas écoulés que le membre abdominal droit était envahi de la même façon.

A l'ouverture, on constata un cancer ulcéré du col de l'utérus, s'étendant au vagin, à la vessie et à l'urêthre, la cavité de la vessie n'offre guère plus de capacité que l'utérus d'une jeune fille.

La veine crurale gauche est oblitérée complétement par un caillot blanc, parfaitement organisé, faisant corps avec la paroi interne de la veine, et remontant jusque dans la veine-cave inférieure; ce caillot obstrue par conséquent la veine iliaque primitive interne et externe qu'on ne détache qu'avec peine du tissu cellulaire ambiant auquel elles adhèrent, une chaîne de ganglions entoure les veines du petit bassin; Les veines du bassin et de la cuisse droite sont remplies également d'un caillot, mais il est moins ferme, moins dur, non décoloré, d'ailleurs la membrane interne des veines est pâle.

Des deux côtés, l'oblitération s'étend dans la veine saphène interne.

2e *Observation.* — Un jeune homme de 18 ans, couché au n° 10 salle Saint-Jean, affecté d'une pleurésie purulente pour laquelle on lui a pratiqué deux fois la thoracentèse, se plaint, six semaines avant la mort, d'une douleur très-vive à la plante du pied droit, puis à la cuisse, et quelques jours après, en une nuit, tout le membre abdominal droit avait doublé de volume; on sent à la partie supérieure, un cordon dur dans la direction de la veine crurale. La peau est violacée, surtout au mollet et à la partie interne de la cuisse. On place le membre sur un plan incliné, et on le recouvre de cataplasmes. La douleur et le gonflement avaient notablement diminué, quand, un mois après, le membre gauche devint douloureux, puis œdématié, l'œdème s'étend jusqu'aux parois du ventre; la peau chaude, tendue, luisante, d'un blanc mat, résiste à la pression du doigt dont elle ne conserve pas l'empreinte; si on enfonce profondément le doigt au niveau de l'anneau crural, on peut sentir un cylindre dur, suivant la direction de la veine crurale.

La cuisse droite est marbrée par les veines superficielles énormément dilatées.

A l'examen du cadavre, on trouve la veine-cave inférieure oblitérée par un caillot fibrineux qui se continue dans les veines iliaques primitives, iliaques externes, crurales et leurs ramifications; seulement, dans les veines du côté droit, le caillot est plus dur, plus adhérent, et les veines ont l'aspect de nerfs, tant est intime l'adhérence du caillot avec leurs parois, tandis que du côté gauche, le dépôt fibrineux est plus mou et plus coloré.

Après avoir établi que la cause anatomique de la *phlegmatia* est une phlébite adhésive, il se présente une autre question importante dans l'histoire de la *phlegmatia,* dont elle marque la seconde phase : *dans quelles circonstances survient cette phlébite adhésive qui produit la* phlegmatia? Telle est la question fondamentale de ce mémoire.

Jusqu'à ces derniers temps, on l'avait décrite en France comme maladie spéciale à l'état puerpéral, quand dans sa thèse inaugurale, M. Oliviéri, interne de M. Cruveilhier, signale plusieurs observations de phlegmatia chez des femmes de la Salpétrière affectées de cancer de l'utérus, par extension de l'inflammaiton des veines de l'utérus, à celles du bassin et de l'un ou des deux membres abdominaux; d'autre part, M. Robert Lee, sur dix-neuf observations qu'il rapporte dans son mémoire sur la phlegmatia alba dolens, en compte dix sur des femmes hors l'état puerpéral, ou sur des hommes; M. Andral, M. Trousseau, la notent dans la phthisie; et M. Trousseau (*Bulletin de thérapeutique,* oct. 1846), cite même la phlegmatia comme une complication rare de la fièvre typhoïde.

Aussi M. Dronsart, comprenant la nécessité d'élargir le cercle dans lequel la phlegmatia avait été renfermée, distribue sous cinq chefs les nombreuses observations qu'il a rassemblées :

1° Phlegmatia chez des nouvelles accouchées ; 2° hors l'état puerpéral ; à cette division il rattache deux cas survenant chez des phthisiques avec affection de l'utérus ; 3° symptomatique de lésions de l'utérus par extension de l'inflammation des veines de l'utérus cancéreux aux veines de la cuisse ; 4° chez les hommes ; 5° phlegmatia du membre supérieur.

Dans tous ces faits, la phlébite a pour point de départ un foyer purulent, utérus après la délivrance, utérus cancéreux, poumons tuberculeux ; un seul reste hors de cette loi, et M. Dronsart l'enregistre sans réflexion, mais il importe trop à la doctrine que nous présentons pour que je ne le cite pas tout entier d'après M. Dronsart : « Le 30 avril 1832, sir Henri Halfort lut, au Collége de Médecine de Londres, un rapport intéressant sur un cas de phlegmatia alba dolens, observé chez le feu Comte de Liverpool. L'invasion de la maladie qui affectait le côté gauche remontait à plusieurs années, elle paraissait avoir été causée par l'action d'un courant d'air froid sur les extrémités abdominales, et les médecins du malade parmi lesquels sir A. Cooper en avaient atténué les symptômes au moyen de sangsues et autres remèdes anti-phlogistiques. La mort fut déterminée par une attaque d'apoplexie. A l'ouverture du corps, les veines iliaques gauches (côté malade) étaient complétement imperméables, et lorsque sir A. Cooper les fit voir à M. Robert, là ce dernier assure avoir remarqué sur elles les mêmes altérations de structure que l'on observe dans la phlegmatia puerpérale.

M. Bouchut, dans le mémoire qu'il a publié en 1844, dans la *Gazette médicale*, établit deux grandes divisions dans l'histoire de la phlegmatia ; à la première se rattachent tous les cas qui appartiennent à l'état puerpéral ; la seconde, sous le titre d'oblétération spontanée des veines non puerpérale, comprend les autres observations qu'il met toutes sous la dépendance d'une cachexie purulente, tuberculeuse ou cancéreuse.

Cette division n'embrasse pas tous les faits de phlegmatia connus, pas même tous ceux rapportés par M. Bouchut, car où placer les cas de phlegmatia survenus dans la fièvre typhoïde, celui du malade de M. Lenoir atteint d'une brûlure, celui de M. Rayer (néphrite calculeuse), à moins d'admettre qu'il y a diathèse purulente, par cela seul qu'il existe un foyer de pus.

Tel est aujourd'hui, l'état de la question, cependant il ne manque pas dans la science d'observations qui montrent que la *phlegmatia* arrive dans d'autres circonstances que l'état puerpéral, que les cachexies. M. Dronsart en cite plusieurs exemples, celui du comte de Liverpool que nous avons rapporté plus haut ; un autre chez une jeune fille affectée de fièvre typhoïde, qui lui a été communiqué par M. Beau ; M. Bouchut l'a observée dans les salles de M. Lenoir, sur un jeune garçon qui portait une brûlure fort étendue à la partie postérieure du tronc. M. Chomel (*Gazette médicale*, 1835), donne le fait suivant : « Au n° 14, salle Saint-Lazare, se trouvait placée une femme qui, en dehors de toute influence puerpérale, a été atteinte d'une phlegmatia alba dolens. Le pied, le mollet et la cuisse gauche, présentaient un gonflement et un empâtement considérables. Toute pression exercée sur ce membre était douloureuse, et ses mouvements embarrassés. D'ailleurs, point de fièvre, appétence pour les aliments, rien de particulier aux selles, ni aux urines. Cette malade avait une suppression de règles qui datait de six mois. L'exploration de la matrice par le vagin, témoigne la petitesse de cet organe, dont le museau de tanche est exactement fermé. Il n'existe pas d'engorgement, ni de tumeur, dans l'excavation du bassin. Rien ne peut faire soupçonner une maladie de l'ovaire, il n'y a pas d'obstacle du côté du rectum. On prescrit un purgatif, les règles reparaissent et coulent pendant vingt-quatre heures. A plusieurs jours d'intervalle, on administre à la malade de nouveaux purgatifs, et la guérison s'opère. »

Ne semble-t-il pas hors de doute, qu'ici la phlegmatia est consécutive à une chlorose.

Ajoutons un autre fait recueilli dans les salles de M. Blandin, et rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* (1842, p. 3) :

« Ces jours derniers a été couchée, salle Saint-Paul, n° 9, une femme atteinte d'une contusion à la partie externe du genou, cette lésion a été suivie de la gangrène d'un lambeau assez étendu de la peau du membre, mais bientôt la plaie s'est détergée, et la cicatrisation a fait des progrès rapides.

Sur ces entrefaites, la malade accusa des douleurs dans le membre opposé au côté blessé. Ces douleurs, vagues d'abord, furent bientôt bornées à la partie supérieure et interne de la cuisse, plus tard, elles se prolongèrent au-dessus de l'arcade crurale, vers l'excavation du bassin ; l'examen du membre fit reconnaître qu'elles suivaient exactement la direction des vaisseaux fémoraux ; en même temps, on percevait par le toucher, un gonflement anormal suivant le trajet de la veine et de l'artère fémorales. La pression, dans ces points, rendait la sensation pénible, plus aigüe et plus profonde ; à part cela, ni rougeur des parties avoisinantes, ni engorgement extraordinaire des masses ganglionnaires du pli de l'aine, peu à peu, le membre se tuméfia et acquit en quelques jours un volume considérable (3 fois le volume normal). Dans cet état, le membre était décoloré, d'un aspect pâteux, recevant et gardant facilement l'empreinte des doigts. Cet appareil de symptômes a pris naissance et s'est développé avec lenteur, sans qu'il y ait eu de fièvre ou d'autres accidents généraux remarquables.

Je pourrais multiplier les citations, mais les observations que j'ai rapportées ne suffisent-elles pas pour montrer la nécessité d'une systématisation qui embrasse tous ces faits restés inexpliqués, et en dehors des catégories posées pour les auteurs.

On peut généraliser la pathogénie de la *phlegmatia alba dolens*, en regardant la phlébite adhésive qui la produit, comme phlegmasie secondaire, et par phlegmasie secondaire, M. Beau entend celle qui survient après une autre maladie, comme le muguet des adultes, les parotides, etc.»

Ainsi, la phlegmatia alba ne survient qu'après une maladie antérieure, grave ou légère, et à ce sujet nous devons dire que nous comprenons l'état puerpéral, dans les états morbides.

Aux observations de phlegmatia, survenant après une chlorose (Chomel), après la fièvre typhoïde (Trousseau et Beau), après une brûlure profonde (Lenoir), après une contusion suivie de gangrène (Blandin) ; nous allons ajouter deux faits qui nous sont propres, et qui viennent encore confirmer la thèse que nous avançons.

Madame B...., âgée de 47 ans, est prise le 7 avril d'un érésypèle débutant derrière l'oreille droite, il s'étend au cou, aux membres thoraciques, au tronc, et se fixe, le 24, à la région coccygienne, au fur et à mesure que l'inflammation se propage de proche en proche, les parties envahies précédemment, perdent leur rougeur et se desquamonent. Dès les premiers jours de mai, la malade peut reprendre ses occupations, mais le 19 après une course longue, elle éprouve une grande difficulté pour monter l'escalier qui la conduit chez elle. On constate que tout le membre abdominal droit est gonflé, et couleur lie de vin. D'ailleurs, pas de douleur au toucher. La malade se couche, on place le membre affecté sur un plan incliné, et le gonflement était disparu en grande partie ; le lendemain matin la malade se leva ; le soir, le gonflement reparut plus intense et la peau plus noirâtre qu'auparavant, mais toujours pas de douleur.

La malade reprit le lit, le membre placé dans une position convenable ; mais le lendemain la tuméfaction n'était pas disparue, non plus que la couleur noirâtre, malgré le repos absolu. Un purgatif amène des évacuations très-abondantes : amélioration notable ; il ne reste plus qu'une légère tuméfaction et quelques démangeaisons vers la partie supérieure et interne de la cuisse. Enhardie par un tel succès, la malade voulut se lever quelques heures ; le dimanche 23, elle marche dans ses appartements, malgré les conseils contraires qu'on lui donnait. Bientôt elle fut obligée de se coucher ; le membre inférieur droit est gonflé du haut en bas et douloureux au toucher ; c'est la première fois que cette douleur apparaît. Vers onze heures du soir elle est réveillée subitement par des douleurs gravatives très-intenses ; le membre lui semblait très-lourd et se gonfler comme si tout son sang avait été refoulé vers cette région. La douleur est plus intense vers l'anneau crural. M. Beau, appelé le lendemain 24 en consulta-

tion, constata un cordon dur sur la saphène interne et sur le trajet de la veine fémorale. Pouls : 100, inappétence. Il prescrivit un purgatif, des cataplasmes émollients et la position.

25. La douleur oblige la malade à fléchir la jambe sur la cuisse et à reposer le membre sur le côté externe; 26, un purgatif; 27, la douleur vers l'anneau crural, qui semblait se dissiper, reparaît plus vive pendant la nuit; 28, 29, plus de douleur dans le membre, excepté lorsque la malade le remue. L'œdème de la cuisse et du genou est diminué au point que la malade peut étendre la jambe; on voit se dessiner sur la cuisse et la jambe des veines superficielles; 30, un purgatif; le 1er juin, l'amélioration continuant on cesse l'usage des cataplasmes; un bandage compressif est appliqué sur tout le membre. Le 15, la malade se lève avec son bandage, elle n'éprouve pas de douleur. 1er juillet, elle marche, mais le soir, ayant ôté la bande et voulu marcher, la jambe et la cuisse deviennent noirâtres : la circulation n'est pas encore bien rétablie. 15 août, la malade qui porte un bas lacé ayant voulu le supprimer, la jambe et la cuisse redeviennent lie de vin; le bas lacé ayant été remis, le gonflement disparaît; d'ailleurs la malade peut vaquer à ses occupations sans éprouver de trop grandes fatigues.

J'ai rapporté cette observation en insistant longuement sur le début de la maladie, parce que l'invasion de la phlegmatia a été marquée dans ce cas de plusieurs circonstances anormales; et tout d'abord, la douleur qui habituellement précède le gonflement de vingt-quatre à quarante-huit heures, n'est arrivée qu'après plusieurs jours; d'autre part, il y a eu plusieurs temps d'arrêt dans l'envahissement des veines par le caillot obstruant. Enfin ce fait présente cette autre particularité qui, bien qu'oubliée par les auteurs français, n'est cependant pas très-rare, car deux fois cette année nous l'avons constatée, et déjà M. Beau l'avait remarquée sur la jeune fille prise de phlegmatia dans le cours d'une fièvre typhoïde, dont M. Dronsart a rapporté l'histoire : je veux parler de la coloration lie de vin qui a précédé la blancheur caractéristique de la peau dans cette affection, c'est la *phlegmatia cœrulea des Anglais.*

Voici une autre observation.

(*La suite au prochain numéro.*)

Don d'une somme de 121,000 francs

fait à divers établissements publics en 1853.

Fondations de prix, par M. ORFILA.

Nous croyons devoir publier textuellement les lettres que M. Orfila a adressées aux différents corps auxquels il a donné des marques de sa munificence, ainsi que les considérations sur lesquelles il s'est fondé pour le choix des prix qu'il a proposés. La lettre adressée à l'association des médecins de Paris ne devant être lue que vendredi, nous ne pourrons la publier que dans notre numéro de samedi.

Paris, ce 1er janvier 1853.

Je n'attends pas, suivant l'usage généralement reçu, que mon décès ait eut lieu, pour donner, par une clause testamentaire, la somme de 121,000 francs, dont j'ai cru devoir disposer en faveur de plusieurs établissements publics. Deux motifs m'ont décidé à agir ainsi : il est d'abord avantageux de mettre le plus tôt possible ces établissements à même de jouir des dons que je leur fais; d'un autre côté, je n'ai pas cru ma présence inutile pour aplanir certaines difficultés qui pourraient surgir au moment de l'exécution de mes projets, et peut-être pour modifier ceux-ci, dans le cas où la nécessité m'en serait démontrée.

Je ne chercherai pas à justifier longuement les raisons qui m'ont porté à donner la préférence aux institutions que j'ai choisies. Il me suffit de dire :

1° Qu'en mettant à la disposition de l'État une somme de 60,000 francs, destinée à l'achèvement du musée Orfila, j'ai voulu doter la France d'un monument scientifique qui n'aura pas son pareil, et ajouter aux nombreuses preuves de sympathie et de dévouement, que j'ai données aux étudiants en médecine, un témoignage de ma vive reconnaissance pour l'accueil si flatteur que pendant trente-quatre ans ils n'ont cessé de faire à mes paroles, en les écoutant religieusement et avec une persévérance dont il serait difficile de citer plus d'un exemple. Aussi, et pour que l'on ne se méprenne pas sur le motif de cette fondation, je veux que l'inscription suivante soit placée dans la salle principale du musée :

AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

J'ai fondé ce Musée en 1845, *dans l'intérêt des études, et uniquement pour vous être utile.* ORFILA.

2° Qu'en instituant en faveur du surveillant Stablo une rente viagère de 100 francs, j'ai voulu récompenser les services rendus au Musée avec un zèle et une intelligence qui ne sauraient être surpassés.

3° Qu'en fondant deux prix, l'un à l'Académie de médecine, et l'autre à l'École de pharmacie de Paris, sur des sujets qui ont occupé toute ma vie, je n'ai d'autre ambition que celle de servir la science, à laquelle je suis constamment resté fidèle, sans chercher à en être distrait par la politique.

4° Qu'en donnant à deux écoles préparatoires de médecine de France, celles de Bordeaux et d'Angers, une faible preuve de l'intérêt que je leur porte, je persiste dans la pensée que l'enseignement des établissements de cet ordre, organisé sur ma proposition et d'après les bases que j'ai posées en 1837 (1), est excessivement fructueux et continuera de l'être, tant qu'on suivra rigoureusement les principes que j'ai établis.

5° Qu'en dotant l'association des médecins du département de la Seine d'une rente de 400 fr. trois pour cent, je n'ai eu d'autre but que de venir en aide aux confrères de ce département qui ne sont pas heureux et à leurs familles. Cette association, reconnue aujourd'hui comme institution d'utilité publique, et que je suis fier d'avoir fondée en 1833, est une œuvre de philanthropie et de moralisation; en effet, indépendamment des misères qu'elle soulage, elle prouve aux hommes de notre profession qu'en se conduisant honorablement, ils peuvent compter sur son appui et sur sa protection, toutes les fois qu'ils les réclameront dans un intérêt public ou privé.

6° Qu'en allouant tous les ans, ma vie durant, une somme de 1,000 fr. pour meubler la galerie nouvelle et pour établir un musée de micrographie, j'ai eu principalement pour but d'enrichir le Musée Orfila d'un grand nombre de ces pièces que le docteur Sucquet prépare avec un talent qui n'a pas été encore égalé, et de doter la science d'un ensemble suffisant d'objets microscopiques propres à montrer la structure intime de nos tissus, et dont les élèves pourront se faire une idée exacte, à l'aide de plusieurs microscopes placés devant les pièces.

Je serai grandement récompensé, si mon exemple trouve des imitateurs. ORFILA.

DÉTAILS DES DONS.

1° A l'État, pour achever le Musée Orfila.	60,000 fr.
2° A l'Académie de médecine, pour fonder un prix de 2,000 fr., une inscription de 1,000 fr. de rente 3 pour 100.	53,200
3° A l'École de pharmacie de Paris, pour fonder un prix de 1,000 fr. une inscription de 500 fr. de rente 3 pour 100.	
4° A l'association des médecins du département de la Seine, une inscription de 400 fr. de rente, 3 p. 100. . Les 1,900 fr. de rente 3 p. 100 affectés au payement des numéros 2, 3 et 4, ayant été achetés à 84 fr. donnent une somme de 53,200 fr.	
5° A l'École préparatoire de médecine de Bordeaux. . .	1,000
6° A l'École préparatoire de médecine d'Angers. . . .	2,200
7° A l'État pour frais de mutation, etc.	4,600
Total (2).	121,000 fr.

A M. le président de l'Académie de médecine,

Paris, le 1er janvier 1853.

Monsieur et cher collègue,

J'ai reçu de l'Académie de nombreux témoignages d'estime et de sympathie, dont je ne perdrai jamais le souvenir. Je viens aujourd'hui lui donner une preuve de ma reconnaissance, en instituant un prix de 2,000 fr., qui sera décerné tous les deux ans, et pour la première fois en 1855; à cet effet, je mets à sa disposition une inscription de 1,000 fr. de rente trois pour cent, représentant une somme de 28,000 fr. (à 84 fr. prix d'achat).

(1) Voir mon rapport dans le *Bulletin universitaire* de 1837, t. VI, p. 172.

(2) Indépendamment de la somme de 121,000 francs, je m'engage, comme je l'ai déjà dit, à donner tous les ans, ma vie durant, 1,000 francs pour payer des préparations anatomiques, et à servir au surveillant Stablo une rente viagère de 100 fr.

Les prix qui seront donnés aux séances publiques de 1855 et de 1857 porteront sur une question de toxicologie; celui qui correspondra à 1859 aura pour objet une question puisée dans une des autres branches de la médecine légale. En 1861 et en 1863, les prix seront décernés pour un sujet de toxicologie, tandis que pour 1865, la question aura dû être choisie parmi celles qui sont du ressort des autres parties de la médecine légale. On appliquera ensuite le principe que je viens de poser, c'est-à-dire que dans une période de six années, deux fois le sujet du prix sera une question toxicologique, et une fois une question de médecine légale, anatomique, physiologique, médicale, chirurgicale, ou obstétricale. Toutefois, il y aura lieu de se départir de cet ordre rigoureux et de procéder autrement, ainsi que je l'indiquerai bientôt, lorsqu'un prix n'aura pas été adjugé, et que la question aura été de nouveau mise au concours.

Si, après 1901, l'Académie pense qu'il y a plus d'avantage à remplacer la question médico-légale par un des sujets de la *seconde catégorie*, dont je vais parler, elle sera libre de le faire.

Le prix de 2,000 fr. ne pourra jamais être partagé; s'il n'est pas donné, la même question sera mise au concours, et le prix sera alors de 4,000 francs; si cette seconde fois le prix n'était pas encore décerné, la même question serait proposée pour la troisième fois, et le prix serait de 6,000 francs. Si, malgré ces ajournements, la question n'était pas convenablement résolue, et que le prix ne fût pas adjugé, la somme de 6,000 fr. serait versée dans la caisse de l'association des médecins du département de la Seine, que j'ai fondée en 1833.

Ces remises successives d'une question, *quelle qu'elle soit,* auront nécessairement pour conséquence une modification dans la nature des sujets qui devront être proposés : ainsi, lorsque la question ajournée sera du ressort de la toxicologie, la remise à six ans entraînera, pour cette fois *seulement,* la suppression de la question médico-légale; tout comme si la question ajournée concernait cette dernière science, il y aurait forcément, pendant quatre ans, suppression d'un sujet toxicologique.

La commission nommée pour juger les prix de toxicologie sera composée de cinq membres, dont deux appartiendront à la section de chimie, un à la section de pharmacie, un à la section de pathologie externe et un à la section de médecine légale. Pour juger les prix des autres branches de la médecine légale, la commission sera composée de deux membres pris dans la section de médecine légale, de deux choisis dans une des sections de chirurgie, et d'un appartenant à la section d'anatomie. Toutefois, s'il s'agit d'une question obstétricale, deux membres pris dans la section d'accouchements remplaceront les deux chirurgiens. Pour toutes les questions autres que celles de toxicologie et de médecine légale, dont il sera fait mention plus bas, l'Académie choisira cinq commissaires dans son sein.

Permettez-moi de vous indiquer maintenant, monsieur le président, un certain nombre de questions toxicologiques que je désire mettre au concours à peu près dans l'ordre qui suit. Elles sont de deux catégories.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Recherches sur le chloroforme, sur les champignons, sur la cantharidine et les cantharides, sur la codéine, sur l'hyosciamine et la jusquiame, sur l'aconitine et l'aconit, sur la vératrine, la sabadilline, l'ellébore noir et le varaire blanc, sur l'atropine et l'*atropa belladona,* sur la daturine et le *datura stramonium,* sur la digitaline et la digitale, sur le laurier-rose, sur la strychnine, la brucine et la noix vomique, sur la picrotoxine et la coque du Levant, et sur le venin de la vipère.

Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons, après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale, et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort,* soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? *Après la mort,* la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler.

Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs? S'il en est ainsi, comme je le pense, la science verra son domaine s'étendre utilememt, puisqu'elle se borne aujourd'hui à attaquer les substances vénéneuses contenues encore dans le canal digestif, et qu'elle n'agit avec quelque succès que dans les *cas rares* où le contre-poison est administré *peu de temps* après l'ingestion du toxique.

SECONDE CATÉGORIE.

Il est encore une série de questions qui, suivant moi, se rattachent à la toxicologie, et que j'aurais bien voulu avoir le temps d'élucider. Ces questions, d'un ordre très-élevé, extrêmement difficiles à résoudre, *ne devront être soumises au concours* qu'après celles ou du moins qu'après la plupart de celles de la première catégorie, et lorsque déjà les expérimentateurs auront appris à surmonter les obstacles contre lesquels ils auront eu à lutter, pour déceler les principes organiques végétaux et animaux.

Voici, monsieur le président, toute ma pensée à cet égard. Je dis depuis trente ans, dans mes cours, que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, les phlegmasies éruptives contagieuses, la dysenterie, la péritonite puerpérale, le choléra, la diphthérite, etc., sont des maladies spécifiques occasionnées par un toxique qui s'est développé dans l'économie animale, ou qui a été introduit du dehors dans les voies respiratoires, pour être ultérieurement mêlé au sang. Je suis tellement convaincu de la vérité de cette assertion, que je ne balance pas à demander à l'Académie de proposer plusieurs sujets de prix sur des questions de cette nature.

Il est bien entendu que les recherches relatives aux problèmes de cette catégorie devront comprendre tout ce que j'ai déjà dit sur l'absorption, les symptômes, les lésions de tissu, l'élimination, le traitement, etc., des toxiques végétaux et animaux de la première catégorie.

Si les concurrents se trouvent dans l'impossibilité de résoudre de pareilles questions, il n'en résultera pas moins un progrès réel par suite des travaux intéressants auxquels ils auront dû se livrer. On ne saurait assez encourager de semblables recherches; aussi ferai-je une exception pour les toxiques de cette nature, en autorisant l'Académie à donner à celui des concurrents qui aura le plus approché du but, une somme de 1,000 francs ou une médaille en or de cette valeur. Dans le cas où cet encouragement serait accordé, et que la question remise au concours serait convenablement résolue, le prix, au lieu d'être de 4 ou de 6,000 francs ne serait plus que de 3, de 4 ou de 5,000 francs, suivant le nombre d'encouragements qui auraient été décernés.

Si, après avoir mis au concours trois ou quatre des questions de cette catégorie, l'Académie voyait qu'à raison des difficultés du sujet, les résultats ne répondaient pas à mon attente, je la laisse libre de continuer à proposer des questions du même ordre, ou de choisir un problème d'*hygiène publique.*

Il est bien entendu que l'Académie désignera telle question qui lui conviendra, après avoir épuisé, dans les limites que je viens d'indiquer, les diverses séries de questions qui font partie de mon programme.

Recevez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération distinguée, et de mes sentiments affectueux. ORFILA.

Paris, le 1er janvier 1853.

A M. le directeur de l'Ecole spéciale de pharmacie de Paris.

Monsieur le directeur et cher collègue,

Examinateur, depuis trente-deux ans, à l'École spéciale de pharmacie de Paris, j'ai été à même d'apprécier le mérite distingué et le zèle honorable de ses professeurs, ainsi que l'aptitude remarquable de la plupart des candidats qui avaient assidûment suivi leurs cours. Je garderai toute ma vie un souvenir précieux des bons rapports qui n'ont jamais cessé d'exister entre vous, vos collègues et moi, et je m'estime heureux aujourd'hui de pouvoir donner une preuve du désir qui m'anime de contribuer quelque peu à rehausser l'éclat d'un établissement qui fait tant d'honneur à la France, et dont vous êtes le digne directeur.

Je mets à votre disposition une inscription de 500 francs de rente trois pour cent, destinée à fonder un prix de 1,000 francs qui sera décerné, tous les deux ans, à dater de la séance de rentrée de l'année 1856. Cette inscription représente une somme de 14,000 fr. (à 84 francs, prix d'achat).

Ce prix ne pourra jamais être partagé. S'il n'est pas donné, la même question sera mise au concours, et le prix sera alors de 2,000 francs; si, cette seconde fois, le prix n'était pas encore décerné, la même question serait proposée pour la troisième fois, et le prix serait de 3,000 francs. Si, malgré ces ajournements, la question n'était pas convenablement résolue et que le prix ne fût pas adjugé, la somme de 3,000 francs serait versée dans la caisse de l'association des médecins du département de la Seine que j'ai fondée en 1833.

Qu'il me soit permis d'indiquer sommairement, monsieur le directeur, un certain nombre de questions qui me *paraissent* devoir être proposées les premières.

1° Extraire des médicaments composés les plus importants tous les principes immédiats ou toutes autres substances actives qui en font partie. Il ne faut pas croire que, parce que l'on aura retiré d'un médicament un

alcaloïde ou toute autre corps doué d'une certaine activité, la science ait dit son dernier mot ; en effet, la substance extraite du médicament composé peut bien rendre compte d'un certain nombre d'effets thérapeutiques de ce médicament, mais souvent plusieurs autres effets dépendent de matières non encore isolées. Il importe d'être bien fixé à cet égard, afin de compléter tout ce qui se rattache à l'action des médicaments composés sur l'économie animale, et à la part que prennent dans cette action les divers éléments actifs qu'ils renferment. Cette question fournira, vous n'en doutez pas, un bon nombre de sujets de prix.

2° Déterminer, par l'expérience, quelles sont les substances des divers règnes qui ne doivent jamais être réunies dans une même formule, parce qu'elles se décomposent mutuellement et que les produits qui en résultent sont complétement inertes. Dire, par contre, quelles sont les substances qui, tout en se combinant et même en se décomposant, donnent naissance à des médicaments doués d'une certaine activité et partant utiles à la médecine. Indiquer le genre d'altération qu'éprouvent ces diverses substances, et la nature des nouveaux composés qui se sont formés ;

3° Exposer les procédés propres à faire connaître certaines sophistications qui n'ont pas encore été l'objet d'études sérieuses ;

4° Voir quelles modifications éprouvent à la longue certains médicaments végétaux et animaux de la part de la chaleur, de la lumière, de l'air sec et humide, etc., et dire si les produits qui résultent de l'altération de ces médicaments pourraient occasionner des accidents dans le cas où ces médicaments seraient employés en médecine ;

5° Analyser la salive, l'urine et la sueur, dans les principales maladies aiguës *dites* spécifiques, afin de constater les changements qu'on put éprouver ces liquides ; joindre à cette étude celle de l'air expiré ;

6° Rechercher si, chez les femmes en couches, le lait abandonne en partie les vaisseaux galactophores pour se porter ailleurs, et notamment si, dans ces maladies dites laiteuses auxquelles sont quelquefois en proie les femmes récemment accouchées, le lait a été réellement transporté dans l'urine, dans certaines cavités séreuses, etc. ;

7° Soumettre à l'analyse les eaux minérales encore peu connues, et reprendre l'étude de celles qui jouissent d'une grande célébrité, afin de savoir si on n'y décèlerait pas quelques nouvelles substances actives. Si le problème posé par l'Académie de médecine en 1851, à l'occasion du prix Capuron, n'a pas reçu une solution satisfaisante, on le remettra au concours.

Telles sont, monsieur le directeur, les questions qu'il importe d'élucider. Les besoins de la science vous porteront, je n'en doute pas, à en proposer d'autres, soit avant, soit après celles qui viennent d'être indiquées ; je m'en rapporte, à cet égard, à la sagacité de MM. les professeurs, dont j'accepte d'avance les programmes, quels qu'ils soient.

Agréez, monsieur le directeur et cher collègue, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments affectueux. ORFILA.

Paris, le 1er janvier 1853.

A M. le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Monsieur et cher confrère,

Vous savez qu'à mon passage à Bordeaux, en octobre dernier, j'ai visité avec vous le nouveau bâtiment qui doit incessamment loger l'École que vous dirigez avec autant de zèle que de succès. Vous n'avez pas oublié les éloges sincères que j'ai donnés à votre incessante sollicitude pour le bien de cet établissement, et au conseil municipal de la ville de Bordeaux, qui, dans cette circonstance, a si bien et si généreusement accueilli toutes vos demandes.

Le local est beau et disposé de manière à satisfaire tous les besoins. Amphithéâtre, musée, salle de dissections, etc., rien n'y manque. Pourquoi faut-il que, parmi les dépenses projetées à l'occasion des dissections, on n'ait pas préféré des tables en fonte à des tables en bois ? Ces dernières offrent l'inconvénient grave d'exhaler une odeur fétide, toujours incommode, et pouvant à la longue devenir nuisible aux élèves qui se livrent avec ardeur à l'étude de l'anatomie. « Le conseil municipal, m'avez-vous dit, a été si bienveillant pour nous en nous accordant une somme considérable, que je n'oserai jamais lui proposer d'en accroître le chiffre, quoique je reconnaisse la justesse de vos observations. »

Permettez-moi, mon cher ami, de vous venir en aide, et de contribuer quelque peu au perfectionnement de l'œuvre à laquelle vous avez déjà donné tant de soins. Je mets à votre disposition une somme de 1,000 francs, destinée à acheter dix tables en fonte, qui suffiront, à coup sûr, pour meubler la salle de dissections.

Ce léger souvenir, en faveur d'une École composée de tant de maîtres distingués, autour desquels se pressent des élèves en si grand nombre, doit être considéré comme un témoignage d'estime et de sympathie pour vous et pour vos collègues, parmi lesquels je compte tant d'amis.

Je veux aussi que l'on sache combien me sont chères ces Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, organisées sur ma proposition, d'après les bases que j'ai posées dans mon rapport de 1837, et qui n'ont trouvé de détracteurs que parmi les gens qui ne voient jamais les choses qu'à la surface et fort mal.

Recevez, mon cher directeur, l'assurance de ma considération distinguée. ORFILA.

Paris, le 1er janvier 1853.

A monsieur le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Monsieur et cher confrère,

Au moment où je dispose d'une somme de 121,000 francs en faveur de plusieurs établissements publics, je ne pouvais pas oublier l'École d'Angers, si célèbre par les élèves distingués qui sont sortis de son sein, au nombre desquels je me bornerai à citer Béclard et Auguste Bérard, devenus professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Riobé, Ollivier et Billard, tous décédés. Vous savez, d'ailleurs, qu'elles ont été toujours mes sympathies pour les professeurs actuels de l'École, qui soutiennent si dignement son antique réputation, et avec lesquels je m'honore d'avoir eu constamment les rapports les plus agréables.

J'expédie aujourd'hui à votre adresse, *franco*, une collection de pièces d'anatomie pathologique choisie dans le magnifique Musée Thibert, cet ingénieux et infatigable praticien dont la mort prématurée a excité de si vifs regrets. Puissiez-vous voir, dans cet envoi, un témoignage de ma plus vive estime pour vous et pour vos collègues, ainsi que le désir d'être utile à la jeunesse studieuse, qui trouve, dans l'École dont la direction vous est confiée, tant de maîtres habiles. Je veux aussi prouver, encore une fois, combien j'attache de prix à l'enseignement qui est donné dans les Ecoles préparatoires, organisées sur ma proposition, d'après les bases posées dans mon rapport de 1837, et qui n'ont été si inconsidérément attaquées que par ceux qui ne se doutent pas des services qu'elles ont rendus, et de ceux qu'elles continueront à rendre, pour peu que le gouvernement leur vienne en aide, et qu'au lieu de chercher à en augmenter le nombre, il tende, au contraire, à le restreindre dans de justes limites.

Recevez, monsieur et cher directeur, l'assurance de ma considération distinguée. ORFILA.

Paris, le 30 décembre 1852.

A monsieur STABLO, *surveillant du Musée Orfila.*

Monsieur,

Au moment où je m'occupe sérieusement d'achever le Musée Orfila, je ne saurais oublier les soins assidus que vous avez donnés à cet établissement depuis sa fondation. Vous m'avez bien des fois prouvé combien est grande votre sollicitude pour rehausser l'éclat de mon œuvre. Je ne puis que vous en être fort reconnaissant, et, pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard, je vous annonce que vous recevrez tous les ans une rente viagère de 100 francs, qui vous sera payée par moi ou par mes héritiers. Vous ne verrez, dans ce léger don, qu'un témoignage de mon estime pour vous, et le désir qui m'anime d'améliorer une position qui n'est aucunement en rapport avec le zèle que vous déployez ni avec les services que vous rendez.

La rente de 100 francs sera touchée par vous le premier jour de l'an, à dater du 1er janvier 1853.

Recevez, monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués.

ORFILA.

LETTRES

A M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES.

J'ai adressé aujourd'hui, à M. le Ministre, cinq lettres.

Par la *première*, je fais connaître mes divers dons en faveur de plusieurs établissements publics (121,000 francs).

Par la *deuxième*, je mets à la disposition de l'État une somme de 60,000 francs, destinée à achever le Musée Orfila (anatomie comparée).

Par la *troisième*, j'annonce que je fais hommage à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, d'une somme de 1,000 francs, pour l'acquisition de tables de dissection en fonte.

Par la *quatrième*, j'instruis M. le Ministre du don que je fais à l'École d'Angers d'une collection de pièces d'anatomie pathologique, choisie dans le Musée Thibert.

Par la *cinquième*, j'offre une somme de 1,000 francs par an, ma vie durant, pour établir un musée *micographique* propre à donner aux étudiants

une idée exacte de la structure de nos tissus, et pour aider à la préparation de pièces d'anatomie (viscères, muscles, etc.), d'après l'admirable procédé du docteur Sucquet.

Je n'ai pas cru devoir publier ces lettres.

Paris, ce 1er janvier 1853. ORFILA.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 janvier 1853. Présidence de M. BÉRARD.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le ministre envoie un rapport étendu et extrêmement intéressant, rédigé par M. Campmas, médecin principal des armées, sur les maladies traitées dans l'établissement thermal militaire de Barèges. Ce mémoire qu'il nous est impossible d'analyser, est renvoyé à la commission des eaux minérales.

2° Plusieurs remèdes contre les maladies de poitrine, par M. Abbat, pharmacien à Lyon.

3° Échantillon de remède proposé pour la guérison des plaies.

4° Contre l'hydrophobie, par M. Gand, docteur en droit, à Paris.

5° Pour la guérison des fièvres.

6° Rapport de M. le docteur Marie, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, sur une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Mende, depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août 1852.

7° Rapport de M. le docteur Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon, sur une épidémie de scarlatine angieuse, qui a régné en juillet dans la commune d'Arbeuf.

8° Rapport de M. le docteur Motte, médecin des épidémies de l'arrondissement des Andelys, sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné de juin à octobre 1852, dans la commune de Fontenay (Eure).

CORRESPONDANCE PARTICULIÈRE.

Goître.

M. Le docteur Germain adresse un mémoire sur les causes du goître endémique, au bas du revermont occidental de la première chaîne du Jura (commission du goître et du crétinisme).

Eaux sulfureuses.

MM. Depuisaye et Lecomte réclament contre la réclamation de M. Bouillaud.

DISCOURS DE M. LE PRÉSIDENT.

Messieurs,

Les honorables membres qui, avant moi, ont occupé ce fauteuil, vous ont dit que leur ambition, si haut qu'ils aient pu la placer, avait été comblée par le vote qui les avait appelés à diriger vos travaux. Comme eux, j'ai compris quel honneur s'attache à la présidence de l'Académie; comme eux, je viens avant tout autre acte, vous apporter l'expression d'une reconnaissance vivement sentie : reconnaissance qui m'était commandée à moi plus qu'à tout autre, par le souvenir des circonstances qui m'ont amené parmi vous.

Un événement, accompli en dehors de cette enceinte, m'a fait prendre place sur ces bancs, sans que j'y eusse été appelé par vos suffrages. Ce qui manquait à ma promotion, vous avez essayé de me le faire oublier par un accueil plein de bienveillance et de sympathie. Mais vous avez fait plus : Vous m'avez choisi, vous m'avez élu, vous m'avez fait un des vôtres, en m'élevant au fauteuil de la présidence. Et, de ce jour, je puis, parodiant une parole qui vous est connue, m'écrier à mon tour : *Et moi aussi, je suis de l'Académie.*

Mais ces honneurs ont leurs périls, et je ne vois que trop ceux qui m'attendent, soit que j'envisage en elle-même la tâche imposée au président, soit que j'aie égard à la manière dont elle a été remplie par le médecin distingué auquel je succède.

Suivre, avec une attention soutenue, les discussions élevées dans le sein de l'Académie; s'opposer à ce qu'elles ne s'égarent pas, sans cependant mettre obstacle à leur développement régulier; garantir, pour chacun, la liberté de la tribune, et éviter, pourtant, de livrer l'Académie à la prolixité stérile; empêcher que, la passion intervenant dans le débat, l'Académie ne soit tyrannisée par un petit nombre, ou, ce qui est à peine supposable, le petit nombre par l'Académie; aviser, dans les cas imprévus, à la solution la plus convenable, la plus digne de ce corps éminent; la proposer avec mesure et la soutenir avec résolution; montrer, au besoin, de la fermeté, et jamais de l'entêtement; se pénétrer enfin de cette pensée que, s'il appartient à cette compagnie de contrôler la pratique et les idées nouvelles, tout retard apporté à ses travaux ajourne peut-être la promulgation de quelques découvertes, et ravit momentanément aux inventeurs la récompense légitime à laquelle ils aspirent; en conséquence, presser les travaux, stimuler les commissions, aiguillonner les rapporteurs : voilà, messieurs, ce que je serais tenté d'appeler l'idéal de la présidence. Cet idéal, vous l'avez vu réalisé pendant ces dernières années; mais je vous déclare, sans affectation d'humilité, que je désespère d'y atteindre. J'aurai donc besoin de votre concours, messieurs, je tâcherai de m'inspirer de votre sagesse, et de résoudre, avec vous, ce problème insoluble ailleurs, mais abordable dans cette enceinte, de gouverner une société par elle-même.

LECTURE DE M. ORFILA.

M. Orfila lit la lettre qu'il a adressée à M. le président (*V.* la note que nous publions plus haut).

Allocution de M. Bérard.

Messieurs,

Lorsqu'avant 1818, M. Orfila donnait la première édition de ce traité de toxicologie qui devait être réimprimé si souvent, il créait véritablement une science nouvelle. Aucun des ouvrages publiés avant cette époque ne nous avait donné la moindre idée de ces procédés si délicats, si précis, à l'aide desquels on peut découvrir et mettre sous les yeux d'un jury, le *corps du délit* dans un cas d'empoisonnement. L'Académie de médecine n'existait pas alors, et le public seul était appelé à juger la valeur des faits dont la science venait de s'enrichir.

Il n'en fut plus de même après l'institution de l'Académie, en 1820. Pendant trente années qu'il a consacré au perfectionnement de la toxicologie, vous avez vu M. Orfila vous offrir les prémices de chacun de ses nouveaux travaux; les soumettre à votre examen critique, et attendre de vous, de vous seuls, la proclamation des découvertes qu'il avait faites.

Il paraissait difficile que notre collègue put acquérir de nouveaux titres à votre considération, à votre gratitude. Et cependant, M. Orfila persuadé qu'on peut ajouter encore à cette science, objet constant de ses études, crée un prix de deux mille francs, qui sera délivré tous les deux ans à l'auteur du meilleur mémoire sur la question mise au concours pour cette période de temps. C'est vous encore qu'il investit du droit de juger ces épreuves, et de décerner la récompense. Témoin des embarras et des procès dan lesquels l'Académie a été jetée par l'acceptation de certaines donations, *post mortem*, il fait, lui, ses donations de son vivant, se réservant ainsi, la faculté de modifier au besoin le progrès du concours, selon vos vœux ou les conseils de l'expérience; il prélève sur sa fortune une somme de cent vingt-et-un mille francs, destinée tant à la création du prix de l'Académie, qu'à enrichir d'autres établissements en rapport avec l'enseignement médical. Que ferons-nous en présence de ces libéralités? La formule des remerciements, est quelque peu prodiguée dans les Académies; ainsi le veut la force des choses. Aucun de nous ne la croirait suffisante pour la circonstance actuelle. Voici donc ce que j'ai l'honneur de vous proposer : Dans le péristyle de l'Académie sont des tables sur lesquelles vous faites inscrire les noms des personnes qui ont fait des donations à l'Académie. Je demande que le nom de M. Orfila soit ajouté aux noms qui figurent déjà sur ces tables (*acclamations*). Je ne pense pas qu'il y ait lieu de craindre que cela constitue un précédent dont on abuserait dans l'Académie, et d'ailleurs, l'abus en cette matière ne nous chargerait pas trop. Il est bien entendu qu'il faudra, au préalable, que l'Académie ait été autorisée à recevoir la libéralité de M. Orfila.

Sur la proposition de M. Roux, l'Académie décide par acclamation, qu'une députation se transportera chez M. Orfila, pour le remercier du magnifique exemple de générosité qu'il vient de donner.

REMÈDES SECRETS.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur les remèdes secrets. (Adopté).

RAPPORTS.

Aliénation mentale.

M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. le docteur Moreau,

relatif à l'hérédité de la folie et à la pathologie de l'idiotie et de l'imbécillité.

M. Baillarger. Peut-être n'ai-je pas bien compris la citation faite, par l'honorable M. Collineau, sur la différence qui existerait entre l'idiotie et l'imbécillité, et d'où il résulterait que l'une est congéniale et l'autre accidentelle. Je devrais, en effet, faire observer que cette différence n'existe pas. L'idiotie et l'imbécillité ne représentent que des degrés d'intensité d'un même état. L'imbécile est mieux conformé et un peu plus intelligent que l'idiot. Ce sont les seuls caractères qui les séparent; mais, d'ailleurs, l'idiotie et l'imbécillité sont tantôt congéniales, tantôt accidentelles. Dans ce dernier cas, cependant, il est indispensable d'ajouter que la maladie est toujours survenue avant l'entier développement des facultés intellectuelles; s'il en était autrement, le malade ne serait plus un idiot ou un imbécile, mais un dément.

Quant à cette objection que l'honorable rapporteur fait à M. Moreau, à savoir que pour admettre l'hérédité de l'idiotie, il faudrait citer des cas d'idiots nés de parents atteints eux-mêmes d'idiotie, je crois pouvoir y répondre, en disant que cette condition n'est pas nécessaire. Si elle l'était, rien ne serait plus rare que les faits d'idiotie dus à l'influence de l'hérédité, lesquels sont au contraire très-communs. Les idiots ne se marient pas, et, par conséquent, il n'y a pas lieu à transmission héréditaire. Ce n'est pas, à mon avis, ainsi que devrait être comprise la question de l'hérédité; les idiots naissent:

1° D'individus qui ne sont atteints ni d'idiotie ni d'imbécillité, mais dont l'intelligence peu développée d'ailleurs, est cependant suffisante pour leur permettre de remplir, jusqu'à un certain point, les devoirs sociaux. Je n'ai pas besoin de dire que, sous ce rapport, il y a des degrés très-variés, et que ces faibles d'esprit sont quelquefois peu éloignés des cas les plus légers d'imbécillité. En voici un exemple qui paraît avoir donné lieu, il y a quelques jours, à une confusion assez singulière. Une femme de quarante-cinq ans est renvoyée d'un hôpital comme atteinte de démence. Le lendemain, je l'examine, et je ne constate rien autre chose qu'une faiblesse d'intelligence qui me paraît congéniale. Bientôt, le mari arrive et nous confirme que sa femme, mère de deux enfants, et qui est d'ailleurs une bonne ménagère, a toujours été faible d'esprit. Il n'y avait pas de raison de garder cette femme, et le jour même elle fut rendue à son mari.

L'expérience prouve qu'en recherchant les traces d'hérédité, pour expliquer l'idiotie, on trouve assez souvent que le père et la mère étaient ainsi très-peu intelligents. C'est une première catégorie de faits; mais la plus nombreuse est sans contredit la suivante:

2° Dans la plupart des cas, c'est l'existence de la folie et de l'épilepsie chez les parents qui vient expliquer l'idiotie d'un ou même de plusieurs enfants.

Je m'arrêterai peu à ce point, que l'influence de l'hérédité comprise comme l'a fait M. Moreau, semblerait enlever toute chance au traitement. Je n'ai pas besoin de dire que l'on ne guérit ni les idiots ni les imbéciles. Ce que l'on peut, et ce qui est toujours bon et utile de tenter, c'est de développer, par l'éducation, l'intelligence des imbéciles, jusqu'aux limites, malheureusement étroites, que la nature leur a d'avance assignées. Pour ce qui est de la folie, l'influence de l'hérédité est tellement commune, je dirais presque tellement générale, que si elle avait, sur le pronostic, une influence aussi fâcheuse, on ne devrait voir cette maladie guérir que dans des cas peu nombreux. Sans nier, d'ailleurs, que la circonstance de l'hérédité ne doive rendre le pronostic plus grave, je dois faire remarquer que, jusqu'à présent, on n'est pas fixé sur ce fait d'une manière précise. Cette question paraîtrait cependant facile à résoudre, par la comparaison des faits qui se présentent chaque jour en si grand nombre.

Après ces quelques mots de discussion, les conclusions du rapport sont adoptées. (Remerciements à l'auteur; dépôt aux archives.)

LECTURES.

Aliénation mentale.

M. Scipion Pinel lit un mémoire intitulé : Considérations rétrospectives sur quelques points du traitement de la folie, dont voici les conclusions :

1° Le traitement moral de la folie, n'a pas le caractère de nouveauté qu'on a voulu lui attribuer.

2° Ce traitement a des exigences d'a-propos et de sagacité, qui sont plus rigoureuses encore, quand il se lie aux événements politiques.

3° Dans le traitement physique, les douches plongées et les affusions violentes sont toujours dangereuses : 1° En raison de la désorganisation qu'elles produisent dans le cerveau; 2° en raison des congestions pulmonaires et intestinales qui en sont la suite, et qui se terminent si souvent par des phtysies et par des entérites mortelles.

4° Ces sortes de douches sont formellement réprouvées par Pinel et par Esquirol.

5° Georget les prescrit surtout dans la période aiguë de la manie, à cause de la paralysie qu'elles occasionnent promptement.

6° Enfin le traitement des maladies aiguës et chroniques du cerveau doit être basé désormais autant sur la connaissance des fonctions spéciales des divers centres nerveux qui entrent dans la composition de cet organe, que sur l'action déterminée des agents thérapeutiques qui modifient ces centres, et encore plus sur la combinaison si variée des dérivatifs directs.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. de Jussieu été nommé président, et M. Combes vice-président.

L'Académie a ensuite procédé à l'élection d'un membre dans la section de botanique, en remplacement de notre si distingué et si regrettable confrère, Achille Richard.

La section avait porté sur la liste des candidats :

1° MM. Montagne et Tulasne, *ex æquo* :

2° MM. Duchartre et Trécul, *ex æquo*.

Au premier tour de scrutin, M. Montagne a obtenu 56 suffrages sur 58 votants. M. Tulasne a eu les deux autres voix.

Dans cette séance, M. Fourcault a lu une note spéculative sur le traitement des inflammations par l'application des enduits imperméables.

—Le costume de l'Académie n'est pas beau; mais il avait jusqu'à ce jour, le mérite d'être particulier au docte corps, et après tout, c'était l'important. Pourvu qu'au costume on reconnût un académicien, le but était atteint. Il n'en est plus ainsi depuis qu'un décret vient de déterminer le costume officiel des divers fonctionnaires de l'Université. En ce moment, un membre de l'Académie de médecine pourrait facilement être confondu avec un inspecteur... des écoles primaires! Quelle que soit la modestie du docte corps, il paraît, et nous comprenons cette susceptibilité, que la confusion dont il s'agit ne le flatte pas infiniment; et l'on dit qu'une démarche va être faite auprès de M. le ministre pour qu'on mêle un peu d'or à la soie violette que porte l'Académie. Tout permet de croire que M. le ministre accueillera favorablement cette démarche.

— On écrit de Bone, à la date du 22 décembre, que l'épidémie qui règne dans cette ville est loin de se calmer. L'Hôpital-civil et l'Hôpital-Militaire son insuffisants. La maladie s'étend autour de la ville jusqu'à l'Edough, montagne d'une élévation considérable. Les médecins ne sont point épargnés : M. Duberge, médecin de l'Hôpital-Militaire; M. Mestre, médecin-major du même hôpital; M. Moreau, médecin en chef de l'Hôpital-Civil, et M. Woll-Moreau, médecin-major du 10e de ligne, ont été atteints.

La mortalité civile s'élève, jusqu'à ce jour, à 866, dont 541 Européens et 325 indigènes; elle n'avait été, depuis le 1er janvier jusqu'au 30 juin, que de 183 dans la ville, dont 93 Européens et 90 indigènes; on voit que la mortalité épidémique est proportionnellement plus grande que la mortalité normale chez les Européens. La mortalité est d'ailleurs peu considérable.

M. Guyon, inspecteur du service de santé militaire, qui se trouve en ce moment à Bone, pense, avec tous les médecins et les anciens du pays, que l'épidémie disparaîtra avec les pluies qui ne sauraient tarder à arriver et abreuveront les plages des environs de Bone depuis longtemps desséchées.

En vente chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine,

rue de l'Ecole-de-Médecine, 23, ancien n° 4.

ABRÉGÉ DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE

OU

Résumé analytique de médecine et de chirurgie,

Par M. E. TRIQUET,

docteur en médecine.

2 volumes in-8°. Prix. . . . . 12 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 4. 1re année. Samedi, 8 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Coup d'œil sur la chirurgie anglaise : des fongus du testicule, par le Dr A. DEVILLE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Leçon clinique sur la phlegmatia alba dolens, par M. BEAU. (*Suite.*) — Leçon clinique sur la chorée, par M. GENDRIN. (*Suite.*) — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : Respiration du gaz oxygène dans un cas de diabète albumineux, par M. CASORATI. — DON d'une somme de 121,000 francs par M. ORFILA. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Coup d'œil sur la chirurgie anglaise.

Des fongus du testicule, ou pour mieux dire *des hernies du testicule*,

Par le Dr A. DEVILLE.

A M. le professeur Malgaigne.

Londres, 2 janvier 1853.

Monsieur et très-honoré maître,

Vous vous rappellerez peut-être une assez longue conversation que j'eus l'honneur d'avoir avec vous au sujet des prétendus fongus du testicule, lors du dernier concours à la place de chirurgien des hôpitaux, auquel j'ai pris part, tout en maugréant, comme toujours, contre ces indignes comédies des concours; quand aura-t-on vu le dernier?

Je venais d'assister à une des opérations que vous avez fait connaître ultérieurement à l'Académie de médecine; vous aviez enlevé, par des incisions prudentes et successives, ces épaississements plastiques qu'on trouve souvent dans les parois des fistules tuberculeuses du scrotum, qui sont d'après vous un obstacle à la guérison, et que vous aviez bonne tendance à appeler du nom de fongus, tout en convenant que le mot n'était pas bon.

Je me hasardai à vous faire observer que, même sous le bénéfice de cette restriction, l'appellation de *fongus* était franchement détestable. En effet, le mot fongus, soit qu'on désigne par là une saillie en forme de champignon, soit qu'on veuille parler d'une tuméfaction mollasse, un peu plus dure que l'œdème et souvent bosselée, n'est que l'expression d'une des qualités, et d'une qualité non absolument caractéristique, si même elle n'est pas souvent accessoire d'une tumeur. Conserver ce mot comme expression générique, l'employer pour désigner une tumeur quelconque est donc un vice considérable de méthode qui, comme tous les vices de méthode, ce dont les gens superficiels ne se doutent pas toujours, finit constamment par entraîner des conséquences déplorables, non-seulement en théorie, mais encore et tout autant en pratique. Mais si le mot fongus, employé comme expression générique, est mauvais, il n'en est plus de même lorsqu'on s'en sert pour caractériser l'espèce, en ajoutant l'épithète de *fongueuse* à une dénomination générique déjà énoncée. C'est ainsi que les mots *végétations fongueuses* sont excellents, lorsqu'on veut désigner des végétations soit uniques, soit et plutôt tendant à se multiplier par groupes voisins, adhérents par une base étroite au delà de laquelle elles font une saillie notable en s'épanouissant et s'élargissant en forme d'ombelle ou de champignon. C'est ainsi encore que les mots *tumeurs fongueuses* sont excellents, lorsqu'on veut désigner des tumeurs souvent bosselées, et dont la consistance molle, un peu pâteuse, a quelqu'analogie avec la mollesse de beaucoup de champignons. L'expression fongueuse est donc très-bonne, *ajoutée comme épithète* à une première dénomination générique, pour désigner les saillies anormales dont la forme ou la consistance ont quelqu'analogie avec celles d'un champignon. Au contraire, *l'expression générique* fongus doit être rejetée. D'ailleurs, il existe dans l'ensemble scientifique et artistique qui est l'objet de nos études, trop de ces mots dangereux que l'on a bien souvent cherché à modifier par des tentatives louables, mais infructueuses; et si nous sommes obligés, en attendant mieux, de constater cette malheureuse impuissance, du moins devons-nous faire tous nos efforts pour ne pas augmenter cette triste confusion; et lorsque des faits inconnus ou obscurs jusqu'alors viennent à se produire, devons-nous tâcher d'employer pour les désigner des dénominations qui ne puissent pas entraîner des dangers après elles.

Vous voulûtes bien me faire observer que je prêchais un converti, et que vous aviez eu trop d'occasions d'attaquer l'expression fongus appliquée aux lésions articulaires, pour ne pas en faire bon marché lorsqu'il s'agissait de lésions siégeant dans les autres parties du corps. Et cependant, dans la longue et savante discussion qui eut lieu ultérieurement à l'Académie de Médecine à propos de votre communication, et vous et presque tous les autres savants académiciens avez fréquemment employé le mot fongus pour désigner des végétations fongueuses qui peuvent naître sur les parois ou dans le fond des fistules scrotales. Qu'en est-il résulté? c'est que ce mot fongus, appliqué à de pures végétations, à de simples produits plastiques épaissis et exubérants, a appelé l'attention, par une association forcée des idées, sur les autres lésions testiculaires appelées aussi fongus d'une manière tout aussi erronée. Vous parliez d'un fongus testiculaire, on vous répondait en parlant d'un autre fongus testiculaire. La dénomination étant la même pour des lésions radicalement différentes, la discussion a été obscure, lougue, embarrassée, et n'a pas pu se terminer par une conclusion claire et satisfaisante. Voilà de fâcheuses conséquences pour la théorie.

Les conséquences dans la pratique ne sont pas moins graves. Une lésion particulière se forme dans le scrotum; une tumeur plus ou moins pédiculée et épanouie au delà, sécrétant du pus par sa surface, apparaît : elle reçoit le nom de fongus. Or, qu'est-ce que ce mot représente en général à l'esprit? une exubérance, une végétation qui doit d'habitude être détruite. La tumeur dont nous venons de parler est appelée un fongus, donc il faut la détruire; et sans prendre garde que cette tumeur est le testicule lui-même, on s'en va, sous prétexte de détruire des fon-

gus, enlever ou détruire des testicules qui étaient parfaitement sains.

Le sujet de notre conversation était donc le fongus du testicule. Naturellement il fut question du fongus particulier décrit surtout en Angleterre depuis M. Lawrence, et sur lesquels M. Jarjavay venait de publier un travail à Paris. A propos de cet autre fongus, je vous fis part de l'opinion que j'avais conçue sur la nature de la lésion ainsi désignée, opinion qui vous surprit assez. Je vous racontai d'abord en peu de mots l'observation suivante, et puis les quelques réflexions qu'elle avait fait naître dans mon esprit.

1re *Observation.* Dans le courant de l'année 1848, M. Morel-Lavallée remplaçait M. Gerdy dans son service de l'hôpital de la Charité, et me prévint, un jour que j'étais dans les salles, qu'il avait, parmi ses malades, un cas assez curieux de lésion testiculaire. Il s'agissait d'un adulte qui avait eu antérieurement un abcès venu spontanément dans le scrotum; cet abcès avait été ouvert; quelque temps après, une tumeur fit irruption au dehors, à travers l'ouverture, et un chirurgien (sans doute prenant cela pour un fongus) jugea à propos d'appliquer une forte ligature à la base de cette tumeur qui était un peu pédiculée; mais la ligature détermina tant de douleurs et de tels accidents, que force fut de l'enlever. Depuis lors, la tumeur, que la ligature n'avait pas altérée, avait persisté sans changements; cela durait depuis plusieurs semaines.

Au moment où j'examinai ce patient, il portait sur le scrotum, du côté droit, une tumeur du volume d'une petite noix, située à la partie antérieure et un peu latérale du scrotum. Cette tumeur avait la forme d'un peu plus qu'un demi-œuf, parfaitement libre et uniformément convexe par sa surface extérieure, adhérente aux bourses par une base manifestement plus rétrécie que la tumeur, quoique encore assez large. Sa couleur était d'un rouge rosé jaunâtre. Sur sa surface, qui sécrétait du pus en assez petite quantité, poussaient, comme à regret, de très-petites granulations rosées, un peu irrégulières et globuleuses, assez espacées les unes des autres, ce qui donnait à la tumeur un aspect tout particulier, et bien différent de l'aspect, franchement sain, d'une surface dénudée qui tend à se cicatriser par granulations. Sa consistance était d'une mollesse un peu élastique, identique à celle d'un testicule à l'état normal. Elle ne faisait éprouver aucune douleur au patient, et pouvait être explorée sans difficulté.

Ses rapports avec la bourse étaient intéressants. Autour du pédicule, on trouvait d'abord la peau du scrotum qui était perforée par le fait de son passage, et qui l'entourait sans striction, sous forme d'un anneau rouge et suppurant. Plus profondément, on sentait une tumeur oblongue, bosselée, dure, dans laquelle venait aboutir le cordon testiculaire, et qui était manifestement l'épididyme; la tumeur s'insérait immédiatement par sa partie rétrécie sur cet épididyme altéré, quoique encore logé dans le scrotum. Entre les deux, il n'y avait aucune trace de testicule. Le testicule du côté opposé était bien à sa place, dans le scrotum.

En présence de cette lésion, j'avoue que je n'hésitai pas. Il est vrai que je n'avais pas bien présent à l'idée ce qui avait été écrit sur les soi-disant fongus du testicule, et que mon esprit n'était pas par conséquent troublé par une opinion préconçue. Je pris les choses telles qu'elles étaient, et déclarai que la tumeur n'était autre chose que le testicule ayant fait irruption brusque à l'extérieur, comme le disait si bien le patient; le mauvais aspect granulé de la surface s'expliquait par la difficulté que devaient naturellement éprouver des granulations à pousser sur un terrain aussi peu favorable; le rétrécissement de la base s'expliquait par le rétrécissement normal qui existe entre le testicule et l'épididyme, et avait dû être augmenté d'ailleurs par la malencontreuse ligature. Le cas me parut curieux, mais simple. Comme traitement, je pensai qu'il serait bon de débrider l'ouverture scrotale, de disséquer la peau de chaque côté, et de réunir par-dessus le testicule, conformément à ce que j'avais lu, pour des cas à peu près analogues, rapportés dans la *Revue médico-chirurgicale* et la *Gazette des Hôpitaux* de l'année précédente.

Mon opinion, qui parut assez bizarre, fit cependant grande impression sur M. Morel-Lavallée qui était d'avis, conformément à l'opinion de notre vénéré maître commun, M. Velpeau, et de plusieurs autres chirurgiens, qu'il y avait lieu d'opérer la castration. Il examina de nouveau, consulta encore les mêmes chirurgiens; mon opinion fut écartée, et la castration opérée.

Anatomie pathologique de la tumeur. C'était bien le testicule lui-même.

Réflexions. Je rapporte ici cette observation de mémoire. (Je la possédais toute entière dans mes papiers. Mais, ces pauvres papiers, ils 'ont été mis dans un état!... Il me faudra plusieurs mois pour y mettre un peu d'ordre, en supposant qu'il n'y en ait pas beaucoup de perdus.) — Néanmoins, je la donne comme assez exacte. D'ailleurs, j'en ai envoyé par écrit un résumé, avec l'exposé de mon opinion, dans une lettre écrite, peu de temps après, à M. Jarjavay qui la possède probablement.

Cette observation est remarquable, car un fait aussi simple, aussi matériel que l'était celui-là, de sortie d'un testicule, formant tumeur à l'extérieur, a été complétement méconnu et repoussé par les chirurgiens les plus expérimentés, par suite, évidemment, d'idées préconçues puisées dans la lecture des travaux publiés sur la question : exemple, entre tant d'autres, de la facilité avec laquelle des vérités nouvelles réussissent à pénétrer dans des esprits prévenus.

A quelque temps de là, en 1849, mon ancien collègue et ami, M. Jarjavay, publia son mémoire sur les fongus bénins du testicule, dont il eut l'obligeance de m'envoyer un exemplaire. En le parcourant, j'y trouvai le fait de M. Morel, rapporté sous le titre de « bel exemple d'un fongus du testicule. » Immédiatement je pris la plume, et j'écrivis à M. Jarjavay pour lui raconter le fait réel, et lui dire que sa citation n'était pas exacte, car la tumeur, dans le cas de M. Morel, n'était pas le moins du monde un fongus, mais le testicule lui-même sorti hors des enveloppes scrotales.

En réfléchissant ensuite sur la question, des doutes me vinrent relativement à la nature des prétendus fongus bénins. Je relus avec soin les observations de M. Jarjavay, et je constatai, à ma grande surprise, que les cas rapportés par lui étaient en effet identiques au cas de M. Morel. Mais, dans le cas de M. Morel, on avait pris le testicule pour un fongus; dès lors, il me parut évident qu'il devait en avoir été de même pour les observations de M. Jarjavay.

Voilà, Monsieur et très-honoré maître, ce que j'eus l'honneur de vous exposer, en ajoutant que j'inclinais grandement à croire que l'on pourrait émettre la même opinion pour les fongus décrits par les chirurgiens anglais. — Avez-vous lu, me demandâtes-vous, les observations publiées par ces derniers? — Non, répondis-je, je n'en connais que ce que j'ai pu voir en parcourant la traduction française du dictionnaire de Samuel Cooper, et celle d'A. Cooper. — Eh bien! ajoutâtes-vous, avant de vous prononcer définitivement, lisez dans les originaux ce qu'en ont dit ces auteurs, ainsi que Lawrence, Curling, etc.

J'avais suivi votre conseil et trouvé dans mes lectures la confirmation entière de mon opinion, que j'avais l'intention de publier pendant que j'étais à Paris. Tout à coup, me voici à Londres. Certes, l'occasion est favorable. Je me remets donc à l'œuvre, d'autant plus que deux particularités nouvelles me permettent de parler avec plus de sûreté encore. D'abord, je viens d'observer un cas de ce genre de fongus dans le service même de M. Lawrence, sous la haute et imposante autorité duquel la description de la lésion s'est abritée jusqu'à présent. Puis, à force de remuer la poussière des bibliothèques, j'ai fini par trouver quelque chose d'assez intéressant, comme vous allez voir.

2e *Observation.* Dans les premiers jours de novembre 1852, lorsque j'ai commencé à suivre la visite de M. Lawrence, dans son magnifique service de l'hôpital Saint-Barthélemy, j'ai trouvé, entre autres cas, un jeune homme affecté d'un des soi-disant fongus, qui était déjà depuis quelque temps à l'hôpital.

Ce jeune homme, âgé de 26 ans, robuste, bien constitué, bien portant, à poitrine large et saine, ce que j'ai constaté avec précision par l'auscultation et la percussion, était couché dans une des salles destinées aux opérés, portant sur le scrotum une tumeur qui s'était formée suivant la marche habituelle des lésions de ce genre, à ce que me dit M. Lawrence; le scrotum s'était tuméfié, puis la peau s'était détruite sur un point à travers lequel avait passé la tumeur. Sa pancarte portait ce diagnostic : « Protrusion du testicule, » expression employée par M. Lawrence dans son mémoire, en 1808, et depuis, par beaucoup de chirurgiens, pour désigner les fongus bénins du testicule. — Le cas était donc incontestable et d'un grand intérêt pour moi; aussi l'ai-je examiné avec un soin tout particulier.

La tumeur, située sur le côté externe et antérieur du scrotum du côté droit, un peu au-dessous du niveau de moitié hauteur de la bourse, avait la forme ovoïde et le volume d'un petit œuf de poule; sa surface, sécrétant une quantité considérable de pus de bonne nature, était uniformément convexe, d'un rouge assez vif, et couverte de granulations un peu irrégulières, mais plus nombreuses et plus saillantes que dans le cas de M. Morel. Absence complète de douleurs et exploration très-aisée. La consistance était uniforme, un peu élastique, assez dure, notablement plus dure que celle du testicule gauche, quoiqu'à cette exception près ce fût une consistance de même ordre. La pression un peu forte déterminait la même sensation énervante, un peu moins marquée que sur le testicule sain. Je ne

me suis pas informé s'il y avait des tiraillements, d'ailleurs le patient restait toujours couché dans son lit.

En arrière, la tumeur adhérait au scrotum par une base large, dont le rétrécissement était dû à la conformation même de la tumeur, qui représentait environ, dans sa saillie libre, les deux tiers d'un petit œuf. Autour de cette base ou large pédicule, le scrotum, perforé pour son passage, l'entourait par un anneau à bords rouges et suppurants que l'on faisait glisser aisément, vu qu'il n'opérait aucune striction. Au delà, le scrotum, naturellement long et pendant, était sain; seulement, la bourse du côté droit était de moitié moins volumineuse que celle du côté gauche.

Dans l'intérieur de la bourse du côté droit, on reconnaissait aisément que la base de la tumeur extérieure se continuait, sans aucune ligne de démarcation autre qu'un peu d'augmentation de volume, avec une autre tumeur intérieure, grosse, dure, bosselée, indolente, sauf sous une pression un peu forte, en arrière de laquelle venait se perdre le cordon testiculaire.

La bourse du côté gauche était saine et renfermait un épididyme et un testicule parfaitement sains; ce testicule gauche était de plus de moitié moins volumineux que la tumeur extérieure droite.

Je demande à M. Lawrence si c'est là son affaire; réponse par un signe affirmatif. Convaincu que la tumeur droite n'est que le testicule sorti au dehors, et quoiqu'il soit hypertrophié, je demande de nouveau à M. Lawrence s'il ne jugerait pas à propos de faire rentrer le tout dans le scrotum, et M. Lawrence me répond négativement, sans hésitation. En effet, quelques jours après, la castration est pratiquée. Malgré la longueur et la laxité du scrotum, trois points de suture entrecoupée ont suffi pour obtenir une cicatrisation immédiate à peu près complète; un peu de suppuration s'est établi seulement le long du trajet des fils; mais là, le tissu cellulaire suppurant a pris cet aspect œdémateux très-humide, grisâtre, sans tendance à la formation de granulations, au premier abord, tel qu'on l'observe plus spécialement dans les plaies des scrofuleux. Malgré cela, les fils sont tombés au quatorzième jour, et, trois semaines après l'opération, la guérison était complète. Le patient qui est, nous l'avons dit, robuste et bien portant, a vu sa santé s'améliorer encore vers la fin; son teint est devenu encore plus frais, plus rose, et il a quitté l'hôpital vers la fin de novembre, dans un excellent état.

Anatomie pathologique. Je n'assistais pas à l'opération; par suite, et malheureusement, je n'ai pas vu la pièce à l'état frais; lorsque M. Lawrence a eu l'obligeance de me la montrer au Musée de l'hôpital Saint-Barthélemy; elle était déjà dans un liquide conservateur et injectée en rouge. Cependant, dans son état actuel, on peut constater que c'est bien le testicule qui forme lui-même la tumeur extérieure, et que la tumeur intérieure était constituée par l'épididyme assez fortement altéré. Le testicule a bien le double de son volume normal; les granulations extérieures, reposant sur une tunique albuginée, profondément altérée et privée de sa couleur blanche, sont tout à fait superficielles; le tissu est ferme, dur même, mais la dureté peut avoir été augmentée par la présence de la matière à injection; l'organe est divisé en deux par une coupe longitudinale, sur la surface de laquelle on reconnaît très-bien la structure du testicule; l'aspect et la couleur sont identiques à ce qu'on peut voir dans l'ouvrage d'A. Cooper sur le testicule (2e partie, pl. 1, fig. 4). Il n'y a aucune trace de la tunique vaginale, ni de son cul-de-sac externe entre le testicule et l'épididyme, de sorte que la séparation extérieure entre les deux organes, correspondant à la partie rétrécie qui, avant la castration, formait le large pédicule de la tumeur, est à peine marquée à l'extérieur. L'épididyme, volumineux et dur, injecté lui aussi, présente, dans l'intérieur du globus major, une tumeur sphérique du volume d'une petite noisette, formée par de la matière tuberculeuse pure, jaune et solide; un noyau semblable, un peu plus petit, existe dans le globus minor.

Sauf l'augmentation de volume et la dureté des organes, cette pièce est donc identique à celle du cas de M. Morel, des observations de M. Jarjavay, et d'ailleurs de tous les cas assez nombreux de soi-disant fongus bénins rapportés par divers auteurs.

Après une analyse exacte de tout ce que j'ai pu trouver dans les auteurs sur cette question, je persiste donc dans mon assertion, que je suis en état de prouver maintenant au delà de tout doute, et je dis avec plus d'insistance encore que par le passé :

Les prétendus fongus bénins du testicule sont des tumeurs dues à la sortie du testicule entier, tunique albuginée comprise, hors des enveloppes scrotales; la tunique albuginée, en contact avec l'extérieur, se couvre, comme tous les organes exposés, d'une couche de granulations qui donnent au testicule hernié son aspect granulé extérieur.

Cette assertion devient une vérité démontrée, par le parallèle des deux observations précédentes avec cinquante-quatre observations de hernies du testicule, recueillies par moi dans les divers auteurs. Ces cinquante-six observations, je les ai là toutes devant moi, copiées aux sources originales par moi-même; et je ne parle ici que des observations publiées textuellement, car bien des auteurs en citent un grand nombre d'autres, toutes confirmatives, mais qui, n'étant pas rapportées textuellement, ne peuvent entrer en ligne de compte pour un travail de la nature de celui qui va suivre. Il est possible aujourd'hui, avec ces cinquante-six observations, de faire l'histoire assez complète des *hernies du testicule,* hors des enveloppes scrotales.

Mais ce n'est pas là le seul résultat de mes recherches. Sans doute, c'est déjà quelque chose que de corriger une erreur généralement accréditée et dont les conséquences sont des plus fâcheuses, et d'ajouter un chapitre nouveau à la pathologie chirurgicale. De plus, la lecture attentive des matériaux épars dans les auteurs permet de remonter à la source de l'erreur à corriger. Si l'erreur en question est déjà bizarre par elle-même, son origine est plus étrange encore, puisque nous allons la trouver dans la tromperie d'un méchant traducteur du mémoire de Bertrandi, sur l'hydrocèle. C'est là un petit chapitre historique des plus curieux, et qui ne peut être mieux adressé qu'à vous, Monsieur et très-honoré maître, dont la science profonde a jeté tant de jour sur l'histoire de la chirurgie, et a déjà révélé tant de particularités importantes relatives à notre bel art. Permettez-moi donc, je vous prie, de terminer cette lettre par quelques détails historiques qui ne manquent pas, comme vous allez voir, d'un certain intérêt.

Il importe de diviser cet exposé historique en trois périodes bien distinctes : 1° faits antérieurs à l'Académie de chirurgie; 2° faits signalés à l'Académie de chirurgie ou peu après; 3° faits recueillis dans le cours du présent XIXe siècle.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Leçon clinique sur la phlegmatia alba dolens

(recueillie par M. Eug. Bacquias, interne du service.)

(*Suite et fin*).

Châtres (François), 54 ans, balayeur des rues, entre le 12 août salle Saint-Jean, n° 20.

D'une bonne santé avant ces dernières années, il y a six ans il a eu une maladie caractérisée par de l'anorexie, de la soif, des malaises, de la faiblesse, que le médecin qualifia du nom de gastrite. Il y a six mois, à la suite d'excès alcooliques, dont il est coutumier, il fut pris de courbature, céphalalgie, nausées, soif, etc. Un médecin qu'il consulta lui prescrivit un purgatif, de la limonade pour boisson, et le repos. Quelques jours après, subitement il fut pris de douleurs extrêmement vives dans toute la cuisse gauche; il l'enveloppa de compresses de flanelle, qui cependant, dit-il, ne le protégèrent pas suffisamment contre le froid, car la nuit, ayant été obligé de se lever il se refroidit, et le lendemain, à son réveil, il fut fort surpris de trouver la cuisse et la jambe gauche enflées du haut en bas; la douleur la plus vive était au mollet; en cet endroit il ne pouvait supporter la moindre pression, il lui semblait être dans un feu ardent. Il entra à l'hôpital Necker dans la salle de M. Bricheteau, qui constata la phlegmatia. On le traita par des applications de sangsues, des purgatifs, des cataplasmes et le repos au lit. Le malade sortit au bout de deux mois et demi, conservant encore un peu d'œdème du membre.

Le malade n'avait pas quitté l'hôpital depuis un mois, que la douleur et l'œdème reparurent comme au début de l'affection. Le malheureux, à la faveur de ses mauvaises habitudes, était retombé en pleine dyspepsie; c'est alors qu'il entre à l'hôpital Co—

chin. Il a le visage pâle, la figure fatiguée, névralgie frontale à gauche, soif vive, renvois aigres, nausées; il a si peu d'appétit que ce n'est que vers les trois ou quatre heures du soir qu'il peut prendre un peu de nourriture, et encore à peine l'ingestion des aliments est-elle faite qu'il se plaint de pesanteur à l'épigastre, d'une sensation de brûlure à l'estomac : le point de côté à gauche, dont il souffre continuellement, est augmenté durant le travail de la digestion, qui est lente et très-pénible; constipation habituelle, pas de sommeil, pas de fièvre.

Tout le membre inférieur gauche est œdémateux, on ne peut appliquer le doigt au pli de l'aine, au jarret, au mollet, sans causer de vives douleurs au malade; en haut de la cuisse, on sent le cordon dur formé par la veine crurale oblitérée, la peau est tendue, luisante, blanche, elle ne garde pas l'impression du doigt. — Une bouteille d'eau de sedlitz, — un large vésicatoire à la partie supérieure et interne de la cuisse, le membre placé sur un plan incliné.

Le vésicatoire enlève la douleur, mais la constipation n'était pas vaincue; on donne une deuxième bouteille d'eau de sedlitz.

Bientôt, grâce à la suppression des boissons alcooliques et au bon régime, l'appétit renaît, et en même temps diminue l'œdème. Après un mois de repos au lit, la jambe sur un plan incliné, il n'y a plus ni douleur, ni œdème; persiste seulement de la dureté sur le trajet de la veine crurale, de grosses veines superficielles marbrent la cuisse, le malade demande son exéat; il revient à la consultation dans les derniers jours d'octobre; il se porte bien, mais la main appuyée sur le trajet de la crurale, éprouve toujours la sensation d'un cylindre.

Cette observation nous montre la phlegmatia survenant dans le cours d'une dyspepsie évidente, causée par des excès alcooliques. Si l'on songe au nombre considérable de dyspepsies qu'entraînent à leur suite les excès de table, les écarts de régime, si d'ailleurs on veut bien songer à toutes les dyspepsies qui échappent à l'observation, masquées qu'elles sont par des prédominances symptomatiques, telles que palpitations, céphalalgie, douleurs, faiblesse dans les membres, etc.; on accordera, je n'en doute point, que ce n'est pas tourmenter les faits et exagérer l'induction que de penser que dans le seul cas où l'on a oublié de donner des renseignements sur la condition de santé du malade quand il fut surpris par la phlegmatia (Le comte de Liverpool), il y avait une dyspepsie qui n'aura point été remarquée ou que l'observateur n'aura pas voulu signaler, parce qu'il ne comprenait pas quel rôle elle pouvait jouer dans la production de la phlegmatia.

Le fait de la récidive avait déjà été noté par Magneven, qui a vu la phlegmatia se reproduire chez la même personne, dans quatre couches successives et toujours sur le même membre, le membre inférieur droit.

Autre observation.— Il y a (*Gazette des Hôpitaux*, p. 202), un fait de M. Blandin qui confirme trop complétement les idées que nous soumettons à l'appréciation, pour que nous ne le rapportions pas textuellement :

« Une femme de trente ans est entrée dans notre service, n'ayant qu'une plaie contuse, de peu d'importance, au membre inférieur gauche. Nous trouvâmes, à notre premier examen, la plaie si peu grave que nous portâmes un pronostic des plus rassurants; mais au bout de quinze jours il survint un gonflement œdémateux au membre droit, accompagné de tension et de douleur le long du trajet de la veine fémorale. A la vue de ces symptômes, nous diagnostiquâmes le développement d'une *phlébite spontanée*, et il fut ordonné en conséquence une application de sangsues sur le point tuméfié et douloureux: Cette application de sangsues fut répétée plusieurs fois. L'effet de ces émissions sanguines fut de diminuer la douleur; nous appliquâmes ensuite des topiques émollients, et sous l'influence de ces moyens la maladie nouvelle semblait tendre à la résolution.

Au moment où nous pensions avoir triomphé de cette affection grave, nous en vîmes éclater une pareille sur le membre gauche qui était le siége de la petite plaie contuse.

Sous l'influence de quelle cause cette inflammation des vaisseaux fémoraux s'était-elle développée? c'est ce qu'il serait intéressant de rechercher. On ne peut certainement en accuser la présence de la petite plaie de la jambe; on ne peut non plus mettre cet accident sur le compte d'aucune cause traumatique. Nous croyons que le séjour à l'hôpital a été pour beaucoup dans le développement de cette affection, surtout si l'on ajoute que la malade y était entrée affaiblie, étiolée en quelque sorte par la misère et les privations de toute sorte, auxquelles, de son aveu, elle était soumise depuis quelque temps. C'était donc une véritable phlegmatia alba dolens avec œdème et douleur le long du trajet des vaisseaux à laquelle nous avions à faire. Le membre resta œdémateux jusqu'à ce qu'il se formât un vaste abcès qui s'ouvrit auprès du genou, après quoi la malade tomba dans l'épuisement et succomba.

A l'autopsie on constata l'oblitération de tout le système veineux des membres inférieurs et de l'abdomen par des caillots, sans trace de pus.

Quand les faits sont si clairs, de longs commentaires seraient superflus. Insuffisance alimentaire, chagrins, conséquence fatale, dyspepsie, dès lors le malade est sans réaction contre les influences morbides, les prédispositions qu'il porte en lui ont le champ libre; c'est à la faveur de telles conditions que celui-ci verra se développer un cancer, celui-là une tuberculisation, tel autre une phlegmatia, etc.

Comment comprendre que Blandin, qui avait été frappé de l'état général grave de la malade, de l'étiolement, etc., n'ait pas craint de l'aggraver encore par des émissions sanguines? Je n'insiste pas sur cette remarque, j'y reviendrai quand je parlerai du traitement.

Une dernière observation. Le 28 mai 1852, est entré à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 13, la nommée Dudret, Émilie, âgée de 28 ans, accouchée depuis quelques jours. Dans la nuit qui avait précédé sa délivrance elle avait contracté une pleurésie du côté gauche, pour laquelle tous les moyens ayant échoué, on dut pratiquer la thoracentèse pour empêcher une suffocation imminente; on retira deux litres de muco-pus. L'épanchement se reproduisit, et, un mois après, une nouvelle ponction amena la sortie de 1,650 grammes de véritable pus phlegmoneux. Plus tard survinrent des vomissements, puis un abcès dans le troisième espace intercostal qui se termina par plusieurs fistules donnant issue au pus sécrété dans la plèvre. C'est dans de telles conditions que, dans les premiers jours de novembre, la malade se plaignit de douleurs très-vives survenues brusquement à la partie supérieure de la cuisse gauche; le lendemain le membre était œdématisé, de couleur violette, la douleur suit la direction de la veine fémorale. Au bout de quelques jours la douleur a cessé, mais l'œdème persiste, ainsi que la dureté de la veine fémorale.

Quelques jours avant la mort, la malade ne peut plus manger, pas même boire; les aliments, les boissons la brûlent, dit-elle; la langue est d'un rouge vif. Le lendemain quelques points de muguet sur le bord droit de la langue, on dirait du caséum; mais, si l'on passe un linge sur la langue, les taches blanches ne peuvent se détacher. Le lendemain, des plaques sont déposées à la face interne de la muqueuse de la lèvre inférieure, bientôt toute la cavité buccale est envahie.

A l'autopsie, on constate un caillot non décoloré occupant toute la lumière de la veine crurale, il remonte dans les veines iliaques du côté gauche.

Je ne note pas les autres altérations qui n'importent pas à notre sujet.

Ici nous voyons survenir successivement deux phlegmasies secondaires, une phlegmatia et un muguet; c'est la première fois que ce fait s'est présenté à notre observation; toutefois, nous ferons observer qu'il y a entre le muguet et la phlegmatia cette différence, que le muguet est consécutif à des maladies toujours graves, tandis que la phlegmatia peut survenir après des maladies légères.

Comme dans un des cas précédents, le membre a d'abord offert

une coloration bleuâtre, qui a disparu après quelques jours pour laisser à la peau sa teinte blanc mat.

S'il était besoin d'ajouter encore des faits, je dirais que la semaine dernière une *phlegmatia alba dolens*, toujours du membre abdominal gauche, est survenue chez une phthisique à la période ultima ; mais comme elle n'a présenté rien de particulier je n'en rapporterai pas l'histoire, désireux que je suis de clore ce travail, déjà peut-être trop long.

Nous terminerons par les conclusions suivantes :

S'il est vrai, comme nous pensons l'avoir établi par des faits nombreux, que la phlébite hémo-adhésive qui produit la phlegmatia, soit toujours une phlegmasie secondaire, il est de toute évidence qu'elle empruntera toute sa gravité à la maladie sous l'influence de laquelle elle s'est développée. Est-elle consécutive à une péritonite, à un cancer, à une phthisie, le cas sera fort grave, mais la phlegmatia ne sera qu'un incident. C'est faute de connaître la pathogénie de cette affection que des opinions si différentes ont été émises par les auteurs sur le pronostic de cette maladie.

Une autre conséquence à déduire de ce travail, c'est que les antiphlogistiques qui sont nuisibles dans les phlegmasies secondaires doivent être bannis de la thérapeutique de la phlegmatia. Burns était arrivé à la même conclusion. Des cataplasmes sur le cordon de la veine enflammée, et le membre malade placé sur un plan incliné, voilà à peu près à quoi se réduisent les indications thérapeutiques de la phlegmatia alba dolens.

Hôpital de la Pitié.—M. Gendrin.

Leçon clinique sur la chorée.

(*Suite et fin. Voir le n° du 4 janvier.*)

La chorée est une maladie qui peut survenir sous l'influence de tous les ébranlements du système nerveux ; elle se montre principalement dans la période de la vie où la pondération des actes du système musculaire, placé sous la dépendance de la volonté, n'a pas encore atteint la perfection qu'elle est destinée à acquérir. Cette perfection est un attribut de l'énergie et de la vigueur des fonctions musculaires ; elle en forme en quelque sorte le complément.

Chez l'enfant qui vient de naître à la vie, les mouvements sont automatiques ; ils s'accomplissent sans le concours de la volonté.

Cependant, la volonté se développe peu à peu ; il arrive un moment où elle s'empare de la direction des actes locomoteurs ; une phase nouvelle commence : dans l'origine, la marche est incertaine et vacillante, les mouvements de préhension et de déplacement n'atteignent pas ou dépassent leur but final ; après un certain temps d'exercice, la faculté de pondérer l'action des muscles antagonistes, qui se perfectionne de jour en jour, parvient au degré de développement sans lequel les fonctions de locomotion seraient condamnées à demeurer imparfaites.

Cette faculté, qu'on pourrait définir : le mode d'incitation du système nerveux sur les actes musculaires, exige, pour que son action s'exerce d'une manière complète et régulière, le concours de conditions accessoires plus ou moins importantes. Il est indispensable, pour en citer un exemple, que le système musculaire, convenablement formé, jouisse d'une contractilité suffisante ; si cette contractilité vient à s'affaiblir, les mouvements présentent aussitôt un caractère de trépidation qui peut bien, à la vérité, disparaître sous l'influence d'un effort de volonté, mais qui se reproduit constamment, au bout de quelques instants. C'est ce qu'on voit fréquemment chez les vieillards.

Est-il besoin d'en faire la remarque ? Le tremblement sénile n'a aucune analogie réelle avec la chorée.

Pour que la locomotion s'accomplisse avec la perfection qui est le propre de l'état de santé, il faut que l'incitation apportée par le système nerveux aux appareils musculaires soit forte, régulière et soutenue ; du moment où l'innervation, par l'effet d'une cause quelconque, aura subi une diminution dans l'énergie de sa puissance habituelle, l'impulsion nerveuse, ou, si l'on veut, l'impulsion incitative pourra se perdre en quelque sorte sur le trajet des cordons nerveux, entre le cerveau et les agents actifs de la locomotion ; vainement le malade déploiera une volonté ferme et soutenue, il ne parviendra pas à établir, entre les faisceaux musculaires, l'équilibre qui résulte d'une pondération exacte, les mouvements resteront incertains : il y aura chorée.

Il est maintenant facile de le comprendre : c'est dans l'acte de transmission de l'incitation nerveuse que se produisent les mouvements choréiques. Ils ont pour cause une débilité de l'incitation nerveuse, indépendante de l'action de la volonté, aussi bien que de l'état des muscles.

L'opinion que nous venons de formuler est conforme aux données fournies par l'observation. La chorée appartient plus spécialement, en effet, aux époques de la vie où l'incitation nerveuse n'a pas encore acquis toute sa perfection, où la pondération des actes musculaires ne se fait pas suivant un rhythme physiologiquement régulier. Dans de semblables conditions, lorsqu'un individu subit les effets d'une vive et profonde commotion morale, il perd la faculté d'exercice des mouvements volontaires, et se trouve ainsi dans la situation la plus favorable à la perturbation des fonctions de la locomotion. Aussi voit-on la maladie choréique se manifester, le plus souvent, sous l'impression de causes qui, telles que le chagrin, la colère, l'effroi, exercent immédiatement sur le système nerveux une action qu'on pourrait appeler sédative.

La chorée laisse quelquefois après elle un état convulsif limité qui, dans un certain nombre de cas, persiste pendant toute la durée de la vie : les tics de la face, le bégaiement, qui ont été l'objet de si longues et si nombreuses dissertations, ne reconnaissent pas d'autre origine.

Les cris involontaires que font entendre certaines personnes représentent en général une chorée du larynx qui, le plus souvent, a pris naissance dans le cours d'une chorée étendue à une grande partie du système musculaire, et qui, ensuite, est passée à l'état chronique.

La chorée guérit toujours, mais elle peut laisser après elle des irrégularités de locomotion qui, heureusement, se limitent à un petit nombre de muscles, et se montrent jusqu'à un certain point d'une manière exceptionnelle.

La guérison s'accomplit avec une rapidité variable ; il est on ne peut plus rare qu'elle ait lieu subitement : elle s'opère ordinairement d'une manière lente et progressive.

La période de décroissement de la chorée, période dont quelques médecins ont cherché à évaluer la durée, ne comprend jamais moins de deux ou trois mois, elle a sa raison d'être dans l'âge des malades. Par elle il est aisé de s'expliquer les succès apparents des innombrables remèdes qu'on a tour à tour préconisés dans le traitement de l'affection qui nous occupe. Les agents les plus opposés de la thérapeutique, l'arsenic, l'émétique, les purgatifs, les émissions sanguines locales, chacun à leur époque, ont joui d'une vogue qui n'a pas résisté à l'épreuve du temps et de l'expérience. Nous n'en finirions pas s'il nous fallait dérouler ici la stérile et fastidieuse énumération de tous les moyens médicamenteux suggérés par l'empirisme, proposés par l'ignorance, répandus par le charlatanisme.

Suivant nous, on peut poser en principe que toutes les médications qui ont pour résultat d'apporter dans l'économie un certain degré de perturbation, pourvu que la perturbation déterminée par elles se résolve en une excitation du système nerveux ou de l'appareil circulatoire, sont de nature à diminuer l'intensité des accidents choréiques et à accélérer le dénouement favorable de la maladie. Voilà pourquoi, sous l'influence des modes de traitement les plus divers, au moins en apparence, la chorée se trouve souvent abrégée dans sa durée habituelle ; il suffit en effet que l'innervation, que l'action musculaire aient été stimulées soit d'une façon directe, soit d'une façon indirecte, par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire, capillaire ou non capillaire, qui va plonger dans la profondeur de la trame musculaire.

Comme il est permis de le conjecturer, d'après ce qui vient

d'être dit, si le choix des médicaments est, à nos yeux, un point secondaire du traitement de la chorée, il n'en est pas de même de la mesure dans laquelle les médicaments doivent être employés. Ce serait une faute capitale que de combattre par une médication violente et énergique, par des saignées réitérées, par de l'émétique administré à hautes doses, une maladie qui guérit constamment et ne laisse jamais après elle d'altérations organiques. Une pratique aussi irrationnelle entraînerait fatalement pour conséquence un état d'épuisement de l'organisme aussi propre à prolonger la durée des accidents choréiques qu'à en favoriser le retour.

Il importe que le médecin soit bien prévenu de cette circonstance : la chorée est une des maladies qui récidivent avec le plus de facilité.

Les indications qui doivent servir de base à une médication rationnelle sont d'une grande simplicité, leur objet se réduit en effet à augmenter l'activité de toutes les fonctions qui, par suite de leurs connexions naturelles, sont appelées à réagir sur la vitalité du système nerveux et à accroître l'énergie de l'innervation ; les toniques et les excitants, quel que soit d'ailleurs le mode suivant lequel on les emploie, qu'on les applique à l'extérieur ou qu'on les donne à l'intérieur, qu'on les fasse agir sous forme de bains sulfureux ou de frictions, entre tous les autres médicaments, possèdent le plus d'efficacité et procurent le plus de succès.

Le choix qu'il conviendra de faire parmi les agents médicamenteux sera subordonné à l'état général du malade.

Lorsque la chorée arrive à l'âge de la puberté et qu'elle coïncide avec la chlorose, le meilleur traitement à lui opposer consiste évidemment dans l'ensemble des moyens à l'aide desquels il est donné au médecin de réparer les forces épuisées et de rappeler à leur type normal les fonctions plastiques devenues languissantes. A l'exemple d'Eliotson on prescrira les préparations ferrugineuses et on s'efforcera, par une hygiène et par une médication sagement combinées, de hâter l'évolution de la puberté.

On tiendra une conduite analogue à l'égard des malades qui présenteront les indices extérieurs des strumes et des scrofules ; on les soumettra à un traitement tonique et antiscrofuleux ; en un mot, on se guidera d'après les indications fournies par l'état des grandes fonctions de la circulation et de l'innervation.

Dans tous les cas, on sera en droit d'espérer et d'annoncer une guérison plus ou moins rapide.

Nous avons passé sous silence les caractères anatomiques que certains auteurs ont essayé d'assigner à la chorée ; on ne sera pas surpris de l'omission volontaire que nous avons commise, si l'on veut se rappeler que la maladie dont nous venons de traiter, considérée dans son essence, consiste, à notre avis, en une perturbation fonctionnelle, portant sur la transmission de l'incitation nerveuse. L'opinion que nous avons développée plus haut, que nous formulons ici une fois encore, est, comme on le voit, incompatible avec l'idée d'une lésion organique.

Du reste, en admettant comme possible l'existence d'altérations matérielles dans la chorée, il resterait à déterminer le siége réel de ces altérations ; les localiser dans tel ou tel viscère, les placer, par exemple, dans les ovaires, et rattacher la maladie à une lésion ovarienne, en se fondant sur cette raison qu'on rencontre souvent la chorée chez des jeunes filles affectées de chlorose, ce serait évidemment abuser des investigations anatomiques.

Faire de la chorée une maladie de la moelle, en lui donnant pour point de départ et pour cause des lésions limitées aux cordons rachidiens, alors que dans une foule de circonstances, pour ne pas dire dans la plupart des cas, les mouvements convulsifs portent exclusivement sur les muscles de la face et des yeux, ce serait, devons-nous le déclarer, montrer une profonde et regrettable ignorance.

La chorée n'est pas due, comme l'ont pensé quelques pathologistes, à des changements matériels de la trame cérébrale ; certaines maladies de l'organe encéphalique peuvent, nous le savons, déterminer des convulsions cloniques et des symptômes choréiformes, elles doivent être entièrement séparées de la chorée avec laquelle on a eu le tort de les confondre.

Qu'il nous soit permis, à ce sujet, de rapporter un fait dont nous avons été témoin.

Un homme fait une chute d'un lieu élevé, il tombe sur la tête ; aussitôt se manifestent des mouvements convulsifs, analogues à ceux de la chorée, qui persistent pendant trois ans. Après ce long intervalle de temps, le malade, progressivement affaibli, tombe dans un état d'épuisement extrême, les mouvements se suspendent brusquement, la mort arrive au bout de quelques jours.

On procède à l'autopsie ; on trouve en dehors du cerveau un vaste foyer sanguin qui, par sa présence, avait comprimé l'hémisphère cérébral correspondant et provoqué le développement d'une cérébrite chronique.

S'autoriser d'un fait semblable pour établir que la chorée doit, de nécessité, se rattacher à des lésions telles que celles dont il vient d'être fait mention, ne serait-ce pas créer des analogies que repousse la raison aussi bien que l'expérience ?

A.-H. Margerie.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Respiration du gaz oxygène dans un cas de diabète albumineux.

Par M. Casorati.

Un homme de 50 ans, grêle, sobre, sujet dans sa jeunesse à des troubles des organes respiratoires, fut affecté, il y a cinq ou six ans, de sensations de pesanteur, de piqûres, de contorsions, d'ardeur à l'épigastre, parfois d'une véritable anxiété, symptômes qui s'apaisaient l'hiver. Les antiphlogistiques les calmaient.

En 1850, il offrit quelques signes d'une lésion de la moelle, douleur obscure dans la région rachidienne, faiblesse des membres inférieurs, inertie du rectum et de la vessie, phénomènes qui cessèrent par l'application de sangsues et d'exutoires.

Depuis un an, les symptômes épigastriques ont lieu sans fièvre, même dans leurs plus fortes exacerbations. Les urines sont devenues plus abondantes. Aucune médication interne n'est supportée.

En février 1852, il présente l'état suivant, la sensation pénible de l'épigastre ne se calme qu'après le repas pour se renouveler au bout de quelque temps. Une nourriture animale, substantielle, procure un relâche plus prolongé que l'alimentation insuffisante ou composée de végétaux. A distance extrême des deux repas, le malade éprouve un sentiment d'*érosion interne* qui lui arrache des gémissements. Il est donc obligé de les répéter trois à quatre fois par jour ; il mange avec voracité.

On ne reconnaît aucune altération des organes sus et sous-diaphragmatiques. Le pouls est à 60, parfois au-dessous, dépressible, régulier, soif un peu plus forte ; point de renvois, ni de mauvaise odeur à la bouche, un peu de faiblesse musculaire.

L'urine sort en quantité excessive — 7 à 8 livres dans les vingt-quatre heures, plus du double de la quantité des boissons, — elle forme de l'écume, est dense et colorée comme la sérosité du lait, et offre l'odeur du bouillon. Reposée, il s'en précipite un dépôt floconneux, filamenteux, d'un blanc sale.

On soupçonnait que, outre l'albumine, l'urine pouvait contenir du sucre. Mais les réactifs n'en démontrèrent point la présence. Au contraire, par l'acide nitrique, le bichlorure de mercure, la teinture de noix de galle et l'ébullition, on y constata l'existence d'une proportion considérable d'albumine. Le malade affirme que dès le printemps de 1851, ses urines offraient cette apparence écumeuse, indice de l'albumine en excès qu'elles contenaient. Effectivement, c'est depuis cette époque que l'amaigrissement fit des progrès et qu'il lui devint impossible de se contenter de deux repas par jour.

Le 1er mars, on commença l'emploi du gaz oxygène, en en faisant respirer deux vessies, chacune de la capacité de deux litres, contenant ce gaz mélangé d'un quart d'air atmosphérique. Peu à peu, on fit usage du gaz oxygène pur, et on en consomma par jour quatre vessies de la même capacité. L'effet immédiat de ces inspirations se bornait à une sensation non désagréable de chaleur à l'épigastre.

Le huitième jour, on nota les changements suivants : la quantité de

l'urine est un peu diminuée. La proportion d'albumine qu'elle renferme est réduite des trois quarts environ. Les sensations pénibles de l'épigastre sont notablement apaisées. Le pouls est plus fréquent de 10 à 12 pulsations par minute, et a gagné de la résistance. La chaleur de la peau est plus marquée, la sécrétion cutanée s'est activée jusqu'à la sueur.

On continua les inspirations d'oxygène, sans interruption, jusqu'au 19 mars, à la quantité quotidienne de trois et plus souvent de quatre vessies. Un peu de toux, à cette époque, obligea de les suspendre. Durant cinq à six jours, il n'en résulta aucun changement; mais alors il survint une recrudescence des symptômes épigastriques.

En conséquence, on reprit les inhalations le 31 mars.

Le 7 avril, la crainte exprimée par le malade d'une lésion des organes respiratoires exigea une nouvelle suspension.

On les recommença le 10 du même mois. Mais la même cause les fit cesser au bout de quatre jours.

Cependant les urines étaient devenues plus claires, avaient graduellement perdu leur ressemblance avec la sérosité, et fournissaient moins de dépôt. Leur quantité était moindre, mais l'amélioration était moins marquée sous ce rapport que sous les autres. Les symptômes épigastriques reparaissaient, mais plus rares, plus faibles, et principalement lorsque le malade, au lieu de se nourrir de viande, avait voulu manger du riz et boire des boissons acidules.

Le 17 avril, les urines ne forment presque plus de bulles.

Le 19, traitées par l'acide nitrique et l'ébullition, elles ne fournissent plus d'albumine. A peine la noix de galle et le bichlorure de mercure en révèlent-ils quelques vestiges. La voracité a cessé. L'activité sécrétoire de la peau va en augmentant.

On recommence les inhalations d'oxygène, à raison de deux vessies par jour.

Ici s'arrête l'observation. M. Casorati cherche ensuite à déterminer, selon les lois physiologico-chimiques, le mécanisme par lequel cette médication a contribué à la guérison. Les recherches modernes ont prouvé, dit-il, que, par l'influence de l'oxygène, les matières albumineuses subissent dans le sang une combustion qui donne pour résidu deux corps azotés, l'urée et l'acide urique, lesquels sont éliminés avec les urines. Si quelque cause vient à entraver cette combustion, l'albumine, au lieu de passer dans l'urine à l'état d'urée et d'acide urique, y passe en nature. Ces données chimiques sont cliniquement confirmées par une foule d'observations desquelles il résulte que toute maladie empêchant, directement ou indirectement, le libre exercice de la respiration pendant un certain temps, donne lieu à l'expulsion d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine par les urines. Cet effet a été constaté dans le croup, la bronchite capillaire, la phthisie, l'emphysème pulmonaire étendu, produisant l'asthme, les lésions organiques du cœur très-avancées (lorsqu'elles troublent gravement la respiration), l'ascite volumineuse, la grossesse à sa dernière période, enfin, dans les lésions de la moelle épinière et du cerveau.

Un fait d'anatomie comparée tend à établir la réalité de cette influence de l'oxygène sur la combustion de l'albumine dans le sang, c'est que les urines des mammifères et des oiseaux, à l'état normal, ne contiennent point d'albumine, tandis que les reptiles, si remarquables par la basse température de leur corps — indice d'une faible combustion — en ont constamment dans l'urine. Cette remarque a été faite par M. Robin.

Mais, outre les lésions désignées tout à l'heure, plusieurs causes morbides, dépendant d'autres organes et altérant d'autres fonctions que la respiration, peuvent produire le même effet. En recherchant attentivement, dès son début, l'origine de l'albuminurie, on la trouve souvent, comme chez le malade ci-dessus, dans un trouble des fonctions digestives. Les matières alimentaires n'ayant, par suite, subi qu'une élaboration imparfaite, s'arrêtent à un degré inférieur de leur transformation normale, et demeurent à l'état de sucre ou d'albumine, matériaux non assimilables dont l'économie se débarrasse par l'émonctoire rénal : d'où le diabète sucré, l'albuminurie ou la chlorose (dans laquelle l'élément qui manque dans le sang est l'élément globulaire).

On comprend que le traitement de l'albuminurie doit varier autant que l'essence des causes morbides si diverses, qui mettent obstacle à la combustion de ce principe dans le sang. Nous n'avons pas à nous occuper des indications toutes spéciales qui s'adressent aux maladies du cœur, de la moelle, à la bronchite, etc. Ici la conduite à tenir était toute différente, et la convenance de l'inspiration oxygénée évidente. Ne serait-ce pas folie, dit M. Casorati, de vouloir prouver l'utilité du gaz oxygène dès qu'il s'agit d'activer une combustion quelconque? N'est-il pas universellement reconnu que la digestion s'accomplit mieux l'hiver, alors que, sous le même volume d'air, on respire une plus grande quantité d'oxygène que l'été; que l'appétit est plus vif quand on vit au grand air que dans un lieu renfermé; lorsqu'on fait beaucoup d'exercice, ce qui, en faisant exhaler plus d'acide carbonique, provoque l'inspiration de plus d'oxygène; que les gastropathiques, en général, se trouvent mieux en voyageant et en changeant quelquefois le milieu dans lequel ils respirent qu'en restant toujours au sein de la même atmosphère; enfin que, chez les animaux, on peut réduire à son minimum l'activité des organes digestifs et la quantité d'aliments dont ils ont besoin, en les contraignant à vivre dans un air rarement renouvelé, c'est-à-dire à respirer peu d'oxygène?

(*Gaz. méd. italiana-lomb.* et *Gaz. méd. de Paris.*)

Don d'une somme de 121,000 francs

fait à divers établissements publics en 1853.

Fondations de prix, par M. Orfila.

Nous complétons, par la publication de la lettre suivante, les documents relatifs au magnifique exemple de générosité que M. Orfila vient de donner au monde médical.

Cette lettre a été lue aujourd'hui même par M. Orfila à l'Association de prévoyance des médecins de Paris, qui en a accueilli la lecture avec des transports de gratitude.

Paris, le 1er janvier 1853.

A MM. les membres de la commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine.

Messieurs et chers collègues,

Je ne retracerai pas tout le bien que nous avons fait depuis 1833, époque où j'ai fondé l'*Association des médecins de Paris;* je me bornerai à vous rappeler les faits les plus saillants.

Vous savez combien est grand le nombre de confrères, de veuves et d'enfants, que nous avons efficacement secourus, soit en les aidant de nos deniers, soit en acquittant le prix de bourses dans les colléges, soit enfin en plaçant dans des hospices ceux de nos confrères qui étaient assez malheureux pour n'avoir pas d'asile. La somme distribuée par l'Association s'élève déjà à plus de 100,000 fr.

Vous n'avez pas oublié les nombreuses poursuites que nous avons exercées contre une foule de charlatans sans diplôme, qui se faisaient un jeu d'exploiter et de tromper odieusement le public. C'est aussi sur notre demande que l'autorité supérieure a retiré, par deux ordonnances du roi, le droit de pratiquer la médecine en France, à deux médecins étrangers condamnés par les tribunaux, et que des actes déshonorants et criminels rendaient indignes de cette faveur.

Je n'ai pas besoin d'énumérer non plus *minutieusement* d'autres preuves d'intérêt et de sympathie données par nous soit au corps médical tout entier, soit à plusieurs de nos confrères injustement attaqués devant les tribunaux et que nous avons défendus avec autant de générosité que de succès; il me suffira de citer quelques faits pour mettre cette vérité dans tout son jour.

Dès son début, l'Association élaborait un projet d'organisation médicale comprenant à la fois l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Le gouvernement tirera grand parti de ce travail important, le jour où il se décidera à améliorer le sort des malades, des médecins et des pharmaciens, en faisant voter, par les pouvoirs compétents, la loi si impatiemment attendue.

Plus tard, par ses avis éclairés, l'Association faisait rapporter une ordonnance de police sur les ouvertures des cadavres, préjudiciable à la science ainsi qu'à la dignité des médecins.

Invitée par l'autorité municipale à indiquer les mesures à prendre pour arriver à une constatation plus exacte de la cause des décès dans la ville de Paris, l'Association s'est acquittée de cette tâche avec zèle et talent, et ses bons avis ont été mis à profit.

En avril 1841, notre collègue le docteur Bernardin, condamné par le tribunal de simple police pour avoir refusé de donner ses soins à un malade *pendant la nuit*, sollicita notre intervention, et nous obtînmes un jugement du tribunal de première instance qui infirma le premier, en déclarant que les médecins ne sont tenus de se rendre qu'à la réquisition d'une autorité compétente.

En juin 1843, à l'occasion d'une question de *secret*, le docteur Mallet, de la Rochelle, poursuivi comme coupable du délit prévu par l'article 346 du *Code pénal*, relatif au défaut de déclaration de naissance, fut acquitté par les tribunaux de la Rochelle et de Saintes. Le ministère public interjeta appel contre ces décisions; c'est alors que le docteur Mallet sollicita notre appui. Nous intervînmes près la Cour de cassation, par une consultation de notre conseil judiciaire d'alors, M. Boulanger, et que M. Ledru-Rollin voulut bien se charger de faire valoir, au nom de l'Association. La Cour suprême confirma les jugements de la Rochelle et de Saintes.

En juillet 1846, à l'occasion de blessures faites dans un duel, le docteur Saint-Pair, de la Pointe-à-Pître, voulant garder le *secret*, refusa de répondre devant le juge d'instruction, et fut condamné. Notre confrère appela de ce jugement. Devant la Cour royale, le docteur Saint-Pair continua à garder le silence et fut néanmoins acquitté. Mais le ministère public s'inscrivit contre cette décision, et l'affaire fut déférée à la Cour de cassation. C'est alors que, sur la demande des médecins de la Pointe-à-Pître, l'Association fit rédiger une consultation motivée, dont elle confia la défense à M. Paul Fabre. Le tribunal suprême, conformément à l'avis favorable de l'avocat général, M. Quesnault, rendit un arrêt remarquable, par lequel il maintient en principe le privilége du médecin, spécialement placé sous la protection de l'article 278 du *Code pénal*.

En 1846, un médecin anglais, reçu à la Faculté de médecine de Paris, le docteur Olliffe, ne fut pas admis, par décision du procureur général de Caen, à faire un rapport médico-légal; on lui refusa par conséquent le droit d'opérer comme expert dans une affaire judiciaire. L'Association, consultée par le docteur Olliffe, l'un de ses membres, adressa au ministre de la justice un mémoire, dans lequel elle démontrait que notre collègue, reçu docteur français, devait jouir de toutes les prérogatives attachées à ce titre. Le ministre ne tarda pas à apprécier la justesse de nos observations, infirma la décision du procureur général de Caen, et mit M. Olliffe en possession du droit qui lui avait été contesté.

En juin 1851, dans le désir de faire juger la question relative aux frais de dernière maladie et au *privilége du médecin sur le propriétaire*, l'Association invita l'un de ses membres, le docteur Boullard, à poursuivre les héritiers de M***, et à faire décider que les médecins ont réellement privilèges sur les propriétaires. Défendue par notre conseil judiciaire, M. Paillard de Villeneuve, l'Association obtint bientôt du tribunal de première instance un arrêt qui lui donna gain de cause.

En présence de pareils services, je dirai qu'ils commandent la gratitude universelle et qu'ils sont un sujet de satisfaction pour ceux qui les ont rendus.

Permettez, messieurs et chers collègues, à celui que vos suffrages unanimes ont constamment placé à la tête de cette belle institution, de vous donner aujourd'hui une preuve non équivoque de sa reconnaissance et du désir qui l'anime de voir l'Association prospérer; à cet effet, je dépose sur le bureau une inscription de 400 fr. de rente trois pour cent, représentant une somme de 11,200 fr. (à 84 fr. prix d'achat). Cette rente, transférée par moi à l'Association, devient désormais sa propriété.

Si, contre les usages généralement reçus, je devance l'époque où l'on fait ces sortes de libéralités, ne voyez dans cette manière de procéder que le désir d'être plutôt utile à nos confrères malheureux ou à leurs familles. Peut-être aussi que cet exemple trouvera des imitateurs, et que nous verrons plusieurs de nos confrères, et même des personnes étrangères à notre profession, venir bientôt en aide à la veuve et à l'orphelin.

En terminant, j'appellerai, messieurs, votre attention sur une disposition insérée dans les deux lettres que je viens d'adresser à l'Académie de médecine et à l'École spéciale de pharmacie de Paris. Vous savez que les sommes affectées aux deux prix que je fonde seront versées dans la caisse de l'Association, toutes les fois que ces prix n'auront pas été décernés, après deux remises successives, au concours des questions proposées. Lorsqu'on songe aux difficultés qu'il faudra surmonter pour résoudre plusieurs de ces questions, on est nécessairement porté à croire que la disposition dont il s'agit, pourrait bien n'être pas stérile pour notre caisse.

Agréez, Messieurs et chers collègues, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments affectueux. ORFILA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous avons déjà dit quelques mots des costumes des fonctionnaires de l'instruction publique, dans ses rapports avec celui de l'Académie; voici comment le décret du 24 décembre règle ce costume, en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens :

Membres du conseil général de l'instruction publique; inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur.

Broderies en soie violette et or au collet, parements, taille, bouquet de poches, baguette autour de l'habit et bord courant sur la poitrine élargi jusqu'à dix centimètres (modèle 2); bande brochée en soie violette sur fond noir au pantalon; boutons de l'habit brodés en soie et or; chapeau à plumes noires; épée à poignée de nacre avec garde dorée.

Recteurs des académies.

Broderies en soie et or au collet, parements, taille, baguette autour de l'habit, bord courant de 4 centimètres sur la poitrine (modèle 1); bande brochée en soie violette sur fond noir au pantalon; chapeau à plumes, épée à poignée de nacre avec garde dorée.

Doyens et professeurs des facultés; directeurs de l'école normale supérieure et des écoles supérieures de pharmacie, administrateurs et professeurs du collége de France, du muséum d'histoire naturelle, de l'école des langues orientales vivantes, de l'école des chartes et de l'école d'Athènes; membres du bureau des longitudes; administrateurs et conservateurs des bibliothèques.

Broderie en soie violette et or au collet, parements, taille, bande brochée en soie violette sur fond noir au pantalon; chapeau à plumes noires; épée à poignée de nacre, garde dorée.

Secrétaires et autres fonctionnaires dépendant des facultés.

Même uniforme, mêmes broderies en soie violette et jaune.

Proviseurs et censeurs des lycées, directeurs des écoles préparatoires de médecine.

Même uniforme, broderies en soie et argent au collet, parements et taille (modèle 2).

Le costume commun de tous les membres du corps enseignant qui ne sont pas mentionnés au présent décret est l'habit de ville noir, avec palme brochée en soie violette sur la partie gauche de la poitrine.

Le signe distinctif des officiers d'académie est la double palme brodée en soie violette et argent.

Le titre distinctif des officiers de l'instruction publique est la double palme brodée en soie violette et or.

La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier vient d'instituer un prix de 300 fr., qui sera décerné, dans le courant du mois de janvier 1854, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer, par l'analyse des faits et par des recherches expérimentales, l'étiologie du rachitisme. »

Tous les mémoires doivent être adressés *franco* avant le 1er décembre 1853, à M. le docteur Girbal, secrétaire particulier de la Société.

— Par décret impérial du 31 décembre 1852, sur la proposition du ministre de la marine, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : au grade de commandeur, M. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, dont tout le monde connaît les éminents services; au grade d'officier : M. Levicaire, second médecin en chef de la marine, et M. Senard, chirurgien de 1re classe, tous deux également recommandables par des services signalés.

— On nous écrit de La Rochelle que, sur l'avis de la Commission administrative des hôpitaux et hospices, un établissement d'aliénés va être créé dans cette ville. Le département de la Charente-Inférieure ne possède pas encore de semblable établissement.

— Le Jardin-des-Plantes vient de perdre l'un de ses hôtes les plus illustres et les plus anciens : le doyen de ses lions a succombé le 3 janvier à une maladie dont la nature ne pourra peut-être pas être bien établie, l'autopsie n'en ayant pas été faite avec toutes les précautions qu'exige une anatomie pathologique rigoureuse. Nous pouvons cependant assurer que le cœur de l'animal était sain, et que ce n'est point par là qu'il est mort. L'état de putréfaction où se trouvaient les poumons lors de l'examen cadavérique, n'a pas permis de juger exactement de l'état de ces organes qui, néanmoins, paraissaient avec leurs caractères à peu près normaux. Les fosses nasales étaient très-malades; on n'a point examiné le cerveau. Notre très-habile confrère, M. le docteur Auzoux, qui a en sa possession le tube digestif, nous apprendra sans doute dans quel état se trouvait cet appareil important.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 5. 1re année. Mardi, 11 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** De l'influence de l'hérédité dans l'idiotie. — Coup d'œil sur la chirurgie anglaise : des fongus du testicule, par le Dr A. Deville (*Suite*). — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE :** Atrésie de la vulve et adhérence de la verge, par M. Dupont, médecin de l'hôpital d'Harcourt (Eure). — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 10 janvier 1853.

De l'influence de l'hérédité dans l'idiotie.

Nous avons promis de ne pas laisser passer sans quelques remarques la grande question traitée par M. Moreau (de Tours), dans le mémoire dont M. Collineau a rendu compte à l'Académie dans la dernière séance et sur laquelle une discussion sérieuse a failli s'engager entre le rapporteur et M. Baillarger. Il est peu de questions étiologiques aussi importantes sous le rapport de l'hygiène publique que les questions d'hérédité ; il en est peu en même temps dont les bases aient été moins bien posées.

Présentons d'abord une rapide analyse du travail de M. Moreau ; nous essaierons ensuite de poser les véritables principes qui doivent présider à l'étude de l'hérédité et d'apprécier jusqu'à quel point le savant aliéniste s'est conformé à ces principes, dans les recherches auxquelles il s'est livré.

La question de l'hérédité, dit M. Moreau, c'est-à-dire des influences pathogéniques puisées dans le sein maternel, doit dominer toutes les autres dans l'étude de l'idiotie.

Qu'on n'oublie pas que l'idiot n'est pas un malade au même titre que tout autre malade. Il n'est point devenu malade, il l'était au moment même où s'accomplissait son développement physique et moral. C'est donc à une époque antérieure à sa naissance qu'il faut remonter, pour trouver les causes de sa maladie ; c'est dans les conditions pathologiques au milieu desquelles il a pris naissance et s'est développé qu'il faut chercher ces causes ; c'est elles qu'il faut interroger, c'est d'elles qu'il faut prendre avis, avant de se livrer à aucune tentative pour améliorer son état, en faisant subir à l'organisme de profondes et salutaires modifications.

Cependant, cette grave question de l'hérédité a à peine éveillé l'attention des auteurs. Aucun d'eux n'en a fait l'objet de recherches spéciales. En général, elle n'a été envisagée que dans son sens le plus restreint, dans le sens ordinaire de la transmission directe ; elle n'a pas été étudiée sous toutes ses faces, dans ses origines extrêmement variées.

Sur ce point, comme sur tant d'autres, c'est à Esquirol qu'il faut s'adresser pour connaître l'état courant de la science, le bilan des acquisitions scientifiques.

Or, cet observateur si fin et si délié, qui a laissé si peu à glaner après lui dans le champ de l'observation, chose digne de remarque ! paraît avoir à peine songé à l'action de l'hérédité, au rôle qu'elle joue dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe ; c'est tout au plus s'il signale, comme en passant, quelques faits qui s'y rapportent ; encore parle-t-il bien plus d'après le dire des auteurs qui l'ont précédé, que d'après sa propre expérience.

En veut-on la preuve ? Sur vingt-cinq observations que contient son article sur l'idiotie, observations aussi complètes que possible sous le rapport symptomatologique, on n'en compte pas moins de *dix-huit* complétement dépourvues de documents relatifs à l'étiologie.

L'influence héréditaire n'y est notée que quatre fois :

Stupeur de la mère	1 fois.
Imbécillité du père	id.
Ivrognerie du père	id.
État cachectique du père	id.

Un auteur contemporain d'Esquirol, mais dont les travaux sont de beaucoup postérieurs à ceux du célèbre aliéniste, paraît avoir mieux compris l'importance qui s'attache à la question de l'hérédité. « Parfois, dit M. Piorry (*Traité de Méd. prat.*), l'hérédité *semble* surtout influer sur l'apparition des circonstances organiques qui causent l'*apsychismie* congénitale, car l'on voit fréquemment des idiots naître de parents dont l'intelligence est peu développée, ou qui sont eux-mêmes atteints d'épilepsie, d'hystérie, d'anomo-psychismie, etc. »

Les choses étant dans cet état, on comprendra que la pensée nous soit venue de nous livrer à des recherches toutes particulières sur la question dont il s'agit ; de vérifier, en nous aidant de faits nombreux et rigoureusement observés, quelle part légitime d'influence revient à l'hérédité, dans le développement de l'idiotie.

Ainsi que nous l'avons fait déjà, au sujet d'autres affections qui, comme cette dernière, ont leur siége dans les centres nerveux, nous avons été chercher la source de l'influence héréditaire dans les divers états pathologiques, quels qu'ils soient, qui intéressent ces mêmes organes.

Nous avons dit, et nous ne saurions trop le répéter, que les différents modes de manifestation du dynamisme nerveux, ou des fonctions encéphalo-rachidiennes, se confondant tous à leur origine (*in radice*), il s'ensuit nécessairement que toute lésion qui atteint la source organique de ces mêmes fonctions devra, par un effet de la transmission héréditaire, se traduire à peu près indifféremment par le désordre, le trouble de l'une ou de l'autre de ces fonctions chez deux ou plusieurs individus issus de la même souche, se succéder les uns aux autres, se remplacer réciproquement, etc.

De cette manière, s'élargit considérablement le cadre des états pathologiques qui peuvent être le point de départ héréditaire de l'idiotie.

Après avoir dit comment nous comprenions la question de l'hérédité, voyons à quels résultats nos recherches nous ont conduit.

Elles ne comprennent pas moins de *cinquante-six* faits d'idiotie recueillis par nous dans la section des enfants idiots de Bicêtre.

Bien que les conditions d'hérédité fussent partout les mêmes, j'ai cru devoir diviser ces faits en deux catégories :

Dans la première, j'ai rangé les idiots dont l'affection, restée exempte de toute complication, était le plus souvent manifestement congéniale, c'est-à-dire datait de la naissance, ou plutôt de l'époque même du développement de l'enfant dans le sein maternel.

J'ai rangé, dans la deuxième catégorie, les enfants qui, à une époque plus ou moins rapprochée de leur naissance, ont eu des attaques d'épilepsie, soit que cette affection ait simplement coïncidé avec l'imperfection native des fonctions mentales, soit que précédant le trouble des facultés, elle ait paru ainsi comme le premier signe sensible, le premier symptôme de la lésion organique qui est la condition matérielle de l'idiotie.

L'auteur rapporte ici les cinquante-six observations qui servent de base à son travail ; il nous suffira d'en reproduire une au hasard pour donner une idée de toutes les autres.

5e *Observation.* — Robin, âgé de 13 ans, a été perdu de vue par ses parents jusqu'à l'âge de 14 mois ; il était en nourrice. A son retour, c'était, suivant la manière de s'exprimer de la mère, *un vrai petit maniaque ;* il n'était pas une minute en repos, criait sans cesse, ne « *décolérait* » pas. Les facultés se sont de plus en plus dégradées.

Parenté : La mère dit avoir éprouvé de violents chagrins pendant sa grossesse.

Le père est d'un caractère sombre, violent, bizarre à l'excès, ivrogne.

Le grand-père (paternel) « était *renommé* pour son ivrognerie. »

Après avoir rapporté cinquante-six observations analogues à la précédente, M. Moreau continue :

En parcourant les observations qui précèdent, on est étonné, tout d'abord, du nombre considérable d'états pathologiques divers qui ont été la source héréditaire de l'idiotie.

On n'en compte pas moins de 132, pour un total de 56 idiots et imbéciles ; c'est, en moyenne, plus de deux causes d'hérédité pour chaque individu.

En voici la liste par ordre de fréquence :

La folie a été observée	25	fois.
Les convulsions	21	
L'ivrognerie	12	
Hystérie	10	
Idiotie	10	
Phthisie	9	
Chagrins, émotions, impressions pénibles de la mère enceinte	5	
Épilepsie	7	
Strabisme	6	
Paralysie	4	
Névralgies	4	
Scrofules	4	
Apoplexies	3	
Fièvre cérébrale	3	
Excentricité, bizarrerie de caractère	2	
Tics divers	2	
Bégaiement	1	
Asthme	1	
Surdité	1	
Maladie de la moelle épinière	1	
Goître	1	
Total	132	

En répartissant ces affections d'après les divers membres des familles chez lesquels elles ont été observées, nous trouvons qu'elles se sont montrées :

La folie :	du côté du père	2	fois.
	de la mère	2	
	des grands-pères	6	
	des grand'mères	5	
	des oncles	6	
	des aïeux	2	
	de la sœur	1	
	chez un petit cousin	1	
		25	fois.
Les convulsions :	du côté de la mère	2	fois.
	des frères	14	
	des sœurs	5	
		21	fois.
L'ivrognerie :	du côté du père	8	fois.
	des grands-pères	5	
		13	fois.
L'hystérie :	du côté de la mère	6	fois.
	de la tante	2	
	de la grand'mère	2	
		10	fois.
L'idiotie :	du côté des frères	5	fois.
	des cousins	1	
	des cousines	3	
	de la sœur	1	
		10	fois.
La phthisie :	du côté du père	2	fois.
	de la mère	4	
	de la sœur	1	
	du grand-père	1	
	de la grand'mère	1	
	chez une tante	1	
		10	fois.
L'épilepsie :	du côté du père	2	fois.
	chez un oncle	1	
	chez un frère	2	
	chez une sœur	1	
	chez un petit cousin	1	
		7	fois.
Divers accidents de grossesse		5	fois.
Le strabisme :	du côté du père	2	fois.
	de la mère	2	
	des sœurs	2	
		6	fois.
Des névralgies :	du côté du père	1	fois.
	de la mère	3	
		4	fois.
Les scrofules :	du côté du père	1	
	de la mère	1	
	des sœurs	2	
		4	fois.
L'apoplexie :	chez les grands-pères	2	
	une grand'mère	1	
		3	fois.
La fièvre cérébrale :	chez les frères	2	fois.
	chez un cousin	1	
		3	fois.

L'excentricité : du côté du père.	2 fois.
Tics divers : du côté du père.	2
Le bégaiement : du côté du père.	1
L'asthme : du côté de la mère.	1
La surdité : chez une sœur.	1
Affections de la moelle épinière : chez une grand'mère.	1
Le goître : chez la mère.	1
TOTAL.	132

Des tableaux statistiques que nous venons d'exposer, on peut tirer deux sortes d'inductions, relativement au fait d'hérédité dans l'idiotie :

Les unes, générales ;
Les autres, particulières.

1° Et d'abord, en présence de ces nombreuses et graves lésions de l'innervation et de ses appareils, qui se rencontrent chez les ascendants des idiots, souvent dans plusieurs générations à la fois, on se refuserait difficilement à reconnaître à l'idiotie tous les caractères d'une maladie, ou si l'on veut d'une anomalie d'organisation éminemment héréditaire.

Aucune des affections qui lui sont congénères ne présente ces caractères à un plus haut degré.

Comme la folie, l'hystérie et l'épilepsie, l'idiotie puise la raison de son existence dans une lésion primordiale, originelle du système nerveux encéphalique ; lésion qui, par la transmission héréditaire, imprime son cachet sur l'être humain, et se traduit en désordres fonctionnels dès l'origine même de sa formation, pendant la vie utérine, ou bien quelques mois, quelques années après la naissance.

2° L'aliénation mentale, la folie sous toutes ses formes, mais plus particulièrement à type lypémaniaque, paraît être la source héréditaire la plus féconde de l'idiotie.

En ne tenant compte que des ascendants proprement dits, nous trouvons que des 56 idiots dont nous avons recueilli l'observation, 24, près de la moitié, avaient des parents aliénés !

Viennent ensuite :

L'ivrognerie, dans la proportion de 1/4 ;

L'épilepsie et l'hystérie, dans la proportion de 1/5e environ ; puis d'autres affections névrosiques d'une gravité moindre.

3° Les divers états pathologiques dont il est fait mention dans nos tableaux, n'apparaissent pas toujours isolément chez les ascendants des idiots. On peut voir, au contraire, par la lecture de quelques-unes de nos observations, qu'ils se présentent, parfois, en groupe de deux, trois et quatre, disséminés chez les divers membres de la famille.

Ces réunions d'affections ayant toutes une même origine, indiquent, selon nous, l'importance qu'il faut attacher au point de vue de la prédisposition héréditaire, à celles de ces affections qui offrent le moins de gravité apparente : par exemple aux névralgies, aux mouvements choréiques, quelque légers qu'ils soient, à ces convulsions partielles des muscles de la face qui ont reçu le nom de *tics*, au bégaiement, au strabisme, etc., affections qui, dans notre résumé statistique, figurent pour un *cinquième*, ou dans la proportion de 11 à 56.

A ce propos, nous devons appeler l'attention sur un fait curieux de pathogénie que nous avons déjà eu occasion de constater, en étudiant la filiation héréditaire de la folie, de l'hystérie, de l'épilepsie, et dont l'idiotie nous offre également des exemples.

C'est l'accroissement, l'aggravation de la lésion nerveuse, par le fait de sa transmission d'une génération à la génération suivante ; en sorte que cette lésion, envisagée dans l'arbre généalogique, apparaît de plus en plus grave, au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la souche.

C'est ainsi que beaucoup d'aliénés comptent parmi leurs ancêtres de ces individus à caractère bizarre, original, très-communs à ce qu'il paraît chez un peuple voisin qui a inventé pour eux le mot *excentrics* que nous avons adopté ; qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les parents des épileptiques ces troubles de la névrosité, de formes si variées, qui constituent ce que l'on a appelé *état nerveux*.

Fodéré a fait une remarque analogue, relativement à la propagation par hérédité du crétinisme : « On rencontre, dit cet auteur (*Traité du Goître...*, p. 129), des individus qui, avec un goître volumineux, ne manquent pas d'intelligence ; ils sont, en échange, sujets à avoir des enfants crétins. »

4° On peut encore, à l'aide des tableaux ci-dessus, sinon résoudre (il faudrait pour cela des masses de faits que la science ne possède pas encore), du moins éclairer diverses questions relatives à l'influence héréditaire des sexes, des degrés de génération ou de parenté, etc.

a. Cette influence paraît être égale des deux côtés paternel et maternel. Elle est quotée : 21 pour les pères et 20 pour les mères ; la différence est insignifiante.

b. La proportion n'est plus la même des grands-pères aux grand'mères. Une part, relativement bien plus considérable, est revendiquée par les premiers, dans la proportion de :: 18 : 11.

c. Quant aux sexes, le sexe masculin fournit un contingent d'affections héréditaires bien plus élevé que le sexe opposé :: 53 : 37.

d. Il est généralement admis, en pathologie mentale, que la folie est plus fréquemment transmise par les grands parents que par les pères et mères ; *elle saute,* dit-on, *une génération.*

J'ignore si cette proposition est fondée sur des documents statistiques ; mais il est certain qu'elle est loin d'être vraie quant à l'idiotie. C'est ce que démontrent les chiffres 41 et 29 assignés dans nos tableaux : le premier aux pères et mères, le second aux grands-pères et grand'mères.

Nous avons vu que l'idiotie puisait son origine dans des conditions de prédisposition héréditaire toutes spéciales.

Sans doute, nous ne sommes pas, pour cela, mieux éclairés sur ce que l'on pourrait appeler la nature essentielle du mal que nous étudions ; nous n'en savons guère davantage sur la manière dont l'organe de la pensée est enrayé, troublé dans son action dynamique.

Cependant, il est possible, d'après ce qui a été dit, de se faire une idée assez exacte du genre de lésion, de trouble organique auxquels il faut rattacher l'idiotie.

Nous avons déjà constaté ce fait, que les conditions d'hérédité étaient absolument les mêmes pour l'aliénation mentale et l'idiotie ; ce qui, à beaucoup d'égards, nous paraît entraîner une grande analogie, sinon une identité de lésion dans les deux cas.

Si les résultats diffèrent, cela tient à ce que les mêmes causes morbides ont agi à des époques différentes, ont exercé leur influence pertubatrice au début et dès le principe de la formation des organes, ou bien lorsque ces mêmes organes avaient acquis tout leur développement, les fonctions toute leur énergie et leur perfection relative.

Esquirol a dit qu'il y avait *arrêt* de l'intelligence dans l'idiotie ; cela n'est vrai que dans un petit nombre de cas. Il est bien peu d'idiots dont les facultés ne se soient développées à un certain degré et ne continuent à croître, durant un nombre déterminé d'années, ainsi que cela a lieu chez les autres enfants.

Mais en même temps que, conformément aux lois générales de l'organisme, s'effectue leur développement, que le cercle intellectuel tend à s'élargir, il y a trouble, perversion, irrégularité d'action, d'où résulte un état intellectuel spécial qui ne ressemble qu'à lui-même et ne saurait exister chez l'adulte.

Tel est, en effet, l'état mental de beaucoup de ces petits malades que l'on appelle des idiots et qui ne sont, à proprement parler, que des enfants atteints de délire.

Je parle ici, il importe de le faire remarquer, d'un état morbide permanent, qui date souvent de la naissance, et non de ces désordres d'esprit passagers, de ces folies véritables qui frappent quelques enfants à un âge plus ou moins voisin de la puberté.

Un fait important ressort sans contredit des laborieuses investigations de M. Moreau, c'est l'influence de la folie

des parents sur l'idiotie des enfants ou du moins les rapports qui existent entre ces deux maladies. Toutefois, il ne faudrait pas croire que cette influence soit tout à fait aussi grande qu'on pourrait le supposer au premier coup d'œil, et à ce sujet, qu'une remarque générale nous soit permise.

Lorsqu'on veut étudier, avec quelque espoir d'arriver à un résultat positif, l'influence héréditaire d'une maladie quelconque, il faut commencer par déterminer la fréquence de cette maladie dans la mortalité générale de la population, et comparer le degré de fréquence qu'elle y occupe au nombre de fois qu'on la constate dans les antécédents héréditaires de l'affection dont on recherche l'étiologie.

On comprend, en effet, que si une maladie, comme la phthisie, par exemple, fait succomber un cinquième de la population, c'est-à-dire compte dans la proportion de 20 p. 0/0 dans les causes de la mortalité générale, cette même proportion de 20 p. 0/0 devra se rencontrer chez les parents décédés d'un malade quelconque, pris au hasard. Si la proportion est moindre, c'est que la phthisie a une influence d'hérédité antagoniste à la maladie que l'on étudie; si la proportion est plus forte, c'est que l'influence est en sens opposé.

Ces principes, il y a plus de dix ans déjà que je les ai posés, dans les *archives générales de médecine,* à propos d'un travail de M. Briquet sur l'étiologie de la phthisie (voy. *Arch. gén. de méd.* 1842, t. 15); mais, il faut bien que je le reconnaisse humblement, ils n'ont pas beaucoup fructifié, et, à l'exception de M. Louis (*Traité de la phthisie,* 2e édit.), je ne connais guère d'auteur qui en ait tenu compte; mais je ne connais guère non plus d'auteur qui ait étudié avec quelque rigueur les questions d'étiologie héréditaire. M. Moreau lui-même, malgré le mérite incontestable de ses recherches, ne fait pas tout à fait exception à la règle générale.

Pense-t-on, par exemple, que sur cinquante-six individus atteints d'une maladie quelconque, on ne trouverait pas dans leurs grands-pères et leurs grand'mères, c'est-à-dire sur cent vingt-quatre hommes, trois cas d'apoplexie? Le contraire est au moins très-probable. Dès lors, que peut-on conclure de la constatation d'un tel antécédent, sinon que l'apoplexie peut se rencontrer chez les parents des idiots comme chez tout le monde? Ce que nous disons de l'apoplexie, nous pourrions le dire de presque tous les antécédents notés par M. Moreau; des fièvres cérébrales, des névralgies, de la phthisie, etc.; nous pourrions le dire en acceptant comme rigoureusement exacts tous les renseignements donnés à M. Moreau sur les affections des parents de ses malades, et nous croyons qu'en effet ces renseignements sont exacts; toutefois, quiconque connaît les difficultés d'arriver à cet égard à une certitude complète, regrettera peut-être que M. Moreau n'ait pas jugé à propos d'entrer dans des détails plus circonstanciés à cet égard, et qu'il n'ait pas pris la peine de donner tous les éléments de convictions à ceux de ses lecteurs qui seraient moins édifiés que nous sur la rigueur de ses investigations.

M. Moreau a soulevé d'autres points fort importants de pathogénie dans son intéressant travail, entre autres le suivant :

Les affections dues à des altérations du système nerveux non-seulement se transmettent par hérédité, mais se transmettent sous une forme plus grave. Ce point seul mériterait toute une discussion dont tous les éléments n'existent certainement pas dans la science, mais qui, tels qu'ils existent, ne conduiraient peut-être pas aux conclusions si nettement formulées par M. Moreau. L'opinion de Fodéré, qu'il invoque en sa faveur, n'a guère de valeur aujourd'hui, où il est à peu près complétement démontré que le goître ne se transmet héréditairement qu'à la faveur de certaines influences locales et que l'hérédité disparaît avec celles-ci.

En résumé, quoique le mémoire de M. Moreau ne démontre pas l'influence héréditaire de toutes les conditions morbides qu'il a mentionnées, on y trouve néanmoins des faits et des vues qui lui donnent un grand intérêt, qui le rendent digne des méditations de tous les médecins.

H. DE CASTELNAU.

Coup d'œil sur la chirurgie anglaise.

Des fongus du testicule, ou pour mieux dire *des hernies du testicule,*

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

A M. le professeur Malgaigne.

§ 1. *Faits antérieurs à l'Académie de chirurgie.*

Monsieur et très-honoré maître,

A. Il est assez singulier que les premières mentions vagues sur la hernie des testicules en dehors des enveloppes scrotales, ne soient pas relatives à des lésions traumatiques arrivées par accident, cas dans lesquels le fait ne doit pas être rare et a dû se présenter de tout temps. Néanmoins c'est à propos du traitement de l'hydrocèle par les méthodes de l'incision, de l'excision et même de la cautérisation, qu'on commence à trouver sur ce sujet des indications passagères. Albucasis, à ce propos, mentionne, sans détails aucuns, la possibilité de la sortie du testicule. Peut-être, dans les faits groupés sous le titre 65e observation, 4e centurie, et sous le nom de *hernia aquosa atque carnosa*, Fabrice de Hilden a-t-il voulu désigner quelque chose d'analogue à ce qui nous occupe; mais ces faits, auxquels quelques-uns ont donné trop de valeur, ne sont pas très-concluants, et quiconque voudra se donner la peine de les lire avec soin, sera, je pense, de mon avis. En tout cas, Fabrice rapporte une observation des plus importantes, consignée ailleurs, relative à un cas dans lequel les testicules furent mis à découvert par une gangrène consécutive à l'irruption et à l'issue du liquide d'une ascite à travers le scrotum. Cette dernière observation, citée par Donald Monro, dans son essai sur l'hydropisie, est mentionnée à tort par quelques auteurs, comme lui appartenant. Donald Monro ne donne pas d'observations particulières; il dit seulement, à propos de la possibilité de la sortie du testicule dans l'opération de l'hydrocèle par excision, et dans une simple note au bas de la page : « J'ai vu plus d'une fois le testicule rester au dehors de la cavité du scrotum, après cette opération, jusqu'à ce qu'il fût *recouvert de chairs, et puis d'une nouvelle peau;* » et alors il rapporte l'observation de Fabrice. Ces quelques mots de Monro n'en ont pas moins une grande valeur, comme nous verrons.

B. Un autre chirurgien anglais de grand mérite, Gooch de Norwich, n'a dit qu'un mot en passant sur la question, mais ce mot a donné lieu à une singulière interprétation. Sabatier lui reconnaît le mérite d'avoir le premier parlé de l'*exfoliation* de la tunique albuginée, lorsque le testicule est exposé. J'ai eu toutes les peines du monde à trouver dans Gooch quelque chose qui eût le moindre rapport avec ce que lui attribue Sabatier; à force de chercher, j'ai fini, cependant, par déterrer le passage suivant, qui est probablement celui auquel Sabatier fait allusion. Gooch a publié un livre intitulé : *Cases and remarks on surgery*, dont il existe deux éditions : une première, 1758, Londres, en un seul volume; une seconde, formant le deuxième volume d'un ouvrage plus complet, 1767, Norwich. Dans la première édition, il n'y a aucune trace de la chose; nous notons

seulement, pages 80-83, une observation d'hydrocèle traitée par excision. Dans la deuxième édition, la même observation se retrouve pages 229-233, c'est absolument la même ; seulement, dans le cours de l'observation, on trouve surajoutée, à la fin d'un alinéa, page 232, la phrase suivante : « Dans le cours du traitement une mince escarre, semblable à une pellicule, fut rejetée de la surface de la tunique albuginée, par des chairs granulées, qui s'unirent avec celles provenant des autres parties, de sorte qu'*une cicatrice brune et lisse* fut formée sur cette incarnation. » Sans discuter sur l'importance plus ou moins grande d'une pareille addition, dans une observation déjà publiée sous ce détail, neuf ans auparavant, ni sur le véritable sens qu'il faudrait attribuer au mot *slough*, que j'ai traduit ici par escarre, acceptons le fait, et voyons s'il a la signification que lui donne Sabatier.

A l'époque de l'Académie de chirurgie, le mot exfoliation était grandement à la mode ; toute surface lisse, exposée au contact de l'air extérieur, était supposée ne pouvoir se cicatriser qu'à la suite d'une exfoliation préalable. Ceci veut dire que la lame superficielle de l'organe exposé devait être expulsée au dehors, rejetée par le développement des bourgeons charnus qui croissaient au-dessous d'elle. Ce n'étaient pas les os seulement qui étaient supposés s'exfolier ; les tendons, les aponévroses, toutes les membranes devaient subir ce même travail. On conçoit aisément que Sabatier, partisan de l'exfoliation, ait cité avec empressement le cas de Gooch, pour montrer que la tunique albuginée exposée s'exfoliait elle aussi. Mais la responsabilité de cette interprétation du fait revient tout entière à Sabatier, car Gooch n'ajoute rien, absolument rien à l'exposé pur et simple du fait de la chute d'un slough semblable à une pellicule, repoussé par les bourgeons charnus. Ceci devait être noté en passant, parce que nous aurons besoin de dire quelques mots bientôt sur cette prétendue exfoliation, quoique peu de chose, l'exfoliation n'étant plus de mode aujourd'hui. Et cependant, elle est encore sur le tapis, quand il s'agit des os ; bien mieux, quand il est manifeste qu'elle n'existe pas, et que des bourgeons charnus se forment immédiatement sur la surface des os exposés, beaucoup n'en persistent pas moins à dire qu'elle a dû exister ; seulement, elle a été *insensible*. C'est là une de ces curieuses évidences cartésiennes directement opposées à la vérité, comme il y en a tant encore debout, malgré que vous en ayez déjà balayé un bon nombre, aux acclamations des partisans du progrès.

§ 2. *Faits signalés à l'Académie de chirurgie, ou peu après.*

Il nous faut arriver à l'Académie de chirurgie, pour trouver quelques commencements de travaux un peu sérieux sur la question qui nous occupe. Trois des travaux de cette illustre compagnie doivent arrêter notre attention, à savoir les deux mémoires sur l'hydrocèle, de Bertrandi et de Sabatier, et la petite note de J.-L. Petit, sur la suppuration du testicule. Le mémoire de Bertrandi va surtout appeler notre attention, parce que nous allons trouver ici l'origine de l'erreur en vertu de laquelle on a décrit des fongus bénins du testicule.

A. Le mémoire de Bertrandi, sur l'hydrocèle, inséré dans le tome III des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, est en latin, et heureusement a été publié en latin, avec une prétendue traduction française en regard. Il est très-heureux, dis-je, que le texte latin ait été publié, car l'abominable traduction française qui est en regard est la cause évidente de tout le mal ; et si nous ne possédions qu'elle, une étrange erreur, introduite dans la science, serait appuyée sur une sérieuse autorité de plus, et avec toutes les preuves apparentes qui rendraient le doute presque impossible. D'où vient cette traduction ? quel en est l'auteur ? Je l'ignore. Ce dont on peut s'assurer, en la parcourant, c'est qu'elle a été faite par quelqu'un qui connaissait bien le latin, et comme il est peu probable qu'elle ait eté faite (à cause de la longueur du mémoire) par l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie lui-même, il y a plutôt lieu de penser qu'elle a été confiée à une personne qui a dû naturellement être payée pour cela. S'il en a été ainsi, nous pouvons constater qu'elle a indignement volé son argent. La traduction est inconcevable ; au lieu de laisser les phrases telles qu'elles sont dans le latin, le traducteur s'est plu à les grouper autrement dans le français, de telle sorte que le sens est souvent et complétement changé. Plus que cela, et avec une audace incroyable, des additions ont été faites, de manière à faire dire à Bertrandi toute autre chose que ce qu'il avait dit.

Pour nous borner à notre question, prenons seulement, dans le mémoire de Bertrandi, la partie relative à la sortie du testicule hors de la cavité scrotale, et à son exposition à l'extérieur, dans les cas d'opération de l'hydrocèle par excision.

Suivant Bertrandi, le testicule étant exposé à nu, par suite de ramollissement, dessication ou dilatation de sa tunique, il survient une ouverture ; par celle-ci s'écoule du pus dans lequel peut se fondre tout le testicule. La substance peut s'en aller en filaments, et pendant qu'un peloton de vaisseaux séminaux ou de la substance propre du testicule se présente à travers la tunique rompue, on ne doit pas employer d'émolients. Dès que la suppuration est terminée ou que les parties sont enlevées par la mortification, des chairs surgissent aussitôt. Enfin, un tubercule d'une nature sarcoïde particulière remplit l'ouverture de la tunique (*tuberculo tandem, ceu porro quodam sarcoide peculiaris naturæ impletur*), et s'unit aux téguments ; si un ignorant lui applique des cathérétiques, il l'excitera à augmenter davantage. Nous l'avons vu se convertir en cancer ; et l'expérience nous a appris qu'il devait être traité de la même façon que les tubercules qui proviennent du cerveau blessé.

Voilà ce que dit littéralement Bertrandi. Nous y trouvons un exposé de cette lésion testiculaire curieuse qu'ont étudiée aussi J.-L. Petit et Swediaur, comme nous allons voir bientôt, et qui amène la perte du testicule, par suite de la sortie des tubes séminifères. Après avoir signalé la lésion, Bertrandi indique comment elle guérit par la formation d'un tubercule d'une nature sarcoïde particulière et qui ne se montre qu'à la fin. Il est impossible de tirer rien autre de l'exposé de Bertrandi, dans lequel nous pourrions, en passant, signaler plus d'une erreur. Ainsi, Bertrandi paraît dire que la lésion qu'il décrit survient d'ordinaire alors que le testicule est exposé, tandis que c'est un fait excessivement rare et qui n'est même pas la conséquence de la simple exposition du testicule, comme nous verrons ; puis, on peut sans crainte affirmer qu'il n'a pas vu le tubercule particulier fermant l'ouverture de la tunique, se convertir en cancer, pas plus que les auteurs modernes n'ont vu des faits analogues dans leurs prétendues dégénérations dont ils parlent sans trop savoir ce qu'ils veulent dire, etc.

Immédiatement après ce court exposé théorique, Bertrandi rapporte une observation extrêmement intéressante, mais sans dire qu'elle est destinée à justifier l'exposé précédent ; s'il l'avait dit, il aurait trompé ses lecteurs, car elle n'a avec cet exposé aucun rapport. L'observation est bien à sa place, sans contredit, car Bertrandi raconte les accidents qu'il a vus survenir à la suite de l'opération de l'hydrocèle par excision ; il vient de parler d'un de ces accidents sous forme d'un exposé théorique ; il en raconte un autre sous forme d'observation, et voilà tout. Au reste, ceci va être mieux démontré par la lecture de l'observation que voici dans toute son exactitude :

3e *Observation* (empruntée au mémoire de Bertrandi, Mém. de l'Acad. de chirur., in-4°, t. III, p. 123).

Un jeune homme qui portait un hydrocèle depuis douze ans, souffrit tellement de l'augmentation de la lésion après un long exercice à cheval dans les montagnes, qu'il accepta volontiers de se soumettre, pour la cure radicale, à l'opération qu'il avait refusée jusque-là.

La troisième nuit après l'opération, le testicule se gonfla beaucoup avec grandes douleurs et une fièvre très-forte accompagnée de délire. Le chirurgien vint à la pointe du jour et vit que la cause principale des accidents était le testicule tuméfié. Les vaisseaux spermatiques, eux aussi, n'étaient pas peu tuméfiés. Des émissions sanguines répétées, des clystères et les autres antiphlogistiques employés, diminuèrent la douleur et la fièvre, mais ne prévinrent pas, le même jour, la *tunique du testicule de se rompre par une fissure très-étendue.* (*Nihilo tamen, eâ die, testis tunica rumpebatur, late expansâ fissura.*)

Les symptômes s'apaisèrent graduellement, le sommeil revint. Ni suppuration, ni gangrène ne sont excitées (!) (*Nulla excitatur suppuratio, neque gangrena*) ; les remèdes si judicieusement employés les avaient probablement détournées.

Les jours suivants, on observa une substance provenir de la tunique du testicule (le malencontreux traducteur met : « sortis par l'*ouverture* du testicule »), augmenter de plus en plus sans douleur, rougir et se ramollir (*at sequentibus diebus, prodeuntem è tunicâ didymi substantiam, sine dolore, magis magisque, tumere, rubere et mollescere observatur*) ; déjà on avait songé à la castration si une tumeur trop volumineuse du cordon spermatique n'en avait détourné. Cette substance crût davantage, devint enfin fongueuse, et l'application des cathérétiques avait juste pour effet que la tumeur croissait d'autant plus qu'on cherchait davantage à la détruire. A la fin, par le seul emploi de la poudre de sabine, d'iris et d'aristoloche, elle commença à céder, elle se déprima et prit de la consistance ; puis, cachée par les téguments, elle s'unit en se confondant avec eux.

Réflexions qui nous sont personnelles. Il y a certainement dans cette observation quelques détails qui sont inconcevables ; par exemple, il est difficile de dire ce que signifie cette rupture de la tunique du testicule (*testis tunica*), arrivant dans les vingt-quatre heures d'une inflammation aiguë des bourses. Jamais, que je sache, on n'a vu la tunique albuginée se rompre, et encore par une fissure très-étendue à la suite d'une orchite, tellement intense qu'elle soit ; encore moins cela est-il admissible pour une orchite qui ne date pas de vingt-quatre heures. Supposez telle congestion brusque, aussi intense que vous voudrez, dans la substance testiculaire, et la pression, à quelque degré quelle soit portée, de cette substance congestionnée contre l'épaisse tunique albuginée, sera parfaitement incapable d'en produire la rupture. Tout ce que nous connaissons en pathologie et en anatomie pathologique, se refuse d'une manière formelle à l'admission d'une lésion pareille. L'assertion de Bertrandi est cependant positive. Par suite, nous sommes obligés, ou bien de laisser à part ce détail avec des points de doute approchant de bien près une négation, ou bien d'accepter l'interprétation suivante qui me paraît des plus rationnelles.

Par les mots *testis tunica* l'auteur peut avoir voulu désigner, non la tunique albuginée, mais les tuniques scrotales ; le scrotum lui-même, qui était, il est vrai, déjà incisé par suite de l'opération, mais s'est rompu soit à côté de l'incision, soit sur l'incision elle-même qui aurait été agrandie par le fait. A l'appui de cette manière de voir on peut remarquer qu'un peu plus loin, Bertrandi ayant à désigner la tunique albuginée, n'emploie plus l'expression de *testis tunica*, mais bien celle de *tunica didymi ;* et puis, en envisageant la chose ainsi, tout s'explique : on a cherché à produire une inflammation dans la tunique vaginale ; l'inflammation est venue, trop intense même, car le troisième jour elle amène la rupture des enveloppes ; par cette rupture s'échappe peu à peu le testicule, comme dans les cas précités de M. Morel et de M. Lawrence, comme dans le grand nombre de ceux qui vont suivre ; puis le testicule se recouvre de granulations qui finissent lentement par contribuer à la formation de la cicatrice, comme dans un grand nombre de cas que nous citerons. En acceptant cette explication, que rien ne contrarie, on n'a pas besoin d'accepter ces étrangetés, pour ne pas dire ces impossibilités. 1° Un testicule qui se prend brusquement d'une inflammation extraordinaire au troisième jour d'une opération dans laquelle on n'a fait qu'inciser la tunique vaginale ; 2° une orchite tellement intense que le gonflement des parties molles intérieures détermine, en moins de vingt-quatre heures, l'éclatement d'une tunique aussi résistante que la tunique albuginée ; 3° une orchite tellement intense qu'elle aurait produit l'accident inouï de la rupture de la tunique albuginée, et qui n'est cependant suivie (une orchite !), ni de suppuration ni de gangrène ! Alors aussi, on n'a pas besoin de suspecter une observation publiée par un chirurgien aussi célèbre que Bertrandi, auquel on n'a plus qu'à reprocher de n'avoir pas été assez explicite. Alors enfin, on ne trouve plus dans cette observation, cause innocente de tant d'embarras, qu'un cas bien positif, bien intéressant, de hernies du testicule à la suite de suppuration du scrotum, comme nous allons en citer plusieurs autres ci-après.

Il ne reste plus d'obscurités dans l'observation que pour deux petits détails : 1° Le testicule se gonfla, dit Bertrandi, et sans expliquer, soit dit en passant, s'il était sain avant. Or, lorsqu'on voit encore, pendant les trente à quarante premières années de ce siècle, tous les chirurgiens employer indifféremment ces expressions : « le testicule se gonfle, le testicule s'enflamme, » qu'il s'agisse ou du testicule seul ou de l'épididyme seul, ou des deux réunis, ou parfois même d'une tumeur surajoutée, on ne peut certes pas vouloir donner aux expressions employées par les chirurgiens du siècle dernier, une valeur plus rigoureuse ; 2° la substance devenue fongueuse, dit enfin, Bertrandi, croissait d'autant plus qu'on cherchait davantage à la détruire par des cathérétiques. N'insistons pas là-dessus pour le moment ; nous aurons à en parler de nouveau et à montrer en quoi ce n'est là qu'une illusion qui se trouve mentionnée dans plusieurs autres observations de hernies testiculaires rapportées ci-après.

Tel est, monsieur et très-honoré maître, le résumé de ce que nous trouvons dans le mémoire de Bertrandi, relativement aux hernies du testicule, ou à l'exposition du testicule à l'extérieur ; la critique qui l'accompagne était bien nécessaire, comme vous allez voir. Mais ce résumé est emprunté au texte *latin* de Bertrandi.

Si nous passons maintenant au texte *français* du traducteur, nous allons trouver bien autre chose vraiment. D'abord, l'exposé théorique, qui précède l'observation, est traduit en dépit du bon sens, de telle sorte qu'il semble en être le prélude, et s'y rapporter, de telle sorte que le tubercule *quodam sarcoide peculiaris naturæ* va devenir, dans l'observation, la substance fongueuse extérieure. Puis vient l'observation, et, entre autres gentillesses du traducteur, la plus importante est celle-ci : Bertrandi rapporte qu'on observe, les jours suivants, *prodeuntem è tunicâ didymi substantiam*, etc. ; le traducteur, de son chef, va ajouter tout simplement le mot ouverture, et vous dire que l'on voit la substance « sortir par l'ouverture du testicule ! » — Le tout est combiné de la manière la plus indigne, de manière à attribuer très-explicitement à Bertrandi l'étrange opinion que voici : Lorsque le testicule est exposé à l'extérieur, à la suite de l'opération de l'hydrocèle par excision, il peut s'enflammer au point de rompre sa tunique albuginée, et puis, sans douleur, sans suppuration, sans gangrène, il sort, à travers l'ouverture de la tunique, un fongus comparé à certaines hernies cérébrales. Telle est l'origine de la description du fongus bénin du testicule ; nous la trouvons, comme je l'ai dit en commençant, dans la tromperie d'un traducteur, expression qui n'est pas trop forte pour qualifier une pareille indignité.

Ceci était un peu tombé dans l'oubli, ou peut-être on n'y aurait pas pris garde, jusqu'au commencement de ce siècle. A ce moment, M. Lawrence, qui parle la langue française avec une grande pureté, s'est laissé complétement tromper par le traducteur de Bertrandi. Ayant constaté que ce qu'on appelait fongus du testicule renfermait des vaisseaux séminifères, M. Lawrence s'est laissé entraîner, pour rendre compte de la nature de la lésion, à accepter la déplorable invention du traducteur de Bertrandi : ouverture de la tunique albuginée ; protrusion à travers cette ouverture de la substance testiculaire ; comparaison avec certaines hernies du cerveau ; tout y est, il y a analogie complète, et il est difficile d'émettre des doutes sur la source de la chose, car M. Lawrence cite le mémoire de Bertrandi. De là, date cette histoire si singulière, continuée jusqu'à présent, du fongus bénin du testicule.

Veut-on une preuve de plus que c'est bien la traduction défigurée de Bertrandi qui a trompé les auteurs qui se sont occupés de la question ? Nous la trouvons tout au long dans le mémoire de M. Jarjavay, et ici nous n'avons pas besoin de recourir à l'induction, car l'aveu est littéral et explicite. Voici, en effet, un passage qui n'a pas besoin de commentaires, emprunté au mémoire de M. Jarjavay (*Arch. gén. de Méd.*, 1849, p. 132) : « Le premier auteur qui ait, à mon sens, bien compris la formation des fongus bénins du testicule, est Bertrandi. Ce chirurgien signale, en effet, parmi les accidents qui peuvent compliquer la marche de la cure radicale de l'hydrocèle, tentée par la méthode de l'excision, l'inflammation du testicule, et *la rupture de la tunique albuginée, qui permet* tantôt l'écoulement d'une humeur rouge et gluante, et l'issue d'une matière filamenteuse, comme dans les cas qu'a observés J.-L. Petit, tantôt *l'épanouissement de la pulpe séminale, sous forme de tumeur.* Bertrandi rapporte, *à l'appui de cette dernière proposition,* une observation où l'on ne peut s'empêcher de reconnaître un fongus analogue à ceux dont Lawrence a publié des exemples.... »

Moi-même, je le constate, lorsque je me suis occupé de lire attentivement le travail de Bertrandi, je me suis adressé, pour commencer, à la traduction française, parce qu'il est autrement commode de lire de longs travaux dans une langue usuelle qu'en latin. J'étais, certes, dans de bonnes conditions pour ne pas m'y laisser prendre ; en commençant la lecture, j'étais déjà convaincu, par des faits nombreux, qu'il n'existait pas dans la science de cas de prétendus fongus du testicule, dus à l'irruption de la substance testiculaire, à travers une ouverture de la tunique albuginée. Dans ces conditions, je lis attentivement, et avec stupéfaction, l'exposé théorique et l'observation qui lui fait suite ; l'illusion,

chez moi-même, a été complète. Pour sûr, il n'y a pas moyen de douter; voilà un fait incontestable, rapporté avec le plus grand détail; c'est bien singulier. Je relis de nouveau, et je ne trouve pas même, à ce point de vue, une petite fissure par laquelle la critique puisse s'insinuer. Comment cela se fait-il, me demandé-je à moi-même? Voyons le texte latin. Il faut dire que peu de personnes se méfient plus que moi des traducteurs, même les plus renommés; lorsque je dûs écrire ma thèse sur la cicatrisation, les erreurs incroyables des traducteurs, la manière dont ils ont défiguré les originaux, me mirent dans l'impossibilité de faire, dans le peu de temps dont je pouvais disposer, un historique raisonnable de la question de la réunion. Une autre fois, lorsque je publiai dans les *Annales de la Chirurgie* un petit mémoire sur les luxations scapulo-humérales, je trouvai une autre erreur très-plaisante, parce qu'il avait plu à quelques personnes de traduire *infrà scapulas* par *la fosse sous-scapulaire*, etc., etc.... J'ai donc recours au texte latin, et, du premier coup d'œil, je trouve ce que j'ai exposé plus haut, et qui tout à la fois dissipa mon désappointement premier, excita mon indignation contre le traître traducteur, et me fit trouver l'origine des fameux fongus bénins du testicule.

B: Le mémoire de Sabatier (*Recherches historiques sur la Cure radicale de l'Hydrocèle, Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. v, p. 670-728) ne renferme rien de nouveau sur la question; cependant, il mérite à juste titre d'être cité ici, parce que c'est là que l'on trouve les indications, quoique pas très-rigoureusement exactes, relatives à Albucasis, Monro et Gooch.

C. Il n'en est pas de même pour le petit travail de J.-L. Petit, travail qui a un rapport si intime avec la question dont nous nous occupons, et que nous aurons plus d'une fois occasion d'invoquer; en effet, les cas cités par J.-L. Petit ne sont pas seulement relatifs à des suppurations testiculaires; deux au moins de ces cas ont aussi rapport (ce à quoi on n'a guère pris garde) à des testicules exposés à l'extérieur. Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce travail; il est trop connu de tout le monde; et, sous ce point de vue, il a peut-être un défaut, c'est qu'en parlant de l'accident dont il s'agit, tout le monde a la mauvaise habitude de ne citer que J.-L. Petit, comme si c'était lui seul qui eût inventé la chose et en eût seul parlé. Mais déjà nous avons vu que Bertrandi avait décrit, aussi bien que J.-L. Petit, la sortie des filaments testiculaires; et nous trouvons à ce sujet, dans Swediaur, qu'a cité M. Lawrence, un fait des plus intéressants, et que j'emprunte à la 3e édition du traité *On venereal complaints*, 1788, par Swediaur.

D. A propos de la suppuration, dans les cas d'épididymite blennorrhagique, suppuration que l'auteur dit n'avoir d'ailleurs jamais vue survenir chez ses malades (ce qui est le cas, en effet, pour toutes les épididymites blénorrhagiques bien traitées), il cite comme curieux et rare le fait suivant qui occupe les pages 84-87, et dont voici le résumé :

4e *Observation.* Un individu a été successivement affecté de tubercules cervicaux glandulaires, puis pulmonaires, puis testiculaires. Un premier testicule est affecté, et il se forme un abcès qui se rompt; il s'écoule spontanément chaque jour, par l'ulcère, plusieurs fibres, comme des fils, et la cicatrisation se fait après plusieurs semaines, le testicule se trouvant réduit à un très-petit volume. L'année suivante, même scène se passe dans l'autre testicule, qui se réduisit en trois mois, comme le premier, au volume d'une petite noisette.

Réflexions. Ceci est intéressant, en ce que la sortie des filaments testiculaires à travers une ouverture de la tunique albuginée est démontrée possible dans les cas d'abcès tuberculeux du *testicule;* un détail de plus à ajouter à l'histoire des tubercules testiculaires.

En somme, des observations et explications de Bertrandi, J.-L. Petit, Swediaur, il résulte que lorsque la tunique albuginée du testicule est perforée, que l'organe soit ou ne soit pas hernié ou exposé à l'extérieur, la substance testiculaire peut, à la rigueur, s'écouler au dehors, partiellement ou complétement, sous forme de filaments mélangés avec les liquides sécrétés. Cet écoulement n'est pas néanmoins la conséquence forcée de l'ouverture de la tunique albuginée, et, d'après les cas connus de lésion testiculaire, paraît, au contraire, former un cas très-exceptionnel. Dans Bertrandi, nous trouvons de plus quelques mots expliquant d'une manière exagérée probablement, la façon dont se forme l'ouverture de la tunique albuginée. Et dans J.-L. Petit, on trouve en outre le conseil de débrider le testicule par incision de la tunique albuginée, dans le cas d'orchite, d'abcès testiculaires et de contusion du testicule avec formation d'épanchements sanguins intérieurs.

Voilà le résumé des observations importantes qui ont été exposées à l'Académie de chirurgie.

E. Nous ne trouvons presque plus rien ensuite sur la question des accidents consécutifs à l'exposition des testicules à l'extérieur. Il est vrai que pour l'hydrocèle, les opérations par simples ponction et injection remplacèrent bientôt les autres méthodes. Nous n'avons à signaler que quelques lignes seulement dans Callisen et dans la médecine opératoire de Sabatier, mais qui ont bien leur valeur.

Callisen, qu'on a critiqué à tort sur l'expression de lipôme qu'il emploie à cette occasion, et qui n'avait pas alors le sens rigoureux que nous lui donnons aujourd'hui, cite en général, sans donner aucune explication ni des observations, parmi les espèces de sarcocèles, le cas suivant :

Si de la surface de la tunique albuginée ou de la tunique vaginale elle-même, des excroissances s'élèvent, entourent à la fin tout le testicule, et figurent un squirrhe ou un fongus, la substance du testicule lui-même ne s'écartant que peu ou point de l'état normal, le mal se comporte comme un lipôme, et à peu près jamais ne devient un squirrhe ou un carcinôme (*Systema chirurgiæ hodiernæ*, 1800, t. II, p. 145).

C'est bref, mais très-net, et explique en peu de mots ce qui se passe dans le cas de testicule exposé, et de ce qu'on a appelé ensuite fongus bénins du testicule. Si l'esprit des chirurgiens ultérieurs n'avait pas été obscurci par des préventions, on ne serait pas allé au delà de ce fait si simple et si vrai, et nous n'aurions pas besoin aujourd'hui de donner tant d'explications.

F. Il y a aussi, dans la médecine opératoire de Sabatier, un passage qui se rapporte peut-être au prétendu fongus, peut-être aussi et uniquement à de simples produits plastiques végétants, plus ou moins analogues à ceux que vous avez décrits. Ce passage est cité par M. Syme, comme se retrouvant dans la première édition, 1796, t. I, p. 401; je n'ai en ce moment, à ma disposition, que l'édition de 1824, où on le retrouve absolument le même, t. III, p. 377 :

« Il faut se conduire de même (pratiquer la castration), lorsqu'à la suite d'une lésion quelconque ou produite par une cause intérieure, il sort de l'ouverture de cet abcès (testiculaire) des chairs fongueuses qui se boursoufflent et se renversent de côté et d'autre, et qui rendent un pus séreux et mal digéré. »

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Atrésie de la vulve et adhérence de la verge,

Par M. Dupont, médecin de l'hôpital d'Harcourt (Eure).

1° Opération d'une atrésie complète de la vulve chez une jeune fille de trois ans.

Le 5 avril 1852, je fus appelé à Calhouet, village aux environs de Brionne, pour donner mes soins à la fille du nommé B..., qui avait, depuis plusieurs jours, une vive irritation des parties sexuelles.

En examinant l'enfant, qui a de trois à quatre ans, je reconnus, outre l'affection précitée et qui n'avait d'ailleurs nulle importance, une atrésie complète de la vulve. A la partie supérieure de la fente vulvaire existait un tubercule d'un rouge vif et percé à son centre; je le reconnus pour l'extrémité du canal de l'urètre

et le méat urinaire. Au-dessous, il n'existait aucune trace des nymphes et un naphé distinct occupait la partie moyenne de la fente et s'étendait, sans interruption, sur le périnée jusqu'à l'anus.

Je proposai l'opération, toujours moins effrayante et plus facile à pratiquer à cet âge, et elle fut acceptée pour le jeudi suivant.

Ayant couché l'enfant sur un carré, solidement placé sur une petite table, je fis fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin et les donnai à tenir à deux aides, tandis qu'un troisième, tenant les bras et appuyant la tête de l'enfant contre sa poitrine, essayait de le distraire par ses carresses.

J'ignorais s'il y avait absence ou non du vagin, l'étroitesse du rectum mettant obstacle à toute investigation.

Cependant, je m'armai d'une bonne lancette, solidement fixée dans un long manche droit, et, la tenant comme une plume à écrire, je fis une ponction dans la partie moyenne de la suture vulvaire, parallèlement à l'axe du corps, puis, exécutant un léger mouvement de bas en haut et de haut en bas, j'agrandis l'ouverture extérieure de la blessure que je venais de faire.

Une hémorrhagie qui, bien que peu sérieuse, ne laissait pas que d'inquiéter les assistants, suivit cette petite opération.

J'étanchai le sang répandu et arrêtai l'écoulement au moyen de quelques compresses imbibées d'eau froide, puis pressant une petite mèche de coton ceratée et la pliant en deux, je l'introduisis dans la plaie sur le bec d'une sonde et m'assurai en même temps de l'existence du vagin.

La mèche fut renouvelée trois fois par jour. Les bords de la plaie se cicatrisèrent rapidement, en laissant entre eux une ouverture béante de cinq à six lignes de hauteur. Cette ouverture artificielle ne représente qu'imparfaitement une vulve ordinaire, à raison de l'absence des nymphes et du sphincter.

Il est douteux qu'elle prenne avec l'âge des dimensions qui soient en rapport avec le développement des parties sexuelles. Le temps fera connaître si cette imperforation de la partie antérieure du vagin n'est pas accompagnée d'imperforation du col utérin ou d'absence de la matrice, comme on en cite quelques cas très-rares et d'ailleurs douteux.

2° *Opération d'une adhérence longitudinale de la verge avec le scrotum, accompagnée d'hypospadias.*

Le 26 novembre 1852, je fus appelé au même village de Calhouet, près Brionne, chez L..., fileur, pour un petit garçon de 14 à 15 mois, qui avait l'intérieur des cuisses et les fesses dans un état erythémateux si intense, qu'il en perdait le sommeil et l'appétit.

Cette vaste dartre était produite par l'action irritante de l'urine, dont le jet se dirigeait en arrière, entre ses jambes, et baignait complétement les fesses lorsqu'il était couché.

L'examen des parties, qui présentaient un aspect naturel, bien qu'un peu flasques, nous fit reconnaître que le méat urinaire, au lieu de s'ouvrir dans l'axe de la verge et du gland, avait son bord supérieur limité par le frein du prépuce; cette dernière membrane d'ailleurs, comme on le voit à l'âge viril, laissait le gland en grande partie découvert.

En relevant la verge qui, dans le repos, formait un arc convexe en dehors, je reconnus qu'elle était adhérente dans toute sa longueur avec le scrotum; ce qui expliquait parfaitement et sa convexité insolite et la direction du jet d'urine entre les cuisses.

On ne connaît aucun moyen de remédier à l'inconvénient de l'hypospadias; nous nous bornâmes donc à proposer l'isolement de la verge en la séparant du scrotum.

A cet effet, l'enfant étant convenablement placé et tenu, nous la fîmes relever par un aide, et tendant nous-même le scrotum avec l'index et le pouce de la main gauche, nous donnâmes un coup de ciseaux dans le triangle formé par la double membrane ainsi tendue, en coupant parallèlement à la verge, à deux lignes de distance environ, et prolongeant l'incision jusqu'à sa racine.

Cette petite opération ne donna que quelques gouttes de sang. Après l'avoir soigneusement étanché, nous réunîmes par première intention avec quelques bandelettes agglutinatives très-déliées, et un bandage en T à deux chefs qui venaient se croiser sous la verge, servit à maintenir le simple appareil adhésif.

La cicatrice s'opéra en peu de jours et la verge est demeurée isolée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES

— L'Académie ne paraît pas se douter qu'elle a deux présidents; rien n'est pourtant plus certain.

Aux termes de l'ordonnance portant création d'une Académie alors royale, aujourd'hui impériale de médecine, le bureau de cette Académie se compose (art. 14) : « D'un président d'honneur *perpétuel*, d'un président temporaire, d'un secrétaire et d'un trésorier. Notre premier médecin en titre, » dit l'ordonnance, « sera, *de droit*, président d'honneur perpétuel de l'Académie. »

Plusieurs ordonnances subséquentes ont modifié l'ordonnance primitive de l'Académie; mais aucune n'a rapporté l'article 14; toutes, au contraire, l'ont confirmé soit implicitement, soit explicitement. Sous Louis-Philippe, il n'y avait pas de *premier* médecin du roi, et par conséquent point de président d'honneur à l'Académie; mais l'article 14 n'en était pas moins en vigueur, et dans la prévision qu'un premier médecin pourrait être créé, la dernière ordonnance du gouvernement de juillet, relative à l'Académie, a bien soin de rappeler (art. 6) que « le président *annuel* et le vice-président sont élus par l'Académie, » donnant ainsi clairement à entendre qu'il n'en est pas de même du président *perpétuel*. Durant la république, il est inutile de dire qu'il n'y eut pas de président perpétuel; mais il n'est peut-être pas superflu de rappeler qu'il n'y eut non plus aucune disposition de rendue contre l'article 14 de l'ordonnance de 1820.

Aujourd'hui que le chef de l'État a rétabli sa maison médicale sur le pied de l'empire et de la restauration, M. Conneau est de droit président perpétuel de l'Académie.

L'honorable Archiâtre fera-t-il à la docte compagnie l'honneur de venir la présider quelquefois? c'est ce que nous ignorons; mais l'intérêt bien connu que M. Conneau porte à la science, l'amitié qui le lie à plusieurs savants des plus distingués, tout porte à espérer qu'il viendra en effet quelquefois occuper ce fauteuil académique.

— La maison médicale de S. M. l'empereur paraît être définitivement constituée ainsi qu'il suit, quoique aucun décret n'ait encore paru au *Moniteur*, et quoiqu'il n'y en doive point paraître, dit-on :

Premier médecin, chef du service de santé : M. Conneau.

Médecins ordinaires : MM. Andral et Rayer.

Médecins consultants : MM. Bouillaud, Gaultier de Claubry, Michel Lévy, Louis.

Chirurgiens ordinaires : MM. Jobert et Larrey.

Chirurgiens consultants : MM. Bégin, Bérard, Cloquet, Velpeau.

Médecins et chirurgiens par quartier : MM. Arnal, Boulu, L. Corvisart, Delarroque fils, L. Fleury, Longet, Tenain, Vernois.

Le traitement du premier médecin est, dit-on, de 20,000 fr.; celui des médecins et chirurgiens ordinaires de 8,000 fr.; celui des médecins et chirurgiens consultants et par quartier de 6,000 fr.

On sait que sous le dernier règne, les médecins et chirurgiens par quartier avaient un traitement de 3,000 fr., et que les médecins consultants n'avaient pas de traitement fixe. Le médecin et le chirurgien ordinaires du roi avaient 12,000 fr.

La maison médicale de Sa Majesté va se compléter, dit-on, par la nomination de M. Acar, de Ham, aux fonctions de premier pharmacien de l'empereur.

— La Faculté vient de justifier les éloges que nous avons donnés au *Code médical*, en votant, à l'unanimité, une médaille d'or à M. Amette, pour avoir conçu l'idée de cet utile ouvrage, et pour l'avoir exécuté d'une manière aussi remarquable.

— Une commission s'est formée pour provoquer une manifestation du corps médical envers M. Orfila. Nous ne pouvons qu'applaudir à ce témoignage de publique gratitude.

— Le docteur Auzoux commencera son Cours d'Anatomie humaine et comparée le dimanche 16 janvier, à une heure, dans son amphithéâtre, rue de l'Observance, n° 2. Ce Cours sera continué les dimanches suivants à la même heure. — Les jeudis à la même heure : 1° Conférences sur la leçon du dimanche; 2° expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient; 3° considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques. — Des places seront réservées pour les dames et pour les personnes qui en feront la demande.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 6. 1re ANNÉE. Jeudi, 13 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances des Académies. — Coup d'œil sur la chirurgie anglaise : des fongus du testicule, par le Dr A. DEVILLE (*Suite*). — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie, par M. VALLEIX. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE** : Séance du 11 janvier. — **ACADÉMIE DES SCIENCES** : Séance du 10 janvier.

Paris, le 12 janvier 1853.

Séances des Académies.

Une lettre de M. Lallemand, lue par M. Rayer, et rendant compte d'expériences faites par un observateur aussi distingué que M. Pravaz, en voilà beaucoup plus qu'il ne faut pour faire écouter avec faveur une communication. A tous ces éléments de succès, la lecture de M. Rayer ajoutait encore celui qui résulte de l'intérêt du sujet ; il est peu de questions, en effet, qui aient à un aussi haut degré que la question des hémostatiques, le privilége de capter l'attention du public médical. C'est dire avec quel recueillement a été écoutée la lecture de M. Rayer à l'Académie des sciences. Cette lecture, toutefois, a été faite avec toute la réserve que commandent, relativement aux conclusions thérapeutiques, les expériences analogues et très-nombreuses dont la relation se trouve consignée dans les annales de la science. Nous ne saurions trop louer cette sage réserve, et peut-être n'est-il pas inutile d'indiquer en quelques mots les motifs qui la justifient.

Malgré la prudence bien connue de M. Pravaz, l'habile expérimentateur n'en pose pas moins d'avance les conditions de l'application du nouveau coagulant au traitement des anévrysmes. Or, un praticien pourrait-il sans imprudence tenter aujourd'hui une telle application, en s'appuyant simplement sur trois expériences faites sur les animaux? Nous ne saurions dissimuler qu'une pareille tentative nous paraîtrait téméraire. La différence qui existe entre la propriété coagulatrice, qu'on nous passe ce mot, du sang des animaux et celle du sang de l'homme, est trop connue de tous les médecins, pour qu'il soit utile d'y insister. Si donc M. Pravaz a fait une juste appréciation en évaluant à une goutte de perchlorure de fer la quantité de liquide nécessaire pour coaguler une cuillerée à café de sang de mouton, on peut, sans crainte d'erreur, prédire que cette quantité devra être bien supérieure pour coaguler un égal volume de sang humain. Ainsi, pour un anévrysme de médiocre volume qui contiendrait seulement de 8 à 10 cuillerées de sang, il ne faudrait très-probablement pas moins de 16 à 20 gouttes de liquide, pour obtenir la coagulation; peut-être même en faudrait-il davantage. Il y a plus : obtiendrait-on sûrement la coagulation? La prudence nous oblige vraiment d'en douter. Or, imagine-t-on quelle serait la position d'un praticien qui aurait injecté dans une poche anévrysmale 20 gouttes, 15 gouttes, 5 gouttes même, de perchlorure de fer concentré, et qui se verrait, par la non-coagulation du sang, dans l'impossibilité d'empêcher le passage de cette substance dans le torrent circulatoire !

Nous croyons donc que jusqu'à nouvel ordre les faits, fort intéressants d'ailleurs, communiqués par M. Pravaz, doivent rester dans le domaine de l'expérimentation pure, ou de la thérapeutique vétérinaire, et qu'il faut réserver à un temps plus éloigné l'application de ces faits à la thérapeutique humaine.

— Un rapport fort intéressant de M. Guibourt, sur un cas d'égagropile dans l'espèce humaine, rapport rendu plus intéressant encore par une allocution de M. Delafond, dans laquelle cet habile vétérinaire a donné des renseignements curieux sur les égagropiles des animaux, a occupé utilement la plus grande partie de la séance de l'Académie de médecine. Toutefois, ce rapport et les communications diverses auxquelles il a donné lieu, intéressent peu la thérapeutique. En revanche, ils intéressent beaucoup l'hygiène publique, puisque l'alimentation par la farine d'avoine semble en être la cause presque exclusive, dans l'espèce humaine. En France, cette alimentation est extrêmement rare ; mais elle est encore fréquente parmi les populations d'Ecosse et surtout d'Irlande. C'est donc au gouvernement de ces pays que s'adressent les justes doléances que la science pourrait faire entendre à ce sujet.

M. Guibourt ne s'est pas borné, comme on aurait pu s'y attendre, à une sèche paraphrase du travail qu'il avait à examiner; non-seulement il s'est livré à une analyse détaillée des corps étrangers soumis à son examen, mais encore il a fait quelques excursions dans le domaine de la physiologie, et s'est livré même à des théories, vers lesquelles nous ne savions pas que l'esprit du savant, mais prosaïque académicien, eût autant de penchant,

Pour ne citer qu'un exemple, M. Guibourt a trouvé du soufre dans la matière brune qui entrait dans la composition des égagropiles soumis à son examen; cette matière brune ressemblant à de la bile, il a supposé que le soufre se trouvait également dans ce liquide, ce qu'il a en effet constaté ; et enfin le soufre existant dans la bile, il a supposé que celle-ci était destinée à éliminer l'excès nuisible de soufre contenu dans les aliments, et même, d'une manière plus générale, toutes les substances nuisibles introduites dans le sang. Voilà de bien grandes conséquences

pour un seul petit fait qu'il serait tout aussi facile d'expliquer d'une manière entièrement différente. Nous avons été un peu surpris de voir que l'éminent physiologiste, qui a pris la parole pour rappeler une des découvertes de Hunter, n'ait pas jugé à propos de dire son avis sur cette théorie de M. Guibourt et sur quelques autres dont la base ne nous paraît guère plus solide.

La séance s'est terminée par une communication intéressante, mais trop abstraite pour que nous ayons pu la saisir parfaitement à la simple audition, de M. Serre (d'Alais) sur les phosphènes, et par la présentation, de la part de M. Maisonneuve, d'une malade sur laquelle il a pratiqué avec un remarquable succès une amputation sous-astragalienne.

H. DE CASTELNAU.

Coup d'œil sur la chirurgie anglaise.

Des fongus du testicule, ou pour mieux dire *des hernies du testicule*,

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

A M. le professeur Malgaigne.

§ 3. *Faits recueillis dans le cours du présent XIXe siècle.*

Monsieur et très-honoré maître,

Nous arrivons maintenant à un moment où la question des hernies testiculaires, si peu examinée jusqu'alors, va être reprise d'une manière plus sérieuse, et malheureusement va être en même temps obscurcie. Il résulte de ce qui précède, que dans plusieurs pays, les chirurgiens avaient observé le fait, sans y insister spécialement, et que quelques détails seulement avaient été examinés à l'Académie de chirurgie.

A. Au commencement de ce siècle, la lésion testiculaire dont nous nous occupons, paraît avoir été bien connue en Angleterre, en particulier à l'hôpital Saint-Barthélémy de Londres, où nous trouvons que la castration lui est appliquée par sir James Earle; il est évident que c'est là que Samuel Cooper, Lawrence et peut-être sir A. Cooper, ont puisé leurs premières notions sur l'existence de cette affection, caractérisée par la sortie, à la surface du scrotum, d'une tumeur ayant en général le volume d'une noix, non granulée, non saignante, appelée dure par opposition seulement à la mollesse des fongus cancéreux, ne s'accompagnant ni d'engorgements ganglionnaires, ni de troubles éloignés dans l'organisme.

B. Samuel Cooper se fit le premier l'éditeur des idées qui étaient probablement professées à ce moment-là, car il ne les donne pas comme siennes, et pour la première fois, la lésion commença à être exposée sérieusement dans un livre de chirurgie. Plus d'une forte page, page 399 de la première édition du livre : *First lines of the practise of surgery*, par Samuel Cooper, 1807, est consacrée à signaler l'existence d'une affection particulière du testicule, dans les cas d'indurations chroniques de cet organe : un fongus, y est-il dit, s'élève de la substance glanduleuse, et *quelquefois de la surface de la tunique albuginée*. Dans son Dictionnaire, édition de 1838, S. Cooper reconnaît que ce qui lui a fait toujours mentionner ce dernier fait, est le cas de Macartney, dont nous parlerons bientôt, appuyé en outre par la note de Callisen. S. Cooper reconnaît que le plus souvent, l'origine de la lésion est un coup, et la cause principale un abcès consécutif. Il décrit la marche de la lésion presque aussi bien que nous pouvons le faire aujourd'hui. Puis il conseille (on appelait cela un fongus) l'extirpation, plutôt à l'aide du bistouri que par tout autre procédé; si tout le testicule est malade, la castration est applicable. Comme on le voit, la description est assez complète, et presque tout ce qu'on en cite maintenant, d'après M. Lawrence, devrait plutôt être rapporté à Samuel Cooper, sans compter que ce n'est pas même la propriété de celui-ci, puisqu'il paraît n'être que l'éditeur pur et simple de ce qui se disait avant lui.

C. Le mémoire de M. Lawrence est postérieur à la publication de Samuel Cooper, car il ne parut qu'en 1808, dans le n° de juillet de : *The Edinburgh Med. and Surg. Journal*, sous ce titre : *Observations sur une affection particulière du testicule, accompagnée par le développement d'un fongus provenant de cet organe.* On y trouve un exposé théorique identique, sauf qu'il est un peu plus complet, à celui donné par Samuel Cooper, et probablement puisé à la même source. Mais on y trouve de plus des additions sérieuses : d'abord un bon nombre d'observations, non pas seulement au nombre de 9, telles qu'elles sont numérotées, mais bien au nombre de 13 et même, à la rigueur, de 15, si nous comptions pour 4 les 2 cas dans lesquels les deux testicules ont été successivement affectés chez le même individu; puis, et c'est là le fait capital qui donne une si grande valeur au mémoire de M. Lawrence, la démonstration incontestable, faite pour la première fois, que ces tumeurs, appelées fongus du testicule, renferment dans leur intérieur des tubes séminifères. Seulement, à côté de ces détails importants, M. Lawrence, trompé par le traducteur de Bertrandi, accepte et développe l'idée que les fongus bénins du testicule sont dus à une protrusion de la substance testiculaire à travers une ouverture de la tunique albuginée, suivant le mécanisme que voici : M. Lawrence admet que le point de départ habituel est un coup, ce que ses observations à lui-même ne démontrent pas du tout, et ce qu'avait déjà dit S. Cooper; par suite de la violence infligée, survient une affection inflammatoire, qui s'accompagne de dureté et de douleur, par suite de la résistance de la tunique albuginée; puis les enveloppes du testicule et du scrotum sont absorbées, et le fongus, dans lequel on retrouve les tubes séminifères, sort au dehors.

Vainement M. Lawrence rapporte lui-même le fait de Macartney, analogue à ce qu'avait dit Callisen, dans lequel le testicule ayant été enlevé, on trouva pour toute lésion de simples granulations sur la surface extérieure de la tunique albuginée; vainement il raconte lui-même un cas dans lequel, suivant son expression, *tout le corps du testicule* formait une excroissance se projetant au delà du niveau du scrotum, et un autre dans lequel le fongus sort recouvert par une substance blanchâtre, fibreuse (c'est-à-dire par la tunique albuginée). etc.; vainement enfin, lorsque la tumeur avait été détruite par excision, ligature ou cautérisation, constate-t-il qu'après la guérison, il n'existe plus de testicule dans le scrotum, par le fait de l'extirpation de cette tumeur contenant les tubes séminifères; il semble, à chaque instant, lorsqu'on lit ses observations, que M. Lawrence va constater la vérité, c'est-à-dire que les prétendus fongus ne sont autre chose que le testicule lui-même échappé du scrotum, et dont la tunique albuginée se recouvre de quelques granulations sur sa surface extérieure. Eh bien! non, une prévention analogue à celle produite chez M. Jarjavay et sur moi, par la lecture de la traduction française de Bertrandi, persiste, et M. Lawrence ne voit et n'a continué depuis à voir dans la lésion qu'une protrusion de la substance testiculaire à travers une ouverture de la tunique albuginée. Et depuis, cette opinion, appuyée sur l'autorité d'un aussi illustre chirurgien, a été acceptée sur parole, est devenue l'opinion générale, sans que personne se soit donné la peine de jeter les yeux sur les observations même de M. Lawrence.

Enfin, M. Lawrence parle aussi du traitement, et se décide, comme S. Cooper, plutôt en faveur de l'extirpation par excision. Et ici, nous trouvons cette discussion qui semble singulière aujourd'hui que nous connaissons la nature de la lésion, et qui a été reproduite par plusieurs auteurs depuis : ce fongus du testicule est sans douleurs, n'expose à aucun danger sérieux, n'admet, par conséquent, la castration que dans des cas exceptionnels, et il y a lieu de regretter qu'on l'ait si souvent pratiqué dans ce cas. Comme s'il y avait grande différence entre la castration et

l'excision de la tumeur que nous savons aujourd'hui être le testicule lui-même! Il est vrai que dans la castration on enlève l'épididyme, et que dans l'excision on le laisse en place ; pauvre consolation, en vérité!

D. Après M. Lawrence, nous retrouvons en Angleterre un autre travail publié sur les tumeurs testiculaires qu'on avait appelées fongus bénins, dans l'ouvrage si remarquable et si connu de sir A. Cooper, intitulé : *Observations on the structure and diseases of the testis,* London, 1830 ; mais il faut noter que si l'ouvrage entier a été publié en 1830 seulement, depuis longues années A. Cooper en professait tous les détails dans ses cours, dont il existait déjà pas mal de publications partielles. Le seul fait intéressant que nous trouvions dans A. Cooper, et qui démontre ici, comme dans tant d'autres cas, le génie observateur de ce grand chirurgien, c'est le nom qu'il a imposé à la lésion, et que beaucoup d'auteurs ont conservé depuis ; il l'appelle tumeur granuleuse (*granular swelling*), nom dont la signification descriptive est, dans l'épithète au moins, d'une vérité frappante. Mais, à part cela, le reste de la description est entaché des erreurs les plus fâcheuses. Par exemple, A. Cooper, comme le font malheureusement encore beaucoup de contemporains, confond complétement l'histoire de l'épididyme avec celle de l'orchite, malgré l'affirmation si vraie, déjà émise par Swediaur, et que démontre la plus superficielle observation, à savoir que l'inflammation consécutive à la blennorrhagie réside à peu près toujours (et toujours primitivement) dans l'épidydime seul. Une confusion bien plus fâcheuse est celle que fait A. Cooper entre l'épididymite chronique, les noyaux durs épididymaires, si fréquemment consécutifs à l'inflammation aiguë, et les tubercules de l'épididyme. Si vous voulez trouver dans A. Cooper l'histoire des tubercules de l'épididyme, n'allez pas la chercher dans le petit chapitre écourté qui en porte le titre, mais surtout dans le chapitre de l'inflammation chronique ; aussi, lorsqu'il dit quelques mots des lésions scrofuleuses du testicule, A. Cooper établit qu'elles viennent à la puberté ou avant, rarement après, ce qui est une erreur, car on les observe surtout, sans contestation possible, de 25 à 35 ans. On pourrait répondre, à la rigueur, aux deux critiques précédentes, qu'à l'époque où A. Cooper a composé son travail, ces deux questions n'étaient pas vidées, que malgré Swediaur et quelques auteurs, la distinction entre l'orchite et l'épididymite n'était pas faite, et spécialement que l'histoire des tubercules de l'épididyme n'était pas faite, au point qu'elle ne l'est pas encore aujourd'hui, bien qu'elle soit connue de quelques chirurgiens en particulier, parmi lesquels, sans contredit, M. Ricord occupe un des premiers rangs.

Mais il serait un peu plus difficile d'expliquer pourquoi, après les détails si précis, donnés par M. Lawrence, A. Cooper a cherché à donner à la lésion dont nous parlons, une toute autre origine, contrairement à ce qu'il a vu et fait dessiner lui-même. Ainsi, M. Lawrence avait dit, avec un peu d'exagération peut-être, que lorsque la peau du scrotum s'ulcère afin de donner passage à la tumeur, il ne sort pas de pus, et cela peut et doit arriver assez souvent, en effet ; pour A. Cooper, au contraire, la lésion serait toujours consécutive à un abcès ; bien plus, oubliant ce qu'il a dit lui-même de la rareté extrême des abcès, en particulier dans le testicule, il ajoute que les abcès suivis de la formation de tumeur granuleuse ont leur siége dans l'épididyme quelquefois, plus souvent dans le testicule. M. Lawrence avait démontré au delà de toute critique, que le fongus bénin renferme des tubes séminifères ; A. Cooper n'en tient compte, et pour lui, la tumeur granuleuse va être due au développement de granulations ordinaires, s'élevant de la paroi de l'abcès, devenant exubérantes et se montrant à l'extérieur, surtout par suite de la compression qu'elles éprouvent de la part de la tunique albuginée ; c'est tout au long l'affaire de vos végétations fongueuses, monsieur et très-honoré maître, telle que vous l'avez énoncée à l'Académie de médecine, et pour laquelle vous ne pensiez pas avoir deux aussi illustres parrains que Sabatier et A. Cooper.

Cette théorie de A. Cooper est complétement en opposition avec les faits ; elle suppose l'existence antérieure d'un abcès, alors que dans bien des cas il n'y a pas d'abcès antécédents, alors que les abcès du testicule sont certainement bien plus rares que les tumeurs granuleuses ; elle suppose un développement lent et graduel de la tumeur, alors qu'il est positif que souvent la sortie de la tumeur au dehors du scrotum se fait avec une certaine brusquerie. D'ailleurs A. Cooper ne croit pas lui-même à cette théorie, qu'il a ainsi posée en opposition avec celle de M. Lawrence. Vous en trouverez la preuve dans le dernier chapitre de son livre, où il traite de la castration ; là, en effet, lorsqu'il donne les indications de cette opération, il cite entre autres : « l'inflammation chronique du testicule, quand il y a ulcération et formation d'une tumeur granuleuse, ulcération par laquelle se fait *une protrusion de la plus grande partie du testicule.* » Une preuve plus convaincante encore se retrouve dans le magnifique atlas qui termine l'ouvrage ; jetez les yeux, je vous prie, sur la coupe du testicule affecté de tumeur granuleuse qui est parfaitement dessinée, quoiqu'un peu altérée par la fantaisie de l'artiste, comme toujours, planche 1 de la 2e partie, fig. 4, où sont les granulations exubérantes. On ne voit qu'une continuité intime, sans ligne de démarcation, entre la substance du fongus et la substance du testicule ; c'est-à-dire, et cette figure est une de mes bonnes preuves, que le fongus ou la tumeur granuleuse n'est que le testicule lui-même. Une autre preuve plus singulière encore, c'est que parmi les modes de traitement que conseille A. Cooper, se trouve celui qui consiste à écorcer, pour ainsi dire, la tumeur de ses granulations, *en respectant la tunique albuginée*, et de réunir ensuite la peau du scrotum par-dessus la tumeur ainsi dépouillée, *en laissant le testicule intact.* Le testicule et sa tunique albuginée sont donc au dehors, puisqu'ils doivent être respectés, et que devient alors la théorie des granulations venant de l'intérieur d'un abcès ?

En terminant, A. Cooper discute le traitement fort au long, et se décide pour l'excision, c'est-à-dire pour une castration déguisée, quoiqu'il repousse la castration, sauf pour les cas particuliers où la lésion est très-avancée. Je n'insiste pas sur le mode particulier d'excision, suivi de sutures, auquel il donne la préférence, et qui lui a, dit-il, complétement réussi, parce que cela devient tout à fait inutile aujourd'hui.

Il m'a fallu insister un peu longuement sur les théories de M. Lawrence et d'A. Cooper, pour deux raisons surtout. D'abord, il est curieux de voir par quelles singulières interprétations le mot fongus, qui est le principal coupable, a porté deux hommes aussi éminents, à rendre compte d'un fait aussi simple cependant que celui de la formation d'une tumeur par la sortie du testicule lui-même, à travers une ouverture préalable du scrotum. Puis, l'immense influence de ces deux grands noms a fait que, sans autre examen ultérieur, les chirurgiens anglais, et quelques-uns, dans d'autres pays, se sont prononcés pour l'une et l'autre théorie, M. B. Brodie, M. Curling, M. Syme, M. Jarjavay, adoptant la théorie de M. Lawrence ; Samuel Cooper, dans sa définition préliminaire de l'article du Dictionnaire, et M. Bransby Cooper, entre autres, se prononçant pour la théorie d'A. Cooper. Puis sont arrivés les éclectiques, qui, sous le prétexte de mettre tout le monde d'accord, ne font d'habitude que faire prendre de plus profondes racines aux erreurs. Samuel Cooper vient aussi se ranger dans cette autre classe, car, dans l'édition de 1838 de son Dictionnaire, il ajoute à la fin : « Le lecteur pourra voir quelque divergence sur le compte donné, de cette lésion, par différents écrivains ; les uns représentant la substance comme consistant en granulations fongueuses, et les autres comme étant une protrusion de la substance glanduleuse du testicule. Je dirai que les deux formes se rencontrent, et ne doivent pas être confondues. » J'en suis bien fâché pour la placidité et les bonnes intentions de l'éclectisme, mais la conclusion est inacceptable ; ni l'une ni l'autre forme ne se rencontrent, ou plutôt les deux formes de *granular swelling* doivent être confondues en une seule qui est la sortie à l'extérieur du testicule en nature, dont la tunique albuginée se recouvre de quelques granulations sur sa surface extérieure.

E. M. B. Brodie, dans ses *Leçons sur les Maladies du*

Testicule, lues à Saint George's Hospital, en octobre 1833, et publiées dans *London Medical Gazette*, vol. 13, 1834, traite aussi de la protrusion du fongus testiculaire, p. 220-223. M. Brodie est tombé, au point de départ, dans un excès inverse à celui d'A. Cooper. Chez ce dernier, bien qu'il ait un petit chapitre pour les tubercules, l'histoire presque tout entière des tubercules testiculaires se trouve dans le chapitre de l'inflammation chronique. Chez M. Brodie, au contraire, l'inflammation chronique est perdue au milieu des tubercules testiculaires, la distinction entre ces trois états différents : épididymite chronique, noyaux durs épididymaires et tubercules, sans compter l'orchite chronique qui est si distincte, et fait bien quatre, étant complétement supprimée. Tout du long, M. Brodie désigne tout cela sous la périphrase sans cesse renouvelée : *inflammation chronique ou tuberculeuse.* Aussi, trouve-t-il à invoquer, comme causes premières, les coups, la constitution particulière, le rhumatisme, la syphilis. Lorsque, dans la lésion produite par une de ces causes, survient une protrusion de fongus, M. Brodie l'explique absolument comme M. Lawrence ; et il ajoute, à propos de l'anatomie pathologique, que par la dissection on trouve la tunique albuginée altérée (pure assertion, car il n'en existe pas un cas dans la science), et la substance testiculaire se projetant au dehors.

A propos du traitement, il y a une contradiction bizarre chez M. Brodie. Pour lui, la substance tuberculeuse, quand elle se dépose dans le testicule ou l'épididyme, est sécrétée par la surface interne des tubes séminifères; il en a constaté la présence dans la cavité du tube de l'épididyme, et admet par analogie que la chose doit se passer de même dans les tubes du testicule, où il n'a pas pu le vérifier, à cause de la petitesse. Puisque la matière tuberculeuse est déposée à l'intérieur des tubes, et « *non en dehors d'eux,* » et d'après ce que nous savons de la puissance destructrice de la matière tuberculeuse, il semble que plus qu'aucun autre, M. Brodie, en traitant de la cure du fongus du testicule qui survient après le dépôt tuberculeux, va être partisan de l'excision au moins, tandis que A. Cooper, qui suppose au contraire que le testicule peut reprendre ses fonctions après la guérison, aurait dû être opposé à l'opération. Eh bien ! non, c'est de M. Brodie que va dater un changement radical dans le traitement du fongus du testicule. Quelques chirurgiens vont bien encore tenter l'excision, voire même la ligature. Mais tous ceux qui se tiennent au courant de la science vont désormais respecter la tumeur, ou du moins chercher à la guérir par un traitement intérieur et des applications extérieures, dans lesquels les mercuriaux dominent. Il n'est pas nécessaire d'entrer dans les détails du traitement conseillé par M. Brodie, car ce traitement, qui a été un si grand progrès, paraît être lui-même superflu, ainsi que vont le démontrer les observations de M. Bransby Cooper. L'affaire importante, c'est qu'on ne châtrait plus, d'une manière ouverte ou déguisée, des testicules sains. Çà été là un progrès bien sérieux, car jusqu'alors, malgré que M. Lawrence eût accepté, sans la prouver, la possibilité d'une guérison spontanée très-lente à obtenir, malgré qu'il eût cité des observations de cure sans extirpation, il n'en conseillait pas moins, comme règle, l'excision; et l'opinion générale était en faveur de l'extirpation par ligature, cautérisation, ou surtout excision, et même par la castration la plus franche dans les cas extrêmes.

Alors qu'il parle du traitement, M. Brodie laisse échapper une exclamation curieuse et bien peu en rapport avec le reste : « Le fongus, dit-il, ou le testicule (car c'est bien le testicule)..... »

F. En 1843, parut à Londres l'ouvrage si important de M. Curling, *On the diseases of the testis,* dans lequel les questions sont bien autrement largement traitées qu'elles ne l'avaient été jusqu'alors. Cependant, l'auteur n'a pas encore une idée complétement claire du tubercule testiculaire. Un mot (encore un mot !) a joué ici un rôle des plus fâcheux. En parlant confusément de l'orchite chronique, A. Cooper avait décrit, à propos de l'anatomie pathologique, le dépôt d'une substance jaunâtre (qu'il disait être de la lymphe plastique) dans l'intimité des tissus, et il en donne une représentation admirable dans la fig. 1, pl. 1, de la 2e partie de son Atlas ; puis, à propos des tubercules, il leur donne aussi la qualification de couleur d'un blanc jaunâtre. *Jaune* et *jaunâtre* se trouvent dans les deux cas; cela a suffi, joint aux autres causes déjà signalées, pour établir une confusion complète. Des chirurgiens français même se sont emparés de la chose, et ont accepté une matière jaunâtre particulière, décrite, par les chirurgiens anglais, comme un produit spécial des testicules de l'Angleterre. Eh mon Dieu ! non. Les choses sont en Angleterre comme en France ; et commettre une pareille confusion sur le mot jaunâtre, est de même ordre que si l'on voulait aujourd'hui confondre la pneumonie et le tubercule pulmonaire, sous prétexte que l'un et l'autre peuvent être grisâtres. En France, comme en Angleterre, dans les cas très-rares d'orchite chronique, dans les cas incomparablement plus communs d'épididymite chronique, et surtout des noyaux épididymaires consécutifs à l'inflammation, lorsqu'on divise l'organe, on peut lui trouver une couleur jaunâtre ; cela est dû, comme l'a si bien signalé A. Cooper, et outre la couleur normale de l'organe, à la présence de la lymphe plastique ; seulement, cette lymphe est si bien infiltrée, si bien combinée avec les tissus, que le tout est vasculaire, ne forme plus qu'un, sans distinction. En Angleterre, comme en France, dans les cas si communs de tubercules testiculaires, ou plutôt épididymaires, la couleur est jaunâtre aussi, quoique d'une teinte particulière et différente ; mais à peu près toujours, si ce n'est toujours (toujours à ma connaissance), le tubercule n'est pas infiltré, il est en masses distinctes du tissu qui le contient, pas vasculaire, etc. Faut-il donc tant insister sur les différences si tranchées entre les produits de ce qu'on appelle inflammation chronique et ceux des dépôts tuberculeux ?

Eh bien ! M. Curling hésite encore ; bien plus, il rapporte une excellente observation, accompagnée d'un dessin des plus précis, d'un des types les plus complets de tubercules testiculaires; il y a des noyaux jaunâtres tuberculeux dans l'épididyme, et, dans le testicule, des granulations grises demi-transparentes, perlées, cas assez commun quoique peu ou pas décrit. Ce cas type, je le répète, M. Curling le donne comme objection précisément à la nature tuberculeuse de la lésion ; et cela pourquoi ? parce que la substance des granulations grises du testicule, examinées au microscope par lui et le docteur Letheby, n'a pas présenté des corpuscules tuberculeux caractéristiques. Je le crois bien, on n'en trouve jamais dans ce qu'on appelle la granulation grise demi-transparente, qui est cependant un type de matière tuberculeuse ; que M. Curling le demande à M. Lebert, ou mieux à la nature dont M. Lebert n'a été ici que l'interprète fidèle. Si M. Curling, au lieu d'examiner les granulations grises au microscope, avait pris de la substance jaune des noyaux de l'épididyme du même testicule, il aurait trouvé bien autre chose. On pourrait peut-être bien aussi insister sur cette question à poser à M. Curling : comment lui et le docteur Letheby reconnaissaient-ils de la substance tuberculeuse sous le microscope en 1842 ? à quels caractères ? Je me contente de la poser simplement.

Revenons de cette petite discussion (qui n'est pas du tout étrangère au sujet, comme on pourrait le penser), à ce qui paraît être plus directement la question. M. Curling étudie parfaitement la question du gonflement granuleux, ou, pour mieux dire, comme il l'appelle, de la *hernie du testicule.* Quand j'ai vu ces derniers mots, hernie du testicule, *hernia testis*, j'ai cru qu'allant plus loin que M. Brodie dans son exclamation involontaire : « c'est bien le testicule, » M. Curling avait trouvé la vérité. Point du tout. Il traite la question à propos de l'inflammation du testicule comme tous ses prédécesseurs, tout en ajoutant que la hernie peut survenir dans toute autre lésion testiculaire occasionnant l'*ulcération de la tunique albuginée ;* puis il répète mot à mot, ou presque, la théorie de M. Lawrence, sauf qu'il ajoute que les tubes séminifères sortent au dehors avec la substance jaune (celle dont nous avons parlé plus haut), dont la présence contribue à les chasser hors de la tunique albuginée, et ceci l'entraîne dans une série de petites erreurs dont nous n'avons pas besoin de nous occuper ici. Mais, à propos du traitement, M. Curling prend vivement et avec d'excellentes raisons parti dans la croisade commencée par M. Brodie contre la destruction

des testicules, et il peut avoir la satisfaction d'avoir apporté la conviction dans beaucoup d'esprits.

G. Peu de temps après, si ce n'est vers la même époque, le célèbre chirurgien d'Édimbourg, M. Syme, a apporté un bien autre perfectionnement au traitement. Je ne sais pas au juste la date ; je n'ai lu le mémoire de M. Syme que dans la collection qu'il a publiée, en 1848, sous le titre : *Contributions to the pathology and practice of surgery,* p. 204. Mais ce mémoire était publié bien avant, car on en trouve une citation textuelle dans un petit article de M. Jame Duncan dans le *Monthly Journal*, en 1845. M. Syme accepte la théorie de M. Lawrence d'une manière absolue, et la rapporte textuellement en déclarant qu'il la lui emprunte. Ce qui est bien supérieur, il ajoute une anatomie pathologique excellente, qui a été complétée par l'examen microscopique fait par M. Goodsir. Il n'y a rien à redire à cette anatomie ; la tumeur se décompose en deux parties, une superficielle ou enveloppante, ou corticale, jaune, dans laquelle M. Goodsir trouve les caractères des couches granuleuses de la surface des solutions de continuité (je le crois bien, c'est la tunique albuginée avec ses granulations) ; une intérieure, brune, dans laquelle M. Goodsir trouve des tubes séminifères.

Ceci suggère à M. Syme une des remarquables idées pratiques dont il est si prodigue. Il pensa que ce qu'il y avait de mieux à faire était de réintégrer la tumeur dans le scrotum par le moyen d'une dissection des téguments et une suture consécutive. C'était admirablement rationnel ; les tubes séminifères étant sains, il n'y avait pas de meilleure voie à suivre que de les réintégrer ; quant à la substance jaune enveloppante, dès l'instant qu'elle était de la nature des granulations ordinaires, il devenait évident qu'elle ne pouvait plus être un obstacle et que de deux choses l'une, ou elle se résorberait ou elle servirait immédiatement à la réunion, comme dans ce qu'on appelle les réunions immédiates secondaires. Deux cas au moins se présentent à M. Syme ; il les opère ainsi, et obtient deux guérisons excellentes et rapides. M. J. Duncan d'Édimbourg, M. Lawrie de Glasgow et d'autres, opèrent de la même façon et avec le même succès.

On comprend à peine qu'après un pareil progrès M. Syme n'ait pas trouvé la vraie nature de la lésion.

H. Il nous reste à citer un dernier travail publié en Angleterre, non pas pour les conclusions que l'auteur en tire, mais pour celles que nous pouvons en tirer nous-même. Dans ses *Leçons* à Guy's Hospital, en 1846-47, rapportées dans le *London Med. Gaz.*, vol. 43 ou 8 de la nouvelle série, 1849, M. Bransby Cooper suit exactement la marche et les errements d'A. Cooper ; seulement, en décrivant dans un chapitre commun les lésions inflammatoires chroniques et les lésions tuberculeuses, il en marque mieux la différence. P. 266-268, il traite du *granular swelling* sous le titre de granulations exubérantes venant d'un abcès. Quant au traitement, il rejette les moyens chirurgicaux, il vante beaucoup les bons effets du mercure qu'il a toujours trouvé efficace, et il rapporte des observations à l'appui. Jusque-là, nous ne trouvons rien d'important, et même nous sommes en arrière. Mais, si nous lisons les observations données comme probantes, nous trouvons que, dans deux cas au moins, la guérison s'est faite sans que le mercure eût rien à y voir, toute seule, par le simple repos au lit, alors qu'un singulier hasard, dans les deux cas, a fait négliger le traitement. Voilà le dernier fait important que nous puissions retirer des travaux des chirurgiens anglais et qui a bien sa valeur, c'est que le prétendu fongus bénin du testicule guérit tout seul et *très-vite*, contrairement à ce qu'avait présumé M. Lawrence, par le simple repos au lit.

I. Au milieu de cette multiplicité de travaux sur ce que je vais appeler bientôt *la hernie tuberculeuse du testicule*, les chirurgiens anglais ne nous ont laissé rien de bien notable sur la hernie traumatique, ni sur l'exposition du testicule à la suite d'abcès ou de gangrènes. A part la mention précédemment faite de Monro et de Gooch, je n'ai trouvé qu'un cas de hernie traumatique, appartenant au docteur Snell, publié en 1846 dans *Lond. Med. Gaz.* S'il y a quelque autre chose publié en Angleterre sur la question, c'est bien peu connu, et cela a échappé à mes recherches bien attentives.

J. Pendant que la question s'élaborait ainsi en Angleterre, elle restait totalement inconnue en France, chose singulière, car des cas assez nombreux ont dû s'y présenter et s'y présentent tous les jours. Boyer se contentait de donner un résumé très-bref des résultats signalés à l'Académie de chirurgie. Quelques observations perdues gissaient çà et là dans les recueils scientifiques, parmi lesquels deux faits bien remarquables, appartenant à Serre de Montpellier, ne méritaient certes pas l'oubli dans lequel ils étaient tombés, un peu par la faute de leur auteur qui n'en avait pas compris la valeur. M. Roux restait dans le doute absolu relativement à l'existence des fongus bénins du testicule. M. Velpeau, dans sa *Méd. opér.*, cite, en passant, un cas de gangrène du scrotum à la suite du traitement de l'hydrocèle par injection, dans lequel le testicule étant à découvert, la tunique vaginale devint mollasse avant la cicatrisation ; à propos des indications de la castration, il cite aussi les dégénérescences non cancéreuses venant à la suite des inflammations chroniques. — En un mot, il n'y avait rien de fait.

K. Tout d'un coup, en 1846, M. Foucart, chargé de la rédaction de la clinique hebdomadaire dans la *Gazette des hôpitaux,* occasionna une explosion de faits qui dirigèrent l'attention sur ce sujet. M. Foucart n'avait en vue que les hernies traumatiques. Aussi, à quelque temps de là, répondit-il à la *Gazette médicale de Montpellier* qui lui reprochait de n'avoir pas cité les deux faits de Serre, publiés sous le titre de fongus, qu'il ne se serait pas douté (et en effet, il aurait été difficile de s'en douter, quoique cela fût) que fongus du testicule fût synonyme de plaies du scrotum et de hernies du testicule. En tout cas, voici comment la chose arriva. M. Foucart rapporta d'abord un cas de hernie traumatique emprunté au service de M. Voillemier et que nous trouverons plus loin ; il en rapprocha un autre fait publié en 1806 par le docteur Gaston ; et puis, étonné du silence absolu gardé par les auteurs sur des faits de ce genre, qui doivent nécessairement être assez communs, il fit un appel à ses lecteurs, leur demandant communication des faits de ce genre dont ils pouvaient avoir connaissance. Cet appel fut entendu.

L. En 1847, vous-même, Monsieur et très-honoré maître, publiâtes deux faits bien intéressants que je regrette de ne connaître que par mes souvenirs et par des résumés puisés dans d'autres journaux, votre *Revue médico-chirurgicale* ne se trouvant pas dans les bibliothèques de Londres que j'ai consultées ; chose étonnante que des documents aussi précieux manquent dans ces magnifiques bibliothèques où l'on trouve presque tout. A vos deux faits était joint le fait de hernie traumatique de M. Ollivier.

M. La même année, le *Journal de médecine de Bruxelles* publia le fait du docteur Kaysin et un mémoire de M. Dieudonné, rappelant quelques cas anciens rapportés dans le journal général.

N. Puis, M. Foucart, résumant ces faits dans la *Gazette des hôpitaux*, eut occasion d'y joindre les faits communiqués par les correspondants du journal, MM. Pichot et Guilhaud, ainsi que les faits de M. Serre, rappelés par la *Gazette médicale de Montpellier*. Pour mon compte, c'est dans ces publications de M. Foucart que j'ai puisé mes premières notions un peu saines sur la lésion qui nous occupe, et que j'ai pu trouver plus tard la liaison intime et alors inconnue qui les rapprochait des soi-disant fongus bénins du testicule.

O. En 1849, votre journal publia un tout petit travail de M. Goyrand d'Aix, sur l'exposition du testicule à la suite d'abcès ou gangrènes du scrotum, avec une observation des plus intéressantes, dans laquelle il avait pratiqué l'opération avec suture, analogue à celle que vous aviez pratiquée avant lui, et M. Syme avant vous. Tout petit qu'il est, ce travail renferme des indications bien utiles. Je l'ai heureusement trouvé tout entier dans la *Gazette des hôpitaux.* A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié.—M. Valleix.

Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie.

Le diagnostic de la pleurésie est habituellement facile ; néanmoins il présente, dans un certain nombre de cas, de sérieuses difficultés ; la connaissance de ces difficultés, les moyens à l'aide desquels on parvient à les surmonter, doivent être également familiers au savant et au praticien.

Cette considération, jointe à la présence dans nos salles d'un grand nombre de malades atteints de pleurésie, nous engage aujourd'hui à aborder une question qui, épuisée en apparence et envisagée déjà par un grand nombre d'auteurs sous tous ses aspects, nous fournira néanmoins l'occasion de remarques intéressantes et de considérations nouvelles.

Laënnec, dans son immortel ouvrage, établit le diagnostic de la pleurésie sur des bases tellement positives, que pendant longtemps on s'accorda à regarder le problème qui a pour objet de distinguer la pleurésie des autres affections thoraciques, comme l'un des plus simples et des plus exempts d'ambiguïté. Un certain nombre de faits, dans lesquels l'inflammation de la plèvre se montre sous une forme différente de celle qu'elle affecte ordinairement, avaient sans nul doute échappé à l'observation du médecin de la Charité ; frappé de la diminution ou de l'absence complète de la respiration qu'il avait cru rencontrer dans la plupart des circonstances, il avait été conduit à admettre et à dire que le bruit respiratoire, toutes les fois qu'il continue de se faire entendre pendant le cours de la pleurésie, comme on a lieu de le constater souvent chez les enfants et chez les individus doués d'une constitution robuste, offrait un affaiblissement notable dans son intensité naturelle. D'après lui, la respiration que l'on pouvait percevoir plus nettement au voisinage de la colonne vertébrale que dans les autres points du thorax correspondants à l'épanchement, se passait dans le poumon du côté sain et arrivait à l'oreille, transmise par le liquide interposé aux feuillets de la plèvre enflammée.

En 1843, M. Netter, dans un mémoire publié par la *Gazette médicale,* signala des faits de pleurésie dans lesquels il avait trouvé l'un des côtés de la poitrine entièrement envahi par un bruit de souffle très-distinct, mais différent par son timbre du bruit de souffle qui appartient à la pneumonie.

M. Monneret confirma plus tard les assertions de M. Netter, il ajouta que la respiration bronchique est un des caractères de la pleusérie et qu'on parvient toujours à la découvrir lorsqu'on la cherche avec soin. Suivant lui, elle ne résulte jamais de la transmission du bruit respiratoire qui se produit dans le côté sain de la poitrine ; lorsqu'elle occupe un point circonscrit, c'est en général au niveau de la limite supérieure de l'épanchement dans la partie la plus voisine de la colonne vertébrale qu'elle a son siége.

MM. Barth et Roger, dans leur *Traité pratique d'auscultation,* parlent de 26 cas de pleurésie avec épanchement observés, sans choix préalable, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité ; ils disent avoir trouvé chez neuf des malades qui ont fait le sujet de leurs recherches des traces de respiration bronchique qui, chez les 17 autres, ne se sont manifestées à aucun degré, même sous l'influence d'inspirations larges et profondes. Ces résultats, on le voit, ne ressemblent nullement à ceux qui ont été indiqués par MM. Netter et Monneret.

M. Barthez a cité des faits dans lesquels il a rencontré, non-seulement la respiration bronchique, mais encore la respiration amphorique. La respiration bronchique a été entendue par lui, dans des pleurésies très-étendues, sous la clavicule d'une part, et de l'autre au niveau et au-dessous de la fosse sous-épineuse.

Depuis deux ans environ, nous nous sommes occupé, d'une manière spéciale, des caractères de la respiration dans la pleurésie ; comme M. Monneret, nous avons constaté l'existence de la respiration bronchique ; dans le plus grand nombre des cas, cette respiration se fait entendre sur une large surface, rarement elle occupe un point limité de la poitrine ; plusieurs fois, elle s'est montrée à nous avec une intensité uniforme dans toute l'étendue de l'épanchement.

Nous avons en ce moment dans nos salles deux malades qui, l'un et l'autre, nous ont offert un exemple de respiration bronchique très-marquée coïncidant avec un épanchement pleurétique très-abondant.

Il convient de faire remarquer que, dans la majorité des cas, la respiration bronchique va s'affaiblissant des parties les plus élevées aux parties les plus déclives ; la diminution d'intensité que l'on constate alors, diminution d'intensité qui arrive quelquefois jusqu'à l'absence complète de la respiration, ne s'accompagne du reste d'aucun changement dans le caractère même du bruit anormal ; elle est due uniquement à ce que les phénomènes acoustiques se passent dans un point plus éloigné de l'oreille.

Lorsqu'on embrasse, dans un coup d'œil d'ensemble, les opinions qui, depuis Laënnec jusqu'à nos jours, ont été émises sur les modifications que la pleurésie imprime au bruit respiratoire, on est saisi en quelque sorte par la dissidence des faits et des idées ; cette dissidence, suivant MM. Barth et Roger, tient aux modes divers suivant lesquels les médecins procèdent à l'auscultation de la poitrine : les uns prescrivent aux malades de faire des inspirations larges et exagérées, les autres s'abstiennent de toute recommandation à cet égard.

Pour notre part, nous avons coutume d'engager nos malades à respirer, non avec plus de force, mais avec plus de rapidité que de coutume, les chances d'erreur devant, à notre avis, être plus grandes lorsqu'on laisse la respiration s'accomplir sans règle, et pour ainsi dire au hasard.

On se convaincra aisément des avantages attachés à la méthode que nous suivons : si on consulte un certain nombre de personnes en bonne santé, on en trouve, parmi elles, qui respirent d'une manière tellement vicieuse et tellement imparfaite, que la perception du murmure vésiculaire est rendue impossible. Conclura-t-on de là que chez elles la respiration ne s'entend pas à l'état normal ? Non, sans doute.

Ce qui se passe tous les jours, en l'absence de toute affection intra-thoracique, peut arriver dans des cas de pleurésie ; on reconnaît alors si le défaut de bruit respiratoire est dû à l'état pathologique du côté de la poitrine que l'on ausculte, ou à la manière dont respire le malade, en appliquant l'oreille sur le côté de la poitrine resté sain.

Un moyen à l'aide duquel on peut encore éviter toute méprise consiste à laisser d'abord le malade respirer à sa volonté et à l'inviter ensuite, s'il est besoin, de faire pénétrer l'air avec plus ou moins de force et plus ou moins de vitesse dans l'intérieur de la poitrine.

Les précautions sur lesquelles nous insistons ici n'ont pas été, que nous sachions, indiquées ou mises en usage par les observateurs dont nous avons parlé, il se peut donc que la respiration bronchique ait échappé à leurs investigations dans un certain nombre de cas où elle existait réellement.

Lorsque dans l'examen de la poitrine, on laisse ouverte l'oreille qui n'ausculte pas, il arrive souvent qu'on perçoit avec peine, ou même qu'on ne perçoit pas, des bruits qui deviennent très-distincts aussitôt qu'on ferme à l'aide du doigt l'oreille restée libre ; c'est ce que nous avons pu vérifier un grand nombre de fois, aussi sommes-nous convaincu que le procédé d'auscultation ordinaire, celui dans lequel l'oreille qui n'est pas appliquée sur le thorax demeure ouverte, doit être appliquée toutes les fois qu'il s'agit de rechercher des phénomènes acoustiques obscurs ou difficiles à constater.

La respiration amphorique, avons-nous dit, a été signalée dans la pleurésie par M. Barthez ; nous avons eu occasion de l'observer nous-même chez plusieurs malades sur différents points de la poitrine ; nous mentionnerons en particulier un cas dans lequel nous l'avons trouvée au niveau de la partie supérieure de la fosse sus-épineuse.

La respiration amphorique, on le sait, n'est que l'exagération de la respiration bronchique ; elle a pour cause un rapport déterminé entre les dimensions de l'orifice par lequel l'air pénètre dans une cavité donnée et la capacité de cette cavité elle-même. La respiration amphorique, qui accompagne quelquefois la pleurésie, résulte, selon toute probabilité, de ce que les grosses bronches, qui seules ont conservé leur perméabilité, ont subi un rétrécissement dans le point par lequel elle communiquent avec le reste de l'arbre aérien. A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 janvier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le ministre de la guerre adresse un nouvel échantillon des eaux minérales d'Hammarn, près de Sétif, dans la province de Constantine. (Comm. des eaux minér.)

2° État de vaccinations dans le département des Bouches-du-Rhône.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Anévrysme de la face.

M. le docteur Benoit, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, envoie une observation suivie de réflexions sur un cas d'anévrysme de l'artère faciale droite, ayant 35 centimètres de circonférence à la base et 7 centimètres de saillie, ayant de larges communications avec de nombreux vaisseaux artériels voisins, et traité avec un plein succès par la ligature de l'artère carotide primitive. Cette opération avait été précédée de la galvano-puncture qui n'avait produit aucun résultat. Voici comment l'auteur s'exprime dans ses réflexions sur la galvano-puncture :

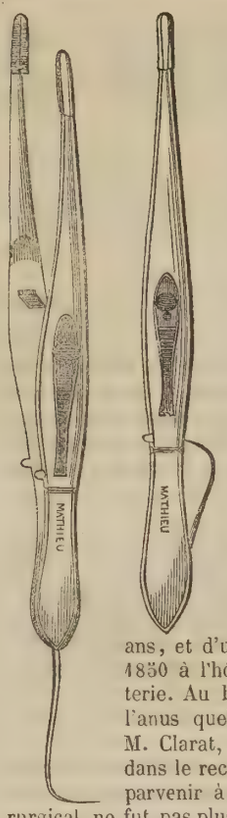
« Il ne nous appartient pas, d'après ce seul fait, de juger une méthode qui a réussi entre les mains de plusieurs chirurgiens et de M. Pétrequin en particulier. Ce praticien a obtenu, par l'électro-puncture, la guérison d'*un* anévrisme poplité, de *deux* anévrismes de l'artère humérale au pli du coude, et d'*un* anévrisme de l'artère temporale. Dans un cinquième cas, la tumeur anévrysmale avait pour siége l'artère ophthalmique ; le résultat se présentait sous de favorables auspices, lorsque le malade fut pris d'une fièvre grave à laquelle il succomba. »

Les journaux de médecine italiens renferment encore quelques observations constatant les heureux effets de l'électro-puncture. Mais il faut qu'on sache aussi que cette méthode a échoué et mis quelquefois le chirurgien dans la nécessité de procéder immédiatement, et séance tenante, à la ligature de l'artère. C'est ce qui est arrivé à M. Liston et ce qui a failli m'arriver à moi-même, ainsi qu'on a pu en juger par les détails de l'opération. Un malade, sur lequel M. Philips appliqua l'électro-puncture, succomba avant même que la ligature pût être pratiquée.

Dans un cas d'anévrysme de l'artère poplitée, M. Velpeau n'a pas eu non plus à se louer de ce moyen ; le sac s'est enflammé et le chirurgien a été obligé de pratiquer immédiatement la ligature ; puis est survenue une gangrène qui a nécessité l'amputation et le malade a fini par succomber.

M. Velpeau ne rejette pourtant pas l'électro-puncture d'une manière définitive, il lui reconnaît l'avantage de ne point nécessiter de place, et de ne pas faire courir le danger des hémorrhagies consécutives ; il l'admet pour les cas d'anévrysmes où la ligature n'est pas ou n'est que difficilement applicable, comme dans celui que M. Abeille a communiqué à l'Académie, en 1850, et qui est relatif à un anévrysme de l'artère sous-clavière gauche, opéré et guéri par l'électro-puncture.

« Concluons que l'électricité ne peut être proscrite de la thérapeutique des anévrysmes, en présence d'une foule d'autres moyens plus ou moins incertains dans leurs résultats et dont l'explication peut rationnellement précéder le recours aux opérations plus majeures. Hâtons-nous d'ajouter, néanmoins, que les *douleurs* occasionnées par l'électro-puncture doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de cette méthode, et qu'il est des sujets, des tempéraments pour lesquels elles seraient des contre-indications formelles. L'anesthésie peut sans doute atténuer cette contre-indication ; mais les moyens anesthésiques ne sont pas toujours applicables, et chez notre malade, il eût été bien difficile de combiner leur action avec les manœuvres de l'électro-puncture, à cause du siége de la tumeur dans le voisinage de la bouche.



Nouvelle pince tenaculum.

M. Mathieu adresse à l'Académie une pince à ténaculum qu'il a exécutée d'après les indications de M. Leroy-d'Étiolles. La réunion de ces deux instruments en un seul offre l'avantage de diminuer le nombre des pièces contenues dans la trousse (*V.* la fig.). A cette même pince peut être joint le cône mobile de M. Bachelon, propre à faciliter la ligature des artères profondes.

A l'occasion du procès-verbal, M. le Président rend compte de la démarche qu'une députation de l'Académie a faite envers M. Orfila, et celui-ci en remercie en quelques mots l'Académie.

RAPPORTS.

M. Guibourt lit un rapport sur une observation de *concrétions fibreuses intestinales*, adressée à l'Académie par MM. Claret et Lagillardaie, médecins à Vannes.

Le rapporteur commence par reproduire en ces termes l'observation des auteurs : Jeanne-Louise Donio, de Loudéac (Côtes-du-Nord), âgée de 33 ans, et d'une constitution délicate, est entrée en décembre 1850 à l'hôpital de Vannes, atteinte d'une sorte de dyssenterie. Au bout de trois jours, elle annonça qu'elle avait à l'anus quelque chose de dur qu'elle ne pouvait rendre. M. Clarat, médecin de l'hôpital, constata alors la présence, dans le rectum, d'un corps dur arrondi et mobile qu'il ne put parvenir à extraire. M. Lagillardaie, chargé du service chirurgical, ne fut pas plus heureux d'abord ; mais, à l'aide d'un instrument à deux branches, disposé comme un forceps, M. Lagillardaie parvint à saisir le corps dur et à l'extraire, non sans avoir fait une déchirure à la marge de l'anus.

La malade, placée dans le service de chirurgie, éprouva, pendant plusieurs jours, de vives douleurs et des selles involontaires. Peu après, elle ressentit de nouveau la présence d'un autre corps dur à l'orifice de l'anus. L'extraction en fut faite à l'aide du même instrument. La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours de février 1851.

Après quelques réflexions générales sur le peu de fréquence des calculs intestinaux, dans l'espèce humaine, dit M. le rapporteur, les auteurs du mémoire rappellent que le docteur Marcet a examiné un calcul intestinal recueilli en Écosse, lequel était composé d'une matière veloutée alternant avec des couches de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. Il a été reconnu que la matière veloutée était formée de fibrilles implantées à la surface du cariopse de l'avoine, dont le peuple fait sa nourriture ordinaire en Écosse. La fille Donio faisait elle-même habituellement usage de bouillie d'avoine, et les concrétions qu'elle a rendues sont composées de fibres feutrées comme celle examinée par le docteur Marcet. La première de ces deux concrétions présente dans ses trois diamètres différents : 58 millim., 60 millim. et 50 millim. Elle a une forme arrondie et irrégulière.

La surface extérieure est recouverte d'un enduit noir, luisant, paraissant être de la matière fécale desséchée. Les parties non couvertes de cet enduit ont l'aspect d'un feutre très-fin et tondu très-ras. La masse ayant été divisée par un trait de scie a présenté au centre un noyau de prune, et tout autour une masse homogène ayant la même apparence d'un feutre brunâtre très-fin ; cette masse exhale encore aujourd'hui une odeur repoussante. Les fibrilles dont elle se compose, examinées à la loupe, sont enchevêtrées les unes dans les autres, ainsi que cela a lieu dans les égagropiles du mouton et du bœuf, mais non dans ceux du veau qui sont régulièrement couchés en tournoyant dans le même sens, tout autour de l'axe de la compression.

Le noyau de prune extrait de la masse était vide à l'intérieur, l'amande ayant été dissoute ou digérée à travers l'endocarpe ligneux qui la renfermait.

La deuxième concrétion était un peu plus petite et de forme plus allongée que la première. Elle avait des diamètres de 74, 55 et 40 millim. Elle avait également pour centre un noyau de prune entier. (M. le rapporteur ne dit pas si le noyau renfermait l'amande.)

L'analyse chimique de ces concrétions, faite en traitant par l'éther, l'alcool, l'eau, l'ammoniaque, l'acide chlorhydrique et la calcination, a donné les résultats suivants :

Par l'éther : Matière grasse.	7,272
Par l'alcool : Matière extractive et apothème bruns. . . .	1,948
Principe volatil alliacé.	
Chlorure de sodium.	
Lactate de soude.	

Par l'eau : Matière fécale soluble et apothème insoluble. . . Sulfate alcalin, chlorure, etc.	4,805
Par l'ammoniaque : Matière brune fécale. . . . . Albumine ou mucus. . . . . Sel ammoniacal acide.	2,210
Par l'acide chlorhydrique : Acide sulfhydrique. . . . . Matière brune. . . . . Phosphate ammoniaco-magnésien. . . . . Phosphate de chaux. . . . . Oxyde de fer. . . . . Silice.	29,351
Résidu fibreux contenant de la silice et de l'oxyde de fer.	55,713
TOTAL.	101,299

La matière grasse ne contient point de cholestérine ; la matière fécale contenait du soufre. La matière brune, dissoute par l'alcool, doit être soupçonnée d'en contenir également. D'où l'on peut conclure que la bile est versée dans l'intestin, à titre de produit excrémentiel, destiné à éliminer l'excès de soufre contenu dans les aliments, et en général les substances nuisibles contenues dans le sang (comme on le voit pour l'arsenic, le cuivre, etc.).

La matière fibreuse qui a résisté aux traitements, a été reconnue n'être autre chose que des poils qui recouvrent le cariopse de l'avoine.

M. le rapporteur cite ici quelques faits contenus dans les annales de l'art et analogues à celui qu'il vient d'analyser, puis il termine en proposant d'adresser des remerciements aux auteurs, et de déposer dans les collections de l'Académie, les corps étrangers recueillis par MM. Claret et Lagillardaie.

A propos de ce rapport, M. Delafond fait un exposé succinct de l'histoire des égagropiles des animaux.

M. Bérard rappelle que c'est en remarquant la disposition uniforme des poils des égagropiles, que Hunter découvrit le mécanisme des mouvements de l'estomac.

M. Jules Cloquet donne quelquels détails sur les égagropiles de l'espèce humaine, observés en Écosse et surtout en Irlande.

M. Laugier rappelle que dans le tome 1er des *Mémoires de l'Académie*, se trouve une observation, faite par son père, d'égagropile observée chez une femme qui avait l'habitude de macher du réglisse.

Après ces observations diverses, les conclusions du rapport sont adoptées.

Phosphènes.

M. Serre d'Alais expose une première partie de ses observations et de sa théorie des phosphènes.

PRÉSENTATIONS.

Amputation sous-astragalienne du pied.

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune fille âgée de 15 ans, à laquelle il a pratiqué, en 1850, l'amputation du pied par la méthode sous-astragalienne. Tous les os du tarse, à l'exception de l'astragale, étaient affectés de carie scrofuleuse. Des fistules nombreuses, ouvertes tant à la région dorsale du pied qu'à la région plantaire, fournissaient une suppuration abondante. La petite malade, âgée alors de 12 ans, se trouvait dans un état de marasme extrême, et sa vie paraissait gravement compromise. M. Maisonneuve crut devoir recourir à l'amputation du pied, d'après une méthode encore toute nouvelle, et qui consiste à ne conserver que l'astragale, dont la présence dans la mortaise péronéo-tibiale sert à donner au moignon une forme plus régulière, et permet au malade de prendre un point d'appui sur l'extrémité du membre.

Cette opération date déjà de trois ans, et la jeune fille, qui, depuis sa sortie de l'hôpital, est employée dans une maison de commerce pour faire des courses, marche sur son moignon avec autant de facilité que si l'on eût pratiqué l'amputation de Chopart.

Une bottine ordinaire, munie seulement d'un léger coussinet dans la région correspondante au talon, suffit pour masquer complétement la difformité. — La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Nouveau moyen d'opérer la coagulation du sang dans les artères, applicable à la guérison des anévrysmes.

M. Rayer communique à l'Académie un extrait d'une lettre de M. Lallemand, contenant la relation suivante d'expériences faites par M. le docteur Pravaz, de Lyon, sur un nouveau moyen d'obtenir la coagulation du sang dans les artères.

Le moyen que propose M. Pravaz consiste à coaguler le sang dans les vaisseaux artériels par une injection de quelques gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration. Cette injection doit être faite avec un trois-quart très-fin en or ou en platine, qu'on introduit très-obliquement, à travers les parois de l'artère, par une espèce de mouvement de vrille. A ce trois-quart se trouve ajustée une seringue dont le piston doit être à pas de vis, afin que l'injection s'opère sans secousses et que la quantité de liquide injecté puisse être mesurée avec précision ; il faut, en outre, arrêter momentanément le cours du sang dans le vaisseau et prendre quelques autres précautions dont on se rendra un compte plus exact après le récit d'expériences faites, par M. le docteur Pravaz, à l'École vétérinaire de Lyon, en présence de M. Lallemand et de M. Lecoq, directeur de l'École :

1° Sur un mouton adulte, l'artère carotide ayant été mise à nu, la circulation fut interrompue par une compression exercée avec le pouce et l'indicateur, en deux points distants l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres. Il pouvait y avoir une cuillerée de sang intercepté dans cet espace. Une ponction fut pratiquée très-obliquement à travers les parois de l'artère, et trois ou quatre gouttes de perchlorure de fer furent injectées. Pour cela, on fit faire au pas de vis de la seringne deux tours complets dont chacun correspond environ à deux gouttes de liquide expulsées par l'extrémité du trois-quart. Aussitôt après l'injection du sel de fer, la pression du doigt annonça une augmentation dans la densité du sang ; on put sentir le caillot se former très-rapidement, et, quatre minutes après, on crut pouvoir l'abandonner à lui-même en faisant cesser toute compression ; en effet, le caillot ne changea pas de position et on le sentit encore pendant huit jours à la même place ;

2° L'expérience, pratiquée de la même manière sur l'artère carotide d'un cheval, a donné un résultat semblable. La portion d'artère dans laquelle la circulation avait été suspendue, avait 8 centimètres de long et pouvait contenir environ cinq cuillerées à café de sang. On y injecta de huit à dix gouttes de perchlorure de fer (M. le docteur Pravaz ayant reconnu qu'il faut à peu près deux gouttes du sel de fer pour coaguler une cuillerée à café de sang), quatre minutes après, chez le cheval comme chez le mouton, le caillot était formé dans l'artère, il était dur et résistant et n'éprouva aucun déplacement par l'impulsion du sang, pendant un quart-d'heure ; alors la portion d'artère soumise à l'expérience fut enlevée, et, quand on la fendit, on trouva que sa surface interne était dépolie, et présentait des granulations et des stries longitudinales dans toute l'étendue de la surface occupée par le caillot ;

3° Sur un autre cheval, la même expérience fut pratiquée de la même manière et avec des résultats *immédiats* identiques ; seulement on conserva l'animal pendant huit jours en laissant même l'artère à nu, afin de pouvoir suivre les phénomènes à différents moments. On constata que la dureté de la carotide s'étendait de plus en plus au-dessus et au-dessous du caillot primitif. Lorsque le cheval fut sacrifié (après huit jours), l'intérieur de l'artère carotide examiné présenta trois caillots distincts qui oblitéraient l'artère dans l'étendue de 25 centim. 5 millim. Le caillot du milieu correspondait à l'injection ; il était plus foncé, noirâtre, granuleux, et avait 3 centim. 5 millim. de long. En résumé, après l'injection du perchlorure de fer, quatre minutes et demie ont suffi, chez le mouton et chez le cheval, pour amener, dans l'artère carotide, la formation d'un caillot assez consistant et assez adhérent pour ne pas être chassé par l'impulsion de la colonne sanguine venant du cœur.

Tel est le fait important dont M. le docteur Pravaz a rendu témoin M. Lallemand et M. Lecoq, directeur de l'École de Lyon.

Jusqu'à présent, les observations de M. le docteur Pravaz ont été purement expérimentales, et instituées de manière à constater directement le mode d'action de l'agent coagulateur qu'il emploie ; pour son application à la guérison des anévrysmes chez l'homme, le procédé doit être ainsi modifié ; c'est dans la poche anévrysmale qu'il conviendra de porter le perchlorure de fer, après avoir préalablement arrêté la circulation par la compression de l'artère ou de l'anévrysme, c'est-à-dire entre la tumeur et les capillaires. La quantité de liqueur styptique employée sera en raison du volume de la tumeur anévrysmale et la durée de la compression de quatre à cinq minutes environ. Ces conditions, suivant M. Pravaz, sont suffisantes pour qu'il se forme un caillot compacte, volumineux, capable d'obstruer l'artère à la manière d'un bouchon et de produire le même effet qu'une ligature.

— S'il y avait des annonces ou des réclames dans notre journal, ce serait la véritable place pour répondre à des imputations ou à des insinuations indignes à l'aide desquelles on cherche à nous aliéner la bienveillance et la sympathie de nos lecteurs. Grâce à Dieu, cette bienveillance et cette sympathie sont aujourd'hui un fait accompli ; nous croyons donc inutile d'entrer dans les explications que nous serons heureux de donner à la justice si l'on a l'audace de nous appeler devant elle. A moins d'absolue nécessité, nous continuerons à entretenir nos lecteurs exclusivement de ce qui peut intéresser la science ; ce sera le meilleur moyen de leur prouver notre respect pour eux et notre dédain profond pour tout ce que l'industrialisme pourrait tenter contre nous.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 7. 1re ANNÉE. Samedi, 15 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Quelques mots sur l'acclimatement, à propos d'un Rapport de M. LEGRAND. — Coup d'œil sur la chirurgie anglaise : Des fongus du testicule, par le Dr A. DEVILLE (*Suite*). — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Hôtel-Dieu. Remarques séméiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur la pneumonie. — Hôpital des Cliniques. Leçons sur un cas de polype naso-pharyngien, par MM. DOLBEAU et VAULTHIER. — **TOXICOLOGIE :** Sur l'antidote des alcalis végétaux toxiques, par M. J.-B. CAVENTOU. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 14 janvier 1853.

Quelques mots sur l'acclimatement,

A PROPOS D'UN

RAPPORT DE M. LEGRAND,

inséré au MONITEUR UNIVERSEL.

La question de l'acclimatement est une des plus importantes parmi celles qui incombent à l'hygiène publique, par ses rapports intimes avec la *colonisation*, considérée au point de vue physiologique d'abord, et ensuite sous des rapports plus importants que la spécialité de nos études ne nous permet pas d'aborder dans ce journal.

Cette vérité a été fort bien comprise par quelques hommes qui ont fait de l'acclimatement une étude approfondie et qui ont appuyé sa solution sur des éléments dont la valeur est tellement décisive, qu'il semble que toute discussion ultérieure est désormais superflue. Tout le monde a nommé MM. Desjobert, Boudin, Aubert-Roche, etc.

Quels arguments peut-on opposer aux chiffres qui établissent :

Que la mortalité générale de la population civile, en Algérie, oscille entre $\frac{43}{1000}$ et $\frac{46}{1000}$, tandis qu'elle ne s'élève en France et en Angleterre qu'à $\frac{23}{1000}$;

Que la mortalité de l'armée, en Algérie, oscille entre $\frac{49}{1000}$ et $\frac{151}{1000}$ et donne pour moyenne de dix années $\frac{76}{1000}$, tandis qu'elle n'est que de $\frac{8}{1000}$ en France et en Angleterre, et qu'à l'Hôtel-des-Invalides, à Paris, elle ne dépasse point $\frac{68}{1000}$;

Que la mortalité augmente en Algérie *en raison directe* de la durée du séjour ;

Enfin, que le chiffre de la mortalité l'emporte constamment sur celui des naissances, malgré un nombre proportionnel de mariages et de fécondité plus considérable qu'en France.

Eh bien! chose étrange, la contradiction est tellement inhérente à l'esprit humain, que ces chiffres n'ont point suffi pour convaincre tous les hommes, voire même tous les hygiénistes ; de telle sorte que l'acclimatement ayant été donné pour sujet de composition écrite au dernier concours professoral de la Faculté de Paris, les auditeurs ont pu croire, lecture faite par les compétiteurs, que la question n'était point encore élucidée et que des opinions contradictoires pouvaient être soutenues avec une égale autorité de part et d'autre.

Un rapport inséré au *Moniteur* et adressé au ministre de la marine et des colonies, par M. le sous-ingénieur Legrand, chargé d'explorer les forêts de l'Algérie et de rechercher les ressources que la marine pourrait en tirer pour ses approvisionnements, renferme plusieurs passages fort significatifs que nous croyons utile de reproduire pour l'édification de ceux qui persistent à soutenir la doctrine de l'acclimatement.

M. Legrand annonce qu'il a établi un petit camp d'exploitation sur l'Oued-Kébir, et il ajoute :

Je n'ai pu y réunir que 14 bûcherons militaires ; *c'est toute la partie valide d'une compagnie nombreuse.* Si ces travailleurs *peuvent résister, pendant quelques jours, aux fièvres qui déciment leurs camarades*, j'exploiterai sur ce point divers échantillons des essences utiles à la marine, notamment des ormes et des frênes.

Aussitôt que *quelques convalescents sortis des hôpitaux auront recouvré assez de forces* pour supporter une marche et reprendre le travail, je formerai, avec l'autorisation préalable de M. le gouverneur, un second camp destiné à l'exploitation du chêne-zein dans l'Edough ; *actuellement, il n'y faut pas songer : le travail des bûcherons militaires est complétement interrompu depuis deux mois dans cette forêt*, et la population civile du village Bugeaud, population forestière allemande, bien digne d'encouragement, et que j'aurais volontiers employée, *est frappée de l'impuissance la plus complète.*

Jusqu'aujourd'hui, monsieur le ministre, je n'ai rencontré, dans l'accomplissement de vos ordres, d'obstacles sérieux *que ceux que l'épidémie a fait naître*, en anéantissant autour de moi les forces vives que je comptais employer, et ceux que m'ont suscités les intempéries inattendues, notamment une tourmente qui m'a surpris dans les montagnes des Ouled-Beschia et des Ouled-Messaoud, et m'a ramené au point de départ, après quatorze jours de marches à peu près infructueuses.

Après de semblables déclarations, refusera-t-on de croire M. Boudin, lorsqu'il affirme que sur 9567 soldats morts en Algérie, 226 ont péri par des faits de guerre, tandis que 9340 représentent le tribut payé au climat et à la doctrine de l'acclimatement.

Les commentaires sont inutiles. Qu'il nous soit permis seulement de reproduire ici les paroles par lesquelles nous terminions, à la Faculté, notre leçon sur l'acclimatement :

« Les partisans de l'acclimatement ont substitué la théorie et l'utopie à la pratique et à la réalité des choses ; ils ont restreint la question aux proportions de l'hygiène

privée, oubliant ou méconnaissant qu'il s'agit ici d'hygiène publique et générale, de colonisation; en un mot, d'une grave question d'économie politique et sociale.

« Personne ne songe à contester la possibilité de l'acclimatement individuel; ce qui est en cause, c'est l'acclimatement de race.

« Tout le monde sait et proclame que la mortalité est beaucoup moins considérable dans les localités saines ou assainies que dans les localités malsaines, marécageuses.

« Mais ce qui importe, c'est : 1° de savoir s'il est facile ou possible de séparer, *en réalité*, des conditions *essentielles* du climat, des conditions *accidentelles* que M. Jacquot en sépare si aisément *par la pensée;* 2° de constater si, dans les localités saines ou assainies, et au milieu de conditions hygiéniques aussi favorables *que possible*, la mortalité n'atteint pas encore des chiffres qui ne permettent pas à la population importée de se perpétuer.

« Mais les marais, les eaux stagnantes, les effluves paludiques ne font-ils point partie intégrante, inévitable, des pays chauds? Lorsque l'Europe est encore parsemée de marais, lorsque la France en présente encore 450,000 hectares, lorsque l'assainissement de la Sologne n'est encore qu'un projet dont on ose à peine espérer la réalisation, vous considérez comme facile, comme possible l'assainissement des pays chauds, de l'Afrique, du Sénégal! Vous voulez en dessécher tous les marais, en canaliser tous les fleuves, en défricher toutes les terres!

« Lorsque parmi nous, dans toutes nos grandes villes, dans la plupart de nos campagnes, les classes laborieuses sont encore placées dans des conditions hygiéniques déplorables, vous croyez pouvoir soustraire une population de colonisation aux fatigues, aux privations, à la misère.

« Vous parlez de croisement, d'assimilation de races, comme si déraciner les mœurs, les coutumes, la religion, avec ses préjugés et son fanatisme, comme si anéantir ou absorber une nationalité était la chose la plus facile du monde !

« Qu'on nous prouve, s'écrient MM. Foley et Martin, que « l'assainissement de l'Algérie est impossible, qu'incessamment il faudra recommencer l'œuvre du défrichement « et que toujours une armée de cent mille hommes devra, « pour maintenir les Arabes, circuler de la mer au Sahara « et d'Oran à Constantine ; et alors nous désespérerons de « l'acclimatement et de la colonisation ; et nous-même, « nous consentirons à inscrire aux portes de l'Algérie la « lugubre sentence du Dante : *Lasciate ogni speranza*, etc. »

Eh bien! après vingt ans d'efforts incessants, de sacrifices énormes d'hommes et d'argent, l'œuvre de notre colonisation est encore à créer, notre armée de cent mille hommes est encore nécessaire. M. Legrand nous apprend à quel prix s'opère le défrichement!

Il est démontré, d'autre part, qu'à Ouled-Fayet et Saint-Ferdinand, *villages placés en dehors de l'influence marécageuse* et à l'abri des vents de la Mitidja, la mortalité est de $\frac{59}{1000}$ et que celle des enfants de la population civile d'Alger, *les morts-nés non compris*, s'élève au moins à $\frac{121}{1000}$.

En présence de toutes ces considérations et de tous ces faits, en présence de l'exemple de l'Angleterre toujours si intelligente lorsqu'il s'agit de ses intérêts, nous pensons, avec M. Boudin, que la colonisation des pays chauds par les Européens n'est possible qu'aux trois conditions suivantes :

Occupation restreinte aux lieux élevés et sains;

Troupes auxiliaires recrutées parmi des populations appartenant aux mêmes latitudes;

Culture du sol livrée aux indigènes.

L. Fleury.

Coup d'œil sur la chirurgie anglaise.

Des fongus du testicule, ou pour mieux dire *des hernies du testicule*,

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

A M. le professeur Malgaigne.

Monsieur et très-honoré maître,

P. Jusque-là, il n'avait pas encore été question des fongus bénins du testicule, lorsqu'en 1849 parut dans la *Gazette des hôpitaux* un fait remarquable puisé dans la pratique de M. Bonnet, de Lyon. M. Philipeaux, l'auteur de l'article, exposa brièvement en commençant les opinions émises par Samuel Cooper, M. Lawrence et A. Cooper. A ce sujet, il donne à A. Cooper une opinion qui n'est pas la sienne, car il lui fait dire que les granulations exubérantes naissent de la surface extérieure de la tunique albuginée, ce qui serait, ma foi, bien près de la vérité.

Q. Enfin, pour la première fois en France, un mémoire un peu complet sur cette lésion fut publié dans les *Archives générales de médecine* et dans la *Gazette des hôpitaux* de 1849 par mon ami, M. Jarjavay; c'est ce mémoire dont j'ai parlé en commençant. Je prie M. Jarjavay de me passer la critique un peu vive que je suis obligé de faire de son travail; mais la sentence *amicus Plato* n'a jamais dû être plus sérieusement appliquée. Ce qu'il y a à louer dans ce mémoire, c'est qu'il renferme des observations précieuses et surtout une anatomie pathologique faite en commun, pour l'observation microscopique, avec notre ami mutuel, M. Robin, anatomie qui confirme de tous points, et avec plus de détails, celle faite par MM. Syme et Goodsir, et que M. Jarjavay paraît n'avoir par connue. Mais tout le reste, c'est-à-dire le corps du mémoire, n'est que l'erreur de M. Lawrence rendue plus saillante, parce qu'au lieu d'être resserrée en quelques mots qui permettent au lecteur de passer vite dessus, elle est délayée tout au long, et exposée comme le serait une vérité démontrée, dans toutes ses périodes, sous toutes ses faces, suivant cette belle méthode d'exposition que nous possédons en France. Nulle part ceci ne devient si sensible que dans le long exposé des moyens de traitement, à la conclusion desquels M. Jarjavay n'arrive qu'à peu de chose près aux mêmes préceptes formulés par M. Lawrence, en 1808.

Il y a autre chose aussi, dans le travail de M. Jarjavay : 1° une division des fongus bénins du testicule, en superficiels et parenchymateux; 2° une indication d'expériences sur les animaux. Malheureusement, ce ne sont là encore que des défauts produits par l'intention d'appliquer une méthode rigoureuse à la description des soi-disant fongus bénins.

Ainsi, la division en superficiels et parenchymateux ne fait d'abord que rappeler le fait de Macartney resté si puissamment imprimé dans la pensée de Samuel Cooper, et l'observation de Callisen, quant au fait des fongus superficiels ou dus à la formation de granulations sur la surface extérieure de la tunique albuginée. L'observation que M. Jarjavay a ajoutée à l'appui de ce fait évident n'est pas même concluante, car il est probable qu'elle est tout simplement relative à une hernie partielle. Et ce serait une bien grande erreur que de rapprocher de cette lésion, à cause de la consonnance commune fongus et fongueuse, les épaississements fongueux de la tunique vaginale, comme dans les cas d'A. Cooper ou d'autres. — Quant au fongus parenchymateux (la protrusion décrite par M. Lawrence, et dont le nom seul est changé), tout ce qui précède démontre trop bien quelle est l'erreur et quelle en est la source, pour que j'aie besoin d'insister davantage.

Un mot seulement, pour terminer, sur les prétendues expériences confirmatives, faites sur des animaux, et qui paraîtraient au premier abord donner une certaine valeur aux fongus parenchymateux, cette illusion que je cherche à détruire. M. Jarjavay raconte ainsi ses expériences :

« Si l'on excise en effet sur des chiens une partie de la tunique albuginée et du scrotum, la pulpe séminale s'élève entre les lèvres de la solution de continuité et ne peut être refoulée avec l'extrémité mousse d'un stylet qu'avec une grande difficulté ; qui plus est, dès que cesse l'action de l'instrument, la petite tumeur reparaît. J'ai pu même, en abandonnant aux seules forces de la nature des chiens ainsi mutilés, constater qu'au bout de 8 à 15 jours, un appendice digitiforme végétait de la surface du parenchyme chez quelques-uns d'entre eux. »

Je ne m'arrêterai pas pour faire observer à M. Jarjavay, qui le sait aussi bien que moi, que lorsqu'on veut prouver quelque chose par des expérimentations, on ne donne pas ses expériences en résumé, on les rapporte tout au long avec le détail des circonstances au milieu desquelles elles ont eu lieu ; je n'insisterai pas non plus sur ces incisions qu'il dit avoir pratiquées à la tunique albuginée, et qui sont si petites que le bout d'un stylet (il est difficile de prendre quelque chose de plus petit) suffirait à refouler la substance séminale qui aurait tendu à sortir. Je demanderai seulement : à quoi bon ces expériences? quelle nécessité y a-t-il de faire des expériences? Pour savoir ce qui résulte de la division de la tunique albuginée? Mais nous en avons en quantité de ces expériences, et toutes faites sur l'homme. Les blessures de la tunique albuginée sont, Dieu merci! assez connues et assez nombreuses. Ont-elles jamais été suivies de fongus? Jamais. Prenez les cas de piqûre du testicule par le trois-quart destiné à ponctionner une hydrocèle, prenez l'observation de débridement par J.-L. Petit, l'observation de blessure grave du testicule par le docteur Gaston, citée ci-après, etc.; et, sans aller si loin, faites une visite à M. Vidal de Cassis, à l'hôpital du Midi, où il a tant généralisé les débridements; et, cela fait, ayant constaté que, dans tous ces cas, il n'y a pas eu un seul fait de fongus à la suite, je vous déclare que les expériences sur les animaux dans lesquelles on créerait du premier coup un fongus par une petite incision à la tunique albuginée, me paraîtraient peu concluantes, ou, si elles étaient vraies, me forceraient, dans un cas si simple, à dire cette absurdité, que la conclusion à en tirer est inapplicable à l'homme.

Ces quelques réflexions, que l'on pourrait aisément développer et multiplier, étaient nécessaires pour enlever le prestige que pourraient avoir pour quelques personnes des expériences concluantes, en apparence, faites sur des animaux, mais qui au fond n'ont rien à voir dans notre question.

Nous voici arrivés à la fin de cet historique un peu long, et duquel on pourrait tirer de bien profonds enseignements. Avec quelle facilité, grâce à quelle misérable vétille, une erreur ne peut-elle pas s'introduire dans la science! Et quand une fois elle y est entrée et qu'elle a pu s'appuyer sur cet inconcevable point d'appui, toujours debout, qu'on appelle l'autorité, qui permet de se passer de raison, de bon sens et de preuves, que d'efforts ne faut-il pas pour qu'elle disparaisse? Par quels pas lents, et consumant les efforts successifs de belles intelligences, la vérité est-elle obligée de se faire jour? Ces considérations, ainsi que tant d'autres (des vérités, elles aussi, pour les petites choses comme pour les grandes), nous entraîneraient trop loin, et notre tâche n'est pas encore finie. Contentons-nous pour l'instant, et laissant de côté toute critique, de marquer par quels degrés successifs a progressé l'histoire des hernies du testicule ; c'est un simple et court résumé.

Les hernies du testicule, nous allons le montrer, surviennent dans trois cas principaux : 1° Immédiatement au moment de la formation d'une plaie, dans les plaies récentes du scrotum; 2° consécutivement à de vastes suppurations ou gangrènes du scrotum ; 3° consécutivement aux lésions tuberculeuses de l'appareil testiculaire.

L'histoire des hernies consécutives aux plaies du scrotum n'a été faite par personne, et nous avons à notre disposition, pour la traiter, uniquement les matériaux réunis par suite de l'appel de M. Foucart.

Celle des hernies consécutives aux abcès ou gangrènes, ou exposition du testicule à l'extérieur, qui avait été ébauchée dans quelques-uns de ces détails, surtout par suite de ses rapports avec le traitement de l'hydrocèle, par Fabrice de Hilden, Monro, Gooch, Bertrandi, J.-L. Petit, Sabatier, M. Velpeau, ne comprend plus ensuite que le progrès considérable fait dans la question du traitement par vous, monsieur et très-honoré maître, et par M. Goyrand. — Et ces deux questions ont été surtout examinées en France, où s'élaborait à fond, d'un autre côté, la question générale des tubercules du testicule.

L'histoire de la troisième espèce ne comprend pour ainsi dire que des travaux publiés en Angleterre. D'abord, on aperçoit une tumeur à surface granuleuse, étalée à la surface du scrotum ; on lui donne le nom de fongus, et on la traite comme telle. Vient M. Lawrence qui montre qu'elle renferme des tubes séminifères, mais les conséquences naturelles de cette première vérité obscurcie par bien des erreurs sont lentes à se développer. Ce n'est que bien plus tard que M. Brodie, suivi par M. Curling, commence à dire que ces tumeurs ne doivent pas être extirpées. M. Syme, comprenant bien mieux leur nature, et donnant, avec M. Goodsir, une anatomie pathologique plus exacte, en déduit un traitement bien plus rationnel et plus satisfaisant que ceux indiqués jusque-là. Enfin, le hasard, dont les conséquences sont interprétées par nous, met entre les mains de M. B. Cooper des faits qui montrent la facilité de la cure spontanée. A ces travaux, ainsi qu'à plusieurs autres collatéraux, vient s'ajouter un mémoire publié en France par M. Jarjavay, et qui, dans sa partie positive, vient confirmer, par des recherches faites avec l'aide de M. Robin, l'anatomie pathologique décrite par MM. Syme et Goodsir. Tel est l'état de la question, au moment où je viens prouver, si je ne me trompe, qu'il n'existe pas de fongus bénins du testicule tels qu'on les a entendus, et que la lésion consiste, sauf quelques nuances de détail, en une hernie analogue aux deux autres espèces de hernies du testicule. Ceci résulte en partie de l'exposé qui précède, mais va devenir plus évident dans le travail qui fait suite.

J'ai réuni, en les copiant aux sources originales, 56 observations au moins, textuelles, de hernies du testicule. J'ai consulté pour cela quelques livres latins, les journaux et traités anglais et français. Il aurait été peut-être possible de trouver quelques autres observations dans les journaux américains et italiens; quant aux livres et journaux allemands, il me serait impossible de les consulter, ne connaissant pas la langue allemande ; je doute néanmoins, sauf preuves contraires, que j'eusse trouvé de nombreux matériaux à ces trois dernières sources, car, à notre époque, où les communications internationales sont si nombreuses et fréquentes, il n'est question nulle part qu'on se soit profondément occupé de la question dans ces trois pays. Bien plus, pour les États-Unis en particulier, nous trouvons dans l'ouvrage, bien remarquable de M. Warren à l'époque où il a été publié, bien arriéré aujourd'hui, que la question, malgré la mauvaise humeur des retardataires, a marché à pas de géant, intitulé *On Tumours*, une confusion complète ; sous le titre de cancer fongoïde, M. Warren cite des observations qui, pour nous, sont de franches hernies tuberculeuses du testicule ; nous ne nous en sommes pas servi, précisément à cause du doute possible.

Ces observations en main, et m'en tenant exclusivement à leur texte rigoureux, je vais essayer, sous le titre de *Hernies du testicule*, de faire en grande partie, et de refaire dans son autre partie, un chapitre oublié ou erroné de la Pathologie chirurgicale. C'est ce chapitre que je viens, monsieur et très-honoré maître, par suite des encouragements que vous m'avez accordés, soumettre à votre haute et redoutable critique, ainsi qu'à l'appréciation des lecteurs bienveillants : heureux si elles ne trouvent à y reprendre que des faits de détail, et surtout si une connaissance plus complète de la lésion peut servir, comme cela me paraît inévitable, à sauver quelques testicules.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

Remarques séméiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur la pneumonie.

M. Trousseau a commencé son cours clinique par un exposé de principes où brille, à travers quelques aperçus justes et pratiques, la violation la plus flagrante des véritables règles de l'observation, la glorification d'un système qui ne pourrait avoir d'autre résultat que d'enchaîner à tout jamais le progrès et de faire reculer la science de quatre siècles. Nous aurons donc à discuter et à combattre ces étranges principes. Mais comme nous voulons avant tout et sincèrement que ce journal soit une tribune ouverte à toutes les opinions et que nos lecteurs, après avoir mûrement pesé les raisons de chacun, puissent toujours ne prendre conseil que d'eux-mêmes, nous publions aujourd'hui une leçon clinique de M. Trousseau, où ce professeur a voulu émettre quelques idées qui lui sont propres sur la séméiologie, la pathologie et la thérapeutique de la pneumonie.

Nous avons à examiner aujourd'hui, au point de vue de la séméiologie, de la pathologie et de la thérapeutique, trois faits de pneumonie qui, dans un intervalle de quelques jours, se sont successivement présentés dans nos salles. Les malades sur lesquels ces faits ont été observés, sont trois femmes arrivées aux âges de 27, 47 et 67 ans, c'est-à-dire à des périodes de la vie qui correspondent à peu près à l'état adulte, à l'époque de la ménopause et à la vieillesse.

La forme sous laquelle s'est montrée la pneumonie chez nos trois malades, a offert des particularités sur lesquelles nous ne saurions insister avec trop de soin.

Envisageons d'abord ce qui a trait à la séméiologie.

En général, on se laisse trop facilement aller à admettre et à dire que le diagnostic de la pneumonie est toujours d'une extrême simplicité; nous le reconnaissons volontiers, la pneumonie fait partie des maladies qu'il est le plus aisé de reconnaître; dans la plupart des cas, elle se montre avec une série de symptômes qui, par leur nombre, leur enchaînement et leur marche régulière, ne laissent subsister aucun doute dans l'esprit du médecin; il n'en est pas moins vrai que, dans certaines circonstances, elle s'écarte du type qu'elle revêt habituellement, pour prendre une physionomie insolite, dont les principales variétés sont importantes à déterminer.

Chez la première de nos malades, la fièvre est très-intense, l'oppression à peine marquée; un point de côté existe sur la partie latérale droite de la poitrine, il y a absence complète d'expectoration, mais en retour, on entend dans le creux de l'aisselle un bruit de souffle, auquel se mêlent quelques bulles de râles crépitants lorsqu'on engage la malade à tourner.

Sans les précieuses ressources que fournit à la pratique médicale la merveilleuse invention de Laënnec, il aurait été possible, dans le cas qui nous occupe, de commettre une méprise touchant la nature réelle de la maladie.

La seconde de nos malades est morte quatre jours après l'invasion de la pneumonie, elle avait 48 ans; c'était une balayeuse des rues. Obligée de se lever tous les jours à trois heures du matin, exposée à toutes les intempéries des saisons, condamnée à dormir peu, à faire usage d'une nourriture mauvaise et insuffisante, elle soutenait ses forces au moyen de boissons alcooliques; la maladie l'avait surprise dans un état d'épuisement très-prononcé, elle s'était annoncée par un violent frisson qui, malgré les soins qu'on emploie en pareil cas, n'avait cessé qu'au bout de dix-sept heures.

Disons-le en passant, le frisson initial de la pneumonie, lorsqu'il se manifeste avec une véhémence inaccoutumée, lorsqu'il se prolonge au delà de sa durée ordinaire, doit être regardé comme un signe pronostique très-fâcheux, lors même que la maladie ne présente aucune autre anomalie.

Contrairement à ce qui s'est passé pour la première de nos malades, nous n'avons pu trouver, chez la femme dont nous venons de parler, les signes sthétoscopiques de la pneumonie, alors que les signes extérieurs de cette affection apparaissaient dans toute leur évidence.

On comprend que le médecin d'hôpital, qui a une centaine de malades à examiner, puisse omettre quelques légers bruits de souffle sans importance, quelque râle égaré dans un point circonscrit de la poitrine; cette omission, facile à expliquer dans certaines circonstances, ne saurait être commise toutes les fois qu'un symptôme qui frappe par sa gravité exige impérieusement l'auscultation de la poitrine. C'est ce qui est arrivé pour nous : la fièvre, l'oppression, l'expectoration de crachats rouillés en grande abondance, ont éveillé notre attention, mais vainement nous avons recherché les bruits anormaux qui accompagnent la pneumonie, nous ne sommes parvenu à découvrir qu'un râle sous-crépitant très-faible qui, revenant par intervalles, avait son siége au niveau du bord postérieur de l'aisselle. Du même côté de la poitrine, nous avons constaté un peu d'affaiblissement du bruit respiratoire au sommet du poumon.

La troisième de nos malades, jeune femme qui exerce le métier de fleuriste, nous a offert l'ensemble complet des symptômes de la pneumonie : frisson initial nettement prononcé, oppression, point de côté, crachats sanguinolents et visqueux, fièvre très-vive, bruit de souffle, râle crépitant, rien chez elle n'a manqué.

Il est une particularité qui, dès l'abord, a attiré notre attention : après trois saignées, la malade a conservé une oppression dont il est difficile de donner une idée, nous l'avons trouvée dans un état d'anxiété des plus alarmants; les pommettes étaient fortement injectées, la face était violette, une sueur abondante coulait sur le visage; le pouls battait avec force et d'une manière précipitée, la respiration était pénible et laborieuse. Il y avait orthopnée.

L'intensité même des symptômes que nous avions sous les yeux a servi à dissiper l'impression fâcheuse et les craintes qu'ils ont fait naître dès l'abord. Nous allons expliquer cette assertion qui peut paraître étrange et paradoxale; mais, auparavant, qu'il nous soit permis d'entrer dans des considérations préliminaires propres à rendre intelligible le langage que nous allons parler.

Ovide, exilé chez les Sarmates, passait pour un barbare, à cause de l'impuissance où il était, comme il le raconte lui-même, de se faire comprendre :

Barbarus his ego nunc, quia non intelligor illis.

On passe souvent pour dire des choses qui répugnent à la raison et à la vérité, lorsqu'on néglige de préciser au préalable la signification des termes que l'on emploie.

Il existe dans l'état physiologique ce qu'on a appelé des idiosyncrasies : tous les hommes, même lorsqu'ils sont bien portants, ne reçoivent pas de la même manière les impressions du monde extérieur; certaines personnes ne peuvent sentir une tubéreuse sans tomber sérieusement indisposées; elles sont prises de frisson, de fièvre, de vomissements et quelquefois d'accidents plus graves encore. L'odeur du jasmin, le parfum de la rose, produisent dans quelques cas des effets analogues.

Il est d'autres personnes qui ne peuvent supporter certains aliments : l'ingestion dans l'estomac du poisson chez les unes, du lait chez les autres; l'usage de tel ou tel fruit chez celles-ci, des écrevisses ou des moules chez celles-là, sont suivis de phénomènes morbides comparables à ceux qui résultent d'un véritable empoisonnement.

Les faits qui ont les caractères de ceux que nous venons d'énumérer se produisent sous l'influence de causes ignorées; c'est l'ensemble de ces causes que l'on désigne sous le nom d'idiosyncrasie.

Le mot idiosyncrasie, nous le savons, n'explique rien, il atteste uniquement l'insuffisance de nos connaissances actuelles; nous

l'acceptons néanmoins, et nous devons l'accepter, parce qu'il exprime un fait dont il est important de tenir compte dans la pratique.

De même que les impressions qui agissent sur nos divers organes, les causes pathologiques sont différemment ressenties suivant les individus soumis à leur action; il est des malades sur lesquels elles produisent des effets inaccoutumés; pour ces malades, il convient de réserver, en outre de la médication ordinaire, ce qu'avec les anciens nous appellerions volontiers les douceurs, les agréments (*blandities*) du traitement.

Il faut, comme on l'a dit depuis bien longtemps déjà, que les maladies se tiennent: *necesse est ut consentiant morbi.* Toutes les fois que les symptômes ne présentent pas, si l'on peut ainsi parler, leur harmonie habituelle, le médecin doit se mettre sur ses gardes et soupçonner une modalité spéciale et exceptionnelle du système nerveux, en vertu de laquelle seront nécessairement changées les actions thérapeutiques.

Un homme est atteint de pneumonie; l'inflammation, bornée à l'un des côtés de la poitrine, occupe un des lobes du poumon: la fièvre, l'oppression, les crachats ensanglantés font-ils défaut? leur absence, loin d'être considérée comme une circonstance favorable, sera regardée comme une anomalie de fâcheux augure; elle indiquera que la maladie s'éloigne de sa forme ordinaire, sous l'influence d'une idiosyncrasie qui, nous n'avons pas besoin de le dire, nécessitera l'intervention d'agents thérapeutiques nouveaux.

Qu'est-il arrivé chez notre malade? Une dissociation dans les symptômes, une perturbation dans leur harmonie naturelle, qui a immédiatement appelé notre attention sur l'existence probable d'une idiosyncrasie particulière. Nous nous sommes livré à une investigation attentive; nous avons consulté la poitrine avec le plus grand soin: nous avons pu, de la sorte, nous assurer qu'il n'y avait pas de pneumonie double; qu'il n'y avait pas de pneumonie au troisième degré; qu'il n'existait, en un mot, aucun état pathologique propre à rendre compte des symptômes anormaux que nous avions sous les yeux.

Nous nous sommes dit: Des phénomènes nerveux, graves sans doute, et capables d'aggraver les dangers ordinaires de la maladie, prédominent chez notre malade; ces phénomènes sont étrangers à la pneumonie; nous devons les combattre par des moyens médicamenteux qui n'entrent pas dans le traitement ordinaire de la maladie.

Voici quelle a été notre conduite: après avoir opposé à l'inflammation les saignées et le tartre-stibié, nous nous sommes attaqué directement aux accidents nerveux; au moment même de la visite, sur une pelle rougie au feu, nous avons projeté des feuilles de belladone et de stramoine; il s'est élevé une fumée que nous avons fait respirer à la malade. Les symptômes ont paru s'aggraver au premier abord; au bout de cinq minutes, l'oppression et l'orthopnée ont été ramenées à une juste mesure. Ainsi, avec le secours de la belladone et de la stramoine, ces puissants antidyopnéiques, il nous a été donné de rappeler, avec une merveilleuse rapidité, à sa marche et à son type habituels, une pneumonie dont le dénouement semblait devoir être funeste.

Nous avons aujourd'hui adressé quelques questions à la malade:

— Êtes-vous nerveuse?

— Non, mais il m'arrive quelquefois de pleurer involontairement et sans motif sérieux.

— Lorsque vous êtes enrhumée, comment toussez-vous?

— A de longs intervalles et de la même manière que les enfants qui ont la coqueluche. Il me semble qu'à chaque accès de toux je vais étouffer.

On comprend de quelle utilité auraient été pour nous ces renseignements, si nous les avions possédés avant que l'intensité des accidents morbides nous eût imposé l'obligation de rechercher la cause des phénomènes insolites dont nous avons été témoin.

Nous voyons ici une femme qui conserve, dans le cours de la pneumonie dont elle est atteinte, aussi bien que pendant la durée des affections catharrhales du poumon, les habitudes nerveuses de son état physiologique.

. . . . . Servetur ad imum
Qualis ab incessu processerit et sibi constet.

Lorsque cette femme contracte une bronchite légère, à en juger par les détails que nous lui avons demandés, elle devient aussitôt asthmatique.

On a émis l'assertion que les asthmatiques ont des affections catarrhales: cette assertion, que personne ne conteste, ne suffit pas pour expliquer les symptômes auxquels l'asthme donne naissance. Comment, avec quelques râles disséminés dans la poitrine, en l'absence de tout mouvement fébrile, expliquer la gêne extrême de la respiration et la violente oppression que l'on observe chez les asthmatiques, sans admettre que l'affection catarrhale est venue éveiller des accidents nerveux qui, en vertu d'une diathèse spéciale, d'une disposition nerveuse particulière, d'une idiosyncrasie, en un mot, effacent et dominent la maladie primitive?

Envisageons, pour un instant, la maladie connue sous le nom de coqueluche; là encore nous nous trouvons en présence d'une affection catarrhale à laquelle des circonstances spéciales impriment un cachet particulier; contrairement à ce qui a lieu dans l'asthme, les phénomènes généraux de la maladie ont leur source, non dans des conditions inhérentes à l'individu lui-même, mais dans des influences qui lui sont extérieures, ils sont dus à l'action d'une cause contagieuse ordinairement épidémique.

Les exemples que nous venons de produire donnent clairement la raison de ce qui s'est passé chez notre malade, ils permettent de comprendre comment certains individus, apportant dans l'état de maladie les dispositions spéciales qu'ils ont dans l'état de santé, placent le médecin dans la nécessité de modifier la médication usitée dans les cas ordinaires.

Concluons de là que l'emploi des agents thérapeutiques doit avoir pour base non-seulement l'examen des organes malades, mais encore la considération de l'homme malade.

Des effets morbides, analogues à ceux qui éclatent en vertu de dispositions natives, telles que l'excitabilité nerveuse portée à un certain degré, peuvent puiser leur origine dans des dispositions acquises par l'action d'influences diverses. M. Récamier, dans ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, insistait fréquemment sur ce point de pathologie; il ne se lassait pas de rappeler qu'il est des formes de pneumonies dans lesquelles les émissions sanguines, les antimoniaux, associés aux émissions sanguines, après avoir paru rendre, pendant les premiers jours de la maladie, les services qu'on en obtient habituellement, cessent tout à coup d'être utiles.

Dans ces sortes de pneumonies, quatre ou cinq jours après l'invasion de l'inflammation, on voit survenir une aggravation qui porte principalement sur les phénomènes nerveux; lors même que la lésion locale n'est pas très-étendue, apparaît un délire que redouble l'emploi des moyens antiphlogistiques. C'est alors qu'on peut avec succès, comme le faisait Mertens, comme le faisait M. Récamier, administrer le musc à hautes doses; on parvient ainsi, dans l'espace de quelques heures, à calmer le délire et à ramener la maladie à son type habituel; on agit avec le musc, à l'égard des phénomènes nerveux cérébraux, de la même manière qu'avec les solanées vireuses à l'égard des phénomènes nerveux thoraciques.

Les pneumonies qui se distinguent par la disproportion des symptômes locaux et des symptômes généraux, les pneumonies ataxiques, en un mot, sont surtout communes chez les individus adonnés à l'usage des boissons alcooliques, seules elles réclament l'intervention des agents antispasmodiques.

Leur fréquence n'est pas telle qu'on doive considérer comme ataxiques toutes les pneumonies qui s'accompagnent de délire ou d'orthopnée, et prescrire, sans plus ample examen, le musc ou la belladone. Dans certains cas, en effet, le délire, l'orthopnée tiennent, soit à ce que l'inflammation a envahi le sommet des deux poumons, soit à ce qu'elle est passée au troisième degré; il convient donc d'interroger avec soin toutes les circonstances

de la maladie; si on ne se livre aux recherches les plus exactes et les plus attentives, on s'expose à l'un de ces insuccès malheureux qui jettent tant de médecins dans un déplorable scepticisme, et conduisent à ne voir qu'un métier dans l'exercice de la profession la plus noble et la plus utile. A.-H. Margerie.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Leçons sur un cas de polype naso-pharyngien,

Recueillies par MM. Dolbeau *et* Vaulthier, *internes du service.*

Le sujet de cette observation est un jeune homme âgé d'environ 20 ans, paraissant bien constitué. D'une bonne santé habituelle, il n'a eu, dans son enfance, d'autres maladies que des coryzas extrêmement fréquents (trois ou quatre par mois).

Les premiers symptômes de l'affection remontent à deux ans environ. A cette époque, il n'éprouvait encore qu'une gêne de la respiration, gêne qu'il attribuait à la persistance d'un rhume de cerveau. Vers le mois de décembre 1851, il présentait une altération de la voix, accompagnée d'une difficulté plus grande dans le passage de l'air à travers les fosses nasales. Après quatre mois de traitement par l'iodure de potassium et des injections alumineuses, un médecin, reconnaissant la présence d'un polype dans le nez, crut devoir recourir à une opération.

Une première tentative d'arrachement fut faite d'abord, puis une seconde, puis une troisième; enfin, dans l'espace de quatre mois, ce jeune homme eut à subir vingt-quatre opérations d'arrachement qui toutes furent infructueuses.

Les accidents persistant, le malade entra, le 17 juillet 1852, dans le service de M. Velpeau. Quatre nouvelles opérations furent pratiquées, mais, cette fois, au lieu d'agir par le nez, ce fut par la bouche que le chirurgien crut devoir attaquer le polype. Il employa successivement l'arrachement et l'excision, et, chaque fois, l'ablation d'une portion de la tumeur procura au malade un soulagement momentané. Toutefois ce dernier, perdant patience, voulut consulter un autre chirurgien, et c'est dans ces circonstances qu'il s'est présenté à notre observation.

Un examen superficiel permet de constater tout d'abord, chez le malade, un défaut de symétrie dans la face. La joue du côté droit est plus grosse, portée en dehors. De ce côté, on note encore un léger degré d'exorbitis; enfin, on trouve, à 3 centimètres de l'ouverture de la narine, une tumeur arrondie, lisse, d'une couleur rosée.

Dans la bouche, on rencontre un symptôme très-ordinaire dans ce genre d'affection, je veux parler de la projection en avant du voile du palais, et, par suite, de la diminution dans l'étendue du diamètre antéro-postérieure de la bouche. La portion osseuse de la voûte palatine participe aussi à la déformation; en effet, du côté droit, nous trouvons la concavité normale de cette voûte remplacée par une convexité très-prononcée. A ces signes, j'avais déjà reconnu l'existence d'un polype dans les fosses nasales. L'inspection de l'arrière-gorge me confirma dans cette opinion en me permettant de voir, derrière le voile du palais ramené en avant, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, occupant l'orifice postérieur des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx.

Quels sont les rapports de cette tumeur avec les parties circonvoisines, dans quels points a-t-elle pris naissance? Telles sont les questions qu'on doit s'adresser tout d'abord. Le doigt, porté derrière le voile du palais, m'a permis de constater que le polype était indépendant de ce voile et de l'orifice postérieur des fosses nasales.

En arrière, l'exploration est plus difficile, car il faut porter le doigt profondément. Il m'a paru cependant que cette tumeur était insérée à la partie la plus supérieure de la face antérieure de la colonne vertébrale, ainsi qu'à la partie correspondante de la base du crâne.

Ici, messieurs, quelques détails anatomiques sont nécessaires. La partie supérieure du pharynx est en forme d'entonnoir à base tournée en haut. Elle présente un rétrécissement antéro-postérieur assez marqué. Sur ses parties latérales se trouve une cavité digne de fixer votre attention. Cette cavité est constante; elle est située profondément derrière la trompe d'Eustache, en avant de la carotide interne. En dehors, elle répond à une couche de tissu cellulo-adipeux qui se continue directement avec celui de la joue, en passant au-dessus de l'échancrure sygmoïde de la mâchoire inférieure. C'est dans cette cavité qu'on rencontre le plus souvent les polypes naso-pharyngiens. Le pharynx est fermé supérieurement par la partie correspondante de la base du crâne, c'est-à-dire la surface basilaire de l'occipital, le corps du sphénoïde et la partie correspondante du rocher. Cette partie de la base du crâne est assez épaisse pour ne pas avoir à redouter l'action du cautère actuel sur les membranes cérébrales. Cette remarque est importante, car c'est dans ce point que doivent porter les tentatives pour détruire les racines du polype.

J'ajouterai que la membrane muqueuse de cette région est très-dense, fibreuse, qu'elle fait corps avec les os dont elle constitue le périoste.

Nous avons maintenant tous les éléments nécessaires pour étudier la marche de ces tumeurs.

Le polype peut envoyer des prolongements : 1° dans les fosses nasales, et par suite dans les cavités adjacentes, le sinus maxillaire par exemple.

Chez notre malade, le polype s'est engagé dans la fosse nasale droite, comme nous l'avons déjà dit. Mais existe-t-il un prolongement dans le sinus maxillaire? Le défaut de symétrie de la face pourrait le faire penser; cependant, l'exploration du plancher de l'orbite montre à peine un léger soulèvement. Le maxillaire supérieur n'est pas sensiblement plus saillant à droite qu'à gauche; enfin, on trouve dans les parties molles une raison suffisante pour expliquer le défaut de symétrie. Prenez en effet, des deux mains, les joues de ce jeune homme, et vous verrez que les parties molles du côté droit ont une épaisseur plus considérable que celles du côté gauche. Ce symptôme perd par conséquent de son importance à nos yeux.

2° Dans la fosse zygomatique. Nous avons démontré, anatomiquement, que la communication était possible. Ici, le défaut de symétrie pourrait le faire supposer. De plus, en explorant, on trouve au-dessous de l'arcade zygomatique une petite tumeur arrondie; mais cette tumeur n'a pas la densité des polypes fibreux; elle se déplace facilement, et de plus elle est superposée au masséter. Cette tumeur nous paraît formée par un ganglion lymphatique. Cette opinion est confirmée par la présence, sous la mâchoire, de plusieurs ganglions engorgés.

3° Dans la fente sphéno-maxillaire, en passant par le trou sphéno-palatin. Dans ces circonstances, le ganglion sphéno-palatin peut être comprimé, mais il n'y a pas de signes qui puissent indiquer certainement que le polype s'est dirigé dans cette région.

Quel traitement faut-il appliquer à ce genre d'affection? L'arrachement, le broiement, l'excision, ont été successivement employés chez notre malade, et vous voyez quels sont les résultats qu'on peut attendre de ces différentes méthodes. Mais, faut-il en rester là? Nous ne le pensons pas : c'est là une maladie qui, abandonnée à elle-même, tuerait infailliblement notre malade. En effet, consultez les observations, et vous constaterez que c'est toujours chez de jeunes sujets qu'on rencontre ces polypes naso-pharyngiens. Ceci vous montre que c'est une affection du jeune âge; mais, de plus, que les sujets atteints de polypes ne vivent pas vieux.

Comment survient la mort? De trois manières différentes : 1° un certain nombre de malades succombent à la suite des opérations; 2° le malade supporte l'opération, mais la récidive survient; le polype s'étend progressivement, s'ulcère et la mort est le résultat d'une sorte d'intoxication, provenant du passage dans le tube digestif des liquides putrides fournis par la tumeur; d'autres fois, le polype gagne les voies aériennes, s'oppose à l'accomplissement régulier de la respiration, et les malades suc-

combent après avoir vécu misérablement pendant un temps plus ou moins long; 3° d'autres trouvent la mort dans des hémorrhagies que rien ne peut arrêter.

Ce qui est le plus ordinaire à la suite de ces opérations, c'est la récidive.

Quelques mots sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs vous feront comprendre pourquoi la récidive est si fréquente, et combien il est difficile de détruire complétement toutes les racines du mal. Les polypes naso-pharyngiens sont des maladies du périoste des os du crâne. Leur insertion a lieu dans les points que nous connaissons par des fibres implantées perpendiculairement à la surface des os. Ces fibres se réunissent pour former une masse d'un volume variable, enveloppée d'une membrane extrêmement mince. Cette disposition perpendiculaire des fibres est propre aux polypes naso-pharyngiens, vous ne la retrouvez pas pour les polypes fibreux de l'utérus.

D'après cela, vous devez comprendre combien il est difficile de détruire toute la racine d'un polype, et cependant cette condition est indispensable si l'on veut éviter la récidive. Je dois vous dire qu'il ne faut pas compter sur la chute par mortification de la racine du polype.

Levret croyait à ce résultat, mais il ne se vérifie que pour les polypes fibreux de l'utérus après la ligature du pédicule.

Maintenant que vous comprenez bien quel est le côté important qui domine dans le traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens, il me reste à discuter devant vous la valeur des différents procédés opératoires qui ont été successivement employés.

Pour arriver à la cure radicale d'un polype naso-pharyngien, la manœuvre comprend : 1° une opération préliminaire qui consiste à agrandir la voie ; 2° une opération fondamentale ou l'excision du polype ; 3° une opération complémentaire qui a pour but la destruction complète des racines de la tumeur par la ruginaton et la cautérisation.

C'est sur l'opération préliminaire que je veux attirer votre attention; mais, avant, je veux vous montrer comment j'ai été conduit à imaginer l'opération que j'ai l'intention de pratiquer sur notre malade. En 1848, un jeune homme me fut adressé par mon collègue, M. Marotte, pour être traité d'un polype qui donnait lieu à de fréquentes hémorrhagies. Il y avait là tous les signes d'un polype naso-pharyngien. Je trouvai que la tumeur avait pour point d'insertion la surface basilaire de l'occipal, au voisinage du rocher; de là, elle gagnait la face inférieure du sphénoïde, entrait dans les fosses nasales en prenant insertion à la partie la plus élevée de ces cavités, et à la partie interne de l'apophyse ptérigoïde. L'implantation élevée de la tumeur rendait insuffisants les procédés anciens, il fallait une opération qui permît d'arriver plus facilement jusqu'à la racine du polype.

Déjà, en 1840, M. Flaubert fils, ayant à traiter un malade opéré anciennement par M. Flaubert père, avait tenté une opération nouvelle ayant pour but l'agrandissement de la voie : il fit l'ablation du maxillaire supérieur, et enleva une grande partie des insertions de la tumeur. Le malade guérit radicalement. Je dois vous dire que, dans ce cas, le polype existait surtout dans le sinus maxillaire.

Un peu plus tard, M. Michaux de Louvain pratiqua l'ablation du maxillaire supérieur pour un polype naso-pharyngien. Mais les détails nous manquent, et nous ignorons quelles ont été les suites de cette opération.

Malgré ces faits, je ne considérai pas la résection de l'os maxillaire supérieur comme répondant parfaitement aux exigences de la manœuvre, et c'est alors que j'imaginai la résection de la voûte palatine. Opération simple, qui met à nu la surface d'implantation du polype et qui permet de la détruire aussi complétement que possible.

Un des temps de l'opération que je vais vous décrire, l'incision du voile du palais, avait déjà été exécuté par Manne, chirurgien à Avignon, dans le milieu du dernier siècle.

Voici comment se pratique la résection de la voûte palatine : on fixe la luette et on incise le voile du palais sur la ligne médiane, de haut en bas. On incise ensuite la muqueuse palatine sur la ligne médiane, de bas en haut, jusqu'à la moitié antérieure de la voûte, puis, on fait deux incisions transversales de chaque côté de l'extrémité antérieure de la première. Ces incisions doivent aller profondément jusqu'aux os. Cela fait, on décolle la muqueuse palatine de chaque côté, dans l'étendue d'un centimètre environ, avec un instrument mousse. Ici, je vous signale un temps important de l'opération, qui tient à la disposition anatomique de la muqueuse. La muqueuse du voile du palais se compose de deux lames : une supérieure, qu'on peut appeler nasale, une inférieure ou palatine. Ces deux lames comprennent entre elles la voûte osseuse : il en résulte que, lorsqu'on décolle les lambeaux, on est nécessairement arrêté, vers la partie postérieure de la voûte, par la lame nasale qui s'oppose au renversement latéral du voile du palais. Pour éviter cette difficulté, on coupe la muqueuse nasale avec des ciseaux courbes, en même temps qu'on tire sur la luette.

Dans un autre temps de l'opération, on perfore la voûte à droite et à gauche, au niveau du point de jonction des deux incisions. On engage ensuite une branche de la pince de Liston dans chaque perforation, et l'on coupe la partie osseuse intermédiaire; de cette façon, on coupe la cloison des fosses nasales : mais de plus, dans le même temps, la voûte palatine éclate dans toute son étendue. Il reste, pour terminer l'opération, à détacher, avec des pinces, les différents fragments, et à régulariser la section.

Cette opération faite, j'incisai la tumeur; mais tout n'était pas fait, il y avait à craindre la récidive. Le lendemain, les deux lèvres de l'incision étaient réunies spontanément : la réunion fut détruite afin de permettre d'observer ce que deviendrait la racine du polype. Le jour suivant, il y avait une deuxième réunion spontanée; elle fut encore détruite, et cette fois, elle ne se reproduisit plus. Pendant quatre mois, on fit successivement des cautérisations au caustique de Vienne, puis au fer rouge, agents qu'on conduisait facilement sur la voûte des fosses nasales à travers l'ouverture persistante.

Toute la racine détruite, on fit la suture après avoir avivé préalablement les bords de la plaie. Actuellement, le jeune homme opéré en décembre 1848, n'a pas eu de récidive et il conserve seulement une petite fistule dont voici les dimensions : 2 millimètres transversalement et 6 à 7 millimètres dans le sens antéro-postérieur.

Depuis cette époque, des polypes naso-pharyngiens ont été encore enlevés après la résection de l'os maxillaire comme opération préliminaire; cependant, je crois la résection de la voûte palatine une opération préférable sous tous les rapports. On a dit que la résection de l'os maxillaire ouvrait une voie plus large; il n'en est rien. On découvre bien la partie antérieure du polype, mais dans cette opération, on laisse et on doit laisser l'apophyse ptérygoïde; d'où il suit qu'on a toujours à la partie postérieure et supérieure une région étroite qui correspond au lieu d'implantation de la tumeur.

Le point important dans cette opération, c'est de mettre à découvert la base du crâne. Or, la résection de la voûte palatine remplit seule cette indication ; regardez au fond de la plaie après cette résection, et vous apercevrez très-bien l'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde, la partie interne des rochers et la face interne de l'apophyse ptérygoïde, c'est-à-dire les points sur lesquels les polypes fibreux prennent origine.

Une autre considération vous montrera l'avantage de la résection de la voûte sur l'ablation de l'os maxillaire. Supposez la mâchoire supérieure enlevée, le polype excisé, il faut fermer la plaie. Mais il reste à surveiller la récidive ; il faut, comme je l'ai dit, ruginer, cautériser la base du crâne, et pour cela il reste, comme passage, la moitié seulement de la voûte palatine. Au contraire, après la résection de la voûte palatine, il n'y a pas urgence à réunir la plaie ; on conserve une large voie pour observer la base du crâne et quand on se croit à l'abri de la récidive, la staphyloraphie est encore applicable.

Sans parler de la difformité qui peut suivre l'ablation de la

mâchoire supérieure, la mutilation qu'elle constitue est bien différente de celle qui succède à la résection de la voûte palatine. Dans le premier cas, on prive un malade de l'arcade dentaire, d'ailleurs très-utile ; dans le second, il n'y a pas de difformité, l'arcade est conservée ; de plus, on observe par la suite une sorte de régénération de la voûte palatine. Voici ce qui se passe : la manière dont on enlève la partie osseuse de la voûte permet de laisser intact le périoste palatin et le périoste nasal ; ces deux membranes sécrètent aussitôt et l'on voit naître des jetées osseuses qui tendent à oblitérer la perforation.

La résection de la voûte palatine expose au plus à une petite fistule palatine.

Toutes ces considérations me font préférer la résection de la voûte palatine ; de plus, l'ablation du maxillaire supérieur ne me paraît devoir être employée que pour les cas de polype inséré dans le sinus maxillaire.

TOXICOLOGIE.

Sur l'antidote des alcalis végétaux toxiques,

PAR M. J.-B. CAVENTOU.

Nous croyons utile de reproduire la lettre suivante, adressée par M. Caventou à M. le professeur Bouchardat, et qui traite une intéressante question de toxicologie.

Mon cher confrère,

Ce dernier numéro de votre excellent *Répertoire de pharmacie* (novembre 1852), fait connaître (p. 458) un cas d'empoisonnement par la teinture de colchique (*colchicum autumnale*) dû à une méprise d'autant plus déplorable, qu'elle a été suivie de mort. Le docteur Broeckx, qui rapporte cette observation, et qui a donné les derniers soins au malheureux malade, dit qu'appelé sept heures après l'empoisonnement, et malgré les selles et les vomissements nombreux qu'avait subis le malade, et qui auraient dû expulser la plus grande partie du poison ingéré, il jugea néanmoins utile d'avoir recours à l'eau iodée, parce qu'une certaine quantité de poison ingéré aurait pu se trouver encore dans le canal intestinal ; et parce que cet antidote, ajoute-t-il, *est conseillé* dans tous les empoisonnements par les alcalis végétaux ou par des substances qui les renferment. A ce sujet, vous dites en note, p. 461 : « C'est la solution d'iode dans « l'iodure de potassium qu'on administre dans les cas d'empoisonnements « par les alcalis végétaux ; il se forme alors des iodures d'iodhydrates « d'alcalis végétaux insolubles, comme je l'ai établi dans mon *Mémoire* « sur les iodures d'iodhydrates d'alcalis végétaux, imprimé dans mon « *Annuaire de thérapeutique*, pour 1854. »

C'est pour ébranler, sinon détruire peut-être votre confiance et celle des praticiens dans une telle médication, que j'ai cru devoir vous adresser cette lettre dont vous ne suspecterez point la source, et que vous recueillerez, je n'en doute pas, avec cette sincérité et cette foi scientifique que je vous connais.

Dans le fait rapporté par le docteur Broeckx, il s'était écoulé un temps si considérable depuis l'ingestion du poison, qu'une partie suffisante avait sans doute été absorbée pour produire la mort ; et dès lors l'application de l'antidote devait rester sans aucune efficacité, comme en effet cela est arrivé ; mais, en admettant que le docteur Broeckx eût été appelé à temps, et qu'il eût immédiatement appliqué l'antidote iodé, eût-il neutralisé le poison et enrayé l'empoisonnement ? C'est ce dont je doute fort, d'après des expériences comparatives faites à diverses reprises sous les yeux des élèves qui suivent mon cours de toxicologie à l'École de pharmacie.

Le réactif antidotique, mêlé aux liquides organiques de l'estomac, conserve-t-il l'énergie chimique qu'il possède lorsqu'on le verse dans la dissolution aqueuse pure d'un sel à base d'alcali végétal ? J'oserais d'autant moins l'affirmer, qu'ayant empoisonné des chiens avec un sel de strychnine, et leur ayant administré presque immédiatement le remède ioduré, ils n'en sont pas moins morts au bout de dix à quinze minutes.

Je comprends, à la rigueur, que l'injection du réactif ioduré faite à temps puisse diminuer les chances de l'absorption du poison, et que, les vomissements aidant à son expulsion, on puisse sauver peut-être le malade ; mais alors, dans cette incertitude, pourquoi ne point préférer un antidote à action chimique plus sûre, toutes choses égales d'ailleurs, et dont j'ai signalé l'emploi thérapeutique depuis plus de vingt ans dans mes cours, d'après des travaux antérieurs sur les alcalis végétaux, et qui me sont communs avec Pelletier ?

Je veux parler de la teinture aqueuse de noix de galle : nous avions remarqué que tous les alcalis végétaux donnaient, par ce réactif, un précipité abondant à base d'alcaloïde pur ou point soluble dans l'eau, et, me fondant sur ce fait tout chimique, j'en avais conclu qu'on en pourrait faire une application utile dans la thérapeutique des empoisonnements par les alcaloïdes toxiques ou les composés qui les renferment : en effet, des chiens soumis à l'action de ces poisons, et qui seraient morts indubitablement abandonnés à eux-mêmes, étaient sauvés par l'ingestion de l'antidote, lorsque les vomissements venaient en aide, et, dans tous les cas, la mort était notablement retardée.

Me citerai-je aussi comme exemple ? J'étais jeune alors, car c'était en 1816, époque à laquelle Pelletier et Magendie publiaient leur travail sur l'ipécacuanha, auquel j'avais concouru ainsi qu'ils le disent eux-mêmes dans leur mémoire (*Annales de physique et de chimie*, t. IV) : j'avalais de l'émétine (qui n'était alors qu'un extrait alcoolique d'ipécacuanha privé de matières grasses (1), en proportion capable de provoquer de nombreux vomissements ; et au moment où ceux-ci allaient se produire, je me faisais en quelque sorte un jeu de les arrêter immédiatement par l'ingestion de la teinture aqueuse de noix de galle, parce que nous avions reconnu que le principe actif de l'ipécacuanha était complétement précipité par ce réactif.

Il est vrai que cet antidote présente un inconvénient : c'est que le précipité qu'il produit avec les alcaloïdes se redissout dans un excès de précipitant ; et cependant, malgré cet inconvénient, qu'il partage du reste avec l'albumine par rapport au sublimé corrosif, M. Orfila, si compétent en pareille matière, ne regarde pas moins qu'il est avantageux de faire usage de la décoction de noix de galle, dès les premiers temps de l'empoisonnement par l'opium, puisqu'il est reconnu qu'elle atténue l'action de celui-ci (*Traité de toxicologie*, t. II, p. 278). Or, ceci peut s'appliquer à tous les composés d'alcaloïdes qui présentent la même propriété.

Depuis cette époque, un excellent travail chimique a été publié sur la noix de galle, c'est celui de Pelouze : il a prouvé que le principe astringent de la noix de galle était un acide particulier qu'il a dénommé *acide tannique*, et il a fait voir que c'est à cet acide qu'il faut rapporter la propriété importante qu'a la teinture aqueuse de noix de galle de précipiter tous les alcalis végétaux de leur dissolution dans l'eau ; et comme ces tannates organiques ne se redissolvent pas sensiblement dans un excès d'acide tannique, il est évident que si la décoction de noix de galle jouit d'une propriété contraire, cela tient à une matière brune qui accompagne ordinairement l'acide tannique dans ce produit végétal, et qui se dissout dans l'eau en même temps que lui : or, ce fait étant donc bien établi par l'expérience chimique, il ne suffisait donc plus, pour donner à l'antidote gallique toute la puissance possible, que de limiter son emploi à l'acide tannique pur.

Aussi est-ce avec l'acide tannique dissous dans l'eau que j'ai expérimenté, comparativement avec la teinture d'iodure de potassium iodurée, sur des chiens que j'avais empoisonnés avec de la strichynine dissoute à l'état de sel ; et je puis vous assurer que les chiens soumis à l'antidote ioduré étaient déjà morts, alors que les autres ne manifestaient pas encore la plus petite secousse tétanique. La conséquence à tirer sur la préférence à donner à l'un de ces antidotes sur l'autre, dans un cas d'empoisonnement, ne peut donc être douteuse.

Telles sont, mon cher confrère, les réflexions que m'a suggérées l'observation d'empoisonnement par le colchique, publiée par le docteur Broeckx ; si vous jugiez comme moi que leur publication soit de quelque utilité, je vous autorise à les insérer dans votre *Répertoire de pharmacie*.

Paris, le 26 novembre 1852.

(1) Émétine du *Codex medicamentorum* de 1818.

CHRONIQUE ET NOUVELLES

— Une décision de la Commission centrale de la Chambre des représentants vient de mettre en rumeur, et à juste titre, la presse médicale de la Belgique. Cette décision qui, heureusement, n'est pas encore érigée en loi, et contre laquelle une pétition vient d'être adressée à la Chambre, ne tend à rien moins qu'à protéger le charlatanisme, tout en voulant simplement favoriser les bonnes intentions des personnes charitables qui vont porter des conseils et des consolations aux malades. Voici le texte de la proposition adoptée par la Section centrale :

« La distribution habituelle et gratuite d'un remède *inoffensif, avec indication de la manière de s'en servir*, alors même qu'elle est précédée de la visite des malades, ne constitue point l'exercice illégal d'une branche de l'art de guérir, ni, par suite, une contravention à l'art. 18 de la loi du 12 mars 1818. »

— Sur la présentation qui lui a été faite par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. le préfet de police a nommé M. le docteur Al. Devergier président, et M. Trébuchet secrétaire de ce conseil, pour l'année 1853.

— Nous sommes heureux de pouvoir annoncer qu'un de nos confrères de Paris les plus honorables, notre excellent ami et distingué collaborateur, M. Laborie, vient d'être nommé membre de la légion d'Honneur.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 8. 1re ANNÉE. Mardi, 18 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE (*Suite*). — CLINIQUE DES HOPITAUX : Hôpital de la Pitié. De la paracentèse du péricarde dans le traitement de la péricardite chronique, par M. MARGERIE. — Hôpital Saint-Louis. Leçon clinique sur l'herpès. — Observation de pleurésie purulente ouverte à l'extérieur. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON : Rapport sur le magnétisme animal, par J.-S. BAILLY.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

Le nom de hernies du testicule, donné à la lésion qui va nous occuper, n'est exact qu'autant qu'il se rapporte à la généralité des cas, ainsi: une plaie est faite au scrotum, et une pression venant à agir à ce moment, le testicule est chassé au dehors; ou bien, une ulcération tuberculeuse survient au scrotum, et le testicule s'échappe à travers les enveloppes scrotales, et, dans ce cas, personne ne peut trouver quelque chose à redire sur la propriété de l'expression employée. Mais nous rangeons sous ce même titre des cas extrêmement analogues aux précédents, ou n'en différant que par quelques détails, et qui, à la rigueur, ne sont réellement pas des hernies; ainsi, les enveloppes scrotales sont détruites par un vaste abcès ou par une gangrène, et laissent les testicules à découvert; sans contredit, on ne peut pas appeler cela une hernie, quelque analogie qu'aient les conséquences de cette lésion avec les conséquences des vraies hernies testiculaires. Il aurait donc peut-être mieux valu prendre pour titre : Exposition du testicule à l'extérieur par suite de hernie de l'organe, ou de destruction des enveloppes scrotales.

Nous ne l'avons pas fait, pour deux raisons : 1° le titre *Hernie du testicule* est plus bref, plus sonore, parle mieux à l'esprit, le frappe davantage, ce qui est toujours important pour des questions nouvelles, et d'ailleurs convient à la grande majorité des cas que nous étudions; 2° il ne peut avoir aucun inconvénient, car toutes les lésions que nous allons étudier pour une fois sous ce titre commun, ne devront plus, à l'avenir, être réunies et étudiées ensemble, dans les livres de pathologie chirurgicale, en sorte que ce titre ne sert que pour cette fois, doit être à peu près rayé, supprimé ensuite, et il n'y a pas de risque, par conséquent, que nous ayons introduit dans la science un nouveau mot mauvais, ce que nous nous reprocherions comme une bien grande faute, si cela pouvait arriver. En effet, ces lésions sont toujours la conséquence de lésions antérieures, plaies, abcès, gangrènes, ulcérations tuberculeuses, à la suite de l'exposé desquelles, et à leur occasion seulement, sans former de chapitre distinct (nous parlons au moins des livres méthodiques de pathologie), elles devront être désormais décrites. Nous les réunissons ici pour la première fois que leur étude est faite régulièrement, afin de montrer leur relation intime, et d'éclairer l'histoire des unes par l'histoire des autres. Dès que cette relation sera bien connue, bien établie, il deviendra inutile de les examiner ensemble dans aucun traité régulier de pathologie, puisque leur place naturelle sera évidemment dans la description des lésions premières, plaies, abcès, tubercules du scrotum ou du testicule qui les occasionnent. Une partie de l'histoire que nous allons faire devra donc désormais se trouver unie à l'histoire des plaies du scrotum, une autre partie à celle de ses abcès, une autre à celle de ses gangrènes, et une dernière à celle des tubercules du testicule.

Une classification d'un livre d'anatomie pathologique étant tout à fait différente de celle d'un livre de pathologie, il pourra arriver encore à l'avenir qu'on ait, dans ce cas, quelqu'occasion

FEUILLETON.

Rapport sur le magnétisme animal,

Par J.-S. BAILLY, *premier président de l'Assemblée constituante.*

Il se publie chaque année à Paris un petit livre bien peu connu des médecins, et dans lequel cependant se trouvent souvent des renseignements du plus grand intérêt pour la physiologie et l'hygiène publique ou privée. Ce petit livre, c'est l'*Annuaire du bureau des longitudes*. Cette année, outre des statistiques que nous aurons à utiliser plus tard, l'*Annuaire* renferme une notice de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences sur Jean-Sylvain Bailly, le président non moins illustre de l'ancienne Assemblée constituante. Bailly, personne ne l'ignore, était un savant de premier ordre, et à ce titre, comme membre de l'Institut, il eut à faire des rapports scientifiques dont quelques-uns intéressaient vivement les médecins : tel est le rapport sur le magnétisme animal. M. Arago, dans sa notice, a présenté une analyse de ce rapport qui est à la fois un modèle de critique et d'exposition. Les tentatives faites tout récemment encore et quelques-unes avec bonne foi, pour constituer un magnétisme scientifique, donnent à l'appréciation de Bailly et de M. Arago tout le mérite de l'opportunité. Nous allons donc la reproduire textuellement en l'accompagnant de quelques notes.

Au commencement de l'année 1778, un médecin allemand vint s'établir à Paris. Ce médecin ne pouvait manquer de réussir auprès de ce qu'on appelait alors la haute société : il était étranger. Son gouvernement l'avait expulsé; on lui imputait des actes d'une effronterie, d'un charlatanisme sans exemple.

Le succès, néanmoins, dépassa toutes les prévisions. Les Gluckistes et les Piccinistes eux-mêmes oublièrent leurs différends pour s'occuper exclusivement du nouveau venu.

Mesmer, puisqu'il faut l'appeler par son nom, prétendait avoir découvert un agent jusque-là totalement inconnu aux hommes de l'art et aux physiciens : un fluide universellement répandu, et, à ce titre, servant de moyen de communication et d'influence entre les globes célestes; un fluide susceptible de flux et de reflux, qui s'introduisait plus ou moins abondamment dans la substance des nerfs et les affectait d'une manière utile : de là le nom de *magnétisme animal* donné à ce fluide.

de réunir en un seul groupe les lésions que nous étudions ici ensemble ; alors le titre que nous acceptons en ce moment, pour une fois seulement, ne devrait plus être adopté, et on devrait lui préférer celui d'*exposition du testicule à l'extérieur*.

Quel que soit le mécanisme en vertu duquel le testicule se trouve exposé à l'extérieur, hors de ses enveloppes scrotales, les phénomènes consécutifs peuvent être les mêmes dans tous les cas. Néanmoins, et d'habitude, il existe, suivant la nature de la cause première, des nuances assez tranchées dans le groupe que nous examinons, pour qu'il devienne très-utile d'en subdiviser l'étude en trois groupes ou chapitres secondaires que voici : 1° hernies du testicule, survenant immédiatement au moment où une plaie a été faite au scrotum, ou *hernies traumatiques ;* 2° hernies du testicule consécutives à une gangrène ou à un abcès, que celui-ci ait été occasionné par une plaie antérieure ou par toute autre cause, ce seront nos *hernies consécutives ;* 3° hernies du testicule à l'ulcération du scrotum par une lésion tuberculeuse, ou *hernies tuberculeuses*.

A ces trois chapitres, dans lesquels nous subdivisons notre travail, nous ajouterons un 4e chapitre accessoire, relatif à la *castration* considérée comme *applicable à certains cas de tubercules testiculaires,* et qui est indispensable pour compléter ce que nous avons à dire sur les hernies tuberculeuses.

CHAPITRE PREMIER.

Des hernies traumatiques du testicule.

Nous ne parlons ici que des cas dans lesquels le testicule est mis à nu au moment même où la plaie vient d'être faite ; et alors, de deux choses l'une : ou la plaie est petite, et il a fallu qu'une pression surajoutée vînt chasser l'organe testiculaire à travers elle, c'est une vraie hernie ; ou bien la plaie est grande, vaste, et sans que le mot hernie soit alors rigoureusement exact, le testicule pend librement à l'extérieur.

Il est curieux que les recueils scientifiques, depuis qu'il y a une chirurgie régulière, soient presque muets sur une lésion qui doit certainement être assez commune, et présente des particularités importantes pour l'appréciation et le traitement desquelles, les généralités exposées pour les plaies en commun, ne suffisent en aucune façon, et ne pourront jamais suffire. Cependant, le fait est que, pour une lésion qui ne doit pas être rare, il est bizarre que l'on ne trouve qu'un petit nombre d'observations publiées. Voici les seules que nous ayons pu trouver, par suite de l'appel fait par M. Foucart, signalé dans l'historique précédent, et sur lesquelles nous avons établi notre description.

A. Docteur Gaston, *Annales de la Société de médecine de Montpellier,* 1806, t. 7, p. 434.

B. Wolf, *Journal général de la Société de médecine de Paris*, t. 77, p. 136, empruntée au *Journal complémentaire.*

C. Serre de Montpellier, *Éphémérides médicales de Montpellier,* 1826, t. 2, p. 192, 1re Observation.

D. M. Voillemier, fait publié par M. Foucart, *Gazette des hôpitaux,* 1846, p. 593.

E. Docteur J. Snell, *London médical Gazette,* t. 38 ou 3 de la nouvelle série, 1846, p. 622.

F. M. Clément Ollivier d'Angers, *Gazette des hôpitaux,* 1847, p. 201, extrait de la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, 1847.

G. H. M. Pichot (de la Loupe), deux faits communiqués à la *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 321.

I. Docteur Kaysin (de Floreffe, Namur, Belgique), *Gazette des hôpitaux,* 1847, p. 201, extrait du *Journal de médecine de Bruxelles,* 1847.

J. M. Guilhaud, *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 321.

En tout dix faits que nous allons analyser scrupuleusement, et qui nous permettent de faire l'histoire à peu près complète de la lésion. Il est bon de remarquer, cependant, que nous ne nous occupons pas ici de toutes les lésions testiculaires qui peuvent compliquer les plaies du scrotum ; nous laissons entièrement de côté les simples piqûres, les plaies sous-cutanées, comme dans le débridement, ou, à ciel ouvert, comme dans les plaies trop étroites pour permettre l'issue du testicule, et à l'extrême opposé, les cas où, par incision, arrachement, ou par dissection et incision réunies, le testicule a pu être complétement enlevé. Nous ne prenons que les faits dans lesquels le testicule a fait hernie à travers une plaie qui n'est pas très-large, ou bien dans lesquels la plaie étant énorme, le testicule, toujours suspendu à son cordon, est entièrement à découvert à l'extérieur, tous cas dans lesquels la lésion offre souvent de grandes analogies avec les hernies tuberculeuses.

Causes. La lésion est purement accidentelle, et, par conséquent, peut arriver à tout âge ; cependant, comme pour toutes les lésions traumatiques, l'âge adulte y est naturellement plus exposé. Dans nos dix cas, sept fois la lésion est arrivée chez des individus âgés de 16 à 40 ans, une fois à 12 ans, une fois à 70 ans, et dans un cas (Wolf), l'âge n'est pas indiqué.

La cause efficiente la plus commune a été une chute à califourchon, deux fois sur la pointe d'un pieu planté en terre par son autre extrémité, une fois sur l'extrémité grossièrement aiguë d'une branche qui venait de se casser, et une fois sur la pointe d'un crochet qui terminait, par en bas, une corde à laquelle un enfant grimpait, lorsqu'il s'est laissé tombé ; dans ces quatre cas, la lacération du scrotum était étendue et plus ou moins contuse, et laissait, par le fait, le testicule à découvert. Deux fois, la lésion a été amenée par la coupure du scrotum avec un rasoir ou un instrument analogue, et comme, dans l'un au moins de ces cas, la plaie, trop étroite, dut être agrandie pour permettre la réin-

---

« Le magnétisme animal, disait Mesmer, peut être accumulé, concentré, transporté, sans le secours d'aucun corps intermédiaire. Il se réfléchit, comme la lumière ; les sons musicaux le propagent et l'augmentent. »

Des propriétés aussi nettes, aussi précises, semblaient devoir être susceptibles de vérifications expérimentales. Il fallait donc prévoir les cas de non-réussite, et Mesmer se donna bien garde d'y manquer ; voici sa déclaration : « Quoique le fluide soit universel, tous les corps animés ne se « l'assimilent pas au même degré ; il en est, quoiqu'en très-petit nombre, « qui par leur seule présence détruisent tous les effets de ce fluide dans « les autres corps. »

Dès que ceci était admis, dès qu'on se donnait la faculté d'expliquer le manque de réussite par la présence de *corps neutralisants,* Mesmer ne courait plus le risque d'être embarrassé. Rien ne l'empêchait d'annoncer en toute sûreté « que le magnétisme animal pouvait guérir immédiatement « les maux de nerfs et médiatement les autres ; qu'il donnait au médecin « le moyen de juger *avec certitude* l'origine, la nature et le progrès des « maladies les plus compliquées ; que la nature offrait, enfin, dans le « magnétisme un moyen universel de guérir et de préserver les hommes. »

Avant de quitter Vienne, Mesmer avait communiqué ses idées systématiques aux principales sociétés savantes de l'Europe. L'Académie des sciences de Paris, la Société royale de Londres, ne jugèrent pas à propos de répondre. L'Académie de Berlin examina le travail, et écrivit à Mesmer qu'il était dans l'erreur.

Mesmer, quelque temps après son arrivée à Paris, essaya de nouveau de se mettre en rapport avec l'Académie des sciences. Cette compagnie accepta même un rendez-vous. Mais, au lieu de vaines paroles qu'on leur offrait, les académiciens demandèrent des expériences. Mesmer trouva, je cite ses expressions, que c'était *un enfantillage ;* et la conférence n'eut pas d'autre suite.

La Société royale de médecine, appelée à juger du mérite des prétendues guérisons opérées par le docteur autrichien, pensa que ses commissaires ne pourraient pas donner un avis motivé « *sans avoir auparavant* « *constaté l'état des malades par un examen fait avec soin.* » Mesmer repoussa une prétention si naturelle, si raisonnable. Il voulait que les commissaires se contentassent de la *parole d'honneur* des malades et d'attestations. De ce côté encore, des lettres dignes et sévères de Vicq-d'Azyr mirent fin à des communications qui devaient rester sans résultat.

La Faculté de médecine montra, ce nous semble, moins de sagesse. Elle refusa de rien examiner ; elle procéda même en forme contre un de ses docteurs régents qui s'était associé, disait-elle, à la charlatanerie de Mesmer.

Ces infructueux débats prouvaient avec évidence que Mesmer lui-même n'était bien sûr ni de sa théorie, ni de l'efficacité des moyens de guérison

tégration du testicule, il est évident qu'une pression brusque, simultanée ou consécutive à la coupure, avait dû agir pour expulser au dehors le testicule hernié. Dans un cas, le scrotum a été largement lacéré par un coup de corne de bœuf qui le traversa, en soulevant le blessé au-dessus de la tête de l'animal. Dans deux cas, l'action de la pression pour expulser le testicule au dehors était évidente, car la lésion avait été produite par une contusion violente, produisant à la fois la plaie contuse et la hernie; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un violent coup de pied d'un bœuf qui appliqua le scrotum contre sa crèche; dans l'autre, d'une roue de voiture lourdement chargée qui passa entre les jambes du blessé, puis sur le scrotum et ensuite sur le ventre. Enfin, dans le dixième cas, celui du docteur Gaston que nous rapportons plus loin en entier, l'action a été complexe: mélange de contusion, coupure et déchirure, chez un individu renversé et traîné, par un âne emporté, sur des pierres à arêtes aiguës qui blessèrent profondément, non-seulement le scrotum, mais aussi le testicule, l'épididyme et le cordon.

Pour le motif déjà signalé, c'est-à-dire puisqu'il s'agit d'une lésion accidentelle, il est aisé de prévoir que les deux testicules y sont également exposés; et précisément, dans nos dix cas, quatre fois la lésion portait sur les deux testicules simultanément, trois fois sur le testicule gauche, trois fois sur le testicule droit.

Ainsi, une plaie le plus souvent contuse, parfois aidée d'une pression qui expulse le testicule, telle est la cause habituelle. Peut-être dans le mécanisme de l'expulsion, ou au moins du maintien de la hernie une fois produite, faut-il aussi faire entrer en ligne de compte, la contraction du dartos, et même du crémaster, qui tendent à resserrer les parties molles derrière l'organe hernié.

Phénomènes. Au moment de l'accident, il ne se passe ici rien de plus particulier que dans toute autre plaie analogue, sauf cependant qu'à la douleur et à l'émotion produites par l'accident en lui-même, et qui peuvent amener la perte de connaissance, quoique ce ne soit pas l'ordinaire, s'ajoute l'émotion particulière que doit faire naître le siége de la lésion dans un organe aussi important.

Il n'y a pas d'hémorrhagie, ce qui se comprend par suite de la petitesse des vaisseaux du scrotum qui seuls sont divisés, et de l'action souvent contuse ou par déchirement, de la cause; deux fois seulement on signale un peu d'écoulement de sang peu sérieux. C'est là une différence entre ces plaies du scrotum avec lésion testiculaire, mais avec intégrité du cordon, et celles dans lesquelles le testicule est complétement enlevé par coupure ou par arrachement, et qui peuvent se compliquer, même dans le dernier cas, d'une hémorrhagie notable.

Notons que les causes de la lésion agissant le plus souvent au moyen de déchirure ou de contusion, la plaie du scrotum est en général irrégulière, et que les bords peuvent être attaqués plus tard de gangrène, ou être mortifiés sur le moment même, de manière à exiger une résection immédiate des points mortifiés.

Le fait le plus saillant résulte de la présence du testicule au dehors des enveloppes scrotales. Ici se présentent encore plusieurs nuances. Suivant que la plaie a atteint plus ou moins profondément, les parties herniées seront différentes.

Il faut se rappeler, à ce sujet, que nous trouvons autour du testicule deux ordres d'enveloppes : 1° des enveloppes *préformées*, à savoir : la peau, la couche superficielle du tissu cellulaire sous-cutané, le dartos et la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutané, enveloppes *formées d'avance, en prévision* de la descente ultérieure du testicule; 2° des enveloppes *ultérieures*, descendant avec le testicule, au nombre de trois : la tunique fibreuse du cordon, le crémaster, et au-dessous, la tunique celluleuse du cordon, ce qui revient à dire : le crémaster avec ses deux aponévroses d'enveloppe presque celluseuses. Ces trois dernières tuniques, bien distinctes dans la partie supérieure des bourses, tendent à se réunir par en bas en une seule lame, surtout vis-à-vis tout le pourtour du testicule. Entre ces deux couches, le tissu cellulaire est tellement souple, tellement lâche, qu'elles peuvent glisser d'une manière indépendante l'une sur l'autre, comme nous en avons la preuve à l'état physiologique, lorsque le crémaster se contractant isolément, entraîne le testicule vers l'anneau inguinal, en laissant indifférentes les couches superficielles ou préformées de la poche scrotale. De plus, entre la lame unique ou presque unique que forment par en bas, autour du testicule, les trois enveloppes ultérieures, d'une part, et le testicule d'autre part, existe une cavité séreuse appelée cavité de la tunique vaginale, et qui favorise bien plus que la mobilité plus extérieure précitée, les déplacements et le glissement du testicule.

Cela posé, on comprend tout de suite une différence notable dans les organes herniés, suivant que la plaie du scrotum sera plus ou moins profonde. Si les enveloppes préformées, ou scrotum proprement dit, sont seules divisées, le testicule pourra être expulsé à l'extérieur, conjointement avec ses enveloppes ultérieures qui continuent à le revêtir. Mais si la cavité de la tunique vaginale est ouverte en même temps, le testicule seul sortira à l'extérieur avec sa tunique albuginée complétement à découvert. On conçoit à la rigueur que la plaie première n'ait pas ouvert la cavité de la tunique vaginale dès l'abord, et que, cependant, le testicule sorte seul, si la pression violente, simultanée ou consécutive à la formation de la plaie, a pu amener ensuite la déchirure de la lame unique ou à peu près, que forment les trois enveloppes ultérieures réunies. Dans nos dix observations, le testi-

---

qu'il mettait en usage. Néanmoins, le public se montra aveugle. L'engouement devint extrême. La société française parut un moment partagée en magnétiseurs et en magnétisés. D'un bout du royaume à l'autre, on voyait des agents de Mesmer qui, leur quittance à la main, mettaient les pauvres d'esprit à contribution.

Les magnétiseurs avaient eu l'adresse de faire entrevoir que les crises mesmériennes se manifestaient seulement chez les personnes douées d'une certaine sensibilité. Dès ce moment, pour ne pas être rangés parmi les insensibles, des hommes et des femmes se donnèrent, près du baquet, les apparences d'épileptiques.

Le père Hervier n'était-il pas réellement dans un des paroxysmes de cette maladie, lorsqu'il écrivait : « Si Mesmer eût vécu à côté de Descartes et de Newton, il leur aurait épargné bien des peines : ces grands hommes soupçonnaient l'existence du fluide universel; Mesmer a découvert les lois de son action. »

Court de Gébelin se montra plus étrange encore. La nouvelle doctrine devait naturellement le séduire par ses rapports avec quelques pratiques mystérieuses de l'antiquité; mais l'auteur du *Monde primitif* ne se contenta pas d'écrire en faveur du mesmérisme, avec l'enthousiasme d'un apôtre. Des douleurs affreuses, de violents chagrins lui rendaient la vie insupportable; Gébelin voyait arriver sa fin avec satisfaction, et, dès lors, il demandait avec instance qu'on ne le transportât point chez Mesmer, où, certainement, *il ne pourrait pas mourir*. Disons en passant que ces prières ne furent pas écoutées, et que Gébelin expira pendant qu'on le magnétisait.

La peinture, la sculpture, la gravure reproduisaient à l'envi les traits du thaumaturge. Les poëtes faisaient des vers destinés à être inscrits sur les piédestaux des bustes ou au bas des portraits. Ceux de Palissot méritent d'être cités comme un des plus curieux exemples de licences poétiques :

> Le voilà, ce mortel dont le siècle s'honore,
> Par qui sont replongés au séjour infernal
> Tous les fléaux vengeurs que déchaîna Pandore;
> Dans son art bienfaisant il n'a pas de rival,
> Et la Grèce l'eût pris pour le dieu d'Épidaure.

L'enthousiasme en vers ayant été ainsi jusqu'aux dernières limites, l'enthousiasme en prose n'avait qu'un moyen de se faire remarquer : la violence. N'est-ce pas ainsi qu'il faut caractériser ces paroles de Bergasse : « Les adversaires du magnétisme animal sont des hommes qu'il faudra bien vouer un jour à l'exécration de tous les siècles et au mépris vengeur de la postérité. »

Il est rare que de la violence en paroles on n'aille pas aux voies de fait. Ici, tout marcha suivant le cours naturel des choses. Nous savons, en effet, que des admirateurs furieux de Mesmer tentèrent d'étouffer Berthollet dans l'angle d'une des pièces du Palais-Royal, pour avoir dit naïvement que les

cule est sorti seul avec la tunique albuginée à découvert dans quatre cas, dont un dans lequel les deux testicules étaient dehors; dans trois cas, dont deux avec exposition des deux testicules simultanément : le testicule hernié ou exposé était accompagné à l'extérieur par ses enveloppes ultérieures intactes; dans les trois cas restants, il n'y a pas de détails suffisants dans les observations pour pouvoir se prononcer. Cette distinction a pour nous en particulier une certaine valeur, parce que ce sera surtout dans les cas où le testicule est entièrement à découvert, que la tunique albuginée, se couvrant de granulations, pourra former une tumeur identique aux prétendus fongus bénins du testicule.

Le scrotum ainsi privé du testicule, et outre l'état plus ou moins déchiré ou altéré déjà cité des bords de la division, est en général affaissé et replié sur lui-même, comme une masse molle et chiffonnée.

A. DEVILLE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. M. GENDRIN.

De la paracentèse du péricarde dans le traitement de la péricardite chronique.

Parmi les nombreuses et intéressantes questions que soulève l'histoire de la péricardite chronique, l'une des plus importantes est sans contredit celle qui a pour objet de rechercher l'utilité ou, pour mieux dire, la valeur thérapeutique de la paracentèse du péricarde.

La présence d'un vaste épanchement dans l'intérieur du péricarde apporte nécessairement, avec elle, un obstacle puissant à la liberté des mouvements du cœur et au facile accomplissement de l'hématose; cet obstacle, on ne saurait le contester, peut-être porté au point de déterminer une stase sanguine et la formation de caillots volumineux au sein des cavités du cœur; dès ce moment, il y a péril imminent pour les jours du malade.

On conçoit qu'en semblable circonstance, l'indication qui se présente naturellement à l'esprit de rétablir, dans un bref délai, l'ordre régulier de la respiration et de la circulation, ait conduit à l'idée d'une opération chirurgicale, comparable à celle qu'on pratique pour les épanchements de la plèvre dans des conditions analogues. C'est ce qui est arrivé, en effet, à une époque où l'on n'était pas aussi bien fixé qu'on l'est de nos jours sur l'interprétation des phénomènes morbides; à une époque où les esprits, uniquement préoccupés des accidents dus au liquide déposé dans la poche péricardiaque, négligeaient à la fois, et de prendre en considération l'élément inflammatoire de la maladie, et de tenir compte des états pathologiques accessoires à l'influence desquels se rattache la persistance de certains épanchements.

La ponction du péricarde a été préconisée par un homme dont la pratique médicale et la carrière scientifique n'ont pas été illustrées par de nombreux et brillants succès, par Jean Riolan, le fils, professeur au collége de France.

Prédécesseur de Guy Patin, de Guy Patin qui se faisait saigner vingt-deux fois dans l'espace de cinq jours, Jean Riolan engagea sur l'émétique une grande querelle dont on a gardé le souvenir, il resta le dernier et courageux adversaire de la circulation du sang, enfin il imagina ou plutôt il proposa l'opération dont nous avons à juger ici la valeur. Il se préoccupa très-médiocrement des signes de l'épanchement, qu'il paraît ne pas avoir connus. On trouve exprimée dans son livre l'opinion qu'il est impossible de pénétrer dans la poche péricardiaque en dehors du sternum; méconnaissant les changements de rapports que détermine la pression excentrique du liquide épanché, l'auteur conseille de trépaner le sternum à sa base, environ à deux travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde.

Le procédé indiqué par J. Riolan fut l'origine de plusieurs discussions, dont les ouvrages de Van Swieten et de Senac contiennent le résumé.

Van Swieten conçut l'idée d'éviter la trépanation, en faisant glisser l'instrument tranchant, destiné à ouvrir le péricarde, sur le bord externe du sternum, du côté gauche; au moyen de cette modification, l'opération devenait, suivant lui, utile et profitable.

Desault a pratiqué la ponction du péricarde, le fait a été consigné dans ses œuvres chirurgicales.

Un malade était entré à l'Hôtel-Dieu, pour un épanchement qu'on présumait avoir son siége dans la poche péricardiaque. Desault, avant de mettre à exécution l'opération dont il avait formé le projet, provoqua une consultation, conformément à l'usage de cette époque; parmi les trois médecins qui furent appelés, deux émirent l'avis que l'existence d'un épanchement dans le péricarde était au moins douteuse, et contestèrent l'opportunité d'une opération chirurgicale.

Desault pratiqua néanmoins la ponction du péricarde, il obtint du liquide; le malade succomba au bout de quelques jours. A l'ouverture du cadavre, il fut reconnu que l'instrument avait pénétré dans la plèvre; le peu de soin avec lequel on procéda à l'autopsie a soulevé des doutes sur la réalité de ce dernier fait, aussi dit-on généralement que la ponction du péricarde a été tentée, sinon pratiquée par Desault.

Deux opérations, analogues à celle que nous venons de rappeler, ont été exécutées par Larrey; à la lecture des observations dans lesquelles elles ont été décrites, on est en droit de se demander si l'opérateur a été autorisé par des motifs suffisants à ouvrir le péricarde, et s'il l'a réellement ouvert comme il croit l'avoir fait.

---

scènes dont il avait été témoin ne lui semblaient pas démonstratives. Nous tenons cette anecdote de Berthollet lui-même.

Les prétentions du médecin allemand augmentaient avec le nombre de ses adhérents. Pour le décider à donner à trois savants seulement la permission d'assister à ses séances, M. de Maurepas lui offrit, au nom du roi, 20,000 francs de rentes viagères et 10,000 francs annuels pour frais de logement. Mesmer n'accepta pas cette offre. Il demanda, à titre de récompense nationale, un des plus beaux châteaux des environs de Paris et toutes ses dépendances territoriales.

Irrité de voir cette prétention repoussée, Mesmer quitta la France en la vouant avec colère au déluge de maux dont il eût été en son pouvoir de la préserver. Dans une lettre écrite à Marie-Antoinette, le thaumaturge déclarait avoir refusé les offres du gouvernement, par *austérité*.

Par *austérité!!!* Faut-il donc croire, comme on le prétendit dans le temps, que Mesmer ignorait entièrement notre langue; qu'à cet égard ses méditations s'étaient exclusivement concentrées sur le vers célèbre :

Les sots sont ici-bas pour nos menus plaisirs?

Au reste, l'*austérité* de Mesmer ne l'empêcha pas d'éprouver la plus violente colère, lorsqu'il apprit à Spa que Deslon continuait à Paris les traitements magnétiques. Il revint en toute hâte. Ses partisans l'accueillirent avec enthousiasme, et organisèrent une souscription à 100 louis par tête, qui produisit sans retard près de 400,000 francs. On trouve aujourd'hui avec quelque surprise, parmi les noms des souscripteurs, ceux de :

MM. de la Fayette, de Ségur, d'Éprémesnil.

Mesmer quitta une seconde fois la France vers la fin de 1784, en quête d'un gouvernement, appréciateur plus éclairé des esprits supérieurs. Il laissa derrière lui un grand nombre d'adeptes ardents et tenaces, dont les démarches importunes déterminèrent enfin le gouvernement à soumettre directement les prétendues découvertes magnétiques à l'examen de quatre médecins de la Faculté de Paris. Ces médecins distingués sollicitèrent l'adjonction de quelques membres de l'Académie des sciences. M. de Breteuil désigna alors MM. Le Roy, Bory, Lavoisier, Franklin et Bailly, pour faire partie de la commission mixte. Bailly, enfin, fut nommé rapporteur.

Le travail de notre confrère parut dans le mois d'août 1784. Jamais question complexe ne se trouva réduite à ses traits caractéristiques avec plus de finesse et de tact; jamais plus de modération ne présida à un examen que des passions personnelles semblaient rendre impossible. Jamais sujet scientifique ne fut traité d'un style plus digne, plus limpide.

Rien n'égale la crédulité des hommes sur tout ce qui touche à leur santé. Cet aphorisme est de vérité éternelle. Il explique comment une portion du public est revenue aux pratiques mesmériennes; comment je ferai une œuvre de circonstance en donnant aujourd'hui l'analyse détaillée

Aux yeux de Laënnec, la ponction du péricarde, pour prendre rang parmi les opérations utiles, devait avoir pour résultat, non-seulement de détruire les inconvénients attachés à la présence de l'épanchement, mais encore de provoquer une inflammation adhésive entre les feuillets opposés du péricarde. L'oblitération de la cavité péricardiaque, de même que celle de la séreuse vaginale dans l'hydrocèle, était destinée, suivant lui, à prévenir le retour de la maladie, en supprimant pour toujours les conditions anatomiques nécessaires à sa production. Laënnec ignorait sans doute que l'adhérence mutuelle des parois du péricarde, aussi bien que celle des parois de la tunique vaginale, constitue un phénomène temporaire, même lorsqu'elle s'établit sous l'influence d'une inflammation traumatique suscitée par les moyens de l'art; il ne savait pas que cette adhérence, lorsqu'elle se prolonge pendant un certain temps, entraîne fatalement après elle une hypertrophie du cœur.

Provoquer par des injections irritantes une inflammation adhésive dans le péricarde, comme le conseillait Laënnec, c'est avoir recours à l'un de ces remèdes qu'on est convenu de réserver pour les cas extrêmes, à l'un de ces remèdes en faveur desquels Van Swieten a dit : qu'il vaut mieux employer un remède incertain et même dangereux que de laisser périr le malade.

Nous ne partageons pas l'opinion de Van Swieten; tous les jours on voit revenir à la santé des malades qu'on avait abandonnés à eux-mêmes après avoir porté un arrêt funeste. Pour notre part, nous préférons nous confier aux ressources de la nature, plutôt que de faire intervenir des moyens décisifs dont l'action expose à un danger de mort plus ou moins immédiat.

La paracentèse du péricarde est une opération très-grave. L'unique circonstance dans laquelle elle pourrait, à notre avis, trouver une application, serait celle où l'abondance de l'épanchement aurait déterminé une dépression considérable de la circulation et la formation de concrétions sanguines dans les cavités du cœur. De semblables conditions, on le conçoit sans peine, sont, en général, difficiles à préciser aussi bien qu'à prévoir.

L'exécution de l'opération, considérée en elle-même, est d'une grande simplicité; il suffit de réfléchir un instant aux modifications que la présence du liquide épanché a introduites dans les dispositions anatomiques normales, pour comprendre qu'en faisant pénétrer un trocart dans l'angle formé inférieurement par le bord gauche du sternum et le cartilage de la cinquième côte, immédiatement au-dessous de l'articulation synchondro-sternale, on arrivera sûrement et immédiatement dans la cavité du péricarde.

Ce serait une erreur de croire qu'en agissant ainsi on s'expose, comme l'a écrit Sabatier dans son ouvrage, à ouvrir la plèvre.

Dans l'état de santé, la plèvre passe en avant du péricarde, et s'approche plus ou moins de la ligne médiane; si, dans de semblables conditions, on venait à opérer d'après le procédé auquel nous accordons la préférence, on blesserait infailliblement la plèvre; pour éviter cet accident, il y aurait nécessité absolue de pénétrer dans le péricarde, à travers le sternum. Il n'en saurait être de même dans le cas d'épanchement; le bord antérieur du poumon gauche et son enveloppe séreuse se trouvent, comme nous l'avons vu, refoulés vers la partie externe de la poitrine.

Dans la péricardite chronique, nous avons pour coutume de substituer, à la paracentèse du péricarde, l'application de cautères profonds placés en certain nombre sur la région précordiale.

Il est un point de traitement qui mérite d'être l'objet d'un examen spécial : il a trait au développement possible de maladies organiques du cœur consécutives.

Lorsqu'à la suite d'une péricardite aiguë, une personne conserve des douleurs chroniques et un certain degré de matité plus prononcée et plus étendue que dans l'état normal, au niveau de la portion du thorax qui correspond au cœur; lorsqu'elle éprouve des palpitations, soit pendant la marche, soit pendant le cours d'une conversation animée, on peut être certain, même lorsque plusieurs semaines se sont écoulées depuis la cessation des accidents aigus, de l'existence, dans l'intérieur de la membrane séreuse, d'un travail semi-inflammatoire. Ce travail, qui est destiné à créer des adhérences entre les feuillets opposés du péricarde; à raréfier et à rompre les brides par l'intermédiaire desquelles s'établissent ces adhérences, et enfin à convertir en plaques cellulo-fibreuses les brides raréfiées et rompues; ce travail; disons-nous, soumet pendant toute la durée de son évolution, le malade chez lequel il s'accomplit, à l'influence directe d'une cause puissante d'hypertrophie du cœur.

Il importe que le médecin, prévenu de cette circonstance, s'attache, non pas à suspendre les phénomènes organiques qui doivent fatalement se succéder, mais à annuler les conséquences fâcheuses qu'ils entraînent quelquefois, en faisant intervenir une médication rationnelle. C'est surtout en prescrivant un repos aussi complet que possible, pendant un laps de temps suffisamment prolongé, qu'il atteindra cet heureux résultat.

Par l'éloignement des efforts musculaires, dont l'effet inévitable est de rendre plus fréquents et plus énergiques les battements du cœur, il ne supprimera pas seulement l'une des causes auxiliaires les plus actives de l'hypertrophie consécutive de cet organe, il préviendra en outre l'opportunité de complications inflammatoires du côté de l'endocarde, complications dont le développement est si facile.

Le traitement de la péricardite ne doit donc pas se borner, comme on le pourrait croire, à la répression des accidents aigus qui marquent le début de la maladie, il doit encore s'étendre à la prévision des affections dont elle peut être le point de départ.

A.-H. MARGERIE.

---

du magnifique travail publié par notre confrère il y a soixante ans. Cette analyse montrera d'ailleurs à quel point étaient téméraires ceux qui, naguère, au sein d'une autre Académie, s'instituaient les défenseurs passionnés de vieilleries qu'on pouvait croire à jamais ensevelies dans l'oubli.

Les commissaires se transportent d'abord au traitement de M. Deslon, examinent le fameux *baquet*, le décrivent soigneusement, relatent les moyens employés pour exciter et pour diriger le magnétisme. Bailly fait ensuite le tableau varié et vraiment extraordinaire de l'état des malades. Son attention se porte principalement sur les convulsions qu'on désignait par le mot de CRISE. Il remarque que dans le nombre des personnes en crise, il y a toujours beaucoup de femmes et très-peu d'hommes, il ne suppose d'ailleurs aucune tromperie, tient les phénomènes pour constatés, et passe à la recherche de leurs causes.

Suivant Mesmer et ses partisans, la cause des crises et des effets moins caractérisés résidait dans un fluide particulier. C'est à chercher des preuves de l'existence de ce fluide que les commissaires durent premièrement consacrer leurs effets. « En effet, disait Bailly, le magnétisme animal peut « bien exister sans être utile, mais il ne peut être utile s'il n'existe pas. »

Le fluide magnétique animal n'est point lumineux et visible comme l'électricité; il ne produit pas sur la nature inerte des effets marqués et manifestes à la vue comme le fluide de l'aimant ordinaire; enfin, il n'a pas de goût. Quelques magnétiseurs prétendaient qu'il avait de l'odeur; l'expérience, souvent répétée, montra qu'on s'était trompé. L'existence du prétendu fluide ne pouvait donc être constatée que par ses effets sur des êtres animés.

Des effets curatifs eussent jeté la commission dans un dédale inextricable, car la nature seule, sans aucun traitement, guérit beaucoup de maladies. Dans ce système d'observations, on n'aurait pu espérer de faire la part exacte du magnétisme, qu'après un très-grand nombre de cures, qu'après des essais longtemps répétés. — Les commissaires durent donc se borner aux effets momentanés du fluide sur l'organisme animal.

Ils se soumirent d'abord eux-mêmes aux expériences, mais en usant d'une précaution importante. « Il n'y a point, dit Bailly, d'individu, dans « l'état de la meilleure santé, qui, s'il voulait s'écouter attentivement, ne « sentît au dedans de lui une infinité de mouvements et de variations, soit « de douleur infiniment légère, soit de chaleur dans les différentes parties « de son corps.... Ces variations, qui ont lieu dans tous les temps, sont « indépendantes du magnétisme.... Le premier soin des commissaires a « dû être de ne pas se rendre trop attentifs à ce qui se passait en eux. Si « le magnétisme est une cause réelle et puissante, elle n'a pas besoin « qu'on y pense pour agir et se manifester; elle doit, pour ainsi dire, forcer « l'attention et se faire apercevoir d'un esprit distrait, même à dessein. »

ARAGO.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Saint-Louis. — M. Devergie.

Leçon clinique sur l'herpès.

Le genre *herpès*, tel qu'il a été constitué par Willan, réunit les affections les plus dissemblables et les moins capables de rentrer dans une commune définition. Il est vrai que la nomenclature anglaise, en restreignant à un certain nombre de maladies à forme vésiculeuse un nom qui, auparavant, étant à peu près synonyme de *dartres*, avait déjà fait disparaître une confusion plus déplorable encore que celle que je tiens à vous signaler. Mais, si vous rapprochez du sens étymologique du mot *herpès* la définition qui en est généralement donnée, vous verrez à quelle étonnante contradiction vous allez être conduit. Herpès (ερπειν, *ramper*) signifie ramper, s'étendre sourdement, gagner lentement en surface, et cette idée s'applique admirablement à ces formes, toujours chroniques et d'une désespérante opiniâtreté, qu'on désigne sous les noms d'*herpès circiné* et d'*herpès nummulaire*. Voici, d'un autre côté, la définition qui est donnée du genre de maladie dont nous nous occupons : éruption de vésicules qui parcourt ses périodes en deux ou trois septenaires et se termine ordinairement par la guérison. Or, je vous le demande, à quelles maladies une pareille définition convient-elle mieux qu'aux éruptions exanthémateuses? C'est qu'en effet elle s'applique très-bien au *zona*, à l'*herpès labialis*, à l'*herpès phlycténoïde*, etc. Mais ne semble-t-il pas que ces dernières affections, qui sont venues prendre place d'une façon assez peu naturelle à côté des herpès que j'appellerai véritables, aient fini par usurper la première place et accaparer un nom qui ne leur convient nullement?

Pour me conformer à l'usage, il me faudra réunir sous un même titre des maladies qu'aucune analogie ne rapproche : aussi essaierai-je, avant tout, de les séparer nettement en deux groupes dont vous n'aurez nulle peine à apprécier les différences.

Dans le premier groupe, je réunis les herpès à forme aiguë et à grosses vésicules que je compare aux exanthèmes, ce sont : — L'herpès zona ou zoster; — l'herpès phlycténoïde; — l'herpès labialis; — l'herpès iris.

Dans le second groupe, au contraire, seront les herpès à forme essentiellement chronique et dans lesquels les vésicules, bien qu'elles existent, ne sont jamais apercevables à l'œil nu, ce sont : — l'herpès circiné; — l'herpès nummulaire.

J'y ajouterai, comme variétés rares et non décrites, l'*herpès du bout du nez*, celui de *la pulpe des doigts* et l'*herpès crétacé*.

Enfin je placerai, comme intermédiaire entre ces deux groupes, tant à cause de la forme de leurs vésicules, qu'à cause de leur marche lente et insidieuse, l'*herpès du prépuce* et une variété assez rare à laquelle j'ai donné le nom d'*herpès longitudinal* ou *perpendiculaire*.

Quant aux espèces composées, suivant qu'elles présenteront les éléments de l'eczéma, du lichen, du prorisis ou du sycosis, je leur donnerai les nom d'herpès — eczémateux; — lichénoïde; — prorisiforme; — sycosiforme.

La distinction que je tiens seulement à nettement établir devant vous, c'est celle des deux groupes d'herpès simples : l'un à grosses vésicules, l'autre à vésicules microscopiques.

Dans le premier, vous avez une éruption ordinairement fébrile, apparaissant en peu de jours, accomplissant constamment ses périodes en un, deux ou trois septénaires, puis s'effaçant pour faire place à une guérison absolue.

Dans le second, au contraire, la peau s'altère peu à peu sans présenter, le plus souvent, d'inflammation bien franche et très-aiguë, quoique cela puisse arriver; puis, cette altération persiste indéfiniment, si des moyens puissants ne viennent la combattre et la modifier; jamais aucune trace de symptômes fébriles.

Dans le premier, vous trouvez des vésicules nettement dessinées sur des plaques rouges, enflammées; ces vésicules se crèvent, laissent écouler une sérosité limpide ou purulente, et des croûtes plus ou moins confluentes leur succèdent.

Dans le second, plus de vésicules, du moins ne sont-elles appréciables qu'à la loupe ou au microscope, au contraire, la surface malade est constamment sèche et couverte de très-fines squames furfuracées.

Dans le premier enfin, et comme conséquence de ce qui précède, un simple traitement émollient favorise la résolution de la maladie, pendant que, dans le second, ce sont les sulfureux et les alcalins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, qui seuls réussissent. Et, au lieu de topiques antiphlogistiques, ce seront souvent les résolutifs, les irritants et même les caustiques qui seront indiqués.

Il est donc aisé de constater que ce sont ces herpès à forme lente et chronique qui méritent toute l'attention des dermatologues, et que les variétés aiguës ou exanthémateuses se rapprochent véritablement des maladies qui sont du ressort de la pathologie interne; aussi ne nous y arrêterons-nous que pour en signaler les caractères diagnostiques.

Le *zona* est constamment précédé de symptômes prodromiques généraux et d'une vive douleur névralgique dont le siége est celui que doit occuper plus tard l'éruption. Il est constitué par des plaques rouges et élevées, elliptiques, et transversales relativement à l'axe du corps, qui forment sur le tronc une demi-ceinture étendue de la ligne médiane postérieure à la ligne médiane antérieure. Ces plaques enflammées se recouvrent successivement de vésicules grosses comme des grains de chènevis ou plus, ordinairement discrètes. Après l'affaissement de l'inflammation locale, les douleurs lancinantes se prolongent encore plus ou moins longtemps, en raison de la longueur et de l'intensité des symptômes prodromiques.

Les demi-ceintures de zona sont loin d'être constamment régulières et horizontales sur le tronc : au pli de l'aine, par exemple, elles peuvent s'étendre presque perpendiculairement de haut en bas. Mais, c'est surtout au front et à la joue qu'elles sont bien souvent une cause d'erreur pour le médecin peu attentif. Au front, elles s'accompagnent de douleurs atroces du globe oculaire; à la joue, elles occasionnent des odontalgies très-propres à donner le change (1).

L'*herpès phlycténoïde*, dont j'ai eu l'occasion de vous montrer un bon nombre d'exemples, se rapproche évidemment du zona par sa forme franchement aiguë et inflammatoire, par les douleurs locales qu'il occasionne et par sa tendance à une guérison spontanée; mais il s'en distingue par l'absence de groupes distincts, par l'irrégularité de sa disposition et par la tendance de ses vésicules à se remplir assez promptement de pus. De plus, les vésicules qui le constituent sont toujours isolées et parfaitement discrètes : si les unes sont d'un très-petit volume, il en est d'autres, au contraire, qui arrivent presque à former des ampoules analogues à celles du pemphigus. En général il survient, surtout aux mains, à la suite d'un travail excessif, ou lorsqu'une irritation quelconque a été portée sur une affection préexistante de la peau.

L'*herpès labialis* (*hydroa febrile*) de Frank n'est autre chose que ces quatre ou cinq petits boutons qui surgissent au pourtour des lèvres, à l'occasion de l'accès de fièvre le plus insignifiant. Avec la fièvre disparaît l'éruption : jamais elle ne s'étend, jamais elle ne persiste.

L'*herpès iris* n'a d'intéressant que sa forme singulière : il consiste dans une petite plaque rouge surmontée de quelques vésicules qui deviennent promptement opaques. Cette première plaque est entourée d'un petit cercle blanc de peau parfaitement intacte, et le tout est circonscrit par un cercle rose ou légèrement violacé dont la coloration se perd insensiblement avec celle de la peau voisine. Il en résulte une tache nuancée de diverses couleurs et qu'on a comparée à une cocarde. C'est en général sur le dos de la main et des doigts qu'il apparaît en plaques ordinaire-

(1) M. Gibert faisait dernièrement observer dans son service un malade atteint d'un zona qui, né en arrière, sur l'épaule droite, s'était égaré sur tout le membre supérieur correspondant, avant de venir gagner la ligne médiane antérieure.

ment simples, quelquefois multiples. Sa durée est éphémère, sa gravité nulle et son traitement insignifiant.

Du reste, la thérapeutique de ces quatre formes aiguës d'herpès se borne à une hygiène bien entendue, à l'exclusion des émollients liquides, excepté dans l'herpès phlycténoïde ou le gonflement de la peau quelquefois assez considérable, à l'usage de l'amidon en poudre, sur les surfaces malades, peu ou point de bains; et chez les vieillards dans les cas de zona gangréneux, à la médication tonique et antiseptique. Galien a le premier proscrit les émollients liquides, et avec beaucoup de raison; ils exaspèrent les douleurs et favorisent la formation de nouvelles vésicules. Quant aux douleurs, elles ne sont ordinairement calmées que par les liniments huileux dans lesquels on fait entrer la belladone et l'opium.

Rarement, on a besoin d'en venir aux applications de cataplasmes émollients; plus rarement encore, il est nécessaire de recourir aux saignées.

Un mot tout de suite de l'*herpès du prépuce* (*herpes præputialis*) que je place, à dessein, comme intermédiaire entre les formes éphémères qui précèdent et les formes opiniâtres et tenaces qui vont suivre. En effet, cet herpès du prépuce consiste en une éruption de petites vésicules à peine appréciables à l'œil nu, qui, au bout de 24 heures, se crèvent et sont remplacées par de petites croûtes dures et isolées. Mais le moindre frottement du linge et des vêtements sur ces croûtes occasionne d'intolérables démangeaisons; et à une éruption de vésicules guéries en succède bientôt une autre, puis une troisième et une quatrième. Bref, si chaque éruption parcourt régulièrement et en peu de temps ses périodes, il n'en est pas moins vrai que la maladie persiste, et que par ses continuelles récidives, elle occasionne des tourments qui font le désespoir du malade et souvent du médecin lui-même. En effet, fréquemment affectés déjà de quelque accident vénérien, les malades se croient encore sous l'influence de cette maladie. D'une autre part, les frottements incessants des linges, sur une surface très-sensible, tendent à en perpétuer le retour; de sorte que c'est en modifiant la surface malade par des cautérisations légères avec une dissolution de nitrate d'argent, et surtout en prescrivant l'usage permanent, pendant un mois ou deux, d'un linge autour de la verge, que l'on permet à la peau de reprendre sa sensibilité normale et que l'on évite le retour de cette maladie.

Je pourrais en dire à peu près autant d'une forme assez rare, dont je viens de vous faire voir un exemple chez une jeune fille qui est employée dans un établissement de bains : je veux parler de cette variété toute exceptionnelle, que je désigne sous le nom d'*herpès longitudinal*. Vous avez vu une série de petites vésicules transparentes s'étendre comme des rubans sur les faces latérales de chaque doigt. En vingt-quatre heures, l'éruption était complète, et en huit jours elle était guérie; mais alors de nouvelles traînées de vésicules apparaissaient, et ce n'est qu'après avoir plusieurs fois modifié la peau au moyen du nitrate d'argent, que j'ai pu prévenir ces fâcheuses récidives. Dans d'autres circonstances, cet herpès longitudinal se promène par bandes successives à la face interne des avant-bras, où je l'ai observé plusieurs fois, mais toujours chez de jeunes personnes.

Arrivons maintenant aux herpès vrais, c'est-à-dire à ces affections essentiellement chroniques et persistantes qui, bien que constituées encore par l'élément vésiculeux, se présentent néanmoins sous un aspect furfuracé et constamment dépourvues de toute sécrétion humide ou croûteuse. Les vésicules en constituent encore, il est vrai, l'élément morbide, mais elles sont tellement ténues, qu'elles exigent, pour être aperçues, un vif rayon de lumière ou bien l'usage du microscope ou d'une loupe.

Toujours ces herpès se présentent sous forme de plaques isolées, circonscrites, peu ou pas enflammées, sèches et accompagnées d'une légère démangeaison. Souvent ils coïncident avec un état de souffrance des organes de la digestion, soit avec une gastrolgie, soit avec de la dyspepsie, soit avec une affection ancienne du foie. Ils naissent sourdement sans s'accompagner d'aucun phénomène général. C'est la poitrine, le cou ou la face interne des membres, qui en sont le siége ordinaire. Il n'est pas rare de les trouver à la partie interne des cuisses, au voisinage des parties génitales; or, ils offrent alors une grande tendance à revêtir la forme intertrigineuse et à entretenir une sécrétion âcre qui tend toujours à en agrandir l'étendue. Les personnes exposées à fournir pendant la chaleur des marches prolongées, souffrent principalement de cette cruelle infirmité.

La forme la plus fréquente sous laquelle se présente l'herpès chronique, est la forme circinée. L'*herpès circiné* est formé de plaques qui, à leur début, ont à peu près la largeur d'un centime, et qui tendent à s'agrandir continuellement du centre à la circonférence. En même temps, elles offrent ce caractère constant d'être limitées à leur pourtour par un rebord ou bourrelet saillant, qui établit une séparation bien tranchée entre la partie saine et la partie malade de la peau. Enfin, à mesure qu'elles s'étendent vers leur circonférence, elles se guérissent au centre, si bien que quand elles ont une certaine étendue, ce sont plutôt des rubans disposés en cercles plus ou moins réguliers que de véritables plaques. La notion de ce bourrelet et de cette marche progressive conduit, comme vous allez le voir, à une indication thérapeutique extrêmement précieuse.

Il semble que la forme arrondie et régulière soit plus particulièrement propre à l'herpès; mais la forme exactement circulaire se fait surtout remarquer dans la variété qu'on a désignée, à cause de cette disposition, sous le nom d'*herpès nummulaire*. Ici la maladie s'étend toujours du centre à la circonférence, mais sans perdre de son intensité à la partie centrale; de telle sorte qu'il en résulte une surface arrondie uniformément malade. Du reste, même marche lente et progressive, même durée indéterminée, même liaison avec des souffrances des voies digestives que dans l'herpès circiné.

On conçoit aisément que le traitement de ces affections, qui d'une part sont le reflet d'un état gastrique, et qui, d'autre part, ont habitué la peau à un état pathologique tout spécial, devra remplir deux indications bien précises : le rétablissement des fonctions nutritives, et la modification locale de l'état de la peau.

En effet, toutes les fois que vous pourrez saisir la relation de l'herpès circiné ou nummulaire avec quelque trouble digestif, commencez par administrer les alcalins à l'intérieur : soit l'eau de Vichy, soit le bicarbonate de soude à la dose de deux ou trois grammes dans un litre de tisane de saponaire. Faites prendre des bains sulfureux ou alcalins, et recommandez un excellent régime analeptique. Je me souviens d'avoir guéri d'un herpès très-ancien une dame qui ne pouvait digérer aucune viande noire, en la soumettant simplement à un régime lacté.

Toutefois, lorsque cette liaison n'existe pas, quand l'affection paraît indépendante d'une cause interne localisée, l'expérience a appris que la médication sulfureuse interne et externe est tout à fait appropriée à cet état morbide de la peau : ainsi le sirop sulfureux et les tablettes soufrées à l'intérieur; l'usage, à l'extérieur, des bains sulfureux faibles et de pommades à la fois sulfureuses et alcalines, mais peu chargées, comme la suivante :

Axonge.	30 gramm.
Fleur de soufre.	1
Tannin.	1
Carbonate de soude.	0,5
Camphre.	0,25

C'est donc à ces affections qu'on peut appliquer, avec avantage, les eaux minérales sulfureuses des Pyrénées, d'Aix-la-Chapelle ou d'Aix-en-Savoie. Les affections cutanées ne sauraient réclamer l'emploi d'une même eau banalement prescrite aujourd'hui par beaucoup de médecins. Si les eaux sulfureuses sont très-utiles dans certaines maladies de la peau, elles sont très-nuisibles dans d'autres. Ici les eaux des Pyrénées, là celles de Louesche, ailleurs celles de Néris, dans d'autres cas, celles de Plombières. Il faut toujours que l'eau minérale soit de sa nature en rapport avec la médication interne que le médecin prescrit :

aussi aurons-nous le soin de toujours bien établir cette distinction.

Je me hâte d'ajouter que presque toujours les moyens précédents seront insuffisants pour arrêter la marche envahissante du bourrelet, et qu'après avoir modifié autant que possible la surface malade, vous serez contraints de vous adresser au bourrelet lui-même et de le détruire énergiquement par la cautérisation. C'est donc le nitrate d'argent, et, par exemple, une solution au cinquième, qui sera votre arme la plus puissante dans ces cas rebelles. Vous attaquerez directement le bourrelet ; et ce n'est qu'après l'avoir fait disparaître, que vous pourrez espérer une guérison définitive.

On ne se doute pas des avantages que l'on peut retirer de ces modificateurs locaux des surfaces malades depuis longtemps, et dans lesquelles il semble que la vitalité morbide ait remplacé la vitalité normale. Alibert, dans les derniers temps de sa vie, était entré dans cette voie, et il en tirait de tels avantages, que de ses premiers succès étant née l'exagération, il ne marchait plus dans ses salles que le crayon de nitrate d'argent à la main.

Je dois ajouter à cette histoire de l'herpès chronique, celle de quelques variétés rares, auxquelles j'ai cru devoir attacher un nom particulier, à cause de leur cachet tout spécial, et dont je ne trouve aucune mention dans les auteurs : ce sont l'*herpès crétacé*, qui se couvre d'une croûte dure, grise et sèche, analogue à de la craie, l'*herpès de la pulpe des doigts*, qui n'occupe que cette partie de la main, mais qui détermine une telle sensibilité, que le moindre attouchement est douloureux : si bien qu'une de mes clientes, à qui je donne actuellement des soins pour cette maladie, ne peut même pas toucher du piano sans en éprouver de cuisantes douleurs ; et enfin l'*herpès du bout du nez*, qui entretient à l'extrémité de cet organe une rougeur violacée et une sensibilité extrêmement désagréables. Je rapproche ces variétés exceptionnelles de l'herpès circiné, à cause de leur marche également chronique, de leur égale opiniâtreté, et de l'analogie des indications qu'elles fournissent pour la thérapeutique.

Je ne vous dirai rien des formes composées qui réclament, en général, un traitement mixte, en rapport avec l'élément qui complique la forme herpétique, et dans lesquelles la cautérisation du bourrelet, quand il existe, constitue toujours l'indication fondamentale.

Observation de pleurésie purulente ouverte à l'extérieur.

M. le professeur Piorry a rapporté le fait suivant dans une de ses dernières leçons pour démontrer l'utilité de la plessimétrie. Mais, comme observation pathologique, ce fait est par lui-même assez rare et assez intéressant pour pouvoir être rapporté.

Un médecin de Lille se trouve dans un état alarmant ; des confrères fort éclairés avaient déjà donné leurs soins, lorsque le télégraphe appelle M. le professeur Piorry. Après de nombreux renseignements, le professeur croit devoir explorer par lui-même. Il rencontre, comme on l'avait fait déjà, une voussure d'un des côtés du thorax ; une hydrethmie (œdème) locale. Non content de ces signes physiques, le plessimètre appliqué fortement contre les côtes trouve une matité profonde sans élasticité. Un stylet introduit par une éraillure de la peau fait écouler une sérosité purulente très-abondante. Nul doute qu'il ne s'agisse ici d'une *hydropyo-pleurie ;* cette dernière exploration lève en partie les doutes des co-traitants. L'un cependant croit devoir conserver sa manière de voir. Le plessimètre conclut encore tout simplement que son secours n'est pas de peu d'utilité en diagnostic ; qu'il peut être très-utile à la chirurgie, et qu'on doit le regarder comme un heureux trait d'union entre ces deux branches de la même science, qui ne sauraient vivre désormais sans se donner étroitement la main. (*Presse médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES

Manifestation du corps médical en faveur de M. Orfila.

Nous avons applaudi et nous applaudissons encore à l'idée qu'on a eue de faire auprès de M. Orfila une démarche qui fut un témoignage signalé de la gratitude de la part du corps médical, pour le bel exemple que vient de donner l'éminent professeur. Mais ce témoignage, pour être en rapport avec l'acte de M. Orfila, devait, à notre avis, se traduire plutôt par une manifestation purement morale, que par une démonstration matérielle. Nous comprenions que, dans le cas où il en aurait été décidé autrement, on aurait eu soin de donner un si faible prix au gage de la reconnaissance publique, que tout le mérite en consistât dans l'intention et dans le nombre de ceux qui s'y seraient associés. Pour ces raisons, après avoir pris conseil de quelques hommes honorables et connus pour leur désintéressement, nous avons résolu d'ouvrir une souscription dont le *maximum* serait de *un franc* par souscripteur.

Cette souscription est ouverte :

1° Dans nos bureaux, place Dauphine, n° 28 ;

2° Chez M. Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, éditeur des Œuvres de M. Orfila.

Se sont inscrits : MM. Caventou, membre de l'Académie de médecine, Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Caudmont, Galtier-Boissière et H. de Castelnau.

— Il peut être utile pour notre jeune collaborateur, M. Margerie, de déclarer qu'il est étranger aux lignes qui précèdent le compte rendu de la clinique de M. Trousseau, quoique personne n'ait pu, sans doute, méconnaître que ces lignes émanent de la rédaction en chef.

— M. le ministre de l'Intérieur vient de confirmer l'arrêté de M. le préfet de police, par lequel a été nommé membre-adjoint du conseil de salubrité de la Seine M. le docteur Duchesne, connu par plusieurs travaux recommandables d'hygiène publique, dont quelques-uns ont été faits en commun avec notre savant collaborateur M. Chevallier.

— Nous recevons de M. Luër une note tendant à rappeler que l'instrument présenté dans la dernière séance de l'Académie de médecine, par M. Mathieu, se trouve déjà représenté, sous le n° 67, dans l'ouvrage de Blazius, que M. Luër nous adresse en même temps.

— Il paraît que les chirurgiens consultants de S. M. l'empereur ne recevront point de traitement fixe.

— Le Sénat du Piémont vient d'adopter, à la majorité de 50 voix contre 2, le projet relatif à la prorogation du terme fixé pour l'application du système métrique aux poids médicinaux.

— Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs : Lebatard, Bazin, Delaroque, Puche, Braive, Petroz, Reis et Siry, à Paris ; Dugas, à Marseille ; Isabeau, à Bourges ; Duffour, à Lectoure ; Régnault, au Puy ; Legros de Mericourt, à Orléans ; Bourgneuf, au Hâvre ; d'Agar de Bus, à Reboursin (Indre) ; Leroux, à Lannion ; Montaudon, à Souterraine (Creuse) ; Félix Maréchal, à Metz.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par M. le docteur Maisonneuve, recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. 1re partie, comprenant les affections cancéreuses en général. In-8 avec planches lithographiées. Prix : 2 fr. — Chez M. Labé, place de l'École-de-Médecine.

Traité des maladies vénériennes, ouvrage théorique et pratique, rédigé d'après les documents puisés dans les leçons et dans le service de M. Ricort, et suivi d'un Formulaire spécial, par le docteur Melchior Robert, ancien interne de M. Ricord, etc. 1 vol. in-8. — Paris, chez Blosse, libraire-éditeur, cour du Commerce, 7.

Iconographie ophthalmologique, ou description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. Sichel, officier de la Légion d'honneur, etc., etc. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Cet ouvrage paraît par livraisons composées de 28 pages de texte grand-in-4° et de 4 planches dessinées d'après nature, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin. Les trois premières livraisons sont en vente. Prix de chaque livraison, 7 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 9. 1re année. Jeudi, 20 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances des Académies. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Charité. Leçon clinique sur les abcès de l'aisselle, par M. L. BAUCHET. — **MÉDECINE LÉGALE. TOXICOLOGIE** : Des erreurs qui peuvent résulter, dans la chimie légale, de la décoloration par le charbon des liquides qui contiennent des substances toxiques, par M. BONNEMAINS. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON** : Rapport sur le magnétisme animal, par J.-S. BAILLY. (*Suite.*)

Paris, le 19 janvier 1853.

Séances des Académies.

Notre siècle, qui a fait une guerre si énergique, si opiniâtre, si meurtrière aux préjugés, ne les a pourtant pas tous détruits. Il en est un notamment qui est encore fort enraciné, c'est celui qui consiste à croire que la vieillesse est une triste et fatale conséquence de la vie, et que la mort est une non moins triste et non moins fatale terminaison de l'une et de l'autre. C'est à la destruction de ce préjugé que M. Robin paraît devoir consacrer maintenant ses veilles et son laboratoire.

« La vieillesse et la mort sénile, dit cet habile chimiste, proviennent de ce que l'aliment nécessaire à l'entretien du mécanisme de la vie est accompagné de matières minérales qui en incrustent peu à peu les rouages et finissent par mettre un terme à son activité. »

En partant de ces données, rien n'est plus facile, on le comprend sans peine, que d'empêcher l'incrustation des rouages, c'est-à-dire que de reculer indéfiniment le terme de l'activité vitale. Il s'agit tout simplement, non pas de graisser ces rouages, mais d'enlever des aliments les matières incrustantes ou de les mélanger dans l'estomac avec l'acide lactique qui a, suivant M. Robin, la propriété de les dissoudre et de les faire passer dans les urines ou ailleurs. Ainsi donc, désormais foin de la vieillesse et de la mort ! — Ce qu'il y a de triste à côté de ce consolant avenir, et ce qui prouve bien l'incurable inertie des Académies, c'est que l'Institut a appris cette grande découverte avec la plus parfaite indifférence, comme si elle n'intéressait que les simples mortels.

Dans la même séance, M. Robin n'a pas dédaigné de s'occuper du traitement de l'albuminurie par l'oxygène *électrisé*. Il a omis de dire dans quelle pharmacie on pouvait trouver ce produit.

Un travail d'un ordre moins élevé, mais un peu plus positif, a été présenté par un jeune chimiste, M. Bonnemains. Nous le publions textuellement un peu plus loin ; ce travail sera lu avec un vif intérêt par tous ceux qui s'occupent de toxicologie et de médecine légale.

La séance s'est terminée par une intéressante lettre de M. Robert-Latour, sur le traitement de l'inflammation par les topiques imperméables ; on la trouvera textuellement à notre compte rendu.

La séance de l'Académie de médecine a offert plusieurs genres d'intérêt. D'abord un intérêt d'animation ; c'est presque dire qu'il s'agissait d'autre chose que de science,

FEUILLETON.

Rapport sur le magnétisme animal,

Par J.-S. BAILLY, *premier président de l'Assemblée constituante.*

(Suite.)

Les commissaires magnétisés par Deslon n'éprouvèrent aucun effet. Aux sujets en santé succédèrent des malades pris dans tous les âges et dans les diverses classes de la société. Parmi ces malades, au nombre de *quatorze, cinq* éprouvèrent des effets. Sur les *neuf* autres, le magnétisme fut sans aucune action.

Le magnétisme, malgré de pompeuses annonces, ne pouvait plus déjà être considéré comme un indicateur certain des maladies.

Ici le rapporteur plaçait une remarque capitale : le magnétisme avait semblé sans action sur les personnes qui s'étaient soumises aux épreuves avec quelque incrédulité et sur les enfants. N'était-il pas permis de croire que chez les autres les effets obtenus provenaient d'une persuasion anticipée touchant la bonté de la méthode, et qu'on pourrait les attribuer à l'influenc de l'imagination ? De là un nouveau système d'expériences. Il s'agissait de détruire ou de confirmer ce soupçon ; « il fallait déterminer « jusqu'à quel point l'imagination influe sur nos sensations, et constater si « elle pouvait être la cause, en tout ou en partie, des effets attribués au « magnétisme. »

Rien de plus net, de plus démonstratif que cette portion du travail des commissaires. Ils se rendent, d'abord, chez le Dr Jumelin, lequel, par parenthèse, obtient les mêmes effets, les mêmes crises que Deslon et Mesmer, en magnétisant suivant une méthode entièrement différente, en ne s'astreignant à aucune distinction de pôles ; ils choisissent les sujets qui paraissent ressentir le plus fortement l'action magnétique, et mettent leur imagination en défaut en leur bandant les yeux de temps en temps.

Qu'arrive-t-il alors ?

Quand les sujets y voient, le siége des sensations est précisément l'endroit magnétisé ; quand on leur bande les yeux, ils placent ces mêmes sensations au hasard, dans des parties quelquefois très-éloignées de celles où le magnétiseur dirige son action. Le sujet, dont les yeux sont couverts, éprouve souvent des effets marqués, à une époque où on ne le magnétise pas, et reste au contraire impassible quand on le magnétise sans qu'il s'en doute.

Les personnes de toutes les classes offrent les mêmes anomalies. Un médecin instruit, soumis à ces expériences, « éprouve des effets quand on « n'agit pas, et n'éprouve souvent rien quand on agit..... Une fois, croyant « à tort être magnétisé depuis dix minutes, le même docteur sentait aux « lombes une chaleur qu'il comparait à celle d'un poêle. »

et, en effet, c'est de règlement qu'il était question. Dans son allocution, M. Cornac a très-bien exposé l'objet de sa proposition et du débat qui l'a suivie. Il ne restait qu'à vérifier si les faits qu'il a allégués étaient exacts. C'est ce que, pour notre part, nous avons fait, et nous nous sommes convaincu qu'en effet non-seulement dans le règlement de mai 1848, mais encore dans celui d'octobre 1851, plusieurs modifications avaient été faites sans la participation de l'Académie. Ces modifications, nous devons le dire, nous ont paru en général conçues dans l'intérêt de l'Académie ; mais néanmoins nous ne pensons pas que, même dans les meilleures intentions, il soit régulier ni permis de déposséder un corps du droit de se réglementer lui-même, surtout sans le prévenir des modifications qu'on fait subir à son règlement. Sous ce rapport, nous avons trouvé la réclamation de M. Cornac parfaitement fondée, et l'Académie a d'ailleurs montré, en adoptant à une très-grande majorité la nomination d'une commission, qu'elle entendait maintenir sa juste prérogative.

Ce petit incident vidé, la parole a été donnée à M. Londe, qui a fait un bref rapport sur un intéressant travail lu par M. Scipion Pinel dans une des dernières séances. M. le rapporteur a fait à ce travail l'honneur d'en demander le renvoi au comité de publication, ce que l'Académie a accordé.

M. Poggiale est venu ensuite entretenir l'Académie de recherches du plus grand intérêt pour l'hygiène de l'armée, sur les eaux des forts situés aux environs de Paris. L'importance de ces recherches nous empêche d'en publier aujourd'hui le résumé étendu que nous en avons fait ; ce sera pour notre prochain numéro.

Après M. Poggiale, M. Hutin est monté à la tribune pour nous faire connaître le résultat de recherches qu'il a entreprises sur une question relative à l'identité, question qui a été soulevée d'une manière très-confuse et résolue de même dans un procès criminel jugé à Berlin, et dans lequel le célèbre Casper fut appelé à donner son opinion. Cette question peut être divisée ainsi : Les traces de tatouage peuvent-elles disparaître entièrement avec le temps? En cas d'affirmation, combien faut-il de temps, au minimum, pour que cette disparition ait lieu? Le fait de Casper ne peut en rien servir à la solution ni de l'une ni de l'autre de ces deux questions, car l'existence du tatouage n'a pas été même établie chez l'individu dont l'identité était douteuse ; mais les recherches auxquelles Casper s'est livré, tendent à résoudre, par l'affirmative, la première. Quant à la seconde, c'est-à-dire à la détermination du temps nécessaire pour qu'un tatouage disparaisse, ce temps reste tout à fait indéterminé. Les recherches de M. Hutin, faites avec beaucoup plus de soin que celles de Casper, ne résolvent pas elles-mêmes la seconde question. Sur les onze cas dans lesquels la disparition du tatouage a eu lieu, il semble qu'il n'a pas fallu moins de trente ans pour amener cette disparition ; mais rien n'est positivement établi à cet égard. Il résulte néanmoins de ces recherches fort intéressantes, et dont M. Hutin aurait encore augmenté l'intérêt en élaguant certains détails inutiles, il résulte que les seuls tatouages sujets à disparaître complétement sont ceux que l'on pratique avec le vermillon, et que tous les autres laissent des traces sensibles pendant toute la vie.

La séance a été close par une lecture de M. Poggioli relative au traitement des névralgies par une formule de sa composition. Les observations que l'auteur rapporte à l'appui de sa thèse méritent de fixer l'attention des praticiens ; mais elles ne sont pas suffisantes pour convaincre.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Leçon clinique sur les abcès de l'aisselle.

Il est entré, depuis quelques semaines, dans le service de M. le professeur Velpeau, plusieurs malades atteints d'abcès de l'aisselle, et qui ont fait le sujet d'une leçon féconde en considérations pratiques.

Vous pouvez voir encore, dit le professeur, au n° 3 de la salle Sainte-Vierge, le malade qui nous a offert l'exemple le plus intéressant de ce genre d'affection.

Les abcès de l'aisselle peuvent se présenter et se présentent fréquemment sous trois formes différentes. Dans le premier cas, ils sont situés dans la peau ; dans le second, sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; dans le troisième, enfin, sous l'aponévrose.

Ceux qui sont situés dans l'épaisseur de la peau affectent la forme furonculaire. Dans les premiers jours du mois de décembre je vous en ai fait observer un exemple, et je vous ai rappelé que ces abcès occupent la partie la plus inférieure de l'aisselle ; qu'ils proéminent vite à l'extérieur, sont parfaitement

---

Des sensations éprouvées ainsi quand on ne magnétise pas, ne peuvent être évidemment que l'effet de l'imagination.

Les commissaires étaient des logiciens trop sévères pour s'en tenir à ces expériences. Ils venaient d'établir que l'imagination, chez certains individus, peut faire éprouver de la douleur, de la chaleur, même une chaleur considérable, dans toutes les parties du corps ; mais les pratiques mesmériennes faisaient plus ; elles ébranlaient certains sujets au point de les faire tomber en convulsions. L'influence de l'imagination pouvait-elle aller jusque-là?

De nouvelles expériences levèrent entièrement ce doute.

Un jeune homme ayant été conduit à Passy, dans le jardin de Franklin, on lui annonça que Deslon, qui l'avait amené, venait de magnétiser un arbre. Ce jeune homme parcourut le jardin et tomba en convulsions, mais ce ne fut pas sous l'arbre magnétisé. La crise le prit pendant qu'il tenait embrassé un autre arbre non magnétisé, fort éloigné du premier.

Deslon choisit, dans le traitement des pauvres, deux femmes qui s'étaient fait remarquer par leur sensibilité autour du fameux baquet, et les conduisit à Passy. Ces femmes tombèrent en convulsions, toutes les fois qu'elles se crurent magnétisées, quoiqu'elles ne le fussent pas. Chez Lavoisier, la célèbre épreuve de la tasse donna des résultats analogues. De l'eau naturelle engendra quelquefois des convulsions, de l'eau magnétisée n'en produisit pas.

Il faudrait vraiment renoncer à l'usage de sa raison pour ne pas trouver dans cet ensemble d'expériences, si bien ordonnées, la preuve que l'imagination seule peut produire tous les phénomènes observés autour du baquet mesmérien, et que les procédés magnétiques, dépouillés des illusions de l'imagination, sont absolument sans effet. Les commissaires, cependant, reprennent la question sous cette dernière face, multiplient les essais, s'entourent de toutes les précautions possibles, et donnent à leur conclusion l'évidence des démonstrations mathématiques. Ils établissent, enfin, expérimentalement, qu'un jeu d'imagination peut tout aussi bien amener la cessation des crises que les engendrer.

Prévoyant bien que les personnes dont l'esprit est inerte ou paresseux s'étonneraient du rôle capital que les expériences des commissaires assignaient à l'imagination, dans la production des phénomènes magnétiques, Bailly leur montre : le *saisissement* amenant un grand désordre dans les voies digestives ; le *chagrin* donnant la jaunisse ; la *crainte* du feu rendant l'usage des jambes à des paralytiques ; une forte *attention* arrêtant le hoquet ; la *frayeur* faisant blanchir les cheveux en un instant, etc.

Les attouchements mis en pratique dans les traitements mesmériens, comme *auxiliaires* du magnétisme proprement dit, n'exigeaient aucune expérience directe, dès que l'agent principal, dès que le magnétisme avait disparu. Bailly s'est donc borné, sur ce point, à des considérations anatomiques et physiologiques, remarquables par la netteté et la précision. On

limités, et ressemblent par leurs signes, leur marche, leur terminaison, aux furoncles des autres régions du corps. Ces abcès ont leur siége dans l'épaisseur même de la peau, dans quelques follicules pileux, par exemple, ou bien dans la couche cellulaire sous-cutanée la plus superficielle.

Cette assertion a besoin de quelques mots d'explication. Le tissu cellulaire sous-cutané est divisé en deux couches bien distinctes : la plus superficielle, feutrée, est très-adhérente à la peau ; la seconde, plus profonde, affecte la forme lamelleuse, foliacée.

La couche feutrée, si elle s'enflamme, donne lieu aux abcès furonculaires tout aussi bien que la peau elle-même, et il est souvent difficile de dire si le furoncle qu'on a sous les yeux appartient à la peau ou à cette couche de tissu cellulaire.

Mais que l'inflammation attaque la couche du tissu cellulaire plus profonde, elle revêt immédiatement et franchement les caractères du phlegmon. Elle est plus étalée, plus large, moins arrondie. Le pus se forme entre l'aponévrose et la peau, il peut fuser au loin, et la phlegmasie prend quelquefois les caractères du phlegmon diffus, plus souvent ceux du phlegmon circonscrit. L'abcès, dans ces cas, est situé plus haut dans l'aisselle que ceux de la première espèce, plus bas que ceux dont nous allons parler dans un instant. Et, comme l'inflammation trouve vers la peau des tissus moins denses, moins résistants que du côté de l'aponévrose, la collection purulente proémine du côté de la peau, sans toutefois présenter l'aspect furonculaire dont nous avons parlé.

Ces abcès sont plus graves que les abcès cutanés, moins graves que les abcès profonds ; quand ils sont ouverts, ils guérissent assez promptement.

Le malade couché au n° 7 de la salle Sainte-Vierge, entré le 7 janvier et qui sort aujourd'hui, nous a montré un exemple de la troisième variété d'abcès, et nous avons encore, dans la salle Sainte-Catherine, un malade qui en porte un de ce genre.

Cette inflammation s'établit au-dessus de l'aponévrose ; c'est une inflammation de la cavité axillaire ; elle a pour caractère d'être située plus haut que les deux variétés précédentes.

Mais cette inflammation nous offre deux nuances. Dans le creux de l'aisselle, nous trouvons des ganglions et du tissu cellulaire ; l'inflammation peut avoir pour point de départ, ou le tissu cellulaire ou les ganglions lymphatiques, très-nombreux dans cette région. Le plus souvent, il faut bien le reconnaître, c'est dans les ganglions qu'elle a débuté ; mais elle peut aussi attaquer tout d'abord le tissu cellulaire.

Quand elle débute par les ganglions, elle a le plus souvent pour point de départ une éraillure, une crevasse, une écorchure, soit aux doigts, soit à l'avant-bras, soit au bras. Cette écorchure est quelquefois à peine visible, et elle a existé sans qu'elle ait attiré l'attention des malades. Ils n'ont remarqué aucune traînée rouge partant de cette écorchure et allant vers le creux axillaire ; ils n'ont souvent ressenti aucune douleur, aucun picotement qui ait attiré leur attention. A ce propos, je vous rappellerai deux formes d'angéioleucite que je vous ai fait souvent remarquer. Dans l'une, ce sont des traînées rouges, des abcès le long du bras, de l'avant-bras, et peu de tuméfaction des ganglions axillaires ; dans l'autre, les ganglions axillaires sont fortement enflammés, le point de départ de cette phlegmasie est évidemment une écorchure sur un doigt, par exemple, et les malades n'ont eu leur attention éveillée par aucun signe d'inflammation entre l'écorchure et les ganglions.

Chez le malade du n° 7 que je viens de citer, c'était un abcès axillaire de la troisième espèce, et ayant eu pour point de départ les ganglions. Nous pouvons constater la masse ganglionnaire douloureuse, tuméfiée, et l'écorchure qui a été le point de départ de cette phlegmasie.

Mais, dans les cas d'adénite axillaire, y aura-t-il toujours, comme dans ce cas, phlegmon de l'aisselle ? Non. Quelquefois il arrivera que la phlegmasie restera bornée et ne produira qu'une adénite axillaire ; mais, le plus souvent, elle dépassera la sphère des ganglions, envahira le tissu cellulaire lâche, très-perméable, si l'on peut ainsi dire, à l'inflammation, et provoquera, dans cette région, une suppuration, un abcès. Nous rencontrons ces deux formes au cou (dans les ganglions sous-maxillaires, dans ces inflammations qui, le plus souvent, ont pour point de départ une altération des dents) et aussi dans le pli de l'aine. Dans ces deux régions, les deux variétés d'adénite peuvent facilement être étudiées dans leur évolution. Le creux de l'aisselle se laisse plus difficilement explorer, mais de ce qui se passe au cou, au pli de l'aine, on peut aisément conclure à ce qui doit se passer, à ce qui se passe en effet dans le creux de l'aisselle. On peut d'ailleurs le constater quelquefois d'une manière directe, et j'ai observé souvent, au creux de l'aisselle, les mêmes variétés que dans les régions sous-maxillaires et inguinales. — Du reste, l'abcès une fois formé, qu'il ait eu pour point de départ les ganglions, ou le tissu cellulaire, a la même marche et exige le même traitement thérapeutique ; peut-être, cependant, la première variété exigera-t-elle quelques jours de plus pour la guérison.

Mais nous arrivons à une autre variété d'abcès à la région axillaire, que nous présente le malade du numéro 3 de la salle Sainte-Vierge, variété que l'on pourrait prendre tout d'abord pour un abcès de l'aisselle, mais qui en diffère par son origine, sa marche, son siége, son pronostic, sa thérapeutique. Ce genre d'abcès doit fixer au plus haut point l'attention des praticiens.

Ce malade est entré, il y a deux jours, dans nos salles ; il raconte que dans un effort de bâillement, il y a plus de quinze

---

lit aussi dans son Rapport, avec un vif intérêt, des considérations ingénieuses sur les effets de l'imitation dans les assemblées de magnétisés. Bailly les compare à ceux des représentations théâtrales. « Voyez, dit-il, « comme les impressions sont plus grandes lorsqu'il y a beaucoup de spec- « tateurs, et surtout dans les lieux où on a la liberté d'applaudir. Ce signe « des émotions particulières produit une émotion générale que chacun par- « tage au degré dont il est susceptible. C'est ce qu'on observe encore dans « les armées un jour de bataille, quand l'enthousiasme du courage, comme « les terreurs paniques, se propagent avec tant de rapidité. Le son du tam- « bour et de la musique militaire, le bruit du canon, la mousqueterie, les « cris, le désordre, ébranlent les organes, donnent aux esprits le même « mouvement, et montent les imaginations au même degré. Dans cette « unité d'ivresse, une impression manifestée devient universelle ; elle en- « courage à charger ou détermine à fuir. » Des exemples très-curieux des effets de l'imitation terminent cette partie du Rapport de Bailly.

Les commissaires examinaient, enfin, si les convulsions, effet de l'imagination ou du magnétisme, pouvaient être utiles, guérir ou soulager les personnes souffrantes. « Sans doute, disait le rapporteur, l'imagination des « malades influe souvent beaucoup dans la cure de leurs maladies.... Il est « des cas où il faut tout troubler pour ordonner de nouveau....; mais la « secousse doit être unique...., tandis qu'au traitement public du magné- « tisme...., l'habitude des crises ne peut qu'être funeste. »

Cette pensée touchait aux considérations les plus délicates. Elle fut développée dans un Rapport adressé au roi, personnellement. Ce Rapport devait rester secret, mais il a été publié depuis quelques années. On ne doit pas le regretter : le traitement magnétique, envisagé d'un certain côté, plaisait beaucoup aux malades ; ils sont maintenant avertis de tous ses dangers.

ARAGO.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— L'espace nous manque pour rendre compte du jugement qui vient de compliquer singulièrement la situation de l'Académie vis-à-vis des héritiers du marquis d'Argenteuil.

— Le docteur Watbled, si célèbre par sa candidature *permanente* à la présidence de la république et à l'assemblée législative, vient d'être interdit. Mais il n'a pas été question encore d'interdire les quelques centaines d'électeurs qui ont jadis voté pour lui.

— Nous avons à annoncer les nouvelles promotions suivantes dans l'ordre de la Légion d'honneur : MM. les docteurs de Laurès, Pinel neveu, Giboin, Baret et Jaumes, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Montpellier.

jours, il a senti un craquement dans la région axillaire. Depuis lors, cette région est restée douloureuse, elle s'est enflammée, et maintenant nous trouvons les symptômes suivants :

La région axillaire est tendue, bosselée, rouge. Si l'on écarte le bras du tronc, et qu'on porte la main derrière la paroi axillaire antérieure, on s'aperçoit que le creux de l'aisselle est libre, que la racine du bras est libre aussi. En embrassant la tumeur avec la main, on sent qu'on peut la prendre comme une paroi, comme un corps indépendant du creux de l'aisselle. Il existe à la paroi antérieure et inférieure de cette région, une saillie. Cette paroi est bombée, épaissie, saillante, douloureuse, empâtée, rouge, enflammée en un mot, et tout le travail pathologique s'est concentré et circonscrit dans l'épaisseur de cette paroi, entre les deux pectoraux, dans la couche cellulo-graisseuse qui sépare ces deux muscles.

Dans des cas semblables, la suppuration qui se forme n'a pas de tendance à se porter vers le creux axillaire ; le petit pectoral s'oppose à son passage. Le grand pectoral l'empêche aussi de se porter en avant ; elle tend donc à se porter vers le bord inférieur. Mais remarquons un peu la disposition des deux pectoraux : le grand pectoral est plus large que le petit pectoral ; le premier recouvre le second ; le bord inférieur de celui-là dépasse le bord inférieur de celui-ci. Qu'une inflammation suppurative s'établisse entre les deux muscles, le pus tendra à fuser ou en haut, ou en bas ; et non vers les points les plus résistants, en avant et en arrière. Mais en bas, la suppuration rencontre le bord inférieur du grand pectoral ; elle trouve moins de résistance en arrière, puisque le bord inférieur du petit pectoral descend moins bas, elle fait donc bomber la partie antérieure, mais surtout la partie inférieure et postérieure de la paroi axillaire antérieure. Le même mécanisme se remarque en haut de cette paroi : même disposition des deux pectoraux, même résistance, mêmes phénomènes.

Ces abcès de la paroi antérieure du creux de l'aisselle ne rentrent pas, comme on vient de le voir, par leurs symptômes, dans les abcès que nous avons décrits tout à l'heure, et leur diagnostic sera toujours assez facile, si l'on porte son attention sur ces deux points : 1° Le creux de l'aisselle est-il, ou n'est-il pas libre? 2° peut-on embrasser la tumeur entre le pouce et les doigts, comme on ferait d'une paroi ordinaire?

Ces abcès de la paroi antérieure du creux de l'aisselle, sans être fréquents, ne sont pas très-rares. J'en ai rencontré assez souvent des exemples. Ils sont dus à des causes diverses. Tantôt ils seront froids, et ont pour point de départ une maladie de la jointure, une maladie des os de l'épaule, de l'apophyse coracoïde, par exemple ; tantôt une affection de la clavicule, ou bien une maladie des parois ou de la cavité de la poitrine.

Ces diverses variétés pourront facilement se diagnostiquer, quant à leur siége, par ce que j'ai dit plus haut ; quant à leur origine, par les commémoratifs.

Bien que notre malade ait *à priori* l'apparence d'un phthisique, qu'il ait été souvent malade, nous ne trouvons cependant aucun signe de ces lésions si graves du poumon, et je ne crois pas que telle soit l'origine de sa maladie.

Mais voici un autre genre d'affection peu connue, peu étudiée, et qui a fait le sujet d'une thèse soutenue, il y a trois ans, par un de mes anciens internes fort distingué, M. Dionis (*thèse sur la myosite*).

La cause de ces sortes d'abcès se trouve dans les muscles eux-mêmes, elle est le résultat de la myosite, c'est-à-dire que par une raison quelconque (fatigue, effort, déchirure), il s'établit dans l'épaisseur des muscles une inflammation qui se termine par suppuration.

Il y a quinze à dix-huit jours, notre malade, dans un violent effort, porte le bras en haut et en arrière, et sent immédiatement un craquement dans la région axillaire. Ce craquement s'accompagne de douleur. La douleur va en augmentant ; il survient du gonflement, de l'empâtement, de la chaleur, de la rougeur ; et alors se montrent tous les symptômes que nous avons rencontrés dans la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

Qu'est-il arrivé? Le malade, dans cet effort, s'est déchiré quelques fibres du grand pectoral, à cette déchirure a succédé une myosite. L'inflammation du muscle a passé dans le tissu cellulaire, ou plutôt cellulo-graisseux de la paroi antérieure du creux axillaire, dans un tissu mou, facilement perméable à l'inflammation ; elle s'y est concentrée ; elle a amené cette variété d'abcès que nous décrivons maintenant.

La marche de ces phlegmasies a un cachet particulier ; elle est lente, très-lente même, et, à moins d'un délabrement assez considérable, d'un épanchement sanguin assez abondant, rarement elle marche vite vers la suppuration.

C'est ce qui est arrivé chez notre malade. La lésion date de quinze à dix-huit jours, et le foyer n'a pu être incisé qu'aujourd'hui. Il est sorti du pus bien lié, louable.

Il peut arriver que la fluctuation soit encore plus longue à se montrer, c'est quand la phlegmasie montera vers la partie supérieure de la paroi axillaire antérieure. Dans ces cas, on remarquera, comme symptôme particulier, des douleurs plus vives, une réaction plus violente.

Il peut arriver aussi que la suppuration descende vers le creux axillaire et pénètre dans cette région, et qu'un abcès, en ayant primitivement occupé la paroi antérieure, se confonde avec les abcès de l'aisselle de la troisième espèce. Il peut se faire aussi que le pus fuse du côté de la poitrine, éraille les muscles intercostaux et se verse dans la plèvre, mais ces complications sont et seront *très-rares*, surtout si les abcès sont diagnostiqués et convenablement traités. Notons toutefois que, chez les personnes grasses, il pourra se rencontrer des difficultés de diagnostic assez sérieuses.

J'ai vu un malade qui, à la suite d'une fièvre grave, fut atteint d'un de ces abcès. Quand j'ouvris le foyer, le pus qui sortit était très-abondant et d'une fétidité repoussante. Peut-être cette fétidité tenait-elle au voisinage du foyer et du poumon, à l'action de l'air par conséquent.

La lenteur de la marche de ces abcès (et, comme je l'ai dit plus haut, ce sont surtout les abcès aigus que j'ai en vue ici), cette lenteur doit donner, pour le traitement, certaines indications. Si l'inflammation ne date pas de trop loin, et si le pus n'est pas déjà formé, quand le malade se présente au chirurgien, il y a lieu d'espérer d'obtenir la résolution, par les sangsues, les frictions avec une pommade résolutive, les cataplasmes, les purgatifs, le vésicatoire volant, etc. Le vésicatoire est en général un bon moyen de traitement dans les phlegmasies. S'il n'arrête pas, s'il ne fait pas rétrograder l'inflammation, il devient un excellent maturitif ; et loin d'exagérer la douleur du mal, il semble (au dire de quelques malades) l'apaiser assez bien. Si on n'a pas pu enrayer l'inflammation qui nous occupe, si la suppuration s'établit, si la fluctuation se manifeste, il faut inciser le foyer, l'inciser de bonne heure, avant que le pus ait fusé au loin. Il ne faut même pas hésiter à plonger le bistouri dans le bord axillaire tuméfié, empâté, alors même que la suppuration est encore douteuse. Cette piqûre de bistouri, si elle ne donne pas issue à du pus déjà formé, devient un excellent résolutif. Les personnes qui ont suivi ma clinique ont pu souvent constater la vérité de cette assertion. Et l'on doit d'autant moins hésiter d'inciser de bonne heure, qu'il ne faut pas perdre de vue les dangers de la stagnation du pus dans cette région, s'il fusait par exemple du côté de la cavité thoracique.

Voilà ce que je voulais dire sur les abcès de l'aisselle. J'ai surtout insisté sur les phlegmasies aiguës, siégeant dans la *paroi axillaire antérieure*. Je crois avoir suffisamment démontré que ces inflammations diffèrent des abcès de l'aisselle proprement dits, par leur origine, par leur marche, par leur diagnostic, par leur pronostic et par leur traitement.

L. Bauchet.

MÉDECINE LÉGALE. — TOXICOLOGIE.

Des erreurs qui peuvent résulter, dans la chimie légale, de la décoloration par le charbon des liquides qui contiennent des substances toxiques (1),

par H. Bonnemains (*communiqué à l'Académie des sciences*).

Depuis la découverte de la propriété décolorante du charbon par Lowitz, un grand nombre de travaux ont été publiés sur les propriétés du charbon, et les plus anciens sont dus à Hoffmann, à Ruchertz, à Schaub, à Duburgua. Plus tard, en 1822, M. Payen démontrait que le charbon animal absorbait et fixait la chaux et les sels calcaires en dissolution dans l'eau; M. Dubrunfaut étendait cette propriété absorbante à la généralité des alcalis.

En 1829, M. Graham annonça l'action absorbante du charbon sur les azotates d'argent et de plomb; sur le sulfate de cuivre ammoniacal, sur l'acétate de plomb, sur le plombate de potasse, sur la solution d'iode, sur les hypochlorites de chaux et de soude, et le chlore liquide; il faisait remarquer que l'acide arsénieux et le sulfate de cuivre n'étaient pas absorbés. Ces résultats ne sont point exacts, ainsi que le démontrent nos expériences.

En 1833, M. Lassaigne fit connaître que le charbon éliminait l'iode contenu dans l'iodure d'amidon ou la teinture d'iode.

En 1845, M. Chevallier, qui avait plusieurs fois étudié la question de l'absorption des substances minérales et végétales par le charbon, établit que l'acétate et l'azotate de plomb en dissolution dans l'eau, le vin et le vinaigre, étaient enlevés à ces liquides par le charbon; cette propriété a été mise à profit par ce savant praticien, pour enlever les sels de plomb à l'eau de fleurs d'oranger, au cidre plombé, etc.

M. Chevallier, dans une note adressée à l'Institut, en 1846, démontrait que les sels de fer, de cuivre, de zinc, de cobaltz, de nickel, de mercure, d'argent, étaient enlevés à chaud par le charbon d'os; d'après ce chimiste, les sels de cuivre et de plomb sont éliminés, même à froid, par ce corps; il terminait son travail par les conclusions suivantes :

« 1° Dans les recherches médico-légales, les liquides dans lesquels on recherche une substance toxique, soit de nature minérale, soit de nature organique, ne doivent jamais être décolorés par le charbon.

« 2° Si l'on avait traité ces produits par le charbon, on devrait ensuite soumettre ce charbon aux diverses opérations nécessaires pour déterminer s'il ne renferme point de substances toxiques.

« 3° On pourrait, dans certains cas, utiliser la propriété absorbante du charbon, pour le faire servir à isoler des liquides les substances toxiques qui s'y trouvaient en dissolution.

M. Esprit, dans une thèse soutenue, en 1849, à l'École de pharmacie de Paris, fit voir, par des expériences pratiques, que des substances métalliques et des principes amers des végétaux étaient enlevés par le charbon. M. Warrington avait déjà constaté ces faits, car il avait enlevé, à l'aide du charbon, la saveur amère de différentes espèces de bière, d'infusion de houblon, etc.

Toutes ces expériences, tous ces faits constatés par la pratique, ne me semblent point avoir été admis par quelques toxicologistes, qui recommandent encore, à l'époque actuelle, l'emploi du charbon pour décolorer les liquides tenant en solution des substances toxiques. Cette résistance à des faits avérés peut devenir, dans certaines expertises, la cause d'erreurs graves qui peuvent conduire à des suites funestes; nous devons en citer ici un exemple :

En 1852, des brasseurs de Paris, sur la proposition d'un sieur D...., résolurent, pour clarifier les cidres qui ne s'éclaircissaient pas assez promptement, de faire usage d'acétate de plomb et de carbonate de potasse, produisant à l'instant de la céruse à l'état naissant, qui ajoutée au cidre, faisait tomber le dépôt de ce liquide; de ces cidres ainsi clarifiés et qui contenaient du sel de plomb, furent soumis à l'examen de trois personnes s'occupant de chimie, et l'existence du plomb ne fut pas reconnue; dans l'un des cas, on sut que l'on avait décoloré le cidre par le charbon, avant de le soumettre à l'action des agents chimiques.

L'usage de la boisson ainsi clarifiée fut suivi d'accidents graves; plus de cinq cents personnes furent atteintes de coliques saturnines, et deux succombèrent. Des négociants d'ailleurs honorables qui avaient, par ignorance, employé ce funeste mode de clarification, furent condamnés non-seulement à des dommages-intérêts considérables, mais encore à la prison.

Ce qui nous a porté à adresser à l'Académie le sujet de nos recherches, ce sont les passages relatifs à divers métaux qu'on trouve dans un traité de toxicologie imprimé en 1852.

Nous donnons textuellement ici deux de ces passages de cet ouvrage, avant de faire connaître les expériences auxquelles nous nous sommes livré :

Cuivre (p. 712). « Quand du vin, de la bière, du thé, du café, etc., renferment une certaine quantité de sel, après les avoir décolorés, s'il était besoin, au moyen de charbon animal, on y rechercherait la présence de l'acide sulfurique par le chlorure de baryum et le cuivre, comme nous l'avons déjà indiqué. Mais, pour prononcer sur la nature véritable de la combinaison dans laquelle le cuivre serait engagé, il faudrait s'assurer qu'il n'existait dans les produits essayés aucun sulfate soluble; beaucoup de liquides en renferment d'ailleurs naturellement, mais en petite quantité. »

Plomb (p. 720). « Le vin, le café et d'autres liquides colorés peuvent être d'abord décolorés par le noir animal, après avoir été filtrés, pour séparer les produits solides qu'ils pourraient contenir. La liqueur claire doit alors être soumise à un courant d'acide sulfhydrique, le précipité recueilli sur un très-petit filtre et réuni dans la pointe, étant bien lavé et desséché, on coupe la partie du papier dans laquelle se trouve le sulfure, et l'on mélange, avec le produit qu'il contient, un peu de flux noir; on introduit le tout dans un tube de verre, et l'on chauffe au rouge, avec les précautions indiquées p. 704. Quelle que soit la quantité de sulfure, on obtient du plomb réduit; mais comme il pourrait être disséminé dans la masse et difficile à retrouver, on broie le produit dans un très-petit mortier et on lave par décantation; les grains de plomb, ne pesassent-ils que quelques milligrammes, sont obtenus facilement par ce moyen. »

Le traitement par le charbon étant indiqué à plusieurs reprises par l'auteur, nous avons pensé qu'il avait expérimenté depuis les publications faites par les savants dont nous avons cité les noms, et qu'il avait constaté des faits contraires à ceux qui avaient été avancés.

Voulant nous en convaincre par nous-même, nous avons fait les expériences dont nous allons donner connaissance; expériences qui ont été faites sur l'eau, le vin blanc, le vin rouge, le café, le thé.

Voici quelles sont les expériences :

1° *Café contenant du cuivre.* Un décilitre ($0^{l},1$) de café fut mis en contact avec dix grammes (10^{gr}) de charbon animal auquel on avait ajouté cinq centigrammes ($0^{gr},05$) de sulfate de cuivre.

Ce liquide fut laissé en digestion pendant vingt-quatre heures (24 heures); on eut soin d'agiter de temps en temps, pour aider l'action décolorante du charbon; n'ayant pu décolorer le liquide à froid, nous avons ensuite eu recours à l'ébullition; après un quart-d'heure d'ébullition, la matière colorante n'était pas complétement enlevée, et elle ne l'a été que fort difficilement. Cette liqueur filtrée, essayée par les réactifs les plus sensibles, ne fournissait plus de métal. Ainsi, l'acide sulfhydrique, le plus sensible des réactifs, versé dans le liquide, ne donnait pas, même après vingt-quatre heures de contact, la moindre coloration, le moindre précipité indiquant la présence du métal.

(1) Les substances toxiques qui sont enlevées par le charbon, sont : les sels de plomb, de fer, de cuivre, de zinc, de mercure, les composés arsénicaux et antimoniaux.

Après nous être convaincu que le liquide ne contenait plus de sels métalliques, nous avons opéré sur le charbon pour constater s'il contenait le métal.

A cet effet, nous avons incinéré ce charbon dans un creuset de porcelaine neuf; le résidu, traité par l'acide azotique pur, évaporé à siccité, repris par l'eau distillée, fournissait un liquide qui, par les réactifs, a donné les caractères des sels de cuivre : précipitation en brun par l'acide sulfhydrique; précipitation par l'ammoniaque, et dissolution du précipité dans un excès du réactif.

Coloration en brun marron par le prussiate de potasse.

Nous avons opéré de la même manière sur différents liquides : du thé, du vin blanc, du vin rouge et de l'eau; nous avons de nouveau acquis la certitude que le charbon absorbait les substances toxiques; nous devons faire remarquer un fait que nous avons constaté et que nous regrettons n'avoir pu reproduire; c'est la réduction du cuivre opérée par la calcination du charbon provenant du traitement du café contenant cinq centigrammes de sulfate de cuivre auquel on avait ajouté dix grammes (10^{gr}) de charbon. Ce charbon fut recueilli, puis calciné dans un creuset neuf; nous observâmes dans les cendres de petites paillettes qui, examinées à la loupe, ont présenté les caractères physiques du cuivre; une certaine quantité de ces parties métalliques d'environ un millimètre (0^{m},001) de largeur, éliminée des cendres, a été dissoute dans l'acide azotique, et a fourni un liquide qui a présenté tous les caractères du cuivre.

En examinant avec soin, à la loupe, les cendres des charbons contenant du plomb, nous avons observé des particules blanchâtres, excessivement minces, légères, très-friables, mélangées à la masse, que nous regrettons n'avoir pu éliminer d'une manière complète pour en déterminer exactement la nature, nous avons constaté sur une très-petite quantité la présence du plomb; mais nous ne pouvons nous prononcer, d'une manière absolue, sur la réduction à l'état métallique; nous ajoutons, cependant, que le métal n'était pas à l'état de carbonate.

M. Mulder avait déjà observé la réduction, à l'état métallique, de l'oxyde de plomb renfermé dans l'acétate neutre, mais M. Wappen réfuta son assertion.

De tout ce qui précède, il résulte pour nous :

1° Que le charbon enlevant aux solutions un grand nombre de sels métalliques, on ne doit point s'en servir pour décolorer les liquides dans lesquels on recherche des substances toxiques de nature minérale;

2° Que, dans le cas contraire, il faudrait rechercher les substances métalliques, non dans les liquides, mais dans le charbon pour certains toxiques (1), ou, dans d'autres cas, dans les cendres provenant de la combustion de ce charbon;

3° Qu'il est regrettable de voir publier, dans des ouvrages modernes, des modes d'expérimentation qui peuvent induire en erreur les personnes qui, n'ayant pas toutes les connaissances nécessaires, consulteraient ces ouvrages.

(1) On conçoit que, pour les métaux volatils, il faudrait agir sur le charbon, et non sur les cendres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 janvier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle comprend :

1° Un rapport de M. Buckard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarrebourg, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Lutzelbourg, en juillet, août et septembre 1852,

2° Deux rapports de M. le docteur Germain, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° Rapport de MM. Finaz et Colrat, sur le service médical des eaux de Charbonnières (Rhône), pendant l'année 1852.

4° Rapport sur le service médical des eaux de Castéra-Verduzan (Gers), par M. le docteur Matet.

5° Rapport sur les eaux de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubier.

6° Nouvelle notice sur les eaux minérales de la Moldavie, par M. A.-H. Bassereau.

7° Ampliation du décret autorisant l'acceptation de la donation Nadau.

8° Observation d'ostéosarcome de la mâchoire supérieure, opéré avec succès par M. Laurencin, chirurgien en chef de la marine, à Rochefort.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Collodion dans les vomissements.

M. Coze fils adresse une note sur l'efficacité des applications de collodion sur l'épigastre, contre les vomissements nerveux (comm. M. Depaul).

Obstétrique.

M. Didot, de Liège, adresse un travail très-étendu sur un nouveau mode de délivrance dans les cas de difformité grave du bassin, au moyen du diatrypteur et du céphalotôme à chaîne (comm. MM. Moreau et Daugau).

Décès.

M. le président annonce le décès d'un des membres les plus zélés et les plus honorables.

Incident.

A l'occasion du procès-verbal, M. Cornac demande la parole pour une proposition.

M. le Président. M. Cornac demande la parole pour une proposition; je demande si l'Académie veut l'entendre. (Plusieurs membres : oui.)

M. Cornac. Messieurs, j'ai demandé la parole pour vous soumettre une proposition; mais, auparavant, je dois vous faire part d'un incident. M. le président m'a demandé pourquoi je n'avais pas communiqué au Conseil d'administration les motifs de ma demande; je lui ai répondu que, d'après mon opinion, tout membre de l'Académie pouvait réclamer la parole sans en demander la permission au Conseil. J'entre donc en matière.

Messieurs, votre *Annuaire* date de cinq ans, et dans cet intervalle il est survenu, dans le sein de l'Académie, un grand nombre de décès et de nominations, ce qui me fait présumer qu'on en fera bientôt une nouvelle réimpression, et c'est à cette occasion que je viens aujourd'hui vous soumettre une proposition. Mais, avant de vous la faire connaître, permettez-moi de la faire précéder de quelques réflexions.

Lorsque l'Académie fut instituée, en 1820, son premier soin fut de s'occuper, dans l'intérêt de l'ordre et de la régularité de ses séances ou de ses travaux, de rédiger un règlement dont tous les articles furent élaborés avec le plus grand soin; ce règlement fut approuvé par l'autorité. Depuis cette époque, diverses ordonnances royales sont intervenues, ayant pour but de modifier certains articles de l'ordonnance constitutive; à la réception de ces ordonnances, l'Académie nommait une commission, pour mettre certains articles du règlement en harmonie avec le texte et l'esprit de ces ordonnances; cette commission faisait son rapport à l'Académie qui, après un plus ou moins grand nombre de délibérations, adoptait ces changements dans le règlement, lequel était ensuite soumis à l'approbation de l'autorité. C'est ainsi que l'Académie, toujours jalouse de la confection, de la rédaction de chacun des articles de son règlement, a procédé; et, lorsque dans une vue d'amélioration, quelques membres, et je suis de ce nombre, sont venus proposer quelque changement, l'Académie a repoussé leur demande, probablement pour ne pas faire, sans nécessité absolue, le moindre changement réglementaire.

Quelle n'a pas été ma surprise, ces jours-ci, en examinant notre *Annuaire*, d'y trouver la suppression de plusieurs articles, suppressions approuvées, il est vrai, par le ministre Carnot. Mais qui avait demandé et obtenu ces suppressions? L'Académie n'en a jamais été instruite, et j'ai cru aujourd'hui devoir le lui rappeler. Ce n'est pas tout : j'ai consulté un règlement que l'Académie a fait réimprimer en 1851, et en le comparant aux articles du règlement du dernier *Annuaire*, j'y ai encore trouvé plusieurs suppressions ou modifications.

En conséquence, je prie l'Académie de nommer une commission de cinq membres, laquelle s'adjoindrait au Conseil d'administration. Cette commission, après avoir pris connaissance de toutes les suppressions ou modifications que je viens d'indiquer, ferait un rapport à l'Académie, pour aviser à ce que de droit.

Après cette communication, une discussion un peu confuse et tumultueuse s'élève dans l'assemblée. Quelques membres, parmi lesquels M. Desportes, veulent qu'on renvoie simplement la proposition de M. Cornac au Conseil. L'Académie, appelée à voter, après un assez long débat, décide qu'une commission de cinq membres sera nommée, et M. le président désigne MM. Cornac, Adelon, Begin, Larrey et Moreau (en remplacement de M. Velpeau, non acceptant).

RAPPORTS.

Aliénation mentale.

M. Londe lit un rapport sur un travail lu récemment par M. Scipion Pinel, relatif à quelques points du traitement de l'aliénation mentale. Le

principal but de ce travail est de démontrer le danger des douches froides dans le traitement de la folie, douches dont le célèbre Pinel disait : « Je voudrais que le médecin qui propose des moyens si dangereux fût mis à la place de l'insensé qu'il prétend guérir. » Après un éloge motivé du travail de l'auteur, M. le rapporteur propose de renvoyer ce travail au comité de publication et d'adresser ses remerciements à M. Scipion Pinel. (Adopté).

LECTURES.

Hydrologie.

M. Paggiale, professeur au Val-de-Grâce, lit un travail étendu sur l'analyse des eaux des environs de Paris. Nous publierons, dans notre prochain numéro, un résumé étendu de ces recherches extrêmement intéressantes pour l'hygiène publique.

Tatouage.

M. Hutin, à propos d'une affaire médico-légale où la question avait été soulevée de savoir si les traces de tatouage pouvaient disparaître, s'est livré aux Invalides à des recherches qu'il expose très-longuement devant l'Académie. Nous extrayons de son travail les passages suivants, qui le résument complétement :

Remontant aux époques les plus éloignées, d'un emploi général chez divers peuples et surtout chez les moins civilisés, en usage même chez les femmes, qui ne craignent pas, en Algérie par exemple, de se faire stigmatiser le front, les joues, le menton, la poitrine, les bras et les jambes; le tatouage, parmi les soldats français, semble être un peu moins fréquent aujourd'hui qu'il l'était à l'époque des guerres de l'empire. . . . . .

Voici quel a été le procédé employé chez tous les invalides que j'ai observés.

Le dessein que l'on veut représenter est préalablement tracé avec une plume ou un pinceau, sur la partie à tatouer. Une matière colorante, rouge, bleue ou noire est délayée dans un vase ou sur une palette, comme s'il s'agissait de peindre une lithographie. Deux, trois ou quatre aiguilles à coudre sont attachées ensemble et de front. La peau sur laquelle le dessein a été tracé, est tendue aussi régulièrement que possible; et le tatoueur, après avoir trempé ses aiguilles dans la solution colorée, les enfonce dans l'épaisseur du derme, en suivant le contour de l'image. Les aiguilles ne sont pas placées dans le même sens que les lignes, mais en travers de celles-ci; car ce n'est pas pour épargner le temps et la douleur qu'elles sont réunies plusieurs ensemble, c'est pour donner plus de largeur aux lignes, et faire ainsi pour chaque point plusieurs piqûres qui le rendent plus apparent.

Les aiguilles sont enfoncées plus ou moins profondément dans l'épaisseur du derme, suivant la finesse de la peau, la sensibilité du patient, ou la volonté du graveur, qui, à chaque nouvelle ponction, trempe de nouveau son burin dans le liquide coloré quand il veut faire son métier en conscience. L'opération est terminée quand tout le dessin est ainsi piqué. Au bout d'un quart-d'heure, le tatoué lave la partie qui a laissé suinter quelques gouttes de sang, et ce lavage est fait tantôt avec de l'eau, tantôt avec de l'urine; quelquefois l'artiste préfère que ce soit avec de l'eau-de-vie et du rhum.

Quelquefois, par excès de précaution, l'on passe un tampon ou un doigt, imprégné de la matière colorante sur les piqûres du tatouage à une seule couleur pour en faire pénétrer davantage dans la peau. Mais cette mesure est peu nécessaire, et serait d'ailleurs impossible pour les dessins diversement colorés.

On dit que parfois on place une traînée de poudre sur les images simplement piquées, et qu'on y met le feu. Je doute que cela soit exacte; car il en résulterait une brûlure fort douloureuse et une suppuration qui entraînerait la matière colorante même.

L'inflammation qui succède aux piqûres est presque toujours de peu d'importance et de courte durée; chez la plupart des individus, elle disparaît dans les vingt-quatre heures. Il en est cependant qui n'en sont entièrement délivrés qu'au bout de six ou huit jours.... Le tatouage reste apparent, à moins que la matière colorante se trouve entraînée par une suppuration véritable, ce qui n'est pas arrivé une seule fois chez nos invalides.

Ici l'auteur cite un exemple d'inoculation vérolique par des aiguilles employées au tatouage, puis il continue :

Les matières colorantes le plus en usage chez nos militaires, sont: le vermillon, la poudre écrasée, l'encre de Chine et le bleu dont se servent les blanchisseuses, délayés dans de l'eau pure ou de la salive, quelquefois aussi on se sert d'encre à écrire. Les tatouages les plus apparents et les plus nets sont ceux qui sont faits avec l'encre de Chine. Ceux qui proviennent du bleu, de l'encre à écrire ou de la poudre pâlissent beaucoup, bien qu'ils ne s'effacent guère complétement. Le vermillon disparaît très-souvent en partie avec le temps; quelquefois il s'efface entièrement. C'est ainsi que des hommes ont porté sur les avant-bras, des cœurs traversés de flèches. Les flèches, noires, sont parfaitement visibles à leurs deux extrémités, mais les cœurs, qui étaient rouges, ont disparu et les traits interrompus n'offrent plus que des tronçons.

(L'auteur rapporte plusieurs exemples analogues.)

.... Un frottement rude et souvent répété sur les parties tatouées, efface quelquefois, en tout ou en partie, les images tracées. C'est ainsi que, parmi nos vieillards, il s'en trouve huit qui attribuent à l'exercice de leurs professions de menuisiers et de maçons, la disparition de leurs tatouages..... Deux s'en sont débarrassés en faisant repiquer leurs bras avec des aiguilles trempées dans du lait de femme, et en lavant ensuite le tout avec la même substance. Sans aucun doute ce liquide n'avait pas une vertu différente de beaucoup d'autres.

L'application d'un vésicatoire ou d'une pommade stibiée, l'éruption de pustules, une suppuration quelconque, entraînent *ordinairement* aussi la matière colorante déposée dans le derme. Mais il est constant que naturellement et sans aucun artifice, beaucoup de tatouages, surtout ceux qui sont pratiqués avec un liquide peu épais, disparaissent, soit par le fait de l'absorption des substances employées, soit par le moyen de l'élimination qui se fait au moyen de la transpiration cutanée.....

Après la mort, si l'on râcle la peau ou si l'on tranche une partie très-mince du derme, de manière à n'enlever qu'une partie de l'épaisseur d'un tatouage resté apparent, on peut toujours retrouver la matière colorante, diffuse dans le tissu dermique.....

Sur 3,000 invalides habitant aujourd'hui l'Hôtel-des-Invalides, 506 ont déclaré avoir été tatoués. Je sais qu'il en existe un plus grand nombre qui ont été retenus par un excès de circonspection ou par un excès de pudeur. Parmi les 506 que j'ai visités :

141 ont été tatoués avant l'âge de 20 ans;
283 de 20 à 25 ans;
39 de 25 à 30 ans;
35 de 30 à 40 ans;
5 de 40 à 50 ans;
Les 3 autres l'ont été à 52, 62 et 75 ans.

Ici l'auteur donne la fréquence relative des substances employées soit seules, soit associées entre elles; et la fréquence relative du siége des tatouages, puis il continue :

Parmi les 78 tatoués au vermillon seul :
Chez 16, le tatouage est resté très-apparent;
— 19, il a pâli;
— 19, il a disparu partiellement;
— 7, il a disparu en grande partie;
— 6, il a disparu presque complétement;
— 11, il a disparu en entier.

Chez six de ces derniers, on n'en trouve plus de traces; chez les cinq autres, on peut voir quelques points blancs provenant des piqûres probablement ulcérées; mais on ne saurait pas à quoi on a *à faire*, si les militaires ne déclaraient pas avoir été tatoués.

Parmi les 45 tatoués à l'encre de Chine seule :
39 tatouages sont très-apparents;
4 ont pâli;
2 sont effacés partiellement.

Sur les 52 marqués avec de la poudre seulement, il y en a :
32 dont les dessins sont bien apparents;
10 sur lesquels ils ont beaucoup pâli;
10 sur lesquels ils sont effacés partiellement.

Le seul tatouage au bleu de blanchisseuse est apparent.

Deux des quatre tatouages à l'encre seule sont très-apparents; les deux autres ont beaucoup pâli.

L'unique dessin fait avec le charbon écrasé seul est apparent.

Celui qui a été fait avec un noir inconnu est apparent.

Sur les 153 individus tatoués avec des couleurs différentes, l'auteur a constaté des résultats en rapport avec les précédents, et qu'il a annoncés au commencement de son mémoire.

Chez les 11 tatoués au vermillon, chez lesquels les dessins sont complétement effacés, le tatouage datait de 30 à 60 ans.

Presque tous les tatouages non effacés ont d'ailleurs à peu près la même date, et quelques-uns remontent à plus de soixante ans.

De toutes ces observations, l'auteur conclut naturellement : « Que les traces de tatouage ne sont point indélébiles, sans qu'il soit possible de leur assigner aucune limite de durée. »

Névralgies.

M. Paggioli lit un mémoire sur le traitement des névralgies, par l'application en frictions sur les parties souffrantes, du topique suivant :

Extrait de belladone.	4	gramm.
Hydrochlorate de morphine.	0,50	
Onguent populéum.	16	
Axonge macérée dans q. s. de feuilles de datura str.	16	
Eau de lavande (essence) q. s.		

Cette formule, qu'on peut modifier suivant l'excitabilité de chaque individu, a été suggérée à l'auteur par l'observation qu'il dit avoir faite, que l'association de différents sédatifs réussit mieux que l'administration de l'un d'eux isolément. (Comm. MM. Piorry, Larrey.)

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 janvier 1853. — Présidence de M. De Jussieu.

Traitement de l'inflammation par les enduits imperméables.

M. le docteur Robert-Latour adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

A sa séance du 3, présent mois, l'Académie a reçu, de M. le docteur Fourcault, une communication dont l'objet était de faire connaître les succès obtenus de l'emploi des enduits imperméables contre les affections inflammatoires, telles que l'érysipèle, la péritonite, le rhumatisme aigu, les phlegmasies traumatiques, etc. Citant mon nom, dans cette note, mais gardant le silence sur mes travaux, M. Fourcault prétend avoir été imité par moi, et se fait ainsi une large part dans cette heureuse invention. Cette méthode thérapeutique, lorsque je la rendis publique, au commencement de 1850, ne rencontra d'abord que surprise, incrédulité ou dérision, tant étaient éloignés des idées reçues les principes dont elle relève, et M. Fourcault ne songeait point, alors, à revendiquer pour lui l'honneur d'avoir concouru à la découverte. Aujourd'hui qu'un brillant avenir s'ouvre à ma médication, si j'en crois le témoignage des faits nombreux que j'ai déjà publiés, des faits, plus nombreux encore, que j'ai réunis dans un ouvrage sous presse en ce moment; il m'importe de bien fixer mes droits et de réduire ainsi à leur juste mesure toutes les prétentions intéressées qui tendraient à les amoindrir.

Que M. Fourcault ait, le premier, annoncé le refroidissement immédiat des animaux revêtus d'un enduit imperméable, c'est un honneur qu'on ne saurait lui ravir; mais, il y a loin, de ce fait expérimental qu'il ne cherchait pas et que lui livra le hasard, à toute une doctrine fondée sur un enchaînement logique de faits et d'idées dont le premier élément est à la physiologie et le complément à l'application pratique. Ce qu'il y a de certain, c'est que, considéré simplement comme un phénomène curieux, le résultat expérimental signalé par M. Fourcault restait isolé dans la science, sans lien avec les faits connus, comme sans application, et n'était, en un mot, de la part des savants, que l'objet d'une attention toute platonique. C'est qu'un tel fait, qui nous dénonce, dans l'action de l'air sur la peau, une des conditions de la calorification, il fallait, pour en tirer parti, être initié à la destination physiologique de cette fonction vitale, destination dont l'objet est d'assurer la progression du sang dans les tuyaux, prodigieusement ténus, qui forment le réseau capillaire chez les animaux supérieurs; il fallait savoir qu'à cette faculté physiologique de produire du calorique, se lient, comme une sorte d'expiation, des facultés morbides dont l'inflammation est une expression frappante; il fallait avoir saisi le mécanisme de cette affection, dont l'injection sanguine n'est qu'un caractère matériel et secondaire, fatalement enchaîné à l'ascension locale de la température, qui en est le principe, le fait essentiel et initial. Tous ces dogmes, que, depuis vingt ans, je n'ai cessé d'énoncer dans diverses publications, conduisent naturellement à la recherche des moyens propres à combattre l'inflammation dans la chaleur animale qui en est l'élément indispensable; et c'est ainsi que le fait expérimental de M. Fourcault, en révélant une des conditions de la production de cette chaleur, est venu s'ajuster de lui-même à ma doctrine, comme pour en faire ressortir la justesse avec éclat.

Certes, je n'ai point la prétention d'avoir fait seul toute la science; et, dans le cours de mes travaux, j'ai fait des emprunts à bien des savants, parmi lesquels se trouve le docteur Fourcault lui-même. Mais, ce qu'on ne saurait me dénier, c'est que, tout en profitant des faits connus, et ajoutant, de mon côté, aux notions acquises, j'ai produit une idée capitale, dont j'ai développé tous les points, depuis l'élément physiologique jusqu'à l'application pratique; et que cette application pratique, je l'ai seul instituée, j'en ai seul formulé le principe.

Absorption des substances toxiques par le charbon.

M. Bonnemains adresse, sur ce sujet, un travail important que nous publions ci dessus.

Traitement de l'albuminurie.

M. E. Robin adresse une première note dans laquelle il fait pressentir que l'azote ou *oxygène électrisé*, mélangé à l'air, pourrait être utile dans le traitement de l'albuminurie en favorisant la combustion.

Causes de vieillesse et de la mort.

Dans une seconde note, l'auteur se propose de démontrer qu'en nourrissant les animaux et l'homme avec des aliments contenant peu ou point de matières incrustantes (phosphates, sels calcaires, etc.) on arriverait à retarder beaucoup, sinon indéfiniment, le moment de la vieillesse et le terme de la mort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nécrologie. — Une foule nombreuse se pressait hier matin à l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas, pour rendre un dernier devoir à l'un des praticiens les plus honorables du douzième arrondissement, à l'un des académiciens les plus bienveillants, les plus modestes et les plus assidus. La mort de M. Devilliers avait été tellement inopinée, que ses amis les plus intimes avaient à peine pu être prévenus en temps utile, pour venir, auprès de ses restes mortels, témoigner de toute la douleur que leur faisait éprouver une perte aussi inattendue. L'Académie n'avait pas pu envoyer une députation. Néanmoins, plusieurs notabilités, notamment le maire du douzième arrondissement, M. le professeur Requin, M. Larrey qu'on est sûr de trouver partout où il y a un pieux devoir à remplir, étaient venus grossir la foule des pauvres qui entourait les restes du vénérable praticien. Arrivé sur le bord de la tombe, M. Larrey, voyant que personne ne prenait la parole et qu'on allait se séparer sans adresser aux restes mortels de Devilliers un dernier adieu, a prononcé quelques mots qui ont profondément ému l'assistance, et qui étaient inspirés par tout ce que le cœur renferme de bons sentiments. Voici ces excellentes paroles :

« En prenant la parole au bord de cette tombe encore ouverte, j'obéis à votre incitation, messieurs, et à un sentiment que vous partagez tous : c'est la pensée triste de n'entendre aucune voix dire un dernier adieu à notre vénérable confrère. Je n'avais pas même songé, il n'y a qu'un instant, à l'honneur d'adresser quelques mots à sa mémoire, tant sa vie me semblait faite pour inspirer tout un discours. Et cependant, messieurs, cette vie a été simple, paisible et presque invariable, depuis ses premiers jours d'activité jusqu'à sa dernière heure; mais aussi elle a été dignement remplie, à force de se ressembler toujours à elle-même.

« Les documents, les souvenirs me manquent, pour vous rappeler, messieurs, les principales phases de l'existence de M. Devilliers; il faudrait raconter sa vocation presque native pour la médecine, ses premières années d'études et de travaux vouées à la chirurgie militaire, qui s'honore de le compter au nombre des anciens élèves du Val-de-Grâce, et ses relations du même temps avec le plus illustre de ses condisciples devenu son ami, avec Bichat dont il devait, quarante ans plus tard, rechercher pieusement les restes, pour leur faire donner, par le corps médical tout entier, une consécration solennelle; il faudrait raconter combien, à travers les agitations publiques et au milieu de toutes les ambitions contemporaines, M. Devilliers se montra calme et modeste dans toute sa carrière.

« Reçu docteur en médecine vers les premières années du siècle; et lorsqu'il se livra plus tard à la pratique civile, il ne cessa de montrer, jusques dans l'âge le plus avancé, un zèle et une ardeur tout juvéniles, comme s'il avait eu besoin de faire sa position ou d'assurer son avenir. Mais cette activité incessante, infatigable, elle n'était pas son avoir, elle appartenait toute entière aux malades, et les plus pressés pour lui étaient toujours les plus pauvres. Aussi, tous avaient pour M. Devilliers, l'attachement vrai et l'estime reconnaissante, qui ne s'obtiennent qu'avec un cœur généreux et un caractère honnête.

« Il est mort comme il avait vécu, de dévouement; mais il est mort si vite, que c'est à peine si la nouvelle s'en est répandue assez tôt, pour rassembler autour de son cercueil, un plus grand nombre de ses confrères, de ses amis; et cependant l'assistance qui l'accompagnait à l'église et qui l'a suivi jusqu'à sa dernière demeure, montre bien mieux que des paroles les regrets qui s'attachent à la perte de notre vénérable confrère. La présence de M. le maire du douzième arrondissement est un témoignage de plus de ce sentiment douloureux pour tous.

« L'Académie de médecine, dont M. Devilliers était l'un des membres les plus assidus et les plus honorés, sait à peine la nouvelle perte qu'elle vient de faire; et lorsqu'elle l'apprendra à la séance d'aujourd'hui par l'organe de son honorable président, elle entendra quelques-unes de ces paroles qui vous feront oublier les miennes.

« Adieu donc, cher et vénéré confrère; adieu au nom de tous. »

— Le corps des officiers de santé de l'armée française n'est pas le seul, tant s'en faut, qui soit régi par une autorité prise en dehors de son sein. On écrit de Madrid que la direction générale des officiers de santé espagnols vient d'être confiée à un maréchal de camp, don Manuel Monteverda.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 10. 1re année. Samedi, 22 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de la Société de chirurgie. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par M. A. Deville. (*Suite.*) **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Hôpital Saint-Louis. Quelques remarques sur les érythèmes d'automne. **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE :** Anus contre nature accidentel, traité et guéri par l'opération modifiée de la fistule à l'anus, par M. le Dr Sorbets. — **HYGIÈNE PUBLIQUE :** Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris, par M. Poggiale. — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON :** Rapport sur le magnétisme animal, par J.-S. Bailly. (*Suite*).

Paris, le 21 janvier 1853.

Séance de la Société de chirurgie.

Hypertrophie extraordinaire du doigt. — Au début de la séance, M. Chassaignac a présenté un jeune malade sur lequel il a pratiqué l'amputation du troisième orteil du pied droit, pour une affection très-extraordinaire, et dont nous ne pensons pas qu'il existe d'exemple. Le malade présentait une hypertrophie du doigt avec douleurs intolérables, sans altération apparente, autre que le gonflement. Après avoir employé les moyens les plus énergiques pour vaincre cette affection, le chirurgien, en présence de l'état de souffrance du malade, se décide à pratiquer la désarticulation de l'orteil. L'opération réussit parfaitement.

L'examen anatomique de la partie malade a démontré : 1° qu'il n'existait aucune lésion des parties molles; 2° que l'affection avait son siége dans la phalange onguéale; la phalangette était en effet tuméfiée; en la divisant, on vit enfermé dans son extrémité renflée un petit corps dur de la grosseur d'une lentille. Cette production parasite s'était creusé une cellule aux dépens de l'os, dont les parois amincies, refoulées en dehors, n'offraient plus qu'une très-faible consistance, se laissant plier sous la pression du doigt. Une analyse microscopique attentive permettra peut-être de classer ce produit normal.

Hernie de la vessie. — Après quelques considérations sur le mode de résistance des ligaments croisés de l'articulation fémoro-tibiale, la Société a entendu une de ces communications qui honorent le chirurgien qui ne craint pas de publier hautement les erreurs commises, ne songeant qu'aux enseignements précieux qui en découlent. L'honorable M. Roux, dont la probité scientifique est proverbiale, a raconté le fait suivant :

Un homme d'une cinquantaine d'années portait une hernie inguinale droite dès son enfance; cette hernie ne fut pas contenue pendant longtemps. Elle était volumineuse, et seulement, à l'âge de vingt et un ans, lorsque par le fait de cette infirmité, le malade eut été exempté de la conscription, il se décida à porter un bandage qui ne maintint jamais bien la hernie réduite.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, apparurent des symptômes d'étranglement. Les tentatives multipliées de réduction ayant échoué, M. Roux se décida à opérer. Les premiers temps de l'opération furent simples, et quand les viscères hernies furent mis à jour, on reconnut que la tumeur était formée au dehors par une anse intestinale, en dedans par une partie ayant l'aspect d'une portion d'épiploon. Après le débridement, l'intestin hernié fut facilement réduit; mais l'autre élément de la tumeur ne put être remis en place. M. Roux, toujours convaincu qu'il avait affaire à de l'épiploon, tenta vainement, par les manœuvres habituelles, de le refouler dans la cavité abdominale, ne pouvant terminer cette opération, il se décida à exciser partie de cette tumeur; à peine l'eut-il entamée avec le bistouri, qu'il s'écoula une quantité considérable d'un liquide présentant tous

FEUILLETON.

Rapport sur le magnétisme animal,

Par J.-S. Bailly, *premier président de l'Assemblée constituante.*

(Suite.)

En résumé, le Rapport de Bailly renverse de fond en comble une erreur accréditée. Ce service est considérable, mais il n'est pas le seul. En cherchant la cause imaginaire du magnétisme animal, on a constaté la puissance réelle que l'homme peut exercer sur l'homme, sans l'intermédiaire immédiat et démontré d'aucun agent physique ; on a établi « que les gestes « et les signes les plus simples produisent quelquefois de très-puissants « effets; que l'action de l'homme sur l'imagination peut être réduite en « art...., du moins à l'égard des personnes ayant la foi. » Ce travail a montré, enfin, comment nos facultés doivent être étudiées expérimentalement; par quelle voie la psychologie pourra arriver un jour à se placer parmi les sciences exactes.

J'ai toujours regretté que les commissaires n'aient pas jugé à propos de joindre à leur beau travail un chapitre historique. L'immense érudition de Bailly lui aurait donné un prix inestimable. Je me figure aussi qu'en voyant les pratiques mesmériennes déjà en usage il y a plus de deux mille ans, le public se serait demandé si un intervalle de temps aussi long avait jamais été nécessaire pour mettre en crédit une chose bonne et utile. En se circonscrivant dans ce point de vue, quelques traits auraient suffi.

Plutarque, par exemple, serait venu en aide au rapporteur. Il lui aurait montré Pyrrhus guérissant, par des frictions opérées à l'aide de l'orteil de son pied droit, les maladies de la rate. Sans se livrer à un esprit d'interprétation outré, on eût pu se permettre de voir dans ce fait le germe du magnétisme animal. J'avoue qu'une circonstance aurait dérouté quelque peu l'érudit : c'était *le coq blanc* que le roi de Macédoine sacrifiait aux dieux avant de commencer ses frictions.

Vespasien, à son tour, aurait pu figurer parmi les prédécesseurs de Mesmer, à raison des cures extraordinaires qu'il opéra en Égypte par l'action de son pied. Il est vrai que la prétendue guérison d'une cécité ancienne, à l'aide d'un peu de salive du même empereur, serait venue jeter du doute sur la véracité de Suétone.

Il n'est pas jusqu'à Homère et Achille dont il eût été possible d'invoquer les noms. Joachim Camerarius prétendait, en effet, avoir vu sur un très-ancien exemplaire de l'*Iliade* des vers dont les copistes firent le sacrifice, parce qu'ils ne les comprenaient pas, et dans lesquels le poëte parlait, non pas du talon d'Achille, sa célébrité depuis trois mille ans est bien établie, mais des propriétés médicales que possédait l'orteil du pied droit de ce même héros.

Ce que je regrette surtout, c'est le chapitre où Bailly aurait raconté com-

les caractères de l'urine. C'était en effet la vessie, qui entrait pour une part assez considérable dans la composition de la masse herniée.

Immédiatement, le chirurgien réunit la petite plaie, et le pansement ordinaire fut appliqué. Le malade, déjà dans un état de prostration alarmant, lors de l'opération, mourut le lendemain matin.

L'autopsie commencée n'a pas encore été complétement terminée. Dans la première séance, M. Roux soumettra les pièces à l'examen de la Société, et alors, une discussion pourra s'engager. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de cette discussion.

Nous nous abstiendrons, pour aujourd'hui, de toute réflexion.

Luxation du fémur. — Après cette intéressante communication, M. Maisonneuve a donné lecture d'un rapport sur une observation fort intéressante de luxation de la tête du fémur, en haut et en avant; variété considérée, on le sait, comme excessivement rare par M. Malgaigne, et qui, d'après ce savant professeur, s'accompagnerait de symptômes très-différents de ceux qu'indiquent les auteurs classiques, tandis que, suivant M. Aubry, auteur de l'observation, les luxations en haut et en avant seraient très-communes et auraient bien réellement pour caractères ceux indiqués par les auteurs.

Nous donnerons une analyse détaillée de l'observation de M. Aubry; nous nous contenterons, aujourd'hui, d'exposer le résumé du rapport de M. Maisonneuve et de la discussion qui l'a suivi, et qui a surtout porté sur la théorie plutôt que sur les faits des luxations complètes et incomplètes.

Mais d'abord, que doit-on entendre par une luxation incomplète?

Nous n'avons pas besoin de rappeler l'opinion de M. Malgaigne sur ce sujet. On sait combien ce chirurgien a étendu le cadre des luxations incomplètes, dans lesquelles il fait rentrer presque toutes les luxations. Les membres de la Société de chirurgie qui ont pris la parole n'adoptent pas les idées de M. Malgaigne. Ils veulent que l'on s'arrête, dans la définition des luxations incomplètes, aux cas seulement dans lesquels les surfaces articulaires déplacées conservent un point, quelque limité qu'il soit, dans lequel les surfaces cartilagineuses articulaires se trouvent encore en contact.

Ce genre de luxations, que l'on ne saurait nier, lorsqu'il s'agit d'articulations planes ou à ginglyme, a été considéré, par beaucoup de chirurgiens, comme ne pouvant exister dans les articulations orbiculaires.

Ces chirurgiens ont refusé d'admettre la possibilité, pour la tête fémorale par exemple, de se maintenir sur le rebord cotyloïdien, sans que la réduction ait immédiatement lieu, au premier moment, si la partie de cette tête luxée se trouve située dans l'aire de la cavité qu'elle remplissait.

Les faits, on doit le reconnaître aujourd'hui, n'ont pas donné raison à cette manière de voir; ils ont démontré sans réplique la réalité de ces luxations incomplètes dans les articulations orbiculaires. M. Robert a rappelé, fort à propos, un fait qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, et qui ne saurait laisser le moindre doute à cet égard. C'est une luxation fémoro-tibiale, en bas et en arrière (ischiatique), dont la dissection a été faite par ce chirurgien. Il a trouvé : 1° une déchirure incomplète de la capsule; 2° une destruction du bourrelet cotyloïdien. Il était résulté de cette lésion que la tête, retenue par ce qui restait de la capsule, était restée en contact, par sa face cartilagineuse, avec une partie du cartilage de la cavité cotyloïde, grâce à l'échancrure rétablie par la rupture du bourrelet cotyloïdien.

Aussi M. Robert ne saurait-il hésiter à admettre les luxations incomplètes, même pour les articulations orbiculaires.

MM. Chassaignac, Roux, Gerdy, etc., ont partagé cette opinion, et M. Maisonneuve, qui, dans son rapport, avait paru ne pas admettre ce genre de luxation, a modifié sa manière, en ayant égard principalement au fait rappelé par M. Robert.

Il est donc ressorti de cette discussion :

1° Que pour tous les membres de la Société, pour tous ceux du moins qui ont pris la parole, la définition des luxations incomplètes, telle que la donne M. Malgaigne, ne saurait être admise, et que l'on doit s'en tenir à la définition classique et généralement adoptée;

2° Que les luxations incomplètes sont parfaitement possibles dans les articulations orbiculaires.

Cette discussion s'est terminée par l'admission de M. Aubry au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie. M. Aubry, par son talent non moins que par son caractère, est homme à honorer toutes les compagnies qui se l'associeront.

La séance s'est terminée par la présentation, par M. le docteur Combes, de Saint-Germain, d'un jeune enfant sur lequel ce praticien a pratiqué, avec succès, la trachéotomie dans un cas de croup parvenu au degré le plus avancé.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

Quant au testicule, il est d'habitude intact; c'est ce qui existait dans huit au moins des cas que nous possédons. Quelle que soit l'intensité de la cause, on comprend en effet que la double mobilité signalée plus haut, ainsi que sa forme, permettent au testicule de s'échapper aisément en glissant, et son expulsion au de-

---

ment certains adeptes de Mesmer avaient eu la prétention de magnétiser la Lune, et de faire tomber ainsi en syncope, tel jour donné, tous les astronomes voués à l'observation de cet astre; perturbation, pour le dire en passant, dont aucun géomètre, de Newton à Laplace, ne s'était avisé.

Le travail de Bailly porta le trouble, le dépit, la colère parmi les mesmériens. Il fut pendant plusieurs mois le point de mire de leurs attaques combinées. Toutes les provinces de France virent surgir les réfutations du célèbre rapport; quelquefois sous la forme d'une discussion calme, décente, modérée; ordinairement avec tous les caractères de la violence, avec l'acrimonie du pamphlet.

Ce serait aujourd'hui peine perdue que d'aller arracher aux tablettes poudreuses de quelques bibliothèques spéciales des centaines de brochures dont les titres mêmes sont complétement oubliés. L'analyse impartiale de cette ardente polémique n'exige pas un pareil travail; je crois, du moins, que j'arriverai au but en concentrant mon attention sur deux ou trois écrits qui, par la force des arguments, le mérite du style ou la réputation de leurs auteurs, ont laissé des traces dans le souvenir des hommes.

Au premier rang de cette catégorie d'ouvrages, figure l'élégante brochure que publia Servan sous le titre de : *Doutes d'un provincial, proposés à MM. les médecins commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal.*

L'apparition de l'opuscule de Servan fut saluée, dans le camp des mesmériens, par des cris de triomphe et de joie. Les indifférents retombèrent dans le doute et la perplexité. Grimm écrivait, en novembre 1784 : « Il n'y « a pas de cause désespérée. Celle du magnétisme semblait devoir suc- « comber sous les attaques réitérées de la médecine, de la philosophie, de « l'expérience et du bon sens.... Eh bien! M. Servan, ci-devant procureur « général à Grenoble, vient de prouver qu'avec de l'esprit on revient de « tout, même du ridicule! »

La brochure de Servan sembla dans le temps l'ancre de salut des mesmériens. Les adeptes lui empruntent encore aujourd'hui leurs principaux arguments. Voyons donc si réellement elle a ébranlé le rapport de Bailly.

Dès les premières lignes, le célèbre avocat général pose la question en termes qui manquent d'exactitude. A l'en croire, les commissaires étaient appelés à établir un parallèle entre le magnétisme et la médecine; ils devaient « *peser de part et d'autre* les erreurs et les dangers; indiquer « avec un sage discernement ce qu'il convenait de conserver ou de retran- « cher dans les deux sciences. » Ainsi, d'après Servan, l'art de guérir tout entier aurait été en question, et l'impartialité des médecins pouvait paraître suspecte. L'habile magistrat n'avait garde d'oublier, en pareil occurrence, l'éternelle maxime de droit : nul ne peut être juge et partie. Les médecins devaient donc se récuser.

Vient ensuite un légitime hommage aux académiciens non gradués, membres de la commission. « Devant Franklin et Bailly, dit l'auteur, tout

hors contribue probablement en outre à le soustraire à l'action de la cause. S'il échappe le plus souvent, il peut cependant, à la rigueur, être atteint ; dans un de nos dix cas, on avait supposé d'abord que l'extrémité de la branche cassée qui avait produit la lésion avait un peu contus le testicule, mais l'absence d'accidents et la rapidité de la guérison montrent que la chose, déjà peu admissible, n'est pas probable. Dans le dixième cas, le seul en définitive, qui est celui du docteur Gaston, il y avait lésion grave du testicule, de l'épididyme et du cordon.

Ainsi, en général, nous trouverons à l'extérieur le testicule isolé, entouré ou non de ses enveloppes profondes, suspendu au cordon testiculaire dénudé plus ou moins loin, et le tout parfaitement sain du reste, sauf le déplacement et quelques petites déchirures, sauf aussi qu'il pourra se trouver adhérents à la surface des organes déplacés quelques petits caillots sanguins, ou quelques petits corps étrangers, que le chirurgien prendra naturellement soin d'enlever avant de procéder à la réduction.

Lorsque le testicule sort seul avec sa tunique albuginée à découvert, est-il suivi à l'extérieur par l'épididyme? A part le cas de Serre où le testicule *seul* était sorti, les observations sont muettes à ce sujet, mais il est à peu près certain que non, à moins de complications graves, comme dans le cas du docteur Gaston.

Complications. Elles manquent en général, et la lésion est simple. Deux de nos dix cas nous offrent seuls des complications assez intéressantes pour que nous rapportions ici les deux observations.

La première nous offre un fait curieux, dans lequel le pénis est avalé, si on veut bien nous permettre cette expression, en arrière et en bas, dans les téguments du scrotum. Les personnes qui voudraient comprendre un peu mieux cette singulière lésion à peine expliquée dans l'observation ci-après, pourront consulter, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un fait curieux de ce genre, observé, il y a quelques années, dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis.

5e *Observation. — Hernie compliquée du testicule,* extrait du Journal général de la Société de médecine de Paris, t. 77, p. 136, par Wolf.

Un paysan reçut dans le scrotum un coup de corne de bœuf furieux, qui le souleva, le tint un instant enlevé, et finit par le jeter contre un mur. Le scrotum fut entièrement déchiré, ou arraché en plusieurs lambeaux ; la tunique vaginale fut ouverte, et la cloison détruite ; les deux testicules étaient à découvert. Le coup de corne avait en outre atteint le pénis lui-même, déchiré le prépuce et fait passer la verge à travers les téguments du scrotum.

M. Wolf enleva avec des ciseaux les portions de peau trop désorganisées par le choc, régularisa les bords de la plaie, fit quelques points de suture, et pansa méthodiquement avec des plumasseaux de charpie imbibés d'eau blanche. La suppuration entraîna encore quelques lambeaux mortifiés, et grâce aux soins nombreux qui furent pris, la guérison fut complète en trois semaines.

Passons sur cette première complication, qui n'est que curieuse, et qui n'aurait pas suffi pour nous faire citer l'observation, si nous n'avions trouvé en même temps ici, un exemple de la conduite que le chirurgien doit tenir en pareil cas, c'est-à-dire régulariser au besoin, au moyen de ciseaux, la plaie scrotale trop irrégulière, avant de réduire le testicule et de pratiquer la suture.

Le second cas de complication, quoique unique, est bien autrement intéressant. Voici l'observation :

6e *Observation. — Hernie traumatique compliquée du testicule*, observée par le docteur Gaston (de Saint-Ybars, Ariége), extraite des Annales de la Société de médecine de Montpellier, 1806, t. 7, p. 434.

Un homme de 70 ans, ayant son pied engagé dans le licou d'un âne qui se mit à courir au galop, fut traîné dans l'espace de trois cents pas, sur un terrain inégal et caillouteux ; par suite des frottements violents sur les pierres anguleuses, il reçut de nombreuses blessures, dont une lui déchira transversalement la partie droite du scrotum, dans l'étendue de près de quatre travers de doigt. Le testicule de ce côté sortit, ainsi que le cordon spermatique, qui fut tellement tiraillé dans cette course rapide, qu'il s'étendait en passant entre les fesses, jusqu'à la région sacrée, et quand on le laissait tomber en ligne droite, jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

M. le docteur Gaston appelé presque aussitôt, constata que le testicule droit pendait seul à l'extérieur, dépouillé des tuniques vaginale et erythroïde restées dans le scrotum ; sa surface était parsemée de petits graviers qui pénétraient la tunique albuginée, et divisée suivant sa largeur, parallèlement à la plaie du scrotum, par une déchirure pénétrant bien profondément dans la substance de l'organe. L'épididyme était froissé, et arraché du testicule à son extrémité supérieure. Le cordon très-distendu n'avait pas notablement perdu de son volume qui continuait à être celui d'une plume à écrire. La plaie du scrotum, située à sa partie inférieure droite, était transversale dans l'étendue de quatre travers de doigt et coupée à angle droit par une deuxième déchirure, de manière à former un petit lambeau flottant par son extrémité. L'intérieur du scrotum était rempli de petits morceaux de pierre, et autres corps étrangers.

Après beaucoup d'hésitations, M. Gaston nettoie soigneusement le tout, et remet simplement le testicule en place, en l'y maintenant par des plumasseaux de charpie arrosés de décoction émolliente. Ultérieurement, les choses furent laissées en cet état, l'état contus des téguments et de l'organe, la prévision d'une suppuration inévitable, empêchant d'employer des sutures, et obligeant de se contenter de l'application de charpie maintenue par des compresses et un suspensoir sur la plaie, dans le fond de laquelle une partie du testicule gravement blessé était donc à nu.

Guérison complète au bout de 35 jours, après suppuration, sans accidents graves, autres qu'un gonflement énorme du cordon, survenu dès les premiers jours, et un gonflement considérable du testicule.

Le cordon spermatique resta un peu plus volumineux qu'il ne l'est normalement. Le testicule garda le double de sa grosseur ordinaire, et resta adhérent dans toute sa circonférence avec le scrotum ; il se conserva dans

---

« genou doit fléchir. L'un a beaucoup inventé, l'autre a beaucoup re-« trouvé ; Franklin appartient aux deux mondes, et tous les siècles sem-« blent appartenir à Bailly. » Mais s'armant ensuite, avec plus d'habileté que de droiture, de ces paroles loyales du rapporteur : « Les commis-« saires, *surtout les médecins*, ont fait une infinité d'expériences, » il insinue sous toutes les formes que les académiciens acceptèrent un rôle entièrement passif. Mettant ainsi à l'écart les déclarations les plus formelles, feignant même d'oublier le nom, les titres du rapporteur, Servan ne voit plus devant lui qu'une seule classe d'adversaires, des docteurs régents de la Faculté de Paris, et il donne alors une pleine carrière à sa verve satirique. Il tient même à honneur qu'on ne croie pas à son impartialité : « Les médecins m'ont tué ; ce qu'il leur a plu de me laisser de vie « ne vaut pas la peine, en vérité, que je cherche un terme plus doux.... « Depuis vingt ans, je suis toujours plus malade par les remèdes qu'on « m'administre que par mes maux.... Le magnétisme animal, fût-il une « chimère, devrait être toléré ; il serait encore utile aux hommes, en sau-« vant plusieurs d'entre eux des dangers incontestables de la médecine « vulgaire.... Je désire que la médecine, tant accoutumée à se tromper, « se trompe encore aujourd'hui, et que le fameux rapport ne soit qu'une « grande erreur.... » Au milieu de ces singulières déclarations, figurent par centaines des épigrammes beaucoup plus remarquables par leur tour ingénieux et piquant que par leur nouveauté. S'il était vrai, messieurs, que le corps médical eût jamais essayé, pour en imposer sciemment au vulgaire, de cacher l'incertitude de ses connaissances, la fragilité de ses théories, le vague de ses conceptions sous un jargon obscur et pédantesque, les immortels et joyeux sarcasmes de Molière n'auraient été qu'un acte de stricte justice. En tout cas, chaque chose a son temps ; or, vers la fin du XVIIIe siècle, les points de doctrines les plus délicats, les plus épineux, étaient discutés avec une entière bonne foi, avec une lucidité parfaite et d'un style qui a placé plusieurs membres de la Faculté au rang de nos meilleurs prosateurs. Servan, d'ailleurs, sort des limites d'une discussion scientifique, lorsque, sans prétexte d'aucune sorte, il accuse ses adversaires d'être anti-mesmériens par esprit de corps et, qui pis est, par cupidité.

Servan est plus dans son droit, lorsqu'il fait remarquer que les théories médicales aujourd'hui les mieux assises donnèrent lieu, en naissant, à des débats prolongés ; lorsqu'il rappelle que certains médicaments ont été tour à tour proscrits et recommandés avec passion ; l'auteur aurait même pu creuser plus profondément cette face de son sujet. Au lieu de quelques railleries sans portée, que ne nous montrait-il, par exemple, dans un pays voisin, deux médecins célèbres, Mead et Woodward, vidant, l'épée à la main, le différend qui venait de s'élever entre eux, sur la manière de purger un malade. Nous aurions entendu ensuite Woodward, percé d'outre en outre, roulant à terre et baigné dans des flots de sang, dire à son adversaire d'une voix éteinte : « Le coup est rude, et cependant « je le préfère à votre médecine ! » ARAGO. (*La suite à un prochain n°.*)

sa totalité, et la cicatrice de la déchirure du scrotum se fit à ses dépens (cela veut dire évidemment à la surface du testicule), ce qui est resté facile à connaître, car le testicule s'y présentait à nu, et sous un aspect blanchâtre, luisant et très-lisse.

Il serait difficile, à moins d'arriver à la destruction à peu près complète de l'organe testiculaire, de supposer une complication plus grande : un testicule hernié, dans un cas de plaie déchirée du scrotum ; un arrachement partiel de l'épididyme ; une distension, avec élongation considérable du cordon ; un testicule contus et froissé sur des graviers, dont des fragments restent adhérents à sa surface. On comprend très-bien les hésitations d'un médecin, en présence d'un cas pareil, alors surtout que nulle part il ne trouvait de préceptes ni de renseignements qui pussent le guider dans sa conduite.

Aux personnes qui désirent rechercher, par des expériences, si des plaies de la tunique albuginée peuvent être suivies de la protrusion d'un fongus, on peut présenter, en toute confiance, l'observation du docteur Gaston. Voilà, certes, un ensemble de conditions réunies, et tellement favorables, que jamais expérience quelconque n'en fournira de meilleures : une plaie transversale et profonde du testicule ; un testicule qui reste à découvert au fond d'une plaie du scrotum, et qu'on peut surveiller ; un gonflement considérable qui survient. Pour le coup, nous n'allons pas manquer d'avoir une protrusion ; la tunique albuginée, par sa résistance, ne va pas pouvoir loger cette hypertrophie des tissus mous, et, comme il y a inflammation, et que, d'après M. Gerdy, les tissus blancs enflammés se rétractent, il va y avoir à coup sûr expulsion du contenu à travers l'ouverture largement béante de la tunique, un cas type de fongus. Eh bien ! non, hélas ! comme dans les cas de débridement de J.-L. Petit et de M. Vidal, comme dans tous les autres cas connus de plaie de la tunique albuginée, la cicatrisation va se faire tout simplement, et après suppuration dans ce cas, pas le moindre petit fongus ne se montrera ; et, en trente-cinq jours, une lésion aussi grave sera guérie, le testicule étant conservé dans sa totalité.

Nous aurons à revenir encore sur cette observation importante, en particulier, à propos de la manière intéressante dont s'est opérée la cicatrisation. A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Gibert.

Quelques remarques sur les érythèmes d'automne.

Il est dans l'ordre des exanthèmes de la pathologie cutanée spéciale (ordre qui forme une transition naturelle des éruptions aiguës aux éruptions chroniques vulgairement désignées sous le nom de *dartres*), une espèce assez commune, et cependant mal connue de la plupart des praticiens, qui paraît particulièrement liée aux influences de la saison et se montre de préférence au printemps et à l'automne, quelquefois même avec assez de généralisation pour constituer une sorte d'épidémie. Cette espèce est l'*érythème,* ainsi nommée à cause des taches d'un rouge plus ou moins foncé qui la caractérisent. Dans l'hiver actuel, qui offre à peu de chose près, jusqu'ici, les conditions atmosphériques d'un automne pluvieux, cette constitution saisonnière a amené le règne de beaucoup d'affections propres à l'automne, et en particulier, l'apparition d'un certain nombre d'érythèmes.

Comme de coutume, la forme la plus habituelle de ces érythèmes a été celle désignée sous les noms de *papulatum, tuberculatum et nodosum,* suivant que la fluxion sanguine, plus ou moins vive et plus ou moins soutenue, a amené la formation à la peau de taches élevées et saillantes, plus ou moins soulevées et plus ou moins étendues.

Comme de coutume aussi, la plupart de ces exanthèmes ont été bénins, d'assez courte durée, et se sont dissipés par les seules forces de la nature, à l'aide de repos, de bains simples et de quelques purgatifs.

Toutefois, quelques cas exceptionnels plus graves se sont montrés, et il paraît assez naturel de les rapporter à l'influence débilitante de la constitution atmosphérique régnante, dont l'extrême humidité forme le principal caractère.

En ce moment encore, à la salle Saint-Jean, n° 65, est un exemple très-remarquable et fort rare, de cette forme grave portée à un degré extrême.

Aujourd'hui, la maladie date d'un mois environ ; elle s'est développée sans cause connue, et affecte une femme agée de trente et quelques années. Cette malade est plongée dans un état de stupeur et d'affaissement dont on a quelque peine à la tirer ; elle a eu, à plusieurs reprises, des vomissements combattus par l'usage interne de la glace. Le pouls est faible, mais non fébrile. Les membres, et surtout les supérieurs, offrent çà et là, particulièrement sur les avant-bras, des maculatures livides, de la grandeur d'une pièce d'un franc environ, traces des taches rouges en résolution, et quelques nœuds saillants et d'une coloration moins foncée, qui sont des taches nouvellement formées. Il paraîtrait qu'avant l'entrée de la malade à l'hôpital, il s'est produit au début quelques mouvements fébriles irréguliers.

Malgré l'apparence de gravité qu'offre ce cas, il se terminera sans doute, comme les autres, d'une manière heureuse et naturelle.

Il est d'autres formes d'*érythème* qui, beaucoup moins graves en apparence que celui-ci, se rattachent à une diathèse spéciale, se lient à des troubles digestifs avec lesquels ils alternent, et ont de la tendance à se reproduire et à se prolonger à la manière de l'*urticaire,* bien que cette ténacité soit beaucoup plus commune dans cette seconde espèce d'exanthème que dans la première.

Nous avons dit, en commençant cet article, que l'*érythème* était mal connu de la plupart des praticiens ; en effet, on l'a vu donner lieu aux méprises les plus singulières, être pris, par exemple, pour l'*herpès zoster,* pour une *syphilide ;* on a vu surtout plus d'un médecin fort embarrassé pour préciser l'espèce d'éruption à laquelle il avait à faire, et pour en indiquer d'avance la marche, l'issue et le traitement. Or, c'est surtout, selon nous, dans ce diagnostic, dans ce jugement précis et complet, que consiste la science du véritable médecin, ainsi que la comprenaient et l'appliquaient ces deux génies de l'antiquité, *Hippocrate* et *Galien,* bien moins exercés que nous, à la vérité, sur le diagnostic *anatomique,* mais bien plus forts que la plupart des praticiens modernes sur le véritable diagnostic *médical.*

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Anus contre nature accidentel, traité et guéri par l'opération modifiée de la fistule à l'anus.

Par M. le Dr Sorbets, d'Aire (Landes).

Peyros (Joseph), âgé de 50 ans, cultivateur, habitant de la commune de Saint-Mont (Gers), fut terrassé par un taureau furieux, le 20 novembre 1852. L'animal, arrivé en quelque sorte au paroxysme de la furie, lui porta plusieurs coups de corne. Un de ces coups fut terrible ; car la corne, partant de la partie postérieure du *périnée,* laboura toute cette région, pour s'arrêter à la partie interne de la fesse droite, un peu au-dessus de l'anus. La première moitié de cette plaie, celle que nous pourrions appeler *périnéale,* était superficielle et ne présentait aucune espèce de gravité. Il n'en était pas de même de la seconde, située à la partie interne de la fesse droite, désignée sous le nom de *fessière,* et qui se terminait par une ouverture communiquant avec le rectum, car les matières fécales s'en écoulaient sans cesse. C'était donc un véritable anus contre nature accidentel, produit par une cause toute spéciale.

Plusieurs médecins, appelés immédiatement après l'accident, jugèrent la plaie très-grave. Huit jours s'écoulèrent. C'est seulement alors, huit jours après l'accident, que nous fûmes priés, mon père et moi, de donner nos soins au blessé.

Voici l'état dans lequel nous trouvâmes le malade.

Ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut une plaie longitudinale partant du périnée, et s'arrêtant, comme je l'ai déjà dit, à la partie interne de la fesse droite, un peu au-dessus de l'anus. Cette plaie était irrégulière, quant à ses bords et quant à sa direction. Elle était terminée, du côté de la fesse, par une ouverture qui communiquait avec l'intestin. Par cette ouverture s'échappaient continuellement les matières fécales, ou plutôt, les matières fécales venaient sourdre à l'ouverture, comme ces sources qui viennent sourdre à la surface de nos sables des Landes. Je pratiquai alors le toucher rectal. A quelques millimètres au-dessus de l'anus, je constatai une solution de continuité, véritable boutonnière siégeant sur la paroi intestinale. En dirigeant le doigt en haut, je parvenais au dehors à cette ouverture fessière, par laquelle, en définitive, venaient sortir les excréments. Au contraire, en dirigeant le doigt en bas, ce dernier parvenait dans trois ou quatre clapiers occupant la fesse droite. De plus, l'anus et l'ouverture interne étaient séparés par une bride, portion d'intestin que l'index fléchi embrassait très-bien. C'était donc dans ces clapiers qu'arrivaient les matières fécales, avant de sortir, par régurgitation, par l'ouverture extérieure. Le mécanisme de l'écoulement des excréments était très-simple. Rencontrant l'ouverture rectale, avant d'arriver à l'anus, les matières fécales tombaient d'abord dans les clapiers situés dans la fesse droite, et puis arrivaient au dehors, par l'orifice déjà signalé. Voilà pour la fesse droite.

La fesse gauche présentait un décollement remarquable de la peau, et dans le tissu cellulaire qui la double, nous constatâmes l'existence de gaz, d'un véritable emphysème.

L'état général du malade était excellent, à l'exception d'une réaction peu vive. Au reste, le malade, quoique en proie à un vif chagrin que l'on conçoit sans peine, était doué d'une énergie peu commune, se soumettant d'avance à tout ce que l'on entreprendrait pour sa guérison.

Nous avions donc affaire à un *anus contre nature accidentel* produit par la corne d'un taureau ; anus qui, aux dimensions près, pouvait être comparé pour son siége à une fistule complète anale. Il nous vint à l'idée de traiter cet anus contre nature comme nous aurions traité une fistule complète de l'anus. En ce qui touche l'opération de cette dernière affection, le temps le plus difficile est certainement la recherche des deux orifices interne et externe. Ici, cette difficulté disparaissait à raison des ouvertures dont le diamètre était très-grand. De plus, au lieu d'introduire d'abord la sonde cannelée par l'ouverture extérieure, pour la faire sortir par l'anus, nous crûmes devoir changer cette manière de procéder. C'est l'opération modifiée de la fistule à l'anus que je pratiquai, et voici de quelle manière.

Après avoir donné au malade une position commode et convenable, j'introduisis par l'anus une sonde cannelée qui alla facilement se montrer à l'ouverture extérieure. J'incisai alors, avec un bistouri droit, la portion d'intestin qui se trouvait entre l'anus et l'ouverture interne, et puis tous les tissus compris extérieurement entre l'anus et l'orifice externe. Aucun accident ne vint compliquer l'opération, si ce n'est une hémorrhagie qui s'arrêta lorsque mon père eut porté une ligature sur le vaisseau qui fournissait le sang. Nous engageâmes ensuite, dans l'intérieur du rectum divisé, une mèche enduite de cérat, ainsi que des boulettes et des gâteaux de charpie ; puis le tout fut maintenu par un bandage approprié.

Ce procédé opératoire de la fistule à l'anus, appliqué à cet anus contre nature, a parfaitement réussi. Douze jours après l'opération, le malade était complétement rétabli. Aujourd'hui, il vaque à ses affaires comme par le passé.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre : elle l'est d'abord par la cause qui a produit l'affection. Il est rare, en effet, de voir un anus contre nature accidentel produit par la corne d'un taureau. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est d'avoir traité et guéri un anus contre nature par l'opération modifiée de la fistule à l'anus.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris.

Par M. Poggiale, professeur de chimie à l'école du Val-de-Grâce.

(*Extrait du travail lu à l'Académie de médecine dans la dernière séance.*)

Ce travail est le résultat de cinq années de recherches minutieuses, auxquelles M. Poggiale s'est livré, pour répondre à toutes les questions qui lui ont été adressées par l'administration de la guerre et par le conseil de santé des armées ; elles offrent un haut degré d'intérêt, particulièrement au point de vue de l'hygiène des troupes.

La plupart des casernes de la ville de Paris reçoivent les eaux de l'Ourcq, quelques-unes l'eau de Seine, d'Arcueil ou de Grenelle, et dans un très-petit nombre, on fait usage d'eau de puits. Il n'en est pas de même des forts et des postes-casernes, où il n'existe que de l'eau de puits ou de citerne ; ce sont ces eaux que M. Poggiale a examinées dans son travail, dont nous ne pourrons faire connaître ici que les résultats généraux.

On verra, en parcourant son mémoire, le soin qu'il a mis à rejeter toutes les eaux qui pouvaient sembler d'une qualité inférieure, et nous nous empressons d'ajouter que l'administration de la guerre n'a reculé devant aucune dépense pour donner à nos soldats de l'eau de bonne qualité.

Dans l'examen de ces eaux, l'auteur a successivement étudié leurs caractères physiques, leur température, l'action de la chaleur et des réactifs généralement usités. Il a déterminé avec le plus grand soin la proportion des principes fixes, de l'acide sulfurique, du chlore, de la chaux, de la magnésie, de la potasse, de la soude, de l'oxyde de fer, de l'alumine, de l'acide silicique, en suivant les procédés recommandés par les chimistes. Le défaut d'espace nous empêche de les faire connaître dans ce journal.

Pour reconnaître la nature et la quantité des gaz dissous dans les eaux, M. Poggiale a rempli un ballon de la capacité de trois litres, il y a adapté un tube de dégagement également plein d'eau et il a fait bouillir ensuite le liquide pendant une heure environ. Les gaz, recueillis sur le mercure dans une éprouvette graduée, ont été ramenés par le calcul à la température de 0° et à la pression de 0,760. Puis on a séparé l'acide carbonique par la potasse, et l'oxygène par le phosphore.

Depuis les travaux si intéressants de M. Chatin, il devenait nécessaire de rechercher l'iode dans ces eaux. M. Poggiale en a trouvé dans toutes celles qu'il a examinées. On avait cru remarquer que la proportion d'iode contenue dans les eaux était en rapport avec leurs bonnes qualités ; mais les nombreuses expériences qu'il a exécutées n'ont pas confirmé ce résultat. Ainsi il a reconnu que les eaux séléniteuses du Mont-Valérien renferment plus d'iode que les eaux de Seine et d'Arcueil. Cependant, il a observé que les eaux chargées de sels calcaires sont généralement moins riches en iode.

La présence et la proportion des matières salines contenues dans les eaux s'expliquent par la nature diverse des couches que ces eaux traversent. Aussi M. Poggiale a-t-il cru devoir étudier, très-brièvement du reste, les divers dépôts superposés qui constituent le bassin de Paris, la nature et la profondeur des couches traversées par les puits. M. Constant Prévost a bien voulu l'aider de ses conseils, et vérifier les documents fournis par le génie militaire.

La craie, qui constitue le fond du bassin parisien, présente une cavité irrégulière, dont les bords se relèvent et viennent paraître à la surface du sol en Picardie, en Normandie, etc. Au centre même du bassin, le fond présente des élévations auxquelles est due l'apparition de la craie à Meudon, Marly, etc. L'argile plastique et les couches superposées suivent en parties ces ondulations du fond. Le gypse a la forme d'une lentille épaisse à son centre et qui s'amincit irrégulièrement vers ses bords. Les terrains superposés à la craie se composent de trois et même de quatre séries de couches imperméables qui arrêtent les eaux à

divers étages géologiques, et peuvent donner lieu à l'existence des sources et favoriser l'établissement des puits. Le niveau le plus profond est dû à l'argile plastique, le deuxième aux marnes et aux argiles inférieures au gypse, le troisième aux marnes vertes qui séparent le gypse des sables et des grès marins supérieurs. Lorsque le gypse manque, les marnes se confondent et ne donnent lieu qu'à un même niveau d'eau. Entre les grès et les sables supérieurs et les matières qui les recouvrent, il existe, presque partout, des couches argileuses qui retiennent les eaux sur les plateaux élevés, qui sont la cause de l'existence des étangs et des mares, et qui permettent d'avoir des puits à de très-faibles profondeurs.

Les diverses couches qui composent le bassin de Paris n'ont pas la même épaisseur et ne conservent pas un niveau parfait. La nature des terrains n'est pas non plus la même dans tous les lieux où des puits ont été forés. Ainsi, au Mont-Valérien, à Romainville, à Rosny et à Noisy-le-Sec, les terrains superposés à la craie sont l'argile plastique, le calcaire grossier, les argiles et les marnes inférieures au gypse, le gypse, les marnes vertes supérieures au gypse, les sables et les grès marins supérieurs et les meulières supérieures; à Bicêtre, les sables et les grès marins supérieurs, ainsi que les meulières supérieures, disparaissent, et à Issy, Vanves et Montrouge, on n'observe, au-dessus de la craie, que l'argile plastique, le calcaire grossier et le gravier d'attérissement.

On comprend que la composition des eaux doit varier, suivant la nature du sol qui les fournit, et d'après les renseignements qui ont été donnés à M. Poggiale par le génie militaire sur la profondeur des puits, on peut admettre qu'au Mont-Valérien, l'eau provient du gypse ou des sables et grès marins supérieurs; à Issy, Vanves, Montrouge, Bicêtre, Ivry et Charenton, du calcaire grossier; à Romainville, Rosny et Choisy, des sables et grès marins supérieurs et à Saint-Denis, Aubervilliers, la Briche, des argiles et marnes inférieures au gypse. L'eau du puits artésien de Saint-Denis est fournie par le calcaire grossier, et celle du puits artésien de Vincennes par l'argile plastique.

M. Poggiale a joint à ce travail une coupe géologique des terrains parisiens, qui comprend sur la même ligne les localités dont il a étudié les eaux; il a indiqué, au moyen d'une échelle en mètres, l'épaisseur relative des diverses couches superposées, et la profondeur des puits.

Après ces considérations générales, l'auteur a examiné successivement les différentes eaux qui ont fait l'objet de ses recherches. Il promet, du reste, de les continuer, et, dans une autre publication, il fera connaître la nature et la composition des eaux des autres forts de Paris, et notamment de ceux du nord et de l'est.

En résumé les eaux des forts de Paris contiennent, comme presque toutes les eaux, des matières salines et des substances organiques. Les matières inorganiques qu'on y a rencontrées sont les carbonates de chaux et de magnésie, les sulfates de chaux et de magnésie, les chlorures de sodium, de calcium et de magnésium, les azotates de potasse, de chaux et de magnésie, l'alumine, l'oxyde de fer, l'acide silicique et des traces d'iode.

La proportion des sels de magnésie est généralement assez élevée, mais leur action ne paraît pas être dangereuse. Aucune observation ne m'autorise à penser que ces eaux produisent le goître et le crétinisme, comme on l'a admis dans ces derniers temps, et qu'il y ait coïncidence, ainsi que le croit M. Grange, entre la présence de la magnésie dans les eaux et l'existence endémique de ces maladies.

La proportion d'air et d'acide carbonique offre de grandes variations, et la quantité de cet acide n'est pas proportionnelle au chiffre qui représente les carbonates de chaux et de magnésie.

Les eaux du château de Neuilly, de deux puits du fort du Mont-Valérien, du fort de Noisy-le-Sec, du poste-caserne n° 4, du poste-caserne n° 6, de la caserne Marbœuf, du fort de l'Est, la manutention de Compiègne, sont impropres à la plupart des usages économiques, en raison de la proportion considérable de matières salines ou de matières organiques altérées qu'elles renferment.

Si l'on prend pour base la quantité de sels calcaires contenus dans ces eaux, et si l'on admet que leurs bonnes qualités sont en raison inverse du chiffre des sels calcaires et de la somme totale des substances qu'elles renferment, on devra les ranger dans l'ordre suivant :

Eau du fort de Bicêtre (citerne) (0,133 de résidu pour un litre); de Noisy-le-Sec (0,309); de Rosny (0,414); d'Ivry, près des casemates (0,416); de Montrouge, côté gauche (0,420); d'Ivry, près du pavillon des officiers (0,463), de Montrouge, côté droit (0,477); d'Ivry, près de la caserne (0,481); du Mont-Valérien, puits R (0,491); d'Issy (0,526); d'une source près du fort du Mont-Valérien (0,570); de Vanves (0,571); du Mont-Valérien, puits S (0,778); d'une source du fort de l'Est (0,935); du fort de Bicêtre, eau de puits (0,966); de la manutention de Compiègne (0,968); de la caserne Marbœuf (1,081); de la manutention militaire du quai de Billy (1,249); du fort de l'Est (1,312); du château de Neuilly (1,374); du poste-caserne n° 4 (1,908); du Mont-Valérien, puits V (1,980), puits U (2,150); du poste-caserne n° 6 (2,420).

Les eaux du fort de Vanves, d'Issy, de Montrouge, de Bicêtre et d'Ivry, offrent la plus grande ressemblance et ont une composition qui les rapproche singulièrement de celle d'Arcueil. On sait que cette dernière eau, qui est fournie par quelques sources de Cachan, de Rungis et de l'Hay, alimente le Luxembourg, plusieurs lycées, l'École polytechnique, l'École normale, le Val-de-Grâce et plusieurs fontaines du XI^e^ et du XII^e^ arrondissement. Comme l'eau d'Arcueil, les eaux des forts du sud sont fraîches, limpides et agréables à boire; exposées à l'air, elles laissent déposer également un sédiment plus ou moins abondant de carbonate de chaux et de magnésie, tenus en dissolution par l'acide carbonique qui se dégage en même temps.

Les collines qui s'élèvent au sud de Paris et qui prennent les noms de Vanves, d'Issy, de Montrouge, de Bicêtre, etc., sont formées, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, d'argile plastique et de calcaire grossier. Leur constitution géologique étant à peu près la même, on comprend que la composition des eaux de puits qu'on y a creusés ne soit pas sensiblement différentes. Cette identité de composition indique une origine commune.

Si l'on compare les eaux de puits des forts du sud à celles des forts de l'est et de l'ouest examinées jusqu'ici, on remarque que les premières donnent un résidu moins considérable, et que la différence porte principalement sur le carbonate et le sulfate de chaux.

On a rejeté toutes les eaux qui n'ont pas une saveur fraîche, qui ne sont pas limpides et qui présentent une odeur et une saveur même légères. Celles qui ne contiennent pas une suffisante quantité d'air oxygéné, qui précipitent abondamment par les réactifs, tels que l'oxalate d'ammoniaque, l'azotate d'argent, le chlorure de baryum, qui ne dissolvent pas le savon, qui cuisent mal les légumes, ont été également considérées comme impropres aux usages domestiques. On n'a pas admis non plus les eaux qui contiennent près d'un gramme de matières fixes et beaucoup de sels calcaires. Parmi les substances que l'on trouve dans l'eau, les unes, telles que l'air, l'acide carbonique, le chlorure de sodium, sont nécessaires, en favorisant les fonctions digestives; les autres sont nuisibles, comme le sulfate de chaux, le chlorure de calcium, l'azotate de chaux. Quelques auteurs, Dupasquier notamment, pensent que le bicarbonate de chaux est utile et donne à l'eau des qualités digestives.

Ces eaux renferment généralement peu de matières organiques. On sait que leur présence n'est pas nuisible, si elles s'y trouvent en faible quantité et non altérées; mais si, au contraire, leur proportion est élevée, et si elles ont subi un commencement de fermentation, l'eau doit être considérée comme insalubre. Des quantités, même inappréciables, de substances organiques putréfiées et de produits gazeux provenant de leur décomposition, rendent les eaux très-dangereuses. Tant que la température at-

mosphérique se maintient au-dessous de 15° à 20° centigrades, les matières végétales et animales contenues dans les eaux n'éprouvent aucune altération ; celles-ci présentent même tous les caractères des eaux de bonne qualité. Mais, dès que la chaleur augmente, la fermentation putride produit des principes gazeux, lesquels, en pénétrant dans l'économie, donnent naissance à la dyarrhée, à la dyssenterie, ainsi qu'on l'a observé souvent ; aussi est-il indispensable, particulièrement pendant les chaleurs de l'été, de nettoyer les réservoirs avec le plus grand soin et de clarifier complétement l'eau.

CORRESPONDANCE.

Nous nous empressons de publier la réclamation suivante de M. Orfila ; nous comprenons parfaitement que l'éminent professeur n'ait pas voulu permettre un instant la confusion entre son *Traité de Toxicologie* et un ouvrage où il y a bien d'autres erreurs que celles qui ont été signalées par M. Bonnemains.

Paris, ce 20 janvier 1853.

A monsieur le rédacteur du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le numéro de ce jour de votre estimable journal, à l'occasion de la communication faite par M. Bonnemains à l'Académie des sciences, que, dans un ouvrage de toxicologie publié en 1852, l'auteur conseille de décolorer, par le *charbon animal*, les liquides colorés contenant du cuivre ou du plomb. M. Bonnemains blâme avec raison cette manière de procéder.

Vos lecteurs, sachant bien que le seul ouvrage de toxicologie publié en France en 1852, est le mien, seront nécessairement conduits à admettre que l'erreur dont il s'agit doit m'être imputée ; or, il n'en est rien. Voici, au contraire, quelques passages d'une note concernant les poisons minéraux, insérée à la page 41 du tome Ier de ma *Toxicologie* publiée en 1852, qui prouvent que, depuis dix ans, je n'ai cessé de combattre ladite erreur.

« On a cru, pendant longtemps, que l'on pourrait employer avec succès « le *charbon animal* pour décolorer les liquides soupçonnés empoisonnés. « *Des l'année dix-huit cent quarante-deux, je me suis élevé contre cette « manière de procéder* (*v.* p. 396 du tome Ier de ma *Toxicologie générale*, « 4e édition), parce que plusieurs chimistes avaient reconnu que le char- « bon enlevait les sels aux dissolutions qui en renfermaient. On va voir, « par les expériences qui ont été publiées depuis par MM. Esprit et Gar- « rod, combien j'avais raison. »

Afin d'éviter toute confusion, je dirai que les passages relatifs à la décoloration par le charbon animal, cités par M. Bonnemains, sont extraits, non pas d'un ouvrage de toxicologie, mais bien du *Manuel de Médecine légale* publié en 1852, par M. Briand, et dont la partie toxicologique a été rédigée par M. Gaultier de Claubry. Il est également vrai que la même faute a été commise par M. Devergie, en ce qui concerne le cuivre (*V.* son *Traité de Médecine légale* publié en 1852, tome IIIe, p. 582.)

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée. ORFILA.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Souscription Orfila.* — Hier la souscription que nous avons ouverte, au *maximum d'un franc,* comptait déjà les noms suivants :

MM. le docteur Pajot; Rouet; V. Laborde; Simon (Edmond); Rust; A. Fourrier; Davilla; E. Dupont; J. Dupont; Savo-Poulo; Cadet-Gassicourt, fils; Allaux; Duboué; Guyon; Bureau; de Saint-Germain; Vacquerie; Baptista; Ranqus; Abbadie; Galpin; Rigout; Pupier; Maynier; madame Tracolat, de Marseille.

L'Académie et les héritiers d'Argenteuil.

Lorsque M. Orfila, dans la séance du 2 mars 1852, vint rendre compte de la mission qu'il avait remplie auprès de la première chambre du tribunal civil de la Seine, l'Académie dut se croire à l'abri de toute tracasserie ultérieure, touchant le prix d'Argenteuil. Les héritiers de ce testateur bienfaisant, mais peu intelligent, venaient, en effet, d'être déboutés de la prétention ridicule qu'ils avaient élevée d'obliger l'Académie à distribuer quand même le prix institué par le marquis, soit qu'il y eût, soit qu'il n'y eût pas de travaux dignes d'être encouragés.

Mais, repoussés sur ce point, ils se sont rejetés sur un autre.

L'Académie ne décernant point le prix, avait-elle le droit de reporter sur une période subséquente la somme affectée à la période antérieure? Avec son conseil, M. Paillet, et se fondant sur tous les antécédents académiques, l'Académie avait opiné pour l'affirmative, et c'est en conséquence de cette opinion, que l'année dernière elle a décerné à M. Reybard le prix tout entier, affecté aux deux périodes de six ans qui se sont écoulées depuis la mort du marquis d'Argenteuil. Or, cette opinion, la première chambre vient de la condamner par le jugement dont nous donnons plus bas la teneur.

Que fera maintenant l'Académie ? Sans aucun doute, elle en appellera à une juridiction supérieure. Mais si la Cour adopte la jurisprudence du tribunal? Alors, il faut bien le dire, l'embarras sera grand ; il faudra restituer au légataire universel de M. d'Argenteuil la somme affectée à la première période, circonstance d'autant plus embarrassante que cette somme est déjà donnée, et que, par suite de la déconfiture éprouvée par l'Académie dans la caisse Gouin, cette somme n'est pas précisément ce qu'elle aurait été, si, comme l'exigeaient les dispositions du testateur, le capital en avait été placé en rentes sur l'État.

Ne serait-ce pas une bonne occasion pour l'Académie, de faire connaître au monde entier, par la publicité la plus étendue, qu'elle n'acceptera désormais aucun de ces legs absurdes où on enchaîne son initiative et où l'on pose souvent des conditions inexécutables? Une telle détermination nous semble propre à éviter à l'Académie bien des embarras. Nous la recommandons, en conséquence, à la plus sérieuse attention.

Voici le texte du jugement rendu par la première chambre, à l'audience du vendredi 14 de ce mois :

« Le tribunal,

« Attendu que le marquis d'Argenteuil, décédé à Paris, le 13 mars 1838, a, par son testament olographe, en date du 2 avril 1836, enregistré, et déposé pour minute à Me Fourchy, notaire à Paris, le 13 mars 1838, fait entre autres dispositions la suivante :

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., « pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, « en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné, tous les six « ans, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant « cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal « de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement où, pendant une pé- « riode de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet « d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, « l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus im- « portant apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies « des voies urinaires. »

« Attendu que les expressions mêmes dont s'est servi le testateur en établissant deux catégories de travaux à rémunérer les uns à défaut des autres, et en désignant les premiers comme assez notables pour mériter un prix, et les seconds seulement comme les plus importants de ceux soumis au concours, indiquent suffisamment qu'il a prévu le cas auquel l'Académie ne rencontrerait que des perfectionnements d'une importance relative et serait appelée à encourager des progrès utiles à la science, mais non à proclamer des découvertes d'un mérite éminent ;

« Attendu, d'autre part, que la précaution qu'il a prise d'étendre hors de la maladie qu'il avait principalement en vue le cercle des maladies analogues sur lesquelles pourraient s'exercer les études des concurrents, sans faire aucune allusion au mode quelquefois adopté par l'Académie, et consistant à reporter le prix d'une période sur les suivantes, prouve que sa pensée dominante a été la concession d'une récompense après chaque période de six années, et que cette périodicité même formait une condition essentielle de son legs ;

« Attendu que l'expression facultative *pourra,* employée dans la disposition subsidiaire, par opposition à l'expression impérative contenue dans la disposition principale, doit être interprétée en ce sens qu'elle a eu pour but de déroger, pour un cas spécial, à la prescription formelle résultant du premier membre de phrase, en précisant le seul emploi que pourrait faire l'Académie des revenus accumulés pendant la période écoulée, mais non de dispenser l'Académie de l'obligation de décerner un prix tous les six ans ;

« Attendu qu'à la vérité, un jugement de cette chambre, en date du 25 février 1852, a décidé que l'Académie de médecine, seule juge du mérite des concurrents, ne pouvait être contrainte à décerner un prix ; mais que les motifs mêmes de ce jugement supposent que le légataire universel du marquis d'Argenteuil pourrait, dans ce cas, se prévaloir de l'inexécution de la condition imposée par le testateur ;

« Attendu, en effet, que la disposition dont il s'agit n'a pas été faite en faveur de l'Académie, laquelle n'est que simple administratrice du capital légué, mais qu'on doit y voir autant de legs distincts qu'il y a de périodes sexennales et dont le bénéfice appartient à celui des concurrents qui aura été jugé le plus digne de l'obtenir ;

« Qu'ainsi la révocation peut être encourue à l'expiration de chaque période, suivant que les conditions du legs auront été plus ou moins facilement exécutées ;

« Attendu qu'après l'expiration de la première période de six ans l'Académie de médecine a décidé, le 17 novembre 1846, qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix, mais que la somme qui avait d'abord reçu cette destination serait répartie sur les périodes subséquentes ;

« Qu'elle a ainsi méconnu les intentions du testateur et encouru la révocation du legs pour inexécution de la condition essentielle ; que, cependant, aucun délai n'a été déterminé par le testament pour cette exécution, et que le tribunal peut en fixer un d'office ;

« Ordonne que, faute par l'Académie de médecine d'avoir décerné la récompense léguée par le marquis d'Argenteuil à l'auteur du perfectionnement le plus important de 1838 à 1844 dans le traitement des maladies des voies urinaires, et à défaut par elle d'exécuter le vœu du testateur dans les six mois qui suivent la signification du présent jugement faite au président de ladite Académie, la somme de 9,744 fr. 60 c. résultant des revenus accumulés pendant la première période, sera remise, avec les intérêts qu'elle aura produits depuis le 8 décembre 1850, à la disposition de M. Dugon, en sa qualité de légataire universel du marquis d'Argenteuil ;

« Condamne l'Académie de médecine aux dépens. »

— *Concours pour l'agrégation en pharmacie.* — Le concours pour l'agrégation, commencé à l'École supérieure de pharmacie de Paris le 15 novembre dernier, s'est terminé, le 15 janvier, par la nomination de M. Edmond Robiquet pour la physique, de M. Louis Figuier, déjà agrégé à Montpellier, pour la chimie, et de M. Oscar Réveil, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, pour la toxicologie.

Le jury était composé de M. le professeur Bérard, président ; MM. Balard, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté des sciences et au Collége de France ; Bussy, Caventou, Soubeiran, Gaulthier de Claubry, professeurs à l'École de pharmacie, et Boudet, agrégé libre de la même école.

MM. Robiquet et Figuier ont été nommés à l'unanimité ; M. Réveil a eu 6 voix sur 7 ; la voix qui a manqué à M. Réveil, pour obtenir l'unanimité, est, assure-t-on, celle d'un juge qui, dès le commencement du concours, avait manifesté l'intention de ne nommer que deux candidats pour les trois places vacantes, et déjà, à cette époque, M. Réveil devait, comme le plus jeune des compétiteurs, supporter les conséquences de cette détermination.

Ce concours, qui a duré deux mois, comprenait six séries d'épreuves :

1° L'épreuve écrite, commune à tous les candidats, était ainsi conçue : *Des composés cyaniques ; déterminer la densité de l'acide cyanhydrique liquide et gazeux ; empoisonnement par l'acide cyanhydrique.*

2° Les épreuves orales d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation, étaient pour la chimie : *des alcalis organiques ;* pour la toxicologie : *empoisonnement par l'opium, sous le point de vue de la chimie légale ;* enfin la question de physique était ainsi posée : *déterminer les principes d'optique, et décrire les instruments ainsi que les méthodes nécessaires pour arriver à déterminer le pouvoir rotatoire dans les molécules organiques.*

3° Les épreuves orales d'une heure, après trois heures de préparation, dans laquelle les candidats ne pouvaient se servir d'aucun document, étaient, pour la physique : *de l'électricité atmosphérique ;* pour la toxicologie : *chimie légale du mercure ;* pour la chimie : *du fer et de ses composés.*

4° L'épreuve pratique, pour laquelle les candidats avaient six heures, comprenait, pour la chimie : l'*analyse qualificative d'un alliage de quatre métaux et le dorage de l'un de ces métaux ;* pour la toxicologie : *rechercher une substance toxique dans une soupe :* le cyanure de mercure y a été trouvé ; pour la physique, la question était ainsi posée : *faire connaître les lois de la pesanteur et de la chute des corps par la machine d'Atwood et le plan incliné.*

5° Les questions de thèses, tirées au sort, et qui devaient être traitées au point de vue chimique, physique et toxicologique ont été les suivantes :

M. Robiquet : *De la décomposition putride.*

M. Réveil : *Discussion des divers procédés employés pour l'analyse élementaire des substances organiques : détermination de leur équivalent.*

M. Figuier : *De l'application méthodique de la chaleur aux composés organiques définis.*

6° Enfin l'argumentation des thèses.

Toutes ces questions, très-difficiles, ont été traitées avec succès par tous les concurrents. M. Figuier s'est fait remarquer par un talent oratoire rare et par une diction brillante, MM. Robiquet et Réveil par leur érudition et leurs connaissances solides et variées. *Un seul candidat,* nommé depuis à une des premières chaires scientifiques de France, a reculé devant une épreuve à peu près ainsi conçue : histoire naturelle, physique et chimique des eaux minérales.

— *Nouveau cas de mort par le chloroforme.* — Ce nouvel et fatal accident est arrivé à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, dans le service d'un de nos chirurgiens de provinces les plus justement estimés, de M. le docteur Valette. La victime est un soldat qui était entré à l'hôpital pour se faire enlever une petite loupe à la joue. Si nos informations sont exactes, le patient aurait succombé moins de cinq minutes après les premières inspirations du fluide anesthésique. Nous espérons pouvoir donner prochainement des détails plus circonstanciés sur ce fait malheureux, qui vient grossir le nécrologue déjà volumineux des anesthésiques.

— *Nouvelles du choléra.* — On écrit de Saint-Pétersbourg à la date du 14 janvier :

« Le 4 janvier, au matin, il y avait 384 malades en traitement.

« On a compté dans la journée 42 nouveaux cas, 15 guérisons et autant de décès ;

« Dans celle du 5, 44 nouveaux cas, 30 guérisons et 18 décès ;

« Du 6, 26 nouveaux cas, 8 guérisons et 17 décès ;

« Du 7, 57 nouveaux cas, 25 guérisons et 18 décès ;

« Du 8, 74 nouveaux cas, 19 guérisons et 17 décès ;

« De sorte que, pour le 9, il restait en traitement 445 malades. »

La marche de l'épidémie est encore loin de nous menacer ; cependant elle ne nous paraît autoriser en rien les assurances de certains prophètes. Nous devons dire, à ce propos, que les cas de prétendu choléra qui se seraient présentés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, sont un simple canard qui a eu pour seul avantage d'être une réclame en faveur d'un produit pharmaceutique plus ou moins breveté et brevetable.

— Nos voisins d'Outre-Manche commencent à se préoccuper de l'extension que prend chez eux la déplorable habitude de fumer l'opium. Pendant les onze premiers mois de 1852, l'Angleterre n'a pas consommé moins de 251,792 livres d'opium. On dit que le gouvernement doit ordonner prochainement une enquête sur les maladies occasionnées par la consommation de ce produit.

— Il pleut des procès dans l'atmosphère médicale. Mardi prochain encore, heure de midi, deux écrivains également recommandables, MM. Comet et Latour, vont vider leurs différends devant la 6e chambre. Quand donc les médecins cesseront-ils le métier de procéduriers, surtout ceux qui devraient donner l'exemple de la tolérance pour la libre discussion ?

— Vincent (Louis-Marie), ancien chirurgien-major au 14e chasseurs à cheval, qui compte 25 ans de service, 19 campagnes, 1 action d'éclat, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Clinique de l'hôpital Saint-Louis.* — Nous croyons devoir informer nos lecteurs que, même dans la mauvaise saison, M. Gibert fait, chaque lundi, ses leçons cliniques. La visite commence à huit heures dans les salles Saint-Charles et Saint-Jean, qui comprennent un personnel d'environ 160 malades. La leçon est suivie d'une consultation publique où se présentent souvent de 2 à 300 malades, offrant à l'examen des praticiens un nombre extrêmement varié d'affections dartreuses, scrofuleuses, syphilitiques et de maladies de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les calculs de la vessie et sur l'analyse micro-chimique, par S.-L. Bigelow, thèse in-4° avec de belles planches. — Chez Labé, libraire de la Faculté.

Nous donnerons prochainement un aperçu de ce travail intéressant.

Traité des fièvres intermittentes, par Auguste Bonnet, docteur-médecin, chevalier de la Légion d'honneur, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, membre correspondant de la Société médicale d'émulation, de la Société de médecine pratique de Paris, etc. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1853, in-8° de 460 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 19 rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 11. 1re année. Mardi, 25 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Le choléra menace-t-il Paris et la France ? — Des règles de l'administration du chloroforme. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Beaujon. Faits et considérations sur une épidémie de furoncle, qui a régné en 1852, dans le courant de l'été, et s'est prolongé jusqu'en hiver, par M. LEGRAUX. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Hôtel-Dieu de Rennes. Luxation de la tête du fémur en haut et en avant. Examen cadavérique huit jours après sa production, par M. AUBRY. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 24 janvier 1853.

Le choléra menace-t-il Paris et la France?

Si les faits annoncés, on ne sait et l'on n'ose chercher à deviner dans quelle intention, étaient exacts, cette question serait déplacée : il faudrait dire : *le choléra est à Paris.* Rien, fort heureusement, n'est moins exact. Relativement aux deux cas qui se seraient montrés dans le service de M. Guérard, voici ce que nous a déclaré ce savant et honorable médecin :

J'ai eu, *il y a une quinzaine de jours environ,* dans ma division, un jeune homme atteint de plusieurs des symptômes du choléra : déjections blanchâtres, suppression de la sécrétion urinaire, yeux enfoncés dans les orbites, affaiblissement de la voix, enfin quelques crampes passagères.

Les autres symptômes ont manqué, et le malade a guéri *très-rapidement.*

Quant à un autre malade, placé et *mort* dans mon service, dans l'intervalle de deux visites, il paraît, d'après les renseignements qui m'ont été fournis, qu'il a succombé à une *pneumonie.* La religieuse m'a affirmé qu'il n'avait aucune déjection, et une *potion stibiée* a été prescrite. Je suis fondé à croire, toujours d'après les mêmes renseignements, qu'au moment où l'on a placé ce malade dans ma division, il était arrivé à la période d'asphyxie.

GUÉRARD.

Pour tous ceux qui ont une idée de ce qu'est le choléra, il sera évident que rien ne ressemble moins à cette maladie qu'une affection qui se termine par une guérison rapide. Quant au malade mort, on se demande sur quels renseignements on a pu le déclarer atteint de choléra.

Le fait qui aurait été observé dans le service de M. Bouchat, et donné comme *douteux* (les deux précédents étant *certains !*), n'est rien moins que douteux ; il a été très-évident, au contraire, que ce n'était point un cas de choléra.

Restent les deux malades de M. Piédagnel, chez qui les symptômes cholériques auraient été, dit-on, complets, mais qui sont néanmoins guéris tous deux, et ont eu une convalescence rapide.

Même en ajoutant à ces cas celui de choléra sporadique, observé à la Salpétrière, il y a quelques semaines, par M. Moissenet, on serait encore loin d'avoir de suffisants motifs, je parle de motifs scientifiques, pour annoncer l'invasion actuelle ou même prochaine du choléra.

Est-ce à dire ou à prédire que cette invasion n'aura pas lieu? Une telle prédiction ne serait pas seulement absurde ; elle serait puérile, car elle ne pourrait se baser absolument sur rien. Lorsque notre savant collaborateur, M. le docteur Fleury, manifestait il y a quelques mois la crainte de voir le choléra envahir une troisième fois depuis le commencement de ce siècle notre pays, il fondait ses craintes sur la seule donnée dont la science puisse s'aider dans ses prévisions, sur le débordement du fléau hors des contrées du Gange, et sur la direction qu'il suivait, laquelle était conforme, au moins d'une manière générale, sinon dans tous les détails, ce que personne ne saurait dire, à la marche déjà suivie deux fois.

Cette donnée est bien insuffisante, sans doute, pour permettre de prédire, avec certitude, l'extension du fléau jusque dans notre pays ; mais elle n'est que trop suffisante pour autoriser des craintes, et il serait complétement déraisonnable surtout, d'y puiser des motifs de sécurité.

H. DE CASTELNAU.

Des règles de l'administration du chloroforme.

On lit dans le *Moniteur universel,* à propos du nouveau cas de mort par le chloroforme dont nous avons parlé dans notre dernier numéro :

« Ce déplorable accident a très-péniblement impressionné M. le maréchal ministre de la guerre. Une enquête est ouverte, les faits seront soumis à l'appréciation du conseil de santé des armées.

« On sait que plusieurs cas de mort ont eu lieu par suite de l'emploi du chloroforme. Il était difficile, on le conçoit, d'éviter tout accident les premières fois qu'on a eu recours à cet agent aussi terrible que merveilleux. Mais aujourd'hui, qu'il est vulgarisé et d'un usage journalier, il semblerait que les praticiens dussent être assez familiarisés avec son emploi, pour que les malades auxquels on l'administre n'eussent point à en redouter les dangers.

« Quoi qu'il en soit, il y a lieu de craindre qu'on ne s'entoure pas toujours de toutes les précautions nécessaires en pareil cas, précautions si bien indiquées dans une lettre que M. l'inspecteur Baudens écrivait, il y a peu de mois, à l'occasion de la mort d'une dame qui avait été soumise à l'action du chloroforme avant de se faire enlever une dent. »

C'est à moi que M. Baudens écrivait la lettre dont il est question dans ce passage ; cette lettre contenait en effet d'excellents

préceptes ; mais il ne sera peut-être pas inutile de rappeler aussi les courtes remarques dont je la faisais suivre, ne fût-ce que pour mettre à couvert l'habileté bien connue du praticien d'Orléans que la note du *Moniteur universel* pourrait faire suspecter :

« Nous distinguerons, disais-je, dans la note de M. Baudens, deux parties : l'une qui concerne les règles qu'établit M. Baudens pour l'application du chloroforme ; l'autre, relative à la manière dont il explique les divers degrés d'action de l'agent anesthésique.

« Sur la première de ces parties, nous partageons l'opinion de M. Baudens, et nous croyons que le conseil qu'il donne, de surveiller attentivement la sensibilité, pour arrêter les inhalations dès qu'elle a disparu, est un heureux complément des règles tracées par M. le professeur Sédillot.

« Quant à la seconde partie, nous croyons également qu'il faut y distinguer un point de vue théorique et un point de vue pratique. On peut, sans doute, sous le premier rapport, séparer les différentes périodes admises par les physiologistes, par MM. Flourens et Longet en particulier ; mais, *en pratique*, les périodes sont beaucoup moins tranchées. La période de sensibilité touche de si près à celle de mobilité, qu'elles se confondent assez souvent, ou qu'on passe du moins fréquemment de l'une à l'autre, presque sans transition appréciable ; or, comme l'action du chloroforme, ainsi que l'a rappelé avec tant de raison M. le professeur Sédillot, se continue et même *augmente* quelquefois, *après qu'on a cessé l'inhalation*, il s'en suit que, même à l'aide des précautions indiquées par M. Baudens, on ne saurait se considérer à l'abri de tout accident fâcheux.

« Toutefois, nous le répétons, le soin extrême que M. Baudens prescrit d'apporter dans l'exploration de la sensibilité est un précepte utile que les chirurgiens devront ne jamais perdre de vue. »

Ces remarques nous paraissent encore parfaitement justes aujourd'hui ; nous n'avons rien à y ajouter, rien à en retrancher. Elles suffisent, avec la connaissance que nous avons du talent et de la prudence de M. Valette, pour nous autoriser, jusqu'à preuve du contraire, à croire que si le malheureux soldat d'Orléans a succombé, c'est la faute du chloroforme et non la faute de celui qui l'a mis en usage. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon.

Faits et considérations sur une épidémie de furoncle, qui a régné en 1852, dans le courant de l'été, et s'est prolongée jusqu'en hiver,

Par M. LEGRAUX, *médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.*

Une température tropicale a donné naissance, dans le courant de l'été de 1852, à des affections éruptives nombreuses et variées.

Il en est une, le *furoncle*, qui s'est montrée avec des caractères épidémiques assez prononcés pour mériter une mention spéciale.

Elle s'est adressée principalement aux tempéraments sanguins, pléthoriques, aux personnes dont la peau s'était prêtée, sous l'action des chaleurs, à une abondante sudation. Cependant, elle n'a complétement respecté aucun tempérament, ni l'âge, ni le sexe. Des enfants très-jeunes en ont été affectés comme les adultes. Toutefois, elle a paru favorisée par un régime excitant, et surtout par des boissons abondantes, dont le besoin se renouvelait impérieusement, sous l'influence d'une élimination sudorale excessive ; et, chez quelques personnes, l'éruption faisait élection des parties du corps qui se prêtaient le plus à la transpiration.

Ce n'est pas seulement à Paris que cette affection s'est montrée avec des caractères épidémiques ; elle s'est également répandue dans les provinces.

Souvent, le furoncle a été précédé par des éruptions plus superficielles, papuleuses ou vésiculeuses ; d'eczéma aigu, d'impétigo, d'ecthyma, qui marquaient la transition entre la vésicule et l'inflammation profonde du derme.

Presque toujours multiple, il a été assez abondant et assez persistant pour constituer, chez quelques personnes, une véritable diathèse.

Cette diathèse s'est montrée à différents degrés ; mais, sur aucun malade, je ne l'ai observée aussi intense que dans le cas suivant :

Sur un adulte fort et pléthorique, l'éruption a débuté sur l'apophyse mastoïde du côté gauche, par une papule acuminée ; bientôt suivie de plusieurs autres ; gagnant rapidement l'apophyse du côté opposé ; se répandant ensuite dans l'espace intermédiaire, et se prolongeant sur les parties latérales de la tête ; s'élevant en arrière, jusqu'au synciput ; respectant toute la partie supérieure de la tête, et couvrant le front peu de temps après ; ayant semé quelques pustules sur le bord libre du pavillon des oreilles.

Dans cette distribution, l'éruption a suivi principalement les parties de la tête sur lesquelles les bords du chapeau concentraient la chaleur et la sueur.

Pendant que la tête se couvrait ainsi de nombreuses pustules, un volumineux furoncle s'élevait sur la lèvre supérieure droite ; marchant rapidement vers la suppuration, sans douleur vive, et se cicatrisant avec promptitude, après l'élimination d'un bourbillon.

A celui-ci en succéda un autre sur l'aile droite du nez ; accompagné d'une tuméfaction œdémateuse considérable de la paupière voisine ; terminé, comme le précédent, dans l'espace de huit à dix jours, par l'élimination d'un bourbillon qui laissa une plaie assez profonde pour loger un pois à cautère.

La lèvre supérieure gauche, et, un peu plus tard, le sillon labial du même côté, furent également le siége de deux foyers furonculeux qui suivirent les mêmes phases que les précédents.

Aux membres, de petits anthrax s'élevèrent à la partie interne et supérieure de l'avant-bras droit ; à la partie postérieure et moyenne de la cuisse gauche, et à la partie antérieure de ce membre.

Des furoncles d'un volume variable ont occupé les poignets ; les doigts, au-dessus des ongles ; le côté interne de la face palmaire de la main gauche, et l'avant-bras de ce côté.

Au tronc, il en a paru plusieurs dans le voisinage des mamelons ; puis, sur la partie inférieure de l'abdomen.

Les autres parties du corps ont été respectées.

Chez d'autres malades, nous avons vu l'anthrax à la nuque, au dos, sur les fesses ; le furoncle, isolé sur les jambes, à la paume de la main, entre les deux premiers métacarpiens, et sur différentes parties du corps, dont aucune n'a paru jouir d'une immunité complète.

Les éruptions successives, chez notre malade, ont duré deux mois, en procédant de haut en bas ; de la tête vers les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs.

Dans les premiers temps de l'affection, l'apparition d'un furoncle était rapidement suivie de plusieurs autres très-rapprochés, disposés en cercles ou demi-cercles, en lignes courbes. Au front, les petits cercles ou lignes courbes partiels formaient, par leur réunion, une sorte de ceinture ovalaire autour de cette région, se prolongeant jusques dans les sourcils et les paupières supérieures.

Plus tard, l'éruption s'est isolée, en descendant sur le tronc et les membres.

S'il est vrai de dire que le furoncle a été l'élément dominant de cette éruption, nous devons ajouter, qu'heureusement pour le malade, bon nombre de pustules de la tête sont restées à l'état impétigineux ; mais, sur 60 à 80 pustules qui ont paru sur cette région, 25 à 30 ont fourni un bourbillon.

En suivant avec attention l'évolution de ces pustules, on observait les phénomènes suivants :

Élevure acuminée, point transparent au sommet, devenant rapidement blanchâtre, et offrant l'apparence d'une suppuration sous-épidermique.

En perçant ce point, on obtenait une gouttelette de sérosité, et, en enlevant l'épiderme soulevé, on voyait au centre un point blanchâtre pseudo-membraneux.

Après un bain prolongé, on pouvait détacher de quelques pustules ce petit disque central, sous lequel existait un point rouge enflammé. Cette élimination avait pour conséquence l'avortement du furoncle; mais il restait une induration rouge et prurigineuse dont la durée dépassait celle du furoncle suppuré.

Cette production sous-épidermique paraît, d'après cela, jouer un rôle assez important dans la marche de l'affection locale; mais elle ne constitue pas le bourbillon, qui est évidemment formé par du tissu cellulaire plus ou moins profondément frappé.

Le volume des furoncles et pustules a été très-variable; depuis les anthrax qui avaient celui d'un œuf de pigeon, jusqu'aux pustules qui égalaient à peine un grain de chènevis. A la région occipitale, les plus volumineuses faisaient une saillie égale à celle d'un fort mamelon; près de celles-ci, d'autres ne dépassaient pas la grosseur d'un noyau de cerise. Au front, elles sont restées dans ces dernières limites.

En raison de la densité du cuir chevelu et de la peau du front, il n'existait que peu de gonflement autour des pustules; tandis qu'aux paupières et aux fesses, une tuméfaction œdémateuse, avec rougeur vive, cerclait largement chaque pustule.

L'éruption dont nous venons d'indiquer la marche n'a pas eu lieu simultanément sur toutes les parties indiquées; elle s'est produite par groupes successifs dont la durée était de dix à douze jours, temps nécessaire pour l'élimination des bourbillons furonculeux et la guérison des pustules impétiginoïdes qui, comme des satellites, entouraient les plus gros furoncles. Toutefois, sur le tronc et les membres, l'éruption resta discrète et isolée, sauf les points où elle fut assez confluente pour constituer des anthrax.

Il est impossible de se faire une idée de l'acuité de la douleur qui accompagnait l'éruption du cuir chevelu et du front. Il semblait qu'une papille nerveuse vînt s'épanouir au sommet de chaque pustule. Le plus léger contact éveillait une sensibilité telle qu'une défaillance en était presque la suite. La base, toutefois, était beaucoup moins douloureuse que le sommet. Il en était, sous ce rapport, de la moindre pustule comme du plus volumineux furoncle.

Quand la douleur n'était excitée par aucun contact, elle était supportable. Mais, à chaque instant, une sensation de tension ou de prurit appelait instinctivement le contact des doigts, et ce contact, si léger qu'il fût, provoquait une sensibilité aiguë, dont le retentissement dans toute l'économie se traduisait par une sorte de lipothymie. De là, l'impossibilité de poser la tête, même sur un oreiller, surtout quand il existait quelque pustule sur le bord du pavillon de l'oreille; l'impossibilité, conséquemment, de garder une position horizontale; la nécessité de rester assis ou debout, nuit et jour, sans pouvoir donner à la tête un point d'appui. Et quand, après quinze jours de ces cruelles anxiétés, l'extinction d'un groupe éruptif permit à la tête de prendre un point d'appui, ce ne fut qu'avec des précautions infinies, et en garantissant de tout contact les parties devenues le siége d'une éruption nouvelle, qu'un peu de repos put être pris. Cette situation s'est prolongée pendant deux mois, avec des rémissions et des exacerbations en rapport avec les diverses phases des éruptions successives.

Comme chaque pustule était un foyer de sensibilité exagérée, il y a eu, pendant près de deux mois, impossibilité de placer un chapeau sur la tête, et quand l'affection commença à s'éteindre, ce vêtement ne put être repris qu'en faisant porter ses bords sur deux points opposés de l'occiput et du front, où la guérison était le plus avancée.

La douleur qui accompagnait les éruptions du tronc et des membres n'était rien, comparativement à celle dont il vient d'être parlé. Cependant, quand l'éruption occupait une partie saillante exposée à une pression quelconque, elle devenait par cela même beaucoup plus douloureuse. Je vois, en ce moment (décembre), un jeune homme chez qui elle a lieu aux fesses. L'impossibilité de rester assis, et couché autrement que sur la partie antérieure du corps, constitue pour lui, depuis plus de quinze jours, une véritable torture qui a donné lieu à un amaigrissement notable.

Chez notre malade, l'éruption de la tête s'accompagnait d'une chaleur vive, de congestion intense du cuir chevelu et de la peau du visage qui était vivement colorée. Chaque fois que l'action du cœur était excitée par une cause physique ou morale, et surtout par les mouvements de flexion du corps qui ont aussi pour effet un reflux du sang dans les capillaires veineux, un choc douloureux retentissait dans chaque pustule; et, cependant, le cerveau resta constamment étranger à la scène morbide qui l'enveloppait.

Les symptômes généraux ont été, au début de l'affection, ceux d'une fièvre inflammatoire modérée. Ils ont été calmés par une saignée. Pas de troubles digestifs. La maladie était toute extérieure. On pourrait la considérer comme une dépuration salutaire.

Un fait remarquable, et qui montre à quel point l'élévation de la température avait porté l'excitation dans l'économie, quelle *poussée* elle y avait développée, c'est que, malgré une abondante saignée, malgré l'usage des bains et des purgatifs répétés presque chaque jour, malgré un régime sévère, et l'abstinence de vin, de café dont le malade avait l'habitude, il ne ressentait, après deux [illegible] un affaiblissement, et pouvait vaquer

D'autres malades, moins favorisés, ont maigri par suite de l'insomnie et de la fatigue résultant de l'impossibilité où ils étaient de garder une position favorable au repos; mais, chez aucun, je n'ai observé des troubles sérieux du côté des organes intérieurs.

Revenons à l'affection locale. Après quelques jours de durée, le point blanc du sommet des pustules devenait plus opaque et s'élargissait, l'épiderme soulevé se rompait spontanément, ou bien était déchiré avec l'ongle, une gouttelette de pus s'écoulait; il en résultait une petite ulcération arrondie, au fond de laquelle paraissait le disque blanchâtre; une croûte granulée, peu adhérente, recouvrait bientôt cette petite ouverture dont les bords conservaient leur exquise sensibilité. Un sentiment de tension ou de prurit y appelait fréquemment le contact de l'ongle; cette croûte était détachée une ou plusieurs fois, non sans douleur aiguë; puis, la suppuration s'établissait, la sensibilité diminuait; enfin, vers le dixième jour, le bourbillon était expulsé. Dès lors, cessation presque complète de la douleur; formation d'une croûte pelliculaire; cicatrisation en quelques jours; persistance assez longue d'une tumeur indurée.

Les petites pustules qui accompagnent les furoncles; presque toutes celles du front, des sourcils, des paupières, n'ont pas fourni de bourbillon d'une manière appréciable. La croûte granuleuse qui succédait à la rupture de leur sommet paraissait entraîner, en se détachant, le disque pseudo-membraneux desséché avec elle. Sa chute était suivie de la formation de la petite croûte pelliculaire, indice de la guérison.

Les furoncles les plus volumineux n'ont pas offert cette série de phénomènes. L'ouverture de la pustule n'était pas suivie de la formation d'une croûte, elle fournissait une suppuration plus ou moins sanieuse, jusqu'à l'élimination du bourbillon qui était suivie d'une prompte cicatrisation. Les furoncles isolés n'ont donné lieu qu'à une seule ouverture; ceux qui étaient confluents (anthrax) se sont ouverts en plusieurs points et ont fourni plusieurs bourbillons; d'autres, assez volumineux et qui ont avorté, en partie, sous l'emplâtre de diachylum, se sont percés en écumoir, ont suppuré, mais n'ont pas bourbillonné.

Tous les furoncles qui ont suppuré franchement n'ont laissé, après eux, qu'une légère induration sans coloration anormale; ceux qui ont en partie avorté ont été suivis d'une induration prurigineuse et d'une teinte violacée qui persiste encore, pour quelques-uns, après quatre mois de guérison.

Dans la marche de l'affection on peut admettre une période croissante pendant laquelle le furoncle dominait sur la pustule; et une période décroissante pendant laquelle *la poussée*, affaiblie, ne donnait plus lieu qu'à de rares furoncles, et où l'éruption s'est ralentie, raréfiée, et éteinte.

Vers la fin du mois d'août, après deux mois de ces éruptions successives, il ne restait plus que des légères indurations au cuir chevelu ; et, au front, des taches brunâtres analogues à celles que laissent après elles les pustules varioliques, et dont la disparition complète n'a eu lieu qu'au bout de deux à trois mois.

La réapparition de la chaleur dans les premiers jours de septembre, après quelques jours d'une température plus basse dont l'effet avait été favorable, donna lieu à l'éruption d'un nouveau groupe de pustules à la partie postérieure de la tête, et à quelques pustules isolées sur les membres, mais pas assez profondes pour constituer des furoncles. Comme les autres, elles se sont terminées dans l'espace de dix à douze jours.

En suivant, sur différents malades, les phases de l'épidémie, nous les avons vues constamment réglées par la température extérieure. Aiguë et violente pendant les chaleurs de l'été, elle s'est calmée sour l'influence des journées froides qui ont marqué la fin du mois d'août, pour recruder en septembre, se ralentir ensuite, et se reproduire assez intense pendant les chaleurs exceptionnelles qui ont régné en automne et au commencement de l'hiver.

A côté des affections furonculeuses, nous avons vu se produire d'autres affections plus superficielles de la peau : les eczémas aigus, simples ou impétigineux, des érythèmes dont ils différaient néanmoins par la bénignité ou l'absence de la fièvre, par l'absence de l'angine. Sur un malade, la teinte rouge générale de la peau s'accompagnait, sur le tronc, de petites vésicules confluentes comme celles de l'eczéma ; de bulles volumineuses à la face dorsale des doigts, et, sur la face, d'une exsudation jaunâtre, concrète, formant une couche mince analogue à celle de l'herpès sebacea ; quelques jours ont suffi pour amener la résolution de la rougeur, la desquammation furfuracée des parties vésiculeuses et le décollement, par larges lambeaux, de l'épiderme de la face dorsale des doigts. A la fin de l'automne, des éruptions urticariées ont remplacé les éruptions sécrétantes.

Diagnostic. Les furoncles ont été manifestement caractérisés par l'élimination du bourbillon.

Les pustules, à fond pseudo-membraneux, avaient quelque analogie avec celles de la variole et peuvent être considérées comme ecthymateuses. D'autres pustules, moins profondes, n'étaient qu'impétigineuses. Des vésicules d'eczéma se joignaient souvent à cette triple forme éruptive.

La nature de ces éruptions était évidemment diathésique inflammatoire, c'était une *poussée* provoquée par une température exceptionnelle.

Cependant, je les ai vu prendre pour des formes *spécifiques*. Trompé par la disposition irrégulièrement circulaire des pustules, par les taches rouges qui leur succédaient, un médecin, qui se dit expert en cette matière, avait donné le conseil d'un traitement mercuriel dans le cas dont il a été longuement parlé.

Il était évident qu'une telle éruption n'avait rien de syphilitique. Sa marche aiguë, la guérison régulière de chaque pustule dans l'espace de dix à douze jours, l'absence de pleïade ganglionnaire, la conservation des cheveux, auraient suffi pour éloigner cette idée, si, d'ailleurs, il n'y avait eu certitude que la porte n'avait pas été ouverte à l'ennemi.

Quant à la disposition circulaire des groupes éruptifs, elle n'a aucune signification prise isolément, car on la retrouve dans presque toutes les éruptions cutanées.

La teinte rouge, un peu violacée, qui succédait aux pustules ne pouvait en imposer davantage ; il suffisait de savoir qu'elle était la suite d'une affection aiguë, comme celle que laissent après elles les pustules varioliques.

La nature épidémique de la maladie, qui n'a respecté ni l'âge, ni le sexe, sa guérison par les moyens thérapeutiques généraux prouveraient surabondamment qu'il n'y avait là, malgré de grossières apparences, aucune raison d'admettre la spécificité syphilitique.

Quelques mots sur le traitement.

1° *Régime.* A une diathèse inflammatoire, il faut opposer un régime d'autant plus sévère que les moindres excitations deviennent, pour le malade, une source de souffrance.

Un régime blanc, végétal, aqueux, lacté est de rigueur ; le moindre écart de régime est suivi d'une aggravation de tous les phénomènes locaux : rougeur, tuméfaction, chaleur, battements et élancements douloureux. Nous avons vu l'usage de l'eau légèrement rougie, pendant les repas, produire cet effet. Il faut donc écarter du malade toutes les causes d'excitation circulatoire, non-seulement les causes physiques, mais aussi les causes morales.

2° *Température.* Comme la chaleur était la source du mal, elle devait aussi contribuer à son aggravation. Quand, en effet, les malades étaient exposés aux ardeurs du soleil, ou que, par suite de l'exercice, ils étaient baignés de sueur, l'orgasme inflammatoire s'exaspérait ; tandis que le repos à l'ombre, l'exposition à une température moins élevée, produisent une véritable sédation. Je ne doute pas que la diathèse éruptive n'eût singulièrement été abrégée si les malades avaient pu garder la chambre, et éviter toutes les causes d'excitation durant les chaleurs tropicales de l'été.

Émissions sanguines. Elles ont été opposées à la pléthore et à la réaction [illegible] avantage, mais n'ont pas entravé la marche de l'éruption. Il eût peut-être fallu en user plus largement pour atteindre l'affection externe.

Évacuants intestinaux. Ils ont été une des bases principales du traitement ; employés à petites doses, mais fréquemment répétés, ils ont sensiblement amendé la *poussée* inflammatoire.

Le purgatif dont j'ai fait usage, de préférence, à été le sulfate de magnésie, à la dose de 10 à 12 grammes, dans un verre de limonade très-sucrée et aromatisée avec un peu d'essence de l'écorce de citron ; il constitue un purgatif aussi commode qu'agréable. Pris la nuit, il produit son effet le matin, et permet au malade de vaquer à ses affaires dans le courant de la journée.

Si l'on veut obtenir des effets plus énergiques, il faut en prendre un second verre une ou deux heures après le premier.

Ainsi administré, le sulfate magnésien est autrement sûr et actif que le trop aristocratique et souvent infidèle citrate ; sans être sensiblement plus désagréable que ce dernier, sous tous les rapports il lui est préférable ; il purge à petites doses, et l'énorme différence des prix de ces deux sels fera toujours du premier un médicament populaire, tandis que le second sera réservé aux caprices du luxe.

Administré ainsi à petites doses, et répété presque chaque jour, le sulfate n'a aucune action irritante sur le canal digestif ; il stimule seulement l'appétit et modère l'activité circulatoire.

Bains. C'est, avec les purgatifs, le moyen thérapeutique le plus efficace.

Les bains froids ont été très-favorables contre les éruptions superficielles ; ils l'ont été beaucoup moins, si toutefois ils n'ont pas agi en sens inverse, contre les éruptions plus profondes, que les bains tempérés ont favorablement modifiées.

Un bain à 26°, prolongé pendant une à deux heures, pâlit la peau, amortit la rougeur des boutons ; calme la tension et la chaleur.

Si le malade pouvait passer chaque jour plusieurs heures dans l'eau, sans s'exposer à la chaleur, je ne doute nullement que la diathèse inflammatoire que nous avons vue se prolonger pendant plus de deux mois, ne se terminât dans l'espace de deux à trois septenaires au plus.

Toutes les parties qui sont le siége de l'éruption doivent être plongées dans l'eau du bain. Cela n'est pas facile pour la tête ; mais avec la précaution que l'on prend de laisser hors de l'eau la bouche et le nez, on parvient à la maintenir plongée pendant une partie du bain.

Les bains, comme les purgatifs, doivent être répétés chaque jour autant que possible ; prolongés pendant une heure ou deux. Il est bien entendu qu'ils devraient être suspendus s'ils fatiguaient les malades.

Topiques. Les cataplasmes sont le topique vulgaire des furoncles.

Un soulagement immédiat succède à leur application, mais au bout d'une heure environ, ils deviennent gênants par leur poids; et par suite de l'expansion qu'ils déterminent dans les tissus, la douleur augmente.

Cette expansion favorise l'afflux des liquides et la suppuration.

Quand le cataplasme est facilement supporté, il est avantageux pour accélérer la fonte purulente. Dans ce but, on le rend quelquefois maturatif, en y ajoutant de l'onguent de la mère, en variant sa composition. Mais, alors, il provoque parfois de si vives douleurs, que les malades sont obligés de le rejeter.

Eau froide. De tous les topiques, l'eau froide est certainement le plus efficace; des linges mouillés, et renouvelés fréquemment à mesure qu'ils s'échauffent, modèrent le mouvement fluxionnaire, tempèrent la chaleur et calment sensiblement la douleur. Ils ont sur les cataplasmes l'incontestable avantage de ne pas fatiguer par leur poids, d'agir par la vaporisation de l'eau, plutôt comme résolutifs que comme *expansifs;* de maintenir, en un mot, l'inflammation dans de justes limites.

J'ai, personnellement, été affecté de furoncles, à diverses époques, et j'ai reconnu la prééminence de l'eau fraîche ainsi appliquée, sur les cataplasmes.

L'éruption de la tête dont il a été question, après des essais infructueux de cataplasmes, n'a été calmée que par des linges mouillés, conservés pendant toutes les nuits et une partie de la journée; par des ablutions froides répétées, dont le besoin se faisait impérieusement sentir, et, chose remarquable, ce traitement, suivi pendant plus de deux mois, n'a provoqué aucune apparence de douleurs névralgique, rhumatismale, ou de coryza, tant la *poussée* vers la tête était violente.

Poudre d'amidon. Cette poudre, si utile dans les éruptions superficielles fluentes, ne paraît pas favorable aux éruptions profondes. Voulant un soir, pour la commodité du malade, substituer sur la tête au cataplasme humide, le cataplasme sec de poudre amylacée, j'ai vu se développer, en peu d'instant, une douleur, une tension et une sécheresse telles, que je dus procéder à d'abondantes ablutions, pour enlever la malencontreuse poudre. L'irritation qu'elle avait produite dura plusieurs jours.

Emplâtres. Plusieurs personnes m'ont affirmé avoir employé avec succès, comme abortif, le populaire onguent Canet. Je n'ai point vérifié cette assertion, mais j'ai vu souvent des furoncles isolés et même confluents (anthrax) avorter plus ou moins complétement sous un emplâtre de diachylum de bonne qualité. Les uns n'ont pas suppuré, d'autres ont suppuré sans fournir de bourbillon; quelques anthrax se sont percés en écumoir, ont suppuré sans élimination de tissu cellulaire mortifié; d'autres ont parcouru toute leur évolution; dans tous les cas, la rougeur et la tension, ainsi que la douleur, ont sensiblement diminuées sous l'emplâtre. C'est un topique très-commode, qui n'assujettit qu'à la seule précaution de le maintenir en place, et de le changer quand il ne colle plus suffisamment. Il est surtout applicable aux furoncles qui se développent sur le tronc et les parties des membres, sur lesquelles on ne pourrait maintenir d'autres topiques.

Cependant, en faisant avorter un certain nombre de furoncles, nous avons vu qu'il avait l'inconvénient de laisser subsister, pendant longtemps, une induration violacée prurigineuse. C'est encore un bienfait, quand il y a une diathèse éruptive; car cet inconvénient n'est rien en comparaison de ceux qui accompagnent l'évolution complète des autres tumeurs.

Mais n'y a-t-il pas inconvénient à faire avorter ainsi ces éruptions partielles? Arrêté sur un point, la manifestation dépuratrice ne se portera-t-elle pas sur un autre? Et, chose bien autrement grave, ne refluera-t-elle pas, ainsi entravée à la peau, vers les organes intérieurs?

S'il s'agissait d'arrêter ainsi toute la *poussée* éruptive, on conçoit qu'il y aurait à craindre quelque métastase. Mais l'avortement partiel de quelques furoncles, quand d'autres suppurent sur différents points; quand un traitement dépurateur est organisé, ne paraît pas légitimer de semblables craintes. En résumé, l'emplâtre de diachylum qui, d'ailleurs, n'est pas un abortif absolu, rend d'importants services dans le traitement des furoncles.

Moyens chirurgicaux. Je me bornerai à mentionner l'incision simple ou cruciale, comme le moyen le plus efficace pour modérer les atroces douleurs dont s'accompagnent les furoncles volumineux et les anthrax. Si, néanmoins, il soulage, il n'empêche pas la maladie de suivre ses périodes; c'est ce que nous avons été à même de constater dans plusieurs cas.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôtel-Dieu de Rennes.

Luxation de la tête du fémur en haut et en avant. — Examen cadavérique huit jours après sa production.

Par M. le Dr Aubry, *ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux civils de Rennes.*

Voici l'extrait du travail de M. Aubry qui a donné lieu à la discussion dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro.

En publiant le fait suivant d'anatomie pathologique, nous n'avons pas pour but de faire connaître un cas rare, et ne devant offrir de l'intérêt qu'en vertu de son caractère anormal; nous croyons, au contraire, qu'il est la représentation des cas ordinaires, et que c'est à ce titre qu'il a de l'importance. Il prouve, contrairement aux opinions de M. Malgaigne, que les luxations complètes de la tête du fémur en haut et en avant sont les plus communes, et qu'elles s'accompagnent bien des symptômes indiqués par les auteurs classiques.

Le nommé Joseph Rouland, âgé de 35 ans, fut renversé par une voiture le 1er juin 1852, et l'une des roues lui passa sur la hanche droite. Transporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes, deux jours après l'accident, il y succomba dans la nuit du 6 au 7 du même mois, sans qu'il nous soit possible de préciser davantage les symptômes observés durant la vie. Ce n'est donc pas une observation complète que nous rapportons : c'est là sans doute une lacune regrettable; mais nous avons été dans l'impossibilité de faire mieux, n'ayant pas vu le blessé avant sa mort. Nous savons seulement que, pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, le blessé fut atteint de rétention d'urine, et qu'il a été sondé une fois par le médecin qui lui donna les premiers soins dans son pays, et une seconde fois, le lendemain de son entrée à l'hôpital. Quant à la cause de la mort, nous ne pouvons non plus fournir à cet égard aucun renseignement précis; tout ce que nous savons, c'est qu'elle est survenue presque subitement, et sans que l'élève interne, qui avait vu le blessé le 6 au soir, ait reconnu de maladie bien tranchée. Si l'autopsie eût été complète, nous saurions sans doute à quoi nous en tenir, mais il ne nous a pas été loisible de l'achever.

Malgré ces circonstances fâcheuses, nous espérons que les chirurgiens trouveront quelque intérêt dans la lecture de cette observation tronquée, et qu'ils nous pardonneront l'aridité des détails, en faveur de la valeur intrinsèque de la pièce anatomo-pathologique que le hasard nous a fournie, et qui, sauf erreur de notre part, est la première de ce genre connue dans la science.

Le 8 juin, nous vîmes le cadavre à la salle d'autopsie; une observation superficielle nous ayant fait reconnaître qu'il présentait une luxation sus-pubienne du fémur, nous procédons à un examen plus attentif, et en présence de M. A. Guyot, professeur de clinique chirurgicale, et de nombreux élèves, nous constatons les faits suivants :

Le cadavre repose sur le dos, sa stature est moyenne, le système musculaire bien développé; il y a de la rigidité cadavérique.

L'aine droite est le siége d'une ecchymose qui se prolonge vers

les régions fessière et crurale ; au niveau de sa partie centrale, les tissus sont soulevés par une tumeur appréciable à la vue ; le toucher fait reconnaître que cette tumeur est dure, arrondie, et qu'elle suit les mouvements imprimés au fémur. La cuisse, le genou et la jambe sont dans la rotation en dehors, la pointe du pied est tournée en dehors ; en un mot, le membre repose sur la table par sa face externe.

La cuisse, dans une légère abduction, est un peu fléchie sur le tronc ; la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse.

Le membre pelvien du côté opposé est dans la rectitude et appuie sur la table par sa face postérieure.

Du côté luxé, la région trochantérienne présente un vide très-notable ; on ne peut plus reconnaître, au toucher, la saillie du grand trochanter.

Mensuration. Les deux membres étant placés dans la même attitude, un lien portant les divisions du mètre fut tendu entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la base de la rotule, alternativement du côté luxé et du côté sain ; le résultat fut, pour le membre luxé, 0m,42, et pour le membre sain, 0m,43 : un centimètre de raccourcissement.

Les parties qu'il importait de conserver étant séparées du cadavre, nous commençâmes, quelques heures plus tard, la dissection dont nous allons consigner ici la relation.

Après avoir mis à découvert les ganglions lympathiques de l'aine, l'arcade crurale, la partie supérieure de la saphène et l'anneau inguinal, la paroi antérieure de l'infundibulum crural fut divisée pour isoler l'artère et la veine de ce nom ; le pectiné, le psoas et le nerf crural furent ensuite disséqués avec soin ; après quoi, nous examinâmes la situation de la tête du fémur dont une portion apparaissait à nu, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, au côté *interne* de la veine fémorale et en dehors du pectiné.

L'artère et la veine crurale passant sur le milieu de la tête du fémur, ces vaisseaux étant renversés de bas en haut, au-devant du ligament de Fallope, on découvre la tête du fémur, dont le tiers externe est encore masqué par un lambeau de la capsule articulaire. Vers le centre apparaît la dépression destinée à donner attache au ligament rond, cette dépression regarde en avant et un peu en dedans ; une portion du ligament rond, longue de 25 millim., est restée attachée à la tête osseuse, son extrémité libre est inégale et frangée.

Le ligament de Fallope, soulevé par la tête du fémur, décrit à son niveau une légère courbe à concavité inférieure ; un espace de 12 millim. le sépare du centre de la portion de sphère articulaire qui regarde en avant (le sujet étant supposé dans la position verticale).

De ce même point central : 1° à l'épine iliaque antéro-supérieure, la distance est de 70 millim. ; 2° à la symphyse du pubis, 85 millim. ; du point le plus saillant de la partie externe de la tête au milieu de l'épine iliaque antérieure et inférieure, 20 mill. ; du point le plus saillant de la partie interne à l'épine du pubis, 35 millim.

Examiné en arrière, du côté de la cavité abdominale, la tête s'aperçoit, par l'anneau crural, appuyée sur la partie antérieure de la portion du pubis qui constitue la limite postérieure de cet anneau ; à son côté externe existe encore la cloison fibreuse, dépendance du *fascia iliaca*, et qui, tendue entre le pubis et l'arcade crurale, sépare la gaîne du psoas de l'infundibulum crural ou partie supérieure de la gaîne des vaisseaux cruraux. La tête du fémur n'est donc pas dans la gaîne du psoas, mais dans ce qu'on a appelé le canal crural. En écartant, avec précaution, la tête du fémur de la surface sur laquelle elle repose, on constate qu'elle a laissé, en ce point, une légère dépression aux dépens des tissus fibreux sous-jacents qui conservent ainsi son empreinte. *Aucun point de la surface diarthrodiale ne touche le rebord cotyloïdien ; une distance de 15 millim. sépare ce rebord de la ligne où commence le cartilage*, et c'est le col du fémur qui repose sur la partie supérieure et antérieure du bourrelet fibro-cartilagineux ; de telle sorte que la tête se trouve, de l'autre côté du rebord du cotyle, appuyée sur la partie interne et antérieure de l'éminence ilio-pectinée. Ce fait capital a été vérifié par un grand nombre d'élèves et par plusieurs médecins.

Le sujet étant couché horizontalement sur le dos, un plan vertical, tangent à la partie de la tête fémorale la plus voisine de la cavité abdominale, rencontre le pubis en un point distant de 24 millim. du bord du cotyle ; une ligne verticale, menée parallèlement à la face postérieure de la branche horizontale du pubis, et passant au niveau du point central de l'hémisphère postérieur de la tête, tombe sur le côté externe de l'orifice du canal sous-pubien.

Le muscle psoas et le nerf crural passent sur la face antérieure du col qui est devenue externe ; ils se trouvent, par cela même, repoussés en dehors, l'extrémité inférieure du muscle se recourbe en dedans, au-dessous de la tête et du bord inférieur du col, pour gagner le petit trochanter dont le sommet est dirigé en avant et un peu en dedans. Le psoas décrit donc une courbure qui embrasse le col en dehors et en bas. Nous aurons, plus tard, à rappeler cette disposition.

Le pectiné est recouvert, dans une grande partie de sa surface antérieure, de sang coagulé, noir, adhérent intimement aux fibres charnues, et pénétrant même entre celles-ci. Cette infiltration sanguine se propage, en arrière des vaisseaux cruraux, vers le psoas qui présente aussi quelques ecchymoses. La tête du fémur repousse, en dedans, le pectiné, et la partie interne de cette éminence est recouverte par le bord externe du muscle, bord qui a subi des déchirures dans quelques-unes de ses fibres.

Le sommet du grand trochanter occupe la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde, dont il est séparé par une portion de la capsule et par plusieurs tendons ; celle de ses faces qui, normalement, regarde en dehors et un peu en avant, est dirigée en arrière et un peu en dehors. De l'angle formé par la rencontre du bord supérieur de la même apophyse avec son bord antérieur, à la partie la plus élevée du bord cotyloïdien, nous trouvons 20 millim. ; du même point à l'épine iliaque antérieure et supérieure, 84 millim.

En résumé, la tête du fémur, s'échappant par la partie supérieure et antérieure de la cavité cotyloïde, a franchi le bourrelet fibro-cartilagineux, et, repoussant en dehors le psoas, déjetant en dedans et soulevant le pectiné, est venue se loger derrière les vaisseaux cruraux, au-devant de l'éminence ilio-pectinée, vers le milieu de l'aine. Le fémur a subi un mouvement de rotation de dedans en dehors par lequel la portion de sphère osseuse, qui regarde normalement en dedans et en arrière, s'est dirigée en avant et en dedans, le grand trochanter a été porté en arrière et s'est logé partiellement dans la cavité cotyloïde, en même temps que le fémur, décrivant un quart de cercle de rotation, a eu sa face antérieure portée en dehors, entraînant avec elle le reste du membre dans cette situation nouvelle.

Lésions de la capsule. Le ligament capsulaire est déchiré transversalement, à un centimètre de son point d'attache au pourtour du cotyle, et cela dans l'étendue de la demi-circonférence antérieure de cette cavité. Dans le point où le col du fémur repose sur le bourrelet cotyloïdien, le lambeau de capsule resté adhérent à l'os coxal est replié en dedans et les sépare l'un de l'autre. Le lambeau externe ou fémorale de cette déchirure recouvre une portion de la tête, et forme sur la partie antérieure du col devenue externe, une sorte de bride résistante qui maintient l'os dans la place qu'il est venu occuper par le fait de la luxation ; de sorte que le col du fémur est pris dans une espèce de boutonnière constituée par cette bande fibreuse, appartenant à la capsule, et le bord de la cavité cotyloïde. Lorsqu'on relève l'extrémité inférieure du fémur, comme dans la flexion de la cuisse sur le bassin, la bande fibreuse dont je viens de parler est manifestement relâchée et le col devient plus libre ; si, au contraire, on a baissé le fémur, comme dans l'extension de la cuisse sur le bassin et que l'on exerce *sur le même os une traction dirigée dans l'axe du membre, on voit la boutonnière qui embrasse le col exercer sur celui-ci une pression plus forte, et produire une sorte d'étranglement.* En même temps, le

grand trochanter s'enfonce dans le cotyle et arc-boute contre la partie inférieure du rebord de cette cavité. Ces faits ne devront pas être oubliés dans l'appréciation du mode de réduction qui doit être préféré. La portion de la capsule fixée à la demi-circonférence postérieure de la cavité cotyloïde n'a subi aucune déchirure, mais elle est refoulée par le grand trochanter qui se trouve ainsi séparé de l'intérieur de l'articulation. Entre la partie postérieure du grand trochanter et la capsule, se trouvent les tendons des muscles pyramidal, interne et jumeaux ; un commencement de travail adhésif existe entre ces tendons et le ligament orbiculaire.

Muscles trochantériens. L'obturateur externe est infiltré de sang ; ce muscle est manifestement relâché. Le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux m'ont paru allongés ; le premier contenait dans son épaisseur plusieurs épanchements de sang. La flexion du fémur augmente l'allongement de ces derniers muscles ainsi que celui des fessiers.

Reprenons maintenant les propositions que nous avons émises en tête de ce travail, et montrons qu'elles sont justifiées par nos observations, appuyées sur l'examen cadavérique du fait récent que nous avons rencontré.

1re Proposition. — *Les luxations complètes en haut et en avant s'accompagnent bien des symptômes de la luxation classique ; s'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels.*

Pour apprécier cette proposition, il importe de jeter un coup d'œil sur les assertions émises par M. Malgaigne, touchant les luxations coxo-fémorales.

En 1836, ce chirurgien adressait à l'Académie de médecine une lettre dont nous extraierons les passages suivants : « Dans l'état actuel de la science, on n'admet que des luxations complètes du fémur sur l'os iliaque ; Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles ; sir A. Cooper n'en dit pas un seul mot, et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions, dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an que, dans un concours public, au bureau central et dans une composition écrite, j'avais avancé que les luxations incomplètes étaient plus fréquentes peut-être que les complètes ; un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin : *Je suis aujourd'hui fermement convaincu que toutes les luxations primitives du fémur produites par une violence extérieure sont incomplètes.* »

Après cette phrase si positive, on peut s'étonner de lire plus loin : « Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes, mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie. »

Quelques semaines plus tard, M. Goyrand ayant adressé à la *Gazette médicale* une observation de luxation du fémur en haut et en avant, M. Malgaigne y ajoute quelques remarques, et disait entre autres choses : « Si tous ceux qui ont publié des faits de ce genre y avaient mis l'exactitude de cet habile observateur, on ne serait pas venu jusqu'ici donner, comme une luxation complète, un déplacement qui ne raccourcit le membre que de quelques lignes : *La tête du fémur a plus d'un pouce et demi de hauteur, et, en sortant de sa cavité, elle entraînerait un raccourcissement énorme* qui, pour les luxations en haut et en avant, n'a jamais été observé (1) ; il y a plus, c'est que, pour cette luxation en particulier, on peut constater sur le cadavre un phénomène qui ne se rencontre pas pour les autres : la luxation complète est ici rigoureusement possible, sans déchirure complète de la capsule ; mais alors la saillie *n'est plus un pli de l'aine, le raccourcissement est énorme, la rotation en dehors n'existe plus, et le membre est porté dans l'adduction.* »

Au mois d'août 1847, M. Malgaigne écrivait dans son journal : « Ainsi donc je professe aujourd'hui que ces luxations primitives complètes du fémur, que j'admettais seulement comme possibles en 1836, existent réellement et j'espère en donner des observations ; mais comme on le verra déjà dans ce mémoire, elles sont singulièrement rares en comparaison des autres, et *elles présentent des symptômes tous différents.* »

Dans le même mémoire, au mois de novembre 1847, M. Malgaigne ajoutait, en faisant allusion à Boyer : « Il n'y avait pas alors, on ne connaît pas même encore aujourd'hui d'autopsie de ces luxations (en haut et en avant) à l'état récent. »

Sans doute, et c'est précisément ce qui donnait beau jeu à M. Malgaigne, lorsqu'il demandait un seul exemple avéré de luxation complète ; c'est aussi ce qui donnera de la valeur à la pièce que nous avons disséquée.

On voit sur cette pièce une luxation complète, puisque la tête est au delà du bord et non sur le bord de la cavité cotyloïde, et cependant le fémur est dans la rotation en dehors, la tête de cet os fait saillie au pli de l'aine, et le raccourcissement n'est pas énorme. Que signifient donc les assertions contraires du savant professeur ? Certes, M. Malgaigne a vu ce qu'il a décrit, nous n'en doutons pas ; mais il a pris l'œuvre de sa main pour modèle des déplacements accidentels, et c'est là le tort qu'il a eu. Il a produit, sur le cadavre, des déplacements exagérés auxquels il a réservé le nom de luxations complètes ; il a constaté que, dans ces cas, le membre n'offrait pas les mêmes changements de conformation que ceux qu'ont indiqués les auteurs, et il en a conclu que, dans les faits observés par ceux-ci, la tête du fémur n'était pas où il venait de la placer : nous sommes entièrement de son avis sur ce point ; mais est-ce une raison pour ne pas admettre de luxations complètes ?

La tête ne peut-elle pas se tenir dans un point plus éloigné que le bord du cotyle, et moins élevé que celui où M. Malgaigne place sa luxation complète, avec les symptômes tout particuliers qui résultent de ce déplacement artificiel ?

Cette question est résolue aujourd'hui, grâce à notre dissection, et à moins que M. Malgaigne ne nie le fait que nous soumettons à la Société de chirurgie, il faudra qu'en 1853 il fasse un pas de plus vers les doctrines généralement reçues, en s'éloignant de ses idées de 1836, comme il l'a déjà fait en 1847. Il faudra qu'il reconnaisse qu'une luxation complète du fémur en haut et en avant s'accompagne des symptômes de la luxation classique.

Dès lors, quand sur le vivant nous trouverons, comme dans nos observations n° 1 et n° 2, ces mêmes symptômes, nous serons en droit de dire que nous avons affaire à des luxations bien véritablement complètes, non pas de ces luxations faites de toutes pièces, dans lesquelles il y aurait rotation en dedans et raccourcissement énorme, mais à des luxations pareilles à celle que nous avons disséquée, et dans laquelle la tête repose sur la partie antérieure de l'éminence ilio-pectinée, à 18 ou 20 millim. au delà du bord du cotyle. Dans notre première observation, nous avons, il est vrai, reconnu 3 cent. de raccourcissement, tandis que nous n'en voyons que 2 dans la deuxième et 1 dans la troisième. D'où vient, nous dira-t-on, cette inconstance dans les résultats, si le déplacement est le même ? Pour nous, cela prouve seulement une chose, c'est que les signes fournis par la mensuration ne doivent pas être pris en trop grande valeur, et qu'une variation d'un centimètre pouvant avoir lieu, tantôt en plus, tantôt en moins, par le fait même du procédé employé, on aura souvent de légères différences. Chez notre second sujet, celui où nous avons trouvé 2 centimètres, la mensuration a été faite dans les meilleures conditions ; elle a été répétée avec tout le soin imaginable à plusieurs reprises, tandis que chez les deux autres, les précautions pour éviter une légère erreur n'ont pas été si minutieuses, et il est très-possible que, dans la première observation, nous ayons 1 centim. de trop, et dans la dernière 1 de moins.

Mais, nous dira M. Malgaigne, comment comprendre que la tête du fémur, qui a plus d'un pouce et demi d'épaisseur, soit entièrement sortie de sa cavité, et que le raccourcissement ne soit que de 2 centim. ? Nous croyons pouvoir facilement répondre à cette objection.

Ce n'est pas la partie inférieure de la tête fémorale qui vient se placer sur l'éminence ilio-pectinée ; la luxation ne se produit pas par un mouvement d'élévation du membre, mais bien par une rotation exagérée ; le fémur tourne sur son axe, le col de cet os

(1) Nous espérons prouver plus loin que cette objection n'est pas fondée.

décrit un arc de cercle par lequel la tête se porte en avant et en haut, et c'est la supérieure de celle-ci qui, se dirigeant en arrière, vient s'appuyer sur l'os coxal ; au moins, est-ce là ce qui ressort de l'examen de ma pièce et des symptômes observés sur mes deux autres blessés.

2e PROPOSITION. — *La tête du fémur repose sur le pubis.* — « Dans la luxation antérieure et supérieure, dit M. Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*), on professe généralement que la tête est sur le pubis, de là la dénomination de luxation sur le pubis (A. Cooper) et de luxation sus-pubienne (Gerdy). » Il y a d'abord ici une erreur anatomique que le moindre élève aurait pu rectifier : comme la tête et le col de l'os s'engagent dans l'échancrure ilio-pubienne, le fémur n'est pas même en contact avec le pubis ; il repose sur le bord antérieur de l'ilium, et la luxation devrait s'appeler iliaque antérieure ; mais ses rapports me paraissent mieux caractérisés en la nommant, comme l'échancrure par laquelle elle se fait, ilio-pubienne.

Nous ferons d'abord remarquer que si la tête et le *col de l'os s'engagent dans l'échancrure, la tête ne pourra pas reposer sur le bord du cotyle, il faudra qu'elle soit de l'autre côté ;* quant à la question anatomique, il suffit pour la résoudre de prendre l'os iliaque d'un enfant, d'examiner les trois portions de l'os, non encore soudées entre elles, et de voir que l'éminence ilio-pectinée, ainsi que la partie antérieure et supérieure de la cavité cotyloïde, appartiennent au pubis, et qu'une lame cartilagineuse, placée en dehors de l'éminence, établit la séparation entre l'ilium et le pubis, et les dénominations de A. Cooper et Gerdy étaient exactes. « Nous avions simplement accepté les noms de nos devanciers. Les noms ne vous plaisent pas ? Imaginez-en d'autres, c'est un passe-temps qui ne coûte pas grand' chose. » Nous espérons bien que M. Malgaigne nous pardonnera de lui emprunter cette phrase qu'il nous adressait en 1847 : le riche doit donner aux pauvres.

3e PROPOSITION. — *La méthode de réduction par flexion et rotation est la meilleure.* — On se rappelle qu'en 1845, nous avons réduit avec la plus grande facilité, par la méthode en question, une luxation en haut et en avant ; il est vrai que ce procédé a échoué chez le blessé qui fait le sujet de notre deuxième observation ; mais l'ancienneté de la luxation rend compte de ce résultat, d'ailleurs les manœuvres ne furent pas les mêmes que celles qui m'avaient réussi.

Au reste, l'examen de notre pièce permet de se convaincre des avantages de la flexion. Nous avons vu que le col du fémur était serré dans une sorte de boutonnière dont la partie externe est constituée par une bande fibreuse appartenant à la capsule, et par le muscle psoas refoulé en dehors, tandis que la partie interne était formée par le bord de la cavité cotyloïde ; d'autre part, le bord de l'os coxal n'est nullement engagé dans l'échancrure postérieure du col du fémur comme dans une mortaise (1), et rien n'empêche la cuisse d'être fléchie. Mais on peut voir que ce mouvement a pour effet de relâcher le lambeau de capsule appliqué sur le col ; en outre, le psoas, qu'une extension de la cuisse allonge évidemment, se trouve au contraire relâché par la flexion ; en même temps, le grand trochanter sort de la cavité cotyloïde en déplissant la partie postérieure de la capsule qui contribue à remplir cette cavité.

Quand nous publiâmes notre première observation, nous ne pouvions avoir, sur l'état de la capsule et du psoas, des notions aussi certaines que celle que nous possédons aujourd'hui ; cependant nous disions : Voici par quel mécanisme nous paraît s'être effectuée la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde : en fléchissant la caisse, nous avons déterminé le relâchement du muscle psoas-iliaque, mais ce mouvement avait en même temps pour résultat d'augmenter la tension des muscles fessiers, pyramidal, jumeaux et carré de la cuisse ; par conséquent, ces muscles exerçaient, au niveau du grand trochanter, une traction qui devait agir sur la tête de l'os pour la porter en arrière et en bas vers sa cavité. (*Arch. gén. de méd.*, février 1847.)

(1) Malgaigne, *Anatom. chirurg.*

Nous pensons encore aujourd'hui que cette action des muscles trochantériens doit favoriser la réduction ; mais le relâchement des bords de l'anneau, qui étrangle le col, nous paraît constituer l'avantage le plus grand de la flexion.

Quant au procédé opératoire propre à fléchir la cuisse et à lui imprimer un mouvement de rotation en dedans, on a vu, dans le résumé de notre première observation, celui qui nous avait réussi.

Maintenant, tout en nous apprenant que la méthode a déjà été employée avec succès, dans des cas semblables aux nôtres, par L'Homme, Larrey, Devilliers, etc., M. Malgaigne dit « qu'il préfère le procédé dans lequel le chirurgien, plaçant le jarret du blessé sur son épaule, soulève la cuisse autant qu'il est nécessaire, en lui imprimant un léger mouvement de rotation en dedans, tandis qu'avec ses deux mains il presse sur la tête luxée, pour la repousser en arrière et un peu en dehors. »

C'est là une modification de détails, et nous sommes heureux d'enregistrer les faits rapportés par M. Malgaigne, puisqu'ils prouvent la bonté de la méthode que nous préconisons, et à l'appui de laquelle nous indiquerons encore une observation rapportée, dans le tome 9 du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* par M. Félix, officier de santé à Mallemort (Bouches-du-Rhône).

Quant à nous, nous n'avons pas eu l'occasion d'employer de nouveau notre procédé pour une luxation en haut et en avant ; mais nous y avons eu recours, avec un plein succès, le 23 février 1852, pour réduire, sur un homme âgé de 36 ans, une luxation en bas et en avant datant de trois jours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— On a annoncé, par erreur, que la souscription ouverte chez M. Labé, libraire, et dans les bureaux du *Moniteur des Hôpitaux*, était destinée à offrir à M. Orfila une médaille commémorative du don qu'il vient de faire. Rien n'est décidé quant à la destination de la souscription, et une médaille ne paraîtrait pas ce qu'il y a de plus convenable. Un buste de M. Orfila, placé dans le musée qui porte son nom, serait, par exemple, un souvenir plus durable et plus digne. C'est par erreur, également, qu'on a annoncé que cette souscription était ouverte exclusivement pour les étudiants. Tous les médecins sont au contraire admis à y concourir.

— L'École d'Angers, si bien partagée dans la distribution de la donation Orfila, vient de souscrire pour 150 francs pour la manifestation à faire en faveur du savant professeur.

— M. Orfila n'a pu faire son cours aujourd'hui, par suite d'une indisposition qui ne présente heureusement rien de grave.

— M. le docteur Trolliet, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, praticien des plus recommandables et des plus estimés, vient de mourir. Ses obsèques ont été célébrées dans la petite église de Saint-Augustin, au faubourg Bab-Azoun. Une foule nombreuse, et qui réunissait dans ses rangs les principaux fonctionnaires et magistrats, et l'élite de la population civile assistait à cette triste cérémonie.

— M. le docteur Foley, qui depuis onze ans exerce en Algérie, et depuis neuf ans remplit les fonctions de médecin en second de l'hôpital civil d'Alger, vient d'être nommé médecin principal de cet établissement, en remplacement de M. Trolliet, décédé. L'hôpital civil possédait un autre médecin adjoint fort distingué, M. le docteur Dru, qui conservera sans doute ses fonctions.

— L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid vient d'élire membre correspondant M. le docteur Blanchet, chirurgien des Sourds-Muets de Paris, principalement connu par ses remarquables, persévérantes et très-utiles études sur la surdi-mutité.

— Par décret impérial, en date du 9 décembre 1852, ont été nommés :

A quatre emplois de médecin principal de 1re classe : MM. Campnas, médecin à l'hôpital militaire de Barèges ; Goffres, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou ; Vital, médecin de la division des hôpitaux de Constantine ; Warmé, médecin des hôpitaux de la division d'Alger ;

A dix emplois de médecin major de 1re classe : MM. Heitz, du 4e de chasseurs ; Lacronique, du 67e de ligne ; Cesti, du 2e de la légion étrangère ; Mignot, du 11e de dragons ; Valette, médecin de l'hôpital militaire de Metz ; Meunier, médecin des hôpitaux de la division d'Alger ; Habaiby, médecin du 2e de carabiniers ; Bessèdes, du 60e de ligne ; Dussourt, médecin des hôpitaux de la division d'Alger ; Duroutgé, du 3e de ligne.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 12. 1re année. Jeudi, 27 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : SÉANCES DES ACADÉMIES. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — CLINIQUE DES HOPITAUX : Hôpital de la Charité. Des principes généraux de la médecine. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON : Rapport sur le magnétisme animal, par J.-S. BAILLY. (*Suite.*)

Paris, le 26 janvier 1853.

Séances des Académies.

M. Bouvier a fait hier tous les frais de la séance de l'Académie de médecine, car on ne peut guère compter dans un ordre du jour académique les sacrifices de remèdes secrets que fait périodiquement M. Bouchardat, ni l'incident du comité secret qui appartient plutôt au domaine de la chronique qu'à celui du premier-Paris. Pour être complétement sévère, il faut même faire ses restrictions sur le travail même de M. Bouvier, sur la première partie du moins.

Certes, nous ne serions pas juste si nous taisions le plaisir que nous a fait éprouver la lecture du savant académicien, l'intérêt véritable que nous y avons pris ; et cependant, malgré ce plaisir, malgré cet intérêt, nous n'oserions pas dire que cette lecture fut véritablement à sa place dans l'enceinte de la rue des Saints-Pères. Est-ce exigence outrée d'un critique, est-ce sentiment vrai des convenances académiques ? c'est ce que nous n'oserions pas décider, dans la crainte de tomber en erreur, et surtout de mal récompenser un travail qui a dû coûter beaucoup de recherches à M. Bouvier, qui, en définitive, a été écouté avec une attention soutenue, et qui se distingue, outre l'érudition, par un véritable mérite de rédaction.

Dans ces conclusions, moins heureusement rédigées que le reste du mémoire, M. Bouvier a trop bien résumé la première partie de ses recherches pour que nous ayons besoin d'y insister longuement ; on voit, par ces conclusions, que M. Bouvier a fait l'historique de la partie du vêtement de la femme qui couvre le thorax, depuis la ceinture de Vénus jusqu'aux élégants corsets des femmes de nos jours. Tout nous porte à croire que cet historique est exact ; mais nous croyons inutile de porter, à cet égard, nos convictions plus loin. Nous ajouterons deux seules réflexions aux lignes qui précèdent :

La première, ce sera pour féliciter M. Bouvier de la partie plus académique de son travail, dans laquelle il a relevé l'erreur de la plupart des anatomistes contemporains, qui attribuent à l'usage des corsets la forme en baril du thorax des femmes, tandis qu'il est démontré que cette forme est réellement naturelle aux deux sexes.

La seconde réflexion, au contraire, aura pour objet de reprocher à M. Bouvier la trop grande sévérité qu'il a montrée envers ses confrères, en les accusant de proscrire, presque d'une manière absolue, comme très-nuisible à la santé, l'usage des corsets. M. Bouvier n'aurait eu qu'à consulter tous ses collègues qui ont des femmes ou des filles,

FEUILLETON.

Rapport sur le magnétisme animal,

Par J.-S. BAILLY, *premier président de l'Assemblée constituante.*

(Suite.)

La vérité n'a pas seule le privilége de rendre les hommes passionnés. Telle était la légitime conséquence de ces revues. Je me demande maintenant si, en s'attachant à remettre cet aphorisme en lumière, l'avocat passionné du mesmérisme faisait preuve d'habileté !

Mettons, messieurs, mettons à l'écart toutes ces attaques personnelles, toutes ces récriminations contre une science et ses desservants, qui, malheureusement, n'avaient pas réussi à rétablir la santé très-altérée du magistrat morose. Que restera-t-il dans sa brochure ? Deux chapitres, deux chapitres seulement, où le Rapport de Bailly est examiné sérieusement. Les commissaires médecins et les membres de l'Académie n'avaient vu, dans les effets réels du mesmérisme, que des produits de l'imagination. « Quelqu'un, s'écrie à ce sujet le célèbre magistrat, qui entendrait parler « de cette proposition, croirait, avant de lire le rapport, que les commis- « saires ont traité et guéri, ou considérablement soulagé par l'imagination, « de grosses tumeurs, des obstructions invétérées, des gouttes sereines, de « bonnes paralysies. » Servan admettait, en effet, que le magnétisme avait opéré les cures les plus merveilleuses. Mais là était toute la question. Les guérisons admises, le reste coulait de source.

Ces guérisons, pour incroyables qu'elles fussent, devaient être admises, dit-on, quand de nombreux témoins en certifiaient la vérité. Est-ce par hasard que les attestations manquèrent aux miracles du cimetière Saint-Médard ? Le conseiller au parlement Montgeron n'a-t-il pas consigné, dans trois gros volumes in-4°, les noms d'une multitude d'individus qui garantissaient, sur leur honneur d'illuminés, que la tombe du diacre Pâris avait rendu la vue à des aveugles, l'ouïe à des sourds, la force à des paralytiques ? qu'elle guérit, en un clin d'œil, des rhumatismes goutteux, des hydropisies, des épilepsies, des phthisies, des abcès, des ulcères, etc. ? Ces attestations, quoique plusieurs émanassent de personnes distinguées, du chevalier Folard par exemple, empêchèrent-elles les convulsionnaires de devenir la risée de l'Europe ? Ne vit-on pas la duchesse du Maine elle-même rire d'une de leurs prouesses dans ce couplet spirituel :

Un décrotteur à la royale,
Du talon gauche estropié,
Obtint pour grâce spéciale,
D'être boiteux de l'autre pié.

L'autorité, poussée à bout, ne fut-elle pas obligée d'intervenir au moment où la multitude allait pousser la folie jusqu'à essayer de ressusciter des

et ils sont, grâce à Dieu, assez nombreux à l'Académie, pour s'assurer qu'en entreprenant une croisade en faveur des corsets, il allait s'exposer à prêcher des convertis.

— L'Académie des sciences n'a entendu, en fait de communications médicales, qu'une lecture de M. Deleau, qui aurait pu avoir de l'intérêt, si elle avait eu pour base des faits plus nombreux et plus concluants.

MM. Becquerel et Vernois ont aussi adressé à l'Académie le premier exemplaire du travail envoyé le lendemain à l'Académie de médecine. H. DE CASTELNAU.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

Conséquences de la lésion. Dans six de nos dix cas, la réunion immédiate a eu lieu à peu près complète, après que la réduction du testicule hernié eut été faite; dans quatre cas, dont deux avaient nécessité l'excision de quelques lambeaux du scrotum, la suture avait été sagement faite; et dans deux, on avait cru devoir se contenter de bandelettes. Réponse bien directe à cette série d'erreurs que l'on met en avant, pour se dispenser d'accepter en principe et en application la réunion immédiate dans certaines régions, telles que le scrotum, par exemple, — que les plaies du scrotum sont trop disposées à la gangrène, qu'elles ne se réunissent pas, etc...., toutes assertions parfaitement contraires aux faits observés.

Dans un cas, celui du docteur Gaston, on ne tenta pas la réunion, et pour cause; la guérison fut complète après suppuration, au bout de 35 jours, sans aucun accident.

Dans un cas, celui de M. Voillemier, la réunion aurait été tentée, mais partielle seulement, et par suite dans de mauvaises conditions; la cicatrisation dut se faire après suppuration, et, malgré la complication d'une diarrhée intercurrente, la guérison se fit en un mois. Au reste, voici l'observation telle que l'a donnée M. Foucart, elle nous intéresse d'ailleurs à ce point de vue qu'elle a servi de point de départ à l'étude que nous pouvons faire aujourd'hui.

7e *Observation.* — *Hernie traumatique récente du testicule;* observation prise par M. Foucart, dans le service de M. Voillemier, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 593.

Un homme de 25 ans est entré, vers la fin du mois de septembre dernier, dans le service de M. Voillemier, à l'hôpital des Cliniques, ayant au scrotum une plaie qui datait de deux jours. Le blessé explique l'accident d'une manière peu acceptable; il prétend qu'il a été dû à ce qu'il s'est assis par mégarde sur un instrument tranchant (or, la plaie est en avant); il prétend, du reste, que la douleur a été si vive, qu'il a perdu connaissance, et donne des renseignements très-incomplets.

A son arrivée à l'hôpital, on constate l'existence d'une plaie de trois à quatre centimètres de longueur, linéaire, nette, perpendiculaire à la direction du cordon, située à la partie antérieure gauche du scrotum, à deux centimètres environ au-dessus du point que devrait occuper le testicule. Ce dernier organe est sorti du scrotum, à travers la plaie, aux lèvres de laquelle il adhère par des brides celluleuses qui s'opposent à la réduction; il est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, et a été accompagné au dehors par une partie de ses enveloppes, car, en le regardant attentivement, on distingue à sa surface des fibres du crémaster disposées en anse. Le cordon paraît sain.

Le lendemain, M. Voillemier trouve que la surface du testicule qui, la veille, était lisse et nette, présente un peu de suppuration, et l'aspect des fibres musculaires n'est plus aussi manifeste. Son premier soin est de faire rentrer l'organe hernié. Il commence par détruire, avec des ciseaux, les adhérences sur les bords de la plaie, et comme celle-ci est trop petite pour permettre la réduction, il pratique sur le scrotum une incision longitudinale tombant à angle droit sur la plaie déjà existante. Le testicule est alors replacé, et les plaies sont réunies par deux points de suture, en prenant la précaution de laisser une petite ouverture à la partie inférieure, pour l'écoulement du pus.

Il est survenu quelques accidents inflammatoires et une diarrhée chez ce blessé, qui était d'une constitution faible et lymphatique. Cependant la cicatrisation a bientôt commencé, et, au bout d'un mois, l'individu est sorti en très-bonne voie de guérison, ne présentant plus qu'un très-petit point de la plaie non encore fermé. Le testicule était complétement réintégré, et seulement un peu plus volumineux que du côté opposé.

Dans un autre cas, celui de M. Ollivier, on ne prit pas la précaution si nécessaire de resséquer les portions déjà sphacélées du scrotum, avant de pratiquer la suture par-dessus le testicule réduit. Il en résulte nécessairement ce qui est arrivé, c'est-à-dire que les escarres se détachant, laissèrent de nouveau l'un des testicules à découvert, ce qui ferait dès lors rentrer ce cas plutôt dans notre second chapitre que dans le chapitre actuel. Voici cette observation, un peu brève, malheureusement.

8e *Observation*, par M. Clément Ollivier (d'Angers), *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 201, extrait de la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, 1847.

Un jeune homme de 20 ans tomba du haut d'un arbre sur le sommet d'un échalas pointu qui lui traversa le scrotum et le déchira en deux lambeaux; le blessé s'en retourna cependant à pied chez lui. M. Ollivier appelé trouva les deux testicules à nu (qu'est-ce que cela veut dire, accompagnés chacun de ses enveloppes propres, ou bien sortis hors des tuniques vaginales?), et le scrotum irrégulièrement déchiré et sphacélé sur plusieurs points. Les testicules furent lavés avec du vin miellé, remis en place, et les téguments réunis par la suture.

Le lendemain, une large portion mortifiée du scrotum se détacha, et le testicule gauche resta entièrement à découvert. Ne pouvant plus penser à obtenir le rapprochement des lambeaux, on pansa avec du cérat. Une suppuration de bonne nature s'établit; des bourgeons charnus apparurent sur le testicule lui-même.

---

morts? Ne se souvient-on pas, enfin, de ce distique si plaisant, affiché dans le temps sur la porte du cimetière de Saint-Médard :

De par le roi, défense à Dieu
D'opérer miracle en ce lieu !

Servan pouvait le savoir mieux que personne; en matière de témoignage et sur des questions de faits complexes, la qualité doit toujours l'emporter sur la quantité; ajoutons que la qualité ne résulte ni de titres nobiliaires, ni de la richesse, ni de la position sociale, ni d'un certain genre de célébrité. Ce qu'il faut chercher dans un témoin, c'est le calme de l'esprit et de l'âme; ce sont des lumières; c'est une chose bien rare, malgré le nom qu'elle porte, *le sens commun;* ce qu'il faut redouter, surtout, c'est le goût inné de certaines personnes pour l'extraordinaire, le merveilleux, le paradoxal. Servan ne s'est nullement souvenu de ces préceptes dans la critique qu'il a faite de l'œuvre de Bailly.

Nous l'avons déjà remarqué, les commissaires de l'Académie et de la Faculté ne prétendirent pas que les réunions mesmériennes eussent été toujours sans effet. Ils virent seulement dans les crises de simples produits de l'imagination; aucune sorte de fluide magnétique ne se révéla à eux. Je vais prouver que l'imagination a, de même, enfanté toute seule la réfutation que Servan a donnée de la théorie de Bailly. Vous niez, s'écrie M. l'avocat général, vous niez, messieurs les commissaires, l'existence du fluide auquel Mesmer a fait jouer un si grand rôle ! Moi, je soutiens, non-seulement que ce fluide existe, mais encore qu'il est l'intermédiaire à l'aide duquel toutes les fonctions vitales sont excitées; j'affirme que l'imagination est un des phénomènes engendrés par cet agent; que sa plus ou moins grande abondance dans tel ou tel de nos organes peut changer totalement l'état intellectuel normal des individus.

Tout le monde convient qu'un afflux trop prononcé du sang vers le cerveau produit un alourdissement de la pensée. Des effets analogues ou inverses pourraient évidemment être occasionnés par un fluide subtil, invisible, impondérable; par une sorte de fluide nerveux, ou de fluide magnétique, si on le préfère, qui circulerait dans nos organes. Aussi les commissaires se gardèrent-ils bien de parler à ce sujet d'impossibilité. Leur thèse était plus modeste : ils se contentaient de dire que rien ne démontrait l'existence d'un semblable fluide. L'imagination ne joua donc aucun rôle dans leur Rapport, elle fit au contraire tous les frais de la réfutation de Servan.

Une chose beaucoup moins prouvée encore, s'il est possible, que toutes celles dont nous venons de parler, c'est l'action que le fluide magnétique de l'individu magnétisant aurait exercée sur le fluide de l'individu magnétisé.

Dans le magnétisme proprement dit, dans celui que les physiciens ont étudié avec tant de soin et de succès, les phénomènes sont constants. Ils

Au bout de deux mois, la perte de substance était entièrement réparée.

Cette observation a pour nous un grand intérêt. Elle nous montre, d'abord, ce que les faits observés à la suite des opérations d'hydrocèle par excision, que nous avons signalés dans l'historique, avaient prouvé déjà, ce qui a eu lieu aussi dans le fait du docteur Gaston : c'est que lorsque le testicule est mis à découvert et reste quelque temps ainsi, sa surface, c'est-à-dire la surface de la tunique albuginée, se recouvre de bourgeons charnus. Elle nous montre de plus que cette tumeur, tout à fait analogue à ce qu'on avait appelé fongus bénin du testicule, traitée par le repos et un pansement avec le cérat, guérit très-bien par cicatrisation dans une période de deux mois au plus, absolument comme les prétendus fongus testiculaires dont on se figure avoir accéléré la cure par des applications mercurielles ou par des excitants, des astringents ou des escarrotiques. Il manque malheureusement beaucoup de détails, en particulier la description de la cicatrice définitive. Ceci est compensé par l'observation suivante.

Le 10e cas enfin, que nous avons réservé pour la fin, est le plus intéressant de tous et mérite qu'on le lise avec attention.

9e *Observation.* — *Hernie traumatique ancienne du testicule*, publiée sous le titre de *fongus*, par Serre, de Montpellier, dans les *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1826, t. 2, p. 192.

Un homme de 35 ans se présenta à l'hôpital Saint-Éloi, à la consultation de M. Serre, en septembre 1824. Huit jours auparavant, il s'était donné un coup de rasoir sur le scrotum, et malgré cette plaie, il continua à travailler.

Il portait, au côté droit du scrotum, une tumeur du volume d'une petite orange, rouge, d'un aspect granuleux, résistante, très-sensible à la pression. (Était-ce réellement bien sensible, d'après la nature de la douleur indiquée plus loin?) La portion par laquelle la tumeur adhérait au scrotum dépassait de plusieurs lignes l'ouverture à travers laquelle elle s'était frayé passage, et formait une espèce de bourrelet qu'on ne détachait qu'avec peine de l'enveloppe testiculaire. En palpant avec soin le testicule du même côté, on n'en sentait qu'une partie entièrement adhérente à la tumeur extérieure, ce qui pouvait faire supposer que cet organe avait abandonné sa place normale pour constituer la tumeur qu'on voyait au dehors ; la nature des douleurs, l'examen attentif des parties, déposaient en faveur de cette opinion. Le cordon était notablement engorgé ; douleurs dans les reins du même côté, nausées fréquentes, température du corps élevée, pouls fébrile, soif vive.

Delpech, dans le service duquel l'individu fut placé, agrandit en haut et en bas l'ouverture du scrotum, et réduisit le testicule, mais sans faire de sutures ; repos absolu, cataplasmes. La réduction de la tumeur devint de jour en jour plus apparente, et les deux incisions se cicatrisèrent à mesure que le testicule rentra. Guérison complète en quinze jours.

Si quelqu'un pouvait douter encore de la nature de ce qu'on a décrit sous le nom de fongus bénin du testicule, et penser que ce n'est peut-être pas le testicule lui-même sorti au dehors avec sa tunique albuginée intacte ou se couvrant seulement de quelques granulations, — certes, voici un fait propre à désiller les yeux des personnes les plus prévenues ; au reste, nous aurons surabondance de preuves. Ici, pas de doutes sur l'origine de la lésion : c'est un coup de rasoir sur le scrotum, huit jours auparavant, qui a été suivi d'une hernie du testicule, comme dans les cas précédents ; la lésion n'étant pas traitée, bien au contraire, puisque le blessé continuait à travailler (l'individu de l'observation précédente de M. Ollivier avait été tenu au lit, ce qui avait suffi pour prévenir la formation d'une hernie persistante), le testicule reste à l'extérieur, exposé à tous les frottements et tendant à tomber par son poids ; il se couvre de granulations, et forme une tumeur identique à celle des fongus bénins. L'identité est si grande, que Serre, qui ne paraissait pas connaître ce qui avait été fait jusqu'alors sur la question, raconte, sous le titre commun de fongus, ce fait et un autre qui lui fait suite, sans en saisir toutefois la haute valeur ; or, le second fait rapporté ci-après est relatif à un vrai fongus bénin, sans discussion possible, et l'identité est telle que Serre s'empresse de la faire ressortir.

Ainsi, en huit jours de temps, lorsqu'un testicule hernié reste à l'extérieur, la tunique albuginée est entièrement recouverte de granulations. Cela prouve que si celles-ci se développent en général difficilement, restent comme rabougries, sur une surface aussi peu favorable à leur expansion que la dure et fibreuse tunique albuginée, cependant, elles apparaissent assez vite. Nous pourrions citer à l'appui, d'ailleurs, les cas où le testicule sort à la suite de l'opération de l'hydrocèle par incision ou excision, que nous avons déjà mentionnés et que nous rappellerons encore et sans sortir de notre question actuelle ; le cas du docteur Gaston, où la cicatrice se fit assez rapidement sur la surface du testicule ; le fait précédemment cité de M. Ollivier, où les bourgeons charnus apparurent sur le testicule lui-même, et enfin le fait que nous allons rapporter, de M. Pichot, sans compter les nombreuses considérations éparses dans ce travail.

En résumé, sur nos dix cas : deux, celui de Gaston et celui de Serre, sont exceptionnels ; dans le cas de M. Ollivier, on réunit sans tenir compte des portions déjà mortifiées, et l'on ne devait pas réussir ; dans tous les autres cas, celui de M. Voillemier excepté, la cicatrisation immédiate s'est faite à peu près complétement.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Piorry.

Des principes généraux de la médecine.

Un médecin bien connu de vous, autant par ses travaux scientifiques, que par les leçons si brillantes qu'il faisait tout récemment encore à l'école comme professeur de thérapeutique, M. Trousseau vous a dit à l'inauguration de sa chaire de clinique

---

se reproduisent exactement sous les mêmes conditions de forme, de durée et de quantité, quand certains corps mis en présence se retrouvent exactement dans les mêmes positions relatives. C'est là le caractère essentiel, nécessaire de toute action purement matérielle et mécanique. En était-il ainsi des prétendus phénomènes du magnétisme animal? En aucune manière. Aujourd'hui, la crise naissait en quelques secondes ; le lendemain, il fallait des heures entières ; un autre jour enfin, les circonstances restant les mêmes, l'effet était absolument nul. Tel magnétisme exerçait une vive action sur certain malade, et était absolument sans puissance sur un malade différent, lequel, au contraire, entrait en crise dès les premiers gestes d'un second magnétiseur. Au lieu d'un ou de deux fluides universels, il fallait donc, pour expliquer les phénomènes, admettre autant de fluides distincts et sans cesse agissants, qu'il existe dans le monde d'êtres animés ou inanimés.

La nécessité d'une pareille hypothèse renverserait évidemment le mesmérisme jusque dans ses fondements ; les illuminés n'en jugèrent pas ainsi. Tous les corps devinrent des foyers d'émanations particulières, plus ou moins subtiles, plus ou moins abondantes et plus ou moins dissemblables. Jusque-là, l'hypothèse trouva peu de contradicteurs, même parmi les esprits rigides ; mais bientôt ces émanations corporelles individuelles furent douées, les unes relativement aux autres, sans la moindre apparence de preuves, soit d'un grand pouvoir d'assimilation, soit d'un antagonisme prononcé, soit enfin d'une complète neutralité ; mais l'on prétendit voir dans ces qualités occultes les causes matérielles des affections les plus mystérieuses de l'âme : oh ! alors le doute dut légitimement s'emparer de tous les esprits à qui la marche sévère des sciences avait enseigné à ne point se payer de vaines paroles. Dans le système singulier que je viens de rappeler, lorsque Corneille disait :

> Il est des nœuds secrets, il est des sympathies,
> Dont par les doux rapports les âmes assorties,
> S'attachent l'une à l'autre....

lorsque le célèbre jésuite espagnol Balthazar Gracian parlait *de la parenté naturelle des esprits et des cœurs*, ils faisaient allusion l'un et l'autre, et assurément sans le soupçonner, au mélange, à la pénétration, au *croisement* facile de deux atmosphères.

« Je ne t'aime pas, Sabidus, écrivait Martial, et je ne sais pourquoi : « tout ce que je puis te dire, c'est que je ne t'aime pas. » Les mesmériens auraient facilement levé les doutes du poëte. Si Martial n'aimait pas Sabidus, c'est que leurs atmosphères ne pouvaient s'entremêler sans donner lieu à une sorte de tempête.

Plutarque nous apprend que le vainqueur d'Arminius tombait en défaillance *à la vue* d'un coq. L'antiquité s'étonna de ce phénomène. Quoi de plus simple, cependant : les émanations corporelles de Germanicus et du coq exerçaient l'une sur l'autre une action répulsive.

médicale. « La médecine n'est point une science, c'est un art. » Assurément un tel langage a dû vous surprendre. Quant à nous, qui avons consacré toute notre vie à la défense de la médecine organique, nous qu'on a si souvent accusé de l'avoir poussée jusque dans ses derniers retranchements, nous n'avons pu qu'être profondément affligé de voir appliquer tout simplement le nom d'art à une aussi belle science.

Voyons donc ensemble si c'est en effet l'art ou bien la science qui doivent guider le médecin au lit du malade.

Et d'abord qu'est-ce que l'art, qu'est-ce que la science ? Expliquons-nous par des exemples.

Les mathématiques pourraient mériter une place à part comme étant la mesure de la scienee plutôt que la science proprement dite. J'accorde cependant qu'on mette les mathématiques au rang commun des sciences : est-ce que l'art ne vient jamais s'y mêler à la science? Quand, par exemple, Leverrier sut deviner par le calcul la comète qui porte son nom, combien d'autres avant lui qui avaient calculé, mais sans rien découvrir; ce calcul de Leverrier, ce fut donc véritablement de l'art en même temps que de la science.

La botanique est bien une science : cependant sa partie utile n'est-elle pas en grande partie composée d'hypothèses à l'endroit de la physiologie des végétaux et de leurs propriétés salutaires ou si nuisibles? Et la classification botanique de Linnée, celle de Jussieu, etc., n'est-ce point là encore de l'art?

La peinture, envisagée d'un certain côté, est un art; mais laissez l'art tout seul et enlevez-lui la science; enlevez, par exemple, la perspective à la peinture, et vous n'aurez plus rien à envier aux tableaux des Chinois.

Quand Perrault, de médecin distingué (n'en déplaise à Boileau) devenant un habile architecte, dressa la colonnade du Louvre, fut-ce donc là l'œuvre d'un simple artiste ? ne fut-ce pas bien plutôt encore l'œuvre d'un savant? Sans le calcul, sans la science, point de bonne architecture; et quand on a mal calculé les bases qui doivent supporter le dôme du Panthéon, il menace de s'écrouler, mais vient la science qui l'arrête dans sa chute. De quelque côté qu'on se tourne, partout on rencontre l'art et la science fraternisant ensemble : seulement ici c'est l'un qui domine et là c'est l'autre.

De même, la médecine n'est ni complétement une science ni complétement un art. L'art et la science doivent ici comme ailleurs se prêter un mutuel concours; mais, à coup sûr, celui-là qui aurait seulement de la science au lit du malade, serait moins dangereux que celui qui aurait seulement de l'art.

Le médecin véritable doit être savant avant d'être artiste. C'est une raison solide qui doit être la base de tout le reste; devant cette raison l'art doit s'incliner, et c'est elle qui souvent devra être le point de départ de l'art.

Ne sortons point des faits que vous avez observés aujourd'hui dans ce service de clinique, et voyons un peu quel est dans chacun d'eux le domaine de l'art et quel est celui de la science.

Au n° 2 de la salle Sainte-Anne est une femme âgée de 30 ans, mais qui paraîtrait plutôt en avoir 50 ou 60. Cette femme est nouvellement arrivée à Paris. Depuis cette époque, elle a éprouvé des privations de toute sorte, et la pauvreté de son logement n'a d'égale que la pauvreté de sa nourriture. Ajoutons que, depuis trois semaines environ, son mari, qui partageait sa misère, est entré dans nos salles vers le quinzième jour d'une fièvre typhoïde des plus intenses. L'expérience des autres, notre expérience propre nous apprennent que les conditions où se trouve cette femme sont précisément celles où se rencontre le plus ordinairement l'iléospilosie. Peu de temps avant l'entrée de son mari à l'hôpital, elle s'était trouvée prise tout d'un coup par un grand dévoiement et avait maigri à vue d'œil. Actuellement il y a encore douze selles liquides dans les vingt-quatre heures; l'amaigrissement est extrême; il n'y a pas de matières dans l'intestin; le cœur est très-petit, le foie également; la masse générale du sang est si minime, que le pouls cesse presque complétement de battre quand on élève le bras de la malade. Voilà ce que nous trouvons en nous traînant terre à terre ou d'organe à organe, c'est la même chose suivant ces messieurs. Il s'agit évidemment ici d'une fièvre typhoïde des auteurs arrivée à une époque déjà fort avancée, c'est-à-dire où les ulcérations des plaques de Peyer sont voisines de la cicatrisation. Que fera l'art? que fera la science? — Relativement d'abord à l'empoisonnement général de l'économie, l'art jusqu'ici n'a rien fait. Espérons qu'il fera quand un grand génie sera venu pour donner des règles. Mais en attendant, la science nous a appris que contre les grands empoisonnements internes, l'air et l'eau sont les deux grands moyens thérapeutiques, et ce peu de chose est déjà bon à savoir. L'état anatomique de l'intestin, voilà ce qui a le plus frappé nos confrères; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'ils aient rien fait contre cet état. Quant à nous, hommes de science avant tout, l'analogie nous a conduits à traiter, autant que possible, les ulcérations des plaques de Peyer comme le chirurgien traite les plaies extérieures : en conséquence, nous donnons des boissons adoucissantes, nous évacuons les fèces par des purgatifs quand il y a lieu, et nous prescrivons presque toujours de légers aliments comme un cataplasme moins irritant pour l'intestin que la bile et les matières putrides.— Nous avons dit que chez notre malade le cœur était très-petit, le foie également, et que la masse du sang était considérablement diminuée, d'autres se seraient contentés de dire qu'elle avait de la faiblesse. Mais quoi de plus vague? De combien de conditions différentes la faiblesse ne peut-elle pas dépendre et partant quelle variété dans la thérapeutique. Dans le cas actuel, nous organiciens,

---

L'illustre biographe de Chéronée déclare, il est vrai, que la présence du coq n'était pas nécessaire, que son *chant* produisait précisément le même effet sur le fils adoptif de Tibère. Or, le chant s'entend de fort loin; le chant aurait donc la propriété de transporter dans l'espace et fort rapidement, les émanations corporelles du roi de la basse-cour. La chose semblera peut-être difficile à croire. Moi, je trouve qu'il serait puérile de s'arrêter à une semblable difficulté : n'a-t-on pas sauté à pieds joints sur des objections bien autrement embarrassantes?

Le maréchal d'Albret fut plus mal partagé encore que Germanicus : l'atmosphère qui le faisait tomber en syncope résidait dans la tête du marcassin. Un marcassin vivant, complet, entier, ne produisait pas d'effet; mais en apercevant la tête de l'animal détachée du corps, le maréchal était comme frappé de la foudre. Vous voyez, messieurs, à quelles tristes épreuves les militaires devraient être soumis, si la théorie mesmérienne des conflits atmosphériques reprenait faveur. Il y aurait à se tenir soigneusement en garde contre un genre de ruse de guerre dont jusqu'ici personne ne s'était avisé, contre les coqs, contre les marcassins, etc., à l'aide desquels une armée pourrait être subitement privée de son chef. Il faudrait aussi éloigner du commandement « les personnages semblables à ceux « qui, dit Montaigne, fuyent la vue des pommes plus que les arquebu« sades. »

Ce n'est pas seulement entre les émanations corpusculaires des animaux vivants que les mesmériens établissaient des conflits. Ils étendaient sans hésiter leurs spéculations aux corps morts. Des anciens ont-ils rêvé que la corde de boyau de loup ne peut jamais vibrer à l'unisson de la corde de boyau d'agneau; un désaccord d'atmosphères rend le phénomène possible. C'est encore un conflit d'émanations corporelles qui explique cet autre aphorisme d'un ancien philosophe : Le son d'un tambour fait avec une peau de loup ôte toute sonorité au tambour fait avec une peau de brebis.

Je m'arrête, messieurs. Montesquieu a dit :

« Quand Dieu créa les cervelles humaines, il n'entendit pas les ga« rantir. »

En résumé, la brochure de Servan, spirituelle, piquante, écrite avec agrément, était digne, sous ce triple rapport, de l'accueil dont le public l'honora, mais elle n'ébranlait dans aucune de ses parties le travail limpide, majestueux, élégant de Bailly. Le magistrat de Grenoble avait, disait-il, rencontré dans sa longue expérience, des hommes habitués à réfléchir sans rire, et d'autres hommes qui ne demandaient qu'à rire sans réfléchir. C'est aux premiers que pensait Bailly, en composant son mémorable Rapport. Les *Doutes d'un provincial* n'étaient destinés qu'aux autres.

ARAGO.

(*La suite à un prochain numéro.*)

nous traduisons la faiblesse par le mot hypémie (moins de sang), et partant, au lieu de nous attaquer à un être de raison qu'on appelle la faiblesse, au lieu de faire de l'empirisme médical, nous donnerons une petite quantité d'aliments réparateurs à la malade. Elle a trop peu de sang, nous devons chercher à lui en refaire, c'est la science qui nous le dit. En outre, il n'y a pas de matières dans l'intestin ; voilà déjà un mois que la malade garde la diarrhée, et actuellement encore elle a jusqu'à douze selles liquides par jour. Ces selles, que sont-elles en grande partie, sinon des mucosités formées aux dépens même du sang? Il importe donc de les arrêter, et loin d'imiter ces médecins qui adoptent les purgatifs comme méthode générale de traitement dans la fièvre typhoïde, nous les éviterons ici avec le plus grand soin ; loin de provoquer la diarrhée, nous la combattrons de toutes nôs forces et nous donnerons à notre malade 4 grammes de thériaque par jour, la science nous ayant appris d'un autre côté que c'est là le meilleur moyen pour arrêter l'écoulement séreux produit par l'intestin enflammé. Voilà ce qu'est la science organique appliquée au traitement des maladies, et voilà comment en médecine la raison doit toujours passer avant l'imagination. Passons outre.

Au n° 10 de la salle Sainte-Anne est une autre femme arrivée comme la première depuis peu de temps à Paris. Il y a environ deux mois, elle avait une diarrhée abondante, lorsque tout d'un coup, à la suite d'une indigestion, dit-elle, son ventre augmenta considérablement de volume en une seule nuit. Depuis, elle a toujours eu des alternatives de diarrhée et de constipation, et son ventre a conservé un volume exagéré, mais avec des alternatives de diminution et d'augmentation en rapport avec les alternatives de diarrhée et de constipation. Avec cela, il y a des maux d'estomac et souvent des coliques abdominales quelquefois très-violentes. Malgré tous ces renseignements précis, le diagnostic est encore très-peu avancé. Mais voilà qu'en percutant l'abdomen, on trouve en haut et à gauche une matité considérable en rapport avec l'existence d'une tumeur. Reste à savoir quelle est cette tumeur, et c'est ici surtout que le diagnostic a besoin d'être organique. Or, d'un côté, en percutant la région splénique, on n'y trouve point la rate. D'un autre côté, si un aide vient à soulever de bas en haut la tumeur abdominale en essayant de la ramener à la place ordinaire de la rate, la sonorité intestinale remplace, au-dessous des doigts de l'aide, la matité qu'on trouvait là avant cette manœuvre ; de plus, si, par le plessimétrisme, on trace la délinéation de la tumeur, on voit qu'elle ressemble par la forme à une rate considérablement augmentée de volume et s'étend de bas en haut, depuis les doigts de l'aide jusqu'à la limite supérieure de la région splénique. En laissant retomber la tumeur et la soulevant plusieurs fois successivement, on constate toujours les mêmes phénomènes. Évidemment il s'agit d'une rate augmentée de volume et descendue dans l'abdomen. La malade avoue d'ailleurs qu'habitant sur les bords d'un canal, elle a eu plusieurs fois des accès de fièvre, seulement elle ne les soignait pas, et l'on conçoit dès lors comment une série de petites fièvres intermittentes toujours négligées ont pu graduellement amener l'état de la rate tel que nous le trouvons aujourd'hui. Le traitement est tout clair : contre cette tumeur abdominale il faut donner du sulfate de quinine à la dose d'un gramme au moins par jour. C'est ainsi que la thérapeutique doit toujours être basée, autant que possible, sur les états organopathiques ; libre à d'autres, après cela, de faire de la thérapeutique d'intuition, si fermer les yeux de la raison est ce qu'ils appellent de l'art, nous les laissons volontiers avec leur art, et nous restons avec notre science. Voyez-vous cet homme armé d'une faux qu'il fait mouvoir aveuglément tantôt à gauche et tantôt à droite? d'un côté est la mort, d'un autre côté est le malade, tant pis si c'est le malade qui se trouve moissonné. Cet homme, c'est l'image exacte de tous ceux qui abandonnent la thérapeutique à leur imagination. Et ne croyez pas que j'exagère. L'homme dont je vais vous parler, qui ressemblait à celui-là, n'était point un médicastre obscur, c'était, au contraire, un des praticiens les plus renommés de la capitale au commencement de notre siècle. Eh bien! ce médecin, je l'ai vu plus d'une fois arrivant auprès d'un malade, s'arrêter les bras croisés comme dans l'attitude de la plus profonde méditation, puis tout d'un coup il s'écriait comme un inspiré : « Qu'on mette ici un cataplasme. » Et quelquefois le malade guérissait. Reste à savoir si c'était avec un cataplasme de pommes cuites ou avec un cataplasme de barreaux aimantés. Voilà ce que c'est que la médecine de l'inspiration, mais ce n'est certainement pas celle que vous voulez. Ce n'est pas non plus celle que peut vouloir M. Trousseau, quoiqu'il vienne de vous dire dans sa chaire de clinique : « La médecine n'est point une science, c'est un art. » Cependant il sait tout aussi bien et mieux que personne ce que vaut la science au lit du malade. Lui-même doit sa gloire à la science ; car ce n'est point parce qu'il aura été brillant orateur, parce qu'il aura joui d'une imagination féconde, que M. Trousseau passera à la postérité. Ce qui restera de lui, ce sont ses travaux sur la phthisie laryngée, sur l'hydro-thorax et l'opération de l'empyème, sur le croup et sur la trachéotomie, etc. Tous travaux éminemment scientifiques dans lesquels M. Trousseau s'est montré anatomiste distingué, et c'est même pour cela qu'il a si bien fait. Le plus grand titre de M. Trousseau à la gloire, nous aurons à le répéter, c'est comme médecin organicien. Qu'après cela sa voix éloquente vienne prodiguer l'éloge à l'école de Montpellier, entre lui et cette école, c'est une alliance qui ne peut pas durer. M. Trousseau appartient à l'école de Paris par ses travaux ; en dépit de lui-même il en est et il en restera.

La thérapeutique doit être basée, autant que possible, sur les états organopathiques. En voulez-vous encore une preuve? Je la choisirai entre mille. Il y a quelques jours, un malade se trouve pris d'une douleur intense dans le côté droit de la poitrine ; on croit cette douleur rhumatismale et on la traite en conséquence. Mais voilà que tout à coup surviennent les symptômes d'une broncho-pneumonite. Un érysipèle envahit à peu près en même temps une partie du côté malade, et au-dessus il apparaît bientôt de l'empâtement indiquant la présence d'un liquide infiltré dans le tissu cellulaire. Peut-être ce liquide est-il du pus. Le fait est que la peau ne tarde point à s'abcéder au-dessous et une quantité considérable de pus s'échappe à l'extérieur. Cependant l'état du malade empirant toujours, on m'appelle en consultation. C'était à Lille. Mon premier soin fut d'examiner si, au lieu d'un abcès purement superficiel, il n'existait point quelque chose d'analogue à l'intérieur même de la poitrine. Or, en déprimant fortement le plessimètre sur les côtes, je trouvai par cette percussion profonde une matité absolue avec défaut d'élasticité dans l'aire de la tumeur, et tout à l'entour, au contraire, de la sonorité. Il ne m'en fallait pas davantage pour croire à une pleurite partielle circonscrite par des adhérences. La respiration ne s'entendait point du reste à ce niveau. De plus, en faisant avec la main des mouvements de va-et-vient sur les côtés, on déterminait la sortie d'une certaine quantité de pus par la plaie extérieure. Enfin, un stylet boutonné, introduit à travers cette plaie, pénétra de 2 pouces dans la cavité pleurale. Le doute n'était plus permis : il s'agissait certainement d'un épanchement pleurétique circonscrit, ouvert spontanément à l'extérieur, et cela avait été deviné en quelque sorte par la percussion. Vous voyez si la percussion est une niaiserie ; et ne vous semble-t-il pas, comme à moi, que la grande niaiserie est en vérité de ne point le savoir?

Du malade de Lille, revenons à ceux que vous avez encore vus aujourd'hui dans nos salles. Nous vous avons montré quatre malades atteints, vous vous êtes dit sans doute, du mal vertébral de Pott. Sur ces quatre malades, il y a deux femmes, dont l'une est une jeune fille qui avait été guérie, il y a six mois, du même mal avec le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, mais qui, après quatre mois de guérison, est retombée par son imprudence et rentre aujourd'hui plus malade que la première fois. L'autre femme présente aussi des tubercules dans le rachis, mais à un degré beaucoup moins avancé. Le traitement pour toutes les deux devra être le phosphate de chaux et l'iodure de potassium ; de même pour l'un des hommes : mais pour l'autre c'est

tout différent. Lorsqu'il est entré dans notre service, ce quatrième malade se trouvait dans l'impossibilité de marcher, ou même de se soutenir sur son membre inférieur gauche. En explorant avec soin la région lombaire pour rechercher la cause du mal, on découvrit par la percussion, à gauche du rachis, une tumeur très-mate et très-résistante au doigt, développée surtout dans le sens transversal, et pouvant très-bien comprimer un des nerfs lombaires, de manière à produire, par l'intermédiaire du nerf lombo-sacré, une espèce de névralgie sciatique, du côté gauche correspondant. Mais cette tumeur, d'apparence osseuse, quelle est-elle? Les antécédents du malade, qui déclare avoir eu déjà plusieurs fois la vérole, firent penser qu'il pouvait bien s'agir d'une exostose syphilitique, portant sur l'apophyse transverse gauche d'une des vertèbres lombaires. Dès lors le phosphate de chaux, si utile dans le ramollissement des vertèbres, se trouvait, au contraire, formellement contre-indiqué ici, et si on ne se trompait pas, le seul traitement convenable était un traitement antisyphilitique. En effet, voilà dix jours, à peu près, que notre malade est soumis à ce traitement, et déjà la tumeur a diminué ; lui-même se trouve notablement mieux, et il commence à marcher. Vous-mêmes, qui êtes à l'âge où l'empire de l'imagination est si puissant, ne sentez-vous pas combien cette médecine scientifique, combien cette médecine fondée sur le positivisme est supérieure à celle qui ne serait qu'une médecine d'art et d'intuition.

Et ce qui est vrai pour la médecine des adultes l'est à bien plus forte raison encore pour la médecine des enfants. Chez ces petits êtres surtout, sans les moyens physiques d'exploration, ne voyez-vous pas quelle énigme le plus souvent indéchiffrable le médecin aurait à deviner? Prenons, par exemple, le croup. Depuis quand a-t-il pris place dans la science comme une maladie véritablement à part, sinon à partir du jour où la pseudo-membrane croupale a été nettement reconnue et distinguée? Et, avant cette époque, le croup n'était-il pas confondu avec tant d'autres affections du larynx et des poumons? De nos jours, si M. Bretonneau (de Tours) a inventé la trachéotomie comme la dernière ancre de salut dans cette terrible maladie, alors que la suffocation est imminente ; si M. Trousseau a cherché, par son exemple et par ses leçons, à populariser cette méthode de son maître, qu'est-ce qui les a conduits l'un et l'autre à cette pratique, sinon l'anatomie pathologique, en leur démontrant la pseudo-membrane croupale bouchant les voies aériennes ? C'est ainsi que tout ce qu'il y a de beau et de bon en médecine procède nécessairement du positivisme. Permis après cela à celui-ci d'exalter telle école, à celui-là telle autre; tous, dans la pratique, seront forcés de se réunir à une seule et même école, qui est l'école de la raison, l'école organique.

Que cependant il y ait de l'art en médecine à côté de la science, c'est ce que nous n'avons jamais prétendu nier, c'est ce que nous ne nierons jamais ; seulement nous disons que la part de l'art est infiniment moins grande que celle de la science et que d'ailleurs l'art sans la science, ce n'est rien. Voilà du moins les idées que nous nous sommes depuis longtemps acquises par la pratique; quant à vous, allez au lit du malade et comparez entre elles les différentes doctrines de vos maîtres, c'est comme cela seulement que vous pourrez vous faire une opinion solide en médecine. Loin de nous la pensée de vous détourner jamais du chemin d'aucun hôpital. Dans tous vous avez beaucoup à apprendre. Et dans le nombre, s'il en est quelqu'un qui ait des droits à votre préférence, c'est à coup sûr cet Hôtel-Dieu tant de fois illustré par les hommes les plus distingués, et notamment encore aujourd'hui par M. le professeur Trousseau.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 janvier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose d'une seul pièce, les états de vaccination d'un département.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Huile de foie de morue.

M. Personne adresse une note sur la présence de l'iode dans les huiles de foie de morue ; ses analyses ont porté sur onze échantillons sur l'origine desquels il avait des garanties à peu près certaines, il a trouvé :

Dans six échantillons, des traces de phosphore depuis 3 jusqu'à 38 millièmes.

Dans les autres échantillons ce corps n'existait pas. M. Personne pense que, dans certaines huiles, le phosphore existe à l'état d'acide phosporique, qui est lui-même à l'état alcalino-terreux.

Goître et crétinisme.

M. Chevallier fait présenter à l'Académie des documents sur le goître et le crétinisme qui lui ont été transmis, sur sa demande, par MM. Magnien et Pommiers.

Ces documents renferment :

1° Une note détaillée sur la commune de Rozières ;
2° Une note sur Senaide (Vosges), par MM. Magnien et Pommiers ;
3° Une analyse des eaux de Rozières, par M. Pommiers ;
4° Une analyse des eaux de Senaide, par le même.

Dans la lettre d'envoi, M. Chevallier dit avoir acquis la conviction que le goître est moins fréquent qu'il y a 40 ans dans le département de la Haute-Marne.

Composition du lait.

M. Bouchardat dépose sur le bureau un travail de MM. Becquerel et Vernois, intitulé : *De la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, et Recherches nouvelles sur la composition du lait chez la vache, l'ânesse, la chèvre, la jument, la brebis, la chienne.*

Les auteurs résument ainsi eux-mêmes ce travail très-étendu, qui contient des recherches très-nombreuses, dont plusieurs originales.

Malgré toutes les recherches qui ont été entreprises jusqu'ici sur la composition du lait, il nous a semblé qu'une nouvelle étude était encore une chose utile. C'est l'histoire elle-même de cette partie de la science qui nous y a conduit. On peut, en effet, rapporter les travaux publiés à ce sujet à trois époques différentes, et les caractériser ainsi: Dans la première, observation grossière de la constitution extérieure du lait; constatation de faits dans lesquels ce qu'on appelle, sans plus de détails, un mauvais lait, a été considéré comme cause de maladie. Dans la seconde, observation plus intime des caractères physiques, grâce à l'emploi du microscope. Dans la troisième, enfin, perfectionnement de l'étude micrographique et de l'analyse chimique ; et, à une époque toute récente, observation des caractères optiques du sérum.

Nous n'avons eu pour but, dans ce travail, que l'étude de la composition chimique du lait. Nous acceptons, comme vrais et démontrés, les résultats obtenus par tant de naturalistes et de médecins distingués dont les recherches sont généralement connues ; mais, en rendant justice aux travaux des savants qui se sont surtout occupés de la question chimique, il nous a été impossible, soit de vérifier, soit d'accepter les faits tels qu'ils sont consignés dans la science. En effet, quand on vient à comparer entre elles, toutes les analyses publiées jusqu'à ce jour sur le lait de la femme, de la vache, de l'ânesse, etc., etc., on est frappé de ce fait, qu'aucun résultat ne se ressemble et que des différences énormes se remarquent à chaque instant. Les variations sont telles qu'elles doivent dépendre surtout du procédé d'analyse employé, et, ce qui complique alors la difficulté pour celui qui se livre à cette étude, c'est que la plupart des auteurs n'indiquent pas leur *mode de faire*, ou que, dans le cas où il est décrit, on ne peut plus, dans le laboratoire, retrouver les mêmes produits ; la plupart du temps aussi, un nombre suffisant de faits ont manqué aux auteurs, et ce qu'ils ont posé comme règle générale, d'après *quelques* observations, n'est plus qu'une exception quand on multiplie les expériences. Ajoutons encore qu'il n'est aucun auteur, ancien ou moderne, qui ait, d'après un procédé uniforme et sur une quantité considérable de faits, analysé le lait dans la série animale de huit à dix espèces principales.

Notre but a donc été bien simple : Imaginer un procédé d'analyse du lait, — ou perfectionner les indications déjà publiées sur ce sujet, et appliquer ce procédé d'analyse à l'étude du lait dans l'état de santé et dans l'état de maladie de la femme et des principales espèces domestiques.

Voici ce procédé :

On se procure à peu près 60 grammes de lait que l'on divise en deux parties égales ; on fait dessécher, dans une étuve, les 30 premiers grammes, à une température qui ne dépasse pas 60 ou 80 degrés ; — on pèse le résidu, la différence entre son poids et le poids primitif donne la quantité d'eau ; le poids du résidu indique la quantité de matières solides ; le résidu solide est traité par l'éther, de façon à donner le poids des matières butyreuses. Reste à connaître le poids de la caséine, du sucre, des matières extractives et des sels. L'incinération dans une capsule de platine isole de suite ces derniers. Les 30 autres grammes vont servir à terminer l'opéra-

tion; on les coagule à l'aide d'une goutte ou deux de présure et d'acide acétique, on filtre et on soumet le sérum au polarimètre, le degré de déviation du rayon polarisé donne, au moyen d'une table construite à l'avance, la proportion exacte du sucre de lait. Tous les éléments du lait étant alors connus, sauf la caséine, il suffit de soustraire du poids total des éléments solides la somme de ceux qui sont obtenus pour avoir le poids recherché. On a ainsi évité toutes les difficultés attachées à l'extraction directe de la caséine. Elle reste unie seulement aux *matières extractives;* mais la nature à peu près complétement indéterminée de ces matières ne trouble pas l'exactitude des résultats.

Parmi les observations nombreuses que nous avons recueillies, nous en avons choisi 89, entièrement uniformes et complètes, au point de vue des questions que nous voulions résoudre. Elles nous ont servi à établir la composition physiologique du lait, qui elle-même est devenue le point de comparaison de toutes nos analyses, dans les divisions que nous avons successivement étudiées. C'est ainsi que nous avons pu donner la composition du lait, selon l'âge de la nourrice, de 15 à 45 ans, selon l'âge du lait lui-même, de 1 jour à 15 jours (jour par jour), et de 1 mois à 24. Nous avons ensuite passé en revue les influences déterminées par la constitution, par l'état des seins, par la primi ou la multiparité, — par la menstruation (sa suspension, son retour, sa présence spéciale), — par l'alimentation, bonne ou médiocre, — par la quantité du lait, — par le séjour dans les mamelles, etc., etc.

Ces analyses sont suivies d'un chapitre qui contient les conséquences générales de notre travail, dans l'état de santé et les conséquences pratiques sur le choix d'une nourrice, etc., etc., qui en découlent. En voici les principaux résultats :

A l'état normal, le lait de la femme donne, pour 1,000 grammes :

Eau	889,08
Parties solides	110,92
Sucre	43,64
Caséum et matières extractives	39,24
Beurre	26,66
Sels (par incinération)	1,38
La densité est de	1032,67

Les éléments sont ici rangés dans l'ordre de leur importance. — L'âge de la nourrice n'apporte pas en général de modification sensible dans la densité, le poids de l'eau et des parties solides. Une différence réelle n'existe qu'aux points extrêmes.

Il y a, dans le lait des nourrices de 15 à 20 ans, plus de parties solides que dans celui des nourrices de 35 à 40.

L'état colostral augmente notablement la quantité de beurre.

La composition du lait, dans la constitution *faible*, reste à peu près normale. Dans la *forte*, le poids des parties solides diminue.

Chimiquement parlant, le lait des nourrices primipares se rapproche davantage de la moyenne physiologique que celui des nourrices multipares.

La gestation, vers sa fin, augmente la quantité des éléments solides du lait. Au début, elle n'altère pas sa composition.

La présence des règles diminue la densité, le poids de l'eau et du sucre. Elle augmente considérablement le poids des parties solides. — C'est le caséum surtout qui profite de cet excès.

Le lait des femmes à cheveux noirs l'emporte sur celui des femmes à cheveux blonds.

L'alimentation médiocre laisse introduire trop d'eau dans le lait. Les éléments principalement frappés sont le beurre et le caséum.

Les excès de beurre ou de caséum accompagnent toujours un mauvais état de santé des nourrissons.

La 1re et la 2e traite chez la femme ne donnent pas lieu aux différences signalées chez la vache, la chèvre, etc., etc.

Il y a des femmes beurrières et des femmes fromagères, c'est-à-dire des femmes dans le lait desquelles, en dehors de toute cause connue et spécifiée, il y a constamment excès de caséum ou excès de beurre.

On peut composer artificiellement du lait de femme.

La seconde partie de notre travail est consacrée à l'étude du lait dans l'état de maladie. Elle est basée sur 46 cas morbides, dont 19 à l'état aigu et 27 à l'état chronique. Ce nombre paraîtra peut-être peu considérable; mais en étudiant ce sujet, on s'apercevra bientôt de la difficulté qu'on éprouve à recueillir chez la femme des quantités de lait suffisantes (50 à 60 grammes) pour être soumises à l'analyse. Nous avons toujours divisé ces deux espèces d'affections (1). Car il existe entre elles, au point de vue de l'influence qu'elles exercent sur la composition chimique du lait, un antagonisme remarquable. Dans les affections aiguës, comme dans les affections chroniques, l'eau diminue, les parties solides augmentent. Mais là s'arrête l'analogie. En effet, dans les premières, le sucre baisse considérablement; les 3 autres éléments augmentent dans une progression croissante, depuis les sels et le beurre jusqu'au caséum qui, à lui seul, répare presque toutes les pertes éprouvées par le sucre. Dans les secondes (affections chroniques), le beurre et les sels augmentent; le sucre reste stationnaire, le caséum diminue. Ainsi, d'un côté (affections aiguës), perte d'un élément respirateur et excès d'un élément nutritif. — De l'autre côté, perte d'un élément nutritif, augmentation d'un élément respirateur. Ces dernières altérations, dans les affections chroniques, rendraient-elles l'enfant plus apte à contracter les vices et les faiblesses organiques de la mère?

Nous avons successivement étudié et déterminé la composition du lait dans l'entérite, la pleurésie, la colite, le trouble moral, la courbature, la métro-vaginite, la métro-péritonite, la fièvre typhoïde, l'ophthalmie scrofuleuse (la scrofule), l'abstinence, la bronchite, la phthisie pulmonaire, les abcès du sein, la syphilis.

Voici la composition du lait, dans les affections aiguës et chroniques :

	AFFECTIONS *aiguës.*	AFFECTIONS *chroniques.*
Eau	884,91	885,50
Parties solides	115,09	114,50
Sucre	33,10	43,37
Caséum et matières extractives	50,40	37,06
Beurre	29,86	32,57
Sels (par incinération)	1,73	1,50
Densité	1031,20	1031,47

Parmi les résultats importants, nous signalons que, dans le cas de tubercules pulmonaires sans diarrhée ni amaigrissement, il y a peu de modifications sensibles. Mais, dans le cas contraire, le poids des parties solides est considérablement diminué, et c'est le beurre sur qui porte toute la perte.

Dans la syphilis, la densité s'élève extraordinairement, le beurre diminue et les sels augmentent hors de proportion.

Mais là n'était pas tout notre travail, nous avons dû faire l'histoire isolée de chacun des éléments constituants du lait. Nous avons, à l'aide de tous nos documents, étudié comment se comportait la densité, le sucre, le beurre, etc., considérés d'une manière générale; et, sans entrer ici dans plus de détails, nous dirons que nous sommes arrivé à cette conclusion, que comme dans le sang, comme dans l'urine, les éléments du lait ne sont pas solidaires entre eux. Chaque élément semble avoir une existence à part, une vie isolée, que modifient tour à tour des influences spéciales. Il n'existe pas de proportionnalité régulière et constante dans leur développement en plus ou en moins, et jusqu'ici, ni par l'étude de la densité, ni par celle du beurre, ou de tout autre élément pris à part, on ne peut donner une idée juste et précise de ce qu'on appelle la richesse ou la bonté du lait. Il faut de toute nécessité, pour être convenablement renseigné, recourir à l'analyse complète du lait.

Ce mémoire est terminé par de nouvelles recherches sur la composition du lait chez la vache, l'ânesse, la chèvre, la jument, la brebis, la chienne. Chez la vache, nous avons pu étudier l'influence de la ville et de la campagne; celle de l'âge, de la gestation mois par mois; de la plénitude et de la vacuité de l'utérus; de la quantité du lait; de l'alimentation; de l'âge du lait. Chez la chèvre, l'influence de l'alimentation par la paille et par les betteraves. A l'étude du lait de chaque espèce, est joint le tableau qui résume toutes les connaissances acquises jusqu'ici dans la science, sur chacun d'eux en particulier. Toutes nos analyses ont été faites par un procédé uniforme, ce qui donne à l'ensemble du travail une unité qui n'existait pas encore dans l'histoire de cette partie de la science.

A la fin de l'étude du lait de la vache, nous avons placé un chapitre sur la falsification du lait par l'eau, et sur un moyen presque mathématique d'en reconnaître la quantité (1).

Enfin, les dernières pages du travail sont consacrées à l'histoire comparée des diverses espèces de lait, et à une notice bibliographique générale.

Comité secret.

L'Académie se forme en comité secret pour examiner une question d'administration. Au bout de dix minutes, la séance publique est reprise.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

Corsets.

M. Bouvier lit un long rapport sur une forme de corset et sur un busc présentés par un fabricant. La première partie de ce travail, tout historique, est la seule que M. Bouvier ait le temps de lire; elle se termine par les conclusions suivantes :

(1) Les auteurs veulent dire les deux états : état aigu, état chronique. (*Note du rédacteur*).

(1) Nous publierons ce chapitre séparément. (*Note du rédacteur.*)

1° L'histoire de l'habillement des principaux peuples de l'antiquité fait voir que le besoin d'une pièce de vêtement contentive, plus ou moins serrée autour du tronc, chez les femmes, s'est fait sentir dans les temps anciens, comme dans l'Europe moderne.

2° Autrefois, comme de nos jours, les femmes ont été disposées à outrer cette constriction circulaire, au détriment de leur santé.

3° Dans l'histoire de la civilisation moderne, on voit tour à tour, après l'abandon de la tunique ample des dames romaines, la taille simplement marquée par des corsages justes au corps, puis renfermée et comme étreinte dans des espèces de cuirasses appelées *corps à baleine*, et enfin de nouveau seulement dessinée et contenue par des corsets, dernière forme de ce vêtement spécial.

4° Bien que l'emploi inconsidéré des corsets puisse déterminer à peu près les mêmes accidents que les *corps*, ils n'ont pas d'effet nuisible quand leur construction et leur application se font d'une manière convenable.

5° C'est à tort que l'on a attribué uniquement à l'influence des corsets le resserrement de la partie inférieure du thorax, resserrement normal dans de certaines limites, dans les deux sexes, et sujet à varier par d'autres causes que par la contriction qu'exerce ce vêtement. L'examen comparatif que j'ai fait d'un grand nombre de sujets tend à démontrer que les corsets ne produisent que dans des cas exceptionnels un rétrécissement permanent de la base de la poitrine ;

6° On a avancé, sans preuves, que l'usage des corsets était une cause fréquente de déformation de la colonne vertébrale ;

7° Non-seulement des motifs déduits de l'esthétique et de la destination sociale de la femme doivent engager le médecin à permettre l'usage des corsets, sauf les restrictions indiquées par l'observation de leurs effets ; mais, en outre, il est diverses circonstances, telles que le volume des seins, le relâchement ou la distension de la paroi musculaire de l'abdomen, la voussure habituelle du tronc, la déviation latérale du rachis qui indiquent formellement l'emploi de cette sorte de bandage, soit comme moyen hygiénique, soit même pour aider à la guérison de certaines lésions.

(La suite de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.)

M. le président annonce que le vote qui vient d'avoir lieu a élu M. Grisolle pour remplacer, dans la section d'anatomie pathologique, M. Gaulthier de Claubry retenu dans son lit par une affection chirurgicale. Ce remplacement provisoire a pour objet de porter la section à un nombre suffisant pour pouvoir délibérer sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 janvier 1853. — Présidence de M. De Jussieu.

Composition du lait.

MM. Becquerel et Vernois présentent un travail sur le lait (V. Académie de médecine).

Plaies de tête.

M. Deleau jeune lit un mémoire sur le traitement des plaies de tête. Il annonce avoir trouvé les signes à l'aide desquels on peut juger que la quantité de sang à tirer par la *saignée artérielle* est suffisante pour empêcher toute réaction ; ces signes consistent dans la pâleur de la langue, des gencives et du pharynx. Tant que cette pâleur ne se manifeste pas, il faut laisser couler le sang, et si elle cesse après une première saignée, il faut saigner de nouveau.

L'auteur appuie ces préceptes sur quatre cas de plaie de tête qui n'ont été suivis d'aucun accident, et chez lesquels la méthode qu'il préconise a été employée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La commission générale, qui représente l'Association de prévoyance du département de la Seine et agit pour elle, aux termes des statuts (art. 9), a décidé unanimement, sur la proposition qui lui en a été faite par son secrétaire général, qu'un tableau personnifiant l'Association (*l'association de prévoyance secourant les veuves et enfants des médecins morts pauvres au service de l'humanité*), exécuté par un peintre habile, serait offert à son fondateur-bienfaiteur, M. Orfila, comme un pieux hommage des sentiments qui animent l'Association.

Une commission a été nommée par le sort, pour donner suite à ce projet et pour ouvrir une souscription indépendante de la grande souscription générale du corps médical en France.

Cette commission se compose de MM. Bérard, vice-président de l'Association ; Perdrix, secrétaire général ; Vosseur, trésorier ; Ménière, secrétaire annuel ; Boullard, Bourse, Cabanellas, Labarraque, membres de la commission générale.

La souscription est ouverte, dans chacun des arrondissements de Paris, chez les membres de la commission générale dont les noms suivent :

1er	Arrond.	MM. Nicolas, rue de la Ville-l'Évêque, 29, de midi à 1 h.
		Cabanellas, rue Trudon, 2, de 1 à 3 heures.
2e	—	Charrier, rue Saint-Georges, 52, de 2 à 4 heures.
		Dufour (de Villefranche), rue Lamartine, 46 de 3 à 4 heures.
3e	—	Janin, rue du Mail, 12, de 8 à 10 heures.
		Trèves, rue de Cléry, 9, de midi à une heure.
4e	—	Léger-Fleurus, rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 65, de 2 à 3 heures.
		Delorme, rue du Roule, 13, de 10 heures à midi.
5e	—	Labarraque, boulevard Saint-Denis, 8, de midi à 2 heures.
		Thibault, rue du Caire, 29, de midi à une h.
6e	—	Ségalas, rue de Vendôme, 5, de midi à 3 h.
		Ledeschault, rue Saint-Martin, 107, de 8 à 11 h.
7e	—	Lembert, rue du Temple, 71, de 11 à 1 h.
		Marvé, rue du Temple, 43, de 4 à 6 h.
8e	—	Augouard, rue Payenne, 7, de midi à 1 h.
		Maubec, rue Saint-Louis, 16, de midi à 1 h.
9e	—	Boullard, rue Massillon, 2, de 7 à 9 h.
		Bouchardat, à l'Hôtel-Dieu, de 8 h. à midi.
10e	—	Vosseur, rue de Lille, 4, de 1 à 2 h.
		Lucien Boyer, quai Malaquais, 17, de 2 à 3 h.
11e	—	Martin-Magron, rue de la Harpe, 83-39, à midi.
		Videcoq, rue de Savoie, 6, de midi à 1 h.
12e	—	Ménière, rue Saint-Jacques, aux Sourds-Muets, de 11 à 1 h.
		Bourse, rue du Banquet, 2.

Ont souscrit : MM. Bérard, 20 fr. ; Perdrix, 20 fr. ; Vosseur, 20 fr. ; Ménière, 20 fr. ; Boullard, 20 fr. ; Bourse, 20 fr. ; Cabanellas, 20 fr. ; Labarraque, 20 fr. ; A. Dechambre, 10 fr.

— *Choléra.* — Trois communications que nous avons reçues de trois confrères de la ville sur des affections cholériformes, et dont l'une, observée chez un habitant de la rue du Temple, semble être un véritable cas de choléra sporadique, ne peuvent en rien changer notre opinion sur l'état sanitaire de la capitale. Ces cas, *qui sont tous en voie de guérison,* ne prouvent rien autre chose, sinon que nous sommes sous l'influence d'une constitution diarrhéique très-prononcée, laquelle, en effet, existe à Paris depuis près d'un mois. Cette constitution sera-t-elle le prélude, et l'on sait que ce prélude est presque constant, d'une invasion véritablement cholérique ? Évidemment on doit le craindre ; mais là doivent se borner les prévisions de tous les hommes sensés et mus par le seul intérêt de la science, par le seul désir d'éclairer leurs confrères et de tenir leur attention en éveil.

— Le *Journal de Saint-Pétersbourg* donne les détails suivants à la date du 16 janvier :

Le 10 janvier, au matin, il y avait 476 malades. Dans la journée, on a compté 87 nouveaux cas, 46 décès ; restaient, 488 malades ; le 11 janvier au matin, il y avait 488 malades en traitement ; on a compté, dans la journée, 92 nouveaux cas, 34 guérisons, 37 décès ; le 12 janvier, 63 nouveaux cas, 20 guérisons, 26 décès ; le 13 janvier, il y a eu 74 nouveaux cas, 20 guérisons, 34 décès ; il restait, le 14 au matin, 546 malades.

— Par décret impérial en date du 14 janvier, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur : M. Magail, médecin à Marseille (Bouches-du-Rhône), 34 ans de services gratuits dans les établissements charitables de cette ville, a obtenu la médaille du choléra.

— La dame Bouillé, sage-femme, rue de Montholon, après avoir opéré l'accouchement d'un enfant du sexe masculin, omit de faire la déclaration à la mairie. Traduite, pour ce fait, en police correctionnelle, le tribunal a prononcé contre elle, par application de l'art. 344 du code pénal, six jours de prison, 16 fr. d'amende.

— Les sociétés de tempérance commencent à s'introduire en France. Il en existe une à Rennes et l'on va en établir une à Laval. Leur but, à ce qu'il paraît, n'est pas seulement d'arriver à détruire les habitudes d'ivrognerie, mais encore de procurer à peu de frais d'honnêtes et décentes récréations aux ouvriers, soit pour les jours fériés, soit même pendant la semaine, après les heures consacrées au travail.

— L'espace nous manque pour nous occuper du comité secret de l'Académie.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 13. 1re ANNÉE. Samedi, 29 Janvier 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de la Société de chirurgie.. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital des Cliniques. Leçon clinique sur l'hydrophthalmie, par MM. DOLBEAU et VAUTHIER. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Phthisie tuberculeuse. Caverne ouverte spontanément à l'extérieur. Phénomènes remarquables, par M. Ch. SAUREL. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : De la teinture d'ellébore blanc contre le pityriasis versicolor, par M. SPENGLER. — **HYGIÈNE PUBLIQUE** : De la falsification du lait de vache par l'eau, et des moyens de la reconnaître, par MM. BECQUEREL et VERNOIS. — **CORRESPONDANCE** : Sur les règles d'administration du chloroforme. — De l'hérédité de la morve et de la rage. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGAPHIE.**

Paris, le 28 janvier 1853.

Séance de la Société de chirurgie.

M. Roux, dans cette séance, a présenté la pièce d'anatomie pathologique relative à la cystocèle inguinale dont nous avons parlé dans notre dernier compte rendu. — La partie de la vessie herniée offrait un prolongement d'environ 4 pouces communiquant avec le reste de l'organe par un rétrécissement admettant à peine l'extrémité du doigt.

Après une discussion peu importante sur le fait de M. Roux, M. Blot a donné lecture d'un mémoire intéressant *sur l'arthrite suppurée et sa guérison possible avec conservation des mouvements*. Nous chercherons à apprécier ce travail lorsque la commission nommée, qui se compose de MM. Monod, Broca et Chassaignac, en rendra compte à la Société.

M. Gerdy a ensuite communiqué deux observations, toutes deux relatives à des tumeurs de la face.

Dans la première, il s'agit d'une affection polypeuse de nature cancéreuse, qui avait envahi le sinus maxillaire gauche, la narine du même côté et l'orbite.

Cette tumeur avait englobé et détruit complétement le nerf sous-orbitaire, ainsi que la dissection a permis de le constater, et cependant les altérations physiologiques ne paraissaient pas de nature à faire prévoir cette destruction ; la sensibilité persistait, en effet, presque aussi complète que si le nerf n'avait pas été altéré. C'est là une circonstance remarquable au point de vue du diagnostic et de la physiologie, et sur laquelle a insisté avec raison M. Gerdy.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un malade qui présentait également, dans la région maxillaire supérieure gauche, une tumeur volumineuse de nature *maligne*. — M. Gerdy, en opérant ce malade, a voulu appliquer un procédé qui lui paraissait devoir produire des résultats plus satisfaisants que ceux qu'on suit généralement. Il consiste à faire suivre au bistouri qui fait l'incision, les sillons naturels de la face. Ainsi, cette incision a longé la face du nez, a contourné la narine pour venir horizontalement gagner le sillon médian de la lèvre supérieure, qu'elle a suivi jusqu'au bord libre. — Sur le masque, moulé sur nature, on ne retrouve aucune trace de l'opération, si ce n'est une très-légère encoche au niveau du bord libre de la lèvre.

M. Gerdy a donc atteint d'une manière extrêmement satisfaisante, le but qu'il se proposait. Est-ce une raison suffisante pour croire que le procédé du savant professeur se généralisera ? nous n'oserions l'affirmer, et cela pour deux raisons : la première, c'est que ce contournement, si l'on peut ainsi s'exprimer, des sillons naturels allonge d'à peu près 1 pouce l'incision à faire, laquelle nous semble en outre devoir être plus longue et un peu plus difficile à faire ; la seconde raison, c'est que par l'incision rectiligne on peut aussi obtenir des résultats vraiment merveilleux. Nous avons vu, il y a quelques semaines, dans le service de M. Nélaton, un jeune homme chez qui une tumeur considérable du maxillaire supérieur avait été enlevée, et qui, dans l'espace de cinq jours, avait vu la plaie se réunir par une cicatrice absolument linéaire et qu'on n'apercevait pas à quelques mètres de distance. Cependant la communication de M. Gerdy n'en est pas moins fort intéressante, et elle sera certainement, pour les praticiens, l'objet de réflexions utiles.

— A la fin de la séance, M. Guersant a présenté une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un jeune garçon : c'est un cancer de la vessie avec altération profonde des reins. Cette lésion n'avait d'autre intérêt que celui de son extrême rareté dans l'enfance.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

Le temps nécessaire pour la guérison complète, dans les six cas où la réunion a eu lieu, a été de huit à douze jours, ce qui est bon à noter. Dans les deux cas de Gaston et de M. Voillemier, où la réunion s'est faite après suppuration, il a fallu quelques jours au delà d'un mois. Le cas de M. Ollivier a exigé deux mois ; mais il y a eu d'abord le travail de séparation des escarres ; puis une hernie secondaire d'un des testicules. Laissons de côté, pour l'instant, le cas de Serre, qui a guéri en quinze jours, et que nous allons retrouver à propos du traitement et ailleurs.

Le résultat définitif, lorsque la cicatrisation est terminée, n'est malheureusement pas indiqué dans les observations que nous possédons, excepté dans deux cas. Nous avons vu, dans le cas du docteur Gaston, que la cicatrice s'était faite aux dépens du testicule, qui *était resté à nu, et sous un aspect blanchâtre, luisant et très-lisse*. Dans l'observation du docteur Kaysin, nous trouvons que l'individu, revu longtemps après la cicatrisation, était resté parfaitement guéri ; seulement, il y avait une adhérence intime entre le testicule et la cicatrice de la plaie, circonstance qui ne permettait pas à la peau de rouler sur l'organe. Cette circonstance, que le testicule peut rester adhérent aux téguments, n'a pas une bien grande valeur, quoiqu'elle ne soit pas tout à fait insignifiante ; elle doit se retrouver presque toutes les fois que la cicatrice se fait après suppuration, et nous disons presque seulement, parce que des faits cités plus loin permettent

de penser qu'après la réunion immédiate de la plaie du scrotum, le testicule peut reprendre toute sa mobilité, alors surtout qu'il n'était pas sorti seul.

Enfin, M. Pichot rapporte en ces termes, en employant le mot exfoliation, que nous retrouverons cette seule et unique fois, après Sabatier, une particularité survenue pendant la cicatrisation.

10e *Observation.* — *Hernie traumatique du testicule* (*Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 321). — Un homme de 30 ans était monté sur un chêne et se tenait debout sur une branche, lorsque celle-ci cassa; dans la chute, il se trouva placé à cheval sur la portion de la branche restée attachée au tronc de l'arbre, et la pointe irrégulière de celle-ci lui déchira le scrotum du côté droit. Le blessé éprouva une douleur très-vive dans l'aine et le flanc droit; il perdit presque connaissance, et ce ne fut qu'avec la plus grande peine qu'il put regagner son domicile, à un demi kilomètre de là, en marchant courbé par la douleur, et obligé de tenir son testicule pendant la route.

Lorsque M. Pichot arriva, la chemise était imprégnée de beaucoup de sang, la bourse droite était déchirée irrégulièrement, le testicule était au dehors, enveloppé par sa tunique fibreuse, qui paraît contuse sur un point. (Est-ce bien sûr?)

Le testicule est réintroduit et la plaie réunie par trois points de suture, excepté vis-à-vis le point supposé contus. Fomentations froides. En six jours, les parties affrontées sont cicatrisées. Sur le point non réuni, survient une exfoliation de la tunique fibreuse, et la cicatrisation est complète au douzième jour.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur ce que nous avons dit à propos de l historique, sur la question de l'exfoliation. Si nous avons rapporté l'observation de M. Pichot, c'est que, en outre d'une bonne description des phénomènes fonctionnels, elle paraît renfermer, par suite du mot exfoliation employé, une opinion différente de la nôtre à ce sujet. Le lecteur jugera. Quant à nous, nous supprimerions là le mot exfoliation, et nous mettrions à la place : production de bourgeons charnus sur la tunique albuginée.

Traitement. Nous n'avons vraiment rien à ajouter au traitement tel qu'il est formulé dans les observations rapportées. Si cette lésion avait été passée sous silence dans les traités de chirurgie, les praticiens auxquels elle s'est présentée n'en ont pas moins et parfaitement saisi les indications.

Nettoyer avec soin les parties herniées, les remettre en place, en agrandissant au besoin l'incision, si elle était trop étroite; s'il y a des lambeaux trop irréguliers ou déjà mortifiés, les enlever au moyen de ciseaux qui régulariseront la plaie, en se rappelant que le scrotum est doué d'une très-grande extensibilité, et qu'il n'y aurait rien de plus facile que de créer une place nouvelle au testicule, si sa place normale se trouvait détruite; réduire le testicule et réunir le scrotum par-dessus; si, comme dans le cas de M. Voillemier, il y avait quelques filaments qui gênassent la réduction, les couper d'un coup de ciseaux. Telle est la conduite qui a été généralement suivie, et dont les bons résultats obtenus font une règle désormais.

Maintenant, il y a eu des nuances dans la marche suivie. Les uns ont employé comme topiques des cataplasmes ou applications émollientes, d'autres de l'eau blanche, d'autres tout simplement de l'eau froide, sans grandes différences dans les résultats. C'est là une vaste et sérieuse question de chirurgie, mais si peu importante dans le cas actuel, que ce serait un étrange hors-d'œuvre de la traiter ici. Contentons-nous de dire seulement que, sans contester, de simples applications de compresses imbibées d'eau fraîche constituent le moyen le plus commode et le plus convenable, quand il n'y a pas suppuration. Quand il y a suppuration et que la période inflammatoire est passée, se présente la question non encore vidée des pansements à sec ou des pansements avec des corps mollets enduits de substances grasses émollientes, et chaque chirurgien se comportera suivant la manière dont il traite les plaies suppurantes en général.

Une question plus sérieuse est celle de savoir par quel moyen on maintiendra la réunion : par des sutures ou par des bandelettes. En France, où, à part exceptions, une étrange aberration a tant fait repousser, dans le passé, la réunion immédiate, on emploie beaucoup les bandelettes. C'est un terme de transition qui ne durera pas; là, comme ailleurs, la réunion immédiate finira par triompher; les magnifiques succès autoplastiques de M. Jobert contribuent beaucoup à diminuer le nombre des opposants; on finira par arriver à *la suture qui réussit admirablement bien dans les plaies du scrotum*, même dans des cas de plaies déchirées comme le sont celles-ci.

Voici un type bien simple de la marche de la lésion, dans ces hernies testiculaires traumatiques réduites.

11e *Observation*, par le docteur Snell, extraite de *London médical Gazette*, t. 38 ou 3 de la nouvelle série, 1846, pag. 622. — Un enfant de 12 ans, grimpant à une corde terminée en bas par un crochet, se laissa choir, et la pointe du crochet déchirant ses vêtements, laboura profondément les parties situées entre le pubis et l'anus. Le docteur Snell trouva le scrotum semblable à une vessie à moitié distendue; il était contus, ridé, froid. Les testicules pendaient de chaque côté aux extrémités des cordons; pas d'hémorrhagie. Réduction après une soigneuse extension des parties, et suture. Au quatrième jour, on trouve que les parties adhèrent, et, à part quelques points de peu d'importance, les plaies se cicatrisèrent par première intention.

Il est des cas où la lésion est tellement étendue, qu'il n'est pas possible de songer à la réunion. Le traitement alors est celui des plaies analogues en général, après avoir pris soin de remettre le testicule en place et de l'y maintenir, alors même qu'il serait notablement mutilé; le fait du docteur Gaston est des plus encourageants à cet égard.

Supposons qu'un cas analogue à celui de Serre de Montpellier se représente; quelle marche suivre? Comme cette question rentre tout à fait dans le chapitre suivant, nous y renvoyons pour la solution.

CHAPITRE II.

Des hernies consécutives du testicule.

La grande majorité des cas qui appartiennent à ce chapitre, présente des particularités bien marquées qui les font ranger naturellement dans un groupe bien distinct. Ici, les enveloppes scrotales sont détruites par un travail grave préliminaire, soit à la suite de vastes abcès, soit à la suite d'une gangrène, peu à peu, ou plus ou moins brusquement; le testicule est ainsi mis à nu, exposé, et reste naturellement exposé pendant un temps assez long, à moins que l'art n'intervienne, à cause de la perte étendue de substance survenue dans le scrotum. Ici, par conséquent, l'appellation *hernie* serait bien souvent exagérée et devra disparaître, à l'avenir, pour faire place à celle-ci : exposition du testicule à l'extérieur. Nous conservons néanmoins encore, pour cette fois, le mot hernié, parce que, dans beaucoup de cas, le testicule s'échappe en effet à l'extérieur comme le fait une hernie; et puis l'on ne doit pas perdre de vue que nous avons surtout pour but, dans ce travail, d'appeler l'attention sur les hernies du testicule.

Mais si, dans le groupe que nous étudions, ici comme en toutes choses, nous prenons les extrêmes, nous trouvons des *transitions* insensibles d'un groupe à l'autre.

D'un côté, nous avons déjà vu, à propos des hernies traumatiques, que, lorsque la réunion ne s'opère pas, ou ne peut pas être tentée, ou n'a pas été appliquée, partie ou totalité du testicule reste exposée, se couvre de bourgeons charnus qui persistent plus ou moins de temps, mais finissent par contribuer à la formation de la cicatrice. De même, nous comprenons dans ce chapitre les cas d'opération d'hydrocèle par incision, excision ou cautérisation, après lesquelles le testicule est resté exposé. Certes, beaucoup de ces cas pourraient presque aussi bien être rangés dans le chapitre des lésions traumatiques que dans celui-ci.

A l'extrémité opposée du groupe, il nous serait tout aussi impossible d'établir une séparation absolue entre les hernies consécutives que nous allons étudier et les hernies tuberculeuses qui sont, à la rigueur, elles aussi, des hernies consécutives, mais avec des caractères tout à fait spéciaux. Par exemple, dans les abcès du scrotum, nous trouvons tous les degrés, depuis les vastes suppurations qui font presque disparaître totalement les enveloppes scrotales, jusqu'aux petits abcès limités. Or, entre la formation d'une hernie testiculaire par suite de rupture d'une

cavité tuberculeuse à l'extérieur, et la formation d'une hernie pareille, par suite de rupture d'un abcès circonscrit, surtout alors que, par exception bien rare, cet abcès avait peut-être son siége dans le testicule ou dans l'épididyme, il peut n'y avoir, en vérité, pour ainsi dire aucune différence.

Tout en tenant compte de ces *transitions* ou *exceptions* qui ne nous embarrassent pas, parce qu'elles sont dans la nature des choses, tout en acceptant que quelques-uns de ces faits (un très-petit nombre) dont nous allons parler, pourraient, presque aussi bien, trouver place dans le chapitre 1er ou dans le IIIe, nous n'en avons pas moins ici un groupe assez caractérisé par ce fait premier et principal: que le testicule est mis à découvert par la destruction assez étendue des enveloppes scrotales à la suite de vastes suppurations, d'abcès ou de gangrènes.

Il est extrêmement probable que cette lésion est beaucoup plus rare que la hernie traumatique; cependant, elle a frappé beaucoup plus l'attention des chirurgiens, et les faits publiés qui la concernent sont un peu plus nombreux. En effet, sans compter le très-grand nombre de renseignements que nous trouvons dans les auteurs qui ont traité de l'opération de l'hydrocèle par excision, nous avons pu recueillir dans les auteurs, jusqu'à treize observations au moins, textuelles, relatives au sujet qui va nous occuper et sur lesquelles nous avons construit notre travail. En voici l'énumération :

A. Fabrice de Hilden, centurie 1, observation 48, donnée d'une manière bien plus complète dans la centurie 5, observation 77. Cette observation, rapportée par Donald Monro, a été parfois citée, par erreur, comme appartenant à Monro lui-même.

B. C. Fabrice de Hilden. Peut-être deux des faits compris sous le titre : Observation 65, centurie 4, et que nous compterons pour un au moins, au point de vue de la cause, très-plausible, qui est la cautérisation appliquée au traitement de l'hydrocèle.

D. Gooch.. Cases and remarks on surgery, Norwich, 1767, p. 229.

E. Bertrandi, dans son mémoire sur l'hydrocèle. *Mémoire de l'Acad. de chirur.*, t. 3, p. 123.

F. G. J.-L. Petit. *Mémoire de l'Acad. de chirur.* t. 4, p. 323 et suivantes, les 3e et 4e observations au moins, les deux premières observations ne donnant pas de renseignements sur la question de savoir si, en outre de l'ouverture par laquelle sortaient des filaments testiculaires, d'autres parties du testicule n'étaient pas à découvert.

H. Guillon. *Journal général de la Société de médecine,* 1812, p. 159.

I. J. M. Malgaigne. Deux cas dans la *Revue médico-chirurgicale de* 1847, que nous n'avons eu à notre disposition que par extraits dans la *Gazette des hôpitaux,* 1847, p. 201, et 1849, p. 464.

K. M. Goyrand, d'Aix. *Revue médico-chirurgicale*, 1849, rapport textuel dans la *Gazette des hôpitaux,* 1849, p. 464.

L. M. M. Jarjavay, sa première observation. *Archives générales de médecine,* 1849, p. 134. Dans son travail, M. Jarjavay mentionne un cas analogue à celui de Fabrice de Hilden, après une hydrocèle, cas provenant du service de Dupuytren, et rapporté par A. Bérard dans une thèse de 1836 que nous n'avons pas à notre disposition.

A côté de ces observations, nous pourrions placer à la rigueur : 1° le fait du docteur Gaston; 2° celui de M. Ollivier; 3° celui de M. Voillemier; 4° celui de Serre, tous quatre rapportés plus haut dans le chapitre des hernies traumatiques; 5° à un certain point de vue, le fait de Swediaur cité dans l'historique, et qui appartient plutôt, il est vrai, aux hernies tuberculeuses. Mais, comme il ne nous sont pas absolument nécessaires, nous ne nous en servirons pas pour l'histoire générale de la lésion, ou, du moins, nous nous contenterons de les citer en passant, ainsi d'ailleurs que tous les autres renseignements déjà mentionnés.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Leçon clinique sur l'hydrophthalmie.

(*Recueillie par* MM. Dolbeau *et* Vauthier, *internes du service.*)

Au n° 4 de la salle des femmes, se trouve une malade sur laquelle je désire appeler l'attention.

C'est une jeune fille d'environ 18 ans, dont la santé générale paraît bonne, et qui ne présente les signes d'aucune diathèse. Il faut remonter jusqu'aux premiers temps de son enfance, vers l'âge de 4 ou 5 ans, pour trouver le début de l'affection qui l'amène dans notre service; c'est du moins ce qui résulte pour nous des renseignements un peu vagues qu'elle nous fournit.

La malade s'aperçut d'abord que sa vue était moins nette de l'œil gauche que de l'œil droit. Mais elle pouvait encore distinguer assez bien les objets. Pendant un certain nombre d'années, les choses sont restées dans le même état; puis l'affection fit des progrès rapides; les yeux se sont déformés; la vue s'est perdue de plus en plus.

Si nous recherchons dans les antécédents quelle a pu être la cause de cette affection, nous ne pouvons la trouver. La malade ne se souvient d'avoir éprouvé aucune contusion, aucune blessure à l'œil. Elle nous raconte seulement qu'à l'époque où l'affection a débuté, on l'envoyait travailler aux champs, et, suivant elle, la perte graduelle de la vue n'aurait pas d'autre cause que son exposition au grand air, dans un âge aussi peu avancé.

Nous ne pouvons conclure de là qu'une chose : c'est l'époque du début de l'affection. Quant à la cause, elle nous est inconnue.

Si nous examinons les yeux de cette jeune fille, nous voyons qu'ils sont malades tous les deux; mais l'œil droit beaucoup moins que le gauche. Ce dernier, examiné à distance, laisse apercevoir une déformation qui n'est point régulière, générale, mais partielle et bornée à la cornée. Cette membrane présente une saillie surajoutée à la convexité du globe oculaire. Elle a conservé d'ailleurs sa translucidité dans toute son étendue. La déformation qu'elle présente est assez régulière et n'offre point de bosselures. Tous ces signes peuvent être facilement appréciés, soit en regardant l'œil de profil, soit en passant légèrement le doigt sur la paupière supérieure abaissée. Non-seulement la cornée présente une convexité plus prononcée, mais encore ses dimensions sont plus considérables qu'à l'état normal. Derrière cette membrane se trouve la chambre antérieure; inutile de dire que cette chambre a acquis une étendue plus grande en rapport avec la convexité plus grande et les dimensions plus considérables de la cornée. L'augmentation de capacité peut être évaluée par le double ou le triple de l'étendue de la chambre antérieure à l'état normal. Le liquide qui la remplit est parfaitement transparent.

L'iris a sa coloration normale, mais sa situation a changé. Par le fait de la maladie, cette membrane a été repoussée en arrière, de telle sorte qu'au lieu de présenter un plan vertical, elle est inclinée et figure une sorte d'infundibulum largement ouvert en avant, rétréci en arrière.

La pupille a des dimensions normales. Son centre offre une transparence parfaite. Quant à la sclérotique, elle n'est point notablement altérée. Elle présente seulement à la circonférence de la cornée une teinte bleuâtre indiquant qu'elle a éprouvé un léger amincissement.

Troubles fonctionnels. La vue est perdue, non pas d'une manière absolue; mais la malade, qu'une vive lumière impressionne, ne distingue pas les objets avec l'œil gauche, alors même qu'ils sont assez gros. Elle voit encore un peu de l'œil droit, mais la vue de ce côté a subi un affaiblissement très-notable, et devient moins nette de jour en jour.

Pas de sensation douloureuse dans l'organe malade. Cette femme n'éprouve dans l'œil aucune cuisson, aucune tension.

Les mouvements du globe oculaire sont parfaitement normaux.

Quelle est donc cette maladie de l'œil dont je viens d'exposer

les symptômes sans la nommer? Cette maladie, c'est une hydrophthalmie.

Sous ce nom, on a désigné plusieurs maladies assez différentes et par leur siége et par les symptômes auxquelles elles donnent lieu.

L'hydrophthalmie peut, en effet, se développer dans différentes parties de l'œil.

Elle peut affecter 1° la chambre antérieure, c'est ce qu'on remarque chez notre malade;

2° Le liquide peut être accumulé dans la chambre postérieure, en même temps que dans la chambre antérieure;

3° D'autres fois, le liquide est interposé aux membranes de l'œil. Ainsi, il peut se rencontrer entre la sclérotique et la choroïde, occuper tout l'intervalle existant entre ces deux membranes, ou bien former une collection circonscrite. Dans ce dernier cas, il détermine, par le refoulement des membranes, une petite tumeur qui fait saillie dans l'intérieur de l'œil.

L'hydropisie que nous venons de décrire s'appelle sous-sclératicale. Elle peut être encore sous-choroïdienne. Enfin, dans certains cas, on voit le liquide accumulé dans les cellules du corps vitré, ou plutôt ce corps lui-même transformé en liquide.

Inutile d'ajouter ici que ces différentes formes d'hydropisies peuvent se trouver réunies et constituer l'hydropisie générale de l'œil.

Pour en revenir à la jeune fille qui est couchée dans nos salles, il est évident que chez elle l'hydropisie est bornée à la chambre antérieure. L'évasement de l'iris en infundibulum à base antérieure, la convexité plus prononcée de la cornée, le volume normal du reste de l'œil, telles sont les raisons qui nous font admettre qu'il en est ainsi.

Cette première espèce d'hydrophthalmie est en général facile à distinguer; mais il n'en est pas tout à fait de même de l'hydropisie sous-sclératicale de cette variété surtout, dans laquelle la collection de liquide est circonscrite. Le diagnostic est plus facile lorsque l'hydropisie occupe l'intervalle des deux membranes externes dans toute son étendue.

Voyons donc quelles sont, dans le premier cas, les difficultés, et avec quelles maladies on pourrait confondre celle qui nous occupe. Supposons une exhalation séreuse entre la sclérotique et la choroïde, ou bien entre cette dernière membrane et la rétine. Qu'arrivera-t-il alors? La rétine se trouvera plus ou moins refoulée vers le centre de l'œil, et finira par venir s'appliquer à la face postérieure du cristallin.

Quand on vu une fois cette disposition de la rétine, on ne peut s'empêcher de comparer cette membrane, ainsi refoulée, à un parapluie fermé, dont les rayons convergeant en avant sur le nerf optique, seraient représentés par les plis de la rétine. Or, dans ce cas, la cornée peut avoir conservé sa courbure et ses dimensions normales.

L'étendue de la chambre antérieure peut être restée la même; le cristallin a conservé sa transparence; mais, derrière lui, vous apercevez un corps opaque d'un blanc grisâtre, qui n'est autre chose que la rétine.

Ici, je dois signaler deux erreurs possibles : on peut penser à une cataracte, et je dois vous dire que cette erreur, fâcheuse pour le malade, a été commise; ou bien, et ici l'erreur est plus préjudiciable encore, on peut prendre cela pour un cancer de l'œil.

Vous savez, messieurs, que le cancer de l'œil, chez les enfants surtout, a pour origine ordinaire la rétine. Au début de cette affection, on aperçoit, derrière la pupille, un corps blanc jaunâtre, comme dans le cas dont nous parlons, sans que les douleurs aient acquis une intensité très-grande. Jusqu'ici, ce signe est commun aux deux affections. Que dans l'hydrophthalmie, il vienne à se faire dans l'intérieur de l'œil un épanchement sanguin, que des douleurs lancinantes surviennent, ne pourrez-vous pas voir là tous les signes du cancer de l'œil et commettre la méprise que je vous signale?

Il n'en est pas de même chez notre malade; les mêmes difficultés n'existent pas, et des raisons que j'ai énoncées plus haut, nous sommes en mesure de conclure qu'elle a une hydropisie bornée à la chambre antérieure.

Cette maladie est grave, attendu qu'elle porte une atteinte profonde à la vue, qu'elle peut s'aggraver et amener d'autres accidents dont je dois maintenant vous entretenir.

Dans des cas semblables, en effet, il arrive quelquefois que l'hydropisie, après être restée, pendant quelque temps, bornée à la chambre antérieure, prend une extension plus grande et devient générale. Or, une hydropisie générale de l'œil est une affection très-sérieuse, et qui peut amener des accidents graves : tels que le développement considérable du globe oculaire, des douleurs quelquefois si atroces, qu'on a vu des malades se faire des blessures à l'œil, pour se délivrer des souffrances qu'ils éprouvaient. Enfin, un dernier accident est la rupture du globe oculaire.

A quel traitement aurons-nous recours? Telle est maintenant la question qu'il faut nous poser. Il n'y a pas de diathèse, de cause appréciable à combattre, ce n'est donc pas à une médication générale qu'il faut nous adresser. Le traitement doit être tout local, et il faut bien l'avouer, ce traitement est très-précaire.

On a fait plusieurs fois, en pareille circonstance, la ponction de la cornée; Beer l'a surtout préconisée. Voici comment il procèdait : A l'aide d'un couteau lancéolé, il faisait une ponction à la cornée, et laissait écouler le liquide contenu dans la chambre antérieure. Le lendemain, la petite plaie était réunie et le liquide ne tardait pas à se reproduire. Pour parer à cet inconvénient, Beer conseille de désunir les lèvres de la section faite à la cornée et de laisser de nouveau écouler le liquide. Il pratiquait cette opération quatre, cinq ou six fois, et il assure qu'il se développe, de cette manière, au bout d'un certain nombre de désunions successives, une inflammation légère de la membrane de Decemet, inflammation qui modifie cette membrane et prévient une nouvelle accumulation du liquide.

D'après le même auteur, les moyens généraux ont quelquefois réussi après l'application du procédé opératoire dont je viens de parler.

Ces ponctions de la cornée n'offrent d'ailleurs aucun danger. Nous appliquerons donc ce mode de traitement à la jeune fille qui se trouve dans nos salles, bien que nous ne puissions pas trop compter sur son efficacité.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Phthisie tuberculeuse. — Caverne ouverte spontanément à l'extérieur. — Phénomènes remarquables.

Par M. le docteur Charles Saurel, *médecin à l'Isle-sur-la-Sorgue.*

Au mois d'avril dernier, je fus appelé auprès d'un jeune malade dont les commémoratifs étaient des plus fâcheux, et qui était dans un état de phthisie fort avancé. Il ne se levait plus depuis plusieurs semaines, le marasme l'ayant réduit à l'état de squelette; il présentait, en outre, les symptômes suivants : membres inférieurs toujours dans la flexion, corps habituellement appuyé sur le coude droit, colonne vertébrale déviée à droite, diarrhée constante concordant avec un grand appétit, *sueurs nocturnes extrêmement abondantes*, expectoration caractéristique très-copieuse, vomissements fréquents après les repas et liés à l'expectoration, etc. Sur le côté droit, en dehors et un peu en dessous du mamelon, existait un empâtement assez considérable, d'un diamètre à peu près uniforme, embrassant dans son étendue quatre à cinq côtes; dans la partie correspondante du poumon droit se trouvait une vaste caverne, dont la grandeur et la situation rendaient compte de la position du malade, soit durant la veille, soit durant le sommeil, car, dans ces deux états, il abaissait autant que possible le siége et le réceptacle de l'ulcération, couché sur le flanc droit, le corps fortement incurvé, sauf les moments où il travaillait à vider sa caverne. — Pendant deux mois

environ, j'ai vu cet enfant presque journellement, à cause de l'importunité des parents ; j'ai suivi les progrès de la cavité intérieure vers le dehors ; enfin, une fistule s'est ouverte, puis une seconde, et jusqu'à sept ou huit. L'air était expiré et inspiré par ces ouvertures ; durant les expirations, il s'échappait avec un bruit rappelant celui du mirliton. (La peau, dépouillée de tissu cellulaire et très-amincie, était décollée entre les ouvertures des fistules et dans tout le pourtour de leur périmètre.) Pendant l'inspiration, on n'entendait qu'un bruit de gargouillement. — Peu à peu, toute la matière de la suppuration a pris son cours par les ouvertures fistuleuses, les aliments n'ont plus été vomis (la diarrhée n'a pas été influencée); le sommeil, précédemment interrompu souvent et longtemps par les quintes de toux et le besoin d'expectorer, le sommeil, dis-je, est revenu, l'enfant n'a plus toussé, *et il n'a plus sué*. Cependant, il s'échappait toujours, par les ouvertures fistuleuses, une quantité énorme de matière. — Pourquoi les sueurs ont-elles ainsi disparu, aussitôt que la sécrétion puriforme du poumon a pu se faire jour au dehors, à mesure qu'elle était produite ? Ce n'est donc pas l'état pathologique des poumons chez les phthisiques, ce n'est pas la sécrétion pulmonaire par elle-même, mais seulement la présence dans le corps de la matière de la sécrétion qui chez eux donne lieu aux sueurs. — Et les vomissements ! N'est-il pas remarquable aussi qu'ils se soient arrêtés aussitôt qu'il n'y a plus eu de crachats à rendre par la voie naturelle ? Ces vomissements, qui tourmentent tant de phthisiques, peuvent donc être sans remède, sans palliatif, puisqu'ils ne tiennent pas à une lésion des viscères qui les produisent ? — De quelque manière qu'on l'envisage, ce fait me paraît très-curieux ; car les perforations spontanées des parois de la poitrine, dans les cas de maladies des poumons, sont, je crois, très-rares, puisqu'elles le sont même à la suite des cas de pleurésie aiguë primitive. Le petit malade (il avait environ 17 ans, mais n'en paraissait pas 12) vécut sept à huit semaines après l'ouverture de la première fistule. Sa mort offrit encore un trait remarquable : le râle trachéal s'étant établi, la vie fut maintenue encore quelque temps, par l'accès dans la poitrine de l'air à travers les fistules ; elle ne cessa que lorsqu'elles furent engorgées à leur tour. (*Revue thérapeutique du Midi*).

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la teinture d'ellébore blanc contre le pityriasis versicolor,

Par le Dr Spengler.

Le docteur Spengler rapporte dans le *Neue medicinisch-chirurgische Zeitung,* trois observations de guérison d'une des affections cutanées les plus rebelles, par le seul emploi extérieur de la teinture d'ellébore blanc en frictions. Voici un résumé sommaire de ces faits :

1re *Observation.*— Une jeune fille de 21 ans, portant depuis plusieurs années des taches hépatiques qui occupaient toute la partie supérieure du dos et de la poitrine, et s'étendaient au cou, en fut guérie en huit jours par la teinture d'ellébore blanc, employée en frictions.

2e *Observation.* — Un étudiant en théologie qui offrait un pityriasis versicolor sur la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen, en fut débarrassé en huit jours par l'emploi extérieur des mêmes frictions.

3e *Observation.* — Le même moyen triompha également, en quelques jours, chez un commis qui portait un pityriasis versicolor sur presque toute la poitrine, sur une partie du cou et du bas-ventre.

L'auteur nous avertit que ces trois malades avaient fait inutilement divers traitements, et qu'il leur a fait employer les frictions de teinture d'ellébore, sans y joindre aucun autre moyen auxiliaire, interne ou externe.

On sait que le pytiriasis versicolor, autrement appelé *taches hépathiques, pannus hepaticus* (Alibert), est une affection cutanée, caractérisée par des taches variables en grandeur, dont il se détache des squammes jaunâtres, fauves et safranées. Comme toutes les maladies de l'ordre des dermatoses squammeuses, celle-ci est très-rebelle. Les auteurs français recommandent particulièrement contre elle les bains sulfureux et les lotions sulfureuses, puis les tisanes amères alcalinisées, avec 4 à 8 grammes de sous-carbonate de potasse, les lotions alcalines, les bains de vapeur, les toniques, si les malades sont débilités, et finalement les préparations arsenicales.

Les dermatologistes allemands, Eichstedt et Hebra, considèrent les taches hépatiques, non pas comme l'expression d'une affection abdominale, ainsi que l'indique leur nom, mais comme une maladie tout à fait locale, due à la formation d'un champignon. C'est pour cela qu'ils se bornent à la combattre par des moyens purement externes. (*Journ. des Conn. médico-chir.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De la falsification du lait de vache par l'eau, et des moyens de la reconnaître,

Par MM. Becquerel et Vernois.

(*Extrait du grand travail présenté par ces auteurs aux Académies des sciences et de médecine.*)

Le lait de vache, dont on fait une si grande consommation dans toutes les grandes villes, a été de tout temps soumis à des falsifications nombreuses. L'histoire de cette partie de l'hygiène publique a été parfaitement retracée par M. Chevallier dans son *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires*. Cet auteur y a joint l'énumération de tous les moyens qui ont été proposés pour arriver à la connaissance plus ou moins prompte, plus ou moins certaine de ces altérations.

Mais ce qui ressort évidemment de ce travail, c'est que jusqu'ici, d'une part, c'est l'addition de l'eau qui constitue la fraude la plus fréquente, et en deuxième lieu, c'est qu'il n'existe aucun instrument qui puisse, d'une manière précise et rapide, indiquer la nature des falsifications que le lait a pu subir.

Ainsi on a tour à tour cherché à constater les déperditions directes de beurre, les altérations de la quantité des matières solides et la présence plus ou moins grande des quantités d'eau. Nous pouvons facilement établir qu'aucun des moyens proposés, sans nous occuper en ce moment du temps nécessaire à l'opération, ne peut donner des renseignements exacts, au point de vue des falsifications.

Ces falsifications ont lieu, à peu près dans l'ordre de leur fréquence, de la manière suivante, par l'addition dans le lait :

1° D'eau ;
2° De sucre de fécule ;
3° De farine, amidon ou fécule ;
4° De dextrine ;
5° D'infusions de matières amylacées (riz, orge, son) ;
6° De matières gommeuses ;
7° De jaunes d'œufs, de blancs d'œufs ;
8° De sucre de canne, caramel, cassonnade ;
9° De gélatine icthyocolle ;
10° Jus de réglisse, carottes cuites ;
11° Débris de cervelle de veau ;
12° Sérum de sang ;
13° Divers sels (bicarbonate de soude).

Nous passons ici sous silence tous les procédés chimiques à l'aide desquels les falsifications dont nous parlons peuvent être décelées. Il ne s'agit que des instruments de physique au moyen desquels on a essayé de signaler les fraudes.

Les instruments, basés sur la densité du lait, tombent en défaut toutes les fois que le débitant ayant mis, par exemple, 1/2 ou 1/4 d'eau dans le liquide, y a ajouté soit de la dextrine, soit du bicarbonate de soude, soit de la fécule, de la farine, des émulsions amylacées, etc. Si l'instrument donne des renseigne-

ments vrais, quand il ne s'agit que de constater l'addition de l'eau, il n'en fournit plus que de très-imparfaits, dans le cas contraire.

Ainsi, le lactomètre ou le crêmomètre de MM. Quevenne et Dinocourt, le lactodensimètre de M. Quevenne et le galactomètre centésimal de MM. Chevallier, O. Henry et Dinocourt, ne peuvent parer à ces inconvénients. L'industriel sait parfaitement composer des densités artificielles, et l'instrument, qui ne joue ici qu'un rôle passif, accuse une densité qui peut en effet donner le chiffre légal ou normal, mais sans qu'il décèle la nature des matières solides en solution ou en suspension dans le lait, qui font elles-mêmes cette densité.

Ajoutons que l'usage du crêmomètre demande vingt-quatre heures de temps.

Le galactomètre exige un calcul et trois opérations successives; et si l'on veut obtenir la quantité de crême, il faut recourir au crêmomètre, et le temps de l'opération est ainsi très-prolongé.

Ainsi que le premier instrument, il ne peut servir à indiquer la nature des substances solides, et, par suite, les quantités relatives d'eau introduites.

Le lactodensimètre est un aréomètre qui prend également pour base l'écrêmement du lait et l'addition de l'eau; mêmes sources d'erreurs. Et de plus, après qu'on a déterminé, avec lui, si l'on a eu à faire à un lait écrêmé ou non, il faut recourir au crêmomètre et à la pesée du lait écrêmé.

Le lactoscope de M. Donné ne donne que la richesse du lait en beurre; il est basé sur l'opacité que les globules et les matières grasses communiquent au lait. Mais n'y a-t-il donc que de semblables globules qui rendent le lait opaque? Presque tous les corps que l'on introduit dans le lait pour le falsifier produisent cet effet. Un semblable instrument manque donc tout à fait son but; et de tous ceux qui ont été proposés, il est peut-être le moins utile, en ce sens qu'il est le plus trompeur. M. Poggiale a proposé de doser le sucre de lait. C'est là évidemment un essai très-heureux, mais le moyen proposé est d'un emploi difficile et délicat. Il faut, pour qu'une semblable méthode soit acceptable, que le procédé soit simple, *facile* à pratiquer et *rapide*.

Et d'ailleurs, M. Poggiale, par ce moyen, indique seulement les quantités de *sucre*. Mais si le lait a été altéré par de la dextrine ou du sirop de fécule, son moyen manque de précision et ne dit plus ce qu'on a besoin de savoir.

Le deuxième procédé de M. Poggiale, celui de doser le sucre par l'appareil saccharimétrique de M. Soleil, est de tous le meilleur; mais l'instrument de M. Soleil ou de M. Biot est difficile à manier. Il ne peut examiner que des liquides non colorés, et dans ce cas encore, l'addition de la dextrine n'est pas prévue ni précisée.

M. Ch. Lamy s'est le plus rapproché de la solution de la question : il a ajouté, en diverses proportions, de la dextrine au lait, et a dressé une table des déviations obtenues; mais il n'a pas donné des chiffres comparatifs.

Nous avons cherché à simplifier l'opération et à la rendre accessible à l'agent le plus ignorant de la physique.

En premier lieu, voulant nous débarrasser des matières solides du lait, si souvent falsifiées, et ne songeant qu'à l'addition de l'eau, comme à la fraude la plus fréquente, nous avons fait construire un instrument destiné à mesurer exactement les quantités d'eau contenues dans le sérum du lait.

Cet instrument, quand il ne s'agit que de mesurer l'eau du sérum, est parfait; nous l'avons appelé hydrolactomètre, car la quantité du sérum est la quantité d'eau du lait. Mais, si on ajoute de l'eau au lait, et que, pour masquer cette fraude, on introduise un peu de dextrine ou de bicarbonate de soude, de suite la densité du sérum s'en ressent, et les indications fournies par l'hydrolactomètre n'ont plus de valeur. Il y a plus, il devient tout à fait insuffisant et trompeur, s'il s'agit de déterminer les quantités d'eau successivement invariablement ajoutées au lait. En effet, il résulte d'une série d'expériences auxquelles nous nous sommes livré avec l'hydrolactomètre, qui représente en principe tous les aréomètres destinés à étudier le lait, qu'il n'existe pas de rapport proportionnel entre la densité obtenue par un aréomètre et les diverses quantités d'eau ajoutées au lait. Ceci tient à des phénomènes encore inconnus de condensation, qui s'opèrent dans le mélange (1). Ce résultat important et nouveau s'est constamment reproduit dans un assez grand nombre de séries variées d'expériences que nous avons faites avec le plus grand soin. On peut en juger par le tableau suivant :

Les auteurs donnent ici deux tableaux, desquels il résulte :

Du premier tableau, basé sur quatre expériences, qu'il y a toujours une proportion à peu près rigoureusement exacte entre la densité du sérum plus ou moins additionné d'eau, et les degrés à l'hydrolactomètre; ainsi, la densité du sérum étant 1029, 1022, 1018, 1016, les degrés correspondants marqués par l'hydrolactomètre ont été : 30, 25, 20, 18.

Du second tableau, basé sur quatorze analyses de laits pris dans les hôpitaux et chez diverses laitières de Paris, il résulte que l'eau, de même que les autres éléments du lait, a été très-variable dans ces divers échantillons. Voici, d'ailleurs, les réflexions que les auteurs font à cet égard.

On voit de suite quelles modifications offre le lait, selon les divers quartiers où il a été recueilli. L'eau varie de 849 à 972.

Il faut cependant remarquer que, dans la première analyse, il y a eu certainement introduction dans le lait de substances dont nous n'avons pas recherché la nature, et qui ont élevé le poids des parties solides à 150. Cette expérience ne doit donc être acceptée qu'avec réserve, au point de vue de la falsification par l'eau; presque partout ailleurs, on voit le poids du beurre diminuer sensiblement, avec l'augmentation de l'eau, et tomber de 60,33 à 16,00.

Le sucre a généralement été atteint de la même manière; avec 972,35 d'eau, son chiffre s'abaisse à 20,80. Il faut donc renoncer entièrement à l'usage des aéromètres.

Mais il devenait nécessaire, pour arriver à connaître rapidement les quantités d'eau contenues dans le lait, de trouver un procédé qui ne fût gêné dans son action, ni par la nature des substances solides renfermées dans le liquide, ni par l'addition possible des sels et de la dextrine. Le sucre étant en solution complète dans le sérum, il s'agissait de faire disposer un instrument commode, simple, dont les indications fussent suffisamment exactes, et les données fournies avec rapidité. C'est encore à l'appareil saccharimètre que nous avons eu recours; mais, cette fois, il a été modifié de la manière suivante.

Au lieu d'un instrument non portatif, monté sur un pied, lourd à déplacer, long de près de 50 centimètres, ayant besoin d'une lampe, accessoires, etc., etc., nous avons fait construire, par M. Duboscq, un petit polarimètre qui n'a pas 30 centim. de long et 2 centim. de diamètre.

Ce petit appareil, comme ceux de cette nature, destiné à mesurer, dans un liquide, la proportion d'une substance qui a la propriété de faire tourner le plan de polarisation d'un rayon de lumière polarisée, est essentiellement composé d'un tube creux; partout, à chaque extrémité, un prisme de Nichol. On appelle ainsi un prisme bi-réfrigérant de spath d'Islande, taillé de manière qu'un seul des rayons réfractés le traverse longitudinalement. On ne doit donc considérer chaque prisme, dans l'appareil, que comme donnant passage à un faisceau de lumière polarisée.

Cela posé, si l'on dirige le tube, muni de ses deux prismes, de façon qu'un des faisceaux de lumière tombe sur un des prismes, et qu'on puisse examiner, à travers le second prisme, comment la lumière se comporte, en passant successivement à travers ces substances, on observe des effets qui dépendront, et de la position relative des deux prismes, et de la nature du liquide qu'on mettra dans le tube.

Pour bien préciser ces faits, nommons *polariseur* le prisme antérieur par lequel arrive le faisceau de lumière, soit diffuse, soit provenant d'une lampe; nommons *analyseur* le second prisme qui se trouve près de l'œil de l'observateur; appelons éga-

(1) Nous nous occupons, en ce moment, de déterminer les causes de ce phénomène.

lement *section principale des prismes* un plan perpendiculaire à la face antérieure et postérieure de chaque prisme, et qui contient l'axe de double réflexion.

Si l'on examine une lumière à travers les deux prismes, qu'il n'y ait rien dans le tube intermédiaire, et que les sections principales des deux prismes soient parallèles, on verra le faisceau lumineux avec son maximum d'intensité; mais si l'on tourne l'analyseur autour de l'axe du tube, le polariseur restant fixe, alors, quand les sections principales seront à angle droit, toute lumière cessera.

Si, dans cette position de l'instrument, on place un liquide, tel que de l'eau pure, de l'eau salée, etc., dans le tube, et que la substance dissoute n'ait pas la propriété d'agir sur la lumière polarisée, cela ne changera pas les conditions de l'expérience, et l'obscurité restera la même, quand les substances principales seront croisées. Mais si le liquide renferme de l'albumine, du sucre, etc., alors la lumière se trouvera rétablie, et pour arriver à l'obscurité, il faudra tourner l'analyseur de 5°, 6°, etc., d'un côté ou de l'autre, pour éteindre de nouveau la lumière, suivant la nature de la substance. Cela indique que la substance exerce *un pouvoir rotatoire sur la lumière polarisée.*

La quantité dont on aura tourné l'analyseur étant proportionnelle à la quantité de substance active placée dans le tube, pourra servir à déterminer combien on a employé de substance active, si l'on a fait des expériences préliminaires à ce sujet.

Quand on aura une lumière intense et que la substance active donne 10 à 20° de rotation, on n'arrive pas à l'extinction complète de l'image dans les cas ordinaires, car les rayons lumineux, étant également déviés, donnent des colorations diverses. On peut, dans ce cas, mettre, en avant du *polariseur,* un verre rouge qui ne laisse passer que des rayons rouges homogènes, et alors, en opérant, on arrive à l'extinction de la lumière, comme il a été dit plus haut. On peut, dans ces conditions, opérer avec une forte lampe.

Avec cet instrument, nous avons établi une série d'expériences destinées à mesurer exactement les quantités de sucre de lait contenues dans un liquide. Ces quantités sont proportionnelles aux quantités d'eau. On peut en juger par le tableau suivant:

SÉRIE D'EXAMENS.	DEGRÉS DE DÉVIATION.		
	Liquide pur.	Avec 1/2 eau.	Avec 3/4 eau.
1° Solution de sucre.	37°30′	18°15′	9°15′
2° Sérum coagulé naturellement.	4°	2°	1°
3° Sérum coagulé artificiellement et de suite.	6°	3°	1°30′

Nous avions donc ainsi les éléments nécessaires pour dresser une table à l'usage de cet instrument, mais cela ne suffisait pas. Nous avons fait le même travail avec la dextrine et des sels divers. Or nous sommes arrivé à ce résultat, que la dextrine donne une déviation trois à quatre fois plus considérable que celle du sucre de lait, et telle, en quantité très-minime, que le sucre de lait normal ne peut jamais accuser. Les sels n'ont aucune action.

Nous étions donc en possession de l'instrument et du procédé que nous cherchions.

C'est aussi cet instrument que nous proposons.

Voici la manière de s'en servir: On coagule le lait; il suffit d'obtenir 9 à 10 grammes de sérum. Ce sérum est introduit dans le tube, et, soit à la lumière du jour, soit à celle d'une bougie, on examine la déviation produite.

Or, d'après la table ci-jointe, on déterminera immédiatement les quantités de sucre, et, par suite, celles de l'eau.

USAGE DU PETIT POLARIMÈTRE.

Degrés.	*Valeur en sucre.*
1	11 gr. sur 1,000 gr. de sucre.
3/4	7.25
1/2	5.50
1/4	2.75

Exemple: Si l'instrument accuse 3° 1/2 (la 1/2 reconnue approximativement, soit à l'œil, soit à la loupe).

On multiplie 3 par 11, et on ajoute la valeur de la 1/2, ce qui donne 33 + 5,50 ou 38,50 gram. de sucre sur 1,000 gram. de lait.

Si l'on veut savoir le *chiffre précis,* il faut se rappeler que chaque minute du *grand polarimètre* = 0,18 de sucre sur 1,000 grammes.

Alors on traduit ou on transforme en minutes les 3° 1/2 accusés par le petit polarimètre. Le degré représentant 60 minutes, on a 180 + 30 = 210′. Ces 210′ × 0,18 donnent 37,80; ce qui est la quantité précise de *sucre* qu'on avait à déterminer.

On voit que, de 38,50 à 37,80, l'approximation est très-sensible.

Enfin, avant tout, il faut savoir que la loi ne doit permettre qu'une déviation de 3° 1/2 à 4°; au-dessous de 3° il y a fraude et introduction *d'eau dans le lait.*

CORRESPONDANCE.

Sur les règles d'administration du chloroforme.

Paris, 28 janvier 1853.

A M. le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Sans rentrer dans le fonds de l'importante question des précautions à prendre dans l'administration du chloroforme, parce que je n'ai rien à ajouter à ma lettre par vous publiée, le 13 mars 1852, dans la *Gazette des Hôpitaux,* permettez-moi, à l'occasion de votre article sur le chloroforme, reproduit, le 25 de ce mois, dans le *Moniteur des Hôpitaux,* une simple réflexion. Notre éminent et honorable confrère, M. le professeur Sédillot, a posé en principe, à l'occasion de la mort de la dame Simon, que le chloroforme pur ne tue jamais. Cette opinion, je le sais, vous ne la partagez pas plus que moi. Mais il a émis une autre proposition, et cette proposition, que je n'ai cessé de combattre, vous l'adoptiez avec l'immense majorité des chirurgiens de Paris et de la province: savoir que, pour obtenir du chloroforme tout ce qu'il peut donner, il faut amener les malades à la période de résolution (1). Vous voyez que je reproduis le texte même de ma lettre du 13 mars, j'ajoutais: Cette proposition est dangereuse, car le chloroforme, quand il a anéanti le sentiment, quand il a anéanti le mouvement pour amener la résolution, ne laisse plus, de la vie à trépas, que l'épaisseur d'un cheveu; ou, si vous l'aimez mieux, l'épaisseur du nœud vital placé, par M. Flourens, dans la moelle allongée, à l'origine même de la huitième paire de nerfs.

Et, après avoir rappelé les belles expériences de ce savant dont la France s'honore, je tirais cette conclusion, que l'inhalation du chloroforme doit s'arrêter toujours à la perte de sentiment, sans arriver à la deuxième période, à celle de résolution.

Je vois bien que j'ai été assez heureux pour vous amener à une conviction scientifique, puisque vous dites, pour la seconde fois: « Nous partageons l'opinion de M. Baudens, et nous croyons que le conseil qu'il donne de surveiller attentivement la sensibilité, pour arrêter les inhalations dès qu'elle a disparu, est un heureux complément des règles tracées par M. Sédillot. Mais pourriez-vous me dire, mon cher confrère, si l'immense majorité des chirurgiens dont j'ai parlé plus haut pense comme vous et comme moi? J'ai lieu d'en douter, et voilà pourquoi je voudrais que tous les faits malheureux fussent publiés avec un soin extrême, une précision rigoureuse, pour servir d'enseignement.

Il faut cependant bien que l'on sache, oui ou non, si dans l'emploi du chloroforme il y a toujours et inévitablement danger d'homicide. Pour moi, tant qu'on n'aura pas même publié un seul cas de mort survenue alors que la sensibilité seule était abolie, la motilité ayant été conservée, je n'y croirai pas.

(1) Notre savant correspondant fait erreur : nous n'avons jamais considéré comme indispensable la période de résolution, au moins pour l'immense majorité des opérations. Il n'y a que les opérations dans lesquelles tout mouvement des malades peut être fatal, que nous avons cru utile d'obtenir la résolution.

Je vois bien que vous dites : « La période de sensibilité touche de si près à celle de motilité qu'elles se confondent assez souvent. »

J'admets, comme vous, que ces périodes se confondent assez souvent, et que l'action du chloroforme, comme l'a rappelé avec tant de raison M. Sédillot, se continue et même augmente quelquefois après qu'on a cessé l'inhalation ; mais qu'est-ce que cela prouve ? si ce n'est que, contrairement à l'opinion de l'immense majorité des praticiens, il faut chercher à s'arrêter à la période d'insensibilité : bien loin de recommander d'aller jusqu'à la résolution.

Veuillez agréer, etc.

L'inspecteur membre du Conseil de santé des armées,

BAUDENS.

De l'hérédité de la morve et de la rage.

Un naturaliste étranger, M. le commandeur da Gama Machado, auteur de la *Théorie des Ressemblances,* ouvrage important en trois volumes, rempli d'observations précieuses, nous adresse le passage suivant de cet ouvrage, à propos de notre article sur l'hérédité. Quoique l'observation directe n'ait pas encore, que nous sachions, confirmé les vues du célèbre savant, son opinion n'en est pas moins très-digne d'être prise en sérieuse considération, et très-capable de provoquer d'intéressantes recherches de la part des médecins-vétérinaires.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Dans les mesures d'administration sanitaire dont la rage et la morve ont été l'objet, on n'a jamais eu égard au principe de l'hérédité qui est une loi fondamentale de la création, puisque les deux règnes végétal et animal proviennent l'un et l'autre de semences. Nous n'entrerons pas ici dans les détails de cette haute question scientifique ; mais il ne sera peut-être pas inutile de rappeler le passage suivant du 3e vol. de notre *Traité des Ressemblances,* à propos d'un article sur l'hérédité de l'idiotie, mais dans lequel vous aurez, monsieur le rédacteur, envisagé d'une manière très-générale l'hérédité. Voici ce passage :

« La morve est une maladie qui est devenue aujourd'hui très-commune, et l'on pense généralement qu'au moyen d'écuries bien aérées, on pourra éviter ce terrible mal qui est aussi contagieux chez l'homme. Nous conseillons, aux amateurs de chevaux de race, de chercher à connaître les maladies des pères des chevaux dont ils voudront faire l'achat ; car il est probable que si les pères sont morts morveux, ils auront engendré, d'après la loi de la propagation, des poulains qui, plus tard, succomberont à cette maladie.

« Nous ferons encore observer que, pour la rage chez le chien, le même principe de transmission séminale existe. On ne s'occupe jamais des descendants du chien enragé ; on le tue, et on s'imagine que tout danger cesse alors. Ce que nous venons de dire, relativement au cheval, doit s'appliquer également au chien. La police devrait intervenir et faire périr les jeunes chiens provenant du chien enragé. Les princes qui possèdent de belles meutes profiteront de notre observation ; et s'ils avaient eux-mêmes quelque maladie douloureuse, telle que la pierre, la goutte, etc., ils devraient éviter d'avoir des enfants, l'homme étant soumis aux mêmes chances que le cheval et le chien. » (*Théorie des Ressemblances ;* vol. 3e).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Le règlement de l'Académie.* — De même qu'il y a des palais que le Bordeaux et même le Madère ne stimulent pas suffisamment, et pour lesquels il faut additionner ces produits exquis de force alcool, ou même de force gingembre, canelle et piment ; de même il y a des esprits qui ne comprennent la critique que lorsqu'elle appelle un chat un chat et Rollet un fripon. Malgré tout notre respect pour le grand satiriste ; malgré l'esprit d'indépendance dont nous avons peut-être donné quelques preuves, et dont on a bien voulu quelquefois nous féliciter, nous ne saurions nous engager à suivre en toute circonstance le précepte de Boileau, et il nous faudra quelquefois nous résigner à ne parler qu'aux oreilles assez ouvertes pour entendre à demi-mot. Cela posé, nous arrivons au comité secret de l'Académie sur lequel nous avons promis de revenir en quelques mots, et qui a été consacré à la lecture d'une lettre de M. Conneau, dans laquelle l'honorable archiâtre décline, dans un langage dont tout le monde s'accorde à reconnaître la distinction, la dignité et la haute convenance, l'honneur de la présidence perpétuelle de l'Académie. Cela prouve deux choses :

Premièrement, que M. Conneau est, non pas un homme simple, comme l'a écrit certaine plume à laquelle toutes les expressions sont faciles, moins celles qui traduisent la vérité, mais, ce qui vaut beaucoup mieux encore, un homme de tact et de sens qui a parfaitement compris ce qu'il y avait d'anachronisme dans l'article du règlement que nous avons rappelé, moins pour le défendre que pour le signaler à l'attention des hommes sérieux.

En second lieu, la lettre de M. Conneau prouve que l'article en question existe et est en vigueur, car on ne décline pas un honneur qui ne saurait nous appartenir.

Or, si cet article est bon, il ne l'est que parce que l'Académie n'a pas été appelée à en voter la suppression, et, si c'est là ce qui le rend bon, la même raison en rend beaucoup d'autres mauvais dans le nouveau règlement de l'Académie, imprimé en 1851. En effet, sur 86 articles dont se compose ce règlement, dix, au moins, ont été ou modifiés ou complétement ajoutés, sans que l'Académie en ait jamais été prévenue, et bien certainement sans qu'aucune circonstance de force majeure en ait été la cause. Nous pensions que la commission nommée, sur la proposition de M. Cornac, devait s'occuper de rechercher l'utilité de ces modifications, et de régulariser l'état de choses existant. Il paraît que nous nous étions trompé. La commission, en effet, s'est dit-on dissoute quand elle a eu entendu la lecture de la lettre de M. Conneau, c'est-à-dire qu'elle a pensé, sans doute, n'avoir d'autre mission que celle de négocier la question de la présidence d'honneur de l'Académie. A la bonne heure ! Si l'Académie veut se mettre en tutelle, elle en a le droit, nous le croyons du moins, tout comme avait le droit de se faire battre, quand il lui plaisait, la femme de Sganarelle ; mais nous aurions mieux aimé que l'Académie choisît ailleurs ses exemples. Au reste, tout ce que nous en disons, et tout ce que nous en avons dit, c'est uniquement dans l'intérêt des principes ; car nous ne nous prononçons en aucune façon sur l'utilité des modifications et additions apportées au nouveau règlement, et nous avons même laissé pressentir que ces modifications et additions nous semblaient faites dans d'excellentes intentions.

— Voici une petite narration, faite par un de nos écrivains scientifiques les plus distingués, dont nous ne saurions trop approuver tous les mots, si l'auteur avait défini ce qu'il entend par l'adverbe *dignement :*

« M. Auguste Duméril vient de publier une « description des reptiles « nouveaux ou imparfaitement connus de la collection du Muséum d'his- « toire naturelle de Paris, avec des remarques sur la classification et les « caractères des reptiles. » C'est un Mémoire intéressant où sont passés en revue les chéloniens et les deux premières familles de l'ordre des sauriens, celles des crocodiliens et des caméléoniens. Parmi les espèces nouvelles, dont la représentation exacte est donnée dans des planches coloriées, on remarque deux tortues, deux émydes, une podochémide, un crocodile de l'Amérique centrale, deux caméléons, etc. Grâce à ce catalogue raisonné et complet, on peut faire connaissance avec une foule de reptiles dont on ignorait l'existence.

« M. Duméril fils suit, dans le champ de l'histoire naturelle, le sillon glorieusement tracé par son père. Le doyen vénéré de nos professeurs, qui occupe dignement, depuis plus d'un demi-siècle, une double chaire au Muséum et à la Faculté de médecine, a conquis une renommée plus qu'européenne par son *Erpétologie générale.* Certes, les serpents qu'il a classés avec tant de méthode et dont il a si bien raconté les méfaits, lui doivent beaucoup ; mais, de son côté, il n'est pas non plus sans leur devoir quelque chose. Voici que M. Duméril fils, se vouant avec ardeur et succès à cette même étude des reptiles, continue la tradition paternelle. Décidément,

L'esprit de *serpentisme* est dans cette famille. »

Dr HENRI ROGER,
Professeur agrégé de la Faculté.

— Le docteur Franck, médecin du roi de Saxe, est mort à Dresde, le 18 de ce mois, d'une attaque d'apoplexie.

— Par décret en date du 17 janvier 1853, sur la proposition du grand chancelier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, M. Langry (Pierre-Antoine), chirurgien major en retraite, 31 ans de services militaires, 12 ans de services civils, 10 campagnes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par M. le docteur MAISONNEUVE, recueillies et publiées par le docteur ALEXIS FAVROT. 1re partie, comprenant les affections cancéreuses en général. In-8 avec planches lithographiées. Prix : 2 fr. — Chez M. LABÉ, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 14. 1re année. Mardi, 1er Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la péripneumonie épizootique du gros bétail, et spécialement de l'inoculation prophylactique de cette maladie, par M. Reynal. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Saint-Louis. Leçon clinique sur l'acné, la mentagre et la couperose, par Ch. Mahieux. (*Suite et fin.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON** : Rapport sur le magnétisme animal, par J.-S. Bailly. (*Suite et fin.*)

Paris, le 31 janvier 1853.

De la péripneumonie épizootique du gros bétail, et spécialement de l'inoculation prophylactique de cette maladie.

Au nombre des maladies qui ont le plus fixé, dans ces derniers temps, l'attention des vétérinaires, figure en première ligne la *péripneumonie épizootique* du gros bétail. En effet, de toutes celles qui règnent actuellement en Europe sur une vaste échelle, il n'en est pas qui occasionne des ravages aussi grands et qui causent à l'agriculture, à l'industrie du bétail des pertes aussi considérables.

Obscure dans sa marche, cachée dans son mode d'évolution, la maladie de poitrine du gros bétail ne se traduit le plus souvent au dehors qu'après avoir produit dans l'organisme des désordres irrémédiables.

Produite par une altération morbide générale, c'est dans le poumon, comme l'indique sa dénomination, qu'elle se localise, qu'elle revêt la forme et la physionomie spéciales qui la distinguent de toutes les affections pulmonaires des autres animaux domestiques. Ici c'est sur les plèvres, là c'est dans le poumon, et le plus ordinairement à la fois sur les deux organes que se font remarquer les altérations pathologiques qui lui sont particulières. On se tromperait étrangement si, prenant les mots *péripneumonie, pleuro-pneumonie* dans leur acception rigoureuse, on s'attendait à trouver dans la trame organique des tissus malades, les lésions caractéristiques de l'inflammation. Les mots *hépatisation, induration rouge, grise, blanche,* si souvent employés par respect pour l'usage et en raison de l'analogie que les observateurs avaient cru trouver entre cette maladie et celle qu'on observe sur le même appareil chez les autres animaux, sont détournés de leur véritable signification et sont tout à fait impropres pour désigner des transformations successives qui s'opèrent dans la substance des poumons malades.

Ces derniers organes sont particulièrement remarquables par la modification radicale qu'ils ont subie dans leur texture et leur organisation intimes. Ils sont lourds, pesants, d'un volume énorme ; ils occupent toute la capacité thoracique, la disposition aréolaire et spongieuse de leur substance a entièrement disparu ; elle est compacte, densifiée, infiltrée de sérosité jaunâtre et d'une masse telle de matière albumino-fibrineuse, que les poumons solidifiés ont la plus grande ressemblance avec la chair musculaire. Les coupes, au lieu d'être granuleuses, comme on le remarque sur le poumon d'un cheval qui a succombé à une affection aiguë de cet organe, offrent l'aspect d'une surface unie, marbrée de rouge, de brun et de gris pâle, dans laquelle il est impossible de distinguer ni les artères, ni les veines, ni les bronches. Les lobules du poumon ainsi transformés, sont encadrés dans des cloisons résultant de l'infiltration et de l'épaississement du tissu cellulaire inter-lobulaire, si abondant dans les animaux de l'espèce bovine.

Ces lésions morbides, très-sommairement exposées, suffisent

FEUILLETON.

Rapport sur le magnétisme animal,

Par J.-S. Bailly, *premier président de l'Assemblée constituante.*

(Suite et fin.)

Le Rapport de Bailly renversa de fond en comble les idées, les systèmes, les pratiques de Mesmer et de ses adeptes ; ajoutons sincèrement qu'on n'a pas le droit de l'invoquer contre le *somnambulisme* moderne. La plupart des phénomènes groupés aujourd'hui autour de ce nom n'étaient ni connus, ni annoncés en 1783. Un magnétiseur dit, assurément, la chose la moins probable du monde, quand il affirme que tel individu, à l'état de somnambulisme, peut tout voir dans la plus profonde obscurité ; qu'il peut lire au travers d'un mur, et même sans le secours des yeux. Mais l'improbabilité de ces annonces ne résulte pas du célèbre Rapport. Bailly ne mentionne de telles merveilles, ni en bien, ni en mal ; il n'en dit pas un seul mot. Le physicien, le médecin, le simple curieux qui se livrent à des expériences de somnambulisme ; qui croient devoir rechercher si, dans certains états d'excitation nerveuse, des individus sont réellement doués de facultés extraordinaires, de la faculté, par exemple, de lire avec l'estomac ou le talon ; qui veulent savoir nettement jusqu'à quel point les phénomènes qu'annoncent avec tant d'assurance les magnétiseurs de notre époque, ne seraient pas du domaine des fourbes et des escamoteurs ; tous ceux-là, disons-nous, ne récusent nullement l'autorité de la chose jugée, ils ne se mettent réellement pas en opposition avec les Lavoisier, les Franklin, les Bailly ; ils pénètrent dans un monde entièrement nouveau, dont ces savants illustres ne soupçonnaient pas même l'existence.

Je ne saurais approuver le mystère dont s'enveloppent les savants sérieux qui vont assister aujourd'hui à des expériences de somnambulisme. Le *doute* est une preuve de modestie, et il a rarement nui aux progrès des sciences. On n'en pourrait pas dire autant de l'*incrédulité*. Celui qui, en dehors des mathématiques pures, prononce le mot *impossible*, manque de prudence. La réserve est surtout un devoir quand il s'agit de l'organisation animale.

Nos sens, malgré plus de vingt-quatre siècles d'études, d'observations, de recherches, sont loin d'être un sujet épuisé. Voyez, par exemple, l'oreille. Un physicien célèbre, M. Wollaston, s'en occupe ; aussitôt, nous apprenons qu'avec *une égale sensibilité*, relativement aux sons graves, tel individu entend les sons les plus aigus, et tel autre ne les entend pas du tout ; et il devient avéré que certains hommes, avec des organes parfaitement sains, n'entendirent jamais le grillon des cheminées ; ne se doutèrent point que les chauves-souris poussent souvent des cris très-aigus ; et l'attention une fois éveillée sur ces singuliers résultats, des observateurs ont trouvé les

à elles seules pour distinguer la péripneumonie épizootique des maladies de poitrine des autres espèces animales et des affections pulmonaires inflammatoires de l'espèce bovine elle-même. Mais la différence ressort encore plus frappante de la comparaison des symptômes, de leur mode de manifestation et de l'ordre dans lequel ils naissent et se succèdent, et aussi de la facilité avec laquelle la péripneumonie épizootique se transmet aux animaux de la même espèce.

En effet, contrairement à ce qu'on observe chez les animaux atteints de maladies de poitrine sporadiques, l'invasion de la péripneumonie épizootique épidémique est toujours précédée par un temps d'incubation d'une durée de vingt, trente ou quarante jours. Pendant tout le cours de cette première période, l'animal éprouve un malaise général; il y a perte de l'appétit, de la gaieté, diminution de la sécrétion laiteuse, de la température, sécheresse de la peau, etc., etc.; en un mot, on observe une série de phénomènes morbides qui ne s'expliquent par l'existence d'aucune lésion locale.

En démontrant, à l'aide d'observations nombreuses, que la péripneumonie des bêtes à cornes est une affection spéciale, que les symptômes, la marche, les altérations pathologiques et surtout la propriété essentiellement contagieuse, en font une maladie ayant une place à part dans le cadre nosologique, la médecine vétérinaire a rendu un service signalé à l'agriculture, à l'économie du bétail et à la fortune publique. C'est parce qu'on a ignoré trop longtemps cette vérité que cette affection, bornée d'abord à quelques points isolés du territoire, a envahi de proche en proche la moitié de la France, et qu'elle menace aujourd'hui de ses ravages toute l'Europe continentale.

En présence des progrès croissants de cette épizootie meurtrière, l'administration supérieure de l'agriculture, mue par une louable sollicitude, s'empressa d'instituer une commission spéciale chargée d'étudier la nature de cette maladie, les moyens de la guérir et d'en empêcher la propagation.

A l'instar de la France, les gouvernements étrangers instituèrent de pareilles commissions, qui actuellement fonctionnent en Allemagne, en Belgique, en Hollande, etc.

Pendant qu'elles se livraient à de patientes recherches, il s'est produit un fait considérable qui préoccupe en ce moment l'attention publique et qui mérite d'être connu en raison de son importance pratique et des lumières qu'il peut apporter à la pathologie comparée des maladies contagieuses.

Je veux parler de l'inoculation aux animaux sains, de la matière virulente puisée dans les poumons d'animaux atteints de la péripneumonie épizootique.

Cet article a principalement pour objet d'aborder aujourd'hui ce point capital de l'histoire de cette maladie désastreuse.

Un médecin belge, M. le docteur Willems, de Hasselt, (Limbourg), frappé des ravages que la péripneumonie exerçait dans les étables de son père, distillateur dans la même localité, se livrait depuis plusieurs années à l'étude de cette maladie; après avoir vainement essayé de la guérir, il chercha les moyens d'en prévenir l'invasion.

M. Willems avait remarqué ce double fait, à savoir :

1° Que la péripneumonie était éminemment contagieuse;

2° Que les animaux qui l'avaient une fois contractée ne la contractaient plus.

Guidé d'une part par ces observations pratiques, de l'autre par des faits analogiques fournis par la maladie des bêtes à laine connue sous le nom de clavelée, et par la petite vérole de l'espèce humaine, M. Willems fut naturellement conduit à se demander si, par l'inoculation, il ne donnerait pas naissance à une maladie *bénigne*, qui donnerait aux animaux inoculés du privilége de l'immunité contre l'invasion de la péripneumonie.

L'expérimentation ne tarda pas à démontrer à M. Willems la justesse de ses prévisions : en février 1851, il inocula 108 bœufs, et ces 108 animaux, quoique placés dans un foyer permanent d'infection, dans des étables depuis longtemps décimées par la péripneumonie, n'ont aucunement ressenti les atteintes du mal.

Pour démontrer, d'une manière plus rigoureuse encore, l'influence préventive de l'inoculation, M. Willems dispersa çà et là cinquante bêtes non inoculées, au milieu de celles qui avaient subi l'inoculation : sur ce nombre, *dix-sept* furent atteintes de la péripneumonie.

Telle est, en substance, la partie expérimentale du premier mémoire publié par le docteur Willems.

Si les expériences qui sont en ce moment en cours d'exécution dans divers états de l'Europe, sous la surveillance de commissions spéciales, confirment les résultats obtenus par l'auteur de la découverte de la préservation de la péripneumonie par l'inoculation, un service immense aura été rendu à la fortune publique. Mais aucune certitude n'existe encore à cet égard.

Avant de chercher à apprécier l'importance des résultats déjà acquis, il ne sera peut-être pas inutile de faire connaître le mode suivant lequel M. Willems procède à cette inoculation.

« Il prend le liquide exprimé du poumon d'un animal malade, récemment abattu, ou d'un animal mort par la maladie, et il l'introduit, à l'aide de deux ou trois piqûres, à l'extrémité inférieure de la queue de l'animal qu'il veut préserver de la maladie. *Une seule goutte de liquide suffit pour faire l'inoculation.*

« Il choisit l'extrémité de la queue, parce que, s'il survient des accidents gangréneux à la suite de l'inoculation, leurs conséquences sont moins dangereuses dans ce point éloigné des

---

différences de sensibilité les plus étranges entre leur oreille droite et leur oreille gauche, etc., etc.

La vision offre des phénomènes non moins curieux et un champ de recherches infiniment plus vaste encore. L'expérience a prouvé, par exemple, qu'il existe des personnes absolument aveugles pour certaines couleurs, telles que le rouge, et qui jouissent d'une vision parfaite, relativement au jaune, au vert et au bleu. Si le système *newtonien* de l'émission est vrai, il faut irrévocablement admettre qu'un rayon cesse d'être lumière, dès qu'on augmente ou qu'on diminue sa vitesse d'un dix-millième. De là découlent ces conjectures naturelles et bien dignes d'un examen expérimental : les hommes ne voient pas tous par les mêmes rayons; des différences tranchées peuvent exister à cet égard chez le même individu, dans des états nerveux divers; il est possible que les rayons *calorifiques*, les rayons obscurs de l'un, soient les rayons lumineux de l'autre, et réciproquement; les rayons *calorifiques* traversent librement certaines substances, dites *diathermanes;* ces substances jusqu'ici avaient été appelées *opaques*, parce qu'elles ne transmettent aucun rayon communément lumineux; aujourd'hui, les mots *opaque* et *diathermane* n'ont rien d'absolu. Les corps *diathermanes* laissent passer les rayons qui constituent la lumière de celui-ci; ils arrêtent, au contraire, les rayons formant la lumière de celui-là. Peut-être trouvera-t-on, sur cette voie, la clef de plusieurs phénomènes restés jusqu'ici sans explication plausible.

Rien, dans les merveilles du somnambulisme, ne soulevait plus de doutes qu'une assertion très-souvent reproduite, touchant la propriété dont jouiraient certaines personnes à l'état de crise, de déchiffrer une lettre, à distance, avec le pied, avec la nuque, avec l'estomac. Le mot *impossible* semblait ici complétement légitime. Je ne doute pas, néanmoins, que les esprits rigides ne le retirent, après avoir réfléchi aux ingénieuses expériences dans lesquelles *Môser* produit aussi à distance des images très-nettes de toutes sortes d'objets, sur toutes sortes de corps, et dans la plus complète obscurité.

En se rappelant encore dans quelle proportion énorme, les actions électriques ou magnétiques augmentent par l'acte du mouvement, on sera moins enclin à prendre en dérision les gestes rapides des magnétiseurs.

En consignant ici ces réflexions développées, j'ai voulu montrer que le somnambulisme ne doit pas être rejeté *à priori*, surtout par ceux qui se sont tenus au courant des derniers progrès des sciences physiques. J'ai indiqué des faits, des rapprochements dont les magnétiseurs pourraient se faire une arme contre ceux qui croiraient superflu de tenter de nouvelles expériences ou même d'y assister. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quoique malgré les possibilités que j'ai signalées, je n'admette les réalités de lectures, ni à travers un mur, ni à travers tout autre corps opaque, ni par la seule entremise du coude ou de l'occiput, je croirais manquer à mon devoir d'académicien si je refusais d'assister à des séances où de tels phéno-

organes essentiels que dans d'autres régions du corps, où la marche envahissante de la gangrène peut amener des résultats funestes, ainsi que l'expérience le lui a démontré. L'inoculation avec d'autres liquides que celui extrait du poumon malade, ne donne pas des résultats aussi certains.

« Après une incubation du liquide virulent, qui est ordinairement de 12 à 30 jours, les phénomènes de l'inoculation se manifestent et durent quelquefois pendant deux à trois mois.

« L'inoculation donne ordinairement naissance à un malaise général qui n'est pas en rapport avec la petite lésion locale qu'elle a nécessitée.

« Les signes de l'inoculation sont les suivants : l'animal est moins vif, il mange moins ; quand on touche l'endroit où l'inoculation a été faite, cette partie est ordinairement sensible, puis elle se tuméfie, elle s'enflamme, elle se durcit fortement. Cette dureté inflammatoire des tissus morbides s'étend quelquefois au loin, et quand l'inoculation a été faite dans un endroit mal choisi, la mort peut en être la conséquence. Dans la partie tuméfiée, il se fait un dépôt de matière exsudée excessivement abondant, absolument comme dans le poumon des animaux malades. Souvent cette tuméfaction se résout ; souvent aussi, la gangrène s'en empare, et des lambeaux de peau, quelquefois même toute l'extrémité de la queue, tombent.

« Quand tous les phénomènes de l'inoculation se succèdent rapidement, l'animal n'éprouve que peu de malaise, et bientôt après il est plus gai qu'auparavant, il se porte mieux et il engraisse beaucoup plus facilement.

M. Willems termine son important mémoire par les conclusions suivantes : elles résument fidèlement les idées exposées par l'honorable médecin belge.

« 1° La pleuro-pneumonie n'est pas contagieuse par l'inoculation du sang ou d'autres matières puisées sur des animaux malades et déposées sur des animaux sains ;

« 2° Par la méthode que j'ai employée, 108 bêtes ont été préservées de la pleuro-pneumonie, tandis que de 50 bêtes non inoculées, placées dans les mêmes étables, 17 en sont devenues malades, et aujourd'hui la maladie est bannie de ces étables qui n'ont jamais été exemptes de malades de la pleuro-pneumonie depuis 1836 ;

« 3° L'inoculation de la maladie elle-même, *faite de la manière que je viens de la décrire*, qu'elle ait donné lieu à des manifestations morbides apparentes ou non, est le moyen qui préserve les animaux de la pleuro-pneumonie ;

« 4° Le sang et le liquide séreux et pumeux exprimés du poumon d'un animal malade et à la première période de la pleuro-pneumonie sont la matière la plus convenable à inoculer ;

« 5° L'incubation du virus se fait de dix jours à un mois, avant de se manifester par des symptômes sensibles ;

« 6° La matière servant à l'inoculation ne prend plus, en général, sur l'animal déjà inoculé ou ayant eu la maladie ;

« 7° L'animal inoculé brave impunément les influences épizootiques, et s'engraisse mieux et plus rapidement que ceux qui se trouvent avec lui dans la même atmosphère et qui n'ont point été inoculés ;

« 8° L'inoculation doit être faite, avec prudence et circonspection, de préférence sur des animaux maigres ; et, vers le dixième jour après l'opération, on leur fait administrer un purgatif salin que l'on répète au besoin ;

« 9° En inoculant la pleuro-pneumonie, on crée une maladie nouvelle ; on localise en quelque sorte, à l'extérieur, l'affection du poumon avec tous ses caractères particuliers ;

« 10° Le virus recueilli sur les bœufs pneumoniques a quelque chose de tout à fait spécifique ; ce n'est pas un virus quelconque ; la *race bovine seule* éprouve des accidents, tandis que tous les autres animaux de races différentes, inoculés de la même manière et avec le même liquide, n'en éprouvent aucun accident. »

—

Le mémoire de M. Willems était à peine connu que les commissions instituées pour étudier la péripneumonie en France, en Allemagne, en Belgique, en Hollande, etc., s'empressèrent de diriger leurs recherches vers les voies nouvelles ouvertes par cet habile observateur.

Jusqu'à ce jour, si les expériences entreprises en divers points n'établissent pas, d'une manière péremptoire, la vérité des assertions émises par M. Willems, il est juste de dire qu'elles ne les infirment pas.

La question de l'inoculation, comme moyen préventif de la péripneumonie, ne peut donc être encore résolue ni affirmativement, ni négativement. Pour la juger, avec connaissance de cause, il faut attendre le résultat des recherches expérimentales actuellement en voies d'exécutions. Cependant, et d'accord en cela avec M. Bouley qui a publié quelques articles intéressants sur cet important sujet dans le *Recueil vétérinaire*, je ne puis m'empêcher de constater que les expériences et les travaux entrepris sont de nature à permettre, pour le moins, quelques espérances. Dans un prochain article, j'essaierai de présenter une revue analytique de ces travaux publiés en France et à l'étranger.

REYNAL, *chef du service de clinique à l'Ecole d'Alfort.*

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

Causes. Pour exposer la cause première de la lésion, il nous faut presque analyser, une à une, chacune des observations que

---

mènes me seraient promis, pourvu qu'on m'accordât assez d'influence dans la direction des épreuves, pour être certain de ne pas devenir victime d'une jonglerie.

Franklin, Lavoisier, Bailly ne croyaient pas non plus au magnétisme mesmérien avant de devenir membres de la Commission gouvernementale, et cependant on a pu remarquer avec quel soin minutieux, avec quel scrupule ils varièrent les expériences. Les vrais savants doivent avoir constamment sous les yeux ces deux beaux vers :

Croire tout découvert est une erreur profonde,
C'est prendre l'horizon pour les bornes du monde.

ARAGO.

Courtes remarques sur le rapport précédent. — Ma prétention ne saurait être, dans les très-courtes remarques qui vont suivre, d'ajouter à l'intérêt ni à l'importance du beau modèle de critique scientifique que l'on vient de lire. Mon unique but est d'insister sur deux points que l'illustre secrétaire perpétuel a parfaitement traités pour le public auquel il s'adressait, mais trop sommairement peut-être, pour faire une impression suffisante sur les médecins et les physiologistes.

« En cherchant la cause imaginaire du magnétisme animal, dit M. Arago, on a constaté la puissance réelle que l'homme peut exercer sur l'homme, sans l'intermédiaire immédiat et démontré d'aucun agent physique. »

Ailleurs, le célèbre savant, après avoir rapporté les observations et les expériences excessivement curieuses de Wollaston et de Möser, déclare que c'est manquer à la prudence que de déclarer impossible tout fait qui n'est pas une contre-vérité mathématique, et, à plus forte raison, lorsqu'il s'agit de faits dépendant de l'organisation animale. Enfin, prenant toujours pour exemple le beau rapport de Bailly, il ajoute : « Ce travail a montré comment nos facultés doivent être étudiées expérimentalement ; par quelle voie la psychologie pourra arriver, un jour, à se placer parmi les sciences exactes. »

En parlant d'imprudence et de témérité, tout le monde a compris que M. Arago faisait allusion à l'Académie de médecine qui, on le sait, a décidé par un vote solennel, qu'elle ne s'occuperait jamais de somnambulisme ou de magnétisme animal, voulant ainsi, en se basant sur de fausses analogies, parodier en quelques sorte l'Académie des sciences, qui a décidé qu'elle ne s'occu-

nous possédons. Cela allonge un peu la besogne, cependant, nous trouverons occasion de faire, chemin faisant, quelques remarques assez intéressantes pour que l'on nous passe cette énumération.

A. En première ligne, nous trouvons les lésions traumatiques du scrotum ; à l'appui, nous pourrions rappeler les observations de MM. Ollivier et Voillemier, de Gaston et de Serre. Tout à côté, et sur le même rang, nous trouvons les cas d'incision ou d'excision du scrotum, pour la cure de l'hydrocèle, comme dans les observations de Gooch, de Bertrandi, et les faits analogues.

B. Lorsque, pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle par un procédé analogue à celui de l'excision, mais sans employer le bistouri, on cherchait à détruire une partie des enveloppes testiculaires au moyen d'une application caustique, les conséquences pouvaient en être identiques ; ici, nous trouvons le fait, douteux cependant, de Fabrice de Hilden, et peut-être, d'après la manière dont M. Jarjavay le raconte, le fait d'A. Bérard.

C. Le traitement de l'hydrocèle par la méthode justement usitée aujourd'hui, celle des injections, surtout au moyen de certains liquides, n'est pas, non plus, complétement à l'abri de la lésion consécutive que nous étudions. Dans son *Traité de médecine opératoire,* M. Velpeau rapporte des cas de vastes suppurations et de gangrènes, dont les conséquences ont été la mise à nu du testicule. En voici un cas bien intéressant, emprunté à M. Jarjavay.

12e *Observation.* Empruntée aux *Archives générales de médecine,* 1849, p. 134.

Chez un homme qui avait une hydrocèle avec un commencement d'éléphantiasis des bourses, on pratiqua, à deux reprises, des injections irritantes ; à la suite de la seconde, il se forma un abcès à la partie antérieure des bourses, cet abcès fut ouvert. Quelques jours après, M. Jarjavay prend le service comme chirurgien suppléant. « A travers l'ouverture scrotale « pratiquée par l'incision, dit-il, s'élèvent des fongosités de la surface des- « quelles suintait du pus en quantité assez abondante. Un stylet, glissé à « la base de ce petit (les dimensions ne sont pas indiquées) fongus, est « promené facilement autour de son collet, et il est possible de constater « une cavité dans la tunique séreuse. » Excision et cautérisation à deux reprises. Guérison ; cicatrice adhérente au testicule, en sorte que la glande ne peut glisser dans les bourses sans entraîner avec elle la partie des téguments qui était déprimée à ce niveau.

Un détail de l'observation sur lequel il est bon de fixer l'attention, est celui de la présence d'un éléphantiasis compliquant l'hydrocèle. C'est un fait rare dans nos climats tempérés ou froids. Il s'en est présenté un cas, au mois de novembre dernier, dans le service de M. Lawrence à l'hôpital Saint-Barthélemy.

Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, portant deux hydrocèles vaginales volumineuses ; celle du côté gauche surtout, la plus volumineuse, avait presque le volume de la tête d'un fœtus à terme. Or, sur le scrotum, du côté gauche seulement, la peau offrait cet épaississement mou et rugueux, ou mieux tuberculeux, qui est caractéristique de l'éléphantiasis. Le poids des bourses était plus considérable qu'il n'aurait dû l'être par suite de l'existence de simples hydrocèles dont le diagnostic était néanmoins très-certain. Une ponction, faite dans chaque bourse, a donné issue à une bonne quantité de liquide aqueux, transparent et citrin. Alors, on a pu constater que le testicule gauche surtout, tout en conservant sa forme, avait plus que doublé de volume, était pesant et dur, peut-être par suite de la formation, à sa surface, de ces épaississements, par dépôts plastiques, qui surviennent dans les hydrocèles anciennes, et dont A. Cooper, entre autres, nous a transmis un exemple mémorable. Ajoutons, pour ne plus revenir sur cette observation, que, quelques jours après les ponctions, le liquide commençait à se reformer dans les cavités vidées, mais l'éléphantiasis, commençant du côté gauche, avait disparu.

L'éléphantiasis n'est autre chose qu'une angéioleucite chronique, nous le démontrerons au besoin, observations en main. Le travail chronique, cette exagération de sécrétion morbide, la formation de ces dépôts plastiques, dans les cas où l'éléphantiasis complique l'hydrocèle, ne seraient-ils pas une cause prédisposante d'inflammation un peu trop intense à la suite du traitement employé pour la cure définitive de l'hydrocèle, et par suite, une cause prédisposante pour la mise à nu du testicule, et surtout pour la formation de granulations à sa surface ? C'est à voir.

D. Dans un cas de M. Malgaigne, c'est aussi une plaie qui a été la cause première. Une opération pour l'extirpation d'un kiste multiloculaire du scrotum a été suivie de gangrène et de mise à nu du testicule.

E. Dans deux cas, un de ceux de J.-L. Petit et celui de Guillon, la lésion a eu pour cause une plaie d'arme à feu, dont le mode d'action est aisé à concevoir ; et dans le cas de J.-L. Petit, l'incision faite le long du trajet suivi par la balle a contribué à mettre le testicule à découvert.

F. Deux fois, le point de départ a été dans une contusion grave du scrotum. Dans un cas de M. Malgaigne, il y a eu gangrène consécutive. Dans un cas de J.-L. Petit, les testicules ont été mis en évidence par une incision pratiquée par le chirurgien, pour vider les caillots sanguins qui encombraient le scrotum, à la suite d'une violente contusion par un coup de pied de cheval. A ce propos, il est bon de faire remarquer que de vastes incisions peuvent être pratiquées sur le scrotum, sans que le testicule tende à sortir ; on voit ceci fréquemment pendant les opérations de castration. Voici un cas à l'appui.

A la fin du mois de novembre dernier, un homme est entré à l'hôpital Sainte-Marie, dans le service de M. Coulson, pour une contusion considérable du périnée ; il y avait, outre les signes de lésion uréthrale avec rétention d'urine, une accumulation d'une quantité considérable de sang caillé dans le périnée et dans le scrotum. Comme dans le cas de J.-L. Petit, M. Coulson a dû songer à pratiquer une grande incision pour évacuer ces caillots. Disons, par parenthèse, que comme les lésions de ce genre sont suivies de rétrécissements uréthraux et de rétrécissements les plus intrai-

---

perait jamais de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel. Avec l'illustre secrétaire perpétuel, nous croyons que l'Académie de médecine a eu tort. Les faits qui constatent l'action de l'homme sur l'homme ont sans doute été démesurément grossis, dénaturés et surtout impudemment exploités par le charlatanisme ; mais, enfin, dans une proportion quelconque, ces faits existent et peuvent, par conséquent, être scientifiquement étudiés. En dédaignant une telle étude, un corps savant n'empêche aucun mal, et il se prive gratuitement du mérite de faire un bien réel, en cherchant d'abord sans passion, en propageant ensuite la vérité. Aujourd'hui, dans la crainte de se perdre dans l'opinion de tous ses confrères, aucun médecin sérieux n'ose aborder l'étude des faits qui peuvent être considérés comme étant du domaine du somnambulisme ; cette contrainte peut être un véritable dommage pour la science ; elle le serait réellement, si j'acceptais sans réserve les résultats que dit avoir constatés un homme dont personne ne peut contester ici le talent ni l'honorabilité, un médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Gromier, enfin, dont tout le monde connaît le beau rapport médico-légal dans l'affaire Jobard.

Certes, après la manière dont j'ai traité la dernière jonglerie dont l'Académie s'est occupée, j'ai peut-être quelques droits à n'être point taxé de faiblesse envers les mystifications ; mais plus on est sévère envers l'erreur et la mauvaise foi démontrées, plus on doit être circonspect en face de l'inconnu, plus on doit applaudir à ces belles paroles de M. Arago :

« Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quoique malgré les possibilités que j'ai signalées, je n'admette les réalités de lectures, ni à travers un mur, ni à travers tout autre corps opaque, ni par la seule entremise du coude ou de l'occiput, je croirais manquer à mon devoir d'académicien si je refusais d'assister à des séances où de tels phénomènes me seraient promis, pourvu qu'on m'accordât assez d'influence, dans la direction des épreuves, pour être certain de ne pas devenir victime d'une jonglerie. »

H. DE CASTELNAU.

tables de tous, M. Coulson a profité de la grande et profonde incision qu'il venait de faire, pour inciser en même temps l'urètre lésé, et appliquer ainsi, dès les premiers temps, la méthode d'incisions périnéales de M. Syme, que l'expérience a montré n'être pas suivie d'indurations graves de l'urètre.

L'incision pratiquée a compris presque toute la longueur du périnée et plus de la moitié postéro-antérieure du scrotum sur la ligne médiane. Au moment ou nous écrivons ces lignes (fin décembre), l'opéré va parfaitement bien; la plaie, excepté sur une étendue de deux centimètres environ au périnée où elle est couverte d'excellents bourgeons charnus, est presque complétement cicatrisée; l'urine passe volontairement presqu'en totalité dans toute la longueur de l'urètre, et quelques gouttes seulement sortent encore par le périnée. Malgré la grande étendue de la plaie et sa position défavorable (en arrière chez un patient qui est, il est vrai, resté constamment dans le repos au lit), il n'y a eu à aucun moment tendance à la sortie du testicule. Ajoutons que chez cet individu, le scrotum est assez long et pendant.

G. Dans le cas de M. Goyrand, le scrotum s'était gangrené à la suite d'une variole.

H. Enfin, le cas le plus extraordinaire de tous est bien certainement celui de Fabrice de Hilden, puisque la gangrène a été la suite de l'irruption d'une ascite à travers le scrotum, ascite qui s'est guérie ainsi spontanément. Le cas mérite d'être rapporté, au moins en résumé.

13e *Observation.* — Un individu, porteur d'une ascite, avait été inutilement traité par bien des médications. A la fin, le liquide fit irruption dans le scrotum qui se gangrena. Par suite de cette gangrène et de scarifications devenues nécessaires, le scrotum disparut, laissant les deux testicules à nu. Il s'écoula par là tant de liquide séreux, que l'ascite resta complétement guérie, et l'individu survécut longtemps dans un état de bonne santé. Si même mes souvenirs (ceux de Fabrice) sont justes, il eut ensuite des enfants.

Tout autour des testicules, la nature avait produit une cicatrice dure, comme calleuse, qui les protégeait à la façon d'un scrotum, contre l'action des corps extérieurs.

Nous allons bientôt rappeler ce cas avec quelques autres, à propos de l'espèce de cicatrice qui s'y est formée.

Les lésions dont nous nous occupons sont, en général, si étendues, qu'on doit souvent s'attendre à ce que les deux testicules seront mis à nu; cependant, la hernie peut se borner à un seul testicule, comme nous le voyons, par exemple, dans un des cas au moins de M. Malgaigne, dans un de J.-L. Petit, et dans ceux de Gooch et de Bertrandi, comme en général à la suite de l'opération de l'hydrocèle.

Phénomènes. Nous trouvons ici deux faits dominants pour nous en ce moment : 1° le testicule exposé reste sain; 2° la surface extérieure de la tunique albuginée se recouvre de bourgeons charnus.

1° Si nous exceptons les cas où la lésion première a été une contusion qui a pu atteindre le testicule, quoique cet organe échappe encore le plus souvent, comme nous l'avons vu à propos des hernies traumatiques, dans tous les autres, le testicule était intact, et est resté sain. Il est curieux de voir cet organe rester intact au milieu de la scène de destruction qui a lieu autour de lui, dans les cas de gangrènes ou de vastes suppurations des bourses; on le comprend, du reste, lorsqu'on se rappelle que le testicule reçoit et renvoie tous ses vaisseaux, ou à peu de chose près, par l'intermédiaire du cordon qui lui sert comme de pédicule ou de hile. C'est lorsque le testicule a été atteint par la contusion, que nous pouvons voir apparaître cette série de phénomènes décrits à ce propos par M. J.-L. Petit, à savoir, une perte de substance de la tunique albuginée, à travers laquelle peuvent s'échapper, sous forme de filaments, les tubes séminifères. Ce dernier phénomène, la sortie des tubes séminifères, peut avoir lieu à la suite d'autres lésions testiculaires, comme nous l'a montré Swediaur.

Bertrandi, il est vrai, prétend qu'il en est autrement, et nous présente un tableau fort noir des conséquences de la présence du testicule à l'extérieur; il semble même laisser croire qu'à peu près toujours la tunique albuginée va se ramollir, se dessécher ou se dilater, et par suite se perforer; enfin, dans son observation, il nous parle d'une inflammation du testicule survenue par le simple fait de son exposition à l'extérieur, alors qu'il y avait inflammation des parties environnantes. Il est très-aisé de réfuter Bertrandi. D'abord, en laissant croire qu'il arrivait d'habitude des lésions graves lorsque le testicule est exposé à l'extérieur, Bertrandi a plus qu'exagéré, il s'est trompé; les assertions de tous les autres auteurs, l'observation de tous les jours, le bon nombre de faits contraires que nous possédons, nous permettent de le dire. Dans les hernies traumatiques, dont l'observation précitée de Serre, de Montpellier, nous offre l'exemple le plus frappant, si le testicule n'a pas été divisé ou contus au moment même de l'accident, il reste ultérieurement sain, quoique exposé. Dans presque tout le groupe des faits que nous examinons en ce moment, nous trouvons que le testicule est resté intact. Dans un bon nombre de cas de hernies scrofuleuses, nous verrons que le testicule reste sain. En un mot, à peu près toujours, un testicule hernié ou exposé, s'il était sain au moment de l'accident, reste sain.

Comment se fait-il alors, nous dira-t-on, que Bertrandi ait vu dans les cas de cet ordre le testicule se vider? Car enfin, le fait est positif, quoique bien rare, puisqu'il a été vu aussi par J.-L. Petit et Swediaur, et Bertrandi le décrit si bien qu'il a dû l'observer à coup sûr. Sans doute, seulement Bertrandi s'est contenté d'une simple assertion, sans nous donner d'observations qui nous auraient permis de constater dans quelles conditions il a observé, si les testicules qu'il a vus se vider n'étaient pas affectés auparavant d'une lésion à laquelle, bien plus qu'à l'exposition à l'extérieur, devrait être rapportée la cause de la perte de l'organe. Ce dernier détail méritait d'autant plus d'attirer l'attention, que dans le cas de J.-L. Petit, où la cause est indiquée, nous voyons que le testicule qui s'est vidé ultérieurement avait été contus; dans le cas de Swediaur, la perte du testicule a été due à une cause bien autrement active, à une lésion tuberculeuse, et non à l'exposition à l'extérieur.

Enfin, reste l'observation de Bertrandi, dans laquelle il est dit que le testicule se tuméfia. Voici qui devient plus positif. Et cependant, que de doutes encore! Lorsqu'on voit encore à notre époque, confondre, sous le nom commun d'orchite, l'orchite et l'épididymite, au point que nous avons vu de nos propres yeux des observations d'orchite qui sont publiées avec ce renseignement, que le testicule était tuméfié, alors que le testicule était parfaitement sain et que le gonflement siégeait uniquement dans l'épididyme; lorsqu'on constate qu'encore aujourd'hui la grande majorité des pathologistes confondent à la fois testicule et épididyme sous le nom commun testicule; lorsqu'on constate surtout que cette confusion était bien plus complète au commencement de ce siècle et dans le courant du siècle dernier, on se demande ce qui s'est gonflé dans le cas de Bertrandi. Est-ce le testicule ou l'épididyme, ou autre chose encore? Et si c'était l'épididyme, n'y avait-il pas là une lésion antécédente comme cause essentielle, lésion qui, recevant un coup de fouet de l'exposition à l'air, ou plus sûrement de l'inflammation des parties environnantes, aurait amené le gonflement bien plus certainement que l'exposition à l'air seule? Ces doutes si légitimes ne peuvent recevoir de solution par les termes de l'observation telle qu'elle est, et par conséquent l'observation ne prouve rien, relativement à la question que nous traitons.

Entendons-nous, cependant. Nous ne voulons pas nier que le fait de l'exposition du testicule à l'extérieur, surtout lorsqu'elle continue longtemps, ne puisse, dans des cas exceptionnels, amener quelques changements dans l'organe, soit par elle seule, soit par la suppuration qu'elle occasionne intermédiairement. Bien mieux, nous avons quelques faits dans lesquels il est survenu une certaine lésion. Ainsi, dans l'observation de hernie traumatique prise dans le service de M. Voillemier, le testicule (quoiqu'il ne soit pas absolument sûr que ce fût le testicule ou l'épididyme) était devenu volumineux. Dans le cas rapporté par nous au commencement de notre travail, observé dans le service de M. Lawrence, le testicule (c'est bien le testicule, cette fois) était plus que doublé de volume, et la même chose existait dans plusieurs autres cas de hernies tuberculeuses. — Si nous

ne consultions que les probabilités, rien de plus rationnel que d'accepter la possibilité d'un gonflement testiculaire par suite de l'exposition à l'air, d'autant plus que la persistance de la présence du testicule à l'extérieur est nécessairement accompagnée de suppuration dans les parties voisines et à la surface de l'organe lui-même. Pour peu que le testicule reste exposé longtemps, il est plus probable qu'il arrive autre chose; des granulations se forment sur la tunique albuginée, la pénètrent et peuvent arriver à la faire disparaître ou à peu près dans l'épaisseur de leur base, en la remplaçant par une masse plastique nouvelle, plus ou moins boursouflée; un travail plastique si étendu, accompagné d'une suppuration constante, ne peut guère avoir lieu sur les limites de la substance testiculaire, sans que des dépôts plastiques ne se fassent aussi dans ses couches superficielles, au moins dès que la tunique albuginée ne les protége plus.

A. DEVILLE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. DEVERGIE.

Leçon clinique sur l'acné, la mentagre et la couperose.

(*Suite et fin. Voir le n° du 1er janvier.*)

Mentagre. — La mentagre, si l'on en croyait le sens de son nom, serait une maladie du menton; c'est précisément parce que ce nom implique une erreur, qu'on a coutume de le remplacer par celui de *sycosis* (1), qui a l'avantage de ne rien préjuger, ni sous le rapport du siége, ni sous le rapport de la nature de l'affection.

Les points sur lesquels on la rencontre, bien que très-divers en apparence, réunissent tous, pour caractère commun, d'être abondamment pourvus de poils : ce sont la moitié inférieure de la figure chez l'homme, le cuir chevelu et le pubis dans les deux sexes.

Une coïncidence aussi marquée du sycosis avec les follicules pileux les plus développés, conduit tout naturellement à admettre une corrélation dont la nature nous échappe entre cette maladie toute locale et les organes producteurs des poils. L'anatomie serait seule capable de nous donner la raison de ce rapport constant : malheureusement elle est restée muette jusqu'aujourd'hui à l'endroit de presque toutes les altérations morbides de l'appareil cutané.

Dans la plupart des cas, le sycosis se développe sur les points de la figure occupés par la barbe, et sa présence y paraît tellement liée à celle des follicules pileux, que chez la femme et chez les jeunes gens, avant l'époque de la puberté, jamais on ne le voit apparaître. C'est là ce qui a fait dire à tort que cette maladie est étrangère au sexe féminin : vous la trouverez en effet au cuir chevelu et au pubis, tout aussi bien dans l'un que dans l'autre sexe. Il semble seulement que ces parties, jouissant d'une sensibilité moindre que les téguments de la face, soient aussi moins sujettes à l'inflammation et à l'engorgement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui constituent le sycosis.

La mentagre ne reconnaît le plus souvent aucune cause appréciable. Une rougeur accompagnée d'une chaleur vive survient principalement au menton ou sur un des côtés de la mâchoire. L'espace d'un jour ou deux suffit en général au complet développement de cette plaque saillante et enflammée qui recouvre tout le menton, ou bien tout un côté de la mâchoire, ou même les deux côtés de la mâchoire et même la lèvre supérieure. Le gonflement qui se produit acquiert souvent des dimensions tellement énormes, que le menton ou la partie malade ont doublé ou triplé de volume. Évidemment la peau n'est pas seule atteinte, et le tissu cellulaire qui la double participe à son inflammation. Au bout d'environ quarante-huit heures, il commence à suinter sur la surface malade une humeur purulente et visqueuse qui se concrète si la partie est restée à nu, mais qui n'adhère pas de manière à former des croûtes comme dans l'impétigo. Quelques cataplasmes ou quelques lotions émollientes suffisent pour mettre à nu la peau malade, et, si quelques jours se sont écoulés depuis le commencement de l'éruption, on trouve cette peau rouge, énormément tuméfiée et couverte d'une série d'éminences également enflammées, rugueuses à leur surface et analogues par leur aspect à une framboise. Le nombre et le volume de ces saillies d'aspect framboisé varient, mais toute la surface malade en est irrégulièrement parsemée.

Ce sont précisément ces engorgements tuberculeux de la peau qui persistent avec opiniâtreté après que l'inflammation est tombée et que le gonflement du tissu cellulaire s'est dissipé : ce sont eux qui font de la mentagre une maladie toujours longue et désagréable.

Témoin le malade que vous voyez au n° 40, qui nous est arrivé avec toute la moitié inférieure de la figure couverte d'énormes tubercules revêtus de croûtes jaunâtres qui d'abord se renouvelaient à mesure que nous les faisions tomber avec des cataplasmes, et qui, maintenant que la sécrétion purulente a cessé, n'en persistent pas moins à l'état de saillies arrondies et granulées dont la résolution est excessivement lente. Ces tubercules, énormes à leur origine, ont beaucoup diminué sans doute depuis un mois, mais plusieurs semaines se passeront encore avant qu'ils aient complétement disparu.

Les caractères précédents appartiennent à la forme particulière de sycosis que je désigne sous le nom de *tuberculeux*, parce que c'est en effet le tubercule qui en est l'élément le plus considérable; mais souvent la maladie, après avoir débuté à peu près de la même manière, offre consécutivement un aspect tout différent. L'engorgement de la peau, au lieu d'offrir une série de saillies tuberculeuses, constitue une plaque également rouge et gonflée, sur laquelle se développent de grosses pustules à base engorgée qui versent abondamment l'humeur purulente en se crevant. Quand les cataplasmes ont mis à nu la peau malade, on la voit se couvrir de nouveau d'une éruption de ces pustules qui ne tardent pas à devenir confluentes, et qui se reproduisent ainsi indéfiniment par poussées successives. C'est là, suivant moi, la *mentagre pustuleuse*.

Je sais bien que cette distinction n'a pas une bien grande importance pratique, puisque, la théorie nous ayant déjà conduit à considérer la maladie comme la lésion toute locale de la peau, il est naturel d'adopter pour son traitement une même série de moyens purement locaux. Cependant je voulais d'une part indiquer par cette division que la pustule est loin d'en être l'élément essentiel et primitif, et d'une autre part j'étais bien aise de signaler encore à ce propos la liaison intime qui rapproche les formes morbides des tempéraments. Au tempérament nerveux ou sanguin, à traits bien nettement accentués, correspond la mentagre tuberculeuse, et au tempérament mou et lymphatique la forme pustuleuse : c'est toujours la même influence de la constitution se traduisant dans chaque maladie par sa forme spéciale. Dans une mentagre qui se développe chez un sujet lymphatique, il y a cent à parier contre un que la sécrétion purulente prédominera et partant la forme pustuleuse.

Il résulte nécessairement de cette manière d'envisager le sycosis, que cette maladie, bien que plus commune aux parties de la figure qui recouvre la barbe, doit encore se rencontrer ailleurs. En effet, il se présentera assez fréquemment à votre observation des femmes, aussi bien que des hommes, qui, vers l'âge de 45 à 60 ans, offriront au sommet de la tête de grosses pustules à base engorgée, rouge et persistante. Ces saillies tuberculeuses, après avoir fourni une sécrétion croûteuse, pourront persévérer indéfiniment sans qu'il soit possible de les prendre ni pour de l'impétigo ni pour de l'ecthyma. C'est qu'il n'y a rien, en effet, dans ces tubercules qui les différencie de ceux de la mentagre. Quant à la région pubienne, si elle se

(1) συκον, figue.

rapproche de celle où croît la barbe par la présence, l'aspect et l'évolution de ses poils, elle ne s'en rapproche pas moins par l'éruption tuberculo-pustuleuse qui caractérise le sycosis.

Il faut dire cependant que l'aspect du sycosis propre au cuir chevelu est tout différent de celui de la figure : toujours moins volumineux et moins confluent, il ne consiste généralement que dans quelques pustules à base engorgée, mais isolées et d'un médiocre volume dont l'aspect violacé pourrait en imposer pour une syphilide. Le petit nombre de ces pustules croûteuses et limitées au sommet de la tête ramènera toujours à l'idée d'une maladie purement locale, quand on trouve tout le reste de la peau sain et les pustules occupant un siége qui n'appartient que très-exceptionnellement à des éruptions syphilitiques.

Je dois dire aussi que je n'entends pas confondre sous le nom de mentagre ces petits groupes de pustules impétigineuses qu'on trouve si fréquemment chez les hommes abondamment pourvus de barbe et qui forment une croûte grisâtre et persistante, principalement à la base du nez et au voisinage des lèvres. Ces croûtes, toujours adhérentes et circonscrites, reposent sur une surface également bien limitée, rouge et légèrement élevée. Quand des cataplasmes ont mis cette peau à nu, on ne tarde pas à voir surgir une multitude de très-petites pustules qui, au bout d'un jour ou deux, auront reproduit la croûte primitive. Ces éruptions, toujours renouvelées de pustules sur la plaque malade, entretiennent indéfiniment la concrétion croûteuse : et si une influence quelconque les suspend momentanément, il faut toujours s'attendre à leur réapparition. Il n'est guère de maladie plus tenace et contre les récidives de laquelle on soit plus impuissant. La forme purement pustuleuse de ces éruptions successives et interminables réunit trop complétement les caractères de l'impétigo, pour que je ne les rapporte pas à cette classe de maladies. Seulement, comme leur siége et leur persistance les rapproche du sycosis, j'en fais un genre spécial d'impétigo que je désigne sous le nom d'*impétigo sycosiforme*. Je dois même dire en passant que si la théorie oblige à rapprocher de l'impétigo cette maladie toujours rebelle, la pratique cependant la maintient à côté du sycosis, en appliquant à l'un et à l'autre des moyens à peu près identiques. Si la gravité de l'un consiste dans son étendue, son volume et la soudaineté de son apparition, l'autre se rend redoutable par sa marche insidieuse et opiniâtre : et en définitive, l'un comme l'autre réclament les soins les plus assidus et les moyens les plus énergiques.

La mentagre, apparaissant à son début comme une vive éruption souvent accompagnée de symptômes généraux, doit évidemment être traitée, à cette période, comme toute affection inflammatoire aiguë : sangsues ou saignées, cataplasmes, boissons émollientes, etc. Mais, au bout de peu de jours, on voit s'éteindre ce premier feu de l'éruption : c'est alors qu'il faut recourir aux applications résolutives, sans plus s'inquiéter de l'état général qui demeure étranger au reste de la maladie.

Pour tenir constamment la peau malade découverte et accessible aux agents résolutifs, on la recouvre, la nuit, d'un cataplasme, et le jour on la graisse avec une pommade au calomel, ou bien avec l'onguent napolitain.

Mais il ne tarde pas à arriver un moment où la révolution commencée s'arrête, ou ne fait plus que des progrès excessivement lents : c'est alors qu'il faut achever la fonte des engorgements indolents qui persistent, par deux moyens perturbateurs, assez peu rationnels sans doute, mais dont les succès ont pleinement légitimé l'emploi.

Ces deux moyens énergiques, qui seuls peuvent vous faire compter sur un succès définitif, sont d'une part les douches de vapeur et de l'autre la cautérisation.

Une douche de vapeur, dirigée sur cette surface tuberculeuse ou pustuleuse, y amène momentanément une injection vasculaire qui pourrait faire craindre d'abord le retour d'une inflammation. Mais, une heure ou deux après cette administration, tout rentre dans l'ordre, et, si l'on insiste sur ce moyen, répété tous les deux ou trois jours pendant quelques semaines, l'engorgement diminue de jour en jour et la peau tend à reprendre son niveau. Lorsqu'il ne reste plus de la maladie que quelques saillies presque indolentes, et concurremment avec les douches, on recourt aux cautérisations avec la pierre infernale. L'expérience m'a démontré qu'on ne doit pas se contenter alors d'une simple solution de nitrate d'argent, mais qu'il faut promener le crayon lui-même sur toutes les surfaces malades. Au début de l'emploi de ce moyen, on voit les parcelles noirâtres formées sur la peau par le caustique, se détacher au bout de deux ou trois jours, et, lorsqu'elles sont tombées, on a le soin de renouveler la cautérisation. Plus la guérison approche et plus ces pellicules mettent de temps à se détacher. Elles finissent enfin par laisser au-dessous d'elles la peau saine et revenue à son niveau normal.

L'ensemble de ce traitement dure en général deux ou trois mois. Il est moins long pour le sycosis de cuir chevelu, qui ne présente pas ordinairement la période inflammatoire du début. Dans ce cas, j'ai recours immédiatement aux douches sulfureuses, et j'ai le soin de cautériser en même temps chacune des pustules si petites qu'elles soient. Ces moyens, purement locaux, m'ont constamment réussi. Toutefois, si je trouvais une mentagre pustuleuse dépendant évidemment d'une constitution lymphatique, j'aurais recours, avant tout, au traitement antiscrofuleux par excellence : c'est-à-dire, au mélange d'huile de foie de morue, de vin de gentiane et de sirop d'iodure de fer. Cela ne m'empêcherait pas, du reste, d'agir localement comme dans les cas ordinaires.

Couperose. — On a voulu faire de la couperose une variété de l'acné, mais rien en réalité ne diffère plus que ces deux maladies : puisque l'une affecte exclusivement les follicules sébacés de la peau, et que l'autre apparaît à son début au moins sous la forme d'un simple érythème; puisque l'une est particulière à l'âge de la puberté, pendant que l'autre est plutôt une maladie de l'âge adulte; puisque l'une enfin ne revêt pas la forme tuberculeuse, tandis qu'un développement tuberculeux énorme est souvent l'aboutissant ultime de la seconde.

La couperose n'est, à son début, qu'une simple injection du réseau capillaire soit du nez, soit plus fréquemment des parties de la face qui avoisinent le nez. On a voulu faire de cette coloration rouge du nez un signe de l'ivrognerie : il est bien vrai que l'abus des liqueurs alcooliques en est, dans certains cas, la cause; peut-être même M. Rayer a-t-il raison d'attribuer sa fréquence, dans le nord de l'Allemagne et en Angleterre, plutôt aux excès qu'à la rigueur du climat; mais, combien de jeunes gens et de femmes, chez lesquels une pareille cause n'existe pas. Je crois pouvoir avancer que, sur cent couperoses prises au hasard, il en est quatre-vingt-dix à l'étiologie desquelles le vin et les alcooliques sont parfaitement étrangers.

S'il est vrai de dire que fréquemment quelques pustules d'acné fleurissent sur les figures couperosées, je ne puis cependant admettre que la couperose soit le résultat d'auréoles érythémateuses développées autour de pustules qui ont primitivement pris naissance. Sa première apparition consiste au contraire dans l'injection sanguine des vaisseaux capillaires qui, au travers de l'épiderme, laissent apercevoir leurs innombrables arborisations. Les sinuosités abondantes de ces vaisseaux injectés ne tardent pas à se confondre et à donner à la peau une rougeur franchement érythémateuse et que le doigt fait momentanément disparaître par la plus légère pression. Cette rougeur, née sur les côtés du nez, s'étend peu à peu sur la joue : elle s'accompagne d'un sentiment de chaleur et de tension, principalement dans les circonstances qui font, comme on le dit, monter le sang à la figure. L'injection augmente progressivement, ainsi que la coloration; si bien qu'à la fin elle donne lieu à de véritables varices du système capillaire. Alors elle est permanente; la pression ne suffit plus pour chasser le sang hors des petits vaisseaux : c'est ce que j'appellerai la *couperose érythémateuse*.

La vascularisation, soit simple, soit variqueuse, peut s'étendre ainsi, à l'état de simple rougeur, au nez, aux joues, au front, etc. Elle continue lentement ses progrès, sans donner lieu à aucune élevure, aucun épaississement de la peau. Les plus grands soins hygiéniques, l'abstinence la plus absolue de vin et de boissons

spiritueuses ne sauraient entraver sa marche ; et si l'on n'y oppose aucun traitement, elle finit par envahir, en quelques années, toute la face et même le cou. Encore faut-il se hâter d'avouer que les meilleurs traitements sont le plus souvent inefficaces, et que, dans la majorité des cas, rien ne s'oppose à l'extension de la maladie.

Au lieu de cette simple coloration de la peau, l'injection permanente du système vasculaire peut amener, sur le nez principalement, un épaississement irrégulier de la peau. Il en résulte de véritables saillies tuberculeuses qui végètent tout à l'entour du nez, et qui donnent à cet organe cet aspect rouge et bourgeonné qui n'est pas rare chez les personnes de 50 à 70 ans qui jouissent d'un certain embonpoint. Ces bourgeons de la peau du nez se détachent quelquefois sur un pédicule assez mince pour qu'on puisse les faire tomber au moyen d'une simple ligature. C'est cette forme bien caractérisée de couperose, et qu'on pourrait bien, en somme, ne pas considérer comme une maladie, à laquelle je donne le nom de *couperose tuberculeuse*. Enfin, soit dans les cas de couperose érythémateuse, soit dans les cas de couperose tuberculeuse, soit enfin sans aucune altération préalable de la peau du nez, il n'est pas rare de voir une vive excitation locale, et principalement l'administration de douches trop énergiques, donner lieu, surtout chez les sujets lymphatiques, à un développement subit de pustules groupées sur le nez. Ces pustules, par leur agglomération sur un point aussi circonscrit, se distinguent nettement de celles de l'acné qui sont toujours isolées et solitaires : elles pourraient constituer une *couperose pustuleuse*. Vous en avez un exemple sur un malade (couché au n° 55 de la salle Saint-Louis) dont le nez a déjà pris un certain développement, bien qu'il soit à peine âgé de 50 ans, et qui offre une série de ces pustules groupées sur les ailes et sur l'extrémité même du nez.

La couperose est de sa nature une maladie permanente, et qui ne se guérit pas spontanément. On peut même ajouter qu'elle résiste avec ténacité aux meilleurs traitements. Je dois excepter toutefois la couperose pustuleuse qui, étant constamment liée à un tempérament lymphatique, et qui naissant le plus souvent à l'occasion d'excitations toutes locales, cède assez bien aux modificateurs généraux de la constitution. Notre malade peut lui-même confirmer cette assertion, car après un mois de traitement vous pouvez voir sa couperose presque entièrement guérie.

Malheureusement la facilité du diagnostic d'une maladie aussi nettement caractérisée que la couperose, est abondamment compensée par l'obscurité et l'impuissance de la thérapeutique. Il faut bien l'avouer, la plupart des malades, après avoir invoqué en vain les ressources de l'art, s'abandonnent à un empirisme aveugle comme à une dernière ressource. Il est des cas, en effet, où cette ressource est la meilleure, et quelques rares succès, obtenus par des moyens souvent dangereux et toujours téméraires, nous sont ensuite jetés comme un reproche et un défi. Ce sont surtout les drastiques répétés avec une insistance devant laquelle nous reculons, qui ont obtenu les quelques guérisons dont le charlatanisme ne manque pas de s'armer contre nous.

Je n'ai guère vu, pour mon compte, de ces couperoses liées à un état gastralgique dont on a voulu la faire dépendre ; mais, quoi qu'il en soit, ce ne serait assurément pas dans ces cas d'irritation intestinale que l'administration prolongée des drastiques serait même innocente.

Quant aux innombrables topiques dans lesquels chacun a voulu trouver son spécifique, je déclare que pas un n'aurait une véritable guérison pour appuyer sa valeur.

Pour résumer ma façon de penser sur le traitement de la couperose, je vous dirai d'abord que, pour celle qui consiste dans une hypertrophie tuberculeuse des téguments du nez, je me tiens dans l'inaction la plus absolue. Elle se développe avec les années ; je ne prétends pas plus m'y opposer qu'à la condition, même si souverainement inévitable, de son développement. Dans la forme érythémateuse j'essaie, dans une certaine mesure, les purgatifs souvent répétés, et j'administre des douches froides en tout analogues à celles que je vous ai indiquées pour l'acné. Je dois dire que les purgatifs peuvent être contre-indiqués par l'état général de la santé, et que, quand leur administration est possible, ils n'ont guère d'efficacité que dans les cas assez rares où la maladie est liée à une constipation ancienne et opiniâtre. La tisane royale, dont on peut prendre un verre chaque matin, est le moyen qui convient le mieux pour provoquer, pendant longtemps, ces évacuations continues.

Pour moi, c'est donc dans les douches sulfo-alcalines et gélatineuses que j'ai le plus de confiance. Les eaux d'Enghien, qui ont une certaine réputation pour guérir la couperose, aussi bien que celles de Barèges, de Coteretz, etc., peuvent, en effet, réussir quand on les fait agir sous formes de douches froides. Joignez à cela les résolutifs locaux, tels que la pommade au calomel ou au tannin, les lotions d'alun ou de sublimé, et vous aurez la courte série des agents véritablement efficaces dans cette maladie aussi rebelle que désagréable.

Je ne dirai pas autre chose de la couperose pustuleuse, qui se rapproche de l'acné par les moyens de traitement qu'elle réclame, ou qui demande un traitement interne quand elle se lie à un tempérament lymphatique ou scrofuleux, et qui, dans tous les cas, cède beaucoup mieux que la couperose érythémateuse aux douches sulfureuses froides. Dans l'un et l'autre cas, le sang, appelé vers les parties inférieures par le bain chaud, et chassé du réseau capillaire de la face par la douche froide, tend nécessairement à abandonner la peau de la figure et à faire cesser l'injection sanguine qui la colore.

Si vous avez vu, au commencement de l'année, au n° 79 de la salle Saint-Louis, un homme chez lequel une très-ancienne couperose de toute la face a été à peine modifiée par ces douches ; vous pouvez remarquer, au contraire, au n° 33 de la salle des femmes, une jeune fille de 24 ans, chez laquelle une plaque de la grandeur d'un sou de couperose érythémateuse, qui se développe depuis trois ans sur le nez, a perdu presque toute sa rougeur après six semaines du traitement purement local que je vous indique.

Errata de la 1re partie. Voy. n° du 1er janvier.

1re colonne, ligne 14, *au lieu de* règne anatomique, *lisez* siége anatomique.
ligne 20, *au lieu de* maladie des follicules, *lisez* maladies des parties abondantes en follicules.
ligne 46, *au lieu de* méthode, *lisez* maladie.
2e colonne, ligne 65, *au lieu de* pommades vantées, annoncées, *lisez* pommades annoncées.
4e colonne, ligne 26, *après* au pourtour des narines, *lisez* chez un autre malade que vous avez vu au n° 17 de la salle Saint-Louis, la maladie consiste bien comme la précédente, etc.

Et quelques autres erreurs purement typographiques que le lecteur aura facilement corrigées. CH. MAHIEUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Souscription Orfila au maximum d'un franc.* — Aux noms précédemment publiés, nous avons à ajouter, aujourd'hui, ceux de MM. Lagneau, père et fils ; Bédor, fils (de Troyes) ; Labretoigne ; Cazade ; Commenge ; R. Vigouroux ; Salone ; Fleurot ; Ed. Caron ; Bourcy ; Répin ; Anfray Colin ; Hourau ; Rinne ; Jarriau ; Gruère ; Oscar Masson ; Couly ; Théodorakis ; Voyer ; Béraud ; Courtois ; Moysant ; Gros ; Bardon ; Vanderguand ; Moilin ; Mauriac ; Rousseau ; Dr Burq.

— M. le ministre a signé la nomination de M. Wurtz comme professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris. On sait que M. Wurtz avait été présenté le premier sur les deux listes de la Faculté et du Conseil académique.

— A propos de nomination des professeurs, on parle beaucoup du projet qu'on aurait de supprimer la présentation et de confier, purement et simplement, cette nomination aux seules lumières du ministre. Cette nouvelle nous paraît avoir grandement besoin de confirmation, malgré la source sérieuse d'où elle nous vient.

— Le décret sur la suppression des concours pour la nomination des professeurs, en le conservant pour la nomination des agrégés, avait laissé dans l'incertitude sur le mode qu'on suivrait touchant la nomination du chef des travaux anatomiques. M. le ministre a décidé que cette place continuerait à être donnée au concours.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 15. 1re ANNÉE. Jeudi, 3 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances des Académies. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie, par M. A.-H. MARGERIE. (*Suite.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 2 février 1853.

Séances des Académies.

L'Académie des sciences a reçu d'un de ses membres correspondants les plus zélés, M. le professeur Sédillot, une communication intéressante que nous publions textuellement à notre compte rendu ; elle est relative à une affection à peu près complétement ignorée en France il y a quelques années, fort connue, depuis assez longtemps, en Angleterre, aujourd'hui généralement connue, grâce surtout aux travaux de M. Gosselin, de tous les praticiens européens qu'une routine et une incurie également déplorables n'empêchent pas de suivre les progrès de la science. Cette affection est une espèce particulière de kyste testiculaire que M. Gosselin a désigné sous le nom de *grands kystes du testicule*, que M. Sédillot aime mieux appeler *hydrocèle spermatique*.

Dans sa communication, M. Sédillot a rapporté deux faits très-intéressants ; il a de plus exposé une théorie sur la formation de ces hydrocèles, et formulé quelques préceptes de pronostic et de thérapeutique ; sa théorie nous a paru fort ingénieuse et ses préceptes généralement dictés par un esprit de sage pratique. Notre savant confrère nous permettra cependant, sur quelques-unes des propositions qu'il a émises, un petit nombre de remarques que nous livrons d'ailleurs à son jugement si impartial et en général si droit.

M. Sédillot explique par une rupture des conduits efférents, la formation de l'hydrocèle spermatique, et il invoque, à l'appui de cette manière de voir, un des deux faits rapportés dans sa note. La théorie est très-acceptable ; mais quant au fait en question, nous n'avons pu comprendre quel appui il pouvait lui prêter. M. Sédillot a supposé que l'effort suprême fait dans le but d'empêcher l'entier accomplissement de l'orgasme génital, c'est-à-dire, pour parler plus clairement, l'éjaculation, avait pour résultat de distendre les conduits efférents et de les distendre jusqu'à la rupture. Nous ne connaissons aucune donnée physiologique qui puisse autoriser une telle opinion, et les physiologistes éminents que nous avons consultés sur ce point nous ont déclaré n'en pas savoir à cet égard plus que nous.

La conséquence que M. Sédillot a tirée de ses observations relativement au fait de M. Vidal, ne nous paraît pas non plus à l'abri de tout reproche. Ceux de mes lecteurs qui ont la bonté de me lire avec quelqu'attention savent quelles réserves je fais, lorsque MM. Vidal et Grassi présentèrent leur note à l'Académie, pour admettre de la part de la tunique vaginale une sécrétion lactée ; cette réserve, je la maintiens toujours. Mais est-ce à dire qu'elle aille jusqu'à supposer que M. Grassi, homme aussi instruit qu'habile, ait pu prendre des globules sphériques de lait pour des têtes ovalaires de zoospermes ? non, certes ; une telle confusion ne nous paraît pas possible. Au reste, le liquide trouvé dans les hydrocèles spermatiques (aussi bien par M. Gosselin que par M. Sédillot) était un liquide seulement opalin, puisqu'il n'empêchait pas la transparence de la tumeur, tandis que le liquide trouvé par M. Vidal était d'une apparence absolument laiteuse, c'est-à-dire presque complétement opaque.

M. Sédillot a conseillé aux chirurgiens d'être plus réservés sur le pronostic des hydrocèles spermatiques que sur celui des hydrocèles ordinaires. Nous ne savons sur quels faits l'habile chirurgien s'est fondé ; car les deux malades qu'il a opérés sont guéris, et tous, ou à peu près tous ceux qui ont été opérés dans les mêmes conditions, tant en France qu'en Angleterre, sont dans le même cas.

Enfin, le savant correspondant de l'Institut a établi en principe qu'en raison même des difficultés plus grandes qu'il admet dans la curation de l'hydrocèle spermatique, il fallait porter jusqu'à la suppuration l'inflammation qu'on provoque pour guérir cette maladie. Nous avouons qu'une telle nécessité ne nous paraît pas bien démontrée et que nous ne saurions l'accepter sans faire nos réserves.

Sous le bénéfice de ces simples remarques, nous sommes heureux d'applaudir à la nouvelle preuve de zèle scientifique donnée par M. le professeur Sédillot.

— L'Académie de médecine s'est livrée hier à un débat qui se renouvelle chaque fois qu'est portée à sa tribune une question qui intéresse à la fois la science et l'industrie. C'est presque dire que l'Académie a pris une décision mauvaise ou du moins hasardée ; c'est presque dire aussi que nous allons, suivant notre coutume, lui rappeler des principes qui lui serviraient depuis longtemps de règle de conduite, si elle comprenait ses véritables intérêts et ceux de la justice distributive. Hier il s'agissait d'un médicament, pilules de Bland ou autre, aujourd'hui il s'agit de corsets. Dans un cas comme dans l'autre, la règle de l'Académie, ou du moins de la majorité, est la même :

« Si nous approuvons tel médicament, tel appareil hygiénique, nous lirons à la quatrième page des journaux : ce médicament ou cet appareil annoncé *avec approbation de l'Académie!* Donc, dans l'intérêt de la dignité du corps, pas d'approbation. » Jamais l'application de ce principe n'a été plus évidente qu'hier.

Une commission qui a rempli sa mission avec une conscience dont il n'est pas extrêmement fréquent de rencontrer des exemples à l'Académie, une commission vient proposer de répondre au ministre, qui consulte cette compagnie, que les corsets de MM. X.... ou Y.... ont tels et tels avantages; vite, un, deux, trois orateurs se présentent qui proposent de déclarer que ces corsets ne valent rien ou du moins ne valent pas mieux que les autres. — Qu'en savez-vous, demande la voix, assurément très-autorisée et, on l'avouera, suffisamment compétente de M. Lévy? — Nous n'en savons rien, répond-on de toutes parts; mais notre dignité s'oppose à ce que nous exposions l'Académie à se voir associée, dans une annonce, à une fabrique de corsets. En conséquence, il faut répondre que ces corsets ne valent rien ou ne valent pas mieux que le premier corset venu.

Certes, personne au monde n'a plus de respect que nous pour les honorables scrupules qui dictent un pareil langage. Mais tout en faisant une large part au sentiment chevaleresque, il ne faut cependant pas bannir complétement la logique d'une Académie, car la logique a aussi sa justice, et, il faut bien le dire, ce n'est pas toujours la plus mauvaise. Or, en bonne et logique prose, que signifie le langage en question. Si je ne m'abuse, le voici :

Un bandage, un corset, un moyen thérapeutique ou hygiénique quelconque peut être bon, excellent, supérieur à tous ceux qui existent dans le même genre; il peut être très-avantageux d'informer le public de cette supériorité; mais nous aimons mieux laisser le public dans l'ignorance ou même le tromper, ainsi que le ministre qui nous consulte, plutôt que d'exposer l'Académie à voir son nom accolé à une affiche industrielle.

On a dit depuis longtemps que bien poser une question, c'était souvent la résoudre. Je crois que cette vérité est parfaitement applicable à la question précédente. Dans l'espèce, l'Académie a répondu à M. le ministre que les corsets de M. X.... n'ont aucun avantage spécial; elle n'en sait absolument, et j'insiste sur le mot, absolument rien. Ils peuvent être meilleurs que ceux dont on se sert généralement, comme le pense la commission; ils peuvent être moins bons, comme M. Bégin est porté à le supposer, mais enfin, l'Académie, si elle n'a pas confiance dans son rapporteur, n'a aucune raison de se prononcer dans un sens plutôt que dans un autre, et néanmoins elle s'est prononcée, et demain l'expérience peut donner un démenti à sa décision. Or, voilà ce que, dans l'intérêt de sa dignité bien comprise, l'Académie devrait avant tout éviter. Qu'elle se montre difficile, très-difficile sur les preuves, rien de mieux, et ce n'est pas nous qui y trouverons à redire; mais qu'une fois les preuves acquises, que l'Académie se prononce hardiment, formellement, sans autre préoccupation que celle de servir et de propager la vérité. Voilà comme on acquiert de la considération, de l'autorité; voilà comment on met sa dignité à l'abri de toute atteinte. Que l'Académie jette un regard sur sa sœur aînée l'Académie des sciences; elle y verra tous ces principes mis en pratique sans que ni la dignité, ni l'autorité du corps ait le moindrement à en souffrir; elle y puisera un exemple qui importe plus qu'elle ne semble le croire à sa vitalité, suivant le mot aussi juste qu'expressif de M. M. Lévy.

— Les corsets ne doivent pas nous faire oublier complétement M. Beau et le cœur, organe préféré de ses études. M. Beau, dans une note fort intéressante, est venu rendre en pleine tribune un jugement posthume fort curieux, et restituer à Mayow une propriété que lui avait ravie un larron, qui malheureusement n'est pas mort sans postérité. Si M. Beau voulait jeter les yeux autour de lui, il trouverait bien des jugements à rendre.

Après avoir formulé cette sentence inusitée et qui a singulièrement intéressé l'auditoire, M. Beau s'est livré à une savante discussion, pour démontrer que la théorie qu'il a restituée à Mayow, laquelle consiste à considérer l'hypertrophie du cœur comme une lésion *providentielle,* est conforme aux faits et à la saine observation. Cette doctrine est d'ailleurs généralement adoptée aujourd'hui, et l'on sait que M. Louis a établi cette loi générale, que tous les organes qui se dilataient, par suite d'un obstacle quelconque, s'hypertrophiaient en même temps; ce qui prouve que la dilatation est active et le résultat d'un accroissement dans l'énergie des fonctions.

La séance s'est terminée par une très-intéressante communication de M. de Barbe, médecin distingué du département de Seine-et-Marne. Cette communication, composée d'une observation extrêmement curieuse de plaie du cerveau et de remarques pleines de justesse, a été écoutée avec la plus grande faveur par un auditoire malheureusement peu nombreux, comme il arrive toujours à l'Académie à la fin des séances. Nous publierons dans notre prochain numéro ce remarquable travail. H. DE CASTELNAU.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

En tout cela, nous trouvons de grandes probabilités, de bonnes évidences. Mais dans l'histoire de nos sciences et de notre art, nous trouvons de bien plus grandes probabilités, de bien meilleures évidences, acceptées longtemps comme des articles de foi (!), et que l'observation a démontré ensuite être des erreurs. Tenons-nous-en plus modestement pour l'instant à nos faits tels qu'ils sont, et en attendant une démonstration ultérieure sur ce qui reste douteux, voici ce que ces faits nous enseignent :

Lorsqu'au moment où le testicule s'est échappé au dehors des enveloppes scrotales, il était sain, il reste sain dans la grande majorité des cas, si ce n'est dans tous. Des observations nouvelles sont nécessaires pour constater si, conformément à de certaines probabilités et dans des cas qui, à coup sûr, sont exceptionnels, la persistance de la lésion ne pourrait pas amener un gonflement de l'organe primitivement sain, ou aggraver des lésions antérieurement existantes, de manière à ce que, dans des cas plus exceptionnels encore, le testicule hernié pût arriver même à se vider, ainsi que l'a pensé Bertrandi. Si le testicule est lésé antérieurement ou simultanément à la formation de la hernie, il est clair que l'exposition à l'extérieur n'empêchera pas la lésion de suivre sa marche habituelle, de subir ses conséquences ordinaires, si même elle ne lui est pas défavorable.

Cette grave question ainsi résolue pour les hernies consécutives, l'est aussi pour les hernies tuberculeuses à propos desquelles elle a encore une plus grande valeur.

2° Mais si la substance testiculaire reste en général, si ce n'est toujours, exempte d'altérations, il n'en est plus de même de la tunique albuginée. Ici, nos observations nous font un peu défaut, sauf dans quelques cas, après l'opération de l'hydrocèle,

relativement à l'origine des granulations. Dans les hernies traumatiques, nous avons bien constaté que la tunique albuginée arrive à l'extérieur avec ses caractères normaux, sa consistance, sa blancheur, l'état poli de sa surface, etc.; puis, si l'exposition continue, nous avons vu des granulations pousser à sa surface, augmenter et la couvrir bientôt partiellement, si une partie seulement est exposée totalement, si tout le testicule est au dehors, et former, dans ce dernier cas, comme nous le montre si bien le fait remarquable de Serre, une tumeur identique à ce qu'on a appelé le fongus bénin du testicule. Dans les cas où le testicule sort à la suite de l'opération de l'hydrocèle par incision, excision ou cautérisation, nous suivons pas à pas le développement de ce même travail, se faisant avec la même rapidité, la même régularité, et donnant lieu aux mêmes résultats; exemple, l'observation de Bertrandi. Mais, lorsque nous arrivons aux observations de testicules exposés par suite de vastes abcès ou de gangrènes, nous ne trouvons plus les mêmes détails notés avec autant de minutie, et les observateurs nous amènent immédiatement au résultat définitif, c'est-à-dire nous parlent dès l'abord du testicule exposé à l'extérieur, et couvert de granulations sur sa surface. Cela tient peut-être bien à ce qu'en effet le début de la formation des granulations échappe alors à l'œil de l'observateur. Le testicule ici ne se montre pas brusquement; il est d'abord enfoui au milieu du bourbier que forment les parties suppurées ou gangrenées, et lorsqu'il apparaît, alors que toutes ces parties ont été expulsées, ce qui exige l'espace de quelques jours, il est déjà recouvert de granulations dont la formation, nous le savons, est assez rapide.

Ultérieurement, les dégâts occasionnés par la suppuration ou la gangrène tendent à se réparer, et la cicatrisation commence à se faire; la perte de substance plus ou moins large se comble, se rétrécit. Mais le testicule, soit par suite de sa forme ovoïde qui le fait saillir et l'isole presque complétement, soit parce que les granulations qui recouvrent sa tunique albuginée ne sont pas très-vivaces, n'est pas compris dans ce travail, au moins dans les premiers temps. Le scrotum reformé, plus ou moins régulier, plus ou moins parcouru par des brides cicatricielles, est placé derrière le testicule qui reste saillant et isolé, sous forme d'une tumeur ovoïde du volume d'une noix en général, toujours recouvert par ses granulations. Au point où cette tumeur rejoint le scrotum, ce qui est d'habitude au niveau du rétrécissement normal qui unit le testicule à l'épididyme, le scrotum reste perforé par une ouverture suppurante, traversée par le large pédicule de la tumeur.

Conséquences de la lésion. Arrivée à ce point, la lésion reste longtemps dans cet état. Elle est toute locale, elle n'altère en rien la santé générale, et à part quelques tiraillements peut-être dans les bourses et dans les lombes, elle ne donne lieu à aucun accident bien sérieux; les patients, tout désagréablement affectés qu'ils doivent l'être de porter une pareille altération, et en pareil lieu, sont peu disposés à garder le repos horizontal si nécessaire pour la guérison spontanée. La station debout et la marche sont évidemment un obstacle considérable, si ce n'est absolu à la guérison spontanée; le poids du testicule, supérieur à celui des enveloppes scrotales, tend à le faire saillir et pendre, et à l'écarter d'une manière permanente du scrotum; les frottements, impossibles à prévenir d'une manière absolue, irritent la surface granulée et empêchent tout travail utile de cicatrisation définitive; les mouvements respectifs du scrotum sur lui-même et du pédicule testiculaire sur l'ouverture scrotale ulcérée qui l'entoure, deviennent un autre obstacle, en empêchant les granulations de cette ouverture de s'unir avec les granulations du pédicule, et les maintenant dans une séparation nuisible.— Sans vouloir nier le rôle que peuvent jouer aussi la constitution particulière du patient, ou les lésions testiculaires antérieures, peut-être aussi la contractilité du dartos et du crémaster, nous croyons que, dans la grande majorité des cas, il ne faut pas aller chercher autre part que dans les causes que nous venons d'énumérer, le motif de la persistance à l'extérieur de la hernie testiculaire, lorsqu'elle dure longtemps.

Combien de temps la hernie peut-elle durer, sans aucune tendance apparente à la cicatrisation? ou, ce qui revient au même, combien de temps peut durer l'insouciance des patients à cet égard? Nous n'avons pas de renseignements précis à ce sujet dans les treize observations que nous possédons en totalité ou par extraits. Mais, si nous tenons compte de ce que nous allons trouver démontré pour les hernies scrofuleuses, nous voyons que cela peut durer au moins plusieurs mois chez des patients négligents à l'excès.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié.—M. Valleix.

Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie,

(*Suite. Voir le n° 6 du 13 janvier.*)

M. Barthez a signalé dans la pleurésie l'existence de la voix caverneuse en même temps que de la respiration amphorique; le fait nouveau sur lequel il a appelé l'attention a été constaté par nous chez un des malades qui ont fait le sujet de nos recherches.

Suivant Laënnec, l'égophonie reconnaît pour cause, d'une part, un aplatissement des tuyaux bronchiques qui rend ces conduits comparables aux instruments à anche, de l'autre la présence entre les feuillets opposés de la plèvre, d'une couche liquide mince et tremblotante qui communique à la voix transmise par son intermédiaire, un caractère aigre et saccadé et la fait ressembler au bêlement d'une chèvre.

A l'appui des idées théoriques qu'il a émises sur le mode de production de la voix chevrotante, Laënnec a institué une seule expérience : chez un jeune homme robuste dont la voix était naturellement forte et sonore, il a appliqué sur la région interscapulaire une vessie remplie d'eau, il a cru découvrir que la résonnance vocale, en traversant l'épaisseur de cette vessie, devenait aigre et tremblotante.

L'explication et le fait expérimental ont été acceptés par MM. Barth et Roger.

M. Skoda, à qui la science est redevable de tant d'expériences ingénieuses, s'est assuré que la voix égophonique existe dans l'état de santé chez un certain nombre d'individus : il a essayé de la produire artificiellement au moyen d'appareils consistant dans des tubes plus ou moins fermes, environnés de liquide; vainement il a modifié d'une infinité de manières la disposition de ces appareils, il a pu obtenir accidentellement des bruits saccadés et chevrotants; il n'est arrivé jamais, dans ses tentatives, à aucun résultat constant et positif.

Chez tous les malades que nous avons examinés, nous avons toujours constaté la présence de l'égophonie.

Nous avons dit plus haut que, dans certains cas de pleurésie, la diminution d'intensité de la respiration bronchique va quelquefois jusqu'à la respiration silencieuse; ces cas sont beaucoup moins nombreux qu'on ne l'admet généralement; quoi qu'il en soit, ils constituent une exception qu'en aucune circonstance on ne trouve pour la voix chevrotante.

Non-seulement nous avons rencontré la voix égophonique dans toutes les pleurésies qui, depuis deux ans, ont été de notre part l'objet d'une attention spéciale, mais encore nous l'avons rencontrée dans toute l'étendue de la poitrine occupée par l'épanchement : quelles que soient la valeur et la signification des résultats que nous consignons ici, nous nous garderons bien de conclure que les faits devront invariablement se montrer désormais tels qu'ils se sont présentés à notre observation.

On nous demandera peut-être comment il se peut faire que l'égophonie soit un phénomène constant, si, dans un certain nombre de circonstances, la respiration s'entend à peine ou même manque entièrement?

L'explication nous paraît facile.

La voix est produite dans le larynx, l'air contenu dans les bronches et dans la poitrine a pour effet d'augmenter son intensité ; s'il en est ainsi, on comprend sans peine que la présence d'une certaine quantité d'air dans l'intérieur des tuyaux bronchiques suffise pour que la résonnance vocale ait lieu et parvienne jusqu'à l'oreille appliquée sur les parois du thorax.

Il n'en est pas de même à l'égard de la respiration bronchique. Pour peu que la compression exercée par l'épanchement pleurétique dépasse une certaine limite, les efforts de la respiration luttent inutilement contre le défaut d'expansibilité du poumon, l'inspiration aussi bien que l'expiration s'accomplissent d'une manière imparfaite, il en résulte comme conséquence nécessaire la diminution plus ou moins complète, et, dans quelques cas, la disparition totale des bruits pathologiques qui se rattachent aux deux temps de la respiration.

Nous avons en ce moment dans nos salles un jeune malade chez lequel l'égophonie est très-marquée, bien que le bruit respiratoire soit en même temps très-faible.

Revenons à l'explication de Laënnec.

Le médecin de la Charité regardait comme une condition indispensable la présence, dans l'intérieur de la plèvre, d'un voile de liquide assez mince pour éprouver, sous l'influence de la voix, l'agitation, le tremblement auquel était dû, suivant lui, le caractère particulier de la résonnance égophonique.

Il nous est impossible d'admettre l'opinion de Laënnec. Dans des épanchements vastes et abondants, dans des épanchements qui avaient envahi l'étendue de l'un des côtés de la poitrine, refoulé le poumon et déplacé le cœur de la manière la plus évidente, nous avons nettement perçu l'existence de la voix chevrotante, même au niveau de la partie inférieure du thorax, où elle se faisait entendre avec une simple diminution dans son intensité.

Il faut donc, si l'on veut tenir compte des données fournies par l'observation, chercher ailleurs que dans les explications dont nous avons fait mention, la raison des phénomènes égophoniques.

Nous avons parlé des recherches expérimentales de M. Skoda, elles n'ont conduit à aucun résultat qui puisse éclairer la question dont nous nous occupons.

L'aplatissement des bronches, en faisant de ces canaux des sortes d'instruments à anche, constituerait-il donc la cause unique de la voix chevrotante? Nous ne le pensons pas, bien que d'ailleurs nous ne soyons nullement disposé à révoquer en doute l'aplatissement des tuyaux bronchiques. Il est une circonstance qui, à nos yeux, joue un rôle considérable, nous voulons parler de l'état du tissu pulmonaire; malgré la compression qu'il éprouve de la part de l'épanchement, ce tissu reste mou et flasque, il en résulte une modification profonde dans les vibrations sonores : elles perdent, si l'on peut ainsi dire, le caractère de fermeté qui, dans l'état de santé, les rapproche des vibrations auxquelles donnent lieu les instruments en cuivre et en bois; elles deviennent aigres, molles et saccadées. On aura une idée exacte des effets acoustiques qui se produisent alors dans le poumon, on se rendra un compte facile des conditions qui président à leur production, en examinant la nature des sons qu'on obtient à l'aide du mirliton, en même temps que les conditions physiques auxquelles ils doivent leur origine.

L'exemple que nous proposons ici n'est pas nouveau; de tout temps on a remarqué l'analogie qui existe entre la résonnance égophonique et les sons fournis par le mirliton ; il y a plus, on a désigné une des nuances si nombreuses et si variées que présente l'égophonie sous le nom de *voix de mirliton*.

Les sons du mirliton empruntent le caractère faux, nasillard et saccadé qui les distingue, au diaphragme mince et flasque qui forme l'extrémité de l'instrument, le défaut de tension de la membrane dont est formé ce diaphragme est ici la condition essentielle des phénomènes sonores que nous considérons ; elle engendre des effets comparables à ceux qui résultent du défaut de tension des membranes adaptées aux tambours, effets qui sont trop connus pour que nous devions ici les décrire.

Suivant nous, le tissu pulmonaire, en vertu de son état de mollesse et de flaccidité, agit à l'égard de l'air qui vibre dans l'intérieur des bronches restées perméables, de la même manière que la peau de baudruche à l'égard de l'air qui vibre dans le canal cylindrique du mirliton.

Les réflexions que nous venons d'exposer nous dispensent de toute explication relative aux caractères par lesquels la respiration bronchique qui accompagne la pleurésie, ou, si l'on veut, la respiration broncho-pleurétique, se différencie de la respiration bronchique qu'on entend dans la pneumonie.

La respiration bronchique est moins pleine, plus aiguë, plus aigre, pour nous servir de l'expression de MM. Barth et Roger, dans la pleurésie que dans la pneumonie.

L'importance des vibrations thoraciques, au point de vue du diagnostic de la pleurésie, paraît jusqu'à ce jour avoir été méconnue, et cependant, à une époque déjà éloignée, elle a attiré l'attention d'un observateur dont les expériences intéressantes ont été trop tôt interrompues pour la science.

M. Reynaud, que nous avons désigné, eut le mérite de signaler le premier l'absence de vibrations thoraciques dans les épanchements pleurétiques, absence de vibrations qu'il annonça être limitée au côté de la poitrine envahi par l'inflammation pleurale.

M. Andral vérifia les faits avancés par M. Reynaud, en confirma l'exactitude et les mentionna dans sa *Clinique médicale*.

M. Monneret a vu dans les vibrations, ou, comme on les appelle encore, dans les ondulations thoraciques, un moyen de diagnostic dont l'utilité, chaque jour appréciée par nous au lit des malades, devient d'autant plus grande, que les moyens séméiologiques donnés par Laënnec ont aujourd'hui perdu en partie la valeur et l'importance qu'on leur a jusqu'à ce jour attribuées.

Il ressort clairement des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, que le diagnostic de la pleurésie ne doit pas être uniquement basé sur l'existence de quelques signes physiques ; cette vérité, admise depuis longtemps, emprunte une nouvelle évidence aux recherches que nous avons faites et dont nous avons exposé ici les résultats.

Le médecin, placé en présence d'un malade atteint de pleurésie, devra s'enquérir de l'existence de la respiration bronchique, des caractères qu'elle présente, des points où elle se produit. S'il trouve un bruit de souffle qui diminue graduellement de haut en bas, si ce bruit de souffle a un timbre argentin, s'il est plus aigu et plus aigre que le bruit de souffle de la pneumonie, il sera autorisé à penser qu'il s'agit d'un épanchement pleurétique.

Il recherchera si la respiration caverneuse ne se fait pas entendre dans quelque point de la poitrine; lorsqu'il la rencontrera à la partie supérieure du poumon, en avant ou en arrière, il pourra la considérer comme se rattachant à des cavernes pulmonaires aussi bien qu'à une pleurésie; mais lorsqu'il la trouvera au niveau de la partie inférieure du thorax, il sera en droit de l'attribuer à un épanchement dans la plèvre, plutôt qu'à une excavation tuberculeuse, surtout si elle présente les nuances sonores que nous avons dit appartenir à la respiration broncho-pleurétique.

La résonnance vocale sera l'objet d'un examen particulier : toutes les fois que la voix sera saccadée, aiguë et nasillarde, toutes les fois qu'en même temps elle perdra graduellement de son intensité à partir de la limite supérieure de la matité, elle fournira un indice séméiologique d'une grande valeur.

Il sera indispensable de rechercher si la voix caverneuse ne se fait pas entendre en quelque point de la poitrine, et, dans le cas d'un résultat positif, de s'assurer qu'elle est ou qu'elle n'est pas liée à la présence de râles à grosses bulles.

Lorsqu'on perçoit sous la clavicule le bruit de la voix caverneuse, lorsqu'en outre on constate à la fois une matité très-étendue et l'absence complète de gargouillement, il est légitime de

conclure à l'intégrité du poumon. Du reste, dans de semblables conjonctures, le phénomène du gargouillement ne suffirait pas pour établir, d'une manière incontestable, l'existence d'une caverne tuberculeuse. A l'appui de l'opinion que nous formulons ici, nous citerons un fait qui s'est récemment passé à l'Hôtel-Dieu.

M. Louis avait cru à l'existence d'une phthisie pulmonaire chez un malade qui s'était présenté à lui dans des conditions analogues à celles que nous venons d'indiquer. L'autopsie fit découvrir une pleurésie chronique. Le poumon ne contenait aucune trace de matière tuberculeuse, mais les bronches notablement dilatées étaient remplies de mucosités dont la présence expliquait les râles bullaires qu'on avait entendus pendant la vie.

Est-il besoin de le dire? Si, dans des circonstances telles que les précédentes, des doutes subsistaient dans l'esprit du praticien, les lumières fournies d'un côté par les vibrations thoraciques, de l'autre par le mode de transmission de la voix, viendraient les dissiper.

Supposons que dans un point de la poitrine, au niveau duquel se fait entendre la respiration bronchique, ou même la respiration caverneuse, on ne trouve pas d'augmentation dans les vibrations thoraciques, on aura un puissant motif de penser qu'il s'agit réellement d'un épanchement pleurétique.

Quand on ausculte une personne bien portante, on reconnaît que le bourdonnement de la voix, en arrivant sous l'oreille, produit un retentissement particulier; l'ensemble des vibrations d'où paraît résulter ce bourdonnement, manque toutes les fois qu'une couche de liquide est interposée aux feuillets de la plèvre, il semble alors que la voix pénètre directement dans l'oreille.

Les différences que nous signalons ici ont permis à M. Oulmont, dans un cas difficile, de distinguer une pleurésie d'une pneumonie.

Les données qu'on obtient à l'aide de la percussion ont une valeur sur laquelle nous devons insister un instant.

Laënnec a signalé simplement l'existence de la matité dans la pleurésie; une observation plus attentive a permis d'assigner à cette matité des caractères spéciaux qu'on ne retrouve pas dans les autres affections de la poitrine, du moins avec la même constance et au même degré.

En général, la matité qui appartient aux épanchements liquides de la plèvre occupe une grande étendue, elle augmente des parties les plus élevées aux parties les plus déclives; le doigt qui percute constate un défaut plus ou moins complet d'élasticité.

Ce phénomène peut, par son absence, induire en erreur dans quelques cas exceptionnels. M. Netter, et avec lui d'autres pathologistes, ont observé des pleurésies dans lesquelles la percussion rendait un son clair que M. Skoda a désigné sous le nom de son tympanique. L'appellation donnée par le médecin de Vienne au phénomène sonore dont il s'agit, manque d'exactitude par l'exagération dont elle nous paraît entachée.

Les déplacements imprimés au liquide épanché par les changements de position du malade, n'ont pas l'importance qu'on leur a accordée à une certaine époque.

Indépendamment des signes que nous venons d'indiquer, le médecin placé en présence du malade devra tenir compte de toutes les circonstances propres à éclairer la question de diagnostic qu'il aura à résoudre; il se rappellera, par exemple, que la toux est sèche dans la pleurésie, tandis qu'elle s'accompagne d'expectoration dans la pneumonie; que, dans les affections tuberculeuses, se manifestent à une certaine période un dépérissement rapide, de la diarrhée et des sueurs nocturnes. En procédant ainsi, il arrivera à la certitude qui est la condition fondamentale d'une thérapeutique efficace et rationnelle.

A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er février 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur adresse :

1° Des échantillons d'une eau minérale située à Dammartin-sur-Tigeaux (Seine-et-Marne);

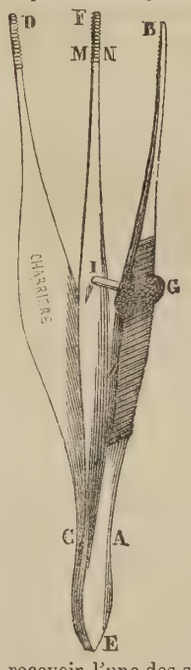
2° Un rapport de M. le docteur Dubourg, médecin des épidémies de l'arrondissement de Marmande, sur une épidémie d'angines couenneuses et gangréneuses, qui a régné dans cet arrondissement en 1852;

3° Un état des vaccinations dans le département des Côtes-du-Nord, en 1852.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Phinosis.

M. Bonnefin adresse une note sur une nouvelle forme de pince, pour l'opération du phinosis.



Cette pince, dit la note, exécutée par M. Charrière fils, se compose de trois branches, AB, CD, EF, situées dans le même plan : les deux externes, à l'élargissement du corps de l'une près, ressemblent aux branches et à la monture des pinces à dissection. La branche moyenne, EF, présente à son extrémité libre des cannelures en opposition avec celles des branches latérales; de plus, elle est munie en son milieu d'une petite tige, GI, qui passe dans une fenêtre correspondante de la branche AB, pour se terminer à peu près à un centimètre, en un bouton quadrillé, G.

Actuellement, il est clair que la branche CD, appliquée sur la face palmaire des trois dernières phalanges de l'index, du médian et de l'annulaire de la main droite, les mors de la pince, tournés du côté cubital de la main, et le bord radial du pouce placé sur le bouton G, pourront rapprocher la branche EF de CD, sans agir sur la branche AB; alors, si par un mouvement de bascule du pouce, suivant son axe autour du bouton G, on vient à presser sur la branche AB, les trois mors seront rapprochés.

Représentant par KL et OP les lèvres d'une plaie, KL pourra être saisie par les mors MF et D, transportant ainsi cette lèvre contre OP. Celle-ci pourra être saisie à son tour par les mors NF et B, et la plaie pourra être fermée au point que l'on souhaite et recevoir l'une des sutures que nous avons indiquées; dans le phinosis, on ferait cinq à six de ces points autour du gland, et on aurait une réunion facile, comme j'ai eu occasion de l'observer avec M. le docteur Martin-Magron, chez un enfant de huit mois. (Comm. MM. Ségalas, Jobert, Larrey.)

Fièvres intermittentes.

M. E. Marchant, de Sainte-Foi (Gironde), adresse la seconde partie d'un important travail sur l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. Il est fâcheux qu'un travail de cette valeur soit renvoyé à la commission des succédanés du quinquina, d'où il aura, sans aucun doute, les plus grandes difficultés à revenir. Il serait à désirer que M. Marchant publiât au moins la substance de ses recherches.

Forceps.

M. le docteur Sauvé, de La Rochelle, adresse un modèle de forceps qu s'articule à volonté en dessus et en dessous, sans obliger au décroisement des branches, et en conservant la même longueur des cuillers. (Comm. MM. Moreau, Dangau, Cazeaux.)

Vaccine.

M. le docteur Dumars, de Montpellier, adresse des observations sur la vaccine. (Comm. de vaccine.)

Electro-puncture.

M. le docteur Blainvillain, médecin aide-major à Angers, adresse un *mémoire étendu sur les dilatations pathologiques du système vasculaire sanguin et de leur traitement* par l'électro-puncture. (Comm. MM. J. Cloquet et Robert.)

RAPPORTS.

Corsets.

M. Bouvier lit la seconde partie d'un rapport sur des corsets sans couture, présentés par divers fabricants. Les conclusions très-favorables de ce rapport soulèvent une assez longue et assez confuse discussion.

M. Malgaigne approuve avec éloges la partie générale du rapport; mais il ne voudrait pas qu'on entrât dans l'appréciation d'une forme particulière et qu'on vît l'approbation de l'Académie servir d'affiche à la quatrième page des journaux. Il a remarqué particulièrement dans le rapport les mots d'exportation, de targettes, etc., qui lui paraissent très-peu du domaine de l'Académie. Il propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre que ces questions ne regardent pas l'Académie.

M. le rapporteur répond qu'il consentira à modifier les conclusions si on le juge utile, mais il maintient que l'hygiène doit s'occuper non-seulement de la forme générale, mais aussi de la forme particulière des corsets, comme Camper, cité par M. Malgaigne, s'est occupé de la forme des chaussures. Quant à la réponse à faire à M. le ministre, celle que propose M. Malgaigne ne saurait être adoptée, car elle s'appliquerait à peu près à toutes les demandes de M. le ministre, qui ne consulte guère l'Académie que pour des objets qui peuvent être exploités industriellement; ce serait une fin de non-recevoir pour toutes les demandes de ce genre.

M. Lévy. Il y a deux choses également incontestables : c'est que l'hygiène s'occupe et doit s'occuper de la forme générale des corsets, et que les inventeurs des corsets en discussion veulent faire de l'industrie. (L'orateur lit ici un tableau ou nomenclature des tailles féminines, dressé par les auteurs, qui prouve surabondamment sa dernière assertion). L'Académie doit donc s'occuper des corsets, mais seulement en ce qui concerne leur forme générale. Quant à la forme particulière d'un corset spécial, ceci n'est plus académique. Quant à la proposition de M. Malgaine, je ne saurais l'approuver; l'Académie ne peut pas se dépouiller d'une attribution qui est un élément de sa vitalité. Je propose, en conséquence, de substituer aux conclusions de la commission, la proposition suivante : « l'Académie, sans établir de comparaison entre les diverses espèces de corsets, reconnaît que ceux de MM. Fontaine n'ont rien de contraire aux indications de l'hygiène. »

Cette proposition, adoptée par M. le rapporteur, est rejetée après un vote douteux et une assez longue discussion.

Sur la proposition de M. Velpeau, la conclusion suivante est ensuite adoptée : « Au point de vue médical, les corsets de MM*** n'ont aucun avantage spécial. »

LECTURES.

Hypertrophie du cœur.

M. Beau lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'hypertrophie du cœur,* par J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé à la Faculté de médecine.

On appelle *hypertrophie du cœur* l'affection qui est caractérisée par une augmentation de la substance musculaire du cœur. Cette altération peut être portée à un degré considérable. Le volume du cœur est alors singulièrement exagéré, et hors de toute proportion avec la taille de l'individu.

On regarde généralement cette hypertrophie du cœur comme une sorte de lésion providentielle qui a pour but de renforcer l'action du cœur, toutes les fois que ce viscère a un obstacle à vaincre, et qu'il est trop faible pour remplir ses fonctions.

L'on comprend cette augmentation du muscle cardiaque de la même manière que celle des muscles des membres, quand ils sont soumis depuis longtemps à un exercice répété. C'est ainsi que la prédominance musculaire du bras chez les boxeurs, des jambes chez les danseurs, etc, est tout à fait semblable, dans son mode de formation, à l'hypertrophie que les anatomo-pathologistes ont si souvent l'occasion de constater sur l'organe central de la circulation. Le mot *hypertrophie* fut employé pour la première fois par Bertin, en 1811, mais il ne fut popularisé que plus tard. Auparavant, on employait les expressions d'*épaississement des parois du cœur, renforcement de la substance musculaire;* et en latin, on trouve les mots de *crascentia, cor crassum, robustum,* etc.

L'augmentation de la substance musculaire du cœur, c'est-à-dire, comme nous l'appelons maintenant, l'hypertrophie du cœur, a été observée depuis longtemps par les médecins qui ont étudié l'anatomie pathologique. Mais nulle part on ne trouve une observation d'hypertrophie du cœur plus complète, mieux raisonnée que dans les œuvres de J. Mayow qui est, comme on le sait, un physiologiste éminent du XVII^e^ siècle. Cette observation n'étant pas connue dans l'histoire de l'hypertrophie du cœur, et n'étant citée nulle part, je ne puis guère m'empêcher d'en reproduire ici le sommaire, en insistant sur les points les plus importants. La voici donc telle que je l'ai traduite du latin (1) :

Un jeune homme de 20 ans souffrait, depuis quelques années, de palpitations tellement violentes que les côtes étaient portées en dehors, et que la région précordiale présentait une voussure assez remarquable, *tumorque in sinistro pectore satis insignis apparebat.* Ce malade ne pouvait pas se livrer à un exercice musculaire notable, sans éprouver de la dyspnée et des palpitations qui allaient bientôt jusqu'à la défaillance. Enfin, il arriva qu'après avoir fait une longue route en voiture, il éprouva un paroxysme de dyspnée si considérable qu'il succomba après plusienrs syncopes successives.

A l'ouverture du cadavre, le cœur apparut très-volumineux, surtout le ventricule droit qui était beaucoup plus grand qu'à l'ordinaire; de plus, la portion musculaire de sa paroi était très-épaissie et fortement organisée, *quin et latus ejusdem musculare valde crassum et robustum erat.* Le point où la veine pulmonaire se décharge dans le ventricule gauche (c'est-à-dire l'orifice auriculo-ventriculaire) était presque fermé par une production cartilagineuse, *vena autem pulmonalis qua se in ventriculum sinistrum cordis exonerat, cartilagine ei intus adnascente fere occlusa est;* de telle sorte que le sang pouvait à peine traverser le ventricule gauche. Ce rétrécissement, continue Mayow, était la cause, non-seulement des palpitations, mais encore des autres phénomènes; car, comme il empêchait le sang de traverser le ventricule gauche, il fallait de toute nécessité que le sang refluât à travers les vaisseaux pulmonaires, et vînt distendre le ventricule droit. Mais le ventricule droit devait à son tour se contracter vivement, pour pousser autant que possible cette masse de sang à travers le poumon, dans les cavités gauches. C'est pour cela que ses parois étaient fortes et épaisses, *hinc etiam latus dextri ventriculi adeo crassum, validumque erat;* car les muscles, assujettis à un exercice violent, se développent bien plus que les autres, *quoniam scilicet musculi exercitio violentiori assueti præ cæteris augentur.*

Telle est en substance l'observation de Mayow. On voit que l'hypertrophie du cœur y est parfaitement indiquée, et qu'elle est surtout interprétée de la manière la plus légitime et la plus judicieuse, chose réellement admirable, quand on se reporte au temps où notre auteur vivait, c'est-à-dire à l'époque où la grande découverte d'Harvey commençait à peine à sortir de sa période d'apparence paradoxale, période que traversent presque toujours les vérités scientifiques avant d'être reconnues et acceptées. Aujourd'hui que l'on a une si grande habitude des explications empruntées à la circulation harvéienne, on ne raisonnerait pas autrement sur un fait analogue.

J'ai dit que l'observation précédente était de Mayow. Toutefois, il y a une restriction assez sérieuse à apporter à cette indication. Cet auteur, en effet, nous apprend qu'elle n'est pas de lui, mais bien de son ami Thom Millington qui la lui a communiquée. Reste à savoir si les réflexions si importantes qui l'accompagnent sont de Mayow ou de Millington. C'est ce qu'il me paraît impossible de décider.

Quoi qu'il en soit, le fait que je viens de rapporter se trouve dans les opuscules de Mayow; il est patroné par cet éminent physiologiste; il doit dès lors figurer avec son nom dans les annales de l'hypertrophie du cœur, puisque c'est le premier fait dans lequel on signale l'hypertrophie, et surtout dans lequel on donne la théorie véritable de cette altération cardiaque, théorie qui assimile l'hypertrophie du cœur au développement que l'exercice répété produit dans les muscles volontaires.

Cette théorie, qui est généralement admise, passe habituellement pour appartenir à Corvisart, mais cet auteur en rapporte l'honneur à Blancard; Sénac l'attribue également à Blancard.

Blancard, comme on le sait, est un médecin hollandais de la fin du XVII^e^ siècle. Il s'est occupé de travaux de compilation, et s'est fait connaître surtout par un lexique médical qui a eu un grand succès et qui même encore est consulté souvent.

Or, j'ai fait des recherches dans les œuvres de Blancard, pour savoir au juste ce qu'il en était de cette opinion que lui prêtent Corvisart et Sénac.

Effectivement, j'ai trouvé dans cet auteur une observation accompagnée de réflexions par lesquelles il compare l'hypertrophie du cœur au développement des muscles exercés depuis longtemps (1). Mais en y regardant de près, j'ai vu facilement que ce fait était en tout semblable à celui que j'ai rapporté plus haut. Les idées sont identiques, les phrases même sont identiques; seulement, les expressions diffèrent autant que possible, et il est difficile de ne pas en conclure qu'elles ont été changées dans un but de dissimulation. Bref, c'est la même observation, ce sont les mêmes réflexions que l'on trouve tout à la fois dans Mayow et dans Blancard.

Maintenant, pour qu'on ne puisse pas penser que Mayow a rapporté l'observation de Blancard, il me suffira de dire que l'ouvrage de Mayow fut imprimé en 1669, et que la première publication de Blancard parut seulement en 1688, c'est-à-dire à peu près vingt ans après.

Il est donc bien établi, par ce rapprochement de dates, que Blancard a détourné à son profit l'observation importante de Mayow. Mais j'ai poussé mes recherches plus loin. J'ai fait, auprès des auteurs graves, une sorte d'enquête sur la probité scientifique de Blancard.

J'ai consulté d'abord Haller. Voici ce que j'ai trouvé dans sa *Bibliothèque de Médecine pratique,* à l'article *Blancardus* : « *Idem a Morgagno accusatus, alienas adnotationes pro suis edidisse, tectis veris auctorum nominibus.* »

(1) *J. Mayow Opera,* p. 374; *Haga comitum,* 1681.

(1) *Opera medica,* p. 113, t. 2, 1701.

Voilà donc Blancard accusé par Morgagni d'avoir donné les observations des autres pour les siennes, en cachant le nom de leurs véritables auteurs. Et remarquons que cette accusation est rapportée par Haller, sans le moindre mot qui puisse l'atténuer !

Il était curieux, comme on doit le penser, de savoir précisément sur quoi portait l'accusation de Morgagni, et si par hasard l'observation de Mayow était en cause. J'ai donc parcouru dans Morgagni les différentes lettres où il traite des maladies du cœur, et j'ai vu, dans la *vingt-troisième*, qu'effectivement cet auteur se plaint de Blancard, en lui reprochant de s'être approprié deux observations qui appartiennent, l'une à Rivière, et l'autre à Fabrice de Hilden ; mais le nom de Mayow n'est jamais prononcé.

Néanmoins, les récriminations de Morgagni nous ôtent jusqu'au moindre scrupule de formuler une accusation grave contre Blancard, en ce qui concerne le fait de Mayow. Nous dirons donc, pour résumer ces recherches historiques, que l'observation et la théorie de l'hypertrophie du cœur ont pour premier auteur Mayow ou Millington ; et c'est à tort que l'honneur de cette découverte a été jusqu'à présent attribué à Blancard.

On se demande involontairement comment il peut se faire que des médecins érudits, tels que l'étaient Corvisart et surtout Sénac, aient ainsi méconnu le premier observateur de l'hypertrophie du cœur. Mais l'on conçoit, jusqu'à un certain point, la possibilité de cette erreur, en considérant que l'observation de Mayow est, pour ainsi dire, enfouie dans un opuscule physiologique dont le titre n'a pas trait aux maladies du cœur (1), tandis que celle de Blancard est réunie à plusieurs autres observations du même genre dans son *Praxis medica*. Or, on cherche plus naturellement les faits pathologiques dans les ouvrages de médecine que dans ceux de physiologie.

Là se termine ce que j'avais à dire sur la partie historique de l'hypertrophie. Je vais, maintenant, m'occuper de l'hypertrophie elle-même, et traiter le fonds de la question.

Nous avons établi, avec la plupart des bons auteurs, que l'hypertrophie du cœur était tout simplement, comme son nom l'indique, une augmentation survenue dans la substance musculaire du cœur.

Donc, devrions-nous dire, cette augmentation de matière contractile doit entraîner avec elle une augmentation des fonctions cardiaques ; et, par conséquent, le cœur frappé d'hypertrophie devrait toujours donner lieu à une grande excitation de la circulation.

Si l'on s'en rapporte à Corvisart, il en serait toujours effectivement ainsi ; car l'on sait que son *anévrysme actif* est sensé avoir pour symptômes tous les caractères d'une grande activité des fonctions circulatoires.

Cependant, cette opinion de Corvisart est journellement démentie par les faits ; et l'on constate habituellement une hypertrophie souvent considérable, d'une ou de plusieurs cavités du cœur, chez des sujets qui, pendant la vie, présentaient des symptômes d'enrayement de la circulation, tels que bouffissure, congestion de la face, pouls petit, gonflement des veines, etc.

Cette coïncidence habituelle de l'enrayement des fonctions cardiaques et de l'hypertrophie du cœur, a frappé, de tout temps, par son étonnante apparence de contradiction.

C'est pour cela que certains auteurs n'ont pas voulu voir une augmentation de structure musculaire dans l'épaississement des parois du cœur. Ainsi, Lancisi compare cet épaississement des parois cardiaques à l'engorgement passif qui affecte certains viscères, tels que la rate, le foie, etc. « *Hoc malum non cordi duntaxat, sed singulis pene visceribus solet accidere, ita ut nunc hepar, lien, uterus, aut renes vitio stagnantium fluidorum in solito majorem molem augeantur* (2). »

Portal comprend aussi de la même manière l'hypertrophie du cœur : « Les parois de quelques cœurs, dit-il, à proportion qu'elles se dilatent, deviennent plus épaisses. Ce surcroît d'augmentation de volume, dans les parois, provient d'une humeur épanchée entre leurs fibres musculaires, qui en gêne ou détruit l'action (3). »

Voilà donc des auteurs recommandables qui adoptent, en principe, la coïncidence de l'épaississement des parois du cœur avec la gêne de ses fonctions, et qui regardent cet épaississement comme le résultat d'une altération profonde du muscle cardiaque.

On pourrait peut-être dire que ces auteurs, bien que tenant une place glorieuse dans la science, ne sont plus à la hauteur des connaissances actuelles, et que, depuis eux, on a pour ainsi dire changé la pathologie du cœur. Cependant nous retrouvons des idées analogues aux leurs, même dans la science actuelle. C'est ainsi que M. Legraux a soutenu, dans un travail publié en 1837 (4), que l'hypertrophie considérable du cœur était accompagnée de symptômes de stase sanguine, tels que dyspnée, congestion faciale, hydrophie, etc., et que cette hypertrophie n'était pas une simple augmentation de substance musculaire, mais bien le résultat d'une altération inflammatoire de la fibre musculaire.

Certes, je ne pense pas qu'on puisse nier, depuis les travaux de M. Bouillaud, la large part d'influence que l'inflammation exerce sur le développement des maladies du cœur. Mais l'inflammation agit seulement sur la partie fibro-séreuse du cœur, pour donner lieu aux différents obstacles qui enrayent la circulation cardiaque, et ce n'est que d'une manière indirecte et médiate que se développe l'hypertrophie de la partie musculaire.

Je n'adopte donc pas que l'hypertrophie du cœur dépende d'une désorganisation de nature inflammatoire. Je n'adopte pas davantage l'opinion de Lancisi et de Portal, qui expliquent l'hypertrophie par une infiltration passive de liquide. Mais j'accepte pleinement ce fait de coïncidence établi par eux, que l'épaississement des parois du cœur, c'est-à-dire l'hypertrophie, l'augmentation de la substance musculaire du cœur, s'accompagne habituellement des symptômes qui indiquent un enrayement des fonctions du cœur.

Mais alors, comment concilier ce résultat d'expérience clinique avec la théorie que nous venons de restituer à Mayow ? pourquoi, en un mot, n'y a-t-il pas nécessairement, comme le voulait Corvisart, augmentation d'action s'il y a augmentation de muscle ? Telle est la question qui nous reste à éclaircir.

Nous avons dit que l'hypertrophie était une lésion providentielle qui avait pour but de renforcer l'action du cœur, toutes les fois que ce viscère a un obstacle à vaincre et qu'il est affaibli par une cause quelconque. Nous ajouterons maintenant que ce renforcement d'action, dû à l'hypertrophie, s'épuise à contre-balancer l'effet de l'obstacle ou l'affaiblissement initial des fonctions cardiaques. Il y a même plus : l'affaiblissement augmente peu à peu par suite de la persistance de sa cause ; l'hypertrophie augmente aussi proportionnellement. Néanmoins, il arrive un moment où l'hypertrophie ne peut plus croître assez pour parer à la faiblesse qui est devenue excessive. Celle-ci domine alors entièrement, et le sujet succombe à un arrêt des fonctions cardiaques avec une hypertrophie considérable qui, pourtant, a été insuffisante.

On voit donc qu'on ne meurt pas d'hypertrophie, mais malgré l'hypertrophie. On meurt parce que l'hypertrophie n'a pas suffi à renforcer l'action du cœur affaiblie par une cause antécédente, telle que dilatation, rétrécissement, etc. Toutefois, l'hypertrophie n'a pas été inutile, elle a rendu ce service d'assurer, pendant longtemps, l'exercice des fonctions du cœur, et, par conséquent, de prolonger la vie.

S'il fallait une preuve de plus à l'appui de la thèse que je soutiens, je la puiserais dans un mémoire de M. Bizot, sur le volume du cœur comparé dans la vieillesse et l'âge adulte (1). M. Bizot, après des recherches nombreuses et persévérantes, a démontré qu'à mesure que l'on avançait en âge, les cavités du cœur se dilataient et leurs parois s'hypertrophiaient, de telle sorte que dans l'extrême vieillesse, le volume du cœur est considérable, et égale à peu près celui que ce viscère nous présente à l'état d'anévrysme ou de maladie organique. M. Bizot, frappé de ce fait singulier, signalé déjà par Fischer (2), demande comment il est possible d'accorder cette hypertrophie sénile du cœur avec l'affaiblissement si notoire de la circulation chez les vieillards.

Nous répondrons en fait que la chose n'a rien d'extraordinaire, puisque, à l'état pathologique, c'est-à-dire dans les cas d'anévrysme, il y a habituellement hypertrophie du cœur et enrayement des fonctions cardiaques. Quant à la théorie du fait, nous dirons que chez le vieillard, le cœur s'affaiblissant comme tous les autres muscles, l'ondée sanguine a de la peine à franchir les orifices du cœur, elle en dilate peu à peu les cavités, dont les parois aussi peu à peu s'hypertrophient. Cette hypertrophie diminue la faiblesse antécédente du cœur, mais pourtant elle ne va pas jusqu'à imprimer de l'activité aux fonctions cardiaques qui, en somme, sont beaucoup moins énergiques chez le vieillard que chez l'adulte.

Pour résumer la seconde partie de cette lecture, je dirai que l'hypertrophie du cœur n'est pas une infiltration passive de liquide ; ce n'est pas davantage une altération inflammatoire du muscle cardiaque ; c'est une augmentation de tissu, une hypertrophie, en un mot, semblable au développement des muscles des membres, ainsi que Mayow l'a le premier établi.

Cette hypertrophie entraîne après elle une force de contraction qui s'épuise à annuler l'effet d'une faiblesse antécédente, et qui, le plus souvent, est insuffisante pour cela ; de telle sorte que les fonctions cardiaques restent enrayées, non pas à cause de l'hypertrophie, mais bien malgré l'hypertrophie.

---

(1) *Tractatus quartus de motu musculari et spiritibus animalibus obiter de motu cerebri : nec non de usu lienis et pancreatis.*

(2) *Lancisi opera.*, t. 4, p. 291. Romæ, 1745.

(3) *Anatomie médicale*, t. 3, p. 92.

(4) *Expérience*, 30 novembre 1837, p. 82, 83.

(1) Mémoire de la Société médicale d'observations, t. 1.

(2) *De Senio ejusque morbis.* 1754.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 janvier 1853. — Présidence de M. De Jussieu.

Hydrocèle spermatique.

M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, adresse la communication suivante :

J'ai eu l'occasion de rencontrer deux fois, chez des hommes adultes jouissant de toutes leurs facultés viriles, des hydrocèles volumineuses, pyriformes, lentement développées, dont le contenu lactescent était formé de sérosité dans laquelle nageaient d'innombrables zoospermes.

Sur le premier de nos malades, âgé de 40 ans environ, après avoir constaté la transparence de la tumeur, je ponctionnai l'hydrocèle qui contenait un liquide blanchâtre, homogène, lactescent, dans lequel mon collègue, le professeur Küss, reconnut au microscope des millions de zoospermes, dont quelques-uns étaient agités de mouvements distincts, tandis que le plus grand nombre n'en présentait pas. On distinguait très-nettement des zoospermes entiers ; mais on en trouvait aussi dont les têtes seules ressemblaient à des globules laiteux.

Quelques mois après, j'entrepris la cure radicale du malade par l'injection vineuse, et l'hydrocèle réformée, mais moins volumineuse, offrit la même apparence et la même composition. La guérison s'obtint lentement et sans beaucoup d'inflammation.

Mon second malade, opéré au mois de septembre de l'année dernière (1852) portait son hydrocèle depuis 17 ans. L'affection avait commencé par une petite tumeur épididymaire, développée subitement au moment où le malade, dans un violent état de paroxysme génital, avait fait un effort suprême pour empêcher l'acte de s'accomplir entièrement. Pendant sept ans la tumeur resta stationnaire, et ne dépassa pas le volume d'une noisette, puis elle s'accrut peu à peu et finit par présenter un très-grand diamètre. L'hydrocèle avait une assez grande mollesse, s'étendait de l'anneau inguinal à l'extrémité inférieure de la bourse gauche, était transparente et permettait de sentir le testicule situé en arrière à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la tumeur.

La ponction amena un liquide blanchâtre, lactescent, homogène, que le microscope montra composé de millions de zoospermes. Après l'évacuation du liquide, on constata la présence d'une nodosité assez résistante dans l'épaisseur de l'épididyme. La canule de M. Baudens, laissée en place pendant huit jours, ne développa aucune inflammation, malgré les injections d'air qui y furent répétées tous les jours, et la tumeur réduite à un très-petit volume, enveloppant le bord supérieur du testicule, sembla persister sans aucune incommodité pour le malade.

Si l'on consulte les ouvrages classiques de pathologie externe et de médecine opératoire, on n'y trouve aucune mention des hydrocèles spermatiques. MM. Velpeau, Nélaton, Malgaigne, Vidal (de Cassis), n'en ont pas parlé. M. Velpeau rapporte l'observation d'une hydrocèle lactescente. M. Vidal (de Cassis), qui a été témoin d'un fait semblable, l'a désigné sous le nom de galactocèle, considérant le liquide comme du véritable lait.

Nous croyons plus probable d'admettre, dans ce cas, une simple hydrocèle spermatique. On a pu prendre pour des globules de lait les têtes séparées des zoospermes, et l'analyse chimique n'a pas été suffisamment démonstrative. Rien n'expliquerait la présence du lait dans une séreuse ou un kyste accidentel, tandis que celle des zoospermes y est établie d'une manière positive par un grand nombre d'observateurs. MM. Lioyd et Childs, James Saget, Velpeau, Gosselin, ont eu l'occasion de voir des hydrocèles zoospermiques, et M. Gosselin les a même décrites sous le nom de *grands kystes du testicule.*

Nous croyons qu'en effet, la plupart des tumeurs aqueuses des bourses, renfermant des zoospermes, ont été primitivement enkystées. Mais, soit que le kyste ait atteint un volume considérable, soit qu'il se soit ouvert dans la tunique vaginale et communique avec elle, comme des faits d'anatomie pathologique semblent l'établir, la dénomination d'hydrocèle nous paraît également leur convenir. Le nom d'hydrocèle n'a pas été réservé, en pathologie, aux collections séreuses de la tunique vaginale ; on l'a étendu aux hydrocèles par infiltration des bourses, aux kystes du cordon, aux épanchements dans un ancien sac herniaire, et il n'y aurait réellement aucun motif à le refuser aux tumeurs présentant tous les caractères extérieurs des hydrocèles ordinaires, et n'en différant que par la présence des zoospermes. La raison place la cause ou l'origine de ces hydrocèles spermatiques dans une fistule des conduits efférents du testicule, avec tumeur enkystée correspondante.

Notre deuxième observation est très-remarquable à cet égard. On suit directement le développement de la tumeur, et l'on s'en explique la cause et le progrès.

La rétention du sperme dans le cordon a pu facilement rompre un des conduits efférents du testicule, puisque la distension des conduits excréteurs peut être d'un quart d'atmosphère, lorsque l'écoulement des liquides sécrétés rencontre un obstacle. De là une déchirure du conduit, une extravasation du produit, un épanchement et une tumeur dont la résorption est empêchée par la fistule formée. Peu à peu un kyste se produit, persiste longtemps, s'agrandit, et prend les proportions de la tunique vaginale qu'il dissimule, ou s'ouvre dans son intérieur, et constitue deux tumeurs en communication directe. On s'explique de cette manière la difficulté de la guérison, la gravité du pronostic, et la nécessité de rendre le traitement plus énergique dans le but d'enflammer complétement le trajet fistuleux et d'en obtenir l'oblitération.

Nous croyons pouvoir résumer ces considération en disant :

1° L'existence d'hydrocèles spermatiques ne saurait plus être mise en doute, et cette variété nouvelle doit prendre rang dans l'histoire pathologique des tumeurs des bourses ;

2° La dénomination d'hydrocèle spermatique est celle qui convient le mieux, en raison de la nature de l'affection (tumeur liquide des bourses) et de l'impossibilité de la distinguer nettement, aujourd'hui, des hydrocèles ordinaires ;

3° La cause de ces hydrocèles paraît devoir être attribuée à une rupture d'un des canaux efférents du testicule ;

4° La présence d'un hyste, primitivement développé autour du produit épanché, explique la difficulté du traitement ;

5° Toutes les fois que le liquide des hydrocèles sera lactescent, on devra l'examiner au microscope et en noter, avec le plus grand soin, tous les caractères particuliers, pour arriver à quelques symptômes nouveaux et pathognomoniques de cette espèce d'hydrocèle, qu'une ponction exploratrice peut seule faire connaître aujourd'hui ;

6° Le pronostique devra rester très-réservé dans tous les cas d'hydrocèles spermatiques, en raison de la fréquence des récidives et de la persistance de la tumeur ;

7° Le traitement aura pour principale indication de provoquer une inflammation suppurative dans l'intérieur du kyste spermatique pour en déterminer l'oblitération.

Epilepsie.

M. Michéa adresse une note dans laquelle il affirme, de nouveau, que l'urine des épileptiques contient du sucre après les attaques ; seulement, il n'est pas toujours facile à constater, et les meilleurs procédés pour y parvenir sont, suivant M. Michéa, la fermentation et la liqueur de M. Barreswil.

Médecine légale.

M. H. Gaultier de Claubry réclame contre l'allusion faite à son ouvrage dans la note de M. Bonnemains. Il rappelle qu'il a conseillé de rechercher les poisons, non-seulement dans les liquides filtrés par le charbon, mais encore dans le charbon lui-même qui a servi au filtrage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'Académie royale des sciences de Turin vient de s'associer, entre autres savants français, deux médecins, M. Mêlier et Tanquerel-des-Planches.

— Le corps médical et l'Académie de médecine viennent de perdre un de leurs membres les plus justement respectés. M. Andral, père, est mort hier d'une manière inopinée ; l'état depuis longtemps chancelant de sa santé ne pouvait cependant pas faire prévoir un événement aussi prochain.

— L'École de pharmacie, voulant s'associer à la manifestation du corps médical envers M. Orfila, vient de décider qu'un portrait de l'ancien doyen de la Faculté serait placé dans la salle de ses actes. L'École a souscrit pour la moitié de la dépense que nécessitera cette décision. L'autre moitié est souscrite d'avance par la Société de pharmacie de Paris.

— Une Commission vient également de s'organiser à Toulouse, pour envoyer à M. Orfila un témoignage de sa gratitude. Elle a décidé qu'une lettre de félicitations et de remercîments serait adressée à M. Orfila (*Gaz. méd. de Toulouse*).

— Dans la lettre de M. Baudens, en rapportant l'opinion de M. Sédillot, on a émis de mettre le mot *pur* après le mot chloroforme. Il est nécessaire de rétablir ce mot, pour prévenir une juste réclamation.

— Nous avons reçu de M. Chassaignac, avec prière de l'insérer le plus tôt possible, un travail sur les moyens d'éviter les dangers du chloroforme dans les opérations du fond de la gorge. Nous sommes obligé de renvoyer ce travail à notre prochain numéro, si ce n'est au numéro suivant.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 16. 1re année. Samedi, 5 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Sur deux cas de névralgie sus-orbitaire, par M. Abeille. — Hôpital de la Pitié. Leçons cliniques sur l'hystérie, par M. A.-H. Margerie. — Moyens d'éviter les dangers du chloroforme pendant les opérations qui se pratiquent sur le fond de la gorge, par M. Chassaignac. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Fracture du crâne par explosion d'une arme à feu. Plaie pénétrante du cerveau avec lésion et perte de substance du lobe antérieur gauche, coïncidant avec l'intégrité de l'intelligence, de la sensibilité du mouvement et de la parole. Guérison, par le Dr J.-S. de Barbe. — **THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE** : Recherche sur la présence du phosphore dans les huiles de foie de morue, par M. J. Personne. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 4 février 1853.

Séance de la Société de chirurgie.

On sait que, dans la précédente séance, M. Guersant avait présenté, comme un exemple de tumeur cancéreuse de la vessie dans le jeune âge, une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un petit garçon. Le microscope, par l'intermédiaire de M. Broca, a déclaré avant-hier que la tumeur en question est une tumeur fibro-plastique. Nous exposerons très-prochainement notre manière de voir touchant cette distinction micrographique dont notre savant ami, M. Lebert, vient de faire l'objet d'une discussion importante au sein de la Société.

Le renseignement de M. Broca donné, la Société a entendu avec un grand intérêt M. Huguier, qui a présenté un jeune homme sur lequel il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure pour une exostose volumineuse, et par un procédé que M. Huguier croit supérieur à ceux qu'on emploie généralement.

M. Huguier se contente, pour mettre l'os à nu, d'une seule section horizontale qui part de la commissure et va se terminer contre le lobule de l'oreille. Cette incision permet d'éviter le nerf facial tout en simplifiant beaucoup l'opération. C'est déjà la troisième fois que M. Huguier suit ce procédé, et dans aucun des trois cas, cet habile chirurgien n'a éprouvé de difficulté pour désarticuler la mâchoire, malgré la distance assez grande qui existe entre l'incision et l'articulation. Ce procédé fort simple nous paraît appelé à passer dans la pratique générale. Chez le malade présenté par M. Huguier, l'opération a eu un succès complet; la guérison semble aujourd'hui parfaite.

M. Serre d'Alais, qui poursuit depuis plusieurs années et avec une si rare persévérance ses études sur ces phénomènes singuliers d'optique qu'il a désignés sous le nom de *phosphènes*, a présenté à la Société un travail étendu sur ce sujet. Comme nous l'avons fait pour les précédentes communications de M. Serre, nous sommes obligé de renvoyer l'appréciation de celle-ci au moment où nous pourrons en étudier à tête reposée tous les détails, lesquels, pour être bien compris, exigent une grande attention.

Après cette communication, la Société s'est formée en comité secret pour aplanir des difficultés personnelles qui s'étaient élevées, à propos de la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques, entre l'honorable M. Lebert et M. A. Forget. Ces difficultés ont fort heureusement eu une solution pacifique. H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Sur deux cas de névralgie sus-orbitaire.

Nous avons vu hier, dans le service du professeur Piorry, à la Charité, deux malades fort intéressants. Il s'agit de cas bien simples en apparence, et sur lesquels les praticiens glissent légèrement d'habitude, sans approfondir les relations de cause à effet.

Les deux malades en question sont atteints de névralgie sus-orbitaire gauche, penta-névralgie gauche du professeur, ou névralgie gauche de la cinquième paire.

L'un d'eux, couché au n° 4 de la salle Saint-Charles, n'accuse absolument que sa névralgie; l'autre, couché au n° 10 de la même salle, se dit atteint aussi de quelques accès de fièvre intermittente.

Dans ces cas, une fois la névralgie constatée, la plupart des praticiens, sans porter plus loin leur investigation, se hâtent de mettre à contribution tout l'arsenal que possède la thérapeutique pour la combattre.

Le célèbre professeur, procédant suivant son habitude du simple au composé, a su démontrer, avec sa sagacité ordinaire, que la névralgie n'est, dans cette circonstance, qu'une manifestation toute locale, l'extension d'un état morbide à ramées plus larges et plus profondes.

Comme il lui est arrivé bien souvent de rencontrer des névralgies liées à une splénopathie et disparaissant avec elle, il en a conclu que la première est une dépendance de la seconde. Nous avons vu, pour notre compte, des confrères, ne tenant aucun compte de l'état de la rate, caractériser ces névralgies des fièvres larvées, quand elles avaient une relation plus ou moins rapprochée avec une intoxication palustre.

Quoi qu'il en soit, le professeur Piorry, partant de ce principe que lui a suggéré l'expérience, a porté ses investigations sur la rate, dans les deux cas dont il s'agit.

Chez le premier des deux malades, n° 4, il a trouvé à cet organe un volume considérable (10 cent. et demi de haut en bas); en pressant ensuite de questions le sujet, il a fini par obtenir de lui l'aveu de quelques accès de fièvre, qu'il passait sous silence. Cet homme est chapelier et travaille dans un réduit humide et malsain.

Chez le second, couché au n° 10, et qui est un jeune homme de 16 ans, peu développé, le plessimétrisme a trouvé à la rate un

développement de 8 cent. et demi de haut en bas, et de 19 cent. transversalement.

Du reste, chez l'un pas plus que chez l'autre de ces deux malades, il n'a été découvert d'autre état organo-pathique, malgré toute l'habileté que le savant professeur sait mettre dans ses recherches.

Cette constatation du développement anormal de la rate a justifié pleinement ses idées sur la nature de ces deux névralgies, et il en a profité pour démontrer une fois de plus, à ses nombreux élèves, que souvent les splénopathies donnent naissance à des névralgies sus-orbitaires, surtout à gauche, et que celles-ci ne sont alors qu'une irradiation de la splénalgie ou névralgie de la rate.

Donnez à ces deux malades le sulfate de quinine, a dit l'éminent professeur, et dans trois jours tout sera guéri. Nous croyons que sa prédiction s'accomplira avec exactitude, car il n'est pas un praticien qui n'ait remarqué avec quelle facilité certaines névralgies cèdent sous l'influence de ce médicament; à plus forte raison quand elles se lient à une splénopathie.

Nous ne voulons point passer sous silence une autre communication non moins intéressante, que M. Piorry a faite à ses auditeurs durant le cours de sa visite.

Un malade se présente à sa consultation. Il se dit atteint d'amblyopie, et a été adressé à M. Piorry par un confrère de Lyon. Ce malade voit bien cependant, et peut lire sur un livre. Mais quand on l'interroge, il finit par déclarer qu'il voit doubles les objets qu'on lui présente. Les pupilles sont uniformément dilatées; l'axe visuel est parallèle pour les deux yeux. Mais si on lui présente un objet qu'il doive fixer directement, ce parallélisme se détruit aussitôt. Cette circonstance a fait conclure au professeur qu'il y a un œil plus faible que l'autre.

A force d'interrogations, il finit par découvrir que ce malade, dans sa profession, manipule souvent du nitrate de plomb. Déduction immédiate que les nerfs ou muscles de l'œil gauche peuvent avoir subi, d'une façon ou d'une autre, une intoxication de la part des émanations plombines, et le traitement se trouve aussitôt tout tracé. J'ai prescrit au malade, ajoute M. Piorry, des boissons nitrées qui, suivant toute apparence, parviendront à neutraliser l'effet du poison, et le malade sera guéri. Vous voyez, messieurs, a-t-il ajouté en terminant, qu'il ne faut pas s'attacher simplement au symptôme névralgique, mais aller plus avant pour découvrir l'état morbide dont elle dérive; ce n'est qu'en procédant ainsi que nous deviendrons de bons médecins.

ABEILLE.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

Pour arriver à la notion exacte des maladies en général et des maladies nerveuses en particulier, il est indispensable de prendre constamment comme point de départ les données de l'état physiologique.

Tel est le principe fondamental sur lequel reposent les doctrines que nous professons.

Les maladies ne sont, pour ainsi dire, que des modifications de l'état de santé : cette vérité est surtout remarquable en ce qui concerne les affections du système nerveux.

La sensibilité aux impressions stimulantes, qui portent leur action sur l'axe cérébro-spinal et sur ses dépendances, varie à l'infini suivant la variété infinie des organisations individuelles.

Ici, nous prenons le mot impressions stimulantes dans son acception la plus large et la plus étendue; par lui nous embrassons, sous une dénomination générique, toutes les causes qui ont pour effet de développer dans l'homme le plaisir et la douleur, les sensations de l'ordre physique et les sensations de l'ordre moral.

Il n'est personne qui ne soit plus ou moins capable de ressentir et qui ne ressente, à des degrés plus ou moins marqués, l'influence des impressions stimulantes; or, le résultat immédiat de ces impressions consiste dans un ébranlement de l'innervation qui, aux yeux d'un observateur attentif, se manifeste par deux genres principaux de phénomènes : suspension plus ou moins complète de la volonté sur les mouvements soumis à son empire, anomalies dans les perceptions sensitives.

L'homme qui possède toute la vigueur de la santé et toute la force de la raison, lorsqu'une commotion morale se fait sentir, trouve en lui assez de puissance et d'énergie pour limiter dans ses effets la secousse imprimée aux fonctions de la vie de relation. Il sent qu'il va subir l'ascendant d'une impulsion étrangère, qu'il va se laisser emporter contre son gré, se livrer à des mouvements automatiques, accomplir des actes qui n'ont pas reçu son assentiment : il appelle l'intervention de sa volonté, et arrête, dans leur explosion, les manifestations que doit engendrer l'impression stimulante exercée sur le système nerveux.

Il n'en est pas de même pour l'homme placé dans des conditions différentes de celles dont nous venons de parler; chez ce dernier, l'ébranlement causé par une commotion morale quelconque entraîne immédiatement l'impossibilité d'accomplir les actes de l'intelligence et de la volonté : le travail de l'esprit, facile et régulier quelques instants auparavant, est tout à coup suspendu; les facultés intellectuelles ne peuvent entrer en jeu d'une manière normale, ébranlées et détournées qu'elles sont par la perturbation dont a été suivie l'impression stimulante; vainement il est fait appel à la raison et à la volonté, les efforts par lesquels elles tendent à reprendre leur suprématie demeurent impuissants, tant il est vrai que leur action réclame, pour s'exercer d'une manière utile, un organisme puissant et bien constitué.

Envisageons des faits d'un autre genre.

Un homme est en proie à la douleur physique qu'a provoquée et qu'entretient chez lui une affection locale, un érysipèle par exemple; une commotion morale le frappe brusquement. L'ébranlement dont le système nerveux devient le siége éloigne l'attention des phénomènes douloureux; les souffrances dues à la maladie disparaissent.

Les résultats auxquels donnent quelquefois naissance les impressions accidentelles, résultats en témoignage desquels abondent les faits semblables à celui que nous venons de citer, l'énergie de la volonté peut les produire dans une certaine mesure : on a vu la perception de sensations douloureuses s'atténuer, s'effacer même sous l'influence d'une attention soutenue; l'histoire raconte que Pascal, livré à l'étude des mathématiques, oubliait les maux de dents dont il était atteint.

L'attention est un mode spécial de stimulation du système nerveux.

Lorsque les organes destinés à l'innervation reçoivent un ébranlement qui tend à les mettre en jeu d'une manière anormale et à déterminer des actes insolites, l'homme bien portant, l'homme malade lui-même, on ne saurait le contester, ont en eux la faculté de dominer jusqu'à un certain point les effets de l'impression stimulante qui fait sentir son action. Cette proposition étant admise, il devient possible, avec le secours de la réflexion, de déduire en quelque sorte, des différences individuelles, les formes des maladies nerveuses.

Prenez un certain nombre de personnes, supposez qu'elles subissent toutes un même outrage; vous en trouverez parmi elles qui, incapables de surmonter l'impression qu'elles auront ressentie, ne se posséderont plus et se laisseront aller sans réserve aux emportements et aux convulsions d'une colère maniaque; vous en verrez d'autres qui puiseront dans leur raison et dans leur volonté la force nécessaire pour réprimer les mouvements désordonnés et aveugles de la passion, qui resteront entièrement maîtresses d'elles-mêmes.

Une semblable opposition ne montre-t-elle pas, avec la plus haute évidence, combien le retentissement des excitations qui portent sur le système nerveux varie quant à l'intensité, quant à la forme et à la durée des effets dont il est suivi.

Une autre circonstance introduit de nouvelles différences dans les manifestations phénoméniques des affections nerveuses; elle résulte de ce que les impressions stimulantes, perçues suivant

divers modes, ne se traduisent pas au dehors par des actes identiques. Chez l'un, la colère donne lieu à des mouvements convulsils ; chez l'autre, elle amène un anéantissement complet ; celui-là frappe avec énergie les objets inanimés qui l'environnent, ou se porte à des violences regrettables sur les personnes dont il est entouré ; celui-ci tombe dans une sorte de stupeur et d'anéantissement, il reste immobile ou pleure comme un enfant.

Des développements dans lesquels nous venons d'entrer, il ressort clairement que la puissance de la volonté, en tant qu'elle a pour but de maintenir le système nerveux dans la limite d'une action normale et régulière, présente les variations les plus étendues ; dans ces variations, résident le secret et l'explication des actes divers, dus à l'influence de toutes les stimulations qui, à titre de causes, viennent susciter dans l'économie les troubles de l'innervation, en lesquels consistent les maladies nerveuses.

Le vaste appareil que composent le système nerveux central et le système nerveux périphérique, plus que tous les autres appareils de l'organisme, est subordonné dans son action à la loi de la périodicité ; ses actes ont une durée plus ou moins courte, ils sont séparés par des intervalles plus ou moins longs ; s'ils devenaient continus, s'ils persistaient sans interruption pendant un certain laps de temps, ils entraîneraient infailliblement la cessation des phénomènes de la vie.

Chez l'homme bien portant, les actes du système nerveux, suspendus pendant le sommeil, trouvent même pendant l'état de veille, dans leur diversité et dans leur succession, la condition d'intermittence nécessaire à leur accomplissement facile et régulier. La pensée, le mouvement, la sensibilité entrent tour à tour en exercice et se remplacent mutuellement.

Chez l'homme malade, les actes du système nerveux subissent, d'une manière non moins apparente, la loi de périodicité qui régit leur manifestation dans l'état de santé ; à cette loi se rattachent, d'une part, l'origine des habitudes qui portent, comme on sait, tantôt sur la forme, tantôt sur l'intensité des actions nerveuses ; de l'autre, la reproduction, sans cause appréciable, des perturbations et des anomalies de l'innervation.

L'impression vive et profonde d'un rêve effrayant est-elle venue troubler votre sommeil ? souvent il vous arrivera de voir cette même impression se reproduire pendant quelque temps, aux mêmes heures de la nuit, éveiller les mêmes terreurs et les mêmes angoisses.

Les stimulations éprouvées par le système nerveux puisent leur source non-seulement dans les circonstances extérieures, mais encore dans les circonstances intérieures à l'individu par lequel elles sont ressenties. L'homme qui digère pense mal ou pense autrement qu'il ne le fait lorsque son estomac est dans son état de vacuité ; le travail de l'intelligence n'est pas le même chez celui dont l'organe de la digestion est rempli par des substances d'une élaboration difficile, et chez celui qui vient de prendre des aliments légers ou excitants ; les palpitations du cœur jettent le trouble dans les fonctions intellectuelles, bien que l'agent central de la circulation n'ait aucune part directe à la production de la pensée.

La raison de ces phénomènes est, toute entière, dans l'influence que l'accomplissement des actions organiques exerce sur les fonctions de l'innervation. Ces actions organiques suffisent, en certains cas, pour engendrer les maladies nerveuses, pour provoquer leurs récidives, pour déterminer leurs paroxysmes. Tous les jours on voit les douleurs de la dentition, et la présence des vers dans le tube digestif, amener avec elles les convulsions propres à l'enfance.

Une maladie nerveuse, quand elle ne dépasse pas les limites d'un simple ébranlement, constitue de toute nécessité, en vertu de la loi de périodicité qui préside aux fonctions de l'innervation, une affection paroxystique.

Les paroxysmes se montrent à la fois sous l'influence des causes originelles de la maladie, et sous l'influence des circonstances purement accidentelles. Une femme est atteinte d'hystérie, elle a des accès tous les mois à l'époque des règles ; vient-elle par hasard à ressentir, dans la période intermédiaire à deux menstruations successives, l'effet d'une stimulation quelconque, d'une commotion morale par exemple ? De nouveaux accès d'hystérie se déclarent aussitôt.

Pour donner une idée complète et exacte de l'hystérie nous décrirons d'abord, d'une manière en quelque sorte empirique, les formes diverses que revêt cette maladie. La division que nous adopterons à cet égard s'éloignera entièrement de celle qui est généralement admise par les auteurs. Ainsi, nous examinerons tour à tour une forme convulsive ou clonique, une forme extatique dans laquelle nous verrons la suspension des fonctions aller jusqu'au degré de la catalepsie ; enfin une forme douloureuse dans laquelle, au milieu des anomalies de la sensibilité, de l'anesthésie et de la dysesthésie, apparaîtront les phénomènes de l'hyperesthésie.

A chacune des formes étudiées par nous, nous rattacherons les différentes modifications intellectuelles qui surviennent dans le cours de la maladie, et qui, parfois, élèvent les accidents de l'hystérie jusqu'à la hauteur des accidents vésaniques.

Il nous sera facile ensuite de déterminer la nature de l'hystérie et de déduire, de cette détermination, des indications curatives.

A.-H. Margerie.

Moyens d'éviter les dangers du chloroforme pendant les opérations qui se pratiquent sur le fond de la gorge,

Par M. Chassaignac, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

L'état anesthésique pendant les opérations douloureuses est pour les malades un bienfait tel, que toutes les fois qu'on peut, sans les exposer à aucun danger, user de ce précieux moyen, c'est un devoir d'humanité et de bonne chirurgie que de le faire. Si, au contraire, c'est au prix de dangers réels qu'on épargne la douleur, il y a application inintelligente des anesthésiques.

C'est sur cette considération, selon nous très-puissante, qu'ont dû se fonder plusieurs praticiens recommandables pour bannir l'emploi du chloroforme dans certaines opérations et en particulier dans celles qui se pratiquent au fond de la gorge. La pensée de revenir sur cette exclusion ne nous serait pas venue, si nous n'eussions eu à présenter une combinaison au moyen de laquelle on peut parer à des dangers justement redoutés. Tel est l'objet de cette note.

Ainsi, pour nous, la question reste posée en ces termes : *Les opérations sanglantes du fond de la gorge comportent-elles l'usage du chloroforme employé sans précautions spéciales ?* La réponse doit être : non. Ces mêmes opérations peuvent-elles admettre l'emploi du chloroforme avec les précautions que nous allons indiquer ? Il ne nous siérait pas de décider la question dès à présent. Mais si, après avoir exposé les résultats de notre expérience à ce sujet et les considérations qui ont inspiré nos recherches, nous faisons partager notre conviction à ceux qui voudront bien parcourir ces lignes, nous serons heureux de leur voir déduire eux-mêmes la conclusion affirmative que nous ne formulons pas encore.

On sait quelles graves objections ont été élevées par nos maîtres, par nos collègues et par nous-même (*voy.* Comptes rendus de la Société de chirurgie) contre l'anesthésie pendant les opérations sanglantes pratiquées sur le fond de la gorge. L'asphyxie par la pénétration du sang dans les bronches, chez un sujet dont la spontanéité est enchaînée, disons plus, en grande partie éteinte par le chloroforme ; des hémorrhagies graves par déglutition involontaire du liquide sanguin pendant l'état de demi-sommeil et d'engourdissement qui succède à la période de collapsus ; tels sont les premiers obstacles qui se présentent à sa pensée. Une autre circonstance, la facilité avec laquelle l'attouchement du fond de la gorge fait cesser l'anesthésie, puisque, suivant la remarque de notre judicieux confrère, M. Monod, c'est un des meilleurs moyens de réveiller la spontanéité chez les sujets trop fortement engourdis par les anesthésiques ; une autre circonstance jointe à ce qu'on est forcé, par la nature

même de l'opération, de diminuer de moitié la voie d'inhalation, attendu que, du moment qu'on fait ouvrir la bouche du malade pour opérer, l'air y pénètre sans mélange et prépare ainsi la terminaison de l'anesthésie ; tout cela constitue un ensemble de contre-indications à l'emploi du chloroforme dans ces sortes d'opérations.

Et encore n'est-ce pas tout. En effet, la position horizontale, qui est commandée par la prudence, mais qui a l'inconvénient de rendre plus difficile le manuel des opérations exécutées au fond de la gorge, vient encore s'ajouter comme contre-indication nouvelle à celles que nous avons mentionnées.

On voit, par ce préliminaire, que nous ne cherchons à pallier aucun des motifs qui, pour beaucoup de chirurgiens habiles, tendent à faire écarter, des opérations qui nous occupent, le secours des anesthésiques.

Si des généralités nous descendons aux applications particulières, nous voyons qu'en ce qui concerne l'ablation des amygdales, il y a encore de nombreux motifs de s'abstenir. D'abord, dans l'ablation simultanée, il y a désormais dans cette opération si peu de douleurs et d'angoisses, tant de promptitude et de sûreté dans l'exécution, qu'on ne voit vraiment pas de raisons suffisantes pour s'évertuer à chercher les moyens d'appliquer le chloroforme en pareil cas.

Mais toutes ces raisons, que le praticien sait comprendre, ne sont pas, ne peuvent pas être appréciées par certains malades que la seule idée d'une opération met hors d'eux-mêmes, et qui préfèrent encourir toutes les conséquences d'une abstention plutôt que d'envisager de sang-froid une douleur courte, passagère, mais dont ils ne veulent pas entendre parler, du moment qu'elle est occasionnée par les instruments du chirurgien.

Faut-il cependant abandonner ce genre de malades pusillanimes à toutes les conséquences de leur pusillanimité? Ne vaut-il pas mieux chercher les combinaisons au moyen desquelles on fera tomber leur dernière objection, en les admettant au bénéfice de l'anesthésie, dépouillée des inconvénients et des dangers qu'elle présente dans certains cas? La conscience générale a déjà répondu. Quant à nous, voici ce que nous avons fait dans cette voie ; voici sur quoi repose la combinaison que nous avons adoptée et quel a été notre point de départ. Ce sera, si l'on veut, la donnée logique du problème à résoudre.

Il s'agit de l'ablation des amygdales que nous choisissons pour exemple, précisément à cause de la fréquence de cette opération et de la fréquence chez de jeunes sujets mieux disposés par leur âge à l'indication des anesthésiques, non-seulement à cause de l'effroi que leur inspire l'idée de toute opération, mais encore et principalement en raison de la facilité avec laquelle on détermine chez eux l'état d'assoupissement par le chloroforme.

Si, pendant l'état anesthésique, on peut parvenir, disions-nous, à installer deux amygdalotômes, un sur chaque amygdale, à traverser tout d'abord chacune d'elles avec la petite fourche de l'instrument, ce qui produit à peine quelques gouttes de sang ; puis, que dans cet état de choses on attende le moment où quelques manifestations spontanées indiquent un réveil très-prochain, on pourrait, en faisant alors la section simultanée avec la rapidité d'exécution propre à ce *modus faciendi,* enlever les deux amygdales avant le retour des perceptions douloureuses et cependant à un moment où déjà le malade est en position d'expulser le sang qui tombe dans la gorge. Il faut se rappeler que la tendance à expulser de la cavité buccale les corps liquides est, pour ainsi dire, une des aptitudes que développe le chloroforme ; car il n'est presque pas de sujets qui, sous l'influence de cet agent, ne se livrent à une sputation quelquefois très-désobligeante pour ceux qui l'entourent. A quoi il faut ajouter que le malade, étant couché horizontalement ou dans une demi-obliquité, serait incliné sur le côté droit immédiatement après la section des amygdales, dans l'attitude que prennent spontanément les malades tellement affaiblis, qu'ils ne peuvent s'asseoir pour vomir, dans la position conseillée pour les asphyxiés par submersion, en vue de faciliter chez eux l'expulsion des liquides.

Voilà ce qui a été réalisé de point en point chez un malade de l'hôpital Saint-Antoine, opéré le 23 octobre 1852.

Avant de faire cette opération, nous avions regardé comme indispensables quelques études préliminaires à l'effet de décider : 1° le meilleur mode de dilatation de la bouche pour la mise en position des instruments ; 2° la question de savoir si la dilatabilité naturelle des parties permettrait le placement simultané d'un dilatateur et des deux amygdalotômes.

En ce qui touche la première question, nous dirons que, depuis longtemps déjà, nous avons imaginé et fait construire par un habile fabricant, M. Mathieu, deux dilatateurs de la bouche, l'un que nous appelons dilatateur *annulaire,* l'autre dilatateur en T. Ces deux instruments nous rendent des services journaliers et sont déjà adoptés par quelques-uns de nos plus habiles collègues des hôpitaux.

Chacun des ces instruments est formé d'une large spatule, comme base de l'instrument, et d'une pièce qui, par un mécanisme rapide, s'élève tout d'un coup à la surface convexe de la spatule.

L'idée de la spatule buccale est imitée de cette foule d'instruments qui, sous le nom de *speculum oris,* sont connus et employés dans la pratique de temps immémorial. La seule modification que nous ayons fait subir à cette spatule consiste en une échancrure substituée à la pointe, plus ou moins aiguë, par laquelle se termine l'instrument. Nous avions remarqué que, pour peu que les spatules fussent engagées un peu profondément à la base de la langue, le repli médian glosso-épiglottique était froissé douloureusement au point de susciter, chez certains malades, une très-vive résistance. Il a donc fallu remédier à cet inconvénient par la présence d'une échancrure transversale médiane.

Ces deux dilatateurs se prêtent merveilleusement à l'ablation des amygdales, quel que soit le procédé que l'on emploie, pourvu qu'on ait soin d'approprier tel dilatateur à tel procédé ; car le même ne saurait convenir à tous les cas. Le dilatateur *annulaire* est celui que nous employons quand nous faisons l'ablation avec le bistouri. Il serait tout à fait incompatible avec l'emploi de l'instrument de Fanestock, et, surtout, de deux de ces instruments à la fois ; ainsi que l'exige l'ablation simultanée.

Le dilatateur en T, au contraire, permet et même facilite le placement simultané des deux amygdalotômes, attendu que le double espace qu'il laisse, sur les parties latérales de sa tige, ouvre une voie facile à l'introduction de chacun des deux instruments.

C'est, en effet, par ce dernier procédé que fut opérée une jeune fille de 11 ans, venue à la consultation de l'hôpital, et chez laquelle nous avons fait tenir, simultanément, dans la cavité buccale, non-seulement les deux amygdalotômes d'adulte placés l'un sur chaque amygdale, mais encore le dilatateur en T. Si l'on considère que, sans violence, sans diduction exagérée, deux amygdalotômes de 0,036 millim. de diamètre aux anneaux, et un speculum en T ont pu fonctionner chez un enfant de 11 ans, on comprendra que nous ne fussions pas embarrassé de ce qui arriverait chez l'adulte. Nous devons, d'ailleurs, faire observer que ces trois instruments n'ont été maintenus ensemble que dans le but de déterminer, à titre de criterium, la limite de la dilatabilité buccale. En effet, si pour placer le premier amygdalotôme, le dilatateur est quelquefois indispensable, il cesse de l'être aussitôt que l'un des amygdalotômes est placé, la présence de celui-ci étant un auxiliaire très-suffisant pour placer le second.

Eu égard aux avantages du dilatateur comme moyen préparatoire, il faut noter que certains enfants opposent une résistance tellement désespérée, qu'ils saisissent, en quelque sorte à belles dents, l'anneau et la fourchette de l'amygdalotôme ; ce qui peut avoir des inconvénients de plus d'un genre, et, entre autres, la fracture ou l'éclat de l'émail des dents. Avec le dilatateur qui, à peine introduit, se développe par une force irrésistible, de pareils inconvénients ne sont pas à redouter.

Voici l'observation de la jeune fille qui a été opérée sans le secours des anesthésiques, observation que nous rapportons ici

comme spécimen de ce que l'on peut attendre de la dilatation buccale, et comme exemple de la présence simultanée d'instruments multiples et d'un certain volume dans le fond de la bouche.

1re *Observation. — Ablation simultanée, avec emploi du speculum à tige, conservé en position jusqu'au placement des deux amygdalotômes inclusivement.*

Bordillon (Louise-Émilie), 11 ans, est amenée à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, le 30 septembre 1852.

Cette jeune fille, qui est atteinte d'hypertrophie chronique des amygdales, offre, depuis huit à dix jours, une angine tonsillaire à l'état aigu, et compliquée d'abcès de l'amygdale droite.

Elle devra revenir le lendemain pour subir l'ablation des amygdales, après que ses parents auront été prévenus. C'était le 29, elle revient le 30. L'abcès s'est ouvert spontanément pendant la nuit. Ce matin il y a du soulagement; toutefois, comme l'hypertrophie est ancienne et la récidive des angines fréquente, on se décide à opérer. On se propose d'enlever non-seulement l'amygdale gauche, mais encore celle qui vient d'être le siége de l'abcès ouvert pendant la nuit.

Voici comment je procède: J'introduis d'abord le speculum à tige; puis, ce speculum étant confié à un aide, je place un des amygdalotômes sur l'amygdale droite, un autre sur l'amygdale gauche, le speculum restant en place pendant tout le temps qu'exige cette double introduction; aussitôt qu'elle a eu lieu, je retire le speculum et je fais la section simultanée.

L'amygdale droite est enlevée sous forme de lambeau déchiqueté; la gauche, par énucléation, c'est-à-dire complétement. Elle est dure au toucher, d'un volume assez considérable, et offre à son sommet une petite élévation blanchâtre; à sa face interne existent neuf ouvertures qui conduisent dans des cellules de capacité variable. En coupant cette amygdale dans plusieurs sens on trouve, répandue dans toute sa substance, une quantité considérable de mucus sans foyer principal. Il y a un peu de tissu fibreux.

Cette enfant est revenue à la consultation le lendemain et les jours suivants. Elle est parfaitement bien et n'a éprouvé aucun accident.

Cette observation constituait un précédent d'une certaine valeur pour l'application projetée du chloroforme pendant l'ablation des amygdales. Elle nous prouvait, en effet, que nous pourrions facilement placer les anneaux des amygdalotômes pendant que le dilatateur, confié à un aide, maintiendrait, à un degré suffisant, l'ouverture de la bouche. Ce premier fait étant acquis, voici comment nous avons procédé quelques jours après :

2e *Observation.* — Le malade, qui est âgé de 20 et quelques années, fut conduit à la salle d'opérations, se coucha sur le lit, et fut assoupi au moyen du chloroforme. Celui-ci était administré au moyen d'une compresse. Je fais découvrir la bouche, tout en continuant l'inhalation nasale, glissant alors le dilatateur entre les arcades dentaires, je le déploie et je le fais tenir par la main d'un aide; je place un des amygdalotômes; n'éprouvant aucune difficulté dans cette manœuvre, je fais retirer le speculum et je place le second amygdalotôme aussi facilement que le premier, en ayant soin, pour l'un comme pour l'autre, de pousser la petite fourche à trois branches qui doit s'implanter dans l'amygdale. Cela fait, toute inhalation est immédiatement suspendue; on commence à réveiller le malade, et aussitôt qu'à des signes non douteux on s'aperçoit que la connaissance revient, la section s'accomplit en un instant, et le malade est incliné latéralement dans l'attitude qui a été indiquée. Le sang qui s'écoule prend son cours au dehors, il n'y a ni effort de toux, ce qui atteste que pas une goutte de sang n'a pénétré dans les voies aériennes, ni déglutition involontaire du sang dans l'estomac.

Aucun accident n'a signalé les suites de cette opération qui prouve, suivant nous, que moyennant des précautions faciles à prendre, on pourra, sans aucun danger, faire participer aux avantages de l'anesthésie, les malades qu'on doit soumettre à l'ablation des amygdales. Il n'est pas douteux non plus qu'il ne soit fait, d'ici à peu de temps, d'autres applications de ce principe du *demi-réveil*, immédiatement avant l'action directe de l'instrument tranchant, dans les opérations sur la gorge, la langue et les cavités nasale, buccale et pharyngienne. Ces jours derniers, nous avons agi de la même manière et avec un plein succès chez un homme de 52 ans, à qui nous avons pratiqué l'amputation de la langue.

Depuis la sortie du malade soumis à l'ablation simultanée, nous l'avons revu à la consultation : aucune suite fâcheuse n'a eu lieu.

Lors de la communication que j'ai faite à la Société du deuxième arrondissement, de ce nouveau mode d'application du chloroforme, plusieurs membres de cette Société ont fait connaître des faits propres à me confirmer dans la voie que j'indique : les uns, en prouvant que le besoin des anesthésiques pouvait être impérieusement réclamé pour l'ablation des amygdales ; les autres, en établissant qu'on avait pu y recourir sans suites fâcheuses, même en l'absence des précautions que je conseille, et en suivant un *modus faciendi* que je suis tout le premier à considérer comme dangereux.

3e *Observation.* — M. le docteur Laguerre avait dans sa clientèle une jeune fille âgée de cinq ans, atteinte d'hypertrophie des amygdales, à un degré tellement considérable, que cette affection était devenue la cause des accidents les plus fâcheux. L'enfant éprouvait fréquemment des menaces de suffocation ; elle dépérissait d'une manière sensible : douze à quinze fois chaque nuit, on était obligé de la changer de position, afin d'éviter une espèce d'étouffement. L'opération était d'une nécessité absolue et urgente ; mais autant l'indication était manifeste, autant la résistance de l'enfant était opiniâtre. Le docteur Laguerre, comprenant combien cette position était difficile, eut recours à l'emploi de l'éther, et dès qu'il eut obtenu un commencement de somnolence, il parvint, à la faveur du relâchement de la mâchoire inférieure, à placer un instrument de Fanestock, et à enlever, avec promptitude, l'une des amygdales. Ne croyant pas que, dans l'état d'anesthésie commençante où se trouvait l'enfant, il fût prudent de passer outre, il se contenta de ce premier résultat qu'il considérait d'ailleurs comme suffisant pour parer à l'urgence de la situation.

Dans la même séance, notre honorable collègue, M. Demarquay, nous a également donné connaissance d'un fait d'ablation d'amygdales dans lequel Blandin avait également eu recours à l'éther, sans accidents fâcheux.

4e *Observation.* — Une jeune fille avait une énorme hypertrophie des amygdales. Leur ablation fut jugée indispensable ; mais la jeune fille opposait une telle résistance que M. le professeur Roux, malgré sa grande habileté chirurgicale, éprouva des difficultés insurmontables. Blandin fit alors une seconde tentative, mais avec le secours de l'éther. La jeune fille fut éthérisée étant assise. Dès que l'assoupissement eut été obtenu, il parvint à enlever une des amygdales, ce qu'il exécuta avec le bistouri, et d'une manière fort habile. M. Demarquay, qui, placé derrière la malade, lui tenait la tête, l'inclina fortement en avant pour déterminer l'expulsion du sang ; puis, l'ayant relevée au bout de quelques instants, la seconde amygdale fut enlevée comme la première. Aucun accident fâcheux ne signala les suites de cette opération.

Aujourd'hui, et après les événements déplorables auxquels a donné lieu, dans certains cas, l'emploi du chloroforme, nous serions loin de conseiller un pareil mode opératoire, nous dirons plus, il nous paraîtrait souverainement imprudent. Employer le chloroforme chez un malade dans la position assise, et pour une opération de ce genre, sous la triple imminence d'une syncope, d'une asphyxie et d'une hémorrhagie à l'intérieur, ce serait affronter des dangers que nous nous attachons au contraire à écarter par les précautions minutieuses qui ont fait l'objet de nos recherches assidues. Aussi, nous n'hésitons pas à proscrire, dans les opérations sur le fond de la gorge, l'anesthésie commençante et encore plus l'anesthésie dans la période de collapsus ; ce n'est qu'au moment même où elle va cesser et où l'on pourra compter sûrement sur la spontanéité du malade, que nous admettons son emploi dans ce cas particulier.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Fracture du crâne par explosion d'une arme à feu. Plaie pénétrante du cerveau avec lésion et perte de substance du lobe antérieur gauche, coïncidant avec l'intégrité de l'intelligence, de la sensibilité du mouvement et de la parole. — Guérison.

Observation suivie de remarques, par le docteur J.-S. DE BARBE.

Nous publions aujourd'hui la très-remarquable observation lue dans la dernière séance de l'Académie de méde-

cine par M. de Barbe. Nous en ferons connaître prochainement deux autres qui ne sont pas moins curieuses.

Les plaies par armes à feu présentent quelque chose de si spécial et de si imprévu, qu'elles ont été et seront toujours pour la chirurgie une source féconde d'observations intéressantes et de faits nouveaux à ajouter à tous ceux que la science possède déjà. Ainsi s'explique l'intérêt qui se rattache en général à cette partie de l'art.

Parmi les faits de ce genre, il en est qui, en raison du siége de la lésion et de l'importance vitale des organes lésés, soulèvent des questions si variées et si complexes, que la chirurgie seule est impuissante à les résoudre. Diagnostic précis, localisation de la lésion, pronostic, souvent même, traitement; tout, en un mot, dans certaines plaies par armes à feu, échappe au chirurgien et revient à la physiologie, à cette science des manifestations de la vie qui, par le trouble organique et fonctionnel, nous décèle l'organe atteint et nous découvre toute la profondeur du mal.

C'est surtout dans les plaies pénétrantes des trois grandes cavités que la physiologie doit concourir à nous éclairer; car, là surtout, il est dangereux et quelquefois même impossible de se livrer aux moyens d'investigation manuels ou mécaniques que supportent presque toujours les lésions des membres. Mais, si la physiologie éclaire souvent le diagnostic et précise quelquefois le traitement, il s'en faut de beaucoup qu'elle soit constamment un flambeau ou un guide fidèle : sur plusieurs points, elle offre encore bien des théories diverses que la discussion n'a pas résolues et que les faits mêmes, différemment interprétés, laissent encore dans le doute.

Parmi ces questions indécises et dont la solution dépend tout entière d'une observation sage et souvent répétée, viennent se placer en première ligne les problèmes des fonctions diverses dont le cerveau est le siége ou l'instrument : on sait toutes les théories qui ont été émises à cet égard. Dans cette note, je n'ai pas la prétention de combattre ou de définir les idées de Gall ou de son disciple Spurzheim. Modeste praticien, je ne puis ni ne dois entrer dans une lice où les esprits supérieurs ne s'aventurent qu'avec hésitation. Limitant mon domaine à l'observation rigoureuse des faits, je dois, comme tous les amis de la science, apporter les matériaux que la circonstance me procure, sans prétendre à la construction de l'édifice qui appartient en propre aux intelligences d'élite.

Observation.— Le sieur Jean Gattefossé, âgé de 25 ans, était, le 5 octobre dernier, à la chasse, quand son fusil faisant tout à coup explosion, il fut violemment atteint par les éclats de son arme. L'agrafe de la bascule, supportant encore sa vis, brisa les parois du crâne à 2 centim. au-dessus du sourcil gauche et à égale distance des angles interne et externe de l'œil, et pénétra dans la substance cérébrale elle-même, à une profondeur de 5 centim. environ.

C'est dans cet état que le malade me fut présenté, à l'hospice de Chaumes (Seine-et-Marne), une heure après l'accident. Il me fit lui-même l'histoire de sa blessure, et insista sur les soins qu'il avait pris à chercher et à ramasser toutes les parties du fusil que l'explosion avait disséminées au loin ; il répondait clairement, et sans hésiter, à toutes les questions que je lui adressais. Rien dans la parole, rien dans le son de la voix n'était changé. L'intelligence, la sensibilité et le mouvement, étaient dans un parfait état d'intégrité ; seulement le malade se plaignait d'un violent mal de tête, surtout dans la région frontale, et y accusait une pesanteur qui lui faisait porter les mains vers cette partie comme pour la soutenir.

Aucune hémorrhagie ne s'était produite ni extérieurement, ni intérieurement. Au dehors, elle était impossible, tant la tige de fer bouchait hermétiquement l'ouverture qu'elle avait faite à la boîte crânienne ; à l'intérieur, rien ne la laissait pressentir, ni la pâleur de la face, ni la dépression du pouls, ni aucun de ces symptômes qui indiquent la compression du cerveau ou un épanchement dans la masse cérébrale.

Quoi qu'il en fût, il fallait, avant toute chose, obéir à l'indication la plus pressante et la plus formelle, c'est-à-dire, il fallait extraire le corps étranger. Comment y parvenir? Serait-ce par l'extraction directe? serait-ce par le trépan? Je ne pouvais hésiter ; il fallait d'abord tenter l'extraction directe et ne recourir au second moyen qu'en cas d'insuccès.

Je ne me faisais pas illusion sur la résistance que je pouvais rencontrer et sur l'ébranlement que je pouvais communiquer à la masse cérébrale ; mais, une fois mon attention éveillée sur ces deux circonstances, j'opéra avec les plus grandes précautions.

Tout mouvement du malade ayant été rendu impossible par les soins d'un aide qui tenait, appuyée sur sa poitrine, la tête du patient, je m'armai de fortes tenailles qui me permirent de saisir la partie de la tige de fer qui faisait saillie au dehors, et j'exerçai, peu à peu, graduellement, sans saccades des mouvements de traction directe. La tige paraissait céder et venir à moi, quand j'éprouvai tout à coup une résistance assez vive pour m'obliger à doubler mes efforts; je ne savais à quoi l'attribuer, ne pouvant accuser le corps étranger dont j'apercevais la forme ; quand, après de nouveaux efforts de traction directe, un éclat d'os se détachant, je devins possesseur du morceau de fer, dans lequel se trouvait une vis qui formait, avec lui, un double angle droit et qui, par conséquent, était la cause de la résistance et de la difficulté que j'avais éprouvées à l'extraction de l'agrafe de la bascule.

La vis et la portion de tige de fer qui avaient pénétré dans le crâne, présentaient des traces de pulpe cérébrale parfaitement caractérisées et qui ne laissaient aucun doute sur la lésion du cerveau ; bien plus, après l'opération et après la sortie, par la plaie, d'une palette et demie de sang artériel, le malade, en secouant la tête, fit tomber un flocon de masse cérébrale qui eût rempli une cuillerée à café. Pendant l'inspiration et l'expiration, il y avait, entre les bords de la plaie, une sorte de flux et de reflux. Le cerveau venait former hernie, et un lambeau de la dure-mère pendait dans cette solution de continuité. L'hémorrhagie, dont j'ai parlé tout à l'heure, dura six minutes environ ; pendant ce temps, le pouls était petit, filiforme et tombé au-dessous de l'état normal. Le malade, quoique calme, se plaignait toujours d'une violente douleur dans la tête ; il localisait cette douleur au-dessus de l'arcade sourcilière, dans la région frontale et des deux côtés.

Aucune fonction n'était profondément altérée; la vue, qui paraissait devoir être atteinte, était dans un tel état d'intégrité que le malade distinguait l'heure que marquait le cadran de ma montre.

Le pansement de la plaie fut très-simple : J'employai deux bandelettes de sparadrap, un plumasseau de charpie cératée, et deux compresses que je maintins par quelques tours de bande.

L'appareil établi, le malade se déshabilla et alla seul jusqu'à son lit. Je l'examinai de nouveau quand il fut couché. Le pouls continuait à être petit, serré et fréquent (96 pulsations par minute) ; quelques mouvements convulsifs se montraient à la face, mais rien d'anormal ne se dénotait du côté de la sensibilité et du mouvement; la parole était très-libre ; l'intelligence parfaitement intacte. Le malade rendait complétement compte de son état et réclamait ce dont il avait besoin.

Deux heures après, des vomissements fréquents se déclarèrent; je prescrivis une potion antispasmodique et des compresses d'eau froide sur la tête ; ces vomissements persistèrent toute la nuit, sans qu'il fût permis au blessé de goûter un peu de sommeil.

Le lendemain 6, le pouls est toujours petit, moins fréquent (il ne marquait que 80 puls. par minute), cependant la peau est chaude, un peu sèche ; la face est pâle, sans contractions ; le malade n'accuse, comme la veille, qu'une très-forte douleur dans la région frontale. Nous ne signalons rien de particulier dans les autres organes. Dans la journée, émission naturelle des urines et des matières fécales ; les vomissements deviennent moins fréquents ; le malade prend un peu de repos.

Nous continuons les applications d'eau froide sur la tête, l'usage de la potion antispasmodique et la diète ; surtout l'immobilité.

Le 7, le pouls est toujours petit, mais il est bien plus lent que la veille (56 pulsations). Nous examinons la plaie, elle nous présente un peu de suppuration ; elle est du reste en bon état ; il n'y a ni rougeur, ni gonflement : la sensibilité n'y est pas très-vive. Les battements des vaisseaux de la base du cerveau, en soulevant cet organe, le poussent vers la solution de continuité, et lui font soulever les bords de la plaie.

Nous rétablissons le même appareil, nous continuons les prescriptions de la veille; nous recommandons au malade la plus grande immobilité, dans la crainte que quelques mouvements de sa part ne détruisent les caillots, qui étaient peut-être le seul obstacle à une hémorrhagie que nous faisaient redouter la lenteur et la petitesse du pouls.

Le 8, le malade a dormi deux heures; le pouls est à 50 puls. par minute; diète, eau sucrée. Le 9 et le 10, une hémorrhagie nasale a lieu en trois reprises, chaque fois le malade perd environ un demi-verre de sang noirâtre, mêlé de mucosités.

Le 11, rien de particulier, sinon que le pouls est tombé à 40 puls., très-faible et dépressible ; l'état général est bon, les idées lucides et le mouvement très-libre. Le malade réclame avec instance des aliments. J'ordonne deux bouillons.

Le 12, la plaie est en voie de guérison ; on perçoit toujours les battements cérébraux à travers les parois de la solution, mais ils sont moins forts et moins distincts.

Les 13, 14 et 15, le mieux va toujours en augmentant. Le pouls s'est

relevé, quoiqu'encore au-dessous du système normal. Le malade demande toujours à manger : deux potages à la semoule. Les nuits sont bonnes et les douleurs de tête ne se font presque plus sentir.

Le 18 au soir, le malade quitte l'hôpital; la cicatrisation de la plaie est complète. Il existe une dépression dans la boîte osseuse; on sent encore un léger battement en y appuyant le doigt.

Tous les faits de cette observation ont été constatés par notre savant confrère, M. Bayle, alors à la campagne près du lieu où l'accident est arrivé. Qu'il me soit permis ici de lui exprimer toute ma gratitude pour les sages conseils que j'en ai reçus.

L'observation que je viens d'avoir l'honneur de rapporter, nous offre un double enseignement sous le rapport pathologico-chirurgical, aussi bien que sous le rapport physiologique.

Malgré la force d'explosion et le peu d'espace qu'a parcouru le projectile, puisque le blessé tenait son fusil en joue, nous n'avons eu ni compression ni commotion cérébrale (cependant le projectile a perforé la boîte osseuse et a pénétré de 5 centimètres dans le cerveau); nous n'avons observé ni hémiplégie, ni dilatation des pupilles, ni troubles de l'innervation, ni respiration stertoreuse : en un mot, aucun des symptômes qui accompagnent le premier de ces accidents. Nous avons noté, il est vrai, un ralentissement du pouls assez considérable, mais sans assoupissement, sans somnolence, puisque le malade a passé près de trois nuits sans dormir, malgré la potion calmante qui lui était administrée. La commotion n'a pas davantage existé, car il n'y a eu ni éblouissement, ni assoupissement, ni perte de connaissance, ni phénomène de réaction aiguë avec hypersthénie du cerveau qu'il ait fallu combattre; et pourtant la contusion de l'organe a dû être énorme, puisque les débris de substance cérébrale, désorganisée et réduite en bouillie, sont sortis avec le fer et par la plaie du crâne.

Cette bénignité dans les symptômes qui ont accompagné la blessure qui nous occupe, est loin d'être constante : dans une foule de circonstances et sous l'empire de contusions beaucoup moins graves, la paralysie, entre autres accidents, s'est souvent déclarée. Ces effets contradictoires nous démontrent combien il reste encore à observer, à étudier dans les lésions de l'encéphale par cause traumatique.

Cependant, nous ne devons pas oublier que les fractures du frontal, avec plaie, offrent moins d'exemples de paralysie, que les fractures du pariétal avec lésion de la masse cérébrale. Serait-ce parce que, dans ce dernier cas, les blessures atteignent plus facilement la base du cerveau, point d'origine des nerfs sensitifs et moteurs? Est-ce à cette circonstance qu'est dû le peu de gravité que nous a offert la lésion, pourtant si profonde du malade qui nous occupe et dans laquelle les os du crâne ont été brisés, les méninges déchirées et la pulpe cérébrale a éprouvé une perte assez considérable de substance?

Tout, dans cette observation que je vous soumets, a concouru à la guérison et au rétablissement rapide du malade. Absence de compression et de commotion; mode d'extraction du corps étranger, sans recourir au trépan : légère hémorrhagie consécutive et externe, pas assez abondante pour nous inquiéter, mais suffisante pour prévenir une grande inflammation locale.

Malgré les préceptes donnés par les maîtres de la science, je n'ai pas cru devoir pratiquer ces saignées copieuses qu'ils recommandent de mettre en usage dans les plaies de tête. L'état du pouls m'a toujours défendu d'y obéir, et aucun symptôme cérébral ne se manifestant, j'ai cru devoir m'abstenir. J'ai abandonné à la nature tout le soin de la guérison; limitant mon rôle à surveiller les symptômes qui pourraient se présenter.

Je n'ai même pas voulu faire usage de l'émétique si prôné par Desault, car s'il est vrai, suivant l'opinion de l'école italienne, adoptée par Delpech et M. Lallemand, que, dans une foule de lésions traumatiques, le tartre stibié soit le plus puissant de tous les antiphlogistiques, en diminuant considérablement le nombre des pulsations, et en ralentissant toutes les fonctions organiques, l'état du pouls chez notre malade me faisait un devoir de proscrire l'émétique qui eût encore pu augmenter les vomissements que je prenais soin de combattre. Je le répète donc, je m'en suis remis à la nature seule de faire la guérison, et le résultat a prouvé combien j'avais bien fait de compter sur elle.

Maintenant, abordons le terrain de la psico-physiologie. Que devons-nous penser de la théorie de la localisation des facultés intellectuelles? On connaît les idées de Gall sur cette question; on sait que ce physiologiste, et après lui M. Bouillaud, placent dans les lobes antérieurs du cerveau la faculté régulatrice de la parole. Cette thèse, soutenue avec autant de persistance que de talent, par l'honorable professeur de la Faculté de médecine de Paris, n'est-elle pas en désaccord avec un certain nombre de faits bien observés? M. Hubert Rodrigue, dans la *Gazette des Hôpitaux;* MM. Rochoux et Cruveilhier, au sein de l'Académie de médecine, ont cité des cas assez nombreux où la parole altérée coïncidait avec l'intégrité la plus parfaite des lobes antérieurs. Les observations analogues à la mienne, c'est-à-dire les observations de lésions profondes des lobes antérieurs du cerveau, avec conservation de la parole, sont plus rares, il est vrai; et c'est cette pauvreté de la science, il faut l'avouer, qui m'a engagé à rendre public le fait intéressant que je viens de rapporter. Tout, en effet, dans cette observation, est précis, clair et ne peut soulever le moindre doute. La lésion du cerveau est flagrante : la tige de fer porte les preuves; des débris de pulpe cérébrale s'échappent par la plaie.

Dira-t-on que la faculté régulatrice de la parole ne réside pas dans les lobes antérieurs tout entiers, mais dans une portion, dans un point de ces lobes : je le veux bien; mais alors il faut qu'on nous apprenne le point précis où siége cette faculté; il faut qu'on marque s'il est au centre ou à la partie postérieure des lobes; il faut, en un mot, qu'on localise davantage encore la faculté régulatrice de la parole.

Dans l'état actuel de la science, et avec les données seules fournies par Gall et M. Bouillaud, la question ne paraît pas être résolue en faveur de la localisation des facultés intellectuelles. Bien des arguments ont été produits de part et d'autre, lors des trois communications que M. Bouillaud a faites à l'Académie de médecine, en 1825, en 1839, et en dernier lieu en 1848.

Mais dans la science, ne l'oublions jamais, les faits sont plus forts que les théories. Lorsque quelqu'un de nous est mis sur la trace d'une observation rigoureuse, il doit en faire hommage à la science, afin que la vérité finisse par apparaître dans tout son éclat.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Recherches sur la présence du phosphore dans les huiles de foie de morue,

Par M. Jacques Personne, *pharmacien en chef de l'hôpital du Midi.*

La présence du phosphore dans les huiles de foie de morue a été tour à tour affirmée par les uns, niée par les autres. Le docteur Jongh, le premier, annonça avoir rencontré du phosphore dans les huiles qu'il soumit à l'expérience; plus tard, M. Gobley l'a constaté dans quelques-unes et n'a pu le trouver dans d'autres; moi-même, dans un travail que j'eus l'honneur de présenter à l'Académie en 1850, je niai l'existence de ce métalloïde dans ces huiles. Depuis, M. Berthé, dans une note envoyée à l'Académie, et M. Riegel, dans le *Journal de Pharmacie,* ont avancé que le phosphore existait dans toutes les huiles de morue.

Cette divergence d'opinions m'a engagé à reprendre ce travail et à chercher tous les moyens possibles de résoudre cette question.

Je pus me procurer onze échantillons de ces huiles, sur l'origine desquelles j'eus des données à peu près certaines, et je viens aujourd'hui consigner dans cette note les résultats de l'examen auquel je les ai soumises.

Voici le procédé que j'ai employé après bien des essais, ne donnant rien de satisfaisant :

Je brûle l'huile dans une capsule de platine placée sur une

lampe à alcool à double courant, afin d'éviter les cendres de charbon de bois, cendres qui pourraient altérer les résultats.

Cette combustion se fait très-facilement en ayant la précaution de ne brûler à la fois qu'une quantité d'huile proportionnelle à la capacité de la capsule ; en appliquant la chaleur, l'huile entre bientôt en ébullition, répand des gaz qui s'enflamment et laisse enfin un résidu charbonneux au fond et sur les parois de la capsule. Ce résidu charbonneux est ensuite placé sur un petit couvercle concave de creuset de platine, et porté dans le moufle d'un fourneau de coupelle chauffé au rouge vif ; par ce moyen, la combustion de la masse charbonneuse se fait rapidement et complétement, et il ne reste sur le vase de platine que les matières fixes que l'on peut peser quand leur quantité est appréciable à la balance.

Je calcinai ainsi 200 grammes de ces huiles, et voici les résultats que j'ai obtenus :

1° *Huile des hôpitaux* qui m'avait servi antérieurement de type comme étant une des meilleures pour la recherche du phosphore. — *Résidu* 0gr003.

2° *Huile Jongh* que je dois à l'obligeance de M. Guibourt. — *Résidu impondérable avec traces d'oxyde de fer.*

3° *Huile blonde de Jongh* provenant du dépôt que le docteur Jongh a établi à Paris : on sait que c'est cette huile qui a servi à l'étude du docteur Jongh, et celle qu'il préconise comme devant être préférée. — *Résidu impondérable avec traces de peroxyde de fer.*

4° *Huile blanche* donnée par M. Guibourt, portant l'origine de Bruxelles. — *Résidu* 0,0025 *de peroxyde de fer.*

5° *Huile blanche de Hog,* pharmacie Castiglione, huile dite anglaise. — *Résidu impondérable offrant cependant une réaction alcaline.*

6° *Huile blanche anglaise* (Thol et Cie) de Londres. Ces messieurs disent avoir établi à Terre-Neuve une usine pour extraire l'huile par ébullition dans l'eau. — *Résidu impondérable avec traces de fer.*

7° *Huile blanche de Dunkerque* (M. Colles-Taverne) qui affirme qu'elle est obtenue par l'expression des foies de morue à l'état frais. — *Résidu impondérable.*

8° *Huile blonde,* même origine que le n° 7. — *Résidu* 0,003 *légèrement alcalin.*

9° *Huile brune,* même origine que les deux précédentes. — *Résidu* 0,031.

10° *Huile brune foncée,* je l'ai trouvée chez M. Menier, qui l'a retirée de la vente à cause de son odeur repoussante de viande pourrie, odeur qui s'exhale surtout quand on la chauffe fortement. — *Résidu* 0,038.

11° *Huile brune* provenant de chez M. Berthé, qui dit l'avoir préparée lui-même ; elle présente, quand on la chauffe, l'odeur désagréable de pourri comme la précédente, seulement avec moins d'intensité. — *Résidu* 0,02.

12° *Même échantillon.* — *Résidu* 0,018.

Tous ces résidus pondérables sont fusibles et donnent des gouttelettes vitreuses appliquées sur le vase de platine. Ils sont tous solubles dans l'eau aiguisée d'acide nitrique. Dans tous, j'ai parfaitement constaté la présence de la chaux, de la potasse et de l'acide phosphorique.

Il est donc maintenant pour moi un fait hors de doute, c'est que certaines huiles de morue renferment du phosphore, puisque sur onze échantillons employés, j'ai pu le constater dans six, en quantités cependant bien variables ; car on voit, en effet, que les résidus obtenus varient depuis 0,038 jusqu'à 0,03 pour les mêmes quantités d'huile.

A quel état ce phosphore existe-t il dans ces huiles? Est-ce à l'état élémentaire ou à l'état d'acide phosphorique?

Le docteur Jongh et M. Riegel prétendent qu'il s'y trouve sous ces deux états.

J'avoue que la question est difficile à décider ; cependant, je crois pouvoir la résoudre en disant : *Le phosphore contenu dans certaines huiles de morue s'y trouve à l'état d'acide phosphorique ou plutôt de phosphate alcalino-terreux.*

En effet, si d'un côté on calcine du foie de morue ou de raie, on obtient un résidu tout à fait semblable à celui fourni par les huiles : ainsi, de 40 grammes de foie de raie frais, j'ai obtenu 0,285 de résidu vitreux, de 1 gramme de foie de raie duquel l'huile avait été extraite par la chaleur, j'ai eu 0,030 de résidu vitreux ; et de 3 grammes de foie de morue privé d'huile par la chaleur, j'ai eu 0,105 de résidu vitreux. Le foie de bœuf donne aussi un résidu vitreux très-abondant, contenant plus de potasse que de chaux, mais comme tous les autres, beaucoup d'acide phosphorique.

D'un autre côté, si on examine toutes les huiles que j'ai étudiées, on voit que toutes sont acides plus ou moins fortement. C'est un fait facile à vérifier en agitant une certaine quantité d'huile avec de l'alcool et plongeant dans le mélange un papier bleu de tournesol mouillé, on le voit à l'instant rougir avec plus ou moins d'intensité.

Enfin, comme corollaire, j'ai pris de l'huile d'amandes douces que j'ai rendue acide par l'addition d'un peu d'acide oléique ; je l'ai fait digérer à chaud avec du phosphate de chaux, des os, du phosphate obtenu de la précipitation du bi-phosphate de chaux par l'ammoniaque, avec le résidu vitreux fourni par le foie de raie, et j'ai toujours obtenu une dissolution de ces corps dans cette huile, ce que l'on peut constater facilement par le procédé que j'ai indiqué plus haut.

J'ai varié cette expérience en ajoutant un peu d'acide stéarique à l'huile d'amandes, en employant de l'huile d'amandes seule, mais rance et acide, et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats.

Si on observe en outre que les huiles qui renferment le plus de phosphate offrent une réaction plus acide que les autres, que leurs propriétés physiques sont différentes, qu'en un mot, ce sont les plus mauvaises, on est forcé de conclure avec moi que ces phosphates proviennent du mode de préparation de ces huiles.

Il y a, en effet, trois modes de préparation de l'huile de morue :

1° Par ébullition des foies dans l'eau ;

2° Par la simple action de la chaleur sur les foies sans le secours de l'eau ;

3° Enfin, par la séparation spontanée, ce qui exige un temps assez long pendant lequel le foie se putréfie, se désagrége ; alors l'huile, qui a eu le temps de rancir, de s'acidifier, se trouve dans les conditions les plus favorables pour dissoudre les phosphates contenus en assez grande quantité dans le foie.

Je conclus donc de toutes ces observations :

1° Que toutes les huiles de morue ne renferment pas du *phosphore ;*

2° Que ce métalloïde se trouve à l'état de *phosphate alcalino-terreux* dans celles qui en contiennent ;

3° Que la présence de ce *phosphate* est due à un mode vicieux de préparation de ces huiles, et qu'il en est un caractère de mauvaise qualité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La séance annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine, qui avait dû être remise, aura lieu demain dimanche, 6 février, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— L'espace nous manque pour rendre compte des funérailles du très-honorable et très-regrettable M. Andral père, qui ont eu lieu au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

— *Erratum.* Dans le compte rendu de l'Académie des sciences on a fait citer, à M. Sédillot, le docteur *Saget ;* c'est le docteur *Paget* que M. Sédillot a justement cité.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 17. 1re année. Mardi, 8 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital des Enfants-Malades. Sur un cas remarquable de lésions du cerveau, du cervelet et des nerfs crâniens (tubercule cérébelleux, épanchement ventriculaire, etc.) chez un enfant, par M. ARCHAMBAULT. — Des hernies du testicules à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : De la phlébite inguinale ou inflammation des veines du cordon spermatique, par M. BOUISSON. — **CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BLACHE.

Sur un cas remarquable de lésions du cerveau, du cervelet et des nerfs crâniens (tubercule cérébelleux, épanchement ventriculaire, etc.) chez un enfant.

Si certains cas de lésions des centres nerveux et spécialement de l'encéphale sont de nature à dérouter les données physiologiques que l'on possède sur cet important système, d'autres, au contraire, corroborent admirablement les opinions généralement professées et satisfont pleinement l'esprit de généralisation qu'il est si difficile et en même temps si désirable d'appliquer dans les sciences. Tel est en grande partie le mérite du fait suivant, qui se recommande en outre par plusieurs particularités à l'attention des observateurs.

Observation. — Léon Agnes, âgé de 11 ans, est admis le 2 mars à la salle Saint-Louis, n° 6. Cet enfant est bien développé; il présente les caractères extérieurs du tempérament lymphatique, ne porte aucune trace de scrofule ni de rachitis. Parmi ses frères et sœurs, plusieurs sont morts phthisiques. En 1850, il eut, au dire de sa mère, une fièvre rouge (scarlatine), et en janvier 1851, une bronchite avec toux incessante, pour laquelle il fut traité par l'huile de foie de morue. Dans le courant de la même année, il accusa, à différentes reprises, des maux de tête violents; la céphalalgie s'accompagnait de vomissements aqueux après lesquels on remarquait du soulagement. Cet état se prolongea pendant six mois. En juillet 1851, la céphalalgie étant devenue extrêmement intense, un médecin ordonna 3 sangsues derrière chaque oreille; le lendemain, la vue devint faible, et dans l'espace de huit jours elle fut complétement perdue (vésicatoires aux bras, aux tempes, à la nuque). Soumis à un traitement analeptique, il reprit des forces, mais il demeura aveugle. En août 1851, il y eut pendant huit jours des hémoptysies répétées. Peu à peu, la tête se renversa sur la colonne vertébrale en arrière; et vingt jours avant son admission à l'hôpital, survint, pour la première fois, une surdité légère à gauche. Il y eut en même temps des douleurs dans la moitié droite de la face, et un affaissement des traits du côté gauche.

Voici quels sont les phénomènes qu'il présentait dans les premiers temps de son séjour dans nos salles : physionomie sans expression; double exophthalmie très-prononcée; paupière supérieure droite tombante; celle du côté gauche (côté paralysé de la face) est largement écartée; des deux côtés, les cornées sont à demi cachées dans l'orbite et regardent en même temps en dehors. Les pupilles sont larges, immobiles. Cécité. Le côté gauche du visage est aplati, la commissure droite entraînée en dehors; la sensibilité tactile est normale à droite (au dire de la mère, ce côté du visage aurait été longtemps le siége de vives douleurs). Le côté ganche est douloureux : quand on presse sur les points d'émergence des nerfs frontal, sous-orbitaire, etc., on détermine des plaintes et des contractions musculaires qui se passent exclusivement dans la moitié droite de la face. Quant aux autres sens, on constate : que l'*ouïe* est affaiblie des deux côtés; mais quand on applique une montre contre l'oreille gauche, le tic-tac n'est point perçu par le malade; il l'est très-distinctement à droite. Le goût était normal lors de l'admission du malade; mais il s'est rapidement perdu, et bientôt le malade ne reconnaît plus aucune saveur. L'odorat est aboli : le camphre, l'assa fœtida ne produisent aucune impression olfactive; mais l'ammoniaque détermine l'éternûment au bout d'un quart de minute pour la narine droite, et *immédiatement* pour la narine gauche (conservation de la sensibilité commune des narines, avec perte de la sensibilité olfactive. Le sentiment persiste à gauche (côté paralysé) plus qu'à droite (côté sain). L'intelligence est nette, la mémoire très-bonne. La parole est lente, la voix plaintive; le malade répète invariablement les questions qu'on lui adresse, comme pour réfléchir avant de répondre. Son humeur est sérieuse, mais loin d'être triste. Le sentiment et le mouvement sont conservés dans les membres; le malade fléchit et étend les bras et les jambes, etc., mais il ne peut se tenir debout. Il existe une douleur vive à la région postérieure du cou, où les muscles présentent une dureté notable et où la pression provoque des cris aigus. Pour éviter la douleur qui résulterait des mouvements du cou, le malade est constamment couché sur le dos, dans une absolue immobilité. Les fonctions respiratoires, circulatoires et digestives se font bien. Le malade éprouve le sentiment du besoin de la défécation, mais il ne peut retenir ses matières assez longtemps pour ne pas aller sous lui.

On remarque, à d'assez rares intervalles (plusieurs jours), des exacerbations de la douleur de tête et de la partie postérieure du cou. Cette sensation s'accompagne d'une vive injection de la face, qui devient pourpre, e de la conjonctive qui forme une sorte de chémosis autour des cornées; en même temps, le strabisme en haut et en dehors s'exagère; l'enfant pousse des cris; il éprouve dans les membres supérieurs des convulsions qui roidissent, fléchissent ou étendent les doigts. La première attaque de ce genre eut lieu le 24 mars, à une heure du soir; elle dura une demi-heure. Le 25 au matin, le calme habituel était revenu. Le 26, le 28 et le 30 nouvelles attaques convulsives, séparées par des intervalles d'un jour, pendant lesquels tout rentre dans l'ordre. Le 31, des personnes qui n'avaient pas revu cet enfant depuis quinze jours font la remarque que son front s'est *notablement* élévé; les personnes du service avaient également fait cette remarque. Ce jour-là, la sensibilité paraît *obtuse* dans la moitié droite du corps. Le 1er avril, on constate par la mensuration de la tête : 1° de la naissance des cheveux aux sourcils, 5 cent.; 2° du menton au sinciput, 61 cent.; 3° du front à l'occipital, 52 cent.; 4° d'un conduit auditif à l'autre, en passant le lien sur le sinciput, 40 cent. Le 4 et le 5 avril, injection conjonctivale, rougeur et bouffissure de la face, plaintes plus fréquentes; assoupissement. Le 7, des convulsions très-fortes éclatent dans les membres supérieurs; l'enfant pousse des cris. La sensibilité du côté droit du visage, qui était devenue obtuse, est maintenant complétement abolie; l'ouïe est plus dure. Il y a des bâillements très-fréquents. Le 17 et le 18, les convulsions reviennent, la douleur du cou est excessive. Le 19, l'intelligence baisse; l'enfant ne reconnaît plus la voix des personnes du service; 150 pulsations, 20 respirations; à peine de la chaleur à la peau. Cet état se prolonge jusqu'à la fin du mois, l'intelligence s'affaiblissant de plus en plus, l'assoupissement augmentant et les convulsions devenant de plus en plus rapprochées. Enfin, il meurt le 3 juin (après avoir bien dîné), après une attaque de ces convulsions.

Autopsie. Sur le cadavre, on a pu s'assurer que l'accroissement de la tête ci-dessus noté était réel, puisque depuis le moment de la mensuration, les deux premières mesures avaient augmenté chacune de 2 centimètres.

Les sutures sont normales, l'épaisseur de la boîte crânienne l'est égale-

ment; l'arachnoïde renferme dans sa cavité une sérosité abondante. La surface convexe du cerveau ne présente rien de particulier, si ce n'est un certain degré d'effacement des circonvolutions. Les ventricules sont vastes, remplis de sérosité transparente en grande abondance. Les trous de Monro sont très-élargis et la tige de l'infundibulum présente un canal très-considérable. A la base du cerveau, on trouve les nerfs optiques et les rubans et ganglions olfactifs aplatis et en quelque sorte réduits à une gaine celluleuse flasque, à peu près vide. Le chiasma apparaît sous la forme d'une lame blanche et plate.

Le septum médian des ventricules latéraux, le corps calleux, la voûte à trois piliers et la protubérance, à l'état normal. La cinquième paire est intacte, aucune pression n'est exercée sur elle par les parties voisines.

Le lobe gauche du cervelet est tout entier transformé en une masse tuberculeuse énorme qui, sans intermédiaire de pie-mère, adhère par quelques fibres cellulaires au rocher et à la fosse celluleuse, dont on ne peut la détacher sans déchirure. Cette tumeur, exactement bornée à l'hémisphère gauche du cervelet, est formée par du tubercule jaune, en voie de ramollissement. Elle comprime les nerfs de la septième paire, qui sont englobés en partie dans la matière tuberculeuse.

Le rocher n'était point altéré.

Des tubercules à l'état cru existaient dans les poumons et les ganglions bronchiques, ainsi que dans la rate. Le foie avait un volume considérable, mais ne présentait aucune autre altération.

Les reins et le tube digestif avec ses annexes, à l'état normal.

Remarques. Ainsi, nous avons à l'autopsie trouvé des lésions qui rendent parfaitement compte des désordres fonctionnels. La quantité du liquide accumulé dans les ventricules aurait suffi pour expliquer la perte de la vue et celle de l'odorat, quand même nous n'aurions pas constaté l'altération particulière des nerfs olfactifs et optiques, qui a été décrite. C'est aussi à la présence de ce liquide qu'il faut attribuer le développement de la tête, l'ophtalmie, etc.

Au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'anatomie normale, l'élargissement du trou de Monro et surtout le canal qu'il était si facile de voir au centre de l'infundibulum, ne manquent pas d'intérêt. La masse tuberculeuse qui englobait le nerf auditif et le nerf facial gauches, rend parfaitement compte de la surdité complète et de la paralysie faciale du même côté. Ce qu'il n'a pas été possible d'expliquer aussi heureusement, c'est la névralgie de la face et la paralysie de la sensibilité qui l'a suivie à droite. Très-probablement ces troubles ont été le résultat de la compression du nerf de la cinquième paire (droit) qui, du reste, n'était pas altéré. On a vu comment, malgré la perte de l'olfaction, persistait la sensibilité générale dans chaque narine, et combien celle-ci était plus complète du côté où la sensibilité était intacte; la surdité légère, à droite, tenait probablement à un peu de compression.

Un point important serait de déterminer quelle est la part d'action de la lésion cérébelleuse dans la production des désordres observés pendant la vie, ce qui est difficile à cause de la multiplicité des altérations pathologiques du centre nerveux. Nous croyons pourtant devoir lui rapporter les douleurs, si violentes, dans la tête et la partie postérieure du cou, ainsi que la paralysie, plus complète, qui s'est montrée à la fin dans la portion droite du tronc; le cervelet serait donc sensible, au moins à l'état pathologique, et son action, croisée. M. Rostan n'a vu qu'un seul cas de paralysie directe. L'intégrité des fonctions intellectuelles jusque dans les derniers temps, leur abolition vers la fin de la vie, sont des phénomènes en harmonie avec l'opinion des physiologistes (Flourens, Bouillaud), et avec celle de M. Andral, suivant lequel on doit, quand la perte d'intelligence se montre de bonne heure, en chercher l'explication dans le consensus qui unit le cervelet au reste de l'encéphale. S'il était besoin d'une preuve nouvelle pour combattre l'opinion de Willis, qui soumettait à l'influence du cervelet les fonctions de la vie organique, on en trouverait une excellente dans la régularité parfaite avec laquelle se sont accomplies la digestion et la respiration pendant la durée de l'affection; enfin, l'impossibilité de se tenir en équilibre au commencement de la maladie, alors que la paralysie était légère, si elle est due à la lésion du cervelet, confirme la manière de voir de M. Bouillaud à cet égard.

Dr E. Archambault.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

Cependant, la lésion ne consiste pas dans une excroissance, dans une production nouvelle; c'est le testicule lui-même. Les granulations qui recouvrent la tumeur, toutes rabougries qu'elles puissent être, et qui lui donnent un faux aspect de fongus, ne sont pas de mauvaise nature; bien au contraire, ce sont les granulations régulières de toute surface suppurante que la nature utilise, prépare d'avance pour le travail de cicatrisation définitif. Et en effet, si les patients consentent à garder le repos dans une position horizontale, ce qui prévient les nombreux obstacles signalés, la cicatrisation définitive ne tarde pas à se faire. Si le repos est gardé dès le commencement, c'est à peine si l'on peut dire que la lésion que nous appelons hernie du testicule a existé; entre la cicatrisation du scrotum et celle du testicule, il n'y a pas de point d'arrêt, c'est le même travail qui se fait de la circonférence au centre comme d'ordinaire, et qui marche un peu plus lentement sur le testicule à cause de la saillie, de l'isolement et de la nature peu vasculaire de la tunique albuginée. Si le repos n'a pas été gardé dès le commencement, il y a un point d'arrêt et la lésion se confirme avec tous ses caractères; dès que le repos est observé, ce point d'arrêt disparaît et la cicatrisation reprend sa marche, souvent avec un peu d'hésitation dans les premiers jours, ce qui se comprend aisément. La lésion ne pourrait-elle pas être si confirmée, l'ouverture scrotale si bien organisée, par induration et cicatrisation même, que la lésion ne pût plus se guérir spontanément par le repos horizontal, l'immobilité et les pansements simples? A cela nous répondrons: Si l'on nous parle de possibilités, nous n'avons à dire ni oui ni non; si l'on nous parle de ce qui a été observé jusqu'alors, à notre connaissance du moins, nous dirons que cela n'a pas encore été observé. Par conséquent, si cette possibilité supposée devenait une réalité, ce ne serait, en tous cas, qu'une grande exception.

Guérison spontanée à peu près constante, si ce n'est constante, ce qui est notre avis, voilà encore un fait capital dans l'histoire des hernies consécutives que nous examinons, et dont toute l'importance va ressortir lorsque nous allons parler du traitement.

Il nous reste encore trois points à examiner à ce sujet: 1° Combien de temps exige la guérison spontanée pour être complète? 2° Quelle est la nature de la cicatrice définitive? 3° Les granulations, pendant tout le temps qu'elles persistent, ne peuvent-elles pas se convertir en végétations fongueuses?

1° Quel est le temps nécessaire pour que la cicatrisation spontanée de pareilles tumeurs soit complète? La question n'est malheureusement pas vidée d'une manière absolue; cependant, nous pouvons arriver à un à peu près assez satisfaisant. Par exemple, dans le cas de M. Guillon, le temps nécessaire pour la chute des escarres, la cicatrisation du scrotum et celle du testicule, a été en tout de six semaines, ce qui fait que nous pouvons estimer à un mois environ et au plus, le temps nécessaire à la cicatrisation du testicule seul. C'est justement la même durée que nous avons trouvée, lorsque la hernie est traumatique, dans le cas de M. Voillemier où il y avait complication de mauvaise constitution et de dévoiement, et dans le cas, bien autrement complexe, du docteur Gaston. Dans le cas de hernie traumatique de Serre, la guérison s'est faite beaucoup plus vite; il est vrai que, comme il y a eu des incisions surajoutées, on pourrait dire que cela n'a pas été tout à fait spontané. A la suite des opérations pour l'hydrocèle, quoique le temps précis n'ait pas été indiqué, nous pouvons présumer qu'il n'a pas été bien long non plus, car aucun auteur n'a mentionné le fait de cette longueur, ce qu'ils n'auraient certainement pas manqué de faire si elle avait été exagérée. Ainsi, nous restons plutôt au delà qu'en deçà des limites de la vérité, en assignant une période d'un mois au plus pour la cicatrisation d'un testicule laissé entièrement à découvert, lorsque cette cicatrisation n'éprouve pas, dès le début, de

point d'arrêt, et que, par l'emploi de simples moyens hygiéniques, on la laisse suivre immédiatement la cicatrisation du scrotum.

Dans l'autre cas, au contraire, c'est-à-dire lorsqu'il y a eu un point d'arrêt, il faudra un peu plus de temps. Nous avons dit, et l'histoire des hernies tuberculeuses le confirmera, que lorsque le patient est placé alors dans de bonnes conditions, il y a, dès le début, une certaine hésitation pour que le travail se déclare; puis, cette activité cicatricielle, qui était en plein développement lors de la fermeture du scrotum, et qui aurait gagné facilement le testicule, n'existe plus, et c'est une grande cause de retard; les bords de l'ouverture scrotale peuvent s'être organisés, indurés, être dans un mauvais état pour la facilité de leur coaptation avec le pédicule de la tumeur; enfin, dans le premier cas, le testicule peut avoir été en grande partie, si ce n'est en totalité, recouvert par le scrotum lui-même, attiré de nouveau par-dessus lui par le travail cicatriciel; tandis qu'ici la cicatrisation devra parfois se faire par dessiccation des granulations elles-mêmes, par formation, sur place, d'une nouvelle peau imparfaite. Tout cela réuni n'ira pas néanmoins bien loin. Nous n'avons pas d'éléments absolus pour décider la question relativement aux hernies consécutives que nous étudions en ce moment; mais nous allons voir, pour les hernies tuberculeuses qui sont au moins aussi compliquées, que la guérison se fait en deux mois, et, sauf peut-être quelques cas exceptionnels, il est permis de dire que ce temps, au plus, suffira pour nos hernies consécutives actuelles.

2° Quelle est la nature de la cicatrice définitive? Dans un certain nombre de cas, c'est le scrotum lui-même qui est attiré de nouveau sur le testicule et le recouvre. Ce fait incontestable a été généralisé par quelques auteurs, qui ont pensé même que le scrotum, entièrement détruit, pouvait être reconstitué de toutes pièces et spontanément par de la peau empruntée aux parties voisines et attirée concentriquement vers les testicules. Par exemple, voici une observation dans laquelle cette opinion est mentionnée :

14e *Observation*, par M. Guillon. *Journal général de la Société de médecine de Paris*, t. 44, 1812, p. 159.

Un homme fut frappé à gauche, près du coccyx, par une balle qui resta d'abord perdue dans le sein des parties molles. Vingt-quatre heures après, les bourses devinrent douloureuses, se tuméfièrent; il survint une inflammation violente, puis un sphacèle qui détruisit les enveloppes du testicule. La balle sortit par la solution de continuité que produisit la gangrène. De ce moment la gangrène se borna, les escarres tombèrent, et une plaie énorme laissa les testicules à découvert. En six semaines il se forma une grande quantité de bourgeons charnus; les téguments de la partie inférieure du ventre, de la partie interne des cuisses, des régions inguinales, se prolongèrent pour former une nouvelle enveloppe aux testicules qui remontèrent un peu, comme pour tenir moins de place.

Le fait se présente ici sous une de ces formes insidieuses qu'on retrouve assez souvent dans bien d'autres cas. Vous croiriez, au premier abord, avoir sous les yeux une observation; eh bien! non, vous n'avez qu'une pure assertion. L'auteur nous dit qu'une enveloppe nouvelle a été formée par les téguments de la partie inférieure du ventre, de la partie interne des cuisses et des régions inguinales. Il le dit, mais ne le prouve pas, et un simple petit détail, bien facile à donner, la description de cette enveloppe nouvelle, aurait suffi pour nous édifier un peu sur la nature de cette narration et la convertir en une observation. Disons, en passant, que pour que la peau de la partie inférieure de l'abdomen se prolongeât pour venir contribuer à former un nouveau scrotum, et, entre autres obstacles assez sérieux, il y en a là un tout petit, planté entre deux, c'est le pénis, dont la situation aurait dû être assez précaire si réellement le fait indiqué avait eu lieu.

Contrairement à cette assertion, voici ce que nous trouvons dans nos observations sur ce qui se passe lorsque le scrotum, soit parce qu'il a été détruit, soit parce qu'il reste en arrière du testicule, ne vient pas recouvrir cet organe. Fabrice de Hilden dit, dans l'observation précitée : « Tout autour des testicules la « nature avait produit une cicatrice dure, comme calleuse, qui « les protégeait, à la façon d'un scrotum, contre l'action des « objets extérieurs; » et il s'agit ici d'un individu qui a vécu longues années après et paraît avoir eu des enfants. Gooch, dans son observation, dit : « Une cicatrice, bonne et lisse, fut formée « sur cette incarnation, » et, par conséquent, ce n'était pas de la peau normale, bien que le scrotum ne fût pas détruit. Boyer résumant, comme toujours, ce qui avait été fait à l'Académie de chirurgie, rejette les prétendues histoires de scrotum refait en entier : si le scrotum est tout gangréné, dit-il, la cicatrice n'acquerrait pas l'aspect propre aux téguments de cette partie; et plus loin, analysant ce qu'a dit Bertrandi à propos du traitement de l'hydrocèle, il ajoute : « Alors, la surface de cet organe (le « testicule) se recouvre de bourgeons charnus qui deviennent la « base d'une pellicule mince qui tient lieu de téguments; » remarquons que si Boyer parle d'une pellicule mince, c'est qu'il a peut-être en vue une cicatrice récente, tandis que Fabrice, nous parlant d'une cicatrice ancienne, la qualifie de dure et calleuse. Gaston, dans son observation, dit : « La cicatrice de la déchi- « rure du scrotum se fit aux dépens du testicule, ce qui est resté « facile à reconnaître, car le testicule s'y présentait à nu et sous « un aspect blanchâtre, luisant et très-lisse. »

En somme, la cicatrice peut se présenter sous divers aspects : tantôt le scrotum est venu recouvrir lui même le testicule, et s'est fermé sans lui adhérer, comme dans le cas ci-après de M. Goyrand, que nous pouvons très-bien citer ici, malgré l'opération qui a été pratiquée, et qui n'a évidemment rien eu à voir avec ce détail du résultat définitif de la cicatrisation. Tantôt le scrotum a aussi recouvert le testicule, mais au point où il s'est fermé, il s'est uni par cicatrice à la surface du testicule, de sorte que celui-ci ne se déplace plus si aisément, fait assez insignifiant, bien qu'il ne faille pas le négliger entièrement; tantôt enfin, même dans quelques cas où le scrotum existait encore et a été empêché de revenir en avant, pour diverses raisons, la cicatrice est formée par une peau nouvelle analogue à celle que nous connaissons tous, tissu cicatriciel mince, lisse, qui peut prendre de la consistance, et même devenir calleux après des années.

3° Les granulations ne peuvent-elles pas se convertir en végétations fongueuses? C'est encore une de ces questions qui peuvent être un instant embarrassantes, parce qu'elles ne sont pas résolues, et à laquelle nous sommes obligé de faire une réponse, déjà appliquée à d'autres questions. S'il s'agit seulement d'une possibilité, à coup sûr la chose est possible; toutes les fois qu'une surface quelconque se recouvre de granulations, il se peut que tout ou partie de ces granulations prenne un aspect et un développement végétants avec exubérance, et puisque le fait, quoique rare, a été vu ailleurs, il peut survenir aussi sur un testicule granulé; cela d'autant mieux que nous trouvons ici une des conditions de son apparition, à savoir la persistance des granulations et leur excitation fréquente, pendant un temps assez long, par suite d'obstacles à leur transformation en tissu cicatriciel. Mais, si d'une possibilité indéniable nous passons à la question de savoir si le fait a été constaté, démontré, nous répondrons non. Ceci doit être noté, car certains des faits qualifiés de fongus par quelques auteurs, par suite de l'erreur que nous avons signalée, pourraient être l'occasion d'une petite discussion, dans le cas où, pour les soustraire à cette critique, on voudrait soutenir que c'étaient des granulations exubérantes. Cela nous serait certes assez indifférent; seulement, au point de vue scientifique, afin qu'on ne se figurât pas que ces végétations arrivent volontiers sur le testicule, afin qu'on ne cherchât pas à sauver du naufrage un petit fragment de la malheureuse histoire du fongus bénin, nous devons déclarer que rien n'est moins démontré; que les cas dont on voudrait, grâces à un peu d'obscurité dans les observations, faire un groupe à part, sont identiques aux autres; et que si, dans quelques-uns d'entre eux, la tumeur était petite, n'occupait qu'un point de la surface du testicule, c'est parce que l'ouverture scrotale était petite et qu'une partie du testicule était seule exposée. Ces derniers cas, dans lesquels la perte de substance scrotale était petite, de manière à ne laisser faire hernie qu'à une partie du testicule, qui, seule

alors, se recouvre de granulations, méritent d'être notés à titre de transitions; nous en retrouverons des exemples dans les hernies scrofuleuses.

Traitement. Avant de dire quelle doit être, à notre sens, la conduite du chirurgien en présence d'une hernie testiculaire consécutive, et que chacun devine à coup sûr, d'après les détails qui précèdent, exposons en peu de mots ce que les chirurgiens ont fait jusqu'à présent. Ce ne sera pas long, puisque la question a été singulièrement négligée jusques dans ces dernières années.

Dans les cas consécutifs aux opérations d'hydrocèle, nous ne trouvons aucun exemple d'insuccès. Les plaies ou les surfaces suppurées, traitées d'après les préceptes généraux, sans préoccupation particulière relativement au testicule, se sont très-bien guéries sans formation de tumeur herniaire ultérieure, parce que les patients, se trouvant naturellement entre les mains de l'homme de l'art, ont été naturellement tenus dans le repos horizontal et dans les conditions hygiéniques favorables à la guérison spontanée. Et si cette conduite était tenue dans tous les cas d'exposition du testicule, nul doute que presque tous, si ce n'est tous, guériraient de la même façon.

Dans le cas de Serre, Delpech suivit une marche assez bizarre; il incisa purement et simplement le pourtour de l'anneau scrotal en haut et en bas, et la guérison d'une tumeur bien confirmée, identique aux hernies scrofuleuses les plus prononcées, s'est opérée avec une rapidité remarquable en quinze jours, sous cette simple influence, sans qu'on ait cherché soit à repousser d'une manière permanente le testicule dans le scrotum, soit à ramener le scrotum par-dessus lui. Serre, dans les réflexions qui font suite à ses deux observations, attribue le bon résultat de ces deux incisions à leur effet résolutif; c'est bien obscur, et en supposant qu'on finisse par y trouver un sens bien peu satisfaisant, nous croyons qu'il y a trois bonnes raisons pour expliquer ce beau résultat. D'abord, il y a eu là un effet analogue à celui du débridement dans toute constriction, quand bien même cette constriction est assez lâche; par exemple, les frottements continus, immédiats, intimes du pédicule de la tumeur avec le pourtour de l'ouverture scrotale, sont devenus désormais impossibles, ou du moins limités à une étendue si petite, qu'ils en sont devenus insignifiants. Puis, et malgré qu'on n'ait pas cherché à maintenir le testicule dans le scrotum, cet effet a dû nécessairement être partiellement produit, car le scrotum, au lieu d'être placé immédiatement derrière le testicule hernié, dont il embrassait par son ulcération le pédicule plus étroit, de manière à empêcher toute rentrée, — le scrotum, disons-nous, a dû nécessairement s'écarter, par rétraction et par son simple poids, sur les côtés, à la suite des deux incisions pratiquées; alors le patient restant couché sur le dos, le testicule a dû tendre à rentrer en partie de lui-même dans cette ouverture scrotale largement béante maintenant. Enfin, les plaies des incisions étant récentes et tendant à se cicatriser de suite, leur activité de cicatrisation a dû donner un coup de fouet dans le même sens à la cicatrisation de la surface du testicule.—A ce triple point de vue qu'il ne paraît pas avoir saisi, et qui n'en existe pas moins pour cela, les incisions pratiquées par Delpech méritent probablement de rester dans la pratique.

M. Malgaigne, le premier, a songé à appliquer à ces tumeurs le mode de traitement conseillé déjà par M. Syme pour les hernies tuberculeuses qui sont une lésion identique. Il ne s'agit plus seulement de faire deux incisions simples et de laisser ensuite les choses marcher d'elles-mêmes. Une véritable opération complexe est pratiquée. Le chirurgien a pour but de réintégrer le testicule dans le scrotum. Pour cela, il dissèque de chaque côté les enveloppes scrotales sous forme de lambeaux, et creuse au besoin, par incision dans l'intérieur du scrotum, une nouvelle cavité pour recevoir le testicule par-devant lequel il conduit les deux lambeaux, afin de les réunir par la suture. Deux beaux cas de succès viennent montrer les bons résultats de cette opération et confirment les succès obtenus en Angleterre par M. Syme et d'autres chirurgiens, pour les hernies scrofuleuses.

Nous trouvons dans le mémoire de M. Jarjavay l'indication de l'excision, absolument comme pour les hernies tuberculeuses. L'excision, qui ne sera le plus souvent ici qu'une castration partielle déguisée, a été pratiquée dans l'observation précitée de M. Jarjavay, et dans le cas du service de Dupuytren, qu'il rapporte d'après A. Bérard.

En dernier lieu, un accident a conduit M. Goyrand à l'application d'un moyen qui, si nous ne nous trompons, pourra rendre plus de services que ne paraît l'avoir présumé M. Goyrand lui-même; nous voulons parler de la *suture sèche.*

La suture sèche est ainsi nommée par opposition à la suture sanglante, parce que si elle est pratiquée et liée comme toute autre suture, elle ne traverse pas les parties molles et par conséquent n'occasionne aucune douleur et ne fait pas couler une goutte de sang. Pour la pratiquer, on fixe sur chaque lèvre de la plaie, à une distance variable de son bord, une plaque emplastique qu'on fait d'abord bien adhérer à la peau en vertu de sa qualité adhésive; alors on fait les points de suture, non pas entre les bords des deux lèvres de la plaie, mais entre les bords des deux plaques emplastiques superposées à ces lèvres qu'elles entraînent avec elles dans leur rapprochement. Cette suture, très-bien décrite par A. Paré (et certainement antérieure à lui), non pas seulement mentionnée dans un recoin où on aurait pu l'oublier, mais accompagnée de grandes figures explicatives, a été tantôt délaissée, tantôt réinventée par tels ou tels; bien loin de mériter l'oubli dans lequel elle est tombée, elle nous paraît devoir être mise au premier rang parmi les sutures, d'autant plus qu'elle est apte à subir un grand nombre de modifications. Parmi ces modifications, en voici une qui pourra rendre bien des services dans beaucoup de cas : remplacer les bandes emplastiques ordinaires par deux bandes de linge enduites de collodium, comme l'a fait M. Goyrand dans le cas qui nous occupe; puis, au lieu de faire une suture, à proprement parler, entre ces deux bandes, fixer sur elles, à l'aide du collodium aussi, autant de larges rubans que nécessaire, disposés par paires correspondantes; on comprend de suite qu'en fixant au moyen de nœuds, de rosettes, etc., les rubans correspondants (qu'il serait bon de faire en matières imperméables ou en bandes de caoutchouc), on pourra amener en contact les lèvres de la plaie, soit immédiatement si elles en sont susceptibles, soit peu à peu, dans le cas contraire, en resserrant de plus en plus les rubans; on pourra relâcher à volonté et sans inconvénients la striction en cas de besoin, etc. Il est inconcevable qu'une aussi utile suture ait été laissée dans un oubli presque complet, non pas là où la réunion immédiate a rencontré et rencontre encore une opposition systématique, mais là où la réunion immédiate, cette merveille de la chirurgie, a été appréciée comme elle le mérite. Nous avons à peine besoin de faire remarquer que les serre-fines de M. Vidal constituent une espèce de suture sèche qui pourrait aussi très-souvent être utilisée.

Pour en revenir à M. Goyrand, mis en présence d'un cas de hernie testiculaire consécutive, il essaya l'emploi de la méthode de Syme, telle que l'avait pratiquée avec succès M. Malgaigne; la suture échoua, et ce fut alors que cet habile praticien songea à employer la suture sèche avec le collodium, avec laquelle il obtint un succès si complet, que le testicule recouvra toute sa mobilité dans l'intérieur du scrotum. Voici l'observation si intéressante de ce fait, et à propos de laquelle M. Goyrand se livre à des réflexions extrêmement justes et expose quelques sages préceptes qui concordent grandement avec une partie de ceux que nous allons exposer, et qui, à ce qu'il nous semble, doivent guider le chirurgien dans le traitement.

15e *Observation.* — *Hernie du testicule* consécutive à une gangrène, par M. Goyrand d'Aix; résumé de l'observation publiée dans la *Revue méd. chirur.*, 1849, reproduite dans la *Gaz. des hôpit.*, 1849, p. 464.

Dans un cas où les testicules avaient été laissés à découvert par une gangrène partielle du scrotum, consécutive à une variole, M. Goyrand tenta de rafraîchir les bords de l'ouverture scrotale, de les disséquer et de les réunir par-dessus les testicules au moyen d'une suture entortillée; cette tentative échoua. Alors, M. Goyrand songea à employer la suture sèche; deux bandelettes furent fixées à l'aide du collodium, une sur chaque lèvre de la plaie; et des fils, fixés sur ces bandelettes, purent attirer peu à peu

les lèvres de la plaie l'une contre l'autre. En moins de deux mois, la guérison fut complète, et il ne resta qu'une simple cicatrice linéaire et un peu déprimée. Les enveloppes scrotales étaient devenues aussi mobiles sur le testicule qu'à l'état normal.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

De la phlébite inguinale ou inflammation des veines du cordon spermatique,

Par M. le professeur Bouisson, de Montpellier.

Le volume, la longueur, la disposition plexiforme des veines spermatiques, la gêne particulière avec laquelle la circulation s'y accomplit, la dilatation variqueuse qui en est la suite fréquente, la position superficielle de ces vaisseaux et diverses corrélations pathologiques pourraient expliquer, au besoin, pourquoi la phlébite inguinale peut être détachée, comme sujet d'étude, du cadre général de la phlébite, et être considérée comme une espèce pathologique. Nous nous bornerons, toutefois, à exposer la description de cette maladie locale d'après les faits que nous avons observés, sans grossir son histoire de considérations accessoires, qui, loin de la désigner particulièrement à l'attention, la voileraient à l'observateur.

La phlébite inguinale est pourtant une maladie réelle du cordon, peu commune sans doute, mais moins qu'on ne le croirait, d'après le silence que gardent sur ce point les livres classiques. Nous sommes porté à croire qu'elle est souvent méconnue, et, peut-être, le soin qu'ont mis les nombreux chirurgiens à qui l'on doit des procédés opératoires pour le varicocèle, à prouver que leur procédé n'exposait pas à l'inflammation des veines, a-t-il contribué à reléguer la phlébite inguinale parmi les raretés morbides de la région. Quoi qu'il en soit, les auteurs des traités généraux de chirurgie et même les auteurs de traités spéciaux sur les maladies du testicule, tels que A. Cooper et Curling, ne consacrent à sa description aucun chapitre particulier. On doit seulement à M. Escalier un travail sur l'inflammation et la suppuration du varicocèle (1), qui ne concerne, comme on le voit d'après ce titre, qu'un cas particulier de la phlébite inguinale. On peut donc dire que cette maladie n'a pas eu encore son historien; et, sous le rapport de l'importance pratique, elle mériterait mieux cette mention que maints incidents pathologiques élevés au rang de maladie spéciale par les nosologistes.

L'inflammation des veines du cordon spermatique doit être d'abord établie en fait, et c'est ce qui nous décide à commencer son exposition par le cas suivant que nous avons constaté sur le cadavre :

Un homme mourut à l'hôpital Saint-Éloi, pendant notre service de 1846, des suites d'une cystite coïncidant avec un rétrécissement de l'urètre ayant occasionné des fistules urinaires. Diverses complications, parmi lesquelles nous devons signaler un double engorgement testiculaire et un érysipèle du scrotum, avaient contribué à donner à cette affection une nouvelle cause de gravité. A l'autopsie, nous trouvâmes une sorte de ramollissement pultacé du col vésical, du pus dans les veines des plexus spermatiques, des abcès dans la région du scrotum et un gonflement inflammatoire considérable du cordon du côté droit. L'examen de cette partie nous fit distinguer des veines volumineuses réunies entre elles par de la lymphe à demi organisée qui les transformait en masse assez cohérente. Une incision pratiquée sur leurs parois démontra qu'elles étaient épaissies, oblitérées dans certains points, et dilatées dans d'autres par du sang un peu grumeleux ou par du pus. La membrane interne de ces veines était rouge dans une certaine étendue.

Cette lésion ne nous parut alors qu'un détail d'une maladie générale des voies génito-urinaires; depuis lors, divers faits cliniques lui ont restitué sa signification, et il nous est revenu en mémoire que le musée de Strasbourg possède une pièce dont nous conservons le dessin et qui se rapporte à une inflammation chronique des veines du plexus spermatique. Cette pièce montre les veines de ce nom oblitérées, transformées en cordon plein dans certains points, et renfermant dans d'autres des corpuscules solides, résistants et même crétacés, connus sous le nom de *phlébolithes*. Ces altérations sont la trace évidente d'un travail phlegmasique antérieur dont nous regrettons d'ignorer les causes et les conditions, mais dont il nous suffit d'avoir constaté les résultats pour les considérer comme un nouveau témoignage anatomique de la phlébite des veines du cordon.

Ces faits nous ont paru devoir précéder les observations cliniques afférentes à cette maladie, et dans lesquelles la guérison a été obtenue. En établissant la réalité du siége de l'affection, ils affranchissent le diagnostic de la première des incertitudes, celle qui porterait sur l'existence même de l'affection pathologique.

La phlébite inguinale peut se développer à l'occasion de causes directes agissant sur la région du cordon, telles que des coups, des froissements intenses, ou des opérations qui intéressent les vaisseaux spermatiques. L'opération du varicocèle, en agissant plus spécialement sur les veines, doit figurer en première ligne parmi ces causes. Nous nous empresserons d'ajouter, toutefois, que les précautions prises dans la plupart des procédés récemment proposés ont pour conséquence de limiter l'inflammation dans le lieu d'action des agents oblitérants, et de la maintenir au degré adhésif et dans une étendue fort restreinte. Aussi, M. Vidal de Cassis a-t-il été fondé à assurer que la phlébite, au moins celle qui s'accompagne de suppuration intra-veineuse, est rare après l'opération du varicocèle, et s'est-il efforcé d'inspirer toute sécurité au chirurgien. M. Vidal accepte cependant quelques exemples comme réels; et ces faits, auxquels on peut joindre la série de ceux que les opérateurs n'avouent pas, suffisent au moins pour comprendre les différents procédés chirurgicaux appliqués au traitement du varicocèle dans l'étiologie de la phlébite inguinale.

L'opération du sarcocèle, dans laquelle on intéresse toutes les veines du cordon, peut aussi donner lieu au même accident morbide. Nous en avons eu la preuve dans le fait suivant, qui s'est passé, en 1848, dans notre service chirurgical à l'hôpital Saint-Éloi :

Observation. — Vidal (Dominique), âgé de 55 ans, de Gabian (Hérault), fut admis dans notre service chirurgical le 23 novembre 1849. Il était affecté d'une tumeur volumineuse du testicule gauche, qui s'était développée spontanément, sans influence héréditaire, et au milieu des apparences d'une bonne santé. Depuis environ six ans, le testicule s'était graduellement tuméfié. Mais le malade n'avait tenu aucun compte de ce gonflement, ni des douleurs vives et passagères dont il était le siége, et n'avait songé à s'en faire débarrasser que depuis l'époque où le volume de l'organe l'empêchait de se livrer au frivole plaisir de la danse dont l'âge ne l'avait point corrigé. A son entrée à l'hôpital, la tumeur, entraînée par son propre poids, surplombait fortement entre les cuisses dans la station verticale; elle avait le volume de deux poings réunis; elle était pyriforme, assez régulière, résistante dans certains points, mais évidemment fluctuante en avant. On n'y distinguait aucune transparence; la peau, amincie et altérée aux dépens des parties voisines, était exempte d'adhérence et recouvrait des veines dilatées. Parfois quelques douleurs lancinantes rapides traversaient le tissu de la tumeur. Celle-ci remontait jusqu'à deux centimètres de l'anneau inguinal que traversait un cordon plus volumineux qu'à l'état normal, mais exempt de nodosités. Une exploration attentive ne révélait d'engorgement ni dans les ganglions inguinaux, ni dans la fosse iliaque. Point de douleurs abdominales ou lombaires. État général satisfaisant.

Le 26 novembre, je pratiquai avec une lancette, sur la partie ramollie de la tumeur, une ponction qui donna issue à 80 grammes de liquide, ce qui permit d'explorer plus exactement le testicule, et de reconnaître alors sa dureté et le véritable degré de gonflement de l'organe. Tous les signes se réunissant pour indiquer l'existence d'un sarcocèle, l'opération de la castration fut résolue et exécutée le 12 décembre 1849.

Vidal fut chloroformisé et resta dans le sommeil anesthésique pendant toute la durée de l'opération. Avant de porter l'instrument tranchant sur la tumeur, je pratiquai une ponction profonde à la partie antérieure : il s'en écoula encore un peu de sérosité, qui réduisit de nouveau le volume de la tumeur et simplifia l'opération. Je cernai une ellipse de peau entre deux incisions, depuis le niveau du canal inguinal jusqu'au bas du scrotum. La tumeur rapidement isolée resta bientôt appendue au cordon, que je traversai à l'aide d'un stylet aiguillé, armé d'un fil, de manière à isoler le canal déférent. Le reste du cordon fut étreint fortement à l'aide du fil, et la sec-

(1) Mémoires de la Société de chirurgie, t. 1.

tion en fut pratiquée à quelques millimètres au-dessous. Le canal déférent était sain ; les veines spermatiques très-volumineuses s'étaient tellement distendues au-dessous de la ligature, que, sans un examen attentif, on aurait pu les prendre pour une anse d'intestin. Il était évident qu'indépendamment du sarcocèle, il existait un état variqueux du cordon spermatique. L'examen de la tumeur y fit découvrir les différentes variétés du tissu cancéreux, dont nous nous dispensons de faire la description. Le pansement fut pratiqué d'après les règles ordinaires, et le malade fut aussitôt transporté dans son lit.

Dans la journée, Vidal éprouva d'assez vives douleurs au niveau de la ligature du cordon ; il eut des frissons et des envies de vomir. Cet état persista jusqu'au soir, et quelques calmants opiacés l'aidèrent à passer une assez bonne nuit.

Le lendemain, il y eut un peu de fièvre, avec sensation de chaleur dans le scrotum et au niveau de l'anneau inguinal. Les pièces d'appareil ayant été infiltrées d'urine, par défaut de précaution du malade, l'inflammation de la plaie s'accrut et eut pour conséquence, malgré l'emploi des émollients, de la diète et d'un repos complet, la production de petites escarres vers le bas du scrotum. Sept à huit jours se passèrent pendant que cette scène inflammatoire bornée s'accomplissait dans la plaie scrotale.

Le 18 décembre, il se développa un gonflement notable et douloureux dans le trajet du canal inguinal, qui ne s'affaissa point par la chute de la ligature en masse. Des pansements méthodiques ne tardèrent pas à améliorer l'état de la partie inférieure de la plaie, où les phénomènes de l'adhésion secondaire s'accomplirent. Mais, vers la partie supérieure, l'inflammation poursuivit son cours : le cordon engorgé, douloureux jusque dans la région iliaque, faisait un relief appréciable au toucher, et cet état coïncidait avec des douleurs lombaires du côté affecté. L'acuité des symptômes écartait l'idée d'une récidive de l'affection cancéreuse, et il était évident que l'état morbide du cordon était exclusivement inflammatoire. Les troncs et les rameaux plexiformes des veines spermatiques étaient envahis par un travail phlegmasique qui devait avoir pour résultat la formation du pus. Des pressions, exercées de haut en bas dans le trajet de ces vaisseaux, ne tardèrent pas, en effet, à ramener au niveau de l'anneau inguinal une certaine quantité de pus. Le malade voulut sortir de l'hôpital avant son entière guérison, bien qu'il existât un engorgement assez considérable vers la région iliaque et des phénomènes locaux du côté du petit bassin. N'ayant pu réussir à le faire rester plus longtemps, nous lui conseillâmes des cataplasmes, des frictions mercurielles, des lavements calmants, un régime sévère et le repos. Ces conseils furent suivis, et bientôt Vidal nous écrivit qu'un abcès formé vers la région iliaque s'était fait jour par l'anneau ; qu'à dater de ce moment, il avait entièrement recouvré la santé, et qu'il avait pu recommencer l'exercice de la danse, vieille passion inguérissable.

Nous n'hésitons pas à reconnaître aujourd'hui une phlébite inguinale dans l'inflammation développée au niveau du cordon. La dilatation préalable des veines spermatiques avait accru la susceptibilité inflammatoire locale, et la ligature, qui, dans les circonstances ordinaires, est parfaitement tolérée, avait sans doute contribué à produire cette phlébite partielle. La lenteur relative de la formation du pus, qui eût été plus prompte si le travail phlegmasique se fût accompli dans le tissu cellulaire du cordon, comme dans celui du scrotum ; la direction prise par les fusées purulentes que la pression évacuait par l'anneau ; l'état fébrile avec dépression des forces ; le frisson initial, tout se réunit pour établir qu'il s'agit dans ce cas, non d'un simple phlegmon du cordon, mais de l'inflammation de l'élément veineux de cette partie du corps.

Des contusions directes peuvent déterminer aussi l'inflammation des veines du cordon. Dans ce cas, ces vaisseaux sont froissés et comme écrasés contre la branche horizontale des pubis, et le premier effet de cette lésion est la production d'un hématocèle du cordon que l'inflammation peut envahir plus tard. Nous avons observé un résultat de ce genre chez un militaire, à la suite d'un coup de pied de cheval dans la région inguinale.

L'invasion directe et spontanée de l'inflammation des veines spermatiques, sans le concours de causes provocatrices, est un fait plus rare que les précédents, mais qui peut se produire au même titre que l'inflammation spontanée de tous les organes du corps. Toutefois, ce cas est extrêmement rare ; nous n'en avons observé qu'un seul, et encore dans ce fait nous devons signaler, comme causes auxiliaires, une fatigue et un effort musculaire considérables. La dilatation variqueuse des veines paraîtrait constituer une condition préalable qui favorise l'inflammation spontanée. C'est, du moins, ce qui résulte de deux observations remarquables publiées par M. Escalier (*loc. cit.*). Il s'agit dans le premier cas d'un Brésilien, et dans le second d'un Nègre, chez lesquels une violente inflammation s'empara d'un varicocèle, produisit des symptômes qui simulèrent ceux de l'étranglement et détermina la mort. A l'autopsie, on trouva du pus dans les veines du cordon spermatique.

Mais la cause la plus ordinaire et la plus saisissable de la phlébite inguinale est évidemment l'orchite. Il n'est pas de praticien qui n'ait fréquemment remarqué l'influence que l'inflammation du testicule exerce sur l'état du cordon inguinal. L'épididyme, le tissu cellulaire qui l'entoure, ou le canal déférent qui le continue, ne sont pas les seules parties qui soient tuméfiées ou engorgées dans certains cas d'orchite ; c'est le cordon spermatique tout entier qui se transforme en une corde épaisse, résistante et douloureuse. Il s'y développe parfois un empâtement œdémateux comme on l'observe dans les parties atteintes d'angioleucite : les vaisseaux lymphatiques du cordon s'enflamment dans l'orchite parenchymateuse et transmettent l'irritation aux ganglions iliaques ou lombaires. D'autres fois il se produit, dans l'intervalle des éléments organiques du cordon, une exsudation plastique qui s'organise et peut subir ultérieurement des transformations diverses dont le sort est variable, et que nous avons vue, dans plusieurs cas, suivie de rétraction du cordon et de réascension du testicule vers l'anneau. Ce qui arrive aux lymphatiques du cordon peut aussi se produire pour les veines, et c'est dans des cas de ce genre qu'on a vu des accidents graves, avec complication du côté des organes abdominaux, à la suite des attaques d'orchite suraiguë. D'après la relation de quelques faits cliniques, la mort a été le résultat de ces graves inflammations dont l'orchite avait marqué le début, la péritonite la fin, et, nous pouvons ajouter, la phlébite inguinale le milieu. Nous avons réussi, dans les cas les plus graves de ce genre qui se sont présentés à nous, à prévenir une terminaison aussi fâcheuse ; mais il nous est resté en mémoire les symptômes pénibles avec danger imminent que nous observâmes, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Éloi, sur un soldat monorchide, et qui, atteint d'inflammation suraiguë du testicule pendant le cours d'une blennorrhagie, eut des abcès dans le cordon et dans la fosse iliaque, avec des symptômes généraux très-graves qui mirent ses jours en péril, et ne purent être conjurés que par un traitement des plus énergiques.

La forme d'orchite qui nous a paru provoquer le plus vivement l'inflammation des veines du cordon est l'orchite centrale ou parenchymateuse : la péri-orchite ou vaginalite est localisée dans le siége de la séreuse, et n'a pour conséquence que l'injection vasculaire de la peau et l'épanchement de liquide dans la cavité. Toutefois, la vaginalite peut, dans certains cas, occasionner une inflammation du cordon, et M. Blandin a cité un exemple dans lequel une injection irritante faite dans la tunique vaginale avait déterminé une phlébite mortelle. Ce fait peut être réputé bien exceptionnel ; car, sur un total d'environ 150 opérations d'hydrocèle que nous avons pratiquées, nous n'avons jamais observé ni l'inflammation du cordon, ni surtout celle de ses veines.

Les symptômes de la phlébite inguinale ne présentent que les particularités que le siége peut imprimer aux phénomènes de l'inflammation veineuse en général. A la suite d'une des causes précédemment énoncées, le cordon se tuméfie et devient douloureux ; la peau qui le recouvre devient rouge et chaude. Les pressions exercées sur son trajet, les tiraillements, les tractions que le testicule exerce par son poids ; les pressions subies par les organes abdominaux, leur distension ; les mouvements des parois musculaires de l'abdomen, les efforts de toux, la station verticale, tout ce qui est de nature à porter un obstacle au libre accomplissement de la circulation veineuse, opère un retentissement douloureux sur le siége de l'inflammation. Lorsqu'on explore la région malade, on reconnaît que dans la portion libre du cordon, entre le testicule et l'anneau, existent des lignes irrégulières et douloureuses parallèles au canal déférent, et distinctes de lui par leur forme et leur dépressibilité. Ces sortes de cordes enflammées n'offrent que de rares nodosités à cause du petit nombre des valvules des veines spermatiques, et peut-être ces

points plus résistants correspondent-ils à l'origine des veinules qui font communiquer entre elles les veines principales. Cette disposition est quelquefois voilée par l'engorgement du tissu cellulaire ambiant, mais, par un examen attentif, on peut toujours la constater; ce qui distingue cette inflammation spéciale du phlegmon diffus simple du cordon, affection décrite dans ces derniers temps et qu'on a quelquefois confondue avec l'étranglement herniaire.

Dans la portion du cordon qui est intra-inguinale, l'état particulier des veines enflammées est plus difficile à apprécier par le toucher, à cause de la profondeur à laquelle elles se trouvent et de l'obstacle que la paroi fibreuse du canal oppose à l'exploration. Mais on constate que, dans le point correspondant à l'anneau inguinal, la douleur se fait sentir avec une vivacité particulière, ce qui dépend sans doute de la résistance de l'anneau et d'une sorte d'étranglement qui en est la conséquence. On sait que l'idée de cette constriction, exercée par l'anneau sur le cordon enflammé, est connue depuis longtemps, puisque Arnaud le père, au rapport de Garengeot, avait la précaution de diviser l'anneau inguinal dans la castration avant de lier le cordon et que Bertrandi recommandait de dilater l'anneau pour empêcher qu'il n'étranglât le cordon enflammé. Le même étranglement se reproduit-il à l'orifice interne du canal? C'est ce que l'observation ne permet de constater qu'avec difficulté; mais il est probable que la moindre résistance du contour de l'ouverture du *facia transversalis* rend la constriction moins forte qu'à l'anneau externe.

Dans leur portion abdominale, les veines du cordon sont plus libres; le plexus pampiniforme s'étale, et si l'inflammation se propage jusqu'à ce point, elle est plus diffuse; on reconnaît toutefois de l'empâtement dans la région iliaque, la pression y réveille de la douleur, et si l'inflammation est intense, elle peut s'étendre par propagation à d'importants organes, au péritoine même, et faire naître alors des symptômes d'un caractère spécial et d'une gravité nouvelle.

Des symptômes généraux accompagnent habituellement cette scène inflammatoire locale. Nous avons plusieurs fois observé ce frisson initial très-intense, signalé comme caractéristique de l'invasion de la phlébite, mais que l'on retrouve aussi dans d'autres inflammations Bientôt la fièvre s'allume, elle peut être extrêmement intense; nous l'avons vue dans un cas s'accompagner de délire: il existait en même temps des douleurs abdominales et lombaires très-pénibles. La distension que le gonflement du cordon fait subir aux nerfs du cordon spermatique contribue sans doute à l'anxiété, à l'affaissement, à l'état nerveux que l'on observe quelquefois. Dans les cas graves, il s'y joint d'autres phénomènes sympathiques, tels que des nausées, des vomissements, le hoquet, le météorisme du ventre, des sueurs visqueuses, enfin plusieurs des symptômes qui appartiennent simultanément à l'étranglement herniaire et aux suppurations profondes.

Ces symptômes varient d'ailleurs suivant le degré et l'époque de la maladie. Généralement, la phlegmasie des veines du cordon est passagère et se termine par résolution; d'autres fois, les veines s'oblitèrent et se transforment en cordon plus ou moins résistant, suivi ou non de rétraction. Nous avons vu, par le fait anatomico-pathologique cité au commencement de ce mémoire, que des transformations plus complètes suivent l'affection, et que des substitutions de matière peuvent amener la formation de phlébolithes dans les veines du plexus spermatique. Lorsque l'inflammation revêt une plus grande intensité et arrive à la période de suppuration, des accès peuvent se former dans tous les points de la hauteur du cordon, depuis la portion supra-testiculaire jusqu'à la portion iliaque, ce qui produit une grande variabilité dans les symptômes et les suites. Ces abcès sont eux-mêmes plus ou moins nombreux, plus ou moins profonds, et peuvent exercer des effets de divers genres. (*Revue thér. du Midi.*)

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Lettre adressée à M. le professeur SÉDILLOT *sur l'hydrocèle enkystée spermatique.*

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu, avec un grand intérêt, la note que vous avez adressée dernièrement à l'Académie des sciences sur l'hydrocèle spermatique, et les réflexions qu'elle a suggérées à M. de Castelnau (voir le numéro du 3 février du *Moniteur des hôpitaux*). Permettez-moi de vous adresser, à mon tour, quelques remarques sur ce sujet qui, depuis plusieurs années, a tout particulièrement fixé mon attention. Ces remarques porteront spécialement sur les conclusions 2, 3, 5, 6 et 7 de votre travail.

La conclusion n° 2 se rapporte à la dénomination: Vous proposez celle d'*hydrocèle spermatique*, que j'adopterais volontiers si elle n'exposait pas à faire croire que le liquide est épanché dans la tunique vaginale. Ce liquide occupe, vous le savez, un kyste indépendant; il me paraît utile que le mot l'indique, afin que, désormais, les physiologistes et les pathologistes ne cherchent plus, comme ils l'ont fait quelquefois, des théories pour expliquer l'arrivée des spermatozoïdes dans la tunique vaginale même. Je ne tiens pas à l'expression de *grands kystes du testicule*; j'ai, depuis la publication de mon mémoire, employé souvent, dans les cliniques, celle de *kyste sous-épididymaire*; on pourrait adopter également celle d'*hydrocèle enkystée spermatique*.

Dans votre conclusion n° 3, vous expliquez, monsieur, la formation de ces sortes d'hydrocèles par la rupture de l'un des canaux efférents qui portent le sperme du testicule à l'épididyme. Je partage entièrement cette opinion et je puis l'appuyer de deux nouveaux faits: Le 6 septembre 1850 j'ai trouvé, à la consultation du bureau central, un homme qui portait, sur la partie antérieure et supérieure du testicule droit, une tumeur fluctuante et transparente, plus grosse qu'une noix. Il en faisait remonter l'origine à quatre années, époque à laquelle il avait ressenti une douleur vive dans ce testicule, au moment où il faisait un grand effort pour retenir un fardeau qu'il était sur le point de laisser tomber. Le 23 septembre 1851, j'ai ponctionné un kyste spermatique sur un malade qui était couché, à l'Hôtel-Dieu, au n° 28 de la salle Sainte-Marthe. J'avais annoncé à l'avance que le liquide renfermait sans doute des spermatozoïdes, parce que le malade nous avait assuré que la tumeur avait commencé, plusieurs années auparavant, à la suite d'un violent effort pendant lequel il avait ressenti une douleur dans les reins et dans le testicule gauche. Certainement il est difficile de comprendre comment un effort peut occasionner la rupture d'un conduit efférent, soit que cet effort ait lieu, comme chez votre malade, pendant l'orgasme vénérien, soit qu'il ait lieu, en dehors de cette circonstance, comme chez les deux malades précédents; malgré cette difficulté on ne peut, en présence des faits, se refuser à admettre une relation entre l'accident et la maladie. Au milieu de l'obscurité qui enveloppe encore cette étiologie, on comprend d'ailleurs que la distension des conduits par le sperme favorise leur rupture, et qu'une oblitération au niveau de la queue de l'épididyme, telle qu'on la rencontre souvent à la suite des orchites blennorrhagiques, soit une cause prédisposante de la rupture, en forçant le sperme à séjourner dans les premières voies d'excrétion. J'ai trouvé sur un cadavre, le 17 juin 1851, cette double lésion: un kyste renfermant des spermatozoïdes et une oblitération de la queue de l'épididyme.

Votre cinquième conclusion a pour objet d'appeler l'attention sur les liquides lactescents du scrotum, et sur la nécessité de les examiner avec le microscope. Cette recommandation est d'autant plus importante que les liquides lactescents ne renferment pas tous des spermatozoïdes. J'ai rapporté, dans un travail publié en 1851 (*Archives*, 4e année, t. 27), l'observation d'un malade, dans la tunique vaginale duquel j'ai trouvé un liquide de couleur laiteuse, qui renfermait une grande quantité de cholestérine et quelques corpuscules sanguins. Si, comme je suis disposé à le croire, le liquide blanc trouvé par M. Vidal de Cassis n'était pas du lait véritable, peut-être était-ce de la sérosité colorée par diverses matières grasses du sang, et, en particulier, par la cholestérine, substance qui, on le sait aujourd'hui, modifie de plusieurs façons les caractères physiques des liquides épanchés dans les cavités séreuses.

Vous dites, dans votre sixième conclusion, que le pronostic doit être très-réservé en raison de la fréquence des récidives et de la persistance de la tumeur. Ici, monsieur, je ne saurais partager votre opinion. Sans doute, si l'on a fait une simple ponction, la récidive est possible, quoique, dans bien des cas, elle arrive lentement; mais, si l'on a eu recours à un traitement curatif convenable, elle n'a pas lieu plus souvent qu'à la suite des autres hydrocèles; je n'en connais du moins aucun exemple. Le pronostic est sérieux, selon moi, pour une autre raison, c'est que la tumeur peut, en se développant, occasionner des dérangements dans la structure délicate de l'organe. Si, au lieu de se déjeter sensiblement à droite ou à gauche de la tête de l'épididyme, elle reste sous cette dernière, elle la refoule en haut,

l'aplatit, allonge, en les déroulant tous, les vaisseaux efférents, peut même les déchirer et les faire disparaître, comme j'en ai cité ailleurs un exemple (*Gaz. méd.*, 1850). C'est pour éviter ces lésions qu'il convient de ne pas abandonner trop longtemps ces kystes à eux-mêmes.

Partant de cette idée que la guérison est difficile à obtenir, vous émettez dans votre septième conclusion, l'opinion qu'il faut, pour déterminer l'oblitération du kyste, y provoquer une inflammation suppurative. Ce mode de traitement ne me paraît pas être le meilleur, pour deux raisons : 1° parce que l'incision préalable que vous pratiqueriez, sans doute, pourrait comprendre la tête de l'épididyme, dont les éléments, éparpillés sur la tumeur, sont dans une position qu'il est impossible d'apprécier à l'avance ; 2° parce que les suites de l'opération seraient plus longues et plus douloureuses que celles de l'injection. La ponction avec un trois-quarts fin, suivie d'une injection iodée, est le moyen auquel je donne la préférence avec le plus grand nombre des chirurgiens français contemporains. Il n'expose pas à la lésion des voies excrétoires du sperme, et il donne une guérison prompte et sûre. Trois fois, cependant, j'ai fait une simple ponction; c'était sur des malades qui, n'ayant qu'une tumeur peu volumineuse et peu gênante, ne voulaient pas consentir à une opération plus sérieuse ; et comme, en définitive, un grand nombre de ces hydrocèles ont peu d'inconvénients, et ne prennent pas un accroissement considérable, il arrivera souvent que les malades n'accepteront pas autre chose que la ponction, ou même ne voudront se soumettre à aucun traitement. J'en connais un qui se garderait bien de laisser toucher à son kyste, tant il est convaincu que c'est un troisième testicule.

Veuillez agréer, etc. L. Gosselin.

A M. le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Théorie de l'égophonie.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser ces quelques mots, au sujet de l'article que vous avez inséré dans le numéro du 3 février de votre estimable journal, sous le titre : *Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie.*

Je ne veux pas chercher à apprécier jusqu'à quel point cet article justifie son titre, qui le recommande spécialement à l'attention des lecteurs ; mais je tiens à constater que la théorie qui s'y trouve exposée pour expliquer l'*égophonie,* ressemble tout à fait à celle que j'ai cru devoir proposer, il y a dix-sept ans, dans mon *Manuel complet d'auscultation et de percussion,* et deux ans plus tard, lorsque l'édition de ce livre a été épuisée, dans mon *Précis pratique et raisonné du diagnostic.* Voici d'ailleurs ce qu'on lit à la page 745 de ce dernier ouvrage : « Mais si le liquide, en quantité insuffisante pour comprimer complétement la couche vésiculaire, ne fait qu'appliquer plus exactement la plèvre contre les parois des vésicules, de manière à former avec ces parois une *membrane* plus ou moins tendue, appliquée aux extrémités des conduits aérifères, le retentissement de la voix offrira un caractère très-remarquable. C'est un son saccadé, ou un bredouillement semblable à la voix d'un *polichinelle,* ou au bruit d'un *mirliton.* Enfin, on l'a comparé au bêlement d'une chèvre, d'où lui vient le nom d'*égophonie.*

On peut imiter l'*égophonie* en parlant contre les dents d'un démêloir, dont une face est recouverte par une membrane de papier. C'est par un mécanisme analogue à celui du peigne que se forment tous ces bruits. Le liquide ne concourt à la formation de l'*égophonie* dans la poitrine qu'en produisant une semblable disposition.

J'attache, en général, trop peu d'importance aux explications des phénomènes physiques observés dans l'économie vivante, pour chercher à me prévaloir, en cette circonstance, de mon antériorité. Ce qui m'engage en grande partie à faire ma réclamation, c'est le désir de rendre plus complète l'érudition déjà si vaste de mon honorable confrère. En effet, il me paraît étonnant qu'ayant rapporté avec tant de soin les opinions de la plupart des auteurs modernes sur l'*égophonie,* il n'ait même pas mentionné l'ouvrage où il aurait pu rencontrer les principaux éléments de son intéressant article. Cette omission est d'autant plus surprenante, que l'ouvrage que je signale à l'attention de mon érudit confrère, a été de plusieurs années antérieur à tous ceux qu'il cite, et qu'il aurait dû en prendre connaissance, même en examinant la bibliographie étrangère dont il a su tirer un si bon parti, car cet ouvrage a eu l'insigne honneur d'être traduit en toutes les langues, jusqu'en grec moderne.

Je vous prie, monsieur le rédacteur, de vouloir bien accorder à cette réclamation une place dans un des prochains numéros de votre journal, et agréer l'assurance de ma haute considération.

Ce 4 février 1853. Raciborski.

— Nous avons eu l'occasion de communiquer la lettre de notre honorable correspondant à M. Valleix, qui, après en avoir pris connaissance, nous a déclaré que, quoique le mécanisme indiqué par M. Raciborski ne fût pas absolument le même que celui qu'il avait décrit lui-même, il le complétait néanmoins. M. Valleix nous a exprimé en outre le regret de n'avoir point consulté le traité de M. Raciborski, qu'il se serait empressé de citer, comme il l'a fait de tous ceux qui ont passé entre ses mains.

(*Note du rédacteur*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les rédacteurs anonymes et M. le *secrétaire de la rédaction* de la *Gazette des hôpitaux*, supposent sans doute à leurs lecteurs un goût bien prononcé pour le chocolat : après leur en avoir servi coup sur coup, il y a quelque temps, trois ou quatre plats bien confectionnés, ils viennent encore de leur en offrir, dans le dernier numéro, une tartine très-confortable et tout à fait appétissante.

— *Concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements.* — La liste des candidats au concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements a été close avant-hier, 6 février. Les candidats inscrits sont :

Pour la chirurgie. MM. Richard, Jamain, Désormeaux, Verneuil, Morel-Lavallée, Demarquay, Cusco, Houel, Broca, Follin.

Pour les accouchements. MM. Moreau (Alexis), Pajot, Salmon, Blot, Cahen.

Le nombre des places à donner étant de trois en chirurgie et d'une en accouchements, une élimination devra avoir lieu parmi les candidats de la première catégorie, et deux parmi ceux de la seconde.

— M. le ministre de l'intérieur vient de souscrire, pour les établissements médicaux ressortissant à son département, au *Code médical* de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

— Le vénérable M. Andral était un de ces hommes de bien, qui font le bien pour lui-même et pour la seule satisfaction de leur conscience, et qui fuient le bruit, loin de le rechercher. Aussi, à l'exemple des Boyer, des Capuron, des Benjamin Delessert, avait-il exprimé, avant de mourir, qu'aucune parole ne fût prononcée sur sa tombe. Cette recommandation honorable a été fidèlement observée ; un religieux recueillement a été le seul témoignage de regrets qui, pour être silencieux, n'étaient ni moins sincères ni moins profonds. La presse tout entière s'est associée aux nombreux confrères et amis du vertueux praticien, pour faire l'éloge d'une des carrières les plus longues et les plus dignes qui aient honoré la profession médicale.

— Par décret du 2 février, M. Liard, médecin, aide-major de 1re classe au premier bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le nombre des cholériques en voie de traitement, à Saint-Péterbourg, se maintenait toujours, à la date du 25 janvier, dans les limites de 500 et quelques ; et le nombre des cas nouveaux, dans celles de 50 à 60. La population de Saint-Pétersbourg étant d'environ 500,000 habitants, on voit que l'intensité de l'épidémie est assez médiocre ; mais, en revanche, elle se maintient, depuis bien longtemps, au même degré, et cette circonstance, si elle ne doit pas inspirer des craintes, ne saurait non plus rassurer complétement.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. Roubaud. (5e année ; 1853).

On trouve dans cet Annuaire : la liste de tous les médecins et pharmaciens de la France, ainsi que leur adresse ; le recueil (seul complet) de la législation médicale et pharmaceutique ; la nomenclature des établissements sanitaires et de bienfaisance, et celle de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement ; la statistique de toutes les Sociétés médicales de France ; la statistique des Facultés, des Écoles de pharmacie, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, leur personnel ; la statistique (la seule qui ait paru jusqu'à ce jour) de la France médicale, pharmaceutique et des établissements hospitaliers ; la liste nominative, et par départements, des villes de 2,000 âmes et au-dessus, qui n'ont ni médecins, ni pharmaciens, ni établissements hospitaliers, etc. etc.

Un fort volume. Prix : 4 fr. pour Paris et 5 fr. par la poste. Au bureau de l'administration, 26, rue de Trévise, et chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie., RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 18. 1re année. Jeudi, 10 Février 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances des Académies. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Clinique des accouchements. Des douches utérines dans la pratique des accouchements, par le Dr Campbell. — Hôpital Necker. Leçon clinique sur un cas de taille périnéale ayant présenté des difficultés extrêmes pour l'extraction du calcul, causées par une tumeur au col de la vessie. Suites de l'opération très-simples. — **HYGIÈNE PUBLIQUE** : Note sur le dosage du sucre de lait et sur les moyens de reconnaître les falsifications du lait, par M. Poggiale. — **ACADEMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 9 février 1853.

Séances des Académies.

Quoique le Mardi-Gras, chose triste à dire, mais qui n'est que trop vraie, ait tenu hier la plupart des académiciens, M. Durand-Fardel a pu faire entendre à un petit auditoire d'élite (je parle seulement de l'auditoire académique exclusivement) deux lectures d'un grand intérêt. Celle de M. Depaul n'ayant pu être terminée, elle a été renvoyée à la prochaine séance ; nous ne nous occuperons donc que de celle de M. Durand-Fardel, qui a donné lieu à une discussion fort importante, quoique très-peu développée.

Cette discussion a surtout porté sur la question de la saturation, que M. Durand-Fardel a spécialement traitée dans son rapport. Quand je dis sur la *question*, je me trompe, c'est sur le *mot* qu'il faut dire.

Que peut-on entendre, en effet, par saturation, lorsqu'il s'agit de l'action d'un corps sur l'économie animale? L'espace occupé par l'important compte rendu de la clinique de M. le professeur Dubois nous oblige de renvoyer au prochain numéro l'examen de cette question.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Clinique des accouchements. — M. P. Dubois.

Des douches utérines dans la pratique des accouchements.

S'il y a dans l'histoire de la science des idées qui ont mérité d'être accueillies avec faveur et sérieusement méditées, c'est assurément celle qui fut discutée, en 1756, par une assemblée de médecins des plus distingués de Londres, et que le docteur Macauley mit le premier en pratique peu de temps après la célèbre consultation. Cette idée, néanmoins, n'excita d'abord sur le continent qu'indignation et mépris, et il fallut toute l'influence d'un praticien célèbre en Allemagne, Carl Wenzel, et plus tard, toute l'autorité d'un professeur éminent, en France, M. Paul Dubois, pour naturaliser dans ces deux pays la méthode obstétricale qui était née de cette grande idée.

Mais sous le patronage de ces deux noms justement considérés, la méthode de l'accouchement prématuré artificiel ne tarde pas à passer dans la pratique commune, et le nombre de procédés imaginés pour provoquer cet accouchement, tout en montrant que l'application de la méthode s'était généralisée, prouvait suffisamment qu'elle n'avait pas encore atteint tout le degré de perfection désirable. Tous ces procédés sont aujourd'hui classiques; on en connaît les avantages et les inconvénients, et ils sont à peu près généralement appréciés à leur juste valeur.

Il en est un, toutefois, presque inconnu en France, et qui né d'hier, pour ainsi dire, compte déjà un nombre assez considérable d'applications heureuses, pour permettre d'affirmer dès aujourd'hui qu'il a réalisé un progrès. Ce moyen, qui consiste dans l'application de douches utérines, suivant des règles que nous exposerons dans un instant, n'a pas les inconvénients des procédés employés jusqu'à ce jour, et il offre des avantages que la suite de cette note fera, nous l'espérons, ressortir.

Il serait trop long d'exposer ici les inconvénients des anciens procédés, il nous suffira de les rappeler en quelques mots :

La perforation des membranes à la partie déclive de l'œuf, telle que la pratiqua Macauley, ne devait-elle pas, dans bien des cas, soumettre l'enfant à une pression prématurée fort dangereuse pour lui?

La modification ingénieuse que M. Meissner a apportée à ce procédé, en ponctionnant l'œuf, en un point plus ou moins éloigné du segment inférieur de l'utérus, offre certaines difficultés d'exécution et des inconvénients propres, sans épargner toujours à l'enfant le péril d'une pression utérine prématurée.

Le décollement des membranes de l'œuf dans le segment inférieur de la matrice (Hamilton), ne se fait pas si facilement, qu'on ne coure parfois la chance de rompre ces membranes, et d'exposer ainsi l'enfant aux inconvénients qui appartiennent à une ponction directe.

Le tamponnement du vagin (Schœller), destiné à exciter des contractions utérines par l'irritation du col, est un moyen douloureux, très-difficilement supporté par les femmes en général, incertain d'ailleurs, et ne remplissant le but désiré qu'après une longue attente.

La dilatation du col au moyen de l'éponge préparée (Kluge), qui a été la méthode la plus usitée jusqu'ici, offre à côté d'avantages réels l'inconvénient d'être parfois d'une exécution fort difficile, et presque toujours douloureuse pour la femme.

M. le professeur Dubois, après avoir signalé brièvement les diverses imperfections que nous venons de mentionner, dans sa leçon clinique du 16 novembre 1852, et en présence d'un cas de viciation du bassin chez une femme alors soumise à l'observation des élèves, annonça son intention de provoquer l'accouchement prématuré chez cette femme au moyen d'une méthode qui avait réussi déjà dans d'autres pays, mais qui était nouvelle encore à la Clinique d'accouchements de Paris.

Ce procédé qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, consiste dans l'application méthodique de douches d'eau chaude sur le col utérin, fut mis en usage pour la première fois, dans des cas analogues, par M. le professeur Kiwisch, de Würtzbourg.

Nous tracerons aussi brièvement que possible l'histoire de la méthode nouvelle avant d'exposer les cas où elle a été employée à la clinique de M. le professeur Dubois.

Le professeur Kiwisch donna la description de son procédé opératoire et en énuméra les avantages dans un de ses ouvrages publié en 1846 et en 1848 (1).

N'ayant pu nous procurer cet ouvrage, nous avons eu recours à une publication intitulée : *Rapport annuel sur les progrès de la médecine*, et éditée par les docteurs *Canstatt* et *Eisenmann* (2); c'est là que nous avons puisé les renseignements suivants :

« Kiwisch (dit M. Siebold, auteur de l'article sur les progrès de l'art des accouchements en 1846) se sert de la *douche utérine*, lorsqu'il se propose de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Dès que la canule élastique a été portée profondément dans le vagin, on fait agir sur les parties, pendant 5 minutes, un filet d'eau à température modérée; puis l'on recommence cette opération au bout de 6 heures, ou un temps plus long; et ainsi de suite, à différentes reprises, jusqu'à ce que les contractions s'établissent. Voici les avantages que l'auteur attribue à son procédé.

« 1° La douche utérine prépare l'acte d'accouchement prématuré avec le plus de ménagement possible, au moyen du ramollissement et de la dilatation nécessaires du segment inférieur de l'utérus; l'abaissement normal de l'utérus a lieu en conséquence;

« 2° Avec ce moyen, tout traitement préparatoire est superflu;

« 3° Ce procédé est très-facile à employer et nullement désagréable aux femmes enceintes, puisque l'injection d'eau chaude ne produit aucun malaise;

« 4° Il ne prend pas beaucoup de temps, attendu que chaque application ne dure que quelques minutes, et que, dans un cas, cinq douches suffirent chez une personne qui paraissait devoir être rebelle à leur action;

« 5° Ce procédé est susceptible d'une graduelle élévation de puissance, attendu que l'on peut se servir d'eau plus chaude, ou bien prolonger chaque séance, ou encore rapprocher les douches; si bien que la durée de tout le procédé est laissée à la volonté de l'accoucheur;

« 6° Il ne peut jamais occasionner de lésion aux voies génitales, ni aux membranes de l'œuf; il ne peut exercer aucune influence préjudiciable au produit de la conception; de plus, ce moyen imite la nature principalement en ceci, qu'il hâte la préparation des voies génitales en y faisant affluer une plus grande abondance de liquide (3). »

Le même écrivain (Siebold), parlant du même sujet dans l'*Annuaire de* 1848, dit : « Kiwisch a communiqué des expériences ultérieures sur l'emploi de la douche utérine pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, et pour remplir d'autres indications obstétricales; d'après ces nouvelles expériences, les avantages signalés, en 1846, en faveur du nouveau procédé, ont trouvé leur pleine confirmation. Le moyen suffit à lui seul et complétement; il est, dans son application, d'une simplicité et d'une facilité extrêmes; il est susceptible de toute élévation graduelle de puissance, et conduit l'accouchement avec les plus grands ménagements et de la manière la plus conforme au procédé naturel. Au reste, Kiwisch se sert également de la douche comme d'un moyen qui augmente la force des douleurs et qui régularise ce que l'on a nommé les douleurs spasmodiques (Krampfwehen). Il rend aussi d'éminents services dans les cas d'altération de texture, et surtout dans les cas où il y a un défaut de souplesse dans l'orifice utérin, par suite d'une induration simple de la portion vaginale du col (1). »

Enfin, dans un ouvrage tout récent, le professeur Kiwisch parlant de l'application de ce moyen aux maladies utérines, rappelle en ces termes l'emploi qu'il en fait dans les cas qui nous occupent en ce moment.

« Je dois enfin mentionner que, dans ces derniers temps, je me suis également servi, avec un notable succès, de douches d'eau chaude, comme d'un moyen propre à exciter les contractions utérines dans le cas de faiblesse de ces contractions, et pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel (2). » — Puis l'auteur renvoie le lecteur aux *Beiträge*, Z. G.; 1846 et 1848, que nous avons mentionnés plus haut.

Tel est le procédé que M. le professeur Dubois s'était proposé de mettre à exécution, dès que l'occasion favorable s'en présenterait à la Clinique d'accouchements.

Voici maintenant, et avec quelques détails inséparables d'un premier exposé de faits nouveaux, en quelles circonstances, de quelle manière et avec quels résultats, les douches utérines ont été employées à la Clinique.

I. Des douches utérines destinées à provoquer l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin.

Les faits qui appartiennent à cette première catégorie sont au nombre de trois; nous allons les faire connaître en détail.

1re *Observation.* — Chauvière (Éléonore), âgée de 22 ans, cartonnière, est entrée à l'hôpital des Cliniques, le 5 novembre 1852, enceinte pour la troisième fois.

Cette femme, de petite taille, a la tête volumineuse; le dos est droit, mais les membres inférieurs, le gauche surtout, sont affectés de rachitisme à un degré très-prononcé. Les membres supérieurs sont courts et peu développés. Le sacrum est presque droit et le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur offre une étendue de 81 à 84 millimètres.

Née à Paris, de parents ayant une mauvaise santé, mais non rachitiques, Chauvière fut élevée dans un des quartiers les plus populeux de la capitale. Elle eut des convulsions à l'âge de 12 mois, une ophthalmie de longue durée vers sa troisième année; elle a marché avec des béquilles jusqu'à l'âge de 14 ans. Réglée pour la première fois à 19 ans, cette fille est devenue enceinte peu de temps après le début de la menstruation.

A sa première grossesse, Chauvière est allée jusqu'à terme, et le 21 décembre 1849, elle accouchait à la Maternité, après un travail de 42 heures terminé par la perforation du crâne et l'application du céphalotribe. L'enfant pesait 2,200 grammes et avait présenté la tête en première position.

C'est le 2 janvier 1851 qu'eut lieu la dernière apparition des règles avant la seconde grossesse. Obéissant au conseil qui lui fut donné sans doute lors de son premier accouchement, Chauvière se présenta encore à la Maternité, mais plusieurs semaines avant le terme, pour y réclamer les secours de l'art. Elle passa de la Maternité à la Clinique, le 1er août 1851.

Le 19 août, c'est-à-dire à une époque de la grossesse que l'on pouvait présumer être le septième mois et demi environ, M. le professeur Dubois fit la première application de l'éponge préparée. Il était dix heures du matin.

Une seconde application fut faite, le 20 août, à la même heure.

Le 21 août, à dix heures du matin, la perforation des membranes fut opérée par M. Dubois, et les premières douleurs régulières se firent sentir le même jour, à midi.

La dilatation fut complète, le 21, à dix heures du soir, et une heure après (onze heures du soir) l'accouchement se termina

(1) Beitrage zur Geburtskunde I (s. 114), und II (s. 1), Abtheil. Würtzburg, 1846 et 1848.

(2) Jahresbericht über die Fortschritte der Heilkunde im Jahre 1846 (s. 340) und Jahre 1848 (s. 331), herausgegeben von Dr Canstatt und Dr Eisenmann.

(3) Kiwisch, Beitrage, Z. G. I, S. 114.

(1) Kiwisch, Beitrage, Z. G. II, Abtheil, S. 1.

(2) Klinische Vortræge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlectes, 1. Abtheilung. Die Krankheiten der Gebärmutter. Von A. Kiwich, Ritter von Rotterau. Prag, 1851, § 22, Seite 54.

spontanément, après un travail de treize heures, par l'expulsion d'un enfant présentant la tête en première position. L'enfant, très-faible, mourut le lendemain à midi; il pesait 1,720 gr., et sa tête donnait les mesures suivantes :

Diamètre	occipito-frontal	12 centim.
—	occicito-mentonnier . .	13 centim.
—	bi-pariétal	8 centim. 1/2.
—	sous-occipito-bregmatique.	8 centim. 1/2.

Chauvière sortit de l'hôpital le 5 septembre 1851.

Lorsque, enceinte pour la troisième fois, elle rentra à la Clinique, en novembre 1852, Chauvière ne se rappelait nullement sa dernière époque menstruelle. Des informations prises auprès d'une de ses parentes permirent de fixer les dernières règles entre le 22 et le 28 mars, et la conception probable aux premiers jours d'avril 1852.

Le 15 novembre, Chauvière se trouvait, par conséquent, arrivée à peu près au septième mois et demi de sa grossesse.

Ce même jour, M. le professeur Dubois constata que le col était situé en haut et derrière le pubis, regardant en bas et en arrière, et que l'on pouvait faire pénétrer l'extrémité du doigt dans l'orifice externe. Il signala, en outre, la présence de la tête dans le segment inférieur de l'utérus, plutôt encore par le toucher pratiqué à travers les parois de cet organe que par l'introduction du doigt dans l'orifice lui-même. Le col, du reste, était peu long; cette circonstance paraissait tenir à sa conformation naturelle.

Le moment d'agir était venu, et M. Dubois fit immédiatement disposer l'appareil nécessaire pour administrer la douche utérine.

Appareil. Il consistait, pour la première douche donnée à la Clinique, en un réservoir fixé au mur, à six pieds au-dessus du plan du lit où devait reposer le bassin de la femme. De la partie inférieure d'une des parois de ce réservoir descendait un tuyau flexible, long de huit pieds, muni d'un robinet, à un pied de distance de son extrémité libre. A cette extrémité s'adaptait une canule de gomme élastique, à orifice unique ayant le calibre d'une tête d'épingle. Le réservoir pouvait contenir de 3 à 4 litres d'eau, et suffisait pour une douche de 10 à 12 minutes de durée. La température de l'eau était de 30 à 40° centigrades. La hauteur du jet ayant le calibre noté ci-dessus était de 6 à 8 pouces, dans le sens vertical.

Pour n'avoir plus à revenir sur ce qui regarde l'appareil, il faut noter de suite que, dès la seconde douche, il parut infiniment plus commode de substituer, au réservoir placé si haut et difficile à atteindre, l'appareil du docteur Eguisier pour les irrigations et injections continues. Ce dernier appareil, d'une contenance de 6 litres, suffit pour une seule douche d'un quart d'heure, et se place sur une chaise, tout auprès de la personne chargée de conduire la douche sur le segment inférieur de l'utérus.

Au reste, quel que soit l'appareil qu'on emploie, on peut, en variant la longueur et le calibre des canules adaptées à l'extrémité libre du tuyau flexible, augmenter ou diminuer à volonté la force du sujet; la flexibilité de la canule elle-même permet d'en varier la direction vers telle ou telle région du col ou de l'orifice à volonté.

Position de la femme. La femme fut placée sur le bord d'un lit adossé au mur, les pieds appuyés sur des chaises, les épaules soutenues par des oreillers, la vulve au-dessus du bord du lit que l'on a préalablement garni en toile cirée, afin que l'eau qui a servi à la douche puisse tomber librement, sans mouiller les vêtements ni le lit, dans le vase placé par terre entre les deux chaises.

Position de l'accoucheur. Celui qui donne la douche peut se placer devant la femme, à genoux ou assis. L'index de la main gauche, introduit jusqu'au col, dirige sur la région que l'on désire doucher l'extrémité libre de la canule, dont la base adaptée au tuyau flexible est supportée, au dehors de la vulve, par la main droite de l'accoucheur.

Description des douches. — 1re *douche.* Tout étant ainsi disposé, le robinet fut tourné de manière à donner un plein jet, et la première douche fut commencée à 3 heures 20 minutes du soir, le 15 novembre. Elle fut continuée sans interruption jusqu'à 3 heures 35 minutes et dirigée sur la partie externe et antérieure du col.

Cette longue injection d'eau tiède détermina chez cette femme plus de surprise que de douleur. Elle s'y accoutuma bientôt et nous dit que cette injection était, en définitive, bien moins douloureuse que n'avait été jadis l'introduction de l'éponge dans le col.

La nuit du 15 au 16 fut bonne; aucune sensation anormale du côté de l'utérus; quelques maux de reins seulement, que la malade rapporte au décubitus gardé pendant la douche.

2e *douche.* Elle fut donnée à 11 heures du matin, le 16 novembre (20 heures environ après la première), et dura un quart d'heure. Une canule de gros calibre, la même que la veille, fut d'abord introduite; le jet fut dirigé, pendant 5 minutes, contre la partie antérieure et inférieure de la lèvre postérieure du col; puis alors, une canule plus mince, plus longue et plus flexible remplaça la première et fut conduite très-doucement jusqu'à l'entrée de la cavité du col. Le jet fut diminué de moitié au moyen du robinet, et pendant 5 minutes un léger filet d'eau fut dirigé dans l'axe même de la cavité cervicale. Au bout de ce temps, la canule fut retirée de la cavité du col, et après avoir rendu au jet sa plénitude et sa force premières, on doucha dans tous les sens et pendant les 5 dernières minutes l'orifice externe.

Le soir du 16, à 5 heures, Chauvière, à qui l'on avait particulièrement recommandé de surveiller son utérus, en tenant sa main appliquée sur son ventre, dit qu'elle a éprouvé, depuis la douche du matin, et surtout lorsqu'elle était debout, un *durcissement pierreux* de l'utérus, sans douleur vive dans le ventre, mais avec une légère augmentation des maux de reins. Nous avons pu constater la présence d'une de ces contractions indolores.

3e *douche.* Elle fut commencée à 9 heures moins 5 minutes du soir, le 16 novembre. On avait préalablement constaté que l'orifice était plus mou et plus dilatable qu'il ne l'était le matin. On pénétrait plus facilement dans la cavité du col et on arrivait à l'orifice interne dont les bords étaient dilatables et présentaient déjà de 5 à 6 lignes de dilatation. Presque immédiatement au-dessus de cet orifice, on sent la tête très-mobile dans la poche des eaux. Un demi-jet d'eau tiède est projeté dans l'axe des orifices. La femme ne tarde pas à éprouver un picotement dans la région latérale gauche de l'utérus; puis, on put constater presque aussitôt une dureté générale du globe utérin qui se contracta ainsi pendant une minute sans que la femme parût en avoir conscience. La douche ainsi dirigée fut continuée 8 minutes environ, puis la canule fut retirée pour permettre de pratiquer le toucher; on constata la présence de la tête au-dessus du cercle de l'orifice, mais plus difficilement que tout à l'heure; les membranes elles-mêmes paraissaient un peu refoulées loin de l'orifice, et l'on put croire un instant qu'elles n'existaient plus à l'état de poche; mais presque aussitôt une contraction indolore vint tendre le sac amniotique, et cela sans qu'il se fût écoulé de liquide, ce qui devait faire supposer la complète intégrité des membranes. Après cette interruption, la douche fut recommencée et dirigée sur la partie extérieure du col dans tous les sens. A 9 heures 20 minutes, la douche était terminée. La femme fut alors touchée debout; la tête sembla s'être rapprochée de nouveau de l'orifice interne, et l'on put sentir que la poche des eaux était manifestement entière.

Chauvière se recoucha, et comme elle n'éprouvait que des contractions peu ou point douloureuses, elle s'endormit; mais, vers minuit, de violentes douleurs dues à des contractions utérines énergiques la réveillèrent et se succédèrent dès lors très-rapidement.

17 *novembre.* Un travail régulier s'étant établi depuis minuit et la dilatation faisant des progrès rapides, la patiente fut conduite à 3 heures du matin à la salle des accouchements. A 8

heures du matin, nous trouvâmes la dilatation complète; la poche des eaux arrivant presque à la vulve; les douleurs n'avaient pas cessé d'être fortes et régulières. On put alors constater la présence dans la poche amniotique, non plus de la tête, comme la veille, mais d'extrémités qui s'agitaient et frôlaient le doigt de l'observateur. L'auscultation donnait le maximum des doubles battements vers le fond de l'utérus.

M. le professeur Dubois, après avoir reconnu la présentation, perfora la poche d'où il s'écoula une énorme quantité de liquide. Cette dernière circonstance, ajoutée à la petitesse du fœtus, explique suffisamment la facilité, en pareil cas, d'une version spontanée du fœtus.

M. Dubois saisit les pieds l'un après l'autre et les amena à la vulve. Quelques tractions amenèrent bientôt en vue l'abdomen et l'ombilic. On put alors sentir l'oreille droite du fœtus placée au-devant du promontoire. Malgré quelques efforts pour faire franchir la tête, celle-ci n'en resta pas moins fixée, pour quelque temps, au détroit supérieur, et ce n'est qu'après des tractions faites sur les épaules, tout en faisant fléchir la tête au moyen d'un doigt placé dans la bouche, que l'on parvint à dégager l'enfant. Le cordon n'offrait plus de pulsations au moment de la naissance, et l'insufflation pulmonaire, pratiquée pendant 20 minutes au moins, n'amena aucun résultat.

Les suites de couches furent excellentes. Le pouls ne dépassa pas 60. Les tranchées furent presque nulles. La sécrétion laiteuse et les lochies suivirent leur cours normal.

Chauvière nous disait souvent qu'elle avait moins souffert cette fois que lorsqu'elle avait subi l'application de l'éponge.

Le 21 novembre, c'est-à-dire le cinquième jour après son accouchement, elle se sentait si bien que, malgré nos conseils et nos avertissements, elle voulut retourner chez elle.

Dr Campbell, *chef de clinique.*

(*La fin au prochain numéro.*)

Hôpital Necker. — M. Civiale.

Leçon clinique sur un cas de taille périnéale ayant présenté des difficultés extrêmes pour l'extraction du calcul, causées par une tumeur au col de la vessie. — Suites de l'opération très-simples.

Messieurs, plusieurs des malades que nous venons d'examiner dans nos deux pavillons offrent de l'intérêt; mais je veux aujourd'hui vous entretenir d'une opération faite en ville, dont vous n'avez pu, par conséquent, être témoins, à part quelques-uns de vous, et qui, pourtant, par la rareté du fait, vous servira d'utile enseignement.

Mercredi dernier, j'ai pratiqué l'opération de la taille chez un homme de 62 ans, d'une bonne constitution, mais usée par les souffrances auxquelles il était depuis longtemps en proie.

En effet, bien qu'habitant une ville (Orléans), où il aurait pu très-facilement être renseigné sur la nature de son mal, sa frayeur était telle à l'idée qu'il pût avoir la pierre, et par conséquent être exposé à subir une opération, que le cathétérisme fut seulement pratiqué dans ces derniers temps, quand, par la violence des douleurs, la vie lui était pour ainsi dire devenue insupportable. La pierre étant reconnue, le malade vint se confier à mes soins, espérant la lithotritie; mais l'exploration, qui me permit de vérifier l'exactitude du diagnostic porté sur l'existence de la pierre, me fit soupçonner que, malheureusement, à ce cas n'était point applicable la nouvelle méthode. La pierre s'offrait immédiatement au col de la vessie, en remplissait toute la cavité, et le viscère racorni s'appliquant à toute la surface du corps étranger l'incontinence d'urine était complète pendant la nuit, et, durant le jour, le malade était forcé d'uriner au moins toutes les dix minutes. Tout cela, vous le comprenez, n'en était point venu là sans avoir profondément altéré la santé: le sommeil était presque entièrement perdu, l'appétit nul, l'amaigrissement considérable; en un mot il était clair que, faute d'un prompt secours, ce malheureux allait succomber.

Avant de prendre un parti définitif, je voulus savoir si la pierre pouvait être saisie à l'aide d'un long instrument fenêtré et à long bec. Malgré les difficultés produites par l'absence de liquide dans la cavité vésicale, je parvins à engager le corps étranger entre les branches du lithoclaste, et je vis alors quelles difficultés j'aurais à le morceler. Je n'insistai nullement; mon parti était pris, et à l'instant même je fis comprendre à la famille qu'il fallait, et le plus promptement possible, recourir à l'opération de la taille.

C'est ce que je fis mercredi dernier, par le procédé périnéal dont je vous ai déjà entretenus en détail (1): incision longitudinale sur le raphé même, allant du bulbe à l'anus, très-longue pour la division des téguments, mais plus profondément, respectant le bulbe et ouvrant l'urètre dans l'étendue de quelques lignes; par la boutonnière de l'urètre, on introduit le lithotome double *à lames droites,* à l'aide duquel on divise un peu obliquement alors le col vésical et les deux lobes latéraux de la prostate. Je ne reviens pas sur les avantages de cette lithotomie qui, plus facile que toutes les autres, vous donne l'étendue de la plaie profonde, aussi grande que possible, et vous exempte de plusieurs dangers propres à d'autres manières d'opérer. Quoi qu'il en soit, tous les temps de la cystotomie proprement dite n'ont rien offert de particulier chez notre malade. Je vous dirai seulement, qu'en introduisant le gros cathéter cannelé, j'ai eu bien soin de le faire glisser entre la pierre et la face inférieure de la vessie. Vous devinez quelles difficultés j'aurais éprouvées plus tard, si le bec de mon instrument s'était engagé en avant de la pierre elle-même.

La voie était faite: il s'agissait d'amener la pierre au dehors, mais, comme elle était immédiatement appliquée à l'orifice profond de la plaie, bouchant le col de la vessie, il m'a fallu, pour pouvoir la saisir avec les tenettes, la refouler en haut et en arrière. C'est ce que je fis facilement avec l'extrémité du doigt; et c'est dans le temps préparatoire à l'extraction que je reconnus la présence au col d'une masse dure et fongueuse d'un volume considérable. Je devinai bien que cette complication pouvait devenir gênante, sans soupçonner pourtant toutes les difficultés qu'elle allait apporter à l'achèvement de mon opération. Je saisis la pierre sans trop de peine, mais en tirant sur les tenettes pour arriver à l'extraire, le calcul, fortement retenu, échappa et je n'amenai au dehors que des éclats de son écorce phosphatique; quelques nouvelles tentatives ayant le même résultat, je débridai sur le doigt, avec un bistouri boutonné, la prostrate fongueuse en différents sens; de nouvelles tractions de plus en plus soutenues, de plus en plus énergiques, n'amenaient que des caillots sanguins et des portions considérables détachées du fongus. Je commençais à avoir quelques inquiétudes; une demi-heure environ s'était écoulée dans ces longues et toujours infructueuses manœuvres, une assez grande quantité de sang s'était échappée, et, bien que le sommeil par le chloroforme n'eût point cessé durant tout ce temps, et qu'en conséquence le malade n'eût point souffert, on pouvait penser qu'il était prudent de ne pas continuer plus longtemps. C'est au moment que je faisais ces réflexions, en les soumettant aux confrères et aux élèves qui m'assistaient, qu'une dernière tentative, où peut-être la pierre fut saisie dans le sens le plus favorable, nous permit enfin de retirer le corps étranger.

L'opéré, mis au lit et mal réveillé de sa longue éthérisation, fut en proie à une agitation inquiétante à laquelle succéda, au bout d'une heure, un certain affaissement; mais le soir, quand je le vis, je le trouvai très-bien, calme, sans souffrances; de même le lendemain matin; et la nuit avait été bonne, quelques coliques seulement. Pour tout dire, enfin, aujourd'hui samedi, après trois jours accomplis, son état général est excellent, pas de fièvre, pas de douleur locale, du sommeil; les bouillons que je lui permets lui semblent excellents. Il y a eu, durant une partie de ce temps, une sorte d'absence de sécrétion urinaire, les linges étant à peine tachés. Hier j'ai sondé la plaie et ne retirai de la vessie qu'une ou deux cuillerées d'urine; ce n'est donc pas la plaie qui, par son gonflement, retenait ce liquide. J'ai poussé,

(1) *Gazette des Hôpitaux;* mai 1852.

par la sonde, quelques injections d'eau tiède et le cours de l'urine me paraît à peu près normalement rétabli par la plaie, elle sort même sans être teinte par le sang.

Quelle a été, messieurs, la cause des difficultés qui nous ont arrêtés si longtemps ici? Ce n'est pas le volume de la pierre. Bien qu'elle soit assez grosse, j'en ai certainement retiré de moitié plus grosses par le périnée. Ce n'est pas non plus la position. La position du calcul a jeté quelquefois en de grands embarras, mais seulement pour saisir, non pour extraire. Je vous ai déjà cité l'histoire de Bransby Cooper, qui fut près d'une heure à pouvoir saisir un calcul qui n'était pas plus gros qu'un œuf de pigeon ; mais ce calcul pendait au sommet de la vessie. Non, pour nous, une seule cause a prolongé si longtemps, et si longtemps en vain, nos manœuvres : c'est la tumeur du col de la vessie, tumeur qui, d'après la nature des débris que nous avons retirés et qui ont été examinés avec soin, n'était autre qu'une volumineuse tumeur prostatique. Et le mécanisme de l'obstacle est évident : nous avions en effet un bourrelet, une barrière résistante, placée entre la pierre et le trajet par lequel nous tentions de la retirer. Plus nous tirions, plus nous appliquions étroitement la pierre contre l'éperon de la prostate hypertrophiée. Aucun tissu de l'économie ne peut, en effet, donner l'idée de la densité et du défaut complet d'élasticité que présente la prostate ainsi malade. Peu à peu, pourtant, les bords de ce bourrelet, froissés et arrachés par le jeu des tenettes et le sommet de la pierre, se détachaient et tombaient par la plaie, et c'est ainsi, sans doute, et aussi par les débridements pratiqués, qu'enfin l'extraction de la pierre est devenue possible dans notre dernière tentative.

Pouvait-on prévoir tout cela à l'avance? Sans doute l'art est actuellement en possession de moyens propres à faire reconnaître la présence, au col de la vessie, d'une tumeur, à faire apprécier même plusieurs de ses caractères ; mais, pour cela, il est nécessaire qu'une injection préalable vous donne l'espace propre à faire aisément manœuvrer les instruments. C'est là ce qui était difficile chez notre malade, dangereux même peut-être à tenter. Il me paraissait suffisant, à cause de l'urgence impérieuse du cas actuel, d'avoir constaté que le volume de la pierre lui permettait de sortir par le périnée. La taille hypogastrique que je préfère, vous le savez généralement, lorsque la lithotritie n'est pas applicable, nous aurait certainement ici offert plus de facilité ; et je regrette encore, je regrettais surtout, dans le cours de l'opération, de n'y avoir point eu recours. J'en ai été détourné par l'état de la vessie étroitement appliquée sur la pierre, et aussi par le peu de docilité que je redoutais de la part du malade, pour supporter la sonde à demeure après la cystotomie sous-pubienne.

On connaît des cas, même nombreux, dans lesquels les opérateurs, arrêtés par les difficultés ont, les uns, laissé l'opération inachevée, d'autres remis l'extraction à quelques jours d'intervalles, quelques-uns enfin ont eu immédiatement recours à la taille hypogastrique. Ces déterminations, approuvées par les uns, blâmées par les autres, blâmées surtout par ceux qui ont peu ou point opéré, nous montrent assez dans quelle position cruelle peut se trouver le chirurgien. Vous lirez de ces faits dans Thomassin, Deschamps, Sabatier, pour ne citer que nos compatriotes. Je vous renvoie surtout à l'effrayant tableau tracé dans l'une des peu nombreuses mais excellentes observations de Covillard.

Ce qui est vrai, c'est que le chirurgien seul, l'instrument à la main, est juge de la conduite à tenir en pareil cas. J'admets, s'il le faut, qu'il reste calme et de sang-froid dans cette lutte où il échoue à chaque instant ; mais il est épuisé de fatigue, ses mains sont meurtries sous la pression des tenettes ; il voit, il sent son malade s'affaiblir ; et qui pourrait le blâmer de remettre alors l'opération à un autre jour, aujourd'hui surtout qu'à l'aide d'instruments puissants il pourra briser la pierre par la plaie.

Et cependant il y a de grands avantages à persister, car les tissus qui bordent la plaie prostatique s'affaissent, se déchirent même à chaque manœuvre, perdant ou un peu de leur substance, ou au moins leur rigidité, leur résistance d'abord invincibles. J'ai vu cela en plusieurs circonstances, et le fait que je vous raconte ici m'en est un nouvel exemple.

Tout, jusqu'ici, tend à dissiper les craintes que nous feraient concevoir la longueur et les difficultés de l'opération. Et nous pouvons espérer que le succès viendra de nouveau montrer chez notre malade, que les tailles les plus laborieuses ont été souvent celles dont les suites ont été les plus simples.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Note sur le dosage du sucre de lait et sur les moyens de reconnaître les falsifications du lait,

Par M. Poggiale.

(*Présentée aux Académies des sciences et de médecine.*)

MM. Becquerel et Vernois viennent de présenter aux Académies des sciences et de médecine, un travail dans lequel ils ont examiné la valeur de quelques procédés chimiques et des instruments de physique à l'aide desquels on a cherché à reconnaître les fraudes dont le lait est si souvent l'objet. Le lactoscope de M. Donné, le crémomètre, le galactomètre, etc., ne fournissent, suivant eux, que des résultats inexacts et quelquefois trompeurs. Le procédé que j'ai employé et qui consiste à doser le sucre de lait par le saccharimètre de M. Soleil, serait au contraire le meilleur de tous, si l'instrument de cet habile constructeur pouvait être manié plus facilement, s'il permettait d'examiner les liquides colorés, et si j'avais prévu et précisé la présence de la dextrine.

Cela étant admis par eux, ils ont cherché un moyen plus sûr et plus commode ; mais c'est encore à un appareil du même genre qu'ils se sont adressés ; comme moi, ils ont dosé le sucre de lait au moyen d'un appareil saccharimétrique, basé sur les propriétés optiques du sérum du lait. Je tiens donc à constater, avec toute la convenance que l'on doit aux hommes qui cultivent les sciences, que le procédé proposé par MM. Becquerel et Vernois m'appartient ; mais je dois montrer aussi que le polarimètre qu'ils ont fait construire est de beaucoup inférieur à celui que j'ai employé, ce qui, je crois, me sera facile.

On sait que je me suis servi de l'ingénieux appareil de polarisation de M. Soleil. La lumière qui pénètre dans cet instrument produit, en traversant les prismes qui s'y trouvent disposés, deux disques séparés par une ligne médiane. Les deux moitiés de chaque disque ont la même teinte dans l'état normal de l'instrument, mais en mettant sur le passage des rayons lumineux un liquide sucré, du petit lait, par exemple, les deux côtés du disque n'offrent plus la même coloration. Si on rétablit alors l'identité des couleurs au moyen de deux prismes de quartz, que l'on fait mouvoir à volonté, et si l'on tient note du nombre des degrés que marque un vernier fixé sur les prismes du quartz, on peut déterminer, avec une exactitude rigoureuse, la quantité de sucre que contient le petit-lait et constater ainsi la richesse du lait.

Pour faire cet essai, on coagule d'abord le lait au moyen de l'acide acétique à la température de 40 à 50° ; on filtre ensuite et l'on ajoute au liquide filtré quelques gouttes d'acétate de plomb qui déterminent un précipité assez abondant. On obtient par une nouvelle filtration une liqueur parfaitement transparente et très-propre à ce genre de recherches.

Le sérum étant ainsi préparé, on l'introduit dans un tube d'observation, et après l'avoir fermé, on le place sur l'instrument pour obtenir le nombre de degrés indiquant la déviation que la lumière polarisée éprouve en traversant le liquide sucré. Si l'on a trouvé, je suppose, 28°, il suffira de consulter la table que j'ai dressée, à cet effet, pour avoir le poids du sucre contenu dans un litre de petit lait. On arrivera au même résultat à l'aide de la proportion suivante : $100 : 201{,}90 :: 28 : x = 56{,}53$. C'est-à-dire que, dans cette supposition, 1,000 grammes de petit-lait contiennent 56 grammes 53 centigrammes de sucre. 201,90 est la quantité de sucre de lait qui, dissoute dans l'eau distillée et

portée au volume de 1,000 centimètres cubes, produit une déviation de 100 degrés.

Il résulte de mes expériences, que 1,000 grammes de lait contiennent en moyenne 52 grammes 7 décigrammes de sucre et fournissent 923 grammes de petit-lait. Par conséquent, 1,000 grammes de petit-lait renferment 57 grammes environ de sucre. Cette proportion correspond, d'après ma table, à peu près à 28°, mais une tolérance de 2 ou 3 degrés me semble nécessaire.

Le lait vendu dans le commerce marque généralement de 19 à 23° au saccharimètre.

Au lieu d'employer cet appareil, MM. Becquerel et Vernois ont fait usage d'un petit instrument fabriqué par M. Dubosc, qui, comme celui de M. Soleil, est destiné à faire connaître dans un liquide la proportion de sucre. Mais le saccharimètre avec lequel j'ai fait mes expériences, est, de l'aveu même de M. Dubosc, infiniment plus sensible que l'appareil de polarisation par déviation angulaire employé par MM. Becquerel et Vernois. Il ne peut y avoir aucun doute à cet égard. Ce fait, reconnu par le constructeur lui-même, a été confirmé par plusieurs expériences comparatives que j'ai exécutées avec les deux polarimètres. Ainsi, j'ai examiné des liqueurs titrées contenant du sucre de lait, de la dextrine, du sucre de canne ; et, dans toutes mes observations, j'ai retrouvé très-exactement, avec l'appareil de M. Soleil, la quantité de sucre que j'avais employée ; tandis que celui de MM. Becquerel et Vernois a donné, au contraire, des résultats tellement incertains, que j'ai eu des erreurs s'élevant à plus de 10 pour 100. Il importe d'ajouter qu'une lumière observée avec ce polarimètre ne s'éteint pas complétement ; elle prend diverses colorations qui trompent l'observateur.

Il est donc aisé de comprendre que, sous le rapport de la précision, le polarimètre qu'on a fait construire par M. Dubosc n'est pas comparable à celui de M. Soleil ; il est sans doute d'un plus petit volume ; mais si les résultats qu'il fournit sont inexacts, cet avantage devient illusoire. MM. Becquerel et Vernois n'ignorent pas d'ailleurs que M. Soleil a construit, d'après le désir exprimé par un grand nombre de chimistes, un *petit polarimètre* portatif, sans pied, peu coûteux, mais qui, comme celui qu'ils emploient, *manque de précision.*

Je sais que la déviation produite par la dextrine est plus considérable que celle du sucre de lait ; j'avais même prévu et précisé son addition au lait dans mon procédé par la liqueur cuivrique, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les lignes suivantes extraites de mon travail : « Si le lait est falsifié par les substances albumineuses, la gomme arabique, la dextrine, la fécule, les émulsions de graines oléagineuses, etc., la fraude sera reconnue en dosant le sucre, puisqu'elle ne peut avoir lieu qu'en ajoutant de l'eau au lait. »

D'après mes expériences faites avec le polarimètre de M. Soleil, la déviation produite par la dextrine est à celle du sucre de lait comme 13 1/2 est à 5 ; elle n'est donc pas quatre fois plus élevée. Il n'est pas aisé de saisir, dans ce qui a été publié, comment MM. Vernois et Becquerel peuvent non-seulement déterminer, mais même reconnaître la présence de la dextrine dans le lait. Si, par exemple, on ajoute de l'eau au lait dans la proportion d'un volume d'eau pour trois volumes de lait, ce qui est très-ordinaire, et 4 grammes de dextrine pour 1,000 grammes de ce mélange, la déviation est égale à celle que produit le lait normal. *Comment pourrait-on, dans ce cas, constater la fraude?* cela me semble impossible. Ce moyen n'a donc pas la netteté et la précision que doivent présenter les méthodes de ce genre. Les deux procédés que j'ai proposés, et qui, dans les cas douteux, doivent être employés simultanément, me mettent au contraire à l'abri de ce reproche, puisque dans le dosage du sucre de lait, par la méthode des volumes, on sépare, avec une *exactitude rigoureuse,* le sucre de la dextrine.

Lorsque le lait est écrêmé, ou bien qu'il est altéré, soit par le sucre de lait, soit par le sucre qui exerce le même pouvoir rotatoire sur la lumière polarisée, je détermine, par un moyen simple et suffisamment exact que j'ai publié, la quantité de matière grasse. Par le procédé de MM. Vernois et Becquerel, il est *absolument impossible* de savoir si on a enlevé la crême du lait, ou bien si on y a ajouté du sucre. C'est un inconvénient extrêmement grave auquel ils ne paraissent pas avoir songé.

Je ne parlerai pas d'un reproche adressé au polarimètre de M. Soleil, qui ne permet pas d'examiner les liqueurs colorées, puisque, dans le cas dont il s'agit, on n'a pas à étudier *des liquides de cette nature.* Mais je prendrai la liberté de demander à MM. Becquerel et Vernois, pourquoi ils admettent que la loi ne doit permettre qu'une déviation de 3° 1/2 au petit polarimètre, qui ne donne que 38,50 de sucre pour 1,000 grammes de lait? D'après les analyses de MM. Boussingault et Regnault, ce liquide contient 50 grammes de sucre pour 1,000, et j'ai toujours trouvé, par le polarimètre de M. Soleil, de 50 à 55 grammes de sucre dans le sérum provenant du lait pur. Aussi, au Val-de-Grâce, je refuse le lait qui ne renferme que 38,50 de sucre.

« M. Poggiale, disent MM. Vernois et Becquerel, a proposé de doser le sucre de lait ; c'est là évidemment un essai très-heureux, mais le procédé proposé est d'un emploi difficile et délicat. » Pour répondre à cette appréciation, il me suffira de rappeler sommairement la méthode que j'emploie et à l'aide de laquelle les élèves les moins expérimentés du Val-de-Grâce déterminent en quelques minutes et très-exactement la quantité de sucre de lait.

On prend avec une pipette 20 centimètres cubes de la liqueur d'épreuve, dont j'ai indiqué la composition, et qu'il n'est pas nécessaire de titrer. On l'introduit dans un petit ballon. On y ajoute quelques fragments de potasse caustique et on élève ensuite la température du liquide jusqu'à l'ébullition. D'un autre côté, on remplit une burette graduée de petit-lait que l'on verse goutte à goutte dans la liqueur d'épreuve, en agitant et en chauffant après chaque addition de petit-lait. On continue ainsi jusqu'à ce que le liquide soit complétement décoloré. On lit alors sur la burette la quantité de petit-lait qui a été employée, et on a ainsi la proportion de sucre contenue dans 1,000 grammes de petit-lait.

Il suffit, pour cela, de se rappeler que 20 cent. cubes de la solution cuivrique que j'emploie sont décolorés par 0,185 millig. de sucre de lait.

Il est quelquefois utile, comme vérification, de répéter cette opération. Toutes les dispositions étant prises et le titre étant à peu près connu, une ou deux minutes suffisent pour cette seconde opération.

En résumé, il résulte des considérations précédentes :

1° Que le procédé indiqué par MM. Vernois et Becquerel pour le dosage du sucre de lait m'appartient ;

2° Que leur appareil est basé, comme celui que j'ai employé, sur les propriétés optiques du sérum, mais qu'il ne lui est pas comparable, sous le rapport de la précision ;

3° Que si le lait est écrêmé ou falsifié par la dextrine et le sucre, il est impossible de reconnaître la fraude avec leur polarimètre.

4° Que je détermine facilement, à l'aide de la liqueur cuivrique, la présence et la proportion de la dextrine contenue dans le lait ;

5° Que, pour constater l'addition du sucre, je sépare la matière grasse par un procédé simple et suffisamment rigoureux ;

6° Enfin, que MM. Vernois et Becquerel, ayant employé un polarimètre sans contredit moins exact que celui de M. Soleil, ont obtenu des résultats analytiques sur la précision desquels on doit nécessairement concevoir des craintes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 février 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle ne comprend que l'envoi d'un modèle d'appareil pour les maladies

des membres abdominaux, par le docteur Margoton, de Bagnères-de-Luchon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Inhumations précipitées.

M. le docteur Letellier, de Saint-Leu, signale à l'Académie la fréquence des inhumations précipitées, et voudrait qu'on déclarât qu'à l'avenir les inhumations n'auront lieu que vingt-quatre heures après la constatation du décès.

Falsification du lait.

M. Poggiale adresse une note sur ce sujet. (Voir ci-dessus.)

Cautérisation du col de l'utérus.

M. le docteur Dujardin, de Lille, envoie une note sur un nouvel instrument pour cautériser le col de l'utérus avec le caustique de Vienne.

Vaccine.

M. Dugat, d'Orange, signale à l'Académie qu'un tiers des jeunes soldats qui arrivent au dépôt de cette ville ne sont pas vaccinés.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit les quatre rapports suivants sur des demandes d'exploitations d'eaux minérales :

1° Eau sulfureuse située à Belleville. Conclusion : ajournement. (Adopté.)

2° Eau sulfureuse située à Gazost (Hautes-Pyrénées). Conclusion : il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation. (Adopté.)

3° Deux nouvelles sources sulfureuses situées au Vernet (Pyrénées-Orientales). Conclusion : accorder l'autorisation. (Adopté.)

4° Rapport sur un *appareil servant de burette portative pour l'eau sulfureuse de Labassère*. M. le rapporteur propose de publier dans le bulletin la description de cet appareil, imaginé par MM. François Pithol et Chambert. (Adopté.)

LECTURES.

De l'alcalisation de l'urine, considérée comme phénomène d'élimination, chez les personnes soumises à l'usage des eaux de Vichy.

M. Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, lit le travail suivant :

On sait que l'urine des personnes qui font usage de boissons alcalines en certaine quantité, perd de ses qualités acides et devient elle-même alcaline. C'est ce que l'on observe principalement à Vichy, sous l'influence du traitement thermal.

Ce phénomène n'a guère encore été considéré que sous un point de vue qui nous paraît manquer d'exactitude. On a supposé que, sous l'influence des principes alcalins introduits dans l'économie, les qualités de nos humeurs, du sang en particulier, se trouvaient modifiées, et que, par suite de cet état auquel on a donné le nom de *saturation* alcaline de l'économie, les acides, qui font la base de la partie la plus importante de nos sécrétions, des sécrétions excrémentitielles en particulier, neutralisés par ce changement de milieu, disparaissaient et se trouvaient remplacés par des produits alcalins.

Un autre interprétation du phénomène que nous avons rappelé, plus conforme, suivant nous, aux règles de la physiologie, comme aux faits pathologiques auxquels il s'applique, nous a paru mériter d'être exposée devant l'Académie. Tel sera l'objet de cette courte note.

Il est une loi de l'organisme d'après laquelle les principes non assimilables, c'est-à-dire non susceptibles d'être convertis en notre propre substance par le fait de la nutrition, tendent à être rejetés au dehors; les organes de cette élimination sont les organes des sécrétions excrémentitielles, et en particulier les reins. C'est une idée aussi ancienne que la médecine, que cette tendance de l'organisme à expulser les substances nuisibles ou inutiles qui peuvent exister dans son sein. Manifestation palpable de la nature bienfaisante et médicatrice, il était réservé à la médecine moderne de la mettre en lumière par une démonstration qui emprunte à la chimie ses procédés et son évidence.

C'est à la toxicologie, et au savant qui s'en est fait pour ainsi dire l'inventeur, que revient l'honneur de cette démonstration, assurément un des faits les plus intéressants de la science contemporaine. C'est en poursuivant la recherche des poisons, chez l'homme vivant comme sur le cadavre, que M. Orfila a retrouvé dans l'urine, et peu de temps après leur introduction, la trace de toutes les substances toxiques minérales introduites dans nos organes, par quelque voie que ce fût; et c'est le même ordre d'idées et d'expérimentations qui a fait retrouver dans l'urine la trace des substances médicamenteuses prises dans un but si différent.

Ce n'est pas tout, revenant, par un cercle d'idées dont l'histoire de la science nous fournit tant d'exemples, aux plus anciennes croyances de la médecine, vous avez vu, dans une circonstance récente et destinée à laisser de si profonds souvenirs, notre illustre collègue, supposer que les maladies épidémiques, les maladies contagieuses, les maladies sporadiques même d'un certain caractère, n'étaient que le résultat d'une cause matérielle et palpable infectant nos organes, et dont la nature, empressée denou sdé barrasser, laisserait saisir, à de savantes analyses, des traces reconnaissables dans les résidus de l'économie.

C'est donc un fait acquis à la science, messieurs, sans invoquer davantage ces dernières hypothèses, dignes cependant de toutes nos méditations, que toute substance non assimilable, introduite dans l'organisme, tend à en être éliminée par la voie de certaines sécrétions, dont les reins et la peau sont les organes essentiels.

Pourquoi les alcalins échapperaient-ils à cette loi? Vous allez voir que tout annonce qu'ils obéissent, comme tant d'autres principes, à cette règle conservatrice de l'organisme.

L'usage des eaux de Vichy, pendant la durée ordinaire d'un traitement thermal, sujet dans lequel je renfermerai cette étude, a pour effet d'introduire dans l'économie des quantités considérables de bicarbonate de soude, les autres principes minéralisateurs pouvant être négligés.

C'est ainsi qu'en supposant la dose modérée de cinq verres d'eau minérale par jour, nous trouvons qu'au bout de vingt-cinq jours, durée moyenne d'un traitement, 150 grammes de bicarbonate de soude auront été introduits dans nos organes; si l'on suppose la dose plus considérable de douze verres par jour, 375 grammes; enfin, si l'on admet la dose de vingt verres que nous voyons prescrire, malgré ce qu'elle peut avoir d'excessif, nous trouvons que 600 grammes ou 25 grammes par jour auront été absorbés, et cela sans compter la proportion considérable encore qui en doit pénétrer pendant le séjour d'une heure au moins par jour dans un bain minéral.

Supposer que ces centaines de grammes de bicarbonate de soude, introduits pendant une durée de temps limitée, sont demeurés dans l'organisme pour y imprégner nos organes de principes alcalins et les saturer, comme on dit, est sans doute inacceptable. Il a bien fallu que ce sel, corps étranger pour l'économie, en disparût sous une forme quelconque; mais il y a, dans ce sel, une partie fixe, la soude, qui n'a pu se décomposer, elle a dû être éliminée. En effet, l'urine, sous l'influence de ce traitement, devient neutre, puis alcaline, la sueur elle-même s'alcalinise : nous saisissons en quelque sorte au passage l'élément minéralisateur de l'eau de Vichy.

Mais ce phénomène d'élimination, quelle en est la signification et dans quelles circonstances se produit-il? Voici ce que nous avons surtout à examiner, car pour le fait lui-même, il est patent et vulgaire.

On a supposé que l'alcalisation de l'urine n'avait lieu qu'alors que l'économie se trouvait saturée de sels alcalins, ne rencontrait plus d'acides à éliminer, et rejetait au dehors des sécrétions alcalines au lieu des sécrétions acides qui appartiennent à l'état physiologique.

Ce mot de saturation, dont on abuse assez généralement au sujet des traitements thermaux, se comprend dans le sens physiologique : il signifie alors qu'il est une certaine limite dans laquelle l'économie accepte les substances qu'on y introduit, limite variant sans doute suivant ses propres conditions, et qui se mesure par ce qu'on appelle la *tolérance*. Mais la cessation de la tolérance ne s'annonce pas ordinairement par des phénomènes paisibles et indéfiniment continus d'élimination : elle se traduit au dehors par des phénomènes pathologiques.

Prendrons-nous le mot de saturation dans le sens chimique? Comprenez-vous, messieurs, nos organes baignés de toutes parts dans des liquides alcalins, le sang *fluidifié*, nos tissus *délayés*, le bicarbonate de soude imprégnant tout notre être, enfin la saturation réalisant pour l'organisme une dissolution générale, et lui faisant regretter sans doute l'injection conservatrice au moins, dont il est si facile aujourd'hui de protéger nos restes.

Telle est, en effet, messieurs, la traduction littérale du mot *saturation*, pris dans le sens chimique, c'est-à-dire dans l'acception qui l'a fait indiquer, comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy.

Nous ne supposerons donc pas que l'alcalisation de l'urine puisse être considérée comme le symptôme d'un état de saturation chimique de l'économie; car cette saturation serait plus qu'un état toxique, elle serait incompatible avec la vie. Mais est-elle l'indice d'un état de saturation physiologique, c'est-à-dire de cet état que l'on peut supposer exister lorsque vient à cesser la tolérance de l'économie pour un médicament?

Non, sans doute; et voici en effet ce qui s'observe :

Aussitôt que l'on absorbe de l'eau de Vichy, l'urine prend ou du moins peut prendre des caractères alcalins.

C'est-à-dire, qu'avaut une heure passée dans un bain, composé d'eau de Vichy, et sans avoir bu un seul verre d'eau, l'urine est habituellement neutre, souvent alcaline.

Il n'y a alors sans doute encore aucune espèce de saturation de l'économie. Que signifie donc cela? Que le bicarbonate de soude est, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser par les voies ordinaires d'élimination.

Il arrive ici ce que l'on observe après une seule injection d'iode, qui suffit pour que la présence de ce corps se retrouve dans l'urine, bien

qu'assurément l'économie ne soit pas encore saturée des préparations iodurées.

A mesure que le traitement se poursuit, cette élimination devient de plus en plus active; l'urine de neutre devient franchement alcaline; la sueur, la salive, toutes les sécrétions enfin empruntent le même caractère au principe qu'elles contribuent à éliminer.

L'activité de cette élimination n'est pas la même chez tout le monde. En effet, lorsqu'on examine l'urine du matin, on trouve que chez un certain nombre d'individus, elle est encore bien alcaline; chez d'autres, elle n'est plus que neutre; chez d'autres enfin, elle a repris un certain degré d'acidité. Il est remarquable que ces différents résultats ne présentent de rapports certains ni avec la quantité d'eau minérale absorbée, ni avec la durée du traitement, ni avec la nature de la maladie. Il est, au contraire, un instant de la journée où tout le monde a l'urine franchement alcaline : c'est l'heure où l'on boit. C'est en général à jeun, le matin, et aussi avant le dîner, que les malades boivent les verres d'eau minérale qui leur ont été prescrits ; alors l'urine est alcaline. Ceci prouve, comme l'avait prouvé l'effet si remarquable d'un seul bain sur l'urine, que l'élimination des alcalins se fait avec une grande rapidité; mais que, suivant qu'elle est plus ou moins active, elle s'achève alors ou se continue pendant les heures qui suivent, ce que l'on reconnaît au degré d'alcalinité que conserve l'urine, ou à l'acidité qui y reparaît. M. Orfila neveu, dans les intéressantes recherches communiquées l'année dernière à l'Académie des sciences, avait également reconnu que l'activité éliminatrice d'une même substance variait individuellement chez les animaux d'une même espèce.

Il s'établit donc chez les individus qui suivent le traitement thermal, un double courant, l'un introduisant des principes minéralisateurs dans l'économie, l'autre les rejetant; et c'est cette circonstance qui seule permet de porter à des doses aussi énormes, de 10 à 30 grammes, la proportion des matériaux solides absorbés en un jour.

Maintenant il est vraisemblable que tout n'est pas éliminé : quelle proportion en conserve l'économie? Quel rôle y joue cette proportion retenue? Cela ne me paraît pas plus aisé à définir que s'il s'agissait de principes salins, de principes sulfureux, que s'il s'agissait de préparations iodurées, mercurielles, etc. Il est vrai que l'on ne s'est pas toujours exprimé avec la même réserve. On a cru que, par l'entremise de nos humeurs changées en de véritables menstrues chimiques, toutes sortes de choses se dissolvaient en nous, et réalisant en imagination cette idée de dissolution de l'économie, que nous présentions tout à l'heure comme un fantôme vain, on a écrit que l'eau de Vichy dissolvait et les muscles et la graisse des personnes qui en font usage; ce qui fait que s'il en était ainsi, on s'en irait de Vichy dans un fort triste état.

Qu'avait-on vu de tout cela? On avait vu des graviers d'acide urique se dissoudre dans de l'eau de Vichy. D'expériences ou d'observations quelconques, relatives à ces théories, nous n'en trouvons pas de traces. Mais la vraie raison est que l'on ne concevait pas comment tant de bicarbonate de soude pouvait se trouver dans l'économie sans dissoudre quelque chose, dût-il nous dissoudre nous-même. Mais si l'on reconnaît que les principes minéralisateurs de l'eau de Vichy sont éliminés en grande partie, non pas quand il existe une saturation imaginaire, mais à mesure qu'ils sont introduits, alors on renoncera sans doute à dire que la médication par les eaux de Vichy est une médication *fluidifiante* ou *dissolvante*, parce que de tels mots deviennent un contre-sens absolu, du moment qu'on en fait l'application aux malades qui s'y soumettent.

Tout ceci ne veut pas dire, bien entendu, que l'action médicamenteuse de l'eau de Vichy soit une action purement dynamique; qu'aucun phénomène de réaction chimique n'y prenne part, et qu'enfin les qualités alcalines de ce médicament ne trouvent aucune occasion de s'exercer, une fois introduites dans nos organes.

Les phénomènes de sécrétion, de nutrition, dont l'organisme est, dans sa révolution constante, le siége incessant, ne sont autres, en définitive, que des actions chimiques que dirige la vie. Mais si nous devons attendre encore, avant d'accepter la merveilleuse traduction que Berzélius, Liebig et Dumas nous ont donnée de cette chimie vivante, à plus forte raison devons-nous nous abstenir de formuler l'action encore ignorée des eaux minérales sur nos organes sains ou malades.

Quoi qu'il en soit de ces questions, que nous n'avons dû toucher qu'incidemment, l'élimination des principes minéralisateurs introduits par l'eau de Vichy est, avons-nous dit, la conséquence d'une loi physiologique, et en même temps une garantie contre le danger d'introduire dans l'économie un excès de principes étrangers. C'est là ce qui permet à la tolérance de s'entretenir pendant un temps souvent prolongé. Cependant, nous voyons souvent cesser la tolérance.

On peut observer, pendant la durée des traitements thermaux, plusieurs séries d'accidents dont il importe de connaître la signification.

Il y a d'abord une période, ou d'excitation, ou même de *fièvre thermale*, qui s'observe peu après le début du traitement, et qui du reste manque souvent. C'est le résultat du défaut d'habitude de nos organes, lesquels réagissent d'abord contre une médication stimulante; mais ils s'habituent et la tolérance s'établit.

Puis vient une époque où la tolérance disparaît. Cela veut-il dire que nos organes sont saturés? Saturés physiologiquement, si vous le voulez, et ce mot alors n'a pas grand sens, à vrai dire; mais pour chimiquement, non sans doute; car dans ce dernier cas on observerait autre chose que du dégoût, de la pesanteur, de l'anorexie, de la peine à digérer les eaux.

Cependant, on peut observer aussi la saturation chimique, non pas sans doute dans un sens absolu, ce qui ne pourrait se concevoir, mais à un certain degré. C'est alors que, par un abus prolongé des alcalins, il se développe ce qu'on appelle *cachexie alcaline*, que Cullen avait parfaitement décrite, et que MM. Trousseau et Magendie ont observée. C'est bien alors que l'on a réalisé la médication dissolvante; mais aussi ce n'est plus une médication, c'est un empoisonnement.

Mais, messieurs, nous ne voyons pas à Vichy de ces saturations, ou de ces cachexies, ou de ces empoisonnements; car ici c'est tout un. Et ce qui nous préserve de voir cela, malgré tant d'excès journaliers faits avec l'eau de Vichy, c'est l'élimination d'une grande partie des principes absorbés, d'abord; et ensuite, c'est la cessation de la tolérance, circonstance dont les symptômes, non pas chimiques, mais purement physiologiques, forcent nécessairement d'interrompre un traitement contre lequel l'organisme se révolte.

Messieurs, ces divers points de vue sous lesquels je viens de vous présenter l'élimination des principes minéralisateurs des eaux de Vichy n'ont rien de neuf, dans ce sens qu'ils sont absolument conformes à ce qui est journellement observé au sujet des poisons ou des médicaments introduits, par expérience ou autrement, dans l'économie. Mais ces mêmes observations n'avaient pas, à notre connaissance, été encore appliquées aux eaux minérales, et en particulier aux eaux de Vichy. C'est là ce qui nous a décidé à les exposer devant vous. Elles ont d'ailleurs, ces observations, une portée plus étendue que le simple fait qu'elles concernent, car elles peuvent aider à rectifier des idées trop facilement acceptées, malgré leur peu de fondement, sur la partie physiologique comme la partie thérapeutique de la médication thermale.

Obstétrique.

M. Depaul commence la lecture d'un rapport dont la suite est renvoyée à la prochaine séance.

L'Académie se sépare à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Souscription en faveur de la veuve d'un confrère mort dans l'indigence.* — La veuve d'un confrère des plus honorables, dont le nom nous est connu, et qui s'est présentée à nous sous la recommandation d'hommes respectés, nous a fait la prière, à laquelle nous n'avons pu résister, d'ouvrir une souscription en sa faveur. En annonçant cette souscription, nous croyons devoir publier les noms des personnes qui n'ont pas attendu qu'elle fût ouverte pour secourir une touchante infortune.

Ont souscrit d'avance : MM. Cruveilhier, 5 fr.; Alph. Pasquier, 10 fr.; Dezauche, 5 fr.; Blanchet, 5 fr.; Ch. Simon, 5 fr.

— Le choléra est en voie de décroissance bien prononcée à Saint-Pétersbourg. Du 25 au 30 janvier, la moyenne des cas nouveaux est descendue, de 56 ou 60, à 25 ou 30. La mortalité a également diminué de moitié.

— La plupart des journaux scientifiques et quelques journaux quotidiens ont parlé de la banqueroute que l'Académie de médecine avait essuyée, par suite d'un placement des fonds du prix d'Argenteuil dans la caisse Gouin, et du surcroît d'embarras qui en résultait pour elle depuis le jugement dont nous avons entretenu nos lecteurs. Il est bien vrai que l'Académie a éprouvé les pertes dont on parle; mais ce qui est vrai aussi, c'est qu'elle a immédiatement, avec ses propres fonds, comblé le déficit, et que, sous ce rapport, elle ne peut éprouver aucun embarras. On doit espérer que les journaux qui ont accueilli des bruits répandus par la malveillance s'empresseront de publier cette rectification.

— Pendant que certaines localités possèdent, suivant l'hyperbole consacrée, plus de médecins que de malades, d'autres en sont complétement privées. Une correspondance de *La Flotte* (île de Ré), en rendant compte d'un accident grave qui a eu lieu dans cette ville, dit : « M. Valleau, âgé de *quatre-vingt trois ans, le seul médecin que nous possédions depuis plus d'un an,* a vainement prodigué aux infortunés les secours de son art. »

— On a annoncé, par erreur, que le décret impérial qui doit confirmer la nomination ministérielle de M. Wurtz, comme professeur de chimie organique, était rendu. Il y a lieu de penser, au contraire, que ce décret se fera attendre quelque temps encore.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 19. 1re année. Samedi, 12 Février 1853.

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Quelques mots sur la saturation alcaline à propos de la lecture de M. Durand-Fardel à l'Académie de médecine. — Sur la séance du 9 février de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Clinique des accouchements. Des douches utérines dans la pratique des accouchements, par le Dr CAMPBELL. (*Suite et fin.*) — Hôpital Saint-Louis. Leçon clinique sur le lichen agrius. — **CORRESPONDANCE** : Plaies de tête. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 11 février 1853.

Quelques mots sur la saturation alcaline à propos de la lecture de M. Durand-Fardel à l'Académie de médecine.

J'ai dit que la dernière discussion de l'Académie a porté sur le *mot* saturation. Dire d'une discussion que c'est une discussion de mots, c'est dire, ou à bien peu de chose près, qu'elle n'est pas claire. C'est, en effet, le caractère de celle qu'a soulevée M. Durand-Fardel.

Il paraît qu'il existe un ou plusieurs médecins qui ont écrit que le but à poursuivre, dans le traitement par les eaux de Vichy, était la saturation alcaline de l'économie, mais sans s'expliquer sur ce que pouvait être cette saturation. M. Durand-Fardel, voulant démontrer ce qu'une telle doctrine a d'erroné, a cru devoir donner de la saturation prétendue, la définition que nos lecteurs ont pu lire dans notre dernier numéro, mais que nous croyons devoir reproduire, puisque c'est là la base de la discussion :

Ce mot de saturation, dont on abuse assez généralement au sujet des traitements thermaux, se comprend dans le sens physiologique : il signifie alors *qu'il est une certaine limite dans laquelle l'économie accepte les substances qu'on y introduit, limite variant sans doute suivant ses propres conditions, et qui se mesure par ce qu'on appelle la* tolérance. Mais la cessation de la tolérance ne s'annonce pas ordinairement par des phénomènes paisibles et indéfiniment continus d'élimination : elle se traduit au dehors par des phénomènes pathologiques.

Prendrons-nous le mot de saturation dans le sens chimique? Comprenez vous, messieurs, nos organes baignés de toutes parts dans des liquides alcalins, le sang *fluidifié*, nos tissus *délayés*, le bicarbonate de soude imprégnant tout notre être, enfin la saturation réalisant pour l'organisme une dissolution générale.

Telle est, en effet, messieurs, la traduction littérale du mot *saturation*, pris dans le sens chimique, c'est-à-dire dans l'acception qui l'a fait indiquer, comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy.

S'est-il en effet trouvé des médecins assez dénués de bon sens pour conseiller de conduire les malades à cet état de saturation chimique défini par M. Durand-Fardel? nous n'osons le supposer; mais si cela était, la réfutation d'une semblable aberration nous paraîtrait parfaitement inutile. Ce qui est moins inutile, c'est de détruire les mots et les définitions qui peuvent entretenir la confusion, au lieu de la dissiper, et nous craignons que les deux définitions de notre savant ami, M. Durand, n'aient ce fâcheux résultat; nous le croyons d'autant plus, que ce qu'il a voulu élucider ne paraît pas extrêmement clair dans son propre esprit.

En effet, M. Orfila, ayant aussi produit sa définition de la *saturation*, a donné ce nom à la quantité de poison dont l'absorption est nécessaire pour tuer un animal : « Ainsi, a-t-il dit, si vous appliquez sur le tissu cellulaire d'un chien 2 grains d'acide arsénieux, ces 2 grains seront presque entièrement absorbés et l'animal mourra; si vous en appliquez 5, 10, 40 grains, l'animal mourra aussi, mais il n'absorbera toujours que les 2 grains moins une fraction, nécessaires pour le tuer; que si vous en appliquez moins de 2 grains, l'animal absorbera le tout, sera très-malade, mais ne succombera pas. » En un mot, M. Orfila appelle saturation (saturation *vitale*, par opposition à saturation chimique dont le savant toxicologiste a aussi parlé sans la définir) *le degré d'intoxication suffisant pour causer la mort.*

Cette définition ressemble assez peu à celle de M. Durand-Fardel, et néanmoins cet habile écrivain s'est empressé de déclarer ce qui suit, en répondant aux quelques objections qu'on lui a faites :

M. Orfila nous a dit ce que l'on pouvait entendre par le mot de saturation appliqué à l'organisme : et, ce qu'il nomme saturation vitale, *c'est ce que j'avais appelé saturation physiologique.*

Or, rien n'est moins semblable que la saturation basée sur la *tolérance*, admise par M. Durand, et celle admise par M. Orfila, laquelle est précisément le contraire de la tolérance, et qui ne peut d'ailleurs s'appliquer qu'aux substances toxiques. Au reste, toutes ces définitions sont également défectueuses. Lorsqu'on veut faire à une science l'application d'un mot usité dans une science différente, la première condition, c'est de détourner le moins possible ce mot de sa signification naturelle. En chimie, le mot saturation est très-clair : il signifie, comme tout le monde le sait, d'une manière très-générale, sinon d'une manière

absolument rigoureuse (1), la neutralisation des propriétés d'un acide par une base et réciproquement.

En se conformant aux principes que je viens de rappeler, on pourrait donc admettre deux sortes de saturations dans l'organisme : l'une chimique, qui consisterait simplement dans la neutralisation des acides de l'économie, par une substance alcaline et réciproquement; l'autre, physiologique, vitale, ou comme on voudra l'appeler, qui consisterait dans cet état où un médicament, un poison, une substance, un principe quelconque serait sans action sur l'économie. Si l'histoire de Mithridate n'était pas une fable, ce grand homme se serait trouvé, à l'égard d'un certain poison, dans un véritable état de saturation. Cette saturation est-elle une réalité? J'avoue que je suis très-peu disposé à le croire, et même que cela me paraît extrêmement improbable. Je ne crois pas que l'économie devienne absolument réfractaire à l'action d'aucun agent, bienfaisant ou nuisible, et je suis certain du moins que toutes les opinions répandues à ce sujet ne reposent que sur des observations très-imparfaites. Quant à la saturation chimique, on ne peut nier qu'elle ne soit vraie, au moins en partie; et s'il est certain que les urines charrient de la soude, lorsqu'on a bu de l'eau de Vichy, comme elles charrient de l'arsenic quand on a pris une dose de ce poison, il est certain aussi que l'acide naturel de l'urine est neutralisé ou saturé, ce qui est la même chose; il est certain que c'est là le mode de saturation admis par les chimistes, et que M. Guibourt a eu raison de défendre.

Dire maintenant qu'il faille se baser sur cette saturation partielle et mal étudiée, pour arriver à des inductions thérapeutiques, ce serait un grand tort assurément. En fait de thérapeutique, il n'y a guère rien de bon *à priori;* tout est un résultat d'observation rigoureuse et suffisante. Si notre savant ami, M. Durand-Fardel, a voulu ramener dans cette voie les médecins thermologues qui s'en sont écartés, nous applaudissons pleinement à ses efforts; mais peut-être ces efforts n'auraient-ils que mieux rempli leur but, s'il s'était moins escrimé contre une saturation qui, ainsi qu'il l'a lui-même spirituellement rappelé, n'est guère qu'un fantôme.

H. DE CASTELNAU.

(1) Les progrès de la chimie moderne ont donné au mot saturation un sens plus scientifique, mais moins pratique.

Sur la séance du 9 février de la Société de chirurgie.

(Hydrocéphale. — Amputation tibio-tarsienne — Sensibilité. — Irrigations. — Appareil pour la fracture du fémur. — Appareil pour la trachéotomie.)

L'instrumentation a joué un rôle peut-être un peu prépondérant dans cette séance, qui n'a pas offert tout l'intérêt, toute l'animation accoutumée. Néanmoins, la science y trouvera encore de quoi faire son profit.

Au commencement de la séance, M. Chassaignac a présenté un enfant âgé de 2 ans, offrant l'exemple le plus frappant d'une hydrocéphale chronique; l'excessif développement du crâne joint au développement normal de la face, produit la physionomie la plus monstrueuse. — M. Chassaignac a commencé depuis plusieurs mois un traitement par l'iodure de potassium; cette tentative n'a pas eu le moindre résultat, et tout porte à croire que l'art restera impuissant. Telle est aussi l'opinion de M. Guersant, dont le jugement en cette matière est, dit-il, basé sur de nombreuses observations.

Un membre correspondant de la Société, un des plus laborieux chirurgiens des départements, M. J. Roux, adresse une pièce d'anatomie pathologique qui nous paraît offrir un grand intérêt.

Nos lecteurs savent que, dans ces dernières années surtout, on a réhabilité une opération qui, dans maintes circonstances, peut être d'une application très-avantageuse : c'est l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne. Déjà en France, bon nombre de chirurgiens, M. Baudens d'abord, puis MM. Velpeau, Robert, Nélaton, Josse (d'Amiens), etc., etc., ont heureusement pratiqué cette désarticulation.

Ce qui manque, pour en achever l'histoire, ainsi que le fait remarquer M. J. Roux, c'est de bien connaître et de préciser avec exactitude, par l'anatomie pathologique, les conditions qui assurent la station et la déambulation sur le moignon.

Il y a deux ans, l'honorable chirurgien de Toulon eut l'occasion de désarticuler le pied d'un condamné, du nommé Étienne, dont l'observation a été publiée dans *l'Union médicale*. Il suivit son procédé à lambeau plantaire latéral interne. La guérison fut aussi complète que possible. Le malade put marcher comme avant l'opération, et si bien, qu'il fut remis *aux travaux de fatigue*. Vingt-sept mois après l'amputation, il était enlevé par une fièvre typhoïde.

M. J. Roux a adressé à la Société le moignon, pour qu'il soit disséqué avec soin et déposé ensuite au musée Dupuytren.

Dès à présent, M. Roux insiste sur les particularités suivantes, qui offrent déjà beaucoup d'intérêt :

1° Absence de callosités et d'excoriations sur le moignon;

2° Continuité du tendon d'Achille, avec l'aponévrose plantaire profonde, et insertion de ce tendon à la partie antérieure du moignon;

3° Absence de déformation du tibia, dans la surface intermalléolaire qui reste revêtue de la substance compacte;

4° La formation secondaire d'une bourse synoviale favorisant les mouvements du moignon, considération sur laquelle M. Roux a en partie fondé son procédé.

La pièce pathologique, renvoyée à une commission composée de MM. Robert, Verneuil et Gosselin, donnera sans doute lieu à des observations et à des remarques qui jetteront un nouveau jour sur l'amputation tibio-tarsienne. Nous aurons soin d'en informer nos lecteurs.

Après cette communication, la Société a entendu deux rapports sur lesquels nous aurons peu de chose à dire.

Le premier, de M. Houel, est relatif à un cas de destruction supposée du nerf sous-orbitaire, avec persistance de la sensibilité de la joue. Il s'agissait d'un malade sur lequel M. Gerdy avait enlevé le maxillaire supérieur, et dont ce professeur avait, dans une précédente séance, soumis la pièce pathologique à l'examen de la Société. M. Houel n'a pas trouvé, il est vrai, le nerf sous-orbitaire dans le maxillaire enlevé. Mais M. Denonvilliers a fait, à l'observation de M. Gerdy, la première objection qui dut être faite, avant de songer à en tirer des conséquences : Est-il bien certain que le nerf sous-orbitaire ne soit pas resté dans la joue et qu'il ait été nécessairement enlevé avec l'os? Cette question n'ayant pu être résolue, le fait de M. Gerdy perd la plus grande partie de son intérêt.

Le second rapport a été fait par M. Boinet, sur un appareil à irrigations continues, imaginé par M. le docteur Foucault de Nanterre.

Cet appareil, fort ingénieux et très-complet, a paru digne des éloges de la commission. Le rapport a donné lieu à une discussion sans grande importance, sur la valeur des divers procédés d'irrigation continue.

M. Cloquet a rappelé les premiers essais qu'il a tentés en 1819. Ces essais furent sans doute très-utiles, mais l'honorable professeur nous a paru ne pas assez apprécier les progrès qui ont été faits dans le manuel de cette petite opération, notamment

depuis les remarquables et très-utiles applications, faites par M. le docteur Gariel, du caoutchouc vulcanisé à l'instrumentation chirurgicale.

M. Ferdinand Martin a présenté un nouvel appareil pour la fracture du fémur.

Enfin, M. Chassaignac a clos la séance par la présentation d'un appareil destiné à débarrasser la trachée et les bronches du sang et des sécrétions pseudo-membraneuses, après l'opération de la trachéotomie. L'appareil de M. Chassaignac est seulement ébauché; il n'a pas encore eu l'occasion de l'appliquer, et quoique, *à priori,* on puisse en admettre l'utilité pour des cas exceptionnels, il serait impossible de le juger maintenant, sans crainte de se mettre en opposition avec les résultats d'une observation ultérieure.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Clinique des accouchements. — M. P. Dubois.

Des douches utérines dans la pratique des accouchements.

(Suite et fin.)

2e *Observation.* — Louise Bataille, âgée de 22 ans, piqueuse de bottines, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 27 novembre 1852, enceinte pour la troisième fois.

Cette femme, d'une constitution en apparence bonne, est d'une petite taille; les extrémités inférieures sont assez droites et le bassin offre un arrêt de développement qu'on serait loin de soupçonner à la première vue : il est rétréci, et le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a que 75 millimètres d'étendue.

Cette fille, au dire de sa mère, aurait marché à l'âge de 11 mois; mais serait devenue infirme et impotente de l'âge de 18 mois à celui de 4 ans, ne pouvant à cette dernière époque changer de place qu'en se traînant, le corps incliné du côté gauche.

Elle fut réglée pour la première fois à 14 ans, et n'eut ensuite que des règles peu régulières.

La première grossesse de Bataille se termina par une fausse couche en 1850.

La seconde grossesse alla jusqu'à terme, et, le 9 août 1851, l'accouchement fut terminé par une application de forceps, après un travail très-prolongé pendant lequel on constata la mort de l'enfant.

A la suite de cet accouchement, Bataille dut rester plusieurs mois au lit, chez sa mère d'abord, puis à l'Hôtel-Dieu, où elle séjourna 3 mois, puis à la Pitié, d'où elle sortit au bout de quelques jours, en refusant de se laisser opérer pour une fistule vésico-vaginale qui était sans doute le résultat du long séjour de la tête de l'enfant dans le détroit supérieur rétréci.

Six mois après son accouchement, les règles revinrent peu abondantes, ainsi que cela se remarque souvent chez les femmes affectées de fistules vésico-vaginales.

Bataille nous dit que la dernière époque menstruelle a eu lieu le 2 mai, et qu'elle s'est exposée à devenir enceinte vers le 15 du même mois. Au 15 décembre 1852, le septième mois de la grossesse était révolu, et M. le professeur Dubois résolut de provoquer l'accouchement prématuré quinze jours plus tard.

Le 26 décembre, ce professeur constata de nouveau l'état des organes. Ce qui frappa tout d'abord dans cet examen, ce fut la brièveté du vagin et l'absence complète de col. On trouva, en haut et à droite du vagin, un cul-de-sac infundibuliforme au fond duquel la pulpe du doigt éprouvait la sensation d'une dépression très-légère, située à fleur de la muqueuse vaginale et dans laquelle il fut impossible de pénétrer. Là devait être l'orifice externe de l'utérus. Au-dessus de cette dépression et autour d'elle, mais en dehors de la gaîne vaginale, existaient des nodosités disséminées qui représentaient vaguement la portion sus-vaginale d'un col. Dans le vagin même et au-devant de la dépression, on sentait, en ramenant la pulpe du doigt vers le pubis, un repli semi-circulaire, à concavité postérieure, qui paraissait être une bride vaginale, vestige sans doute de l'inflammation dont toute cette région avait dû être le siége après le dernier accouchement. En suivant cette bride qui appartenait à la paroi antérieure ou supérieure du vagin, on atteignait, vers son extrémité gauche, un point que l'on reconnaissait plutôt à la sensation douloureuse qu'y provoquait le toucher, que par la présence d'une solution de continuité que le speculum n'a pu nous faire découvrir. C'était de ce point que suintait très-probablement l'urine dont cette malheureuse femme était continuellement mouillée. M. Dubois constata enfin que c'était la tête qui se présentait.

Le même jour (26 décembre) à 10 heures du matin, les douches furent commencées par M. le professeur Dubois.

Comme les canules en gomme élastique qui jusque-là avaient été adaptées à l'extrémité libre du tube métallique de l'irrigateur du docteur Eguisier modifiaient la force du jet en le rendant trop faible, il fut jugé plus utile de n'en plus mettre désormais et de se servir tout simplement du tube métallique pour diriger la douche. Il n'y avait d'ailleurs pas lieu, dans le cas actuel, d'essayer par un tube recourbé à pénétrer dans un orifice qui ne pouvait être senti distinctement. On se contenta donc de diriger le jet *vers* l'infundibulum situé en haut et à droite dans le vagin. La seconde douche fut faite le même soir, et l'on remarqua alors, comme à chaque douche ultérieure que reçut cette femme, qu'il y avait sensation douloureuse très-vive lorsque le jet était porté sur le point situé à l'extrémité gauche de la bride vaginale.

L'on remarqua aussi qu'au commencement de chaque douche le premier liquide un peu refroidi qui arrivait par la canule déterminait des mouvements très-rapides et tumultueux chez l'enfant, et la femme disait que, pendant toute la durée de la douche, l'enfant s'agitait et remuait bien plus qu'à l'ordinaire.

Chaque jour, deux douches ont été données : la première, le matin, vers 10 heures; la seconde, le soir, vers 6 heures.

La durée de chaque douche a été de 15 à 20 minutes pour celles des 26, 27 et 28 décembre.

Le 29 décembre, la douche du matin a été de 30 minutes, celle du soir a duré 1 heure.

Le 30 décembre, celle du matin 1 heure; celle du soir, 1/2 heure.

Le 31 au matin, douche de 1 heure de durée. En tout, *onze* douches.

Après la première douche (26 décembre, matin) qui avait eu si peu de prise sur le segment inférieur de l'utérus dépourvu de saillie cervicale, M. le professeur Dubois avait conseillé de faire pénétrer l'extrémité du tube à l'endroit où devait se trouver l'orifice externe. Mais cela même fut trouvé impraticable par le défaut de profondeur de cet orifice, et d'ailleurs, l'on vit bientôt que l'extrémité du tube ne pouvait être pressé immédiatement contre les tissus; le jet s'arrêtait complétement alors et il fallait retirer le tube à 1 centimètre environ de la région que l'on voulait doucher, pour rendre au jet une certaine force de projection.

Après la troisième douche (27 décembre, matin), la bride vaginale placée au-devant de l'infundibulum parut devenir plus saillante et faire un plus grand pli sous le doigt. L'infundibulum en parut d'autant plus creux. Du reste, c'est dans cette espèce d'entonnoir que toutes les douches vont être dirigées; on pressent que c'est là qu'une dilatation se fera si tant est qu'il puisse s'en faire une par le procédé employé. La nuit précédente, pour la première fois, la femme a éprouvé des maux de reins, mais sans caractère intermittent. Aucune contraction utérine, même indolore, n'a été perçue par la main.

Après la huitième douche (29 décembre, soir), maux de reins plus intenses, à peu près continuels pendant la douche. Douleur dans la région utérine gauche, au-dessus de l'aine.

Après la neuvième douche (30 décembre, matin, 1 heure de durée), le fond de l'entonnoir vaginal, qui se dessine de plus en plus, paraît s'amincir sous le doigt et en laisse pénétrer la pulpe de manière à ce que l'index forme autour de sa propre extrémité une espèce de bord circulaire.

Après la dixième douche (30 décembre, soir), douleur forte dans le côté gauche du bassin. On constata, au palper, quelques contractions utérines peu douloureuses pour la femme qui ne se plaignit guère que du côté gauche.

Lorsque la femme marchait, elle éprouvait une douleur presque continue vers la fosse iliaque gauche ; elle accusait une sensation de pesanteur dans le bassin. Ces douleurs et ces sensations diminuaient dans la position assise ou couchée. La nuit fut calme.

Après la onzième douche (31 décembre, matin), on voit paraître une série de contractions intermittentes qui se sont réveillées pendant cette douche, qui fut la dernière. L'orifice (car on en constatait un alors) était plus mou et le tissu environnant plus aminci ; on sentait les membranes bomber au-dessus d'une espèce de cercle de tissu utérin, la bride vaginale s'étant éloignée, comme une onde, du fond de l'entonnoir qui paraissait s'être évasé.

Pendant toute la journée du 31 décembre, les contractions se sont rapprochées et sont devenues très-douloureuses. Les intervalles se sont bien dessinés.

Le soir du 31, la dilatation était de 2 centimètres environ ; les membranes se sentaient et faisaient l'effet d'adhérer au tissu utérin sous-jacent. Il était impossible de promener le bout du doigt entre elles et le segment inférieur. Bataille avait beaucoup souffert toute la journée. Le vagin était chaud et peu lubréfié ; la peau était chaude ; le pouls à 116-120 ; la face rouge ; céphalalgie ; soif. — Saignée du bras de 200 grammes. Bain tiède, y rester 1 heure.

1^er^ *janvier* 1853. A 5 heures du matin, les membranes se rompirent. C'était toujours la tête qui se présentait. La dilatation fut complète vers 6 heures.

La tête étant presque arrivée sur le périnée et entièrement dégagée de l'orifice, M. le professeur Dubois fit, à 9 heures 1/2, une application de forceps pour mettre fin à un travail qui se prolongeait trop. Il amena un enfant du sexe masculin, vivace, pesant 2,300 grammes, et venu en position occipito-iliaque droite, ainsi que l'avait indiqué l'auscultation et que l'indiquait encore une dépression existant à l'union du frontal et du pariétal du côté droit. Le diamètre bi-pariétal mesurait 95 millimètres.

Le 2 janvier, le pouls de la mère était tombé à 96. Pas de céphalalgie. Tranchées vives. On donne une nourrice à l'enfant qui tette bien.

Le 3 janvier, sécrétion laiteuse normale ; l'enfant, qu'on entoura de tous les soins que réclamait sa naissance prématurée, alla assez bien tout le temps qu'il resta dans le service.

Le 17 janvier, la mère, parfaitement rétablie, s'en alla avec son enfant.

D'après ce qui vient d'être exposé, il est presque superflu de faire remarquer la puissance de la douche dans ce cas où il y avait absence complète d'un col saillant, puissance d'autant plus remarquable qu'elle a dû s'exercer sur un orifice plat et comme membraneux, ayant contracté sans doute des adhérences dues à un ancien état inflammatoire.

3^e^ *Observation.* — Joséphine Berrier, âgée de 26 ans, couturière, entrée à la Clinique le 9 janvier 1853.

Ce qui frappait tout d'abord chez cette femme, c'était la petitesse de sa stature et la difformité de ses membres inférieurs. Il y avait une incurvation très-prononcée des deux tibias et même des fémurs. Elle n'avait marché que fort tard. Le dos était droit d'ailleurs. La mensuration interne du bassin, faite le 12 janvier, avait donné de 81 à 84 millimètres pour le diamètre sacro-pubien.

Cette femme était déjà accouchée une fois, il y a 7 ans. Ce premier travail avait été assez rapide.

Malgré le vague des renseignements donnés par cette femme, on dut croire qu'elle était arrivée à peu près au milieu du neuvième mois de sa grossesse (18 janvier).

En général, dans cette limite de déformation pelvienne, on ne peut guère espérer un accouchement heureux à terme. Cependant la déclaration de Berrier, qui assure être accouchée une fois à terme, jointe à l'incertitude où l'on était de la présentation lors du premier examen, avait fait différer la provocation de l'accouchement prématuré. Mais le 18 janvier, M. le professeur Dubois ayant constaté la présence de la tête, très-élevée au-dessus du détroit supérieur, fut d'avis qu'on hâtât l'accouchement, et il se montrait d'autant plus disposé à user du procédé qui lui avait si bien réussi dans les cas précédents, que, dans de pareilles conditions, les changements de présentation ne sont que trop faciles.

Le col était mou, saillant dans le vagin, entr'ouvert de manière à laisser pénétrer le doigt jusqu'à l'orifice interne qui avait de 4 à 5 millimètres de dilatation. On atteignait les membranes et l'on sentait la tête mobile dans le fluide amniotique. Il ne s'était déclaré encore aucune contraction utérine, douloureuse, au moins.

La première douche fut donc administrée le 18 janvier, à 7 heures du soir ; elle dura 1/4 d'heure ; le jet fut dirigé sur le pourtour de la portion saillante du col et sur l'orifice externe. Il survint quelques rares contractions utérines après cette douche. Pendant l'heure qui suivit l'application du procédé nouveau, on constata le retour, de 10 en 10 minutes, d'une dureté du globe utérin coïncidant avec des maux de reins. La tête continua de se présenter au détroit supérieur après la première douche.

Les douleurs se calmèrent dans la journée du 19.

La seconde douche fut donnée le 19 janvier au soir, 24 heures après la première. La durée en fut la même.

Les contractions se réveillèrent de nouveau et plus énergiques que la veille ; elles se succédèrent de 5 minutes en 5 minutes. L'orifice interne a acquis près de 2 centimètres de dilatation. La tête se présente toujours.

Le 20 janvier, dans la matinée, le travail était en pleine activité, et l'après-midi de ce jour, la dilatation devint à peu près complète ; mais ce n'était plus la tête qui se présentait. On sentait, à travers les membranes, un membre frôler le doigt explorateur. L'auscultation indiquait une présentation du siége.

A 5 heures du soir, la dilatation étant complète, M. le professeur Dubois, après avoir abandonné l'espoir, un instant entretenu par la grande mobilité de l'enfant de pouvoir ramener la tête au détroit supérieur, se contenta de fixer l'extrémité pelvienne, en rompant la poche d'où s'écoulèrent des flots de liquide amniotique ; puis l'extrémité pelvienne ayant été ensuite amenée à la vulve, M. Dubois engagea la tête dans le détroit supérieur, qui fut franchi non sans difficulté, au moyen de tractions pratiquées sur le tronc de l'enfant, et combinées avec un mouvement de flexion imprimé à la tête. Un enfant du sexe masculin et pesant 2,800 grammes fut ainsi extrait. Il ne tarda pas à respirer et à crier vigoureusement ; il portait une dépression marquée à l'apophyse temporale du frontal gauche. Cet enfant ne cessa de bien se porter tant qu'il resta à la Clinique ; mais la mère, qui après son premier accouchement avait eu une péritonite dont elle fut sauvée à grand'peine, succomba 5 jours après son second accouchement à la fièvre puerpérale, dont l'influence épidémique se faisait alors sentir dans les salles de la Clinique.

L'autopsie nous permit de constater que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était, en effet, de 84 millimètres, et de plus, que le bassin était affecté d'une étroitesse générale.

Quelqu'intéressante que soit cette observation, sous le point de vue de la manœuvre de l'accouchement et de la mensuration des diamètres pelviens rétrécis, nous n'avons ici qu'à fixer l'attention sur la facilité avec laquelle deux douches ont pu réveiller les contractions utérines, et faire commencer un travail régulier.

II. Des douches utérines dans les cas de travail prolongé par inaction utérine.

M. le professeur Dubois ne possède encore qu'un fait qui appartienne à cette catégorie; mais ce fait est assez fécond en enseignements, pour qu'il soit utile de le rapporter ici avec quelques détails :

4e *Observation.* — Élisabeth Cornu, 21 ans, polisseuse, est entrée à la Clinique le 26 janvier 1853. Sa constitution paraît bonne et sa conformation régulière. Cette femme était habituellement bien réglée et sa dernière époque eut lieu le 28 avril 1852. Elle était à terme et en travail de son premier enfant, lorsqu'elle entra à 11 heures du soir, le 26 janvier dernier, à la salle des accouchements de l'hôpital des Cliniques.

Les premières douleurs s'étaient déclarées la veille (25 janvier) dans la soirée. Ces douleurs, peu énergiques, reviennent de 20 en 20 minutes dans la nuit du 25 au 26 ; toute la journée du 26 janvier elles se rapprochaient, puis s'éloignaient et fatiguaient beaucoup cette femme.

Dans la journée du 27, les douleurs furent peu énergiques. La tête de l'enfant était profondément engagée dans l'excavation pelvienne et coiffée par la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus. Le col était effacé et l'orifice, dilaté de 4 ou 5 mill., était fortement porté en arrière ; il y avait une poche plate qui se tendait à peine sous l'influence des rares douleurs qui se manifestaient. Pendant la nuit du 27 au 28, la femme Cornu se promena sans cesse.

Le 28 janvier, à 10 heures du matin, l'état local du segment inférieur de l'utérus était à peu de chose près le même qu'hier. La peau était chaude; le pouls fréquent ; il y avait de la céphalalgie. Un bain fut donné à 11 heures. Dilatation de 1 centim. environ. Quelques injections sont données pour humecter le vagin. Les contractions ont presque complétement disparu après le bain.

A 4 heures du soir, les choses restaient en cet état. On se détermina à faire cesser l'inaction de l'utérus. Il existait un moyen connu très-puissant la plupart du temps et qui eût réussi selon toute probabilité. Le *seigle ergoté* eût rempli le but désiré ; mais les douches qui avaient si bien réussi dans les cas précédents et dont le professeur Kiwisch dit avoir constaté l'efficacité dans des cas analogues à celui-ci, rempliraient peut-être le même but. M. le professeur Dubois pensa donc qu'il était utile d'essayer la puissance du procédé nouveau, dans les conditions où se trouvait la femme Cornu.

A 4 heures 15 minutes, une douche fut commencée ; le jet fut dirigé sur les bords de l'orifice, en dedans de ces bords, et légèrement entre la poche et le segment inférieur. Elle dura un quart d'heure. Voici comment et dans quelle succession se réveillèrent les contractions utérines sous son influence, et comment elles se comportèrent quelque temps après la cessation de la douche :

UNE DOUCHE COMMENCÉE A 4 HEURES 15 MINUTES.

De 4 h. 15 m. à 4 h. 30 m. — SIX CONTRACTIONS UTÉRINES.	4 h. 20 m. . . .	1 contraction	Pendant la douche.
	4 h. 25 m. . . .	—	
	4 h. 26 m. . . .	—	
	4 h. 27 m. . . .	—	
	4 h. 28 m. . . .	—	
	4 h. 30 m. . . .	—	
De 4 h. 30 m. à 4 h. 45 m. — CINQ CONTRACTIONS.	4 h. 35 m. . . .	1 contraction	
	4 h. 40 m. . . .	—	
	4 h. 42 m. . . .	—	
	4 h. 44 m. . . .	—	
	4 h. 45 m. . . .	—	
De 4 h. 45 m. à 5 h. — SEPT CONTRACTIONS.	4 h. 48 m. . . .	1 contraction	La femme étant recouchée.
	4 h. 50 m. . . .	—	
	4 h. 52 m. . . .	—	
	4 h. 55 m. . . .	—	
	4 h. 56 m. . . .	—	
	4 h. 57 m. . . .	—	
	5 h. 00 m. . . .	—	
De 5 h. à 5 h. 15 m. — QUATRE CONTRACTIONS.	5 h. 5 m. . . .	1 contraction	
	5 h. 11 m. . . .	—	
	5 h. 12 m. . . .	—	
	5 h. 15 m. . . .	—	

Durant l'heure qui suivit le début de la douche, il y eut donc *vingt-deux contractions.*

Après la douche (à 4 heures 30 minutes), la dilatation parut s'être agrandie (3 centimètres environ).

La femme dit que son enfant n'a pas remué davantage pendant la douche.

A 5 heures 15 minutes, l'orifice se dilate graduellement. Le bord antérieur de l'orifice est devenu plus épais. La poche des eaux bombe davantage.

Les contractions se maintiennent; mais s'éloignent un peu. Entre 6 heures et 7 heures du soir, on a compté quelques intervalles de 10 minutes.

A 7 heures 3/4, la dilatation ayant à peu près atteint 4 centimètres, la rupture de la poche fut opérée artificiellement pour permettre à la tête de s'appuyer plus directement sur l'orifice et de s'y engager un peu plus tard.

Vers 8 heures 3/4, la dilatation était complète ; la tête franchit l'orifice et descendit rapidement sur le plancher du bassin.

A 9 heures 20 minutes du soir, le 28 janvier, après 72 heures d'un travail languissant, cette femme est accouchée spontanément d'une fille pesant 3,000 grammes.

Aujourd'hui 6 février, la mère et l'enfant sont dans un excellent état de santé.

Dr Campbell, *chef de clinique.*

Hôpital Saint-Louis. — M. Devergie.

Leçon clinique sur le lichen agrius.

Le lichen agrius est une des maladies assez nombreuses dont le nom, aussi bien que la définition généralement adoptée, est bien loin de donner une idée exacte. D'après le nom qu'elle porte, vous vous représenteriez une éruption papuleuse, accompagnée d'une démangeaison atroce (αγριὸς, *ferus*). D'après sa définition classique vous y chercheriez une série de petites papules rouges, enflammées, accompagnées de chaleur et quelquefois de fièvre, et donnant lieu, au bout d'un certain temps, à une desquammation furfuracée et quelquefois croûteuse.

Malheureusement, ces caractères sont réunis par diverses affections que je dois vous décrire à part et qui sont bien distinctes du lichen agrius. Ainsi vous avez vu, sur plusieurs de nos malades, des éruptions de nombreuses et anciennes papules occupant principalement les bras et les jambes, donnant à la peau un aspect grisâtre et écailleux, une rudesse et une sécheresse qui rappellent l'écorce des vieux arbres. Lorsque ces malades sont occupés à l'air ils n'éprouvent, il est vrai, qu'un léger prurit ; mais, quand il se sont mis au lit, quand la première heure du sommeil est passée, ils sont réveillés par une démangeaison âcre et brûlante qui les force à se lever, à se gratter et à chercher, jusque sur le pavé, un peu de fraîcheur pour calmer leur douloureuse agitation. Ils se déchirent, ils sillonnent profondément leur peau, soit avec leurs ongles, soit avec tous les corps durs qui leur tombent sous la main ; rien ne calme cette horrible hypéresthésie de toute la surface de la peau ; chose singulière, il semble que la faculté de percevoir la douleur soit éteinte par cette exaltation d'une sensation interne toute spéciale, la démangeaison. En un mot, rien n'égale le tourment de ces malheureux dont les nuits tout entières se passent dans cette cruelle agitation, et cet état se prolonge pendant des semaines, des mois et des années, il trouble les fonctions, altère la santé et constitue un des plus cruels supplices de l'existence. Évidemment, si l'on ne s'en rapportait qu'au nom de notre lichen agrius, on n'hésiterait pas à le reconnaître dans la courte description que je viens de vous tracer. Il n'en est rien cependant. Cette affection papuleuse, chronique, si affreuse par les démangeaisons excessives qu'elle occasionne, est celle que tout le monde désigne sous le nom de lichen chronique confluent. D'un autre côté, si vous cherchez l'application de la définition des auteurs, vous ne man-

querez pas de rencontrer de ces éruptions de petites papules rouges, enflammées, entremêlées de vésicules qui se crèvent et donnent lieu à des croûtes entremêlées d'écailles furfuracées. Il n'y a pas d'eczéma lichénoïde qui ne présente ces caractères. Il est lent dans sa marche, persistant, accompagné d'une vive démangeaison; en un mot, vous n'en trouverez guère qui se refusent à entrer dans la définition généralement donnée du lichen agrius.

Alibert, qui n'eut pas le mérite de joindre à l'éclat de son style la netteté et la précision toute scientifique du diagnostic, tomba le premier dans cette confusion; il ne fit que citer la distinction établie par Bateman, et, sans y attacher la moindre importance, confondit le lichen avec le prurigo, et décrivit, ou plutôt englobe le lichen agrius avec toutes les affections hétérogènes qui constituent son espèce : *Mélitagre chronique ou nigricante.*

Il importe cependant d'établir avec précision les caractères qui font du lichen agrius un type spécial de maladie, d'abord à cause de sa fréquence relative, et surtout à cause des déductions thérapeutiques qui doivent en résulter.

Je ne puis vous donner une idée plus juste de cette maladie qu'en vous la signalant comme une forme chronique de lichen, siégeant sur un sujet à la fois nerveux et lymphatique, et modifiée, par conséquent, en raison même de cette condition du sujet. Vous savez que le lichen est la maladie propre des tempéraments secs et nerveux; aussi a-t-il pu être considéré comme l'inflammation des papilles nerveuses de la peau, ou comme une simple hyperesthésie du système nerveux tégumentaire. Sans m'arrêter à ces vues théoriques plus ou moins controversables, j'en appellerai à vos souvenirs sur ce que je vous ai déjà répété plusieurs fois touchant l'influence des tempéraments sur le développement de telle ou telle forme morbide, et sur les caractères tout spéciaux imprimés aux diverses maladies par les différences de constitution. Rappelez-vous qu'aux tempéraments lymphatiques répondent les formes sécrétantes, et notamment la prédisposition à la production du pus; rappelez-vous la coïncidence que je vous ai signalée entre la pustule, représentée principalement par l'impétigo, et ces peaux blanches et tendres qui sont l'attribut du tempérament lymphatique. Supposez maintenant qu'il se joigne, à cette disposition éminemment lymphatique, une constitution irritable et nerveuse qui réunisse, sur le même sujet, les propriétés du tempérament à la fois lymphatique et nerveux, vous aurez alors un terrain propre au développement des affections lichénoïdes, mais sur lequel, en même temps, devra naturellement se montrer la forme sécrétante qui appartient plus particulièrement aux maladies impétigineuses. Ce qui revient à dire que, étant donnée une éruption papuleuse avec irritation de la peau, cette éruption devra se compliquer, dans les circonstances supposées, d'une subinflammation lente dans sa marche, sécrétante, antipathique aux applications émollientes, et pleinement subordonnée à l'état de la constitution.

Ces vues *à priori* se réalisent pleinement dans la nature, ou plutôt elles ne sont que l'expression même des faits dont vous pouvez être tous les jours témoins.

Ne vous attendez donc pas à trouver dans le lichen agrius cette série de petites papules acuminées, rouges, à peine apercevables qui, en se renouvelant pendant des années, altèrent et durcissent la peau au point de la faire ressembler au cuir ou plutôt à l'écorce des arbres; vous n'y trouverez pas non plus une de ces maladies mixtes ou composées qui vous offrent à la fois des papules et des pustules mélangées. La rudesse et l'épaississement de la peau, ainsi que les démangeaisons atroces que je vous ai signalées, sont l'apanage du lichen simple confluent et chronique : la sécrétion accompagnant les papules de lichen est le propre de l'eczéma ou de l'impétigo lichénoïde. Le lichen agrius, au contraire, a pour élément caractéristique une série de grosses papules rouges, aplaties, enflammées, de l'étendue d'une large lentille et même davantage, donnant lieu, surtout quand elles ont été excoriées, à une sécrétion séreuse, quelquefois même purulente, qui s'accompagne alors, en raison même de cette sécrétion, de quelques croûtes minces, écailleuses et de peu d'étendue. Ces larges papules caractéristiques sont entremêlées sans doute de quelques papules de lichen simple; mais, ce qui ajoute une physionomie toute nouvelle à la maladie, c'est que, malgré sa chronicité et son opiniâtreté excessive, elle ne donne lieu qu'à un prurit modéré et à une très-légère altération de l'épaisseur et de la densité de la peau. En même temps, elle est limitée, circonscrite dans une assez médiocre étendue, et presque jamais disséminée sur toute la surface des membres, comme fait généralement le lichen confluent.

Outre cette disposition en plaques circonscrites, le lichen agrius occupe quelques siéges de prédilection et dessine des figures dont la connaissance exacte suffit le plus souvent au diagnostic. Ainsi on peut dire, en général, qu'il est rare au tronc, à la figure et aux extrémités des membres. Il occupe de préférence, au contraire, la face interne des membres, et principalement des cuisses dans leur continuité, ou bien encore le jarret et le pli du coude. Mais, suivant qu'il siége sur la continuité des membres, ou bien au niveau de leurs brisures, il affecte deux dispositions très-nettement différenciées, et dont vous pourrez voir (salle Saint-Louis) deux exemples parfaitement dessinés :

1° Une disposition en rubans;
2° Une disposition en plaques circonscrites;
3° Très-rarement, il est irrégulièrement disséminé.

Vous pouvez très-bien juger de cette disposition en traînées linéaires et rubanées sur le jeune malade couché au n° 30 de la salle Saint-Louis, et qui est atteint, depuis plus d'un an, d'un lichen agrius fort grave en voie de résolution. A la face inférieure et interne des cuisses, il offre trois ou quatre de ces lignes saillantes formées de papules larges et enflammées de 12 à 15 centimètres chacune, parallèles les unes aux autres et obliquement dirigées en arrière et en bas. On croirait, au premier abord, qu'elles sont uniquement le résultat de grattages et d'excoriations; mais leur régularité, leur largeur, qui est environ celle du doigt, et leur direction à peu près constante, éloignent bientôt cette idée. Ces séries régulières et rubanées de papules siégent principalement sur la face interne des cuisses, quelquefois aux jambes et aux bras, mais toujours dans leur continuité et jamais sur leur face externe.

Vous avez vu au contraire, auprès de ce malade, un jeune homme qui ne vous offre qu'une seule plaque de même aspect, assez bien circonscrite, de la largeur de la paume de la main dans le pli de chaque jarret. C'est qu'en effet le lichen agrius en plaques circonscrites occupe ordinairement le pli des membres, et notamment le pli du jarret et celui du coude. Il est même remarquable que cette maladie, assez sujette à récidive d'ailleurs, reparaît presque toujours dans l'un de ces points, lorsqu'elle se reproduit après une guérison momentanée.

Enfin, la disposition disséminée, infiniment plus rare que les deux précédentes, se remarque principalement à la face et sur le tronc.

Le tempérament propre au lichen agrius, la forme caractéristique de ses papules, leur arrangement et leur siége, ne sont pas les seules conditions propres à le faire reconnaître; c'est, en outre, une maladie de la jeunesse : elle semble faire suite au strophulus qui est la maladie papuleuse des jeunes enfants, et précéder le lichen confluent qui appartient plus particulièrement à l'âge adulte. On commence à le rencontrer vers l'âge de 12 ou 14 ans, et au delà de 25 ans il devient extrêmement rare; de sorte qu'on peut dire qu'il est assez nettement limité par l'âge de 12 ans d'une part, et 20 ans de l'autre.

Ces limites d'âge sont précisément celles, comme vous le voyez, des modifications les plus marquées des tempéraments. Lorsque la prédominance nerveuse commence à se joindre à la complexion délicate et lymphatique du jeune âge, le lichen agrius rencontre les éléments qui conviennent à son développement; de même il semble qu'il devienne impossible, quand l'âge a fait disparaître toute trace de tempérament lymphatique propre à l'enfance. Est-ce à dire, pour cela, qu'on ne rencontre plus d'exemples de cette maladie au delà de 20 ans? Cette exemption n'est pas plus absolue que la modification du tempérament lui-même; de même

que la prédominance lymphatique peut subsister longtemps encore après cette époque, de même aussi la limite d'âge peut être franchie dans un bon nombre de cas.

J'en dirai autant de la physionomie elle-même de la maladie : si la description que je vous en ai faite s'applique principalement aux cas ordinaires, il faut bien savoir que, chez des sujets faibles et de constitution scrofuleuse, l'éruption des papules peut se compliquer de pustules et d'une sécrétion abondante qui donne lieu alors à des concrétions grisâtres rappelant assez l'impétigo lui-même. Je vous en ai montré un exemple à peine reconnaissable au n° 30 de la salle Saint-Louis. Dans des cas pareils, vous pensez bien que la forme papuleuse primitive de la maladie est fort peu importante, au point de vue thérapeutique, car c'est avant tout la constitution qu'il faut tendre à modifier par un traitement exclusivement antiscrofuleux ; aussi n'insisterai-je, ni sur la description, ni sur le diagnostic de ces formes complexes.

Ainsi caractérisé par ses larges papules, par son siége à peu près constant et par des conditions presque invariables d'âge et de tempérament, le lichen agrius ne se rapproche d'aucune autre forme de lichen : il s'éloigne bien davantage encore des formes bien essentiellement sécrétantes, puisque les quelques croûtes minces et écailleuses qu'on y trouve quelquefois n'en occupent jamais toute l'étendue et ne sont que le résultat des excoriations dues aux grattages.

Pour une forme aussi distincte de maladie, vous pouvez bien vous attendre à une thérapeutique toute spéciale : et, en effet, ce n'est pas là une de ces affections que quelques bains ou quelques topiques émollients ou résolutifs suffisent à déraciner, surtout quand elle semble avoir pris droit de domicile depuis plusieurs mois ou plusieurs années.

Les agents les plus puissants, au contraire, que nous possédions d'une part pour modifier localement la peau en la faisant activement fonctionner, et de l'autre pour changer en la fortifiant la constitution entière des malades, sont les seuls sur lesquels il est permis de fonder quelques espérances. Je sais bien que les alcalins, joints à quelques amers, pourront obtenir quelques guérisons dans les cas légers et récents. Aussi suffira-t-il quelquefois de faire prendre quelques bains sulfo-alcalins et gélatineux, d'ajouter 2 ou 3 grammes de bicarbonate de soude à une tisane soit de saponaire, soit de chicorée, de faire sucer quelques pastilles soufrées dans le courant de la journée, et de graisser avec une pommade analogue à la suivante :

Axonge.	30 grammes
Fleur de soufre.	2
Sous-carbonate de soude.	1

Mais si quelques cas bénins vous permettent un si facile succès, ne vous flattez pas qu'il en sera ordinairement ainsi ; attendez-vous, au contraire, dans la plupart des cas, à une opiniâtreté qui défiera vos ressources les plus puissantes.

Le modificateur le plus énergique et en même temps le plus efficace de l'ensemble de l'appareil cutané, vous le savez, ce sont les bains de vapeur ; en effet, en stimulant vivement la sécrétion de la peau, en activant puissamment sa circulation, ils sont l'agent le plus efficace aussi bien dans le lichen agrius, que dans la plupart des maladies chroniques de la peau.

Mais la série de moyens qui pourront changer toute la constitution et modifier le tempérament, en activant les fonctions nutritives, devra constituer la base du traitement : or, il est deux agents qui agissent d'une façon toute spéciale pour atteindre ce but, et qui comptent les plus remarquables succès : je veux parler de la teinture de cantharides et des bains de mer.

La teinture de cantharides, administrée dans le lichen chronique, et plus particulièrement dans le lichen agrius, est un moyen pleinement empirique dont l'emploi fut expérimenté pour la première fois par Biett, à l'hôpital Saint-Louis. A ce nom de cantharides, beaucoup de médecins, et surtout la plupart des gens du monde, éprouvent un sentiment instinctif de répulsion : il rappelle des accidents graves du côté des organes génitaux, l'inflammation de la vessie, des reins, etc. Chacun trouve dans les récits scientifiques, ou bien dans son imagination, une effroyable série d'accidents possibles attachés à un médicament qui, même quand on l'applique extérieurement, porte déjà sur la vessie son action malfaisante. En vérité, je ne puis croire que jamais mauvaise réputation fut si peu méritée. Depuis plus de 12 ans, je donne sans ménagement la teinture de cantharides, et jamais je n'ai rencontré aucun de ces accidents qu'on semble redouter. Que dis-je ? loin d'en craindre les effets, je l'administre chez les enfants aussi bien que chez les adultes ; et, au lieu de produire ces irritations, ces inflammations chimériques, je m'aperçois qu'elle agit comme un excellent tonique de l'estomac : à telle enseigne, que dans ces cas de digestion pénible et de perversion de l'appétit qui devient irrégulier et capricieux, je ne connais pas de meilleur moyen pour rendre à l'estomac toute sa tonicité et la régularité de ses fonctions.

Je sais bien que des doses énormes de cantharides ont occasionné, dans plusieurs cas, un état d'éréthisme douloureux des organes génitaux et des cystites assez graves pour conduire aux accidents les plus déplorables. Mais ce qui a été la cause, selon moi, de l'aversion que ces accidents ont fait concevoir pour le médicament, c'est une interprétation fausse de son mode d'action. On a cru qu'il agissait primitivement et directement sur les organes génitaux : et dès lors, on conçut une répulsion absolue pour un agent dont l'effet ordinaire serait de provoquer une excitation incessante sur l'appareil génital.

Rien de tout cela n'est fondé, comme l'ont parfaitement démontré une foule de recherches positives. Les cantharides, administrées à une certaine dose, portent une action irritante sur la muqueuse de l'appareil urinaire, et notamment sur celle de la vessie. Il en résulte ce qu'on a appelé une cystite cantharidienne, cystite qui s'accompagne de la transsudation de quelques gouttes de sang dans l'urine, et par conséquent de la présence de l'albumine dans ce liquide. Mais il suffit d'en suspendre l'usage pour voir immédiatement cesser cet accident. Que si dans des cas toujours extrêmement rares, tant qu'on reste dans les bornes de la prudence, l'irritation se manifeste dans les organes de la génération, ce n'est que par une propagation sympathique de l'excitation passagère dont la muqueuse vésicale est le siége. Mais la suspension du médicament suffit toujours à elle seule pour mettre fin à un phénomène, qui indique simplement qu'on en a trop élevé la dose, et qu'il convient de la restreindre ultérieurement. Tout au plus aurez-vous besoin de prescrire, pendant un jour ou deux, des frictions à la région hypogastrique avec une pommade camphrée.

Ceci dit, voici comment j'administre la teinture de cantharides (1). Je commence par en faire prendre deux gouttes dans un julep, ou simplement dans un verre de tisane ; puis j'élève chaque jour la dose d'une goutte, de manière à arriver à 6, 10 ou 15 gouttes chez les enfants, et 20 à 30 gouttes chez les adultes. Je le répète, le mauvais état des fonctions de l'estomac, loin d'être un obstacle à son usage, en est au contraire la meilleure indication ; si bien qu'il semble que c'est en rétablissant la santé générale altérée qu'il agit sur l'état de la peau. C'est surtout chez ces enfants malingres et difficiles à nourrir, parce qu'ils repoussent toute alimentation substantielle, que vous pourrez juger de l'action directe de ce médicament sur l'organe de la digestion. Vous verrez peu à peu leur appétit se réveiller ; leur dégoût pour les bons aliments se dissiper, et avec tous les signes de la santé, revenir aussi l'état d'intégrité de la peau.

Comme je suppose actuellement un de ces cas anciens et opiniâtres qui a revêtu tous les caractères des maladies chroniques, je vous rappelle en passant, qu'au moyen interne que je viens de vous recommander, vous ferez bien d'ajouter l'administration des bains de vapeur, les bains alcalins ou sulfo-alcalins étant complétement insuffisants dans les cas de ce genre. Le plus souvent aussi, vous n'arriverez à compléter la guérison, vers la fin du

(1) J'ai l'habitude de la prescrire sous le nom de *melöe vesicatorius*, afin de laisser ignorer aux malades, autant que possible, la nature du médicament.

traitement, qu'en achevant la résolution par des cautérisations répétées au moyen du nitrate d'argent. Non-seulement vous pourrez badigeonner la surface malade avec une solution au cinquième ou au quart, mais même le plus souvent vous ferez bien d'attaquer directement les dernières papules, au moyen du crayon lui-même.

Il ne me reste plus qu'à vous dire un mot de l'usage des bains de mer dans le lichen agrius ancien et rebelle. C'est là un agent d'une puissance extrêmement précieuse, et qui cependant est banalement prescrit dans la plupart des cas, plutôt comme un moyen de distraction et d'amusement que comme un remède indiqué avec quelque précision par les circonstances pathologiques. Il en est pourtant ainsi dans le cas qui nous occupe : je ne vous citerai aucune autre maladie de la peau qui réclame aussi nettement les bains de mer que le lichen agrius. Vous le comprenez d'avance : une maladie qui se lie essentiellement à la délicatesse de la constitution devra trouver son remède dans tous les moyens propres à tonifier tous les organes, à activer la circulation et à imprimer, pour ainsi dire, à toute l'économie un surcroît de vitalité : or, aucun agent ne réalise mieux ces conditions que les bains de mer : aussi pouvez-vous les regarder comme votre plus précieuse ressource dans ces lichens opiniâtres et anciens qui, par leur ténacité ou leurs désespérantes récidives, auront mis à bout toutes les ressources de votre thérapeutique.

CORRESPONDANCE.

Plaies de tête.

Rouen, le 8 février 1853.

Mon cher rédacteur en chef,

L'observation de M. J.-S. de Barbe, lue à l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, m'a vivement intéressé. Interne en 1848, dans le service de M. le professeur Roux, j'ai dû étudier d'une manière spéciale les plaies par armes à feu. Un an plus tard, je composais sur ce sujet ma thèse inaugurale (soutenue le 13 décembre 1849). A ce double titre, le fait rapporté par M. de Barbe, et publié dans le n° 16 du *Moniteur des Hôpitaux*, a frappé mon attention. J'ai bientôt remarqué qu'il a beaucoup d'analogie avec une observation consignée dans ma thèse.

Je vous envoie cette observation. Si vous jugez bon de la faire connaître à vos lecteurs, elle devrait être suivie de quelques remarques, et surtout de celle-ci, à savoir : que je n'ai pu la donner d'une manière plus complète, parce que le malade dont il s'agit n'était pas dans l'hôpital où j'ai recueilli mes documents. J'ai préféré la relater ainsi, plutôt que de la laisser perdue pour la science ; malheureusement, à cette époque, beaucoup de faits curieux ont été perdus, à cause du surcroît de service qui ne permettait guère aux internes ou aux chefs de prendre la plume pour rédiger. Voici la succincte observation dont il s'agit :

« Un malade entré le 23 juin 1848 à la Pitié, dans le service de M. Michon, présenta une série de phénomènes des plus intéressants. Voici le résumé de cette observation, que je dois à mon excellent collègue, M. Landau : sur le front, à droite de la ligne médiane, était une plaie irrégulièrement ovalaire, profonde, dont la partie extérieure intéressait le frontal, et dont le fond, présentant une cavité *capable de loger une pomme de moyenne grosseur*, et s'agitant de mouvements isochrones, aux pulsations artérielles, est constitué par le lobe antérieur du cerveau. La balle qui avait produit ces désordres ne put être retrouvée. Du côté de l'intelligence, des sens et du mouvement, pas le moindre désordre. Le 31 septembre, le blessé succomba à des accidents de compression cérébrale, après l'amélioration presque complète de son état, l'élimination des parties du cerveau qui étaient mortifiées et des portions nécrosées du frontal, enfin après une cicatrisation presque complète de la plaie cérébrale et de la plaie superficielle. A l'autopsie, on trouva l'extrémité antérieure du lobe cérébral constituée par un tissu de cicatrice ; derrière ce tissu nouveau était une cavité communiquant en arrière avec le ventricule latéral droit. Dans cette double cavité, on recueillit assez de liquide séro-sanguinolent pour expliquer la compression et la mort ; de sorte que l'on peut dire que ce malade n'a pas guéri, parce que la cicatrisation du cerveau avait été trop rapide, et que peut-être une incision, pour évacuer le liquide, l'aurait sauvé. »

Nous ne ferons pas, à propos de ce fait curieux, les remarques que l'auteur lui-même n'a pas faites. Nous nous réservons de dire quelques mots sur les questions que ce fait soulève, à propos de deux observations extrêmement curieuses, que nous espérons prochainement ajouter à l'observation très-intéressante elle-même de M. de Barbe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous apprenons que M. le professeur Rigaud, de Strasbourg, vient de se mettre au nombre des candidats pour la chaire d'anatomie vacante à la Faculté de Montpellier. Cette candidature va singulièrement modifier la position des autres compétiteurs. M. Sappey, quoiqu'on l'ait annoncé par erreur, n'a pas encore fait acte de candidature, et l'on ignore si l'habile anatomiste voudra s'exposer aux chances d'une défaite. Une telle acquisition serait pourtant d'autant plus précieuse pour la célèbre Faculté du Midi, que M. Sappey est un des hommes, extrêmement rares en France, qui se livrent à peu près exclusivement à l'étude d'une science très-délaissée dans notre pays.

— La séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins de Paris a eu lieu, ainsi que nous l'avions annoncé, dimanche dernier, sous la présidence de M. Orfila. On sait qu'un décret récent sur les sociétés de secours mutuels réserve à l'empereur la nomination des présidents de ces sociétés ; l'Association de prévoyance ayant toujours nommé son bureau par élection, a fait une démarche auprès de M. le ministre de l'intérieur, pour savoir quelle marche elle avait à suivre, afin de mettre son règlement en harmonie avec le décret précité. M. le ministre a décidé que l'Association resterait libre de nommer son président comme par le passé. A la suite de cette communication, M. Orfila a été réélu président à l'unanimité, ainsi que tous les autres membres du bureau.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'Expatriation pénitentiaire, pour faire suite à l'ouvrage : *des Prisonniers, de l'Emprisonnement et des Prisons*, par G. Ferrus, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc. — A Paris, chez Garnier, libraire au Palais-Royal, et chez les principaux libraires du quartier de l'École-de-Médecine. — Prix : 3 fr. 50 c.

Traité des hydropisies et des kystes ou *Collections séreuses et séro-purulentes dans les cavités closes naturelles et accidentelles*, par M. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie de médecine. — A Paris, chez J.-B. Baillière. 1 vol. in-8°, 7 fr. 50.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. Forster, professeur à l'Université de Gœttingue ; traduit de l'allemand sur la 2e édition, par le docteur Kaula. — 1re partie avec quatre planches lithographiées, 1 volume in-8° de 280 p. — A Strasbourg, chez Berger-Levrault, et à Paris, chez C. Reinwalt, libraire, rue des Saints-Pères, 15.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. Roubaud. (5e année ; 1853).

On trouve dans cet Annuaire : la liste de tous les médecins et pharmaciens de la France, ainsi que leur adresse ; le recueil (seul complet) de la législation médicale et pharmaceutique ; la nomenclature des établissements sanitaires et de bienfaisance, et celle de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement ; la statistique de toutes les Sociétés médicales de France ; la statistique des Facultés, des Écoles de pharmacie, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, leur personnel ; la statistique (la seule qui ait paru jusqu'à ce jour) de la France médicale, pharmaceutique et des établissements hospitaliers ; la liste nominative, et par départements, des villes de 2,000 âmes et au-dessus, qui n'ont ni médecins, ni pharmaciens, ni établissements hospitaliers, etc. etc.

Un fort volume. Prix : 4 fr. pour Paris et 5 fr. par la poste. Au bureau de l'administration, 26, rue de Trévise, et chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 20. 1re année. Mardi, 15 Février 1853.

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De l'égophonie dans l'épanchement pleural, par M. ABEILLE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital des Cliniques. Leçon clinique sur une tumeur syphilitique. — **CLINIQUE RURALE** : Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans, par M. MACARIO. — **CORRESPONDANCE** : Hydrocèle lactescent et spermatique. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 14 février 1853.

De l'égophonie dans l'épanchement pleural.

Les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux* n'ont pas oublié que, dans un article inséré le 3 février dans ce journal, M. le docteur Valleix a signalé quelques données nouvelles que lui a suggérées son expérience personnelle au sujet de l'égophonie dans l'épanchement pleural. Cet auteur dit, dans l'article en question (p. 115), que, dans tous les cas d'épanchement pleural examinés par lui, il a constaté l'égophonie.

Tous les observateurs ne seront peut-être pas d'accord avec lui sur ce point : mais la dissidence qui peut exister à cet égard ne doit être, suivant nous, que le résultat de la signification qu'on accorde au mot égophonie ; car, bien certainement, dans presque tous les épanchements pleuraux, on trouve un certain retentissement de la voix à nuances diverses, à timbres variés et caractérisés différemment, suivant l'appréciation individuelle.

Nous sommes heureux, pour notre compte, de pouvoir appuyer de notre témoignage la justesse de l'observation de notre savant confrère, et nous déclarons que, depuis plus de quatre ans que nous cherchons à préciser la valeur de l'égophonie, il n'est que quelques cas exceptionnels où nous n'ayons pu constater ce phénomène. Notre observation a porté sur plus de deux cent cinquante sujets dans cet espace de temps. Mais si nous avons la satisfaction de pouvoir confirmer, par notre pratique, cette partie des nouvelles données formulées par M. Valleix, dans le diagnostic de la pleurésie, nous regrettons bien sincèrement d'avoir à contredire cet observateur si distingué sur un autre point qu'il affirme d'une manière non moins catégorique.

« Non-seulement, dit M. Valleix à la même page, nous avons rencontré la voix égophonique dans toutes les pleurésies qui, depuis deux ans, ont été de notre part l'objet d'une attention sérieuse, mais encore nous l'avons rencontrée dans toute l'étendue de la poitrine occupée par l'épanchement. »

Cette dernière assertion de M. Valleix a eu lieu de nous surprendre et nous nous sommes demandé si, comme tant d'autres observateurs, nous avions pendant de longues années laissé passer inaperçue cette extension de l'égophonie que l'auteur signale pour la première fois. Il n'y avait pas à revenir sur les faits antérieurs ; la mémoire est trop infidèle.

Nous en avons donc référé à une expérimentation nouvelle ; nous étions justement bien servi par les circonstances, notre service renfermant en ce moment un nombre assez considérable de pleurétiques.

Nous avons examiné avec le plus grand soin dix de nos malades atteints d'épanchement pleural. Voici d'abord, sous le rapport de la nature, de l'étendue et du siége de l'épanchement, comment se répartissent ces dix cas :

1° Deux épanchements purulents de trois et quatre mois de date, situés à droite, pour chacun desquels nous avons pratiqué *cinq fois la thoracentèse :* le premier occupe toute la cavité droite et refoule fortement le cœur à gauche ; le deuxième occupait encore, avant la dernière opération et au moment de notre examen, les deux tiers inférieurs ;

2° Trois épanchements consécutifs à une pleurésie latente ou subaiguë, dont deux à gauche et un à droite. Des deux premiers, l'un remplit les deux tiers de la cavité, l'autre la moitié, le troisième ne s'élève guère au-dessus du tiers inférieur ;

3° Deux épanchements liés à une tuberculisation sous-pleurale dont l'un coïncide avec une péritonite tuberculeuse chronique et est limité à la moitié inférieure, et l'autre compliqué de tuberculisation pulmonaire bien précisée, remplit toute la cavité ; ces deux derniers épanchements sont situés à gauche ;

4° Enfin, trois épanchements succédant à une pleurite aiguë ; de ces trois derniers : l'un, situé à gauche, occupe exactement toute la cavité ; les deux autres, situés à droite, sont limités à la moitié ou au tiers inférieur ; ces trois épanchements sont de date récente (19 jours au plus).

Voici maintenant les résultats que nous a fournis, au sujet de l'égophonie, l'auscultation pratiquée avec l'attention la plus scrupuleuse ; on verra combien ils sont différents de ceux qu'a obtenus M. Valleix.

1° Dans l'épanchement purulent qui occupe toute la cavité droite : égophonie à l'angle interne de l'omoplate, s'étendant le long de la gouttière jusqu'à 6 centimètres au-dessous, manquant *dans tous les autres points de la face postérieure ;* absence de toute nuance égophonique à la face antérieure ; égophonie très-obscure et restreinte dans le creux axillaire.

2° Dans l'épanchement purulent qui occupe les deux tiers inférieurs : égophonie au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, se prolongeant, par une ligne horizontale, jusqu'à la gouttière et se propageant dans cette gouttière, de haut en bas et en devenant de plus en plus faible, jusqu'au niveau du tiers inférieur. La thoracentèse, pratiquée après cet examen, donne issue à un litre et demi de séro-pus ;

3° Dans les deux épanchements consécutifs à une pleurite latente et occupant, l'un la totalité, l'autre les deux tiers inférieurs de la cavité séreuse, nous trouvons :

Dans le premier, égophonie confuse au-dessous de l'épine de l'omoplate et un peu en dehors ; égophonie plus distincte dans la portion correspondante de la gouttière, se prolongeant, dans cette même gouttière, jusqu'au tiers inférieur ; rien dans tout le

restant de la face postérieure; en avant, nuance égophonique dans le troisième espace intercostal; rien ailleurs.

Dans le second, égophonie bien caractérisée en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate et un peu au-dessous; une nuance plus ou moins prononcée d'égophonie dans tout le reste du tiers moyen; rien dans le tiers inférieur; rien également dans la face antérieure ni dans la partie latérale. Dans l'épanchement qui occupe le tiers inférieur, l'égophonie se perçoit bien distincte au niveau du liquide, dans la partie centrale de la face postérieure, et dans la portion de la gouttière vertébrale correspondante; rien au-dessus ni au-dessous de ces points; rien non plus dans la face antérieure ni dans la partie latérale;

4° Épanchements liés à une tuberculisation sous-pleurale. — Dans le premier, celui qui occupe toute la cavité, il y a en arrière, au niveau de l'angle interne de l'omoplate, une pectoriloquie parfaitement caractérisée se prolongeant, suivant une diagonale de haut en bas, de dedans en dehors vers la base externe, et diminuant d'intensité à mesure qu'on descend, à tel point, qu'à la dernière limite ce n'est plus qu'une égophonie confuse; rien partout ailleurs. Après l'opération de la thoracentèse, qui donne issue à deux litres trois quarts de sérosité citrine, pectoriloquie des plus distinctes sous la clavicule, disparition de toute nuance de pectoriloquie ou d'égophonie à la face postérieure. — Ce malade a une tuberculisation pulmonaire avancée.

Dans le second, coïncidant avec une péritonite tuberculeuse et limité à la partie moyenne, égophonie un peu au-dessous et en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, perçue également dans la partie correspondante de la gouttière et se prolongeant en bas, en diminuant toutefois d'intensité, jusqu'à la moitié du tiers inférieur; rien partout ailleurs;

5° Des trois épanchements consécutifs à la pleurite aiguë, le premier, qui remplit toute la cavité, ne laisse percevoir que de l'égophonie confuse dans un espace très-restreint, un peu au-dessous et en dedans de l'angle interne de l'omoplate, nous en cherchons en vain une nuance, quelque légère qu'elle soit, sur les divers autres points des parois et nous ne parvenons pas à en trouver. L'opération de la thoracentèse donne issue à deux litres et demi de sérosité citrine, chargée de fibrine, et fortement albumineuse. Dans le second, qui occupe la moitié de la cavité, il y a égophonie parfaite au niveau et en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, jusque dans la proportion de la gouttière correspondante inclusivement; rien au-dessous; il y a une égophonie également distincte au rebord inférieur du creux axillaire, et bien limitée à ce point; rien partout ailleurs.

Enfin, dans le troisième, il y a une nuance égophonique dans la portion de la gouttière correspondante au niveau du liquide; elle s'étend en dehors, sur la face postérieure et au même niveau, jusque sur la ligne qui sépare la face latérale de la postérieure.

Les résultats que nous venons d'exposer au sujet de l'égophonie, recherchés avec attention sur dix malades affectés d'épanchement pleural, sont loin de concorder avec ceux de M. Valleix qui prétend avoir rencontré l'égophonie sur toute l'étendue de parois occupée par l'épanchement. Quant à la théorie que le même auteur donne avec M. Rasiboski pour expliquer l'égophonie, toute séduisante qu'elle soit, nous croyons qu'elle ne répond point à tous les cas. La science laisse donc à désirer sur ce point. Les révélations cadavériques, les données qu'on peut saisir après la thoracentèse, jointes à la rigoureuse interprétation des principes de physique, permettront sans doute d'édifier une théorie plus applicable à la généralité des cas. Il ne me serait pas permis, pour le moment, de proposer une telle théorie, qui n'est d'ailleurs que d'une importance accessoire. Mais, ce qui importe, c'est de fixer, le plus tôt possible, la valeur d'un signe donné comme absolu par M. Valleix, et qui induirait les praticiens dans des erreurs graves, si, comme je le pense, ce signe manquait d'exactitude. ABEILLE.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. NÉLATON.

Leçon clinique sur une tumeur syphilitique.

(*Recueillie par* MM. DOLBEAU *et* VAUTHIER, *internes du service.*)

Nous avons dans nos salles un jeune homme âgé de 24 ans, qui présente une affection curieuse du genou droit. Je désire attirer votre attention sur ce fait, parce qu'il peut donner lieu à des méprises; de plus, dans ce cas, le diagnostic précis est indispensable, si on veut instituer un traitement qui soit réellement efficace. Le malade dont je vous parle est bien constitué; il exerce la profession de charretier; il y a six mois, il ressentit des douleurs assez vives dans le genou droit. Ces douleurs, survenues spontanément et sans cause connue, coïncidaient avec la flexion de la jambe. Elles étaient plus fortes le soir, à la suite des travaux de la journée. Cependant le genou ne présentait, à cette époque, aucun signe extérieur de la maladie.

Après trois mois pendant lesquels il avait continué ses travaux, le malade vit son genou se tuméfier; il indique même que son affection a débuté par la partie supérieure et externe de la jointure. Il a employé successivement les cataplasmes, les onctions de toutes sortes, les vésicatoires, etc.; mais n'ayant pas obtenu d'amélioration de ces médications diverses, il est venu réclamer nos soins.

Voici dans quel état il se trouve. Le genou est généralement tuméfié, les saillies et les dépressions qu'on rencontre normalement dans cette région n'existent plus. Ainsi, la rotule ne proémine pas à la partie antérieure du genou. On ne distingue plus le ligament rotulien, et les excavations qu'on trouve ordinairement de chaque côté manquent ici complétement, etc. La couleur des téguments n'est pas sensiblement modifiée; on y remarque toutefois la trace des différents topiques qui ont été employés.

Le genou est mou, cède à la pression. Il y a dans l'articulation un épanchement liquide assez abondant; la fluctuation, le choc produit par la rotule qu'on déprime; en un mot, tous les signes d'une hydrarthrose sont faciles à constater. Mais tout n'est pas dit, il faut voir davantage. Quelle est la cause de cet épanchement? elle est manifeste et c'est elle que je vais vous signaler.

Outre le gonflement, on trouve à la partie inférieure de la cuisse, dans le point de réflexion de la synoviale, là où elle abandonne le triceps pour gagner le fémur, un engorgement profondément situé au-dessus de l'articulation, sur le fémur lui-même. C'est une tumeur dure, assez large, puisqu'elle dépasse de chaque côté le tendon rotulien. Elle est située sous le muscle triceps; en effet, si vous faites alternativement fléchir et étendre la jambe, vous constaterez que si le muscle est contracté, il est impossible de trouver la tumeur, si ce n'est de chaque côté du tendon. Si, au contraire, le muscle est dans le relâchement, on peut explorer la tumeur à travers l'épaisseur des parties qui la recouvrent. Le malade, vous ai-je dit, souffre quand il fléchit la jambe. Vous pouvez facilement expliquer pourquoi les mouvements sont douloureux: en effet, dans la flexion du genou, le muscle triceps s'applique fortement contre la tumeur, la comprime et détermine de la douleur. Les mouvements de l'articulation sont donc à peu près intacts, mais la douleur met obstacle à leur exercice.

Pour préciser davantage le siége de cette tumeur, j'ajouterai qu'elle est située derrière la synoviale; car au-devant il y a une couche de liquide qu'il faut déprimer pour l'explorer convenablement.

Quelle est la nature de cette tumeur? le malade nous l'indique lui-même. Il dit que c'est un accident syphilitique. En effet, il y a quatre ans, ce jeune homme a présenté successivement tous les symptômes d'une syphilis constitutionnelle. D'après cela, il y a tout lieu d'admettre que c'est là une de ces tumeurs syphilitiques analogues à celles que l'on rencontre dans les autres points

du corps. Mais quel est le siége anatomique de cette affection? La tumeur est-elle une dépendance de l'os, du périoste, ou bien est-elle en dehors de ce dernier? Je pense qu'elle s'est développée dans le tissu cellulaire extérieur au périoste. Ce n'est pas là une exostose; en effet, le malade souffre quand on presse sur la tumeur, mais nous ne trouvons pas ces douleurs ostéocopes, qui sont propres à toutes les tumeurs osseuses, quelle que soit d'ailleurs la cause qui leur donne naissance.

Ainsi, en résumé, nous avons-là une tumeur gommeuse qui, en contact avec la synoviale du genou, a donné lieu à une inflammation subaiguë, et par suite, à une hydrarthrose. Le point de départ est dans la tumeur, et je ne doute pas qu'au moyen du traitement syphilitique, on n'arrive à débarrasser le malade de sa tumeur et de son hydrarthrose.

A côté de ce malade, j'en placerai un autre dont l'histoire vous présentera un certain intérêt, si vous voulez le rapprocher de celle du précédent. Il s'agit également d'une affection du genou, mais toute différente de la première.

Un homme bien constitué, commissionnaire, souffre depuis 13 mois dans le genou gauche, il a d'abord éprouvé des difficultés dans la flexion de la jambe, puis la jointure est devenue grosse et douloureuse. Il a cependant continué de travailler, et ce n'est que depuis quelques mois qu'il a songé à se soigner. Le traitement a consisté dans l'emploi de pommades et de vésicatoires. Voici ce que j'ai constaté : Le genou gauche est volumineux, arrondi; on n'y rencontre plus les saillies et les dépressions normales. Par le palper, on trouve une masse empâtée, assez molle. Il y a un liquide dans l'articulation, la fluctuation est facile à constater.

Il y a là une hydrarthrose; mais, si on examine l'état des parties voisines, on trouve quelque chose de plus : en effet, à 4 centimètres au-dessus de la base de la rotule, on rencontre une masse dure quoique élastique, sous forme de noyaux, un interne plus volumineux, l'autre externe plus allongé. Ce sont là des masses qui, par leur dureté et leur mobilité, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic; on peut les prendre pour des corps étrangers articulaires. C'est Marjolin qui, le premier, a signalé ces indurations. Il a parlé de la difficulté du diagnostic, mais il n'a pas dit quelle était la nature des tumeurs. Depuis, des recherches cadavériques ont fait voir qu'il y a là un épaississement de la synoviale. Il se dépose en dehors de la synoviale de la matière plastique; de plus, il y a hypertrophie du tissu cellulaire sous-séreux, exactement comme cela se passe au voisinage de certains foyers inflammatoires, près des abcès sous-maxillaires, par exemple.

Si, maintenant, nous comparons ces deux maladies du genou, nous voyons que, dans les deux cas, nous avons un épanchement articulaire et de plus une induration circonscrite. Quels sont donc les signes au moyen desquels vous distinguerez ces deux affections? Les voici : d'une part, vous avez pour le premier malade une tumeur fixe qui fait corps avec le périoste fémoral. Le caractère de la tumeur, chez le second malade, c'est, au contraire, d'être bien circonscrite et parfaitement mobile. Il y a un autre signe sur lequel j'appelle toute votre attention : dans les affections chroniques des articulations, il y a pour la douleur un véritable lieu d'élection qui est à peu près invariable. Pour l'épaule, c'est en avant, dans le point ou le deltoïde se trouve soulevé par la tête humérale. Pour la hanche, il y a deux points douloureux : un dans l'aine, l'autre près de la tête fémorale, sans compter la douleur du genou qui est limitée à la face antérieure de la rotule.

Pour l'articulation fémoro-tibiale, la douleur a son siége à la partie supérieure du condyle interne du tibia, près de l'insertion du ligament latéral interne. Or, chez le premier malade, il y a douleur à la partie inférieure de la cuisse, tandis que chez l'autre, nous trouvons la douleur à la partie supérieure du condyle interne du tibia, dans un point bien circonscrit, indiqué par le malade. Ceci suffit pour nous permettre de diagnostiquer, dans le second cas, une maladie chronique de l'articulation. Maintenant, cette affection du genou est-elle grave; les os, les surfaces articulaires sont-elles altérées? Nous ne le pensons pas. La maladie est encore dans cette période où l'on peut espérer de la guérir. Dans ces cas, les révulsifs sont tout puissants, mais ils doivent être très-énergiques, et c'est à la cautérisation avec le cautère actuel, qu'il faut donner la préférence. Vous avez déjà vu, dans nos salles, un certain nombre de malades tirer un grand profit de ce mode de traitement.

CLINIQUE RURALE.

Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans,

Par M. Macario, *D. M. P., ex-député au parlement sarde, médecin à Sancergues* (Cher).

La pneumonie, comme toutes les phlegmasies des organes de la respiration, est si connue qu'il semble, au premier abord, superflu d'écrire davantage sur cette affection; mais il n'en est point ainsi. A mon sens, les sciences d'observation offrent toujours quelque chose de nouveau aux observateurs attentifs; il y a toujours à glaner, et à glaner avec succès, dans le champ sans bornes de la science, et nous verrons, par les observations qui nous sont propres, que plusieurs points de l'histoire des phlegmasies aiguës de l'appareil respiratoire sont passés inaperçus, qui pourraient cependant contribuer singulièrement au progrès de la science.

Nous allons commencer par la pneumonie, qui est l'affection la plus importante et la plus commune de l'appareil respiratoire.

Elle est d'une fréquence extrême chez les paysans. Pour apporter de l'ordre dans l'exposition de nos observations, nous les partagerons en deux catégories : dans la première, nous rangerons les pneumonies franches, simples; dans la seconde, les pneumonies anormales ou compliquées d'autres affections. Nous tracerons ensuite l'histoire générale de la pneumonie uniquement d'après les observations que nous avons recueillies dans notre pratique rurale. Un tel exposé présentera, ce me semble, des enseignements utiles et offrira toujours de l'intérêt, ne fût-ce que sous le point de vue de la statistique générale ou comme point de comparaison.

§ I. Étiologie. — *Sexe.* — Les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes à contracter la pneumonie. Je trouve, dans mes observations, 128 hommes pour 27 femmes, et cela doit être, car les paysans passent leur vie au dehors, en plein air, aux rudes travaux des champs, exposés sans cesse à l'inclémence du temps et aux injuries des saisons; tandis que les femmes, du moins dans le centre de la France où j'exerce, vaquent exclusivement aux paisibles soins du ménage. Cette remarque est très-importante, car elle jette un grand jour sur l'étiologie de cette affection; elle prouve, en effet, que les excès, les fatigues excessives, et surtout les changements brusques de la température, l'impression du froid lorsque le corps est en sueur, sont la cause la plus fréquente et la plus certaine de l'inflammation du poumon. Cette proposition n'est peut-être pas vraie dans les grands centres de population, pour les classes aisées particulièrement; car, dans ce qu'on appelle le monde, les femmes font autant d'excès que les hommes; elles font, comme on sait, du jour la nuit et de la nuit le jour; à la sortie des théâtres, des soirées et surtout des bals, le froid les saisit, le corps couvert de sueur, et donne naissance à une foule de maladies aiguës et particulièrement à la pleuro-pneumonie.

Age. — L'âge qui, d'après mes observations, prédispose le plus à cette affection, est de 20 à 50 ans; comme on pourra le voir d'après le tableau suivant :

De 6 mois.	1 cas.	De 31 à 40 ans. . . .	33 cas.
1 à 5 ans. . . .	3	41 à 50 ans. . . .	27
6 à 10 ans. . . .	2	51 à 60 ans. . . .	22
11 à 15 ans. . . .	3	61 à 65 ans. . . .	6
16 à 20 ans. . . .	8	66 à 70 ans. . . .	5
21 à 30 ans. . . .	37	71 à 75 ans. . . .	2

Je n'ai pas rencontré de sujets moins âgés de 6 mois, et plus âgés de 75 ans, ce qui est en contradiction avec les assertions des auteurs qui affirment que la pneumonie est très-commune dans les âges extrêmes de la vie.

Tempérament. — Le tempérament sanguin est, d'après mes observations, celui qui prédispose le plus à l'inflammation du poumon ; vient ensuite le tempérament nerveux; puis le tempérament lymphatique, et en dernier lieu, le tempérament bilieux.

Saisons. — La pneumonie peut se déclarer dans toutes les saisons, mais c'est dans les quatre premiers mois de l'année que je l'ai rencontrée le plus souvent. En été elle est très-rare, comme le prouve le tableau suivant :

En janvier.	17 cas.	En juillet.	5 cas.
février.	20	août.	3
mars.	35	septembre. . . .	5
avril.	30	octobre.	3
mai.	8	novembre. . . .	3
juin.	12	décembre.	12

Les personnes qui ont déjà été atteintes de pneumonie sont bien plus prédisposées que les autres à la contracter de nouveau. Dans mes observations, je trouve 26 individus qui ont eu, les uns deux, les uns trois, les autres quatre et même cinq fluxions de poitrine dans leur vie, et presque toujours c'était dans le même poumon.

Les douleurs rhumatismales sont-elles une cause prédisposante ? J'ai donné des soins à 11 rhumatisants atteints de pneumonie.

Quant aux causes occasionnelles, c'est dans l'immense majorité des cas, au dire des malades eux-mêmes, l'impression d'un air froid sur un corps échauffé ou couvert de sueur. Trois de mes malades attribuaient leur maladie à des excès d'intempérance : deux à des excès de fatigue ; trois tombèrent malades après avoir dormi sur le gazon frais ; un cordonnier pour avoir dormi sur une pièce de cuir, les croisées ouvertes : à son réveil, il fut pris de frisson, tremblement, point de côté, etc.; sept, après avoir été mouillés par la pluie et laissé sécher leurs habits sur le dos ; un devint malade après avoir été saisi par le froid sans que son corps fût en sueur ; chez un autre, la pneumonie fut déterminée par une violence extérieure sur le thorax.

Maintenant, combien de temps se passa-t-il entre l'action des causes occasionnelles et l'apparition des premiers symptômes de la maladie ? Cette question n'a jamais, que je sache, été posée par aucun écrivain. Je vais tâcher de la résoudre, ou du moins d'appeler l'attention des observateurs sur ce point pathogonique. Chez la plupart de mes malades, la cause a agi la veille de leur maladie, c'est-à-dire 12 à 15 heures avant l'apparition des premiers symptômes. Dans dix cas, la maladie s'est déclarée quelques heures (6 à 8) après l'action de la cause présumée. Un individu se coucha sur l'herbe où il dormit 5 heures environ et se réveilla malade. Je n'en ai rencontré que cinq chez lesquels le mal se soit déclaré 48 heures après l'action du froid, et enfin je donne, dans ce moment même, des soins à un homme atteint de pleuro-pneumonie, chez lequel la maladie s'est développée trois jours et demi après qu'il eut été mouillé par la pluie, et laissé sécher ses vêtements sur lui.

D'après ces observations, il est donc permis de conclure que la maladie commence à se développer du moment même où l'on s'expose à l'action des causes qui la produisent, et on peut assurer que lorsque quatre jours se passent après que la cause a agi, sans qu'il en soit résulté aucun effet nuisible, on est à l'abri de la péripneumonie.

§ II. Symptomatologie. — La pneumonie aiguë est généralement caractérisée par une douleur plus ou moins vive dans l'un des côtés du thorax, la dypsnée, l'anxiété, la toux, l'expectoration de crachats visqueux et sanguinolents, des râles caractéristiques et une réaction fébrile intense. La maladie est localisée dans les poumons, et c'est là qu'on doit en chercher les signes pathognomoniques ; mais, comme dans toutes les autres maladies aiguës, les autres appareils organiques s'en ressentent et présentent des phénomènes réactionnels importants à étudier. Nous diviserons donc les symptômes de la pneumonie en deux groupes, c'est-à-dire en symptômes locaux et en symptômes généraux. Nous étudierons d'abord les premiers, comme étant les plus importants ; nous passerons ensuite en revue les symptômes respectifs de chaque appareil du système organique.

Pour procéder avec ordre, nous suivrons le mal depuis son origine jusqu'à sa fin ; partout, nous commencerons par exposer les prodrômes de la maladie ; nous décrirons ensuite le *facies*, car c'est lui qui frappe tout d'abord les yeux du praticien appelé auprès des malades.

Presque toujours, la pneumonie débute par un frisson qu'on appelle, à cause de cela, frisson initial ; il est plus ou moins violent, et sa durée varie entre 3 et 6 heures et même plus. En général, plus le frisson est long et intense, et plus la maladie sera grave. C'est là un phénomène important à constater, car dès le premier abord le médecin peut porter un pronostic plus ou moins grave qui lui captivera la confiance des malades. Le frisson de la pneumonie a ceci de particulier, qu'il est toujours plus intense et plus long que dans toute autre maladie, et en outre il n'est jamais accompagné de claquements des dents : c'est là une particularité importante qui peut faire soupçonner l'existence d'une pneumonie, en l'absence de tout autre symptôme caractéristique. C'est ainsi que M. Chomel diagnostiqua, par la nature du frisson, une pneumonie chez un ancien ministre de l'empire, qui éprouva un refroidissement en revenant du spectacle, et qui fut pris dans la nuit de frisson et de troubles de l'intelligence. Le lendemain, ces troubles persistaient : il y avait une fièvre intense, sans toux ni gêne de la respiration. C'est alors que Chomel diagnostiqua, contrairement à l'avis d'autres médecins, une pneumonie. Le jour suivant, l'intelligence revint à son type régulier. Il se déclara de la toux et de l'expectoration ; enfin, le troisième jour, des crachats sanguinolents apparurent et firent taire tous les doutes. C'est ainsi que, moi-même, je diagnostiquai dernièrement une phlegmasie du parenchyme pulmonaire chez un domestique, pendant le frisson même.

Plus rarement, le frisson est précédé d'une douleur plus ou moins vive dans l'un des côtés du thorax, et enfin, plus rarement encore, le frisson et le point de côté se déclarent en même temps. Il est très-rare que le point de côté manque.

D'autres fois, j'ai vu la pneumonie être annoncée par de la céphalalgie, ou bien par une lassitude douloureuse dans les membres inférieurs. Deux fois elle a débuté par une rachialgie violente au point de simuler l'invasion d'une fièvre éruptive ; une fois elle a été précédée de céphalalgie avec aberration de la vue et lassitude dans les jambes ; une autre fois, par une douleur dans la tempe et l'oreille droite, et une autre fois, par un coryza. Chez un sujet (3e *obs.*) que j'ai soigné tout récemment, l'inflammation du poumon a été précédée d'une vive douleur dans la jambe droite, avec gonflement du pied : cette douleur ne tarda pas à envahir également les deux bras d'abord, puis la jambe gauche; mais cette fois, sans gonflement des mains ou du pied ; et enfin, trois jours après, se déclare un point de côté. Chez le malade de la 34e observation, la pneumonie fut annoncée par des coliques violentes ; chez un autre, elle fut précédée de vomissements. J'ai donné des soins à cinq individus chez lesquels la phlegmasie du poumon a été précédée d'une fièvre inflammatoire, ce qui confirme cette vérité émise par M. Andral, à savoir que toutes les maladies ne sont pas primitivement locales, qu'un mouvement fébrile peut exister indépendamment d'une affection locale, que les inflammations elles-mêmes peuvent être précédées d'un état inflammatoire général, dont la phlegmasie qui survient ensuite n'est en quelque sorte que la localisation.

Dans les fièvres graves continues, la pneumonie se déclare d'emblée sans être précédée d'aucun prodrôme. Voilà pourquoi elle passe souvent inaperçue, lorsqu'on ne prend pas la précaution de percuter et ausculter souvent la poitrine des malades.

Facies. — Généralement la face des péripneumoniques, au début, est rouge, injectée, les yeux sont brillants et humides. Je n'ai observé que très-rarement la pâleur du visage. Quelques

praticiens affirment que la joue du côté malade est plus rouge que l'autre. Je n'ai remarqué que quatre fois cette particularité. Quelquefois on observe une teinte jaune très-marquée autour des lèvres et des ailes du nez; c'est ordinairement quand la phlegmasie pulmonaire est compliquée de l'état bilieux. La sclérotique offre alors la même teinte ictérique. Trois fois cette teinte envahissait toute la face; sept fois j'ai vu une éruption de petits boutons autour des lèvres ou sur les lèvres mêmes; une fois elle ressemblait, à s'y méprendre, à l'éruption varioleuse, et au bout de quelques jours les pustules se couvrirent d'une croûte noire commé de l'encre (4e *obs.*).

Lorsque l'inflammation du poumon est intense et qu'elle occupe une large surface, la figure du malade exprime l'anxiété; et si l'oppression est considérale, la face est livide et couverte quelquefois d'une sueur froide.

Les malades sont le plus souvent couchés sur le dos, il est vrai, mais très-souvent je les ai vus couchés sur l'un des côtés, et particulièrement sur le côté malade. Aussi je trouve la proposition de M. Andral, qui affirme que sur quinze malades, il y en a à peine un qui n'affecte le décubitus dorsal, trop hasardée, car, je le répète, j'ai vu souvent le contraire.

Signes locaux. — Lésions de l'appareil respiratoire. — La toux est constante dans la pneumonie; elle est plus ou moins fréquente et son timbre varie suivant les complications. Ainsi elle a lieu par quintes dans la broncho-pneumonie et elle est petite et sèche dans la pleuro-pneumonie.

Au début de la maladie, la toux est toujours sèche, puis elle s'accompagne d'une expectoration caractéristique dont la nature varie suivant les différents degrés de la pneumonie. Nous allons décrire avec soin les caractères des crachats, car ils suffisent souvent seuls pour établir le diagnostic. Avant la découverte de l'auscultation, les médecins n'avaient pas de moyens plus sûrs et plus certains que les crachats, pour s'éclairer sur la nature de la maladie.

L'expectoration donc est nulle ou presque nulle au début de la pneumonie, et elle augmente au fur et à mesure que celle-ci fait des progrès. En outre, la nature des crachats varie suivant la période de la maladie, à ce point que leur aspect physique peut faire connaître, d'une manière presque certaine, chaque degré de la péripneumonie. En effet, dans le premier degré, les crachats sont muqueux, visqueux, demi transparents et adhérents aux parois du vase qui les contient, leur couleur est tantôt verte-jaune, ou d'un jaune safrané; tantôt ils sont rouillés, ou mieux tout à fait rouges, ce qui est assez rare dans cette période. Dans le premier cas, la couleur jaune safranée ou rouillée est due au sang mêlé intimement au mucus; dans le deuxième, ils sont composés de sang pur. Je n'ai rencontré que rarement ces derniers; le plus souvent les crachats sont rouillés ou sanguinolents, et, quoi qu'en disent les auteurs, j'ai vu assez souvent dans la pneumonie bien caractérisée des points ou des stries de sang dans les crachats. Dans la deuxième période, les crachats sont tout à fait rouillés et encore plus visqueux et plus tenaces que dans la première, au point qu'on peut renverser et agiter fortement le vase qui les contient, sans qu'ils se détachent de ses parois. Enfin, dans la troisième période, les crachats conservent quelquefois la plupart des caractères que nous venons de décrire; mais, le plus souvent, ils changent de nature et d'aspect et sont moins abondants, leur couleur est tantôt cendrée sans transparence, tantôt foncée; ils ressemblent alors à du jus de pruneaux ou à une solution de jus de réglisse; ils sont, en outre, très-diffluents.

Une grande abondance de crachats annonce une pneumonie intense et profonde.

Dans toutes les périodes de la pneumonie, les crachats sont complétement inodores, à moins de gangrène des poumons. Ainsi, en résumé, dans le premier degré, les crachats ressemblent à du blanc d'œuf, ils sont médiocrement visqueux, demi-transparents, jaunes, safranés ou sanguinolents; dans le deuxième, leur viscosité et leur ténacité sont poussées à un très-haut degré; et enfin, dans le troisième, ils sont cendrés ou de couleur foncée et très-diffluente,

(M. Rémak, de Berlin, a signalé une particularité importante dans les crachats de la pneumonie aux premier et deuxième degrés [*Archives gén. de méd.* et *Abeille méd.*].)

Si on examine les crachats d'un sujet affecté de pneumonie vers le troisième ou quatrième jour de la maladie, on y reconnaît l'existence de filaments fibrineux, raréfiés, que l'auteur appelle concrétions bronchiques ramifiées. Ces concrétions forment de petits cylindres à bords rectilignes, à divisions dichotomiques de plus en plus courtes, de plus en plus ténues, exactement comme celles des bronches; elles présentent parfois de petites nodosités dues à la présence d'une petite bulle d'air. Examinées au microscope, on les trouve formées de filaments très-fins, parallèles, adhérents les uns aux autres, et dirigés dans le sens de la longueur. Dans la plupart des cas, ces filaments tiennent emprisonnées un grand nombre de cellules granuleuses analogues aux granulations purulentes; d'autres fois ils en sont revêtus.

Pour trouver ces concrétions bronchiques, il faut verser les matières de l'expectoration dans un vase plat, de couleur foncée, rempli d'eau : quelquefois elles sont roulées en grumeaux, et alors, pour les découvrir, il faut les étaler sur une lame de verre noir. Il est quelquefois nécessaire de les laisser longtemps dans l'eau.

Nous avons observé quelquefois ces concrétions à l'œil nu, mais nous ne les avons point examinées au microscope. Il ne faut pas les confondre avec les filaments muqueux qui se trouvent souvent dans les crachats; on évitera l'erreur en examinant les matières sur une lame de verre; les filaments se laisseront facilement étaler au moyen d'une aiguille en une membrane très-fine, tandis que les concrétions sont trop consistantes pour subir cette transformation.

Ces concrétions s'observent dans les crachats de la première et surtout de la seconde période, jamais dans ceux de la troisième. En général, on ne trouve ces productions bien organisées que quand le râle crépitant a presque entièrement fait place à un souffle bronchique bruyant et que la matité est très-prononcée.

Ces filaments sont-ils une exsudation fibrineuse pourvue de cellules granuleuses, comme le dit M. Rémak? Quelle est l'application pratique qu'il est permis de tirer de l'existence de ces filaments? Suivant M. Rémak, la guérison complète est d'autant plus sûre et plus rapide, que l'expulsion des concrétions a eu lieu plutôt, abondamment et avec persistance. Vers la fin, ce ne sont plus des filaments ramifiés, mais de petites masses cylindriques ayant toujours la texture fibreuse. Voilà pour le pronostic.

Enfin, le professeur Schœnloin, dans le service duquel a été faite la découverte, regarde le nouveau symptôme comme le meilleur signe pour reconnaître le passage de la maladie à la période d'exsudation. C'est pourquoi il pense que l'apparition d'une grande quantité de ces concrétions dans les crachats indique qu'il est temps de relier les émissions sanguines générales, pour recourir aux émissions sanguines locales, aux ventouses scarifiées, aux frictions mercurielles et iodées, aux boissons diurétiques et rafraîchissantes, ou bien enfin aux résolutifs (calomel, vésicatoires, etc.). Voilà pour le traitement.

Nous nous proposons de vérifier par la suite ces importantes propositions.

Lorsque la pneumonie ne se révèle pas à l'auscultation et à la percussion, les crachats peuvent être sanguinolents, comme je l'ai vu assez souvent, mais il est très-rare que les crachats sanguinolents caractéristiques manquent lorsque le râle crépitant ou le bruit de souffle existent. Ces deux symptômes marchent presque toujours ensemble. Avant la découverte de l'auscultation, les praticiens se basaient exclusivement sur la nature des crachats pour diagnostiquer non-seulement l'inflammation du parenchyme pulmonaire, mais encore ses différents degrés. J'ai vu cependant l'hépatisation de tout un poumon sans expectora-

tion de crachats sanguinolents (14e *obs.*), et cinq fois j'ai rencontré la pneumonie soit au premier soit au deuxième degré, sans expectoration d'aucune sorte (13me et 27me *obs.*)

Chez une femme que j'ai soignée dernièrement, l'expectoration ne commença à se faire que lorsque les signes sthétoscopiques avaient disparu. Ici l'expectoration fut-elle critique? Quelques heures avant, la malade était très-oppressée.

Depuis Avembrugger et Laënnec nous avons à notre disposition des moyens sûrs de diagnostiquer les différents degrés de la pneumonie ; grâce à la percussion et à l'auscultation il nous est donné de voir clair, de lire à travers les parois de la poitrine comme si elles étaient transparentes ; nous pouvons préciser, limiter l'étendue et, jusqu'à un certain point, la profondeur des parties lésées enflammées. Pour atteindre une telle précision, il faut que la lésion occupe la périphérie des poumons, car lorsqu'elle siége dans le centre ou à la racine des organes, ces précieux moyens d'investigation deviennent dès lors inutiles, et ne donnent aucun résultat ; il faut alors, pour porter le diagnostic, recourir à d'autres signes, tels qu'à l'expectoration, à la dyspnée, au point de côté et aux symptômes généraux.

Lorsque la pneumonie n'est qu'au premier degré; la percussion donne une matité légère, incomplète; dans le deuxième et le troisième degré, la matité est plus forte que dans la première ; elle est complète, mais pas autant cependant que dans la pleurésie avec épanchements. La percussion est quelquefois douloureuse et ne peut pas être pratiquée, la plèvre est alors probablement enflammée en même temps. Comme nous l'avons déjà fait pressentir, lorsque la pneumonie est lobulaire ou qu'elle occupe le centre ou la racine des poumons, il n'est plus possible d'obtenir la matité. Une observation importante se présente ici naturellement sous ma plume : comment faut-il pratiquer la percussion ? Est-il préférable de se servir du plessimètre ou bien de l'un des doigts de la main comme d'un plessimètre? M. Piorry préfère de beaucoup le plessimètre au doigt, et cela doit être, car M. Piorry est l'inventeur de cet instrument; le parti, du reste, que cet illustre praticien sait tirer de son invention est vraiment merveilleux ; il faut l'avoir vu à l'œuvre pour le croire ; M. Piorry a poussé à ses dernières limites l'art de la plessimétrie. La plupart des praticiens cependant se servent d'un des doigts de la main gauche en guise de plessimètre, car ce moyen est plus commode et on le porte toujours avec soi ; c'est le moyen que nous employons exclusivement : je crois cependant qu'il est inférieur au plessimètre et qu'il ne peut, en aucune façon, le remplacer dans la percussion abdominale.

L'auscultation est bien plus admirable et plus importante encore que la percussion. Cette opération se pratique d'une manière médiate ou immédiate, c'est-à-dire en appliquant immédiatement l'oreille sur la poitrine, ou bien en interforant entre cet organe et les parois thoraciques le sthétoscope. Lequel de ces deux moyens est préférable? Quant à moi j'avoue que je préfère l'auscultation immédiate et cela pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'avec le sthétoscope je n'entends rien, absolument rien, et ensuite parce que je n'ai pas besoin de m'encombrer de cet instrument dans mes courses. Je ne me sers du sthétoscope que pour examiner les vaisseaux du col, dans la chlorose, par exemple, parce que je ne puis pas faire autrement. Pour parer à l'inconvénient qui se présente souvent dans la pratique rurale de coller son oreille sur les poitrines souvent sales des paysans, j'ai l'habitude d'interposer entre mon oreille et les parois thoraciques un linge propre, ce qui supplée parfaitement à l'avantage qui est suivant moi, le seul qu'offre le sthétoscope.

Quoiqu'il en soit, voici les résultats que donne l'auscultation dans la pneumonie. Le premier degré de cette affection est, dans la très-grande majorité des cas, caractérisé par un râle crépitant fin et sec, et l'affaiblissement plus ou moins considérable du murmure vésiculaire ou respiratoire. Plus rarement le râle est gros et humide, c'est le râle sous-crépitant. On conçoit parfaitement qu'il peut y avoir deux degrés, quoique le cylindre ne donne à entendre que du râle crépitant, car l'auscultation ne nous indique rien à l'égard de l'état intérieur du parenchyme pulmonaire. Ainsi, il ne peut exister que de la crépitation à la surface, ce qui indique le simple argument pulmonaire, quoiqu'il y ait intérieurement souffle et toutes les conditions physiques qui le produisent, c'est-à-dire l'hépatisation rouge ou grise. Ce dernier cas est à craindre quand les signes sthétoscopiques ne se sont montrés que le quatrième ou le cinquième jour de la maladie. Quoi qu'il en soit, j'ai trouvé six fois le râle crépitant accompagné de râle muqueux et sibilant; deux fois il était accompagné d'un bruit de craquement et de soupape très-prononcé, trois fois de frottement et une fois d'une espèce de roucoulement particulier. D'autres fois le râle crépitant existe, mais on a beaucoup de peine à le distinguer et encore on n'y parvient pas toujours, masqué qu'il est par une confusion de râles de toute sorte.

Le râle crépitant ne se montre pas toujours d'emblée et de prime abord ; je l'ai vu trois fois être précédé d'une grande exagération du bruit respiratoire, trois autres fois d'une rudesse très-marquée de la respiration, deux fois de l'obscurité du murmure respiratoire, et plusieurs fois, soit de ronchus, soit du râle muqueux, sibilant ou de frottement.

D'autres fois le râle crépitant ne s'est pas montré du tout à mon observation ; il a été remplacé, soit par du râle sous-crépitant, comme je l'ai déjà dit, soit par du râle muqueux et de craquement, soit enfin par d'autres bruits anormaux. En effet, quatre fois il a été remplacé par du râle muqueux et du ronchus, une fois par une rudesse de la respiration et du craquement, une fois par la rudesse de la respiration et du ronchus, une fois par une espèce de râle soufflant, si je puis m'exprimer ainsi, c'était comme si on avait soufflé très-doucement dans une petite phiole ; une autre fois il était remplacé par un bruit en tout semblable à celui d'une bouteille qu'on vide (glouglou), et du craquement deux fois pour l'obscurité de la respiration, et enfin chez la malade qui fait le sujet de la 28e obs., le râle crépitant était remplacé par l'affaiblissement du murmure vésiculaire et par un tintement métallique très-caractérisé, et la voix était amphorique ou plutôt elle ressemblait à une note d'harmonie entendue dans le lointain ; il y avait chez cette malade emphysème.

Dans tous ces cas, les divers bruits que nous venons de passer en revue disparaissaient ordinairement lorsque la pneumonie passait au deuxième degré. C'est rare qu'il persiste lorsque le souffle paraît. Répétons ici que la percussion donne un son légèrement mat et que les crachats sont visqueux et rouillés.

Souvent, à l'aide d'un traitement convenable, la pneumonie ne dépasse pas le premier degré, le râle crépitant disparaît pour faire place au murmure respiratoire normal : mais lorsque la maladie est mal traitée et quelquefois même, malgré un traitement rationnel, elle continue de faire des progrès, franchit le premier degré et arrive au deuxième ; ce passage est annoncé par la prédominence du râle crépitant et la disparition complète du bruit naturel de la respiration, de l'expansion vésiculaire qu'on entend pendant l'inspiration ; et enfin le râle crépitant disparaît à son tour, et alors il arrive de deux choses l'une, ou bien il est remplacé par un bruit particulier connu sous le nom de *souffle tubaire* ou de *respiration bronchique*, c'est ce qui arrive le plus communément ; ou bien par l'absence complète de tout bruit respiratoire, ce qui est très-rare : je ne l'ai en effet observé que trois fois dans le cours de ma pratique rurale (*obs.* 14e et 15e). Le *souffle tubaire* a été désigné ainsi, parce qu'on disait alors qu'un individu, placé près de l'oreille de celui qui écoute, souffle dans un tube. Ce bruit dépend de ce que la colonne d'air ne pouvant plus pénétrer dans le poumon, circule avec force dans les tuyaux bronchiques et frotte fortement contre leurs parois, et enfin de ce que le poumon hépatisé est meilleur conducteur du son. Par la même raison, la voix du malade résonne fortement et donne lieu au phénomène connu sous le nom de *bronchophonie*.

J'ai rencontré souvent réunis le râle crépitant et le bruit de souffle. Il m'est arrivé quelquefois de trouver un bruit de souffle très-prononcé, entouré et comme encadré par du râle crépitant. Ce qui annonce le passage du premier au deuxième degré ou

vice versa, ou si l'on aime mieux, la réunion des deux degrés de la pneumonie dans un espace circonscrit.

Une fois, j'ai constaté du souffle à la partie postérieure du poumon droit, et à sa partie antérieure un bruit étrange ressemblant parfaitement au bruit produit par l'écrasement d'un pou sur l'ongle du pouce ; il y avait en même temps absence de tout murmure respiratoire.

Le deuxième degré de la pneumonie peut donner le change au praticien et lui faire croire à l'existence d'une pleurésie, car le souffle tubaire existe également dans cette dernière affection, et la bronchophonie ressemble un peu à l'égophonie. J'ai fait quelquefois cette méprise ; mais l'inspection des crachats lève tous les doutes. L'erreur, d'ailleurs, serait de peu d'importance pour les malades, attendu que le traitement de ces deux maladies est le même.

La percussion donne en même temps un son plus mat, et les crachats sont, comme nous l'avons déjà dit, plus visqueux et plus tenaces encore que dans le premier degré.

Lorsque la pneumonie marche vers la guérison, et qu'elle commence à rétrograder du deuxième au premier degré, le râle crépitant se fait de nouveau entendre ; il est connu alors sous le nom de *râle crépitant de retour ;* le souffle tubaire devient de moins en moins sensible, et en même temps la bronchophonie disparaît aussi petit à petit, et enfin le râle crépitant lui-même finit par disparaître à son tour, pour faire place insensiblement au bruit net d'expansion pulmonaire.

J'ai vu deux fois le râle crépitant persister cinq à six jours après la cessation de la fièvre et de tous les autres symptômes de la pneumonie. Voyez le malade de la 23e observation ; chez ce sujet, le râle crépitant a été précédé, pendant longtemps, de la rudesse de la respiration. M. Andral est un des premiers qui ait attiré l'attention sur ce phénomène, et tant que le râle crépitant persiste, on peut être certain, selon ce praticien, que la résolution de la phlegmasie pulmonaire n'est pas complète, et l'on doit craindre soit une rechute et le retour de la maladie à l'état aigu, soit la persistance d'un noyau de phlegmasie latente d'où pourra résulter tôt ou tard une désorganisation du poumon (Andral, *Clin. méd.*, p. 489, t. 3).

Le troisième degré n'a pas d'autres signes sthétoscopiques et plessimétriques que le deuxième. Aussi, pour distinguer l'une de l'autre en deux périodes, faut-il avoir recours à d'autres signes le plus souvent rationnels. La respiration devient alors plus fréquente et plus embarrassée, le pouls faiblit, des petits frissons parcourent le dos du malade, l'expectoration est plus difficile et est composée de crachats qui ressemblent à du *jus de pruneaux* ou à une solution de jus de réglisse, ou bien encore ils offrent une teinte cendrée ; quelquefois ils contiennent du pus, la langue se dessèche, les traits s'effilent, les yeux se vitrifient et la mort ne tarde pas à mettre un terme aux souffrances du malade.

La pneumonie peut affecter un seul ou les deux poumons à la fois ; mais, dans l'immense majorité des cas, on ne rencontre qu'un seul poumon de malade, au point que je n'ai vu que trois sujets affectés d'une double pneumonie. Dans un seul poumon, elle peut attaquer la totalité ou seulement une partie de l'organe ; le premier cas est aussi très-rare ; une seule fois, j'ai vu tout un pays hépatisé, et encore ne l'était-il pas entièrement, car on entendait à son sommet, dans une étendue de quelques centimètres, le murmure respiratoire normal (14e *obs.*)

Lorsque la pneumonie n'affecte qu'une partie de l'organe, elle envahit le plus souvent un ou plusieurs lobes : c'est la pneumonie *lobaire ;* mais quelquefois elle n'attaque qu'un plus ou moins grand nombre de lobules qui, par leur réunion, composent les lobes pulmonaires : c'est la pneumonie *lobulaire*.

La pneumonie siége le plus ordinairement, d'après mes observations, dans le lobe moyen ; vient ensuite, par ordre de fréquence, le lobe inférieur, et en dernier lieu le lobe supérieur, ce qui cadre, comme on le voit, avec les dires des auteurs.

La pneumonie du poumon droit est plus fréquente que celle du poumon gauche ; sur 155 cas, j'en ai rencontré 84 siégeant à droite et 60 à gauche ; trois fois elle envahissait les deux poumons en même temps ; six fois son siége demeura inconnu. Le plus souvent, la pneumonie affecte la partie postérieure du poumon. Treize fois seulement je l'ai vue siéger à la partie antérieure, et de ces 13 cas, 11 étaient à droite et 2 à gauche. Lorsque la pneumonie est antérieure, elle occupe ordinairement le sommet de l'organe ; je l'ai vue une fois occuper le pourtour du mamelon. Je donne dans ce moment des soins à un enfant âgé de 10 ans, dont la maladie occupe la partie du poumon qui correspond à l'aisselle gauche.

Les symptômes que nous venons de décrire plus haut ne sont pas toujours aussi bien caractérisés ; il arrive quelquefois que les signes sthétoscopiques et plessimétriques ne donnent aucun résultat : c'est lorsque la pneumonie occupe le centre ou la racine des poumons ; d'autres fois, l'expectoration fait défaut, et on a même vu la toux manquer complétement : nous en citons un exemple ; on conçoit alors l'embarras du médecin et la difficulté d'asseoir un diagnostic précis. Enfin, la pneumonie est souvent compliquée d'autres maladies qui exaspèrent plus ou moins complétement ses symptômes. Nous avons classé toutes ces espèces dans les pneumonies anomales.

Quoi qu'il en soit, le premier degré de la pneumonie peut être enrayé dans sa marche par un traitement actif, mais il passe quelquefois malgré tout ce qu'on peut faire. Au deuxième degré, celui-ci survient en général rapidement, et lorsque la maladie doit se terminer heureusement, il fait place au premier, caractérisé par le râle crépitant de retour. Le troisième degré est presque toujours mortel. Je dis presque toujours, car on conçoit parfaitement que lorsqu'il occupe un petit espace circonscrit, il puisse guérir par l'expulsion de la matière purulente et la cicatrisation du foyer.

De tels désordres ne peuvent certainement exister sans porter un trouble plus ou moins profond dans les fonctions de l'organe respiratoire. Aussi la dyspnée est-elle constante dans la pneumonie, et elle est d'autant plus grande que l'inflammation occupe une plus grande étendue. Il arrive assez souvent que l'oppression n'est pas appréciable pour les malades, quoique la respiration soit évidemment accélérée. Dans mes observations, j'ai vu quelquefois le nombre des inspirations s'élever à 50, 60, 64, 88 et même 90 par minute. Suivant les auteurs, le malade est en grand danger, lorsqu'il offre 50 ou 60 inspirations par minute ; cependant la plupart de mes malades dont la respiration était très-accélérée sont guéris. J'ai vu par contre, la mort survenir avec une très-légère oppression.

Selon Lerminier, Andral et Bouillaud, la pneumonie du sommet, toutes choses égales d'ailleurs, donne lieu à une plus forte dyspnée que la pneumonie de la base ; j'avoue que je n'ai pas constaté une telle différence jusqu'à présent. Ce n'est pas tout : j'ai vu 27 pneumonies de la base, accompagnées d'une forte dyspnée, et des pneumonies du sommet avec une légère oppression. Les malades qui présentaient 64, 88 et 90 inspirations par minute, étaient atteints, deux d'une pneumonie de la base ou lobe inférieur, et l'autre du lobe moyen. En général, une dyspnée très-intense annonce une pneumonie forte et profonde, quoique les signes sthétoscopiques disent le contraire. Il résulte de mes observations que généralement la dyspnée est plus considérable lorsque la pneumonie est compliquée de bronchite.

Lorsque la dyspnée est extrême, l'anxiété est peinte sur la figure du malade, sa parole est brève, haletante, entrecoupée ; il dilate les narines avec force comme pour ouvrir un plus large accès à la colonne d'air ; les mouvements respiratoires sont très-fréquents et très-courts, comme si l'air ne pouvait pas pénétrer au delà des premières divisions des bronches. Chez six de nos malades, la respiration était diaphragnitique ; quelquefois l'expiration est accompagnée de gémissements. Havas a paru remarquer que plus la dyspnée est intense, et plus l'air expiré est froid.

Plusieurs fois j'ai trouvé la voix enrouée. Ce symptôme qui me paraissait grave n'a pas empêché la maladie de se terminer par résolution.

Avant de terminer ce qui a trait aux symptômes locaux, il me

reste à parler de la douleur de côté. Celle-ci est presque la compagne inséparable de la pneumonie. Elle dépend, suivant les auteurs, de l'inflammation de la plèvre. Aussi, M. Andral designe-t-il l'inflammation du poumon sous le nom de pleuro-pneumonie; elle est plus ou moins vive; elle est quelquefois si intense, qu'elle arrache des cris aux malades et gêne considérablement la respiration. Sur cent cinquante-cinq pneumoniques, je n'ai rencontré que cinq fois l'absence du point de côté; celui-ci siége ordinairement du côté du mal; une seule fois, je l'ai vu du côté opposé. Le plus souvent, il se manifeste sous le sein; plus rarement, il occupe le sein même; six à sept fois, il se faisait sentir derrière le sein; neuf fois, il occupait la partie latérale et inférieure du thorax; deux fois, il occupait le dos, et une fois il siégait au bas des reins; chez un malade, il entourait toute la cage thoracique comme une ceinture, et allait correspondre à l'épigastre; chez un autre, il suivait le rebord inférieur de la dernière fausse-côte, et allait aboutir également à l'épigastre. Chez deux autres sujets, du sein il s'irradiait à l'épaule et à la partie antérieure de la poitrine; enfin, chez un dernier malade, il occupait l'hypochondre. Il n'est pas très-rare de voir la douleur occuper les deux côtés de la poitrine à la fois, quoiqu'un poumon seul soit affecté.

CORRESPONDANCE.

Hydrocèle lactescent et spermatique.

A monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*,

Monsieur le rédacteur,

Il a été plusieurs fois question, dans votre journal, du liquide que j'ai trouvé dans les bourses d'un de mes malades. MM. Sédillot et Gosselin ont émis, sur ce fait rare, des opinions qui prouvent que ces confrères n'ont pas daigné jeter un coup d'œil sur la note insérée dans le cinquième volume de ma *Pathologie externe*, ou qu'ils n'ont pas remarqué qu'elle était signée de M. Grassi, pharmacien en chef des hôpitaux, agrégé à l'École de pharmacie et expérimentateur habile. Je me borne donc, *pour le présent*, à renvoyer ces deux chirurgiens à ladite note, et à les prier de lire les remarques suivantes que je dois encore à l'obligeance de M. Grassi.

Votre dévoué, VIDAL (de Cassis).

Note de M. Grassi.

M. Sédillot a rencontré deux fois, chez des hommes adultes, des hydrocèles volumineux dont le contenu lactescent homogène a été examiné par M. Kuss. Celui-ci a vu qu'il était composé de sérosité dans laquelle étaient des millions de zoospermes dont quelques-uns étaient agités de mouvements distincts, tandis que le plus grand nombre n'en présentait pas. On distinguait très-nettement des zoospermes entiers, mais on en trouvait aussi dont les têtes seules ressemblaient à des globules laiteux. D'après cette observation, M. Sédillot admet que telle devait être la nature du liquide, que M. Vidal (de Cassis) a extrait de deux tumeurs des bourses portées par un malade de l'hôpital du Midi, et que nous avons pris pour des globules laiteux des têtes de zoospermes.

Je ne veux pas contester l'exactitude de l'observation de M. Sédillot, mais je maintiens que le liquide que nous avons examiné n'était pas identique à celui qui fait l'obet de son observation, et qu'il définit ainsi : « liquide lactescent, formé de sérosité, et contenant des millions de zoospermes. » En effet, ce liquide était seulement lactescent et conservait un degré de transparence. Le nôtre, au contraire, était épais comme du lait non écumé et *complétement opaque*. Les globules qu'il contenait étaient, en général, sphériques, nettement dessinés à bords noirs, réguliers et unis; ils se dissolvaient dans l'éther. Ce sont là des caractères que l'on ne trouve certainement pas à des têtes de zoospermes. Si ce liquide eût contenu des millions de zoospermes, nous en aurions bien rencontré quelques-uns dans le champ du microscope, et nous n'aurions pas pu le confondre avec autre chose.

On a pu, en traitant par l'éther une partie de ce liquide évaporé, en retirer plusieurs grammes de corps gras, ayant les propriétés du beurre. Je dis, en terminant ma note, que ce liquide ressemble plus au lait qu'à tout autre liquide fourni par l'économie animale; mais, après avoir indiqué les analogies, je mentionne les différences; c'est ainsi que je dis ne pas avoir trouvé des traces de phosphate, tandis qu'on en trouve toujours dans le lait.

L'observation de M. Sédillot n'improuve donc en rien les résultats consignés dans ma note.

Quant à l'hypothèse de M. Gosselin, qui veut faire jouer un rôle à la cholesterine, elle est détruite par l'absence de la cholesterine dans le liquide que j'ai analysé. GRASSI.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous recevons, avec prière de l'insérer, la circulaire suivante adressée aux médecins par la Société centrale de médecine du Nord dont nous sommes heureux de pouvoir seconder le zèle scientifique :

« Monsieur et cher confrère,

« J'ai l'honneur de vous faire savoir que la Société centrale de médecine du département du Nord, poursuivant le but qu'elle s'est proposé dès sa création de favoriser les progrès des sciences médicales, a décidé, dans sa séance du 22 janvier 1853, qu'elle décernerait, le dernier dimanche d'août de la même année, les récompenses suivantes aux auteurs des meilleurs mémoires sur les questions ci-dessous indiquées :

« 1° *Médecine*. Faire l'histoire de l'angine de poitrine et établir son traitement sur des faits bien authentiques.

« Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

« 2° *Chimie et Pharmacie*. Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcico-âcres *jusquiame*, *belladone*, *stramonium*, *ciguë* (*conium maculatum*), *aconit*, *tabac*, qui contient à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques.

« Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse;

« Si la dessiccation apporte quelques modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche.

« Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve, dans le plus grand état d'intégrité et en plus grande quantité, sous le moindre volume, les principes actifs du végétal.

« Les concurrents devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés. Le prix sera également une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

« 3° *Chirurgie*. Parallèle entre les différents modes de traitement des fractures du fémur.

« Le prix sera une médaille d'argent.

« 4° *Hygiène*. Faire connaître les maladies qui affectent le plus généralement les ouvriers des campagnes, pendant ou après les travaux de la moisson; indiquer les moyens de les prévenir.

« Prix : médaille d'argent.

« 5° *Médecine vétérinaire*. Rechercher les meilleurs moyens de connaître, de prévenir ou de guérir l'épizootie de pleuro-pneumonie qui règne, depuis un grand nombre d'années, sur l'espèce bovine dans le nord de la France.

« Prix : médaille d'argent.

« Enfin, la Société accordera une récompense aux auteurs des meilleures observations de clinique médicale ou chirurgicale recueillies, en 1853, dans les hôpitaux ou hospices civils et militaires de Lille.

« Les mémoires, écrits très-lisiblement en latin ou en français, doivent être adressés (*franco*) dans les formes académiques, à M. le docteur PILAT, secrétaire général de la Société, rue de l'Hôpital-militaire, 54, à Lille, avant le 1er août 1853.

« Les membres résidents de la Société sont seuls exclus du concours. Les concurrents pour les prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leur adresse. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

« *Le secrétaire général*, CH. PILAT. »

— Le jury du Concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements vient de commencer à se constituer. Les juges-professeurs désignés par le règlement ou par le sort sont MM. Laugier, Nélaton, Gerdy et Cloquet.

Les suppléants étaient MM. Malgaigne et Moreau. Mais M. P. Dubois ne pouvant siéger à cause de sa parenté avec un compétiteur, il sera remplacé par M. Malgaigne. M. Moreau ne pouvant devenir juge pour la même raison, il y aura lieu de nommer deux nouveaux suppléants.

Les juges agrégés désignés par la Faculté sont : 1° MM. Gosselin, Cazeaux et Voillemier, suppléant; 2° MM. Depaul, Jarjavay et Richet, suppléant. C'est parmi ces six noms que M. le ministre choisira les trois juges.

— La *Gazette des Hôpitaux* continue à être pleine d'attentions pour ses lecteurs. Après leur avoir indiqué, assez souvent pour qu'ils ne puissent pas l'oublier de longtemps, quels sont les chocolats les plus confortables, elle vient de leur rappeler, dans le cas où ils ne l'auraient point lu à la 4e page de tous les journaux, qu'il existe un certain sirop de digitale qui calme les inflammations de poitrine, les mouvements du cœur, les irritations du système nerveux, etc., etc., etc. (Voir le numéro de jeudi dernier, 4e page, revue dite thérapeutique.)

— La signature a été omise par erreur à la suite de la dernière correspondance sur les plaies de tête par armes à feu. Cette lettre est de M. le docteur Bouteiller, de Rouen, dont la thèse sur les plaies par armes à feu est si justement estimée.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 21. 1re ANNÉE. Jeudi, 17 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE** : Comité secret. Questions obstétricales. Opium indigène. Amputation du maxillaire supérieur. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : De la tolérance anesthésique. Quelques principes sur l'inhalation du chloroforme, par M. CHASSAIGNAC. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Séance de l'Académie de médecine.

(Comité secret. — Questions obstétricales. — Opium indigène. — Amputation du maxillaire supérieur.)

L'Académie semble vouloir prendre l'habitude de faire ses comités secrets au début de ses séances, au lieu de les renvoyer à la fin, suivant l'usage logique et poli adopté par toutes les Académies. Nous ne saurions la féliciter de cette innovation, même après en avoir écouté les motifs : si l'on attend la fin des séances, dit-on, il ne reste plus personne pour le comité secret. Ce motif nous semblerait bon s'il n'y avait que des académiciens à la séance ; mais de ce que ces messieurs sont peu exacts à remplir leurs devoirs, il ne nous semble pas très-juste de commettre une grave impolitesse envers le nombreux public qui veut bien honorer de sa présence les séances académiques. Voilà pour les principes de civilité puérile et honnête que pas un académicien ne s'est cru obliger de rappeler.

Quant à l'objet du comité secret, nous l'indiquons à notre compte rendu ; nous devons nous borner à cette indication.

— Lorsque les portes ont été ouvertes de nouveau, la partie scientifique de la séance a été reprise par la lecture du rapport de M. Depaul sur un travail de M. Maslieurat-Lagemard, médecin dans le département de la Creuse.

M. Maslieurat peut être un fort galant homme ; mais nous connaissons un fait qui nous a toujours laissé une idée peu avantageuse de son exactitude d'observateur.

Vers l'année 1839, M. Maslieurat publia, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, un mémoire sur le traitement des ulcères par la cautérisation à l'aide du nitrate acide de mercure. En parcourant ce mémoire, je ne fus pas médiocrement surpris d'y trouver l'observation d'un malade de l'hôpital de la Pitié, placé dans le service de Lisfranc, et auquel j'avais longtemps donné mes soins en qualité d'élève externe de ce service. Dans l'observation en question, le malade était présenté comme étant sorti de l'hôpital, parfaitement guéri d'un vaste ulcère de la cuisse et du ventre, tandis qu'en réalité il en sortit non guéri, *plus de deux ans plus tard*. J'adressai même à cette époque une note rectificative à M. le docteur Gouraud, alors rédacteur en chef du *Journal des connaissances médico-chirurgicales ;* mais cet honorable confrère jugea à propos de ne pas l'insérer immédiatement, et *l'égara* ensuite.

Ce fait assurément n'infirme en rien l'exactitude de ceux que M. Depaul a dû apprécier hier à l'Académie ; mais on comprend qu'il ne saurait non plus leur servir de garantie. Au reste, quel que soit le degré de confiance qu'on leur accorde, les commentaires dont le savant rapporteur les a entourés leur donnent une importance que l'Académie a justement appréciée, et ils auront toujours le mérite d'avoir donné lieu à un rapport qui ne peut manquer de donner lieu à une discussion intéressante, puisque MM. Velpeau et Cazeaux se sont déjà fait inscrire sur la liste des orateurs.

M. Depaul a soulevé tant de questions importantes, il a tracé tant de préceptes majeurs en obstétrique, qu'il est assez difficile de prévoir le cercle dans lequel la discussion se renfermera. Cependant, si nous avons bien saisi les impressions de l'Académie, nous croyons que l'opinion que le savant rapporteur a émise touchant l'emploi du seigle ergoté, tiendra le premier rang dans cette discussion. Nous ne chercherons pas à nous prononcer sur la valeur de l'opinion de M. Depaul, avant d'être en possession des lumières que la discussion pourra nous apporter. Mais nous pouvons, dès aujourd'hui, approuver la sagesse de certains préceptes tracés par l'honorable rapporteur touchant l'emploi du seigle ergoté ; ce sont ceux qui se rapportent à la constatation de la circulation fœtale. Ces préceptes, quoique déjà publiés depuis longtemps par M. Depaul, dans son remarquable *Traité d'auscultation obstétricale,* ne sont cependant pas assez généralement connus pour que nous n'y insistions pas ici d'une manière spéciale.

Nous ne pouvons nous empêcher, en outre, de faire remarquer l'appui considérable que viennent prêter à l'opinion de M. Depaul les observations si curieuses, d'une si grande valeur pratique, publiées il y a quelques jours dans notre journal par le chef de clinique de M. le professeur Dubois. Il est évident que si les douches utérines peuvent provoquer les contractions de la matrice à l'égal du seigle ergoté, elles devront, au moins dans l'immense majorité des cas, être préférées à cet agent, dont l'action peut être nuisible, quelquefois (et un des faits de M. Maslieurat le prouve surabondamment), sinon aussi souvent que le pense M. Depaul.

Nous n'en dirons pas davantage aujourd'hui sur cette question, et nous terminerons ce rapide examen du rapport par une remarque sur le dernier fait consigné dans le mémoire de M. Lagemard. Ce n'est pas toutefois sur la singularité peut-être unique de ce fait que nous insisterons, mais sur les remarques dont M. Lagemard l'a accompagné, et qui nous semblent parfaitement fondés, ainsi que nous avons plus d'une fois déjà eu l'occasion de le dire. C'est certainement un des faits scientifiques les plus curieux, un des faits pratiques les plus considérables que cette énorme différence de gravité qui existe entre les grandes opérations qui se pratiquent dans les grandes villes et celles qui se pratiquent dans les campagnes et dans les petits centres de population. M. Maslieurat se demande à ce sujet, comme nous nous l'étions demandé nous-même, comme se l'était demandé un des esprits les plus sages de l'Académie, M. Ant. Danyau, lors de la remarquable discussion sur l'avortement obstétrical, M. Maslieurat se demande s'il ne conviendrait pas de pratiquer hors des grandes villes, toutes les fois qu'on le pourrait, les

grandes opérations chirurgicales, à plus forte raison l'hystérotomie. Les faits ont depuis longtemps répondu à cette question, et le précepte qu'émet avec réserve M. Maslieurat, l'hygiène bien comprise devrait le prescrire formellement. Nous aurons prochainement l'occasion d'insister de nouveau sur les conséquences qui résulteraient de son application.

— Après les questions obstétricales s'est produite à la tribune la grande question de l'opium indigène, non plus celle de savoir si le pavot peut être avec succès cultivé en France, elle est maintenant résolue par l'intelligente persévérance de M. Aubergier, mais bien celle de savoir comment on pourra faire profiter la science en général, et le commerce de notre pays en particulier, de cette belle conquête de l'habile agronome de Clermont.

Les lois sur la vente des matières pharmaceutiques sont ainsi faites, que l'opiumin digène, extrait du pavot pourpre, ne pouvant être assimilé encore, malgré l'efficacité constatée de ses propriétés médicales, à l'opium exotique, produit des capsules du pavot blanc, il ne peut être vendu sans être exposé à ce qu'on le saisisse comme médicament nouveau ou secret, ce qui est tout un aux yeux de la loi. Le nouvel opium ayant en outre le très-grand avantage de renfermer un dixième de morphine; M. Aubergier demande deux choses essentielles : 1° que l'on exige, sinon pour tous les opiums, du moins pour tous les opiums indigènes, un titrage à un dixième de morphine; 2° l'insertion au bulletin de l'Académie des formules de diverses préparations d'opium indigène, afin que cet opium puisse librement circuler dans le commerce et profiter du bénéfice du décret du 3 mai 1850. La légitimité, nous dirons plus, l'utilité publique d'une telle demande frappent tellement tous les yeux, qu'on s'attendait à voir l'Académie profiter avec empressement d'une circonstance aussi favorable, pour se justifier des reproches d'opposition mesquine et systématique à toutes les découvertes ou innovations qui touchent, en même temps, à la science et à l'industrie. Il n'en a pas été ainsi. La crainte de voir « *tirer un parti commercial*, » suivant l'expression d'un honorable pharmacien, « une formule adoptée par l'Académie, » a fait reculer d'épouvante le gros de l'armée pharmaceutique; mais une nouvelle charge a bientôt eu lieu, et la mêlée étant devenue générale, on a dû renvoyer à une autre séance la fin du combat. Il arrive un moment où l'évidence des choses n'a plus besoin d'être démontrée. La question des approbations académiques en fait de médicaments et d'appareils nouveaux en est arrivée là. Nous n'épuiserons donc pas la série d'arguments qui plaident en faveur de l'opium indigène. Nous dirons seulement à la partie libérale et véritablement intelligente de l'Académie, que la circonstance actuelle nous semble être une de celles à propos desquelles il serait le plus dangereux, pour la savante compagnie, de suivre la fausse voie dans laquelle elle semble vouloir marcher systématiquement. C'est donc moins dans l'intérêt de l'opium indigène que dans son intérêt propre, que nous recommandons à sa justice la belle conquête de M. Aubergier.

— La séance s'est terminée par une intéressante présentation de M. Huguier. Nous en ferons l'objet d'une publication spéciale. Enfin nous sommes aussi obligé de renvoyer au prochain numéro l'appréciation de la lettre de M. Petit, ainsi que le compte rendu de l'Académie des sciences.

H. DE CASTELNAU.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales,

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

En résumé, on le voit, la question pratique du mode de traitement le plus convenable à adopter dans le cas de hernies testiculaires consécutives ne peut pas être résolue encore en ce moment d'une manière absolument fixe et définitive, le nombre de cas où des moyens sérieusement raisonnés ont été appliqués, étant encore trop restreint pour pouvoir justifier, par des observations assez nombreuses, la préférence à accorder à tel ou tel moyen en particulier. Cependant, et avec toute la réserve qu'une telle situation nous impose, nous pensons que la connaissance que nous possédons, assez complète aujourd'hui, de la nature et de la marche de la lésion, nous permet de formuler quelques préceptes provisoires en attendant que l'expérience en ait démontré pleinement la justesse.

Il ne peut pas y avoir de discussion dans les cas où le scrotum n'est pas encore (à part l'ouverture) pleinement cicatrisé derrière la tumeur; dans les cas, pour mieux dire, où la hernie ultérieure ou persistante n'est pas encore confirmée. La nature, a-t-on dit, se suffirait souvent à elle seule. C'est probable; néanmoins, on peut, à coup sûr, dans tous les cas, mettre les parties dans les conditions les plus favorables, éloigner les obstacles, être toujours utile; et probablement, par ces simples soins, on préviendrait à peu près toujours, nous croyons même toujours, la persistance de la sortie du testicule sous forme d'une tumeur extérieure granulée.

Prenons le cas au moment même où il nous concerne, c'est-à-dire quand tous les produits bourbeux de la suppuration ou de la gangrène ont été éliminés, et qu'il ne reste plus que la plaie du scrotum qui va tendre à se cicatriser, et le testicule exposé. Sans doute, cette période s'engrènera souvent avec celle qui la précède, mais cela ne change pas la question, en ce sens que nous n'avons pas à nous occuper ici des soins que peuvent exiger une vaste suppuration ou une gangrène. — Le patient devra rester au lit, dans la position horizontale, couché sur le dos pour l'ordinaire, et les bourses seront un peu soulevées par l'appareil de pansement extérieur, quoique sans excès, afin que le scrotum ou ses restes ne tombent pas entre les cuisses, soient soutenus par derrière ou dessous, par un point d'appui, et que le testicule presse déjà dessus par son propre poids. On évitera avec le plus grand soin que des mouvements extérieurs communiqués, ou les mouvements trop étendus du corps du patient dans son lit, n'amènent des déplacements, des frottements entre le testicule exposé et le scrotum; il n'est pas nécessaire pour cela d'exiger un repos strict, car avec un appareil de pansement bien fait autour du scrotum, et en prenant soin que, soit les draps de lit, soit des pièces de vêtement trop lourdes ne viennent pas frotter contre le scrotum, le patient pourra sans obstacles se livrer à des mouvements encore assez étendus. On appliquera sur le testicule et la plaie du scrotum le pansement le plus simple et le plus doux; les cataplasmes seraient hors de saison ici; le cérat, l'huile, des corps gras variés non irritants, suivant les usages de chaque chirurgien, étendus sur un corps doux quelconque, en particulier une compresse fine, du *lint*, de la charpie, du coton ou leurs succédanés, sont ce qu'il y a de plus convenable. Parmi ces moyens, le plus simple, le plus doux, le plus favorable à tous les points de vue, de l'odeur, de la facilité du renouvellement, etc., est bien certainement, lorsqu'on a les objets à sa disposition, le pansement habituel en France, avec un linge fin largement troué, enduit de cérat par la surface qui touche la plaie, et sur la surface libre duquel on applique ensuite une couche peu épaisse de charpie. Une compresse fine, et puis une compresse longuette disposée de façon à soutenir le scrotum comme une fronde, complètent extérieurement l'appareil de pansement, et pourraient être remplacées d'ailleurs, quoique pas d'une manière aussi satisfaisante, par quelques autres moyens succédanés trop connus, pour que nous ayons besoin d'y insister.

Par l'emploi bien raisonné de ces moyens, qu'on appelle en général un pansement simple, nous croyons qu'un chirurgien, appelé dès le début, obtiendra facilement une guérison complète ou assez rapide. Cependant, d'après l'opinion d'hommes trop expérimentés pour que nous puissions ne pas en tenir compte, quoique des preuves satisfaisantes ne soient pas encore données, il se peut que, malgré l'emploi judicieux du pansement simple, le scrotum tende à se cicatriser seul derrière le testicule, laissant seulement en permanence l'ouverture par laquelle passe le pédicule du testicule granulé qui reste exposé à l'extérieur. Et à la rigueur, bien que nous n'y croyons guère pour notre compte, on peut comprendre que cela ait grande tendance à survenir,

lorsque le scrotum a été en grande partie détruit. Dans ces cas, toujours en en supposant la possibilité, il y aurait lieu de voir s'il ne serait pas bon d'employer, concurremment avec le pansement simple, quelqu'autre moyen qui tendrait à la fois à repousser le testicule dans le scrotum et à attirer le scrotum par-dessus le testicule.

Cette double indication serait parfaitement remplie, par exemple, au moyen de deux ou trois bandelettes de sparadrap, dont on placerait le plein derrière le scrotum, dont on ramènerait ensuite les chefs sur les côtés, de manière à repousser en avant vers le testicule, à redresser les bords de la plaie du scrotum, et dont on viendrait, pour terminer, croiser les chefs sur le devant du testicule qu'ils repousseraient en arrière, soit en pressant directement sur lui, soit en se croisant sur une plaque ovoïde creuse quelconque, enduite d'une substance douce par la face qui viendrait presser sur le testicule. Cette indication serait encore mieux remplie, quoique d'une manière un peu différente, par une suture sèche du genre de celle dont nous avons parlé en exposant l'opération pratiquée par M. Goyrand. Ajoutons même qu'il serait bon de vérifier par expérience si l'une ou l'autre de ces additions prudemment faite au pansement simple, ne serait pas convenable dans tous les cas d'exposition du testicule, n'oublierait pas en particulier la guérison, comme bien des considérations théoriques pourraient le faire présumer. Il serait bon de voir aussi si, dans les cas à marche lente, de légers excitants, comme l'est l'emplâtre diachylum, ne seraient pas préférables aux corps doux.

Dans les cas où le scrotum a été entièrement ou presque entièrement détruit, sans ceci même, puisqu'il y a eu des observations positives, alors que le scrotum est encore assez étendu, et ne vient pas malgré cela recouvrir le testicule, il y aura, a-t-on dit, un bien grave inconvénient après la guérison. Les testicules qui ont été exposés n'ont plus de scrotum ; ils sont recouverts et protégés seulement par une mince membrane cicatricielle qui les maintient remontés et appliqués vers les pubis, leur enlève leur mobilité si précieuse, au moins pour les mettre à l'abri des objets extérieurs, et peut elle-même être sujette à toutes les altérations consécutives si fâcheuses auxquelles nous savons que les cicatrices sont sujettes ; on ajoute aussi que la cicatrisation complète sera fort longue à obtenir. Tout ceci tend tout simplement à justifier l'intervention du bistouri entre les mains du chirurgien qui vient tenter une opération autoplastique. La question est délicate et difficile à juger. Voyons cependant, et débarrassons-nous, dès l'abord, des détails accessoires.

Ainsi, la grande longueur du temps qui serait nécessaire pour la cicatrisation complète est probablement un argument erroné, d'après ce que nous avons vu en étudiant les conséquences de la lésion. Puis, il n'y a pas d'impossibilité à ce que la membrane cicatricielle nouvelle, qui tient lieu de scrotum, ne soit exposée à subir les altérations auxquelles toute cicatrice est sujette ; seulement, cela n'a pas encore été observé. Sans doute, il est bon de tenir compte de toutes les chances possibles ; mais il ne faudrait pas que la possibilité d'un accident exceptionnel vînt dominer une règle générale, et par exemple, dans le cas actuel, créer une indication d'autoplastie là où elle n'est pas nécessaire ; notons, d'ailleurs, que des observations faites, même longtemps après l'accident, comme dans le cas de Fabrice, montrent que les individus ne se trouvent pas trop mal d'un scrotum nouveau formé par une membrane cicatricielle nouvelle, et qu'en définitive rien ne presse, pour une opération autoplastique qu'on sera toujours à temps de pratiquer, si les lésions de la cicatrice la rendent nécessaire plus tard.

En dernier lieu, toujours au point de vue de l'indication d'une autoplastie, il faut soigneusement distinguer ici entre deux cas : 1° le scrotum est encore assez étendu ; 2° il est entièrement ou presque entièrement détruit.

1° Le scrotum est encore assez étendu ; dans ce cas, il est à peu près certain que le pansement simple, surtout conjointement avec le pansement additionnel que nous avons signalé, suffira à ramener le scrotum par-devant la totalité ou très-grande partie du testicule, sans qu'on ait besoin de disséquer des lambeaux sur les côtés, pour les ramener au-devant de l'organe.

2° Le scrotum est détruit entièrement ou presque entièrement, et alors il est certain qu'après la guérison spontanée le testicule sera en grande partie recouvert par la membrane cicatricielle nouvelle. Eh bien ! dans ce cas, les inconvénients possibles résultant de la présence de cette membrane cicatricielle ne peuvent pas être mis en comparaison avec les inconvénients nombreux d'une opération autoplastique, alors même, ce qui n'est rien moins que constant, que cette opération pût le plus souvent donner un assez bon résultat.

Ainsi, de quelque façon que nous retournions la question, à tous les points de vue de l'état actuel de la lésion et de ses conséquences possibles, nous arrivons au même résultat, comme traitement à employer : pansement simple, avec addition de moyens simples, destinés à reporter le scrotum en avant et à repousser doucement le testicule dans le scrotum.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

De la tolérance anesthésique. — Quelques principes sur l'inhalation du chloroforme,

Par M. Chassaignac, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Jusqu'ici, l'emploi du chloroforme dans les opérations a été dirigé de la manière suivante : Un malade va être opéré ; le chirurgien et les aides sont prêts, ainsi que l'appareil ; chacun est à son poste. L'inhalation fonctionne, et alors le moment de l'action chirurgicale va différer suivant l'opérateur.

Celui qui craint outre mesure l'effet des anesthésiques, commence l'opération aussitôt qu'il a constaté l'insensibilité de la peau explorée par pincement. Si le malade s'agite, il est maintenu par la force.

En outre, parmi les chirurgiens qui opèrent avant d'avoir amené le malade à la période de collapsus, les uns suspendent l'inhalation, quoi qu'il arrive, une fois que l'insensibilité de la peau existe ; les autres font continuer l'inhalation, même après avoir commencé l'opération.

Les chirurgiens, qu'une habitude journellement entretenue rend plus confiants dans l'emploi du chloroforme, vont d'emblée jusqu'à la période de collapsus, et ne commencent l'opération que quand cet état est parfaitement constaté.

Ces deux manières d'agir nous paraissent défectueuses, non pas au même degré, non pas par le même genre de défauts, mais toutes deux par des inconvénients qu'il serait fort utile, ce nous semble, de faire disparaître de la pratique.

Examinons rapidement en quoi ils consistent : les chirurgiens qui opèrent sur le premier indice de l'insensibilité cutanée, ont assurément l'avantage de ne pas se compromettre beaucoup, eu égard aux dangers possibles du chloroforme. Mais, en réalité, tirent-ils de ce moyen sa véritable et sérieuse utilité ? Nous ne le pensons pas. Ils se bornent, suivant nous, à une pure démonstration sans résultats vraiment significatifs. Faire respirer, comme par acquit de conscience, quelques gouttes de chloroforme et dire à un malade qui, d'un bout à l'autre de l'opération, n'a cessé de s'agiter et de crier, lui dire qu'il n'a pas éprouvé la moindre douleur, est-ce bien là un rôle que le chirurgien puisse accepter ?

Sachons agir plus gravement. Si nous n'avons pas assez de confiance dans le chloroforme, refusons-le franchement aux malades, mais du moment que nous le leur accordons, que ce soit d'une manière efficace et sérieuse.

Employé autrement, le chloroforme n'est plus, à nos yeux, qu'une surprise, un palliatif qui dérobe, il est vrai, au patient des préludes toujours redoutés, mais qui a l'inconvénient de provoquer un état d'agitation et des mouvements désordonnés pro-

pres à compromettre la bonne exécution des manœuvres opératoires.

Pour ceux qui n'agissent que quand le collapsus est complet, si leur conduite échappe au ridicule, ils exposent le malade à des dangers réels. D'un côté, l'état de collapsus anesthésique est quelque chose qui s'éloigne tellement des conditions normales de la vie, qu'au point de vue physiologique seul il y a lieu aux plus légitimes appréhensions, alors même que des faits malheureux ne les eussent point encore justifiées. D'autre part, quand le malade est dans un état de collapsus bien prononcé, quelque robuste que soit la foi du chirurgien dans l'innocuité du chloroforme, il lui est bien difficile de ne pas se préoccuper par instants de l'état général de son opéré, de s'abstraire dans l'unique pensée de l'opération qu'il exécute, et de ne pas jeter de temps en temps un coup d'œil sur les progrès de l'anesthésie, surtout s'il est assisté par des aides encore peu expérimentés. Il y a donc une division d'attention généralement fâcheuse dans des actes qui réclament une préoccupation exclusive.

Nos reproches aux deux modes d'administration précédemment indiqués se résument donc ainsi : pour le premier, insignifiance ; pour le second, péril que court le malade, dispersion d'attention de la part de l'opérateur.

Ce n'est pas de cette manière que nous comprenons l'emploi d'un agent aussi précieux que le chloroforme, et qui, malgré les malheurs dont il a été l'occasion, est désormais invariablement acquis à la bonne pratique chirurgicale.

Un mot seulement de ces malheurs. Relativement au prodigieux usage du moyen, on peut dire qu'ils sont excessivement rares. Seraient-ils beaucoup plus fréquents, qu'il n'est plus au pouvoir de personne d'empêcher l'emploi des anesthésiques. Les malheurs du chloroforme n'y feront pas plus renoncer que les accidents de chemin de fer n'arrêteront l'usage de ces précieux moyens de transports. Quand d'immenses et nombreux avantages sont dus à une invention, il n'est pas dans la nature de l'homme d'y renoncer en vue des quelques inconvénients qui y sont attachés.

Voici maintenant comment je procède et par quels moyens je cherche à obtenir, avant d'opérer, ce que j'appelle la *tolérance anesthésique.*

L'inhalation est commencée avec les ménagements que conseille, dans son excellent travail, M. le professeur Sédillot. La période d'agitation survient ; je la laisse passer en continuant l'inhalation et le malade arrive à la période de collapsus. Aussitôt que cet état commence, je suspends complétement l'inhalation. J'attends que la respiration et le pouls se régularisent et que le sujet soit plongé dans ce sommeil paisible qui succède chez beaucoup d'individus aux périodes initiales de l'anesthésie. Ce sommeil avec régularité parfaite des grandes fonctions, avec amoindrissement du nombre des pulsations, avec équilibre complet de la respiration qui est profonde et calme, constitue pour moi l'état de tolérance anesthésique.

Je puis affirmer, pour l'avoir expérimenté un très-grand nombre de fois, que lorsque le malade est arrivé à cette période, il ne court aucune espèce de danger, quel que soit le temps pendant lequel elle se prolonge. Il est à remarquer que, dans cet état, l'insensibilité générale et la résolution musculaire se maintiennent presque au même degré que dans la période de collapsus.

Mais au moment où la tolérance existe, la sensibilité ne tarderait pas à renaître si l'on ne prenait pas, sous ce rapport, des dispositions particulières.

Or, il a été reconnu que, chez les malades arrivés à cet état de presque saturation, des quantités minimes de chloroforme, des doses incapables d'amener aucun accident, suffisent à entretenir l'anesthésie, sans troubler en rien l'état de tolérance où est plongée l'économie.

On a alors tous les genres de sécurité qu'on peut désirer : 1° contre les chances de douleur : insensibilité complète ; 2° contre les troubles fonctionnels graves : régularité parfaite des fonctions.

Indépendamment de ce que le chirurgien, exempt de toute préoccupation du côté de l'anesthésie, peut se livrer à l'exécution du manuel opératoire sans aucune inquiétude, il y trouve encore cet avantage que sa responsabilité comme opérateur est couverte. Elle ne commence, en effet, qu'à dater de l'action chirurgicale inclusivement. Tant qu'il n'a pas commencé d'agir, il reste dans les termes généraux de la responsabilité médicale en face d'un agent universellement employé. A-t-il commencé ? son opération, quelle qu'elle soit, partage avec le chloroforme la responsabilité de ce qui peut advenir. Il y a donc peut-être quelque avantage à faire du chirurgien un observateur passif et désintéressé de l'action des anesthésiques, jusqu'au moment où l'état de tolérance est parfaitement constaté.

Cet état, malheureusement, n'est pas toujours aussi facile à obtenir qu'on pourrait le croire : il est des sujets qui y sont en quelque sorte réfractaires. Il semblerait que l'on ne puisse obtenir d'eux que de l'excitation ou du collapsus, et que cet état moyen, qui constitue essentiellement la tolérance, n'existe pas pour eux. Ils commencent, comme presque tous les sujets, par l'excitation, arrivent au collapsus, mais aussitôt que celui-ci va finir, c'est pour faire place à une excitation nouvelle. Ce n'est guère que chez les enfants, chez certaines femmes ou chez des adultes très-débilités, qu'on parvient à passer de la période d'excitation à celle de tolérance, sans observer la période de collapsus.

L'emploi du chloroforme ne laisserait rien à désirer, si l'on pouvait parvenir à le débarrasser de l'état d'excitation et de l'état de collapsus, et à établir d'emblée l'état de tolérance. Cela s'observe quelquefois, mais d'une manière exceptionnelle, et le moyen qui nous a paru le plus propre à produire ce résultat avantageux, c'est la lenteur et la graduation très-ménagée de l'inhalation.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que le chirurgien se donne beaucoup plus de peine quand il veut obtenir chez des opérés l'état de tolérance ; mais s'il y parvient, il en est largement récompensé par tout le bien qui en résulte pour le succès de son opération.

L'action du chloroforme se présente donc à nous comme pouvant produire trois effets différents : l'excitation, le collapsus, la tolérance. Quelques sujets présentent la tolérance d'emblée. D'autres arrivent à la tolérance immédiatement après la période d'agitation. Le plus grand nombre n'arrive à la tolérance qu'après avoir passé par les deux autres périodes. Certains sujets enfin semblent réfractaires à la tolérance anesthésique.

Nous aurions quelques courtes remarques à faire sur l'intéressant article de notre savant maître et collaborateur ; mais comme il est probable que nous aurons, d'ici à peu de temps, l'occasion d'autres notes sur le même sujet, nous pouvons renvoyer sans inconvénient nos observations à un autre moment. (*Note du rédacteur.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 février 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Gastro-entérites.

M. le docteur Gautherin, médecin à Annay-Saint-Serein (Yonne), envoie un *mémoire sur les gastro-entérites.* (Comm. MM. Louis, Grisolle, Gaulthier de Claubry.)

Analyse du lait.

MM. Becquerel et Vernois adressent une réclamation relativement à celle de M. Poggiale. Cette réclamation peut se résumer dans les faits suivants : 1° que la priorité du dosage du sucre de lait par le polarimètre n'appartient pas plus à M. Poggiale qu'à M. Biot ; que seulement M. Poggiale a plus spécialement appliqué ce moyen d'analyse, ce qu'ils ont eu soin d'indiquer ; 2° que le saccharimètre qu'ils ont employé est un appareil qui leur est propre et que M. Poggiale semble ne connaître en aucune façon ; 3° que cet appareil donne des résultats parfaitement exacts.

Eaux de Vichy.

M. le docteur Petit, médecin adjoint des eaux de Vichy, adresse la lettre suivante que notre impartialité nous oblige à reproduire, et dont nous retranchons seulement ce qu'il y a d'exclusivement personnel.

Monsieur le président,

Il m'est impossible de laisser passer, sans y répondre, le mémoire qui vous a été lu, dans la séance dernière de l'Académie, par M. Durand-Fardel.

Il s'agit, dans ce mémoire, de l'alcalisation de l'urine et de la saturation de l'économie par les eaux de Vichy, et M. Durand, sans doute pour se faire un thème plus facile, s'est imaginé de présenter ses confrères, qui l'ont précédé dans l'étude de l'action des eaux de Vichy, comme n'étant guidés, dans les applications qu'ils font de ces eaux, que par une seule pensée : celle de *saturer* les malades de bicarbonate de soude.

C'est là leur prêter fort gratuitement, comme vous allez le voir, une absurdité.

Pour mon compte, dans ma pratique médicale à Vichy, je n'ai jamais pris pour guide d'autre *saturation* que celle qui se règle sur la *tolérance* des malades, et cette saturation existe pour moi dès que la tolérance commence à diminuer.

Je n'ai même jamais pris pour règle la *neutralisation* de l'acidité des sécrétions. En effet, si j'ai dit que, chez certains individus et dans certaines diathèses, la tolérance permettait d'élever la dose d'eau minérale en boisson à un degré élevé, non-seulement sans inconvénient, mais même dans quelques cas, avec un grand bénéfice pour les malades, j'ai eu soin de signaler aussi le danger qu'il y aurait, dans beaucoup d'autres cas, à dépasser, dans les prescriptions, des doses très-minimes. J'ai dit, par exemple, que « dès que la tolérance commence à diminuer, les sécrétions des « malades restent difficilement alcalines; que le plus souvent même elles « reprennent tout à fait le caractère acide ; que si les malades sont mal « surveillés, mal conseillés, ou veulent persister à boire, malgré l'avis des « médecins, ils ne font qu'augmenter le mal au lieu de le guérir, et que, ce « qui semble extraordinaire, leurs sécrétions deviennent alors d'autant plus « acides, qu'ils cherchent davantage à se saturer de boissons alcalines. « Aussi, ai-je ajouté, pourrait-on commettre des fautes très-graves si l'on « voulait, dans tous les cas, diriger le traitement des malades seulement « d'après l'état d'acidité ou d'alcalinité de l'urine et de la transpiration cu- « tanée. » (*Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, etc., pages 50 et 51. Paris, 1850).

Est-ce donc là la saturation chimique, absolue, aveugle, que l'on vous a présentée comme étant celle *qui aurait été indiquée comme l'œuvre a poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy?*

M. Durand a surtout critiqué ce que j'ai dit de l'action chimique des eaux de Vichy, dans les diverses applications qui en sont faites comme moyen thérapeutique.

Je n'abuserai pas des instants de l'Académie, en venant défendre devant elle ce que j'ai écrit à ce sujet; car, sans contester le moins du monde l'intervention de l'influence nerveuse dans l'accomplissement des phénomènes qui se passent dans nos organes, je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, on puisse mettre en doute l'action chimique d'un grand nombre de médicaments, et ne pas voir, dans toutes nos fonctions, une suite de phénomènes de cette nature, soit qu'ils se produisent exactement comme ils se passent en dehors de l'économie, ou qu'ils soient plus ou moins modifiés par l'organisme vivant.

M. Durand a surtout cru trouver un excellent argument pour pouvoir nier l'action *fondante et résolutive* des eaux de Vichy, lorsqu'il vous a dit que *le bicarbonate de soude était, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser par les voies ordinaires d'élimination.*

Ce médecin n'a sans doute pas cru nous apprendre quelque chose de nouveau, en nous disant que le bicarbonate de soude ne séjourne pas longtemps dans l'économie. Qui ne sait qu'en effet les sels alcalins ne font que passer dans l'économie? Votre chef des travaux chimiques lui-même, M. O. Henry, ne vous a-t-il pas dit, à la suite des recherches dont il avait été chargé par l'Académie, à l'occasion d'une communication que je lui avais faite, non-seulement qu'on retrouvait alors, du moins en très-grande partie, la soude dans l'urine, mais qu'on la retrouvait à l'état de carbonate, et non plus à celui de bicarbonate sous lequel on l'administre aux malades?

Mais, parce que les sels alcalins ne séjournent pas longtemps dans l'économie, est-ce une raison pour qu'ils ne puissent pas y exercer une action chimique de nature fondante et résolutive? Est-il donc beaucoup de médicaments qui séjournent longtemps dans l'économie, et nie-t-on pour cela leur action?

Où, d'ailleurs, M. Durand a-t-il donc puisé *que la soude était, pour nos organes, un corps étranger?*

Qui ne sait pas, je vous le demande, le rôle si important que jouent précisément les sels alcalins dans l'accomplissement de toutes nos fonctions; que leur intervention, sans pourtant rien fournir par eux-mêmes, sans rien abandonner de leur propre substance, est une des premières et des plus importantes conditions de la combustion, de la production de la chaleur, et de la transformation des tissus organiques; que, sans cette intervention, l'assimilation ne peut pas se faire; que, par conséquent, si le sang n'en contient pas une proportion suffisante, les fonctions languissent, se font incomplétement, et que de là résultent souvent de graves altérations dans la santé?

Pense-t-on que nos organes aient une *si grande hâte de se débarrasser de la soude*, que le sang ne puisse en retenir la proportion qu'il peut en contenir à l'état normal, et qui est, suivant moi, une des conditions d'un bon état de santé?

Maintenant, si l'on admet que le sang, pendant l'usage des eaux de Vichy, contient un peu plus de soude qu'à l'état normal, et qu'il ait acquis par là une plus grande alcalinité, ne peut-on pas admettre aussi qu'alors il a acquis des propriétés particulières; qu'il est devenu plus fluide et plus fluidifiant; qu'il peut alors mieux pénétrer dans les tissus malades, engorgés, et agir comme agent fluidifiant sur la matière coagulée qui constitue les épaississements des tissus (ce que l'on nomme les engorgements), la ramollir, la faire passer de l'état concret où elle est, à l'état liquide, et la mettre ainsi dans des conditions favorables à l'absorption?

En admettant cette théorie que je me suis faite de la médication par les eaux de Vichy, ne voit-on pas le rôle que peut jouer cette médication dans les affections chroniques, et comme moyen de combattre certaines diathèses? Cette théorie ne rend-elle pas parfaitement compte des résultats thérapeutiques que l'on obtient à Vichy? La diminution de l'obésité, que l'on observe ordinairement pendant l'usage des eaux de Vichy, ne peut-elle pas elle-même s'expliquer par une plus grande activité imprimée à la combustion, et qui serait le résultat de la présence, dans le sang, d'une plus grande proportion de soude?

Je le demande aux chimistes et aux physiologistes éminents qui siégent à l'Académie, cette interprétation de l'action des eaux de Vichy a-t-elle quelque chose qui répugne à l'esprit? N'est-elle pas conforme à la science, à tout ce que nous apprend aujourd'hui la physiologie aidée et éclairée par la chimie?

Si l'on m'objecte que l'amélioration obtenue par les malades qui ont fait usage des eaux de Vichy, continue à faire des progrès pendant quelque temps encore après la cessation complète du traitement; que, par exemple, la résolution des engorgements continue à se faire, je répondrai que cela prouve seulement que, par l'emploi de ces eaux, l'on peut modifier le sang d'une manière durable, et qu'il suffit de lui restituer certains principes qu'il ne contenait plus en suffisante quantité, pour qu'il recouvre les propriétés qui lui sont nécessaires pour exercer ce qu'on a appelé *la puissance médicatrice de la nature*, et maintenir l'économie dans un état physiologique normal, c'est-à-dire de bonne santé.

COMITÉ SECRET.

Immédiatement après la correspondance, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission des associés libres de l'Académie. Ce rapport, lu par M. le secrétaire perpétuel, a pour unique objet de proposer à l'Académie la nomination de M. Conneau comme associé libre, de même qu'elle avait nommé autrefois MM. de Corbières, de Chabral-Volvic, Geoffroy Saint-Hilaire, de Blainville et quelques autres célébrités. La proposition de la commission est adoptée d'abord par acclamation, puis par un véritable vote à l'unanimité.

RAPPORTS.

Obstétrique.

M. Depaul termine la lecture, commencée dans la dernière séance, d'un rapport sur un travail de M. Maslieurat-Lagemard, intitulé : *Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.*

Nous extrayons de ce rapport les passages suivants :

Le mémoire de M. Maslieurat se compose d'une série de mémoires qui tous ont trait aux questions les plus importantes de la pratique obstétricale. Je le suivrai dans les divisions qu'il a cru devoir adopter, glissant rapidement sur celles qui me paraissent offrir le moindre intérêt pour m'appesantir, au contraire, sur d'autres qui, par leur rareté ou l'importance des faits, me semblent mériter une attention toute particulière.

Le rapporteur passe sous silence, comme peu importants, les faits de la première catégorie.

De la rupture des membranes.

Les faits de la deuxième série, dit-il, sont au nombre de cinq; ils se rapportent tous à des accouchements qui se terminèrent spontanément et heureusement, après avoir exigé la rupture artificielle des membranes. Quatre de ces femmes étaient primipares, la cinquième était multipare; chez toutes, la dilatation était complète et les contractions utérines presque anéanties. Le travail durait depuis trente heures chez l'une, depuis trente-six heures chez une seconde, et depuis quarante-huit heures chez les trois autres. Dans tous ces cas, il s'agissait d'une présentation du

sommet. Ce résumé succinct des points principaux qui caractérisent ces observations suffit pour justifier pleinement la conduite de notre confrère, et pour montrer que, dans ces diverses circonstances, il a su encore agir en se conformant aux saines doctrines. Il est un point cependant sur lequel je ne saurais être entièrement de son opinion, c'est quand il paraît croire que c'est à une résistance exagérée des membranes qu'il faut attribuer le retard qu'elles ont mis à se déchirer. Sans nier absolument une semblable disposition, qui est d'ailleurs en rapport avec ce que nous savons sur les différences que peut présenter la solidité des enveloppes fœtales, je pense que celles-ci résisteraient difficilement à des contractions utérines, même ordinaires, sans l'intervention d'autres conditions dont l'action est facile à comprendre. En effet, pour qu'en se contractant la matrice puisse déchirer l'œuf par le mécanisme ordinaire, il faut qu'une véritable poche se forme, c'est-à-dire qu'une notable quantité de liquide soit brusquement poussée entre la région de l'enfant qui se présente et la portion des membranes qui correspond à l'orifice; sans cela, le résultat n'est pas absolument impossible, mais il devient beaucoup plus difficile. Or, ce phénomène est loin d'être constant, surtout pour les présentations du sommet qui, ordinairement engagées de bonne heure dans l'excavation pelvienne, présentent, par la forme et le volume, toutes les conditions nécessaires pour ne laisser glisser au-dessous d'elles qu'une très-minime quantité de liquide, qui y parvient sans aucune force d'impulsion, de telle sorte que si cet état persiste et que la déchirure s'opère cependant, elle s'explique par une impulsion communiquée, pour ainsi dire, *directement* par l'extrémité fœtale qui s'engage.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas moins vrai que la division de l'œuf et la déplétion graduelle de l'utérus constituent, en général, une des conditions les plus importantes, sans laquelle la marche naturelle du travail peut être troublée ou suspendue. Or, quand les choses sont arrivées à un certain degré, il n'est pas indifférent de laisser cet état se prolonger outre mesure, et c'est ce qu'a parfaitement compris notre confrère. Le résultat qu'il a obtenu dans ses cinq observations est celui qui accompagne en général la rupture artificielle des membranes faite dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qu'on voit d'abord les contractions se ranimer graduellement et procurer bientôt l'expulsion de l'enfant, à moins de quelque nouvelle complication indépendante de la première. Il n'est pas même nécessaire, pour recourir avec fruit à cette petite opération, que la dilatation soit complète, ainsi que cela avait lieu dans tous les cas rapportés dans le travail que j'examine. Les praticiens expérimentés savent combien on peut être utile, et abréger les souffrances d'une femme, dans les cas analogues sous les autres rapports, mais alors que la dilatation du col n'est pas encore très-grande.

Tout en me déclarant grand partisan de la déchirure des membranes, dans le cas spécial et bien déterminé que je viens de faire connaître, et dans quelques autres que je n'ai pas à indiquer ici, je ne voudrais pas qu'on se méprît sur l'opinion que j'ai sur la rupture artificielle en général. Autant l'usage discret et raisonné de ce moyen peut être utile, autant il est dangereux quand il est employé sans discernement.

Je crois devoir faire remarquer qu'à la 5e observation, qui appartient à cette deuxième série (et sur laquelle je reviendrai plus tard, quoique la femme qui en fait le sujet a subi la symphyséotomie, à l'occasion d'une nouvelle grossesse), ne peuvent être rapportées les considérations générales qui précèdent. Une circonstance toute particulière se présentait ici : la tête était retenue au détroit abdominal par un rétrécissement de cette ouverture. La rupture artificielle eut pour résultat de donner aux contractions de l'utérus une énergie nouvelle qui fut suffisante pour triompher cette fois de l'obstacle.

De l'administration du seigle ergoté.

La troisième série est consacrée aux cas dans lesquels l'auteur a cru devoir recourir à l'administration de l'ergot de seigle. Les six premiers sont relatifs à des femmes primipares, et j'insiste à dessein sur cette particularité. Les membranes étaient rompues depuis assez longtemps, et le travail commencé depuis 36 ou 48 heures. Dans tous, les contractions utérines avaient sensiblement diminué ou même presque entièrement cessé. Que fallait-il faire? M. Maslieurat se décida pour le seigle ergoté. Un gramme est donné en deux doses à chacune des femmes, et une terminaison heureuse est obtenue chaque fois; la contractilité de l'utérus se réveille, et en quelques heures toutes accouchent spontanément d'enfants vivants. Certes, un pareil résultat semble bien propre à justifier la conduite de notre confrère. Je dois déclarer, cependant, que telle n'est pas ma manière de voir, et en cela je suis d'accord avec notre confrère lui-même qui a vu, après une malheureuse expérience, ses premières impressions se modifier.

Voici, en effet, le résumé de la 7e observation qui termine cette troisième série. Quoiqu'elle constate un bien triste résultat, on ne saurait trop louer M. Maslieurat de la franchise avec laquelle il s'est empressé de nous la communiquer. Sa conduite, en cette circonstance, montre une fois de plus que les revers ne sont pas moins féconds en enseignements utiles que les succès les plus éclatants.

Une femme âgée de 30 ans, bien conformée, mais d'une constitution délicate et habituellement souffrante, avait déjà eu une première grossesse qui n'avait offert rien de particulier ni dans sa marche, ni dans sa terminaison. Elle était au terme d'une seconde grossesse qui avait été aussi naturelle que la première, lorsque notre confrère fut appelé près d'elle. Le travail était commencé depuis 48 heures, et les membranes déjà rompues depuis longtemps. Les douleurs, qui avaient été rares et faibles depuis le début, avaient entièrement cessé depuis 10 à 12 heures. La dilatation était complète; la tête se présentait et était déjà en partie engagée dans le détroit supérieur. Les conditions parurent favorables, et il fut administré deux doses de seigle ergoté de 50 centigrammes chacune.

Il était alors 11 heures du matin. Les contractions ne tardèrent pas à se ranimer, et notre confrère, forcé de s'absenter, recommanda qu'on vînt le prévenir entre 2 et 3 heures, si l'accouchement n'était pas terminé. On ne vint le chercher qu'à 6 heures du soir, et comme il demeurait à deux lieues de la malade, il était 7 heures quand il arriva près d'elle. Les choses avaient bien changé pendant son absence. Il trouva le visage profondément altéré, le nez et les paupières bleuâtres, tous les traits horriblement contractés. La respiration s'opérait avec une extrême difficulté; elle était courte et saccadée. Le pouls, filiforme et intermittent, avait une telle fréquence qu'il était presque impossible de le compter. Le toucher vaginal ne permit plus de constater aucune partie fœtale; le doigt ne rencontra que des chairs molles et fongueuses dont la nature ne put être déterminée. Par l'abdomen, on sentait l'utérus remuer sur lui-même, s'étendant depuis l'ombilic jusque dans l'excavation pelvienne. Dans le flanc droit se rencontrait une seconde masse irrégulière et bosselée, facile à déplacer, qui n'était autre que le corps du fœtus, dont la tête et les membres se reconnaissaient sans peine.

Malgré la gravité de son état, cette femme put encore raconter que les contractions utérines n'avaient pas été très-énergiques, et que ce n'était que vers les trois ou quatre heures que son ventre était devenu douloureux, et que les troubles généraux dont il a été parlé s'étaient manifestés.

La gastratomie fut proposée comme ressource extrême, mais elle fut repoussée par la malade et par sa famille. La mort survint deux heures après.

Au milieu des tristes réflexions que cette issue malheureuse a fait naître dans son esprit, et tout en faisant ressortir les conditions favorables qui semblent se prêter à l'emploi du seigle ergoté, M. Maslieurat déclare qu'il lui est impossible de ne pas attribuer aux contractions plus énergiques produites par cette substance, la rupture de l'utérus; il regrette surtout d'avoir été obligé de quitter cette femme, et se promet bien, pour l'avenir, d'être beaucoup plus réservé dans l'emploi du seigle ergoté. Il rappelle, en terminant, les sages conseils donnés par notre collègue, M. Dangau, dans un remarquable rapport qu'il a récemment lu dans cette enceinte.

Quant à moi, messieurs, tout en reconnaissant que la conduite de notre confrère est parfaitement excusable, puisqu'il n'a fait que se conformer aux préceptes les plus généralement reconnus, je déclare que j'aurais repoussé le seigle ergoté, aussi bien pour les cas qui semblent avoir été légitimés par le succès, que pour celui qui eut un si terrible dénouement. Je sais depuis longtemps à quoi m'en tenir sur les dangers qui peuvent résulter de l'administration de cette substance, soit pour la mère, soit surtout pour l'enfant, et à part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de sa suppression complète.

Permettez-moi de vous dire comment je comprends qu'il faut se conduire dans les circonstances rares où on pourrait y avoir recours; je ne ferai que répéter ce que j'ai déjà consigné, depuis 1849, dans mon *Traité d'auscultation obstétricale*. Quand le travail se prolonge au delà des limites ordinaires et qu'on croit urgent de hâter la terminaison de l'accouchement, on a quelquefois à décider s'il est préférable d'augmenter l'énergie des contractions utérines, en administrant le seigle ergoté, ou de les remplacer par une extraction mécanique, quand elles sont évidemment impuissantes, que cette impuissance tienne à leur faiblesse ou à une résistance exagérée. Quoiqu'il soit généralement reconnu aujourd'hui que ce médicament ne convient que pour les cas où un obstacle peu considérable se présente, et où les contractions utérines qu'on va produire n'auront à s'exercer que pendant un temps assez court, je ne pense pas qu'on ait suffisamment apprécié toutes les conditions qui doivent le faire exclure.

On n'est ordinairement appelé à prendre une décision qu'à une époque où, le travail s'étant prolongé, il est possible qu'il ait déjà agi d'une manière fâcheuse sur le produit de la conception; intervenir alors par un moyen qui exagère la contraction utérine et dont l'action spéciale est de la rendre permanente, avec des exacerbations comme tétaniques, ce serait augmenter le danger en faisant naître dans la circulation utérine des troubles encore plus profonds, qui ne tarderaient pas à devenir funestes par un mécanisme que j'ai déjà eu l'occasion d'indiquer ailleurs.

La conclusion, on le comprend, c'est que, dans les cas qui semblent le mieux indiquer l'emploi du seigle ergoté, il n'est prudent d'y recourir qu'après s'être bien assuré de l'état de la circulation fœtale. S'il résultait de l'examen qu'elle a déjà subi une influence fâcheuse, il serait très-formellement indiqué de recourir à ce moyen.

Le forceps qui, dans des cas simples et entre des mains habiles, est ordinairement inoffensif, devrait toujours avoir la préférence ; quelques minutes suffisent avec lui pour extraire l'enfant. Un temps beaucoup plus long est presque toujours nécessaire quand des contractions utérines sollicitées doivent l'expulser.

Je regarde donc comme obligatoire de ne jamais administrer la poudre d'ergot de seigle, sans s'être préalablement assuré que le cœur du fœtus bat avec une force et une régularité normales. Ce n'est pas tout, j'admets des cas, quoique peu nombreux, où il est indiqué de recourir à ce médicament ; mais dans ces cas mêmes, il faudra, si on ne veut pas s'exposer à de cruelles déceptions, examiner fréquemment avec le stéthoscope et se tenir prêt à appliquer le forceps, dès que la circulation utérine présentera quelques-uns des caractères dont j'ai parlé.

Symphyséotomie.

Le rapporteur examine ici quatre séries de faits peu importants ; puis, il arrive à la huitième série, et s'exprime ainsi :

Un cas de symphyséotomie fait le sujet de la huitième série. J'ai déjà parlé de la femme qui a subi cette dangereuse opération. On n'aura pas oublié que dans un premier accouchement, la rupture artificielle des membranes fut suffisante pour vaincre quelques difficultés qui s'opposaient à l'engagement de la tête.

Au mois de novembre 1847, elle était au terme d'une troisième grossesse et en travail depuis deux jours, lorsqu'elle fit demander les soins de notre confrère. Quoique les contractions eussent cessé depuis quelques heures, il la trouva très-fatiguée par la prolongation du travail. Comme les membranes étaient rompues depuis longtemps, et qu'il s'écoulait du méconium, il crut devoir recourir à une application de forceps. L'introduction des branches n'offrit pas de difficultés, mais à peine eut-il essayé quelques tractions que l'instrument se brisa et qu'il fallut s'arrêter.

Il fit immédiatement prévenir son confrère, M. Gilet, de Rincourt, qui, vu les distances, ne put arriver que plusieurs heures après. L'opération fut recommencée alors avec un nouveau forceps : mais la tête fut trouvée si mobile au-dessus du détroit supérieur, qu'après quelques tentatives, on se décida à pratiquer la traction. La femme ne sentait plus remuer depuis longtemps, et par l'oscultation on ne perçut pas les battements du cœur fœtal.

Il fut facile d'introduire la main, de retourner l'enfant et de l'extraire jusqu'à la tête ; mais celle-ci se trouva arrêtée au détroit abdominal, et toutes les tentatives qui furent faites, soit avec la main, soit avec le forceps, furent inutiles.

Il fut alors décidé qu'on aurait recours à la symphyséotomie. Voici les détails de cette opération qui fut pratiquée par M. Maslieurat. Je cite textuellement :

« Une incision fut faite sur la ligne médiane de la symphyse, assez étendue pour permettre de couper le cartilage, mais limitée de manière à éviter, en haut, la paroi antérieure de la vessie, et en bas, le corps caverneux. Cette section fut achevée avec un bistouri boutonné. L'écartement des os iliaques ne se fit pas seul, il fallut l'opérer en appuyant avec chaque main sur l'épine antérieure et supérieure de chaque côté. Nous entendîmes un léger craquement dans les articulations sacro-iliaques, et aussitôt les deux branches du pubis se trouvèrent assez écartées pour pouvoir admettre le doigt. » A ce moment, une très-légère traction, opérée sur le tronc de l'enfant, fut suffisante pour entraîner la tête.

Un bandage de corps fut appliqué et suffisamment serré, pour ramener en contact les deux surfaces momentanément séparées.

Trois jours après, cette femme fut prise de frisson et de douleurs très-vives dans le membre inférieur droit. Le lendemain, il était envahi par un gonflement considérable, sans changement de couleur à la peau. La douleur était surtout vive, sur le trajet de la veine crurale, qui était dure et bosselée.

L'état d'épuisement de la malade ne permit pas de recourir à un traitement énergique. On se contenta d'abord de fomentations émollientes, puis d'onctions faites avec l'onguent napolitain, et plus tard on eut recours à un bandage roulé, modérément serré. Quinze jours après, cette femme put se lever et se livrer à ses travaux habituels. Depuis ce temps, elle a eu une nouvelle grossesse qui n'a rien offert de particulier, et qui s'est très-heureusement terminée par la naissance spontanée d'un enfant vivant.

Messieurs, s'il était vrai que le succès légitimât toute sorte de tentatives, il ne me resterait qu'à m'incliner devant celui que je viens de vous faire connaître ; mais je ne pense pas qu'il en soit ainsi, et je vous demande la permission de vous soumettre quelques réflexions qui m'ont été suggérées par l'observation qui précède.

Je ferai remarquer d'abord qu'elle présente quelques lacunes, qui sont d'autant plus regrettables, qu'elles laissent dans le vague et l'obscurité certains points qui me paraissent fondamentaux quand il s'agit de faire un choix entre les diverses opérations obstétricales. Il me paraît bien probable que le bassin de cette femme n'avait pas acquis ses dimensions ordinaires, et que cela explique les difficultés qui se sont présentées à l'occasion de deux de ses accouchements ; mais cela n'a pas été rigoureusement démontré. Et, en admettant que cela fût établi, n'était-il pas indispensable de savoir au juste à quel degré de rétrécissement on avait à faire. M. Maslieurat ne doit pas avoir oublié les faits nombreux qui ont passé sous ses yeux, pendant son séjour à la Clinique d'accouchements, où il a pu voir avec quelle précision on parvenait à déterminer les dimensions d'un bassin. Ces notions sont maintenant devenues vulgaires, et il est peu de médecins, parmi ceux qui se livrent d'une manière spéciale à la pratique des accouchements, qui ne les appliquent avec toute la rigueur désirable. J'exprimerai les mêmes regrets relativement au volume de l'enfant, et en particulier pour les diamètres de la tête, qu'il a été facile de mesurer après l'accouchement. Quoi qu'il en soit, et tout en acceptant le fait tel qu'il nous est présenté, permettez-moi de rechercher rapidement s'il n'eût pas été possible d'agir à l'aide d'une opération beaucoup moins grave.

Au début de mes études médicales, la symphyséotomie était déjà tombée dans un grand discrédit ; mais, depuis quelques années, elle me paraît avoir été à peu près abandonnée ; je ne crains pas de dire que c'est avec juste raison. Les dangers qu'elle entraîne ne sont méconnus par personne, mais on a très-diversement interprété les avantages qu'on peut en retirer au point de vue de l'agrandissement du bassin. Il résulte pour moi, d'expériences que j'ai plusieurs fois répétées sur le cadavre, que, si on reste dans des limites d'écartement compatibles avec l'intégrité des symphyses sacro-iliaques, on augmente à peine l'étendue des diamètres sacro-pubiens, et qu'il y a eu beaucoup d'exagération dans ce qu'on a dit de contraire à cette proposition.

D'un autre côté, si, à une époque déjà éloignée de nous, la symphyséotomie a pu trouver sa raison d'être, je dirai presque son excuse, dans la pénurie d'opérations moins graves ou dans sa comparaison à l'hystérotomie ; il n'en saurait être de même depuis que l'obstétrique s'est enrichie de ressources nouvelles et que la légitimité de quelques procédés, jusqu'alors généralement et systématiquement repoussés, a été moins appréciée. On comprend que je fais allusion à l'accouchement provoqué et à l'embryotomie. Le premier étant inapplicable dans l'espèce, c'est au second, qu'à mon avis, il aurait fallu donner la préférence. La mort de l'enfant ne pouvait laisser la moindre incertitude à cet égard. C'était bien aussi l'opinion de notre confrère, mais il se laissa détourner de cette bonne inspiration par la raison qu'il n'avait à sa disposition ni perce-crâne, ni céphalatribe. Je crois devoir dire que cela ne justifie pas, même après le succès qu'il a obtenu, le parti auquel il s'est arrêté, et je suis étonné qu'avec l'esprit ingénieux que je lui connais et l'habitude qu'il a des opérations, il n'ait pas pensé à improviser le premier de ces instruments ; son forceps ordinaire pouvait ensuite, avec un bassin aussi peu rétréci, remplacer le céphalotribe. Au reste, M. Maslieurat, le premier, comprendra que si je fais ces observations, c'est bien moins pour céder à un besoin de critique que pour empêcher que ce précédent, malgré son heureuse issue, trouve des imitateurs.

Opération césarienne.

Messieurs, je crains d'avoir déjà un peu abusé de votre patience, mais vous avez reconnu, j'espère, qu'il m'était impossible d'être court dans l'analyse d'un travail qui comprend à la fois des sujets si variés et si importants. Je réclame encore quelques instants, car je dois vous parler d'une opération césarienne, extraordinaire à plus d'un titre, et qui termine le travail de notre confrère. Elle me paraît curieuse non-seulement par le succès dont elle fut suivie, mais surtout par les conditions particulières dans lesquelles elle fut pratiquée. Certes, il est arrivé plus d'une fois que, malheureusement trompé par de fausses apparences, l'homme de l'art ait eu recours aux opérations les plus graves, alors que cela était complétement inutile ; mais je ne sache pas qu'après avoir positivement reconnu et publiquement déclaré qu'un bassin, que d'autres avaient considéré comme très-vicié, était parfaitement conformé et ne nécessitait aucune intervention, quelqu'un se soit vu dans l'obligation de terminer une opération césarienne laissée inachevée par d'autres. C'est cependant ce qui est arrivé à M. Maslieurat.

Au mois de décembre 1846, il se trouvait, par hasard, à 24 kilomètres de sa résidence, il fut prié, par trois confrères, d'examiner une femme qui était en travail depuis deux jours et près de laquelle ils étaient réunis pour pratiquer une opération césarienne qu'ils avaient jugée nécessaire.

Il constata que cette femme avait une très-petite taille, des jambes fortement contournées et une très-légère déviation de la colonne vertébrale ; mais il apprit en même temps que cinq grossesses avaient déjà eu lieu et que toutes s'étaient terminées par un accouchement spontané. De plus, il

s'assura, par l'examen direct, que le bassin était plutôt large qu'étroit, et que la tête, quoique n'ayant pas encore franchi le détroit supérieur, trouverait, comme dans les accouchements précédents, des voies assez larges pour les traverser. Il manifesta son étonnement du parti auquel on s'était arrêté et fit tous ses efforts pour qu'au moins préalablement on voulût bien tenter une application du forceps.

On lui objecta que la tumeur qu'il sentait au détroit supérieur n'était nullement la tête, mais bien une tumeur osseuse, adhérente, développée probablement depuis deux ans, époque du dernier accouchement. Tout ce qu'il put dire fut inutile, il resta seul de son avis et on décida qu'on allait passer outre. Il déclara alors qu'il désirait se retirer, ne voulant pas partager la responsabilité d'une pareille opération; mais, sur les vives instances qui lui furent faites et espérant, comme il le dit, que sa présence pourrait peut-être prévenir de nouveaux malheurs, il consentit à rester après avoir fait toutes ses réserves.

Aucun des trois confrères n'avait même jamais vu pratiquer cette opération : ce fut le médecin ordinaire qui se chargea de l'exécuter; mais à peine avait-il incisé les parois abdominales qu'il sentit son courage faiblir, et il déclara qu'il ne pouvait plus continuer. Il en fut de même des deux autres, et M. Maslieurat se trouva dans la cruelle nécessité de prendre le bistouri et d'achever une opération que seul il n'aurait jamais commencée. Après avoir divisé l'utérus, il put facilement extraire un enfant qui était mort, et ensuite le délivre.

La plaie extérieure fut réunie au moyen de la suture enchevillée, le ventre soutenu avec un bandage de corps et un régime sévère prescrit. Les suites furent des plus heureuses; tout se passa à merveille, et quelque temps après cette femme était parfaitement rétablie.

Un nouvel examen du bassin, fait après l'extraction de l'enfant, permit de reconnaître d'une manière positive que la *tumeur osseuse, constatée par les trois confrères,* n'était autre que la tête fœtale, car il n'en fut plus trouvé trace.

Il serait inutile de vous parler des émotions pénibles qui résultèrent, pour M. Maslieurat, de la position critique dans laquelle il fut placé. Il suffit, pour le comprendre, de songer que, sans l'espoir d'une compensation, puisque l'enfant était mort, il se voyait contraint de sacrifier presque à coup sûr cette malheureuse femme, en terminant une opération que quelques instants auparavant il avait formellement condamnée. Il faut lui savoir gré de sa courageuse résignation, et reconnaître que le parti qu'il crut devoir prendre était encore le moins défavorable.

Qu'aurait-il pu faire, en effet; réunir la plaie abdominale, puis tenter l'extraction par les voies naturelles? Mais le temps vraiment sérieux de l'opération n'était-il pas déjà un fait accompli? Je veux parler de l'ouverture du péritoine.

Le succès inespéré qui a suivi l'opération vient confirmer les réflexions générales par lesquelles l'auteur du mémoire a débuté, et sur lesquelles j'ai appelé votre attention au commencement de ce rapport. Si, pour juger de la valeur de l'hystérotomie en général, on ne faisait entrer en ligne de compte que les résultats obtenus dans les grandes villes, et surtout dans les grands hôpitaux, on arriverait à cette triste conséquence, que la mort des mères doit en être toujours ou à peu près toujours la fatale issue; que si, au contraire, on fondait une statistique seulement sur les faits observés en province, et surtout dans les campagnes, on serait conduit à considérer cette opération comme n'offrant pas beaucoup plus de gravité que la plupart des autres grandes opérations chirurgicales.

Le département de la Creuse paraît s'être distingué, dans ces dernières années, par la constance des succès. En effet, depuis 1843, l'opération césarienne y a été pratiquée six fois, et six fois les mères ont survécu.

Trois de ces obervations vous ont été communiquées, en mai 1849, par M. le docteur Guisard (de Guéret); deux autres ont été recueillies, depuis cette époque, et appartiennent à M. le docteur Pezaud (d'Ahun); enfin la sixième est celle dont il vient d'être question.

Des succès aussi heureux ont fait, sur l'esprit de M. Maslieurat, une vive impression, et il se demande, en terminant, si l'humanité ne devrait pas imposer, comme un devoir, de ne plus pratiquer l'hystérotomie dans les grands centres de population, et faire adopter, comme mesure générale, d'envoyer plusieurs mois à l'avance, dans une campagne aérée et salubre, les femmes qui devraient être soumises à cette opération.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° De le remercier de son intéressante communication;

2° De déposer son travail dans vos archives;

3° D'inscrire de nouveau son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants.

A la suite de ce rapport, plusieurs membres demandent la parole; mais vu l'heure avancée de la séance, la discussion est renvoyée à mardi prochain.

Opium indigène.

M. Bouchardat lit un rapport officiel sur une demande faite, par M. Aubergier, à l'effet d'obtenir au *Codex* l'insertion de formules de préparations opiacées faites avec le pavot pourpre et contenant un dixième de morphine.

Les conclusions favorables de la commission sont combattues par MM. Soubeyran, Bussy, et défendues par M. Robinet et M. le rapporteur. La discussion menaçant de se prolonger, l'Académie décide qu'on la continuera dans la prochaine séance.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Huguier présente un malade chez lequel il a enlevé, par un nouveau procédé, le maxillaire supérieur. Nous publierons ce fait intéressant dans notre prochain numéro.

Déviation des dents.

M. Souplet, dentiste à Troyes, présente une jeune personne ayant une mauvaise conformation des arcades, qu'il se propose de rectifier au moyen d'un appareil tout métallique qu'il a imaginé. (Comm. MM. Bouvier, Grisolle, Oudet.)

La séance est levée à 5 heures passées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La lettre suivante a été écrite à M. Orfila, au nom de la Société de médecine de Toulouse. Nous y applaudissons de grand cœur, et y applaudirions plus encore, s'il y avait un peu moins de boursoufflure et un peu plus de véritable sentiment :

Toulouse, 3 février 1853.

A M. le professeur Orfila.

« Monsieur et illustre professeur,

« L'acte de libéralité que vous venez d'accomplir, en faveur des institutions médicales scientifiques et professionnelles, a été accueilli avec un profond et unanime sentiment de reconnaissance.

« Les médecins et les pharmaciens de Toulouse et du département de la Haute-Garonne, auxquels ont désiré se joindre, dans cette circonstance solennelle, les étudiants de l'École de médecine, s'empressent de vous adresser l'expression de leurs sentiments de gratitude et d'admiration pour les services que vous rendez à la science dont vous êtes une des gloires, et pour le bien que vous faites à la profession médicale dont vous êtes le bienfaiteur.

« Puissent, au milieu des éclatants témoignages de sympathie que vous recevez de toutes parts, puissent ces quelques mots, partis du cœur, simples comme il convient pour glorifier tout ce qui est grand, tout ce qui est beau, arriver jusqu'à vous pour vous répéter, monsieur et illustre professeur: la science et la profession reconnaissantes vous admirent et vous bénissent!

« Vos très-humbles et très-obéissants serviteurs,

« *Signé:* Massabiau, membre du Corps législatif; Dassier, directeur de l'École, et 169 professeurs, médecins, pharmaciens ou élèves de la Haute-Garonne. »

— La proposition de la commission de la chambre belge, que nous avons publiée il y a trois semaines, et qui avait, à si juste titre, excité les susceptibilités du corps médical, n'a pas été sanctionnée par la chambre. Celle-ci a, au contraire, adopté un article qui fait en grande partie droit aux justes réclamations de nos confrères belges; il est ainsi conçu :

« Il y a exercice illégal d'une branche de l'art de guérir lorsque, habituellement, une personne qui n'est pas qualifiée examine ou visite des malades, remet ou prescrit un remède propre à la guérison de certaines maladies, indique la manière de l'employer, soit qu'elle agisse dans un but de spéculation ou de charité, soit qu'elle prenne ou non le titre de docteur. »

— Le choléra continue à diminuer à Saint-Pétersbourg; le 2 février, le nombre des cas nouveaux n'avait été que de 20.

— On écrit d'Alger, à la date du 10 février : M. le préfet, accompagné de M. le maire et d'une partie des autorités civiles, a présidé à l'installation de l'hospice des Vieillards, que l'administration a eu l'heureuse idée de placer à Mustapha, sur un terrain planté d'arbres, et où l'eau est très-abondante.

A la suite de l'inauguration, un déjeuner de trente couverts a eu lieu dans la salle de la mairie, et plusieurs toasts ont été portés.

Au nombre des pensionnaires à qui l'hospice des vieillards d'Alger sert déjà d'asile, on remarque deux pauvres femmes, autrefois vivandières, débarquées en 1830 avec l'armée; l'une est presque centenaire, et sa compagne est âgée de 85 ans. (*Akhbar.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 22. 1re année. Samedi, 19 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Action des eaux de Vichy, Strychnisme et laryngisme. — Séance du 16 février de la Société de chirurgie. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — CLINIQUE DES HOPITAUX : Hôpital Beaujon. Tumeur osseuse développée dans le canal dentaire. Amputation et désarticulation de la moitié de la mâchoire inférieure par une simple incision transversale continuant la commissure buccale. Guérison. — CLINIQUE CIVILE : Des abcès artificiels considérés comme moyen curatif, par M. Aussaudon. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE : Hôpital général de Madrid. Extirpation d'une loupe énorme dans la région parotidienne, par M. le professeur Baeza. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 18 février 1853.

Action des eaux de Vichy. — Strychnisme et laryngisme.

Si nous nous sommes réservé de revenir sur la communication de M. Petit, ce n'est point pour rentrer dans la question de la saturation que l'honorable praticien n'a ni mieux éclairée ni mieux comprise que ses interlocuteurs, mais seulement pour insister un instant sur les faits que M. Petit a affirmés dans sa lettre sur l'importance qu'ils auraient, si à côté de l'affirmation se trouvait une démonstration, et aussi sur quelques principes d'observation que les médecins d'eaux minérales pourraient appliquer avec tant d'avantages dans les conditions spéciales où ils se trouvent placés, mais que malheureusement ils négligent presque toujours.

Le premier fait qu'affirme M. Petit serait assurément du plus haut intérêt physiologique et thérapeutique, s'il était parfaitement constant : quand la tolérance vient à diminuer ou à cesser, dit M. Petit, les sécrétions des malades reprennent leur acidité ou même deviennent plus acides qu'à l'état normal. De quelle manière faut-il comprendre cette proposition? Signifie-t-elle que certains malades, ne pouvant plus supporter l'eau de Vichy, la rejettent par le vomissement, et qu'alors les sécrétions redeviennent acides, ou bien que cette acidité se reproduit dans un certain état qu'on désigne par le nom d'intolérance, mais dans lequel néanmoins l'eau de Vichy peut être ingérée et conservée dans le tube digestif? Dans la première alternative, le fait n'aurait rien que de très-naturel, et l'on comprend même qu'il ne puisse guère en être autrement. Mais dans le second cas, ce fait serait des plus curieux et des plus féconds en conséquences physiologiques et thérapeutiques. Mais précisément à cause de cette importance même, il ne pourrait être accepté qu'à la condition d'être démontré par des observations rigoureuses, et M. Petit, au moins dans sa lettre à l'Académie, n'a pas rempli cette condition.

Dans un passage de sa lettre, M. Petit dit, en se défendant d'une opinion contraire qu'on lui avait attribuée : « Qui ne sait qu'en effet les sels alcalins ne font que passer dans l'économie? » A cette interrogation, nous répondrons simplement que ce n'est pas seulement moi et mon voisin qui ne savons pas cela; c'est tout le monde, c'est du moins tous ceux qui ne croient savoir, qu'autant qu'ils ont vu et touché. Et non-seulement personne ne sait cela, mais si M. Petit avait réfléchi aux difficultés dont serait hérissée la démonstration d'un pareil fait, il aurait aisément compris combien on a droit de se montrer sceptique en présence d'une affirmation comme celle qu'il a émise.

Des faits, M. Petit est passé à la théorie, et il s'est demandé s'il n'y avait rien d'irrationnel à supposer que la soude, séjournant quelque temps dans le sang, fluidifiât ce liquide, lui permît ainsi de mieux pénétrer les tissus malades, de dissoudre les épaisissements des tissus, etc., etc. Dans des suppositions aussi obscures et où l'analogie a si peu de prise, il serait téméraire d'affirmer que telle ou telle chose est absolument rationnelle ou irrationnelle. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle ne paraît pas impossible. Mais quand on aura accordé cette possibilité, en quoi la science sera-t-elle plus avancée? en quoi les praticiens seront-ils plus éclairés? M. Petit, nous en sommes convaincu, répondra aussi bien que nous à ces faciles questions.

Ce qui nous a engagé à présenter ces remarques, c'est, nous le répétons, que les médecins des eaux minérales sont, sous certains rapports, admirablement placés pour faire des observations exactes et fructueuses, et qu'ils ne profitent guère, en général, de leur heureuse position. Ils trouvent plus facile de se tenir dans les chemins frayés de la théorie, dans lesquelles, moyennant quelques semaines de réflexions spéculatives, ils peuvent arriver à composer une brochure ou un petit volume qui suffit à leur réputation. Nous connaissons parmi eux assez d'hommes distingués pour réussir dans une voie plus scientifique et plus difficile, et c'est pour cela que nous nous permettons de la signaler à leur ambition.

— A l'Académie des sciences nous avons trouvé une des plus vieilles et des plus honorables connaissances avec laquelle nous avons eu nombre de fois maille à partir. La nouvelle communication du célèbre physiologiste n'est pas faite pour clore nos dissidences. A part un certain nombre d'obscurités et d'étrangetés d'expressions, que le défaut

d'habitude de notre langue explique sans doute, telles que *paroxysme d'apoplexie*, etc., il y a dans la note de M. Marshall-Hall une insuffisance de faits qui contraste par trop avec l'absolu et l'importance des conclusions.

Que prouvent rigoureusement ces expériences? La première prouve qu'un chien auquel on administre un sixième de grain d'acétate de strychnine peut succomber dans six minutes. C'est quelque chose assurément, et l'on aurait pu croire à la nécessité d'une dose un peu plus élevée pour produire un tel effet.

L'expérience faite sur le second chien démontre qu'un de ces animaux, auquel on a administré un douzième de grains d'acétate de strychnine peut survivre si on ne lui pratique pas la trachéotomie, et ne pas succomber si on lui fait subir cette opération. Il est bien vrai que les symptômes éprouvés par l'animal, d'après l'observation du moins, se calmaient quand on lui ouvrait la trachée, s'exaspéraient quand on la laissait s'oblitérer; mais comment s'expliquer que le second douzième de grain ait été si pernicieux, tandis que le premier avait été presque innocent; comment surtout se croire certain qu'il aurait causé la mort sans l'intervention de la trachéotomie?

Enfin, les expériences tentées sur le troisième chien prouvent, comme celles faites sur le second, qu'un douzième d'acétate n'est pas absolument mortel pour un chien; ce qui est très-admissible, peut-être même trop admissible pour avoir besoin d'être démontré.

Mais entre ces résultats expérimentaux et l'application de la trachéotomie au prétendu laryngisme épileptique, hydrophobique, apoplectique, etc., il y a un abîme que M. Marshall-Hall franchit avec beaucoup trop de légèreté. Nous aimons à croire que les simples praticiens se montreront plus timides, c'est-à-dire plus sages. Tout au plus, des tentatives aussi hasardeuses seraient-elles justifiables dans des maladies inévitablement mortelles, comme l'hydrophobie rabique. H. DE CASTELNAU.

Séance du 16 février de la Société de chirurgie.

La totalité de la séance a été consacrée à des lectures, dont deux fort importantes n'ont été que commencées. La première, faite par M. Demarquay, au nom de M. Michel, de Strasbourg, est relative à une question que nous aborderons prochainement dans ce journal : le diagnostic et la nature des tumeurs homologues et hétérologues. La deuxième a été faite par M. Broca. Dans le mémoire dont ce chirurgien a donné seulement la première partie, sont traitées, avec beaucoup de soin, les luxations médio-tarsiennes. Nous reviendrons sur ces deux communications quand on les aura complétées.

Nous nous bornerons à signaler, à la correspondance, l'observation du nouveau cas de mort par le chloroforme, que M. Valette s'est enfin décidé à livrer à la publicité sur nos instances réitérées. Une commission étant chargée d'en rendre compte à la Société, nous attendrons le rapport pour dire notre opinion sur ce nouveau fait.

La séance est terminée par un comité secret.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

Il nous reste maintenant un dernier cas à examiner. Le scrotum, à part l'ouverture qui reste pour donner passage au pédicule du testicule, s'est cicatrisé par derrière, et le testicule, recouvert de granulations, reste exposé sous forme d'une tumeur identique à ce qu'on a appelé à tort fongus bénin du testicule; ceci est survenu parce que des soins convenables n'ont pas été apportés à la guérison de la lésion première, ou peut-être, quoique ce soit peu probable, malgré l'emploi des moyens rationnels. Quelle va être la conduite du chirurgien? C'est pour arriver surtout à une solution de cette question que nous nous sommes un peu étendu sur la petite discussion précédente, qui n'aurait pas eu autant d'utilité sans cela.

Ici nous ne trouvons, parmi les faits connus, que celui de Serre, les deux faits de M. Malgaigne et celui de M. Goyrand, sur lesquels nous puissions nous appuyer directement pour résoudre la question. Si nous nous en tenions là, nous dirions avec M. Malgaigne, qu'il faut recourir à l'opération autoplastique indiquée par M. Syme, c'est-à-dire disséquer de chaque côté le scrotum sous forme de deux lambeaux que l'on vient réunir par-devant le testicule. Eh bien! telle n'est pas notre opinion. Sans doute, par ce procédé, s'il réussit (et il réussira souvent), on abrégera notablement la durée du temps nécessaire pour la guérison et on sera sûr que le testicule sera enveloppé dans un scrotum normal; mais, à part quelques jours de plus, par un pansement simple, on arrivera presque toujours au même résultat. Nous allons voir, à propos des hernies tuberculeuses, que la guérison *spontanée* d'une lésion identique ramène aussi, le plus souvent, le scrotum devant le testicule, ainsi que nous en avons aussi des exemples dans nos hernies consécutives actuelles.

Quelle nécessité d'ajouter une opération, qui est toujours une opération, et qui, toute simple qu'elle est, peut être suivie de conséquences graves, alors que la guérison spontanée peut être obtenue? Quelques jours de plus ou de moins ne sont évidemment pas une raison suffisante. Il ne resterait ici, comme précédemment, pour des cas exceptionnels où le scrotum ne serait pas ramené par le travail spontané, aidé par le chirurgien, au-devant du testicule, que le parallèle entre les suites possibles de la présence d'une membrane cicatricielle et celles d'une opération autoplastique, parallèle dont la conclusion ne nous semble pas douteuse. Bien mieux, si les inconvénients d'une membrane cicatricielle un peu trop étendue frappaient vivement l'attention du chirurgien, il aurait à sa disposition un moyen bien plus simple que l'opération autoplastique pour y remédier. Il n'aurait qu'à pratiquer, comme l'a fait Delpech dans un autre but, deux incisions sur l'ouverture scrotale, une en haut, l'autre en bas, et il obtiendrait par là plusieurs bons effets : il écarterait l'ouverture scrotale du pédicule de la tumeur, sur lequel elle ne frotterait plus; il obtiendrait une cicatrisation rapide de ces deux plaies, qui donneraient un coup de fouet aux granulations recouvrant le testicule; enfin il pourrait aisément, à la suite, ramener le scrotum en avant au moyen d'un pansement avec les bandelettes ou la suture sèche. Ce n'est pas autrement, au fond, que M. Goyrand a obtenu un aussi beau succès après avoir échoué par l'autoplastie; et les incisions seules, sans le pansement additionnel, dans le cas de Delpech publié par Serre, ont donné une guérison complète en quinze jours, c'est-à-dire tout aussi rapide que celle obtenue par le procédé autoplastique de M. Syme.

Nous voilà donc arrivé encore à la même conclusion : Pansement simple, plus, un pansement additionnel pour repousser le scrotum en avant, dans presque tous, si ce n'est tous les cas. Dans quelques cas exceptionnels, deux incisions, espèce de débridement, mais pas entendu à la façon de Delpech. Tels sont les moyens, bien simples et précis, que le chirurgien a à sa disposition et qui rendront probablement, désormais, toute opération autoplastique inutile. Ce sera encore une de ces occasions de montrer combien l'art des pansements est supérieur à l'art de la médecine opératoire sanglante.

Chacun comprend que nous avons à peine besoin de parler de l'excision, que le faux aspect de fongus offert par le testicule granulé a pu porter quelques chirurgiens à employer. L'application de ce moyen serait désormais une étrange anomalie, sauf pour le cas possible, mais qui n'a pas encore été observé, que

nous sachions, de granulations franchement végétantes ; alors il s'agirait d'une nouvelle lésion surajoutée.

CHAPITRE III.

Des hernies tuberculeuses du testicule.

Si quelque lecteur a eu la bonté de suivre attentivement jusqu'alors l'exposé qui précède, il a pu remarquer que nous avons déjà singulièrement déblayé le chemin, jeté pas mal de jour sur ce qu'on a appelé fongus du testicule, si même nous n'avons pas en bonne partie traité la question. Maintenant, nous arrivons spécialement à l'histoire des tumeurs sur lesquelles on s'est plus complétement mépris, qu'on a prises pour des *fongus,* qu'on a appelées de ce nom, puis désignées sous le nom de *granular Swelling,* et que M. Curling, sans lui donner cependant une valeur suffisante, avait déjà qualifiées du titre de *sternia testis.* Nous les appelons, nous, *hernies tuberculeuses,* à cause de leurs relations à peu près constantes avec des tubercules antérieurs. Dans cette appellation, le mot hernie a pour nous sa pleine valeur, en ce sens qu'il ne s'agit pas de la protrusion de telle ou telle partie de l'organe ; il s'agit de l'organe lui-même, qui, dans son ensemble, fait hernie à travers une ouverture préalable survenue dans le scrotum. Quant à la relation avec une lésion tuberculeuse antécédente, elle avait déjà été pressentie par la plupart des auteurs, qui ont traité cette question comme appendice au chapitre dans lequel les tubercules testiculaires sont explicitement ou implicitement décrits.

§ 1. Nous avons encore besoin de revenir sur ce que nous avons dit en commençant chacun des deux autres chapitres, sur les transitions qui existent entre les uns et les autres. Le titre général du présent chapitre est : *Hernies tuberculeuses ;* parce que la grande majorité des cas qu'il comprend est relative à des hernies consécutives, à des tubercules testiculaires, ainsi que nous le démontrerons, outre l'assentiment général des auteurs tel que nous venons de le mentionner par des faits et des raisonnements assez solides. Néanmoins, il est possible, probable même, que dans le nombre de nos faits, d'après ce que nous dirons en traitant des causes et ailleurs, il y en ait quelques-uns relatifs à des lésions non tuberculeuses antécédentes, par exemple à des abcès purs et simples de l'épididyme, ou peut-être (?) des testicules. Ces derniers cas, en particulier, qui, s'ils existent, doivent être fort rares, feraient alors une sorte de transition entre les hernies consécutives non tuberculeuses étudiées précédemment, et les hernies consécutives tuberculeuses que nous allons examiner. Et malgré qu'ils ne répondent pas alors absolument au titre, ils ne sont pas déplacés ici, car le groupe que nous étudions offre, pour caractères particuliers et communs à tous les cas que nous examinons : 1° une ouverture produite par ulcération dans les enveloppes scrotales, et qui n'est pas très-étendue, car le testicule pourra ne sortir que partiellement à travers elle, et lorsque, suivant l'habitude ordinaire, il sortira en entier, ce sera souvent par une sorte d'effort ; 2° cette sortie même avec un peu d'effort, avec une certaine brusquerie qui légitime bien ici, et par son point de départ et par les résultats ultérieurs, l'appellation *hernie.*

§ 2. Nous avons pu réunir 33 cas, textuellement cités dans les auteurs, de ce genre de hernies testiculaires, et c'est d'après eux, exclusivement, en nous en tenant rigoureusement aux expressions mêmes employées par les auteurs, que nous allons en étudier l'histoire. Voici les sources auxquelles nous avons puisé nos 33 cas :

13 cas, et non pas 9, dans le mémoire de M. Lawrence, inséré dans le numéro de juillet de *The Edinburg Med. and Surg. Journal,* 1808.

1 cas, par Serre, de Montpellier, pris dans le service de M. Lallemand, inséré dans les *Éphémérides médicales,* de Montpellier, 1826, t. 2, p. 197.

4 cas, par A. Cooper, dont 3 simplement dessinés dans l'*Atlas,* mais tellement précieux, qu'ils valent chacun au moins une observation.

1 cas par M. Curling, simplement dessiné dans le texte de l'ouvrage intitulé : *On the diseases of the testis,* 1843.

3 cas, par M. Syme, dans son *Mémoire,* publié en dernier lieu dans le volume intitulé : *Contributions to the pathology and practice of Surgery,* 1848. L'un de ces cas est seulement mentionné pour l'examen anatomo-pathologique.

2 cas, 1 de M. James Duncan, d'Édimbourg, 1 de M. Lawrie, de Glasgow, insérés dans le *London and Edinburgh Monthly Journal,* 1845, p. 537 et 538, où se trouve aussi un excellent dessin.

3 cas, par M. Brausby Cooper, rapportés dans ses leçons publiées dans le *London Medical Gazette,* vol. 43 ou 8 de la nouvelle série, 1849, p. 268.

1 cas, par M. Philippeaux, observé dans le service de M. Bonnet, de Lyon, publié dans la *Gazette des Hôpitaux,* 1849, p. 245.

3 cas, par M. Jarjavay, dans les *Archives générales de médecine,* 1849, et dans la *Gazette des Hôpitaux,* 1849, où se trouvent de plus les dessins. Ce sont ses observations 2e, 3e, et 4e, la 1re ayant été rapportée au chapitre 2, par suite de son caractère spécial.

2 cas, rapportés par nous dans la première partie de ce travail, et observés l'un à l'hôpital de la Charité de Paris, dans le service de M. Morel-Lavallée, remplaçant M. Gerdy ; l'autre, dans le service de M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres.

33 cas en totalité.

Sans compter plusieurs observations que diverses personnes, entre autres M. Ludlou, F. R. S., nous ont offertes depuis que nous composons ce travail, sans compter encore le nombre vraiment considérable de renseignements, sans observations textuelles à l'appui, qu'on trouve dans les livres et publications sur cette lésion beaucoup plus commune, que le silence complet des auteurs anciens et de la plupart des auteurs modernes ne permettrait de le supposer.

§ 3. *Causes.* Il s'agit, nous le disons par avance, d'une lésion tuberculeuse ; par conséquent, nous allons l'observer surtout et à coup sûr pendant la période de la vie dans laquelle on observe principalement les tubercules testiculaires. En effet, dans 18 de nos cas où l'âge est noté, nous en trouvons 12 assez également espacés depuis 22 ans jusqu'à 33 ans, et 6 seulement, également espacés aussi, de 38 ans à 58. Aucun cas, avant ni pendant la puberté.

A. Le *côté* affecté offre un certain intérêt, parce que ce qui a contribué à jeter de l'obscurité sur cette lésion, désignée sous le nom de fongus, et à lui donner un caractère particulier, c'est qu'elle siége, en général, d'un seul côté, et que le testicule de l'autre côté, pendant ce temps, non-seulement reste à sa place, mais est complétement sain. Or, beaucoup se sont mis dans l'idée que les tubercules du testicule attaquent presque toujours les deux côtés (ce qui est en effet le cas le plus commun), au point que, lorsqu'on leur a montré ou qu'ils ont vu les cas, assez communs aussi, dans lesquels des tubercules n'existaient que d'un seul côté, plusieurs ont eu une tendance à croire que ce n'était plus absolument la même lésion. Nous ne pouvons pas traiter ici cette question, que nous ne faisons qu'indiquer en passant, à cause du préjugé qu'elle a pu faire naître au sujet du fongus ; nous nous contenterons de dire que si, au point de vue des fonctions génitales, il est d'un grand intérêt de noter la différence entre des tubercules siégeant dans un seul testicule ou dans les deux ; au point de vue de la nature essentielle de la lésion, la chose est absolument insignifiante, car le tubercule testiculaire, qu'il envahisse un ou deux testicules, n'en est pas moins le tubercule, le tubercule scrofuleux. Nous aurons occasion, du reste, de revenir un peu sur cette question dans notre quatrième chapitre.

En attendant, notons cette opposition assez curieuse : le dépôt tuberculeux envahit les deux testicules à la fois ou dans une succession rapide, bien plus communément qu'il ne reste limité à un

seul. Eh bien ! nous n'avons pas une seule observation de hernie testiculaire survenant chez un individu dont les deux testicules sont simultanément affectés de tubercules. Constamment, la lésion vient au moment où un seul testicule est pris, et il doit y avoir pour cela quelque raison qu'il serait bon de chercher. (Consulter ci-après, à cet égard, le troisième alinéa de l'article 1° du § 4.) Il y a déjà cependant une transition, car dans deux des cas de M. Lawrence, non-seulement le dépôt tuberculeux a apparu successivement dans les deux testicules, mais, chose curieuse, a produit successivement la hernie pour chaque testicule. Dans le cas de M. Duncan, le testicule hernié était seul affecté, pour bonne raison : c'est que l'autre testicule avait été déjà détruit par une lésion antérieure, sans qu'il soit dit si cette première lésion avait été accompagnée ou non de hernie.

Outre ce premier fait intéressant, relativement au côté affecté, il nous avait semblé, à une première inspection de nos cas, que le testicule droit serait un peu plus fréquemment affecté que le testicule gauche. Un examen plus attentif nous laisse dans le doute. Dans 16 faits, sur nos 33, il y a indication suffisante du côté affecté. De ces 16 cas, il nous faut en élaguer 4 (3 d'A. Cooper et 1 de M. Curling) qui sont de simples dessins ; il est vrai que, par une singulière bizarrerie, tous représentent la lésion du côté droit, presque avec indices suffisants montrant que le dessin n'a pas été renversé par la gravure, etc.; néanmoins, et malgré la concordance avec nos deux faits dans lesquels la lésion existait aussi à droite, on pourrait élever quelques objections assez justes, si nous tenions, de ces quatre dessins, un compte trop absolu. Nos 16 cas vont donc être réduits à 12, desquels nous allons soustraire les 3 cas précités, dans lesquels les deux testicules ont été successivement attaqués par le dépôt tuberculeux, et deux fois au moins affectés aussi successivement de hernie ; nous remarquerons, en passant, que dans tous trois, le testicule droit a été le premier affecté. Il ne nous reste plus que 9 cas, ce qui est bien peu et ne se trouve plus favorable à notre première supposition, car dans ces 9 cas, cinq fois la lésion était à gauche, et quatre fois seulement à droite.

A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — M. Huguier.

Tumeur osseuse développée dans le canal dentaire. — Amputation et désarticulation de la moitié de la mâchoire inférieure par une simple incision transversale continuant la commissure buccale. — Guérison.

Dans la dernière séance de mai 1851, M. Huguier présenta à l'Académie de médecine une jeune fille sur laquelle il avait opéré la désarticulation et l'amputation de la moitié de la mâchoire inférieure par un procédé qu'il considère comme nouveau. C'est un fait semblable qu'il est venu présenter mardi dernier à l'Académie. Ces deux faits étant les seuls, avec un troisième de M. Maisonneuve, qui aient été publiés sur le procédé que préfère M. Huguier, nous croyons devoir rappeler le premier de ces trois faits, ainsi que les réflexions dont M. Huguier l'avait fait accompagner. Nos lecteurs auront ainsi tous les éléments d'appréciation du nouveau procédé.

Le 7 avril 1851, mademoiselle Mely (Rosalie), âgée de 25 ans, blanchisseuse, demeurant rue Saint-Michel, 8, née à Misepp (Meuse), entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, pour y être traitée d'une affection de l'os maxillaire inférieur.

Cette jeune femme est née de parents qui vivent encore et n'ont aucune infirmité. Sa constitution, sans être forte, n'est nullement affaiblie ; son tempérament est lymphatico-sanguin. Elle n'a jamais été malade dans son enfance ni dans sa jeunesse. Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, elle l'est tous les mois sans éprouver jamais d'interruption.

Il y a deux ans, elle s'aperçut d'une petite tuméfaction siégeant à la partie interne et droite du maxillaire inférieur ; cette grosseur, quoique faisant peu de saillie, lui causa de l'inquiétude, ainsi qu'aux médecins qui la virent (avril 1849). MM. Hervey et Vassières lui arrachèrent les deux dernières molaires, puis excisèrent la tumeur, ce qui causa une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter l'emploi du fer rouge.

Quinze jours après cette opération, la tumeur avait déjà reparu et depuis augmenta rapidement. La malade resta encore deux ans dans son pays, ne suivant qu'un traitement insignifiant (quelques purgatifs de temps à autre) ; mais enfin, perdant patience, elle vint à Paris réclamer les secours de la chirurgie. On l'adressa à M. Huguier.

On constate que la partie inférieure de la joue droite est gonflée, dure, tendue ; mais la peau a conservé sa couleur normale, sa souplesse, et est restée mobile sur les tissus sous-jacents. Elle est entièrement saine, ainsi que les autres tissus qui composent la joue.

On sent, située plus profondément, une tumeur dure, non fluctuante, immobile, adhérant à l'os, du volume d'une noix ; cette tumeur, assez bien circonscrite, a les limites suivantes : en haut, le bord supérieur de l'os maxillaire inférieur ; en bas, le bord inférieur du même os ; en arrière, les dernières molaires. Quant à sa limite en avant, nous y reviendrons tout à l'heure.

A un pouce en avant de l'angle de la mâchoire se trouve un ganglion lymphatique de la grosseur d'une petite noisette, dur, engorgé, mais encore mobile.

La tumeur n'est nullement douloureuse au toucher.

Si la malade ouvre la bouche, on constate que les incisives et la canine du côté de la tumeur sont conservées ; ces dents ne sont pas cariées ; celles d'en haut sont saines, ainsi que celles implantées sur le maxillaire inférieur du côté gauche.

Sur la partie du maxillaire inférieur, on voit une tumeur volumineuse, fongueuse, violacée, mollasse, produisant une sanie ichoreuse, tumeur indolente, non douloureuse à la pression et si peu douloureuse qu'elle porte sur son bord supérieur l'impression des dents et de la mâchoire supérieure qui peuvent rencontrer sur elle un plan suffisamment résistant pour servir à la mastication. Cette tumeur a la forme d'un coin dont la base est à la branche ascendante de la mâchoire ; le sommet, se terminant en pointe, dépasse la ligne médiane de l'os maxillaire, auquel du reste elle n'est pas adhérente : c'est une languette qui se détache du corps de l'os au niveau des dents qui persistent, c'est-à-dire au niveau de la deuxième incisive. La face supérieure est large, volumineuse, formée d'une masse lobulée, bosselée, se prolongeant en dehors à 1 centimètre de la mâchoire, repoussant la joue à laquelle elle n'est pas adhérente, permet d'introduire le doigt entre la joue et la tumeur ; en dedans, cette face supérieure, ainsi que la face interne, s'avancent dans l'intérieur de la bouche jusqu'à la ligne médiane et repoussent la langue, qui est rejetée à gauche.

Le bord inférieur est confondu avec le bord maxillaire inférieur.

Le bord supérieur est constitué par le bord supérieur du maxillaire.

Jusqu'au niveau des dents qui existent encore, la tumeur comprend le maxillaire inférieur ; mais à ce niveau, c'est-à-dire la deuxième incisive du côté droit, elle le quitte et se prolonge par une languette qui longe le corps de la mâchoire et se termine en s'amincissant au delà de l'incisive du côté opposé. Cette languette n'adhère pas même à la muqueuse du corps de l'os ; on peut introduire un stylet qui pénètre librement entre l'os et l'appendice de la tumeur jusqu'au niveau de la deuxième incisive droite.

La malade est un peu gênée pour parler, pour avaler et pour manger, à cause des mouvements de la langue qui sont plus difficiles, la langue étant repoussée du côté gauche de la bouche.

Le samedi 26 avril, M. Huguier lui enleva la tumeur. Voici le procédé que ce chirurgien mit en usage :

Craignant, par les procédés jusqu'à ce jour suivis, la section d'artères nombreuses profondes qu'il est impossible d'éviter, puisqu'on pratique une incision profonde qui s'étend depuis le conduit auditif externe, descend le long du bord postérieur de la mâchoire, arrive à l'angle de la mâchoire, devient horizontale, suit le bord inférieur de cet os jusqu'au menton, où elle remonte verticalement jusqu'à la lèvre, qu'elle fend dans toute son épaisseur ; dans ce trajet, que d'artères coupées ! sans parler de leurs veines satellites : la transverse de la face ; les parotidiennes antérieures ; les massétérines antérieures ; la faciale ; la sous-mentale ; la labiale inférieure ; la branche musculaire du trifacial ; les branches du grand lymphatique qui accompagnent les artères de la face et les branches du plexus cervical qui se rendent à cette partie ;

Craignant, en outre, la lésion du facial, et pour un temps plus ou moins long, la paralysie faciale et toutes ses conséquences : ophthalmie chronique, immobilité de l'aile du nez, déformation de la bouche, difficulté de prononciation, de mastication, etc. ;

Enfin, craignant la lésion des racines du conduit de Sténon et une fistule salivaire ;

Dans le but d'éviter ces organes importants, M. Huguier plongea un bistouri droit bien pointu dans la bouche jusqu'au niveau du bord antérieur de la branche de la mâchoire ; par transfixion, il perça la joue et le muscle masséter de dedans en dehors, et de cette ponction il ramena le bistouri jusqu'à la commissure droite des lèvres. Ce premier temps est fait avec beaucoup de rapidité. Le conduit de Sténon est évité, l'incision est à 1 centimètre au-dessous de lui ; le facial et les autres nerfs sont évités, ou du moins il n'y a qu'un très-petit filet parfaitement insignifiant de lésé.

Cette incision ne divise pas toutes les parties molles jusqu'à la partie postérieure de la joue ; alors, pour agrandir, M. Huguier, allant des parties superficielles aux parties profondes, prolonge l'incision jusqu'à 1 centimètre en avant du lobule ; il divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et évite ainsi l'épanouissement du facial qui est situé profondément dans l'épaisseur de la parotide. Cette incision lui donne un lambeau inférieur facilement disséquable et un lambeau supérieur. Avec un bistouri convexe, il rase l'os d'abord à sa branche, puis à son corps, et là il dépasse la ligne médiane.

Une seule artère, la faciale, a été ouverte au-dessus du point où elle fournit la labiale inférieure.

La deuxième dent incisive préalablement arrachée, M. Huguier passe une aiguille mousse armée d'un fil triple, un peu à gauche de l'apophyse génienne ; puis un aide, à qui on a confié ce fil, le tire à lui afin de faire saillir l'os en haut et en avant ; un autre aide renverse la peau disséquée, afin que la scie ne l'atteigne pas. L'os maintenu en outre par deux autres aides, M. Huguier, avec une scie ordinaire, pratique la section de l'os un peu à droite de la ligne médiane qui, étant intacte, maintiendra la langue qui ne pourra produire la suffocation.

Voilà l'os isolé en bas, en dehors et scié. L'opérateur isole alors la partie supérieure et externe de l'os en détachant le masséter de la branche de la mâchoire jusqu'à l'apophyse zygomatique. Le chirurgien a un long bras de levier pour faire basculer le maxillaire en dehors ; afin de l'isoler en dedans, il coupe le ventre antérieur du digastrique, le milo-hyoïdien, le ptérigoïdien interne ; il ouvre l'articulation en avant ; il allait remonter et arriver à désarticuler le condyle, lorsque, dans un mouvement forcé, le col de la mâchoire, affaibli par la maladie, cassa. Alors la tumeur était enlevée, l'opération terminée ; mais, en chirurgien prudent qui veut éviter une récidive, M. Huguier ne se laisse pas décourager par cet accident, qui rend plus difficile la désarticulation en le privant du bras de levier formé par le corps de l'os. Avec de fortes pinces à griffes, il saisit le col de la mâchoire et cherche à inciser les ligaments, lorsqu'une portion de l'os se rompt et force le chirurgien à le saisir de nouveau et à le faire basculer en haut et en avant ; la partie postérieure de la capsule de l'articulation est ouverte ; une forte traction est opérée de bas en haut et d'arrière en avant, et l'on fait successivement se dégager de dedans les parties molles, le condyle et l'apophyse coronoïde. On aperçoit alors à nu la corde du tympan et le lingual. Pour éviter plus sûrement la récidive, quoique le condyle parfaitement sain pût rassurer à cet égard, il prend un fer rouge, fait tirer la langue à gauche au moyen d'une érigne que tient un aide, place une compresse mouillée pour protéger la corde du tympan, le lingual et le glosso-pharyngien, et il cautérise les parties molles qui entouraient la tumeur. Puis on réunit au moyen de quatre épingles et de la suture entortillée.

Quinze jours après l'opération, la malade était entièrement guérie.

Le 19 mai, lors de la présentation à l'Académie, il y avait une réunion complète ; le bord de la mâchoire paraissait reconstitué par un épaississement de la muqueuse ; la mastication, la déglutition, la prononciation s'exécutaient parfaitement ; il n'y avait pas la moindre paralysie du mouvement.

La face avait presque conservé toute sa régularité ; on aperçoit seulement une cicatrice linéaire qui se porte transversalement de la commissure buccale droite vers l'oreille correspondante.

La tumeur était formée par un cancer encéphaloïde qui semblait avoir pris naissance dans le canal dentaire et avait dilaté l'os au point de ne plus former, dans la plus grande partie de son étendue, qu'une coque osseuse. En haut et en dedans, l'os était entièrement détruit et la tumeur faisait saillie à nu dans la bouche.

Nous pouvons ajouter, aux précédents détails, que la malade est encore, aujourd'hui 16 février 1853, très-bien portante, quoiqu'elle exerce une profession bien pénible, celle de blanchisseuse.

Si nous ne craignions d'allonger démesurément cet article, nous insisterions ici sur la non-récidive, jusqu'à ce jour, de la forme la plus envahissante du cancer. Pour ne pas distraire l'attention de l'objet principal de la communication de M. Huguier, nous nous bornerons seulement à signaler ce fait, et nous laisserons la parole à ce savant chirurgien.

Le 2 novembre 1852 est entré à l'hôpital Beaujon, premier pavillon, dans mon service, le nommé Cordier (Philoclès), âgé de 17 ans, horloger. Son père vit encore et se porte très-bien ; sa mère est morte à 32 ans, à la suite d'une diarrhée abondante. Elle avait présenté, pendant la vie, une tumeur épigastrique.

Quant à Cordier, il n'a jamais éprouvé la moindre indisposition.

Il est entré à l'hôpital pour une tumeur qu'il porte à gauche sur le maxillaire inférieur.

Cette tumeur date de 13 ans ; il paraîtrait qu'elle est survenue à la suite d'un coup qu'il reçut, à cette époque, sur la région du maxillaire inférieur. Grosse d'abord comme une petite noix, elle a fini par s'accroître et par prendre le volume qu'elle a aujourd'hui. Ces détails nous ont été transmis par les parents. La tumeur était-elle douloureuse à cette époque? Ni les parents, ni Cordier, n'ont pu répondre à cette question.

Il y a huit ans environ, M. Valette, chirurgien de Compiègne, avait eu l'intention de faire l'opération, mais il paraît que les parents de Cordier s'y refusèrent. Les choses en restèrent là jusqu'au mois d'octobre dernier. C'est alors que le volume considérable que prenait la tumeur, la déformation du visage, engagèrent Cordier à venir à Paris pour consulter les chirurgiens des hôpitaux.

Il se présenta au bureau central le 1er novembre et fut envoyé, par M. Guérin, dans mon service. Il était dans l'état suivant : la joue gauche offrait une tumeur qui présentait le volume d'une grosse orange ; elle siégeait sur toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur. La saillie qu'elle présente à l'extérieur est très-prononcée. Cette saillie est brusque et forme, avec la partie antérieure de l'os restée saine, une assez grande dépression en arrière du trou mentonnier.

Si on vient à mesurer cette tumeur, d'avant en arrière et en dehors, elle présente une étendue de 6 centimètres, et de 7 de haut en bas.

Le bord gauche de l'os maxillaire inférieur descend 1 centimètre plus bas que le bord du côté opposé.

Cette tumeur se limite assez bien en avant, en bas et en arrière ; dans ce dernier sens elle repousse, en arrière, la glande parotide. Le pli cervico-facial est effacé en partie à gauche. En tout elle semble remonter au col du condyle et jusqu'à l'apophyse coronoïde.

Cette tumeur fait saillie en dedans de la bouche ; mais la saillie est moins prononcée qu'en dehors.

Les dents sont tassées, accumulées les unes sur les autres, renversées en dedans et poussées d'arrière en avant. La première incisive est placée dans la même direction que la première molaire, et à peine séparée de cette dernière. On trouve en avant, et en dehors de ces deux dents, la canine ; en arrière et en dedans, la deuxième incisive ; plus en arrière, la première petite molaire est suivie de la première grosse molaire dans la direction de l'arcade dentaire ; en dehors, et dans l'intervalle de ces deux dernières dents, on trouve la deuxième petite molaire.

En dehors de l'arcade dentaire on sent, à travers la muqueuse, la tumeur qu'on a déjà sentie en dehors à travers la peau. On peut, du reste, en plaçant le pouce de la main droite dans la bouche et un autre doigt, l'indicateur de la même main, en dehors, s'assurer facilement qu'on a sous la pression des doigts la même tumeur, dont on peut ainsi apprécier l'épaisseur, qui peut être de 5 à 6 centimètres environ. Du reste, qu'on examine cette tumeur en dedans ou en dehors, on la trouve partout régulière à sa surface, très-dure, très-ferme, très-résistante et ne se laissant nullement déprimer.

Les parties molles sont saines et ne participent en rien à la lésion de l'os.

Cette tumeur est parfois douloureuse. Le malade compare la douleur qu'il ressent à des élancements.

La mastication se fait habituellement du côté opposé à la tumeur, quoiqu'elle soit cependant possible, à la rigueur, du même côté. Mais alors elle s'accompagne de la morsure de la muqueuse, qui recouvre la partie interne de la tumeur. Nous trouvons sur cette même muqueuse quelques cicatrices qui semblent, en effet, indiquer les morsures.

La salivation se fait bien ; la déglutition ne présente rien non plus de remarquable.

La prononciation est gênée ; les lettres labiales sont prononcées difficilement.

Les muscles de la face des deux côtés se contractent ; mais la joue, du côté de la tumeur, se meut plus lentement que celle du côté opposé.

Quand on commande au malade de fermer la bouche et de souffler, la cavité buccale se remplit d'air ; mais si l'air, chassé des poumons avec trop de force, vient à passer à travers l'ouverture buccale malgré sa contriction, c'est toujours du côté où est située la tumeur, vers la commissure gauche que l'air s'échappe, ce qui semble annoncer une faiblesse de la contraction des muscles de la face du côté gauche. La peau des joues, du menton, du cou, des lèvres, a gardé sa sensibilité normale.

Il en est de même de la muqueuse buccale qui recouvre la tumeur.

Opération le 5 novembre. — Le 5 novembre je pratique l'opération par un procédé particulier, employé déjà par moi sur une jeune fille, le 26 avril 1851.

Le malade est médiocrement chloroformé; je n'ai pas l'habitude d'employer le chloroforme quand j'agis sur les os de la face, mais le malade met tant d'insistance pour être chloroformé que j'accède, en partie du moins, à ses désirs en le chloroformant médiocrement.

J'enlève alors la deuxième dent incisive gauche, puis prenant un bistouri droit, je divise rapidement de dehors en dedans et d'arrière en avant toute la joue gauche et le muscle masséter du même côté; à partir des deux tiers antérieurs de la branche montante du maxillaire inférieur jusqu'à la commissure labiale. L'incision est placée à un centimètre au-dessous du canal de Sténon et du tronc du nerf facial.

On évite ainsi la section de ces deux organes importants. Il est probable, cependant, que quelques filets insignifiants du nerf facial sont coupés.

Les parties molles de la partie postérieure de la joue sont divisées. Allant de la superficie vers la profondeur, je prolonge l'incision jusqu'à un centimètre environ du lobule de l'oreille, en ne divisant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, afin de ne pas couper l'épanouissement du facial placé dans l'épaisseur de la parotide.

Cette incision me donne un lambeau inférieur facilement disséquable et un supérieur.

Avec un bistouri convexe, je rase l'os d'abord à sa branche, puis à son corps, jusqu'à la région sus-hyoïdienne, et je dépasse même la ligne médiane du côté droit.

Une branche de l'artère faciale est ouverte, mais le jet de sang cesse bientôt sans que la ligature de ce vaisseau soit faite.

Un aide renverse les parties molles disséquées. Un autre aide, pressant sur l'angle de la molaire, la fait saillir en avant.

Je passe une aiguille armée d'un fil quadruple au niveau de la canine du côté droit, à travers le plancher de la bouche, immédiatement en arrière de l'os.

Un aide tire ce fil et fait saillir l'os maxillaire inférieur en haut et en avant, et le fait dévier du côté gauche. Un quatrième aide relève et déprime en arrière la lèvre supérieure, afin de la garantir de l'action de la scie. C'est alors que, placé derrière la tête du malade, je scie le maxillaire, de haut en bas, d'avant en arrière, de droite à gauche, et à 2 lignes environ de la ligne médiane; mais à peine l'os est-il scié, que je m'aperçois que l'artère sous-mentale est divisée par la scie; le jet artériel ne m'empêche cependant pas de continuer l'opération; bientôt même le jet cesse. Je dissèque rapidement le lambeau supérieur de la plaie jusqu'au bord inférieur de l'apophyse et sur l'articulation temporo-maxillaire. Saisissant alors la partie gauche du maxillaire inférieur, je plonge mon bistouri dans le plancher de la bouche, en passant par l'intervalle que la section de l'os laisse entre ses deux moitiés, pour raser la face interne de l'os, de la même manière que j'ai rasé la face externe; je coupe ainsi le ventre antérieur du digastrique, le mylohyoïdien et le ptérygoïdien interne, faisant basculer en dehors la portion gauche du maxillaire inférieur.

Je tends le muscle temporal, et observant la partie de l'os disséquée, je cherche alors à couper les attaches du muscle temporal à l'apophyse coronoïde; mais cette apophyse est remontée très-haut au-dessous de l'apophyse zygomatique, et j'éprouve, à cause de cette circonstance, une difficulté qui retarde l'opération; cependant, à l'aide d'un bistouri boutonné, porté obliquement en haut et en arrière, je parviens à diviser le muscle. Alors, je plonge un bistouri droit directement en avant de l'articulation temporo-maxillaire, que j'ouvre ainsi à la manière de M. Maisonneuve.

Puis, faisant basculer le condyle, je termine l'opération. Explorant avec soin toute l'étendue de la plaie, je fais la ligature des artères dont le jet est un peu considérable, et dont le nombre s'élève à trois environ. Une éponge est maintenue sur la surface saignante et empêche le sang de s'écouler. Puis enfin, je procède au rapprochement des parties molles. Je place quatre épingles pour maintenir le rapprochement.

Le soir de l'opération, fièvre; le pouls s'élève à 110 pulsations. Insomnie la nuit.

Le lendemain, 6 novembre, le pouls est à 95 pulsations. Le malade est calme; je prescris quelques sinapismes aux jambes.

Le 7, la fièvre est complétement tombée; le malade peut prendre un léger bouillon.

Le 8 et le 9, rien de remarquable.

Le 10, la cicatrisation paraît s'être faite sur l'angle externe de l'incision.

Le 12, je retire deux épingles, en laissant cependant les fils.

Le 13, le malade se plaint de quelques douleurs vers le côté externe de la plaie; un cataplasme est maladroitement appliqué : il ramollit les fils, les fait tomber, et ramollit même le tissu cicatriciel.

Le 14, à ma visite, je fais enlever le cataplasme, et j'applique sur la plaie quelques bandelettes de diachylon, et par-dessus je fais poser une fronde.

Le 17, le malade veut boire du lait très-chaud, mais il se brûle et fait un effort d'expulsion de ce liquide; la cicatrice se rompt en partie et une hémorrhagie se produit.

L'interne de garde est appelé, place plusieurs éponges dans le fond de la plaie, en dehors de l'arcade dentaire du côté gauche; prescrit des sinapismes aux jambes, et une potion de rhatania, puis une potion glacée; mais le sang continue toujours à couler en nappe.

Le 18, je place des bourdonnets de charpie enduits de colophane et quelques éponges dans la partie profonde et externe de la plaie, sous l'apophyse zygomatique.

Le 19, je fais à l'extérieur deux points de suture entortillée sur le côté externe de la plaie, et le sang cesse de couler. Le plus grand repos est recommandé au malade.

Depuis cette époque, l'hémorrhagie ne s'est point reproduite.

Le 26, je retire les épingles; mais à la place de la première épingle, dans son trajet, s'est formé un petit abcès que j'ouvre avec une lancette; en pressant dans ce point, je fais sortir le reste du pus qui y est contenu. Quelques bourdonnets de charpie sont retirés ce même jour.

Le 27 et les jours suivants, je retire le reste des épingles.

Le 30, la cicatrice est complète, seulement on voit en avant un léger gonflement œdémateux.

Le 8 décembre, la cicatrisation est totalement opérée, le gonflement œdémateux est tombé.

Le 15, rougeur et gonflement limités sur la ligne médiane, dans la région sous-mentale.

Le 19, ouverture d'un petit abcès en ce point.

Le 2 février 1853, le malade, tout à fait guéri, est en état de quitter l'hôpital. Le résultat de l'opération est tel, qu'on croirait à peine, en le voyant, qu'il a subi une pareille mutilation.

La sensibilité, du côté opérée, est parfaite, ce dont M. Huguier s'est assuré en promenant une épingle tout autour de la cicatrice : le malade, à chaque coup d'épingle, éprouve une vive douleur. La cicatrice est encore un peu prononcé et le bord supérieur, encore un peu saillant, s'effacera peu à peu. Quand le malade rit, la contraction de la face se fait presque aussi bien du côté opéré que de l'autre. La prononciation est normale et facile, la mastication finira aussi par se faire aussi bien d'un côté que de l'autre. La cicatrice se trouvant, plus tard, cachée par les favoris, ce jeune homme ne conservera qu'une faible trace extérieure de l'opération si grave qu'il a subie.

Le procédé que nous venons de décrire a, sur ceux suivis jusqu'alors, l'immense avantage d'éviter la section de la glande parotide et des racines du conduit de Sténon, et la possibilité d'une fistule salivaire consécutive, la section du nerf facial et la paralysie, souvent incurable, qui en résulte et les accidents qui peuvent en dépendre, tels que : ophthalmie, opacité de la cornée, perte de l'œil, etc.; on évite ainsi la lésion des nerfs renvoyés à la face par le plexus cervical, par le grand sympathique et par le maxillaire supérieur; enfin, il permet d'éviter la section d'un grand nombre d'artères, et rend l'opération beaucoup plus sûre et plus prompte; on ne court jamais le risque de blesser l'artère maxillaire interne. La petite cicatrice qui en résulte altère beaucoup moins les traits.

La maladie consistait en une tumeur osseuse très-compacte, développée dans le canal dentaire.

CLINIQUE CIVILE.

Des abcès artificiels considérés comme moyen curatif.

Par un simple effort de la nature, on voit quelquefois des malades atteints d'affections chroniques guérir après un abcès critique, après une éruption de furoncles. Ce fait naturel, heureux, me donna l'idée de provoquer une crise analogue. Mais comment faire naître un abcès? Voici le moyen que j'ai employé et qui a réussi. Je ne rapporterai ici que deux observations :

Le nommé Édouard, marchand de couleurs, demeurant rue Bréda, n° 4, était malade depuis dix ans environ : j'avais dia-

gnostiqué une affection herpétique interne. D'une membrure solide, d'un tempérament sanguin nerveux, mais modifié par l'âge et surtout par la maladie, cet homme avait tous les traits flétris : il était plus amaigri que maigre; son teint blême, son nez cuivré, ses gencives fongueuses, tout enfin, jusqu'à sa démarche lente et son air de fatigue continuelle, me portait à croire que je diagnostiquais juste. Au moindre changement de température, ses digestions devenaient mauvaises; il était pris soit de coryza, soit de maux de gorge intenses, avec petite fièvre et dévoiement qui durait cinq à six jours et qui s'accompagnait d'épreintes et de mucosités sanguinolentes. Ce temps écoulé, une constipation des plus opiniâtres, qu'on ne pouvait vaincre qu'avec difficulté, succédait au dévoiement. J'avoue lui avoir donné à cette occasion quelques cuillerées de la médecine de Leroy, qui purgerait une momie : cependant ce drastique énergique n'eut presque aucun résultat. Quelques petits furoncles qui survinrent inopinément lui procurèrent un soulagement qui dura plusieurs mois; et c'est au retour des accidents maladifs décrits plus haut, que l'idée me vint de provoquer un abcès artificiel; voici le moyen que j'employai pour obtenir ce résultat :

Chaque jour, je posai à ce malade sur l'épigastre une large ventouse. La tuméfaction venue, la ventouse retirée, je pétrissais vigoureusement cette tumeur. Pendant quatre jours, je répétai le même moyen. Alors la tumeur, au lieu de s'aplatir et disparaître, s'ecchymosa, la fièvre apparut et en même temps un travail inflammatoire. Dix jours après, la fluctuation m'indiqua que l'abcès était à maturité : je l'ouvris, et par l'incision il s'échappa un flot de pus sanguinolent. J'introduisis dans la plaie une mèche que je renouvelai chaque matin jusqu'à la guérison complète, qui demanda dix ou onze autres jours.

Ayant guéri ce malade par ce procédé, le succès m'encouragea à en faire de nouveau l'application pour un cas de bronchite chronique qu'aucun moyen n'avait amendé, et qui menaçait la malade d'une phthisie laryngée. Cette fois je faillis manquer mon but; car la malade, souffrant beaucoup à la troisième application de la ventouse faite au haut du sternum, refusait de la laisser poser de nouveau. Cependant, à force d'instances, elle se résigna, et je répétai encore trois jours de suite cette opération. L'abcès se développa dans les mêmes conditions que pour le malade dont je viens de relever l'observation : la suppuration fut aussi très-abondante : cependant, quoique cette malade se trouvât dans des conditions de santé réellement meilleures; que sa voix, qui était enrouée depuis longtemps, eût repris du timbre, il fallut trois mois pour la convaincre qu'elle était guérie.

A propos de cette opération je ferai remarquer que, lorsqu'un malade atteint d'une affection chronique vient à guérir, il lui est difficile d'acquérir l'intime conviction de sa guérison : l'habitude qu'il a pris de se soigner, le long régime qu'il a suivi, les transitions insensibles par lesquelles a passé sa maladie, lui font paraître étrange cette nouvelle façon de vivre; il lui manque quelque chose.

Pour faire perdre aux malades ces habitudes de traitement, je n'ai pas trouvé de meilleur moyen que de les faire voyager quand leur fortune le leur permet; et, pour l'habitant de Paris, le voyage est, en pareil cas, bien préférable au séjour à la campagne. La vie des champs ennuie le parisien; les soirées surtout sont pour lui insupportables parce qu'il veille tard : aussi suis-je porté à croire qu'au fond il aime mieux le gaz que le soleil.

J'ai dit, dans le courant de cette seconde observation, que l'application réitérée de la ventouse avait été si douloureuse, que j'avais failli être dans l'impossibilité de la continuer. Sur d'autres malades, j'ai obvié à ce grave inconvénient, soit en frictionnant la place avant l'application de la ventouse avec du chloroforme ou de la morphine, soit en y appliquant pendant 20 minutes un petit cataplasme de glace concassée. AUSSAUDON.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Hôpital général de Madrid.

Extirpation d'une loupe énorme dans la région parotidienne.

M. Santos Guerra, notre estimable ami, chirurgien distingué de l'hôpital général de Madrid, vient de faire une opération chirurgicale qui a attiré l'attention de plusieurs praticiens, non-seulement à cause des grandes difficultés qu'elle offrait, mais aussi par le succès dont elle a été suivie.

En voici la relation, telle que la publie le *Heraldo medico* :

Anselmo Montès, laboureur, né à Catanes, province d'Oviedo, âgé de 52 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, avait, depuis 6 ans, une énorme loupe dans la région parotidienne droite. Elle fut opérée avec succès dans le même hôpital où le malade se trouve actuellement, par M. le chirurgien Torres.

Le premier octobre de l'année dernière, Anselmo Montès entra pour la seconde fois à l'hôpital, pour une autre tumeur semblable à celle opérée en premier lieu. Placé dans la salle Saint-Ignace, le malade fut examiné par le chirurgien M. Monteagudo : le volume et la situation de la tumeur en rendaient évidemment l'extirpation dangereuse. Elle avait 50 centimètres de longueur; sa base avait 26 centimètres de diamètre antéro-postérieur et 25 centimètres de diamètre transversal. M. Monteagudo appela en consultation les autres chirurgiens de l'établissement, et il fut décidé à l'unanimité que l'opération ne pouvait être faite avec succès.

Le docteur Santos Guerra fut le seul qui, à travers les inconvénients et les dangers de l'opération, entrevit les avantages qu'on pourrait en retirer. Le malade, connaissant la décision de tous les professeurs, sortit de l'hôpital le 28 du même mois pour prendre les conseils des professeurs les plus distingués de la capitale. Puis, désespéré de ce qu'il apprit, il résolut de rentrer dans l'hôpital général et de demander un lit dans la salle de M. Guerra, qui seul lui avait donné l'espoir d'une guérison complète. Sur les instances réitérées du malade, M. Guerra lui fit l'opération, le 4 novembre, en présence des chirurgiens Gurdia, Villargortia, Velasco, et de plusieurs autres. L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Le malade étant placé sur une chaise haute, l'opérateur fit une grande incision médiane sur toute la longueur de la tumeur; après avoir isolé celle-ci et en avoir disséqué toutes les adhérences en liant, chemin faisant, une artère qui devait être une grosse branche de la carotide ou de la transversale de la face, il sépara complétement la tumeur; il réunit ensuite immédiatement les bords de la plaie au moyen de quelques points de suture, et appliqua un bandage approprié.

La tumeur extirpée pesait 3 livres (1). La cicatrisation, au moment de la publication du fait, a commencé dans tout le tiers supérieur de la plaie, et le malade se portait bien.

Nous ne pouvons pas nous empêcher d'admirer, dit le rédacteur, l'habileté avec laquelle M. le docteur Guerra, un des opérateurs les plus distingués de l'Espagne, a pratiqué une si belle opération. La délicatesse de sa main et la patience qu'il a fallu pour isoler, au milieu de tant de difficultés, une tumeur aussi volumineuse, suffisent pour accréditer un maître.

Professeur BAEZA.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 janvier 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Des effets de l'acétate de strychnine.

M. Marshall-Hall adresse une note ayant pour objet de faire connaître le

(1) Nous n'avons pu bien comprendre comment une tumeur qui avait 50 centimètres de longueur sur 25 centimètres de diamètre à sa base, ne pesait cependant que 3 livres. (*Note du rédacteur en chef.*)

résultat des expériences qu'il a faites concernant les effets de l'acétate de strychnine.

Dans les comptes rendus du 14 juin 1847, M. Marshall-Hall a décrit les effets de l'acétate de strychnine sur les grenouilles. Il se propose, dans ce mémoire, de décrire les effets de ce médicament sur le chien.

Une autre expérience avait été faite, en 1847, sur un autre animal que les batraciens. Une seule conclusion relative à la pratique a été tirée de cette expérience, savoir que, dans le tétanos, l'hydrophobie, les malades meurent, s'ils sont excités. L'auteur se demande s'ils pourraient survivre dans le cas où ils seraient préservés de toute excitation extérieure. C'est pour résoudre cette question qu'il a institué cette nouvelle série d'expériences.

Les effets de l'acétate de strychnine sur les chiens peuvent être divisés en deux formes : la première, ou la plus légère, présente une excitabilité très-augmentée du système spinal diastaltique avec des accès de paroxysmes légers, fugaces, et de spasme des membres et une respiration haletante ; la seconde présente une excitabilité bien plus exaltée encore et des paroxysmes de convulsions tétaniques générales prolongées, avec laryngisme ou contraction de la glotte et des efforts d'expiration les plus violents; apoplexie et asphyxie.

Si, dans le premier cas ou celui de la forme légère des effets de l'acétate de strychnine, l'animal est caressé doucement, la respiration devient calme, état qui dure pendant quelques minutes ; si, au contraire, on l'agace par des bruits subits, par des chocs ; si on lui souffle fortement soit sur la figure ou sur la peau, des paroxysmes tétanoïdes ou épileptoïdes en sont le résultat, paroxysmes dont il est impossible d'être témoin sans être convaincu que s'ils sont trop souvent répétés, ils doivent devenir mortels. Il est démontré, au contraire, par des faits que, comme dans la grenouille, si le chien est tenu à l'abri de toute excitation, il se rétablit infailliblement de ce premier degré de strychnisme.

La forme grave de ce strychnisme ne cède pas à ce moyen simple de traitement. Non-seulement chaque petite émotion, chaque petite irritation produit le paroxysme déjà décrit de laryngisme, de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie, mais ces paroxysmes semblent se renouveler par des causes inévitables, telles que les mouvements de la respiration, de la déglutition, etc. Ce danger ne peut donc être évité que par un autre procédé, procédé qui prévient le laryngisme et ses effets, c'est-à-dire l'apoplexie, l'asphyxie, la mort.

Telle est la conclusion à laquelle M. Marshall-Hall a été conduit par les expériences dont il rapporte les détails. Ainsi le premier degré de strychnisme est guéri par la tranquillité absolue ; le second, par la trachéotomie.

Voici les détails de quelques-unes de ses expériences :

Expérience I. On a fait avaler à un chien de moyenne taille la sixième partie d'un grain d'acétate de strychnine. Dans 6 minutes, il a été affecté de spasmes tétaniques généraux avec apnée, et dans 6 minutes il est mort d'apoplexie et d'asphyxie. Les sinus veineux cérébraux étaient gorgés de sang.

Expérience II. On a donné la douzième partie d'un grain d'acétate de strychnine à un second chien. Il a paru un peu affecté dans 10 minutes; mais après 15 minutes, il a paru parfaitement rétabli. On lui a donné une seconde dose d'une douzième partie d'un grain de ce médicament. Dans 2 minutes, il a été affecté de paroxysmes de rigidité générale tétanique, opisthotonique, avec laryngisme et des efforts d'expiration. Il semblait prêt à mourir d'apoplexie ou d'asphyxie, lorsqu'on lui a fait l'opération de la trachéotomie. Le chien a immédiatement respiré librement, mais en haletant.

En laissant fermer l'incision dans la trachée-artère, mêmes paroxysmes de laryngisme, de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie, avec suffusion des conjonctives et lividité de la langue.

En renouvelant l'ouverture trachéale, libre respiration, langue vermeille, rétablissement parfait.

Ces phénomènes ont été répétés plusieurs fois de la même manière.

Enfin l'ouverture s'est laissé fermer, et par un accident, on ne l'a pas rouverte assez promptement. Mêmes phénomènes, suivis subitement d'une immobilité flasque de la langue, d'un aspect terne des yeux, et cessation des actions réflexes ou diastaltiques des paupières. L'animal est mort.

Expérience III. On a fait avaler la douzième partie d'un grain d'acétate de strychnine à un chien plus gros que les sujets des expériences précédentes, à des intervalles de 15 minutes, jusqu'à la quatrième dose, c'est-à-dire jusqu'à un tiers de grain. 2 minutes après cette quatrième dose, l'animal a commencé à haleter, à ne toucher la table que par les ongles, et à souffrir des paroxysmes de laryngisme, de dyspnée, d'opisthotonos du cou et du dos et de spasmes des membres.

Ces paroxysmes ont augmenté de gravité et de durée. Enfin l'animal est mort de ces paroxysmes. Ils étaient toujours caractérisés par le laryngisme, l'apnée, des efforts expiratoires infructueux, l'apoplexie et l'asphyxie.

Il a été évident, dit l'auteur, pour tous les témoins de cette expérience, que la trachéotomie aurait infailliblement désarmé ces paroxysmes de leur gravité et de leur danger.

Dans une cinquième expérience, la douzième partie d'un grain d'acétate de strychnine fut donnée à un chien moins fort que les autres. En moins de 15 minutes, il était en proie à des spasmes des membres; les ongles seulement touchaient la table. La respiration était haletante.

La moindre émotion, un bruit subit, des chocs ou secousses même très-faibles, produisaient des paroxysmes; mêmes effets quand ou lui soufflait à la face ou sur la peau. Ces paroxysmes augmentaient de violence, et l'on remarquait l'opisthotonos du cou et du dos avec le laryngisme, avec suspension de la respiration, mais avec efforts expiratoires; les conjonctives étaient rouges, la langue un peu livide.

Ces paroxysmes étaient moins forts que ceux des expériences I, II et III. L'état de ce chien était cependant bien douteux : la plupart des témoins pensaient qu'il mourrait. Tous étaient convaincus que s'il était très-agacé, il ne manquerait pas d'y succomber. On l'a mis sur un lit de filasse, et on en a éloigné toutes les causes d'excitation. Il était 10 heures du soir. Le lendemain, l'animal était tout à fait rétabli, sauf un peu de faiblesse et des endurcissements musculaires sur le long du dos.

Voici les conclusions que M. Marshall-Hall tire de ces expériences :

1° Les premiers effets observés suscités par la strychnine sont des spasmes tétanoïdes ; les membres deviennent roides ; les ongles des doigts seulement touchent la table ou le plancher sur lequel le chien est posé.

2° Le second phénomène, c'est la respiration courte, vive, haletante.

3° Le troisième est l'excitabilité tellement augmentée de la peau, que la moindre excitation produit des effets outre mesure.

4° Tout cela dérive d'une excitabilité très-anormale du centre du système diastaltique ou spinal.

5° Tout cela se rapporte au premier degré de strychnisme, dont le degré plus fort se montre par des phénomènes bien autrement graves.

6° Alors surviennent des paroxysmes effroyables de laryngisme, d'efforts d'expiration, d'opisthotonos du cou et du dos, d'apoplexie, d'asphyxie et même la mort.

7° Ces phénomènes nous rappellent le tétanos, l'épilepsie, l'hydrophobie même.

8° Dépendant du laryngisme, l'apoplexie, l'asphyxie sont ses redoutables effets : ces effets sont prévenus par la trachéotomie.

9° Comme dans la grenouille, nous avons vu l'animal excité mourir, et nous l'avons vu, à l'abri de toute excitation, se rétablir.

10° Nous avons vu l'animal non opéré mourir des effets du laryngisme, et celui qui est mis à l'abri de ces effets par la trachéotomie se rétablir, évidemment sous l'influence de cette opération. Ceci est commun à tous les animaux mammifères.

11° Maintenant quelles sont les applications de ces principes aux maladies?

12° Évidemment on doit garantir le malade atteint de tétanos, d'hydrophobie, de tout choc mental ou physique, de la manière la plus absolue.

13° Évidemment on doit recourir à la trachéotomie toutes les fois que les malades affligés d'épilepsie ou de toute autre maladie éprouvent le laryngysme et des effets amenant des dangers pour la vie, pour l'intelligence, etc. Toutefois, il faut un diagnostic suffisant.

14° Enfin, il ne faut pas agir pour un nom : ce n'est pas pour l'épilepsie, mais bien contre les effets dangereux du laryngisme épileptique, qu'on doit songer à la trachéotomie, et en dernier lieu, ce n'est pas à la trachéotomie, mais bien à la trachéotomie efficace avec ouverture suffisante, qu'il faut confier nos malades affligés d'épilepsie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par ordonnance royale, ont été nommés professeurs à la Faculté de médecine de Madrid : MM. Tomas Santero, José Calvo y Martin, D. Francisco Alonso et Patricio Salazar. Ces professeurs sont chargés, pour le moment, de cours spéciaux; mais ils prendront possession des chaires déjà existantes à la Faculté, à mesure qu'il y aura des vacances.

— La ville de Bonne vient de perdre un de ses citoyens les plus justement honorés. M. le docteur Billardet, médecin de l'hospice de la ville depuis plus de 50 ans, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de 83 ans.

— Nous croyons utile d'informer nos confrères que les médecins du IVe arrondissement ont fondé, dans leur mairie, place du Chevalier-du-Guet, un service permanent de vaccinations gratuites, le *mercredi à 1 heure de relevée*. Il sont en mesure, *pendant toute l'année*, de fournir à leurs confrères du vaccin, soit de bras à bras, soit en tubes. Ils vaccinent les indigents des autres arrondissements dans les moments où la vaccination n'est pas ouverte dans les mairies de ces arrondissements; *ils font obtenir, aux indigents vaccinés, la prime* accordée par la ville.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 23. 1re ANNÉE. Mardi, 22 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis FAVROT. — Hôpital de la Pitié : Leçons cliniques sur l'hystérie, par M. A.-H. MARGERIE. (*Suite.*) — **CLINIQUE RURALE** : Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans, par M. MACARIO. (*Suite.*) — **REVUE PHARMACEUTIQUE** : Recherches sur l'opianine, par M. HINTERBERGER. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

DEUXIÈME PARTIE.

Nos lecteurs auront sans doute remarqué, sans que nous ayions eu besoin d'appeler leur attention sur ce point, que tous les travaux sérieux qui nous étaient adressés en d'autres temps continuent à nous arriver et viennent soutenir l'œuvre de dignité scientifique que nous avons entreprise. Après le consciencieux travail de M. Deville, les travaux de M. Beau; après ceux de M. Beau, ceux de M. le professeur Dubois; après ceux de M. le professeur Dubois, les leçons si appréciées de M. Maisonneuve sur les affections cancéreuses. Ces précieux témoignages de sympathie prouvent surabondamment l'opportunité de notre publication, et nous montrent que, quelquefois au moins, la science sérieuse et honnête peut triompher de l'industrialisme (1).

H. DE CASTELNAU.

Dans la première partie de nos leçons cliniques sur les affections cancéreuses, nous avons étudié les maladies d'une manière générale, sans tenir compte des particularités qui résultent de leur siége dans tel ou tel organe; cette étude préliminaire était indispensable pour bien faire saisir la nature et l'évolution des altérations pathologiques diverses confondues longtemps sous le nom de cancers.

Mais elle ne peut suffire aux praticiens pour leur faire comprendre toutes les nuances de ces maladies, et les guider dans les détails infinis que présente leur thérapeutique.

Nous croyons donc nécessaire, pour arriver à la connaissance approfondie de ces affections, de les étudier dans chacun des organes où on les rencontre.

(1) En reprenant le cours de cette publication, nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs que la première partie des leçons de M. Maisonneuve a été tirée à part, et qu'elle se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux* et chez M. LABÉ, libraire, place de l'École-de-Médecine.

CHAPITRE PREMIER.

Des affections cancéreuses considérées dans les organes de la génération.

Dans l'histoire générale des affections cancéreuses, les organes génitaux de l'homme et de la femme doivent, sans contredit, occuper le premier rang. Les cancers du sein et de l'utérus sont en effet, à eux seuls, plus fréquents et plus variés que ceux de tous les autres organes réunis. Aussi la plupart des auteurs les ont-ils pris pour type, dans les descriptions qu'ils ont faites de cette maladie.

ART. 1er. *Des affections cancéreuses du sein.* — Le sein est un des organes de l'économie où les affections cancéreuses se développent le plus fréquemment, et sous les formes les plus variées. Outre le cancer véritable qui s'y montre sous tous les aspects, on y observe encore toutes les variétés de tumeurs que nous avons décrites comme susceptibles d'être confondues avec cette affection : telles sont les tumeurs syphilitiques tertiaires, les tumeurs hypertrophiques ou adénoïdes, les engorgements inflammatoires chroniques, enfin les tumeurs fibro-plastiques et les cancroïdes.

A. Des tumeurs syphilitiques tertiaires de la mamelle. — C'est une chose vraiment remarquable que, parmi les nombreux travaux publiés jusqu'à ce jour sur les maladies du sein, aucun n'ait fait mention des affections syphilitiques tertiaires de cet organe. Si nous en jugeons cependant par les cas assez nombreux qui se sont présentés à notre observation, ces maladies sont loin d'être rares. Nul doute que d'autres praticiens n'en aient rencontré de semblables, seulement ils les ont le plus souvent confondues avec des cancers véritables ou bien encore avec des tumeurs scrofuleuses.

Nous voyons en effet, dans la science, un assez grand nombre d'observations de prétendus cancers de la mamelle guéris par les préparations d'iode. Or, ce que nous savons des propriétés de ce précieux agent ne nous permet pas de douter que les tumeurs guéries par son influence n'appartiennent à la classe des tumeurs syphilitiques tertiaires.

Tels sont, par exemple, les cas de guérison rapportés dans l'excellent mémoire de Bayle sur l'emploi de l'iode contre les tumeurs du sein; ceux que M. Tanchon a consignés dans un mémoire lu à l'Académie des sciences en 1842, et sur lesquels ce praticien distingué se fondait pour préconiser les avantages des préparations iodurés dans les cancers du sein; les succès obtenus par Ullemann avaient été si nombreux, que cet auteur ne craignit pas de proposer les préparations iodurées comme un véritable spécifique dans le cancer des mamelles. Nous pourrions signaler encore les observations de Benabenne publiées sous le titre de *squirrhes du sein*, guéris par les frictions d'iodure de potassium et la teinture d'iode à l'intérieur; celle de Théallier relative à un engorgement du sein et de l'aisselle gauche, guéri par un traitement ioduré; celles de M. Sandras, dans lesquelles le sublimé corrosif et les préparations d'iode sont

signalées comme ayant procuré la guérison de plusieurs squirrhes de la mamelle ; plusieurs, enfin, tirées de la pratique de M. Lisfranc, parmi lesquelles nous choisirons la suivante :

Observation d'un engorgement syphilitique du sein, guéri par l'hydriodate de potasse. — Catherine Martin, âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, n'était plus réglée depuis 15 mois. Il y a 5 mois que, sans cause connue, elle s'aperçut qu'elle avait, dans le sein droit, un tubercule de la grosseur d'un pois. Ce tubercule augmenta bientôt de volume ; autour de lui se forma un engorgement ; plus tard, de nombreux tubercules se manifestèrent, et le sein, augmentant de volume de jour en jour, finit par être deux fois plus gros que celui du côté gauche ; il était très-dur et occasionnait de temps en temps des douleurs lancinantes ; trois petits abcès se formèrent et s'ouvrirent spontanément.

Le 9, à son entrée à la Pitié, le sein droit était dur, rémittent, deux fois aussi gros que le gauche, irrégulièrement bosselé, adhérent à la poitrine ; la glande n'était plus reconnaissable dans son intérieur, et le mamelon avait disparu dans la tuméfaction. La peau avait un peu changé de couleur, elle était rosée et adhérente aux parties sous-jacentes ; il existait trois ouvertures d'où coulait un peu de pus séreux, et de temps à autre, il se manifestait des douleurs vives, comme si des aiguilles eussent traversé le sein. En tout, ce sein offrait des caractères du squirrhe qui déterminent le plus souvent à l'enlèvement des parties affectées. M. le professeur Lisfranc, avant d'en venir à ce moyen extrême, voulut tenter d'autres moyens.

On commença par dix applications de sangsues, et l'on continua tout le temps les cataplasmes émollients. Ce traitement produisit peu d'effet, et durant son emploi, il y eut cinq abcès d'ouverts, qui donnaient issue à un pus scrofuleux. Ces abcès se formaient sur les bosselures, qui d'abord étaient très-dures, et à mesure qu'un abcès se formait, se vidait, se cicatrisait, un autre se montrait pour parcourir à son tour ses périodes, ce qui porta M. Lisfranc à comparer, avec beaucoup de justesse, leur marche à celle que M. Laënnec a assignée aux tubercules des poumons.

Obtenant peu de succès par l'usage des sangsues, on eut recours aux frictions mercurielles ; mais après en avoir fait deux, il survint de l'irritation et beaucoup de gonflement ; on les suspendit pour employer des cataplasmes émollients, qui ramenèrent le sein à la grosseur qu'il avait avant l'emploi de l'onguent mercuriel.

Au 1er octobre, on commença des frictions avec l'hydriodate de potasse, à la dose d'un demi-gros. Dès les premiers jours, on vit le sein diminuer de volume et se ramollir ; on augmenta la quantité de l'hydriodate de potasse, et l'on fit usage d'un gros ; huit jours après, d'un gros et demi, et enfin pendant les trois derniers jours, d'un gros et trois quarts. Sous l'influence de ce traitement, le sein diminuait d'une manière très-rapide ; il se ramollissait ; les bosselures disparaissant, les douleurs cessèrent, et la suppuration, d'abord abondante, tarit ; en sorte que quand la malade sortit, le 24 octobre, le sein droit était de la grosseur du gauche ; le mamelon était bien dessiné, la glande même offrait sa grosseur naturelle et était devenue mobile comme celle du côté opposé.

Ces faits sont plus que suffisants pour démontrer que la glande mammaire n'est pas plus que le testicule, l'utérus, le foie, le cerveau, les poumons, à l'abri de l'influence syphilitique ; que dans son tissu peuvent se développer des tumeurs gommeuses simples ou multiples, des engorgements circonscrits ou diffus, avec ou sans retentissement dans les ganglions lymphatiques ; lesquels reconnaissent pour cause la diathèse syphilitique conformée, ainsi que toutes les affections syphilitiques tertiaires ; l'engorgement syphilitique du sein ne se manifeste que dans une période avancée de la maladie, alors que l'organisme tout entier est altéré par le virus. Ce n'est guère que dans l'âge mûr ou la vieillesse, qu'on observe ces affections. Cependant, de même que dans la syphilis héréditaire on voit se développer des maladies des os, du poumon, etc., il n'est pas impossible que la mamelle subisse la même influence. Quoi qu'il en soit, la maladie se présente habituellement sous deux formes distinctes, ce sont : tantôt de simples tumeurs gommeuses, développées dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans les interstices des lobules de la glande, et dont l'évolution ne diffère en rien de celle des tumeurs gommeuses des autres régions ; d'autres fois, au contraire, c'est le tissu glanduleux lui-même qui devient malade, s'engorge, s'hypertrophie et s'ulcère, et plus tard l'orifice vient, par un traitement convenable, se racornir en s'atrophiant, ainsi que cela s'observe dans l'engorgement syphilitique du testicule ; nous avons eu récemment l'occasion d'observer un fait de cette nature chez une dame qui était atteinte, depuis 20 ans environ, d'une affection syphilitique arrivée à la période tertiaire ; en même temps qu'il existait des douleurs nocturnes, des exostoses sur les tibias et les clavicules, il survint au sein gauche un engorgement diffus à marche chronique, qui résidait évidemment dans la glande mammaire. Cet engorgement, dur et bosselé, présentait tout à fait l'aspect d'une affection squirrheuse ; il existait depuis près de 2 ans, lorsque, sous l'influence d'un traitement ioduré, dirigé contre l'affection osseuse et les douleurs ostéocopes, la malade vit disparaître à la fois ses douleurs nocturnes et l'engorgement du sein que l'on avait cru cancéreux : une circonstance curieuse et du reste facile à comprendre signala la disparition de l'engorgement mammaire ; non-seulement le sein perdit le volume anormal qu'il avait acquis, mais il subit encore une atrophie telle, que la glande semblait avoir disparu et que le mamelon se déprimait profondément.

Le diagnostic de l'engorgement syphilitique du sein présente toujours de graves difficultés. L'aspect de la maladie, sa marche, les douleurs qui l'accompagnent dans quelques cas, diffèrent peu de ce que l'on observe dans certaines variétés du cancer. La circonstance d'antécédents syphilitiques, la coexistence d'altérations spécifiques du côté des os ou des téguments, ne suffisent pas toujours pour lever les doutes, attendu que des phénomènes analogues peuvent exister dans le cancer, et que la syphilis n'exclut pas cette dernière affection ; aussi le diagnostic ne peut-il pas être porté d'une manière certaine avant l'exploration par le traitement spécifique ; mais celui-ci peut être considéré comme une véritable pierre de touche. Impuissant à produire la moindre amélioration dans le cancer véritable, il guérit l'engorgement syphilitique avec une rapidité merveilleuse. Toutefois donc que le chirurgien conservera le moindre doute sur la nature de la maladie, son devoir sera de soumettre le malade au traitement des affections syphilitiques tertiaires. Dr Alexis Favrot.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir le n° 16 du 5 février.*)

Avant d'aborder la description de chacune des formes d'hystérie par nous indiquées, il est indispensable de faire connaître un état morbide qui à la vérité n'est pas toujours et nécessairement suivi d'accidents hystériques, mais qui cependant se montre dans la plupart des cas comme le prodrôme de la maladie dont nous avons à nous occuper.

Nous voulons parler de la mobilité nerveuse exagérée.

La mobilité nerveuse exagérée, pour qu'il soit possible de bien l'apprécier dans sa nature et de comprendre comment elle s'élève jusqu'à la forme des affections nerveuses les plus diverses, doit être envisagée en premier lieu telle qu'elle apparaît dans l'état physiologique.

Chez l'homme qui jouit d'une bonne santé et qui possède une constitution robuste, la perception d'une impression sensitive détermine, par effet médiat ou immédiat, des actes nerveux plus ou moins étendus quant à leur intensité et à leur durée. Une impression capable de provoquer la colère vient-elle, par exemple, à exercer son action ? la colère se manifeste et se développe

dans les limites que la puissance de la raison et de la volonté assigne à ses mouvements; elle éclate avec plus ou moins de violence et se prolonge pendant un temps plus ou moins long. Il arrive un moment où l'équilibre, momentanément troublé, se rétablit dans l'organisme.

Si l'on admet que l'impression sensitive, dont nous venons de parler, détermine avec une excessive rapidité sur les centres de perception le retentissement qui est la conséquence de son action, si l'on admet que le retentissement produit sur les centres de perception engendre avec une rapidité non moins grande les perturbations fonctionnelles du système nerveux par lesquelles il doit se manifester au dehors, on aura de la mobilité nerveuse exagérée une idée qui trouvera son complément dans la cessation brusque des mouvements nerveux secondaires et dans la facilité avec laquelle ils seront remplacés par des phénomènes d'un ordre différent.

La mobilité nerveuse, d'après ce qui vient d'être dit, a donc pour caractère le retentissement rapide des impressions sensitives, l'apparition non moins rapide des actes extérieurs qu'elles sont destinées à éveiller, et en dernier lieu, l'instantanéité et le défaut de persistance de ces mêmes actes.

La mobilité nerveuse, quand elle est portée très-loin, comme on a souvent lieu de l'observer chez les enfants, se révèle par des symptômes qui n'échappent pas à l'observation d'un médecin attentif : toute espèce d'ébranlement, quel qu'il soit, détermine des modifications subites dans la physionomie, dans le mode d'expression des idées et dans le jeu des mouvements.

On voit des personnes qui n'attendent pas la fin d'une question pour y répondre, qui parlent avec volubilité et disent toute autre chose que ce qu'on leur demande : elles sont incapables de soutenir une conversation sérieuse; vainement on essaie de fixer leur attention, leur esprit distrait se promène au hasard sur les objets qui les environnent, elles n'entendent pas les demandes qu'on leur adresse et prononcent des phrases auxquelles elles n'ont pas réfléchi; le moindre bruit les fait tressaillir, la cause extérieure la plus légère amène chez elles une explosion exagérée de terreur ou de joie; elles rentrent brusquement dans le calme dont elles étaient inopinément sorties, ou bien passent sans transition à un ordre de phénomènes nerveux entièrement différent de celui sous l'empire duquel elles étaient placées. Ces sortes de personnes présentent, à n'en pas douter, un état pathologique du système nerveux, état pathologique que nous avons déjà désigné sous le nom de mobilité exagérée du système nerveux.

La mobilité nerveuse exagérée coïncide, dans un grand nombre de circonstances, avec les conditions mêmes de l'état de santé; elle constitue, en quelque sorte, une idiosyncrasie de l'innervation qui appartient, d'une manière plus spéciale, à certains âges de la vie; c'est ainsi qu'on la rencontre particulièrement dans l'enfance, où les fonctions du système nerveux oscillent, pour ainsi dire, à chaque instant, où les impressions se succèdent variées et fugitives, où les forces s'épuisent plus encore par la vitesse que par l'énergie de leur action.

Chez l'enfant, les impressions qui viennent du dehors ne sont pas appréciées et calculées; la perception d'un phénomène quelque peu extraordinaire suffit pour amener des perturbations, passagères il est vrai, mais vives et profondes dans les fonctions de l'innervation.

La femme, comparativement à l'homme, est douée d'une mobilité nerveuse beaucoup plus grande; il existe là une différence qui devient surtout saillante lorsque l'on considère des jeunes femmes : cette différence subsiste à des degrés divers dans toute la période de la vie comprise entre l'âge de la puberté et les premières années qui suivent l'âge adulte.

On la retrouve très-prononcée dans certaines conditions physiologiques qui impriment à l'ensemble de l'organisme des modifications transitoires : nous avons indiqué les premiers mois de la grossesse.

Enfin, on la rencontre dans la convalescence des maladies graves qui sévissent, même dans un âge avancé.

La mobilité nerveuse exagérée s'éteint chez les vieillards, non pas, à la vérité, au point d'anéantir les impressions qui portent sur le système nerveux, mais au moins de rendre leur perception lente et modérée, aussi bien que d'atténuer les phénomènes auxquels elles donnent lieu, dans une telle mesure qu'ils puissent être facilement dominés et gouvernés par la raison. En un mot, l'état avancé de la vie présente un affaiblissement très-marqué, sinon une négation complète de la mobilité nerveuse.

Pour compléter les notions qui précèdent, nous devons longuement insister sur un fait d'une grande importance : il existe constamment et chez tous les individus, entre l'action des impressions sensitives et leur perception par le sensorium, un laps de temps, ordinairement très-court, qui varie dans de certaines limites suivant les cas particuliers; d'un autre côté, il s'écoule toujours un temps plus ou moins long entre la perception par le sensorium des impressions sensitives et le retentissement de ces impressions sur le système nerveux périphérique et l'apparence extérieure de ceux qui sont soumis à leurs effets.

Considérons ce qui se passe chez un homme bien portant : on est convenu à l'avance d'un signe qui indiquera le moment précis où seront perçues les sensations douloureuses que l'on va faire naître; on pince l'extrémité du pied, on la pique à l'aide d'une aiguille, ou bien on applique sur elle un corps porté à une température élevée; dans ces diverses circonstances, on reconnaît qu'un intervalle de temps appréciable sépare le moment où la sensibilité est mise en jeu de celui où l'impression extérieure est perçue.

L'intervalle qui se trouve ainsi compris entre les impressions sensitives extérieures et la perception de ces impressions diffère à un haut degré, sous le rapport de sa durée, chez les femmes atteintes d'hystérie.

Prenons un autre exemple : un chirurgien pratique une cautérisation ou une incision sur l'un des membres inférieurs; ici encore on constate un laps de temps manifeste entre le moment qui marque le contact du fer rouge ou de l'instrument tranchant avec les parties vivantes et le moment auquel le malade éprouve la douleur. Chez les personnes bien portantes, la durée du laps de temps indiqué peut aller de quelques secondes à une minute.

Une souffrance quelconque vient d'être perçue, elle est assez vive pour provoquer des mouvements spasmodiques : les mouvements spasmodiques n'éclateront pas, comme on pourrait le penser, simultanément à l'impression sensitive reçue par le cerveau.

Si on observe attentivement un individu soumis à une impression morale de nature à exciter la colère, à une grave injure, par exemple, on remarque, depuis l'instant auquel agit l'impression extérieure, auquel l'injure est adressée, jusqu'à l'instant où se montrent les premières manifestations de la colère, l'existence d'un espace de temps dont il est difficile de préciser mathématiquement la durée, espace de temps qu'on voit varier à l'infini, suivant les cas particuliers, dans des conditions analogues à celles que nous venons de supposer.

S'il est indispensable, dans l'étude qui nous occupe, de bien connaître les lois suivant lesquelles s'accomplissent les phénomènes sensitifs, lois que nous retrouverons à travers les différentes formes des maladies nerveuses, il ne l'est pas moins de posséder des idées exactes sur l'état du système nerveux dans la perception des impressions diverses qui exercent sur lui leur action.

On représente généralement, et c'est là une des grandes erreurs de la physiologie matérialiste, l'individu qui perçoit une impression comme un sujet purement passif : l'impression vient le trouver, il la reçoit sans réagir d'une manière active.

Les faits se passent autrement.

Placé en présence d'une femme chez laquelle le système nerveux a une mobilité exagérée, un médecin soupçonne que cette femme est hystérique et veut savoir la vérité : il pince l'un des membres inférieurs; la femme, qui n'a pas été prévenue, ne sent rien ou ne sent presque rien de l'impression locale qu'il vient de déterminer; il appelle alors son attention sur ce qui a eu lieu, il

lui dit qu'elle a été pincée et que néanmoins elle n'a exécuté aucun mouvement pour se dérober à l'action exercée sur elle; puis, sans la prévenir, il la pince une seconde fois. Contrairement à ce qui est arrivé en premier lieu, l'impression sensitive est immédiatement réfléchie vers le cerveau avec une rapidité et une intensité inattendues : l'intervention active de l'attention volontairement dirigée vers l'impression sensitive a produit ce changement.

L'attention joue un rôle considérable dans les sensations; par elle, on peut expliquer la puissance avec laquelle certaines personnes réfléchissent sur le système nerveux des impressions qui, en son absence, seraient restées inaperçues, et amènent ainsi l'explosion de manifestations extérieures qui, dans des circonstances opposées, n'auraient pas éclaté; par elle encore, on peut se rendre compte de la puissance avec laquelle certaines personnes réprimment des accidents nerveux qui trouvent une cause suffisante dans des impressions douloureuses dont il n'est pas toujours possible d'arrêter les effets.

La mobilité nerveuse exagérée, qui se caractérise particulièrement par l'instabilité des actes de l'innervation, par la rapidité et l'irrégularité de ces actes, par la suspension ou l'interversion des relations existant dans l'état normal entre le sensorium et les impressions sensitives extérieures, appartient à la plupart des femmes qui doivent un jour présenter les symptômes de l'hystérie. Le fait est si vrai que certains auteurs, Whytt et Louyer Villermé entre autres, ont admis, comme précédant l'hystérie, un état particulier auquel ils ont donné le nom d'hystéricisme.

La mobilité nerveuse constitue, à notre avis, un état physiologique qui, susceptible d'être porté jusqu'à l'exagération, se montre toujours comme la cause immédiate de l'apparition de toutes les maladies nerveuses sous leurs différentes formes.

On trouve, dans le langage vulgaire, des locutions qui répondent à la réalité des faits sur lesquels nous venons de fixer notre attention.

Telle femme, à qui vous demanderez si elle a des maux de nerfs, vous dira : « *Je ne suis pas nerveuse, je n'ai jamais de secousses dans les nerfs.* »

Telle autre, à qui vous adresserez la même question, s'exprimera en termes tout différents : « *Je suis très-nerveuse, la moindre chose me bouleverse.* »

Les réponses de ces deux femmes donneront ainsi, jusqu'à un certain point, la mesure de la mobilité du système nerveux chez l'une et chez l'autre.

Les malades, que frappe l'une quelconque des formes de l'hystérie par nous indiquées, offrent toutes des accidents communs, depuis le moment où leur maladie commence jusqu'à celui où elle se termine.

Les accidents communs ne manquent jamais. Toutes les fois que l'hystérie existe, elle s'accompagne constamment, quels que soient d'ailleurs le mode et la fréquence, le degré de constance et de variabilité de ses manifestations paroxystiques, d'une perturbation profonde dans la faculté de percevoir les impressions sensitives qui portent leur action sur les différentes parties du corps.

Cette perturbation se traduit, dans la plupart des cas, par l'extinction de la sensibilité dans une plus ou moins grande étendue; avec la perte de la sensibilité coexiste habituellement la perversion ou l'exagération de cette faculté sur divers points de la surface cutanée; on voit certaines femmes éprouver de violentes douleurs sous l'influence du plus léger contact et ne pouvoir supporter la présence des vêtements dans des points limités, au niveau des hanches, en défaut des mamelles, à la partie inférieure de la région lombaire, alors que tout le reste du corps reste entièrement étranger à l'action des impressions extérieures.

Telles sont les modifications principales dans lesquelles consiste la perturbation de la sensibilité, nous avons coutume de les désigner par les dénominations d'anesthésie, de dysesthésie et d'hypéresthésie; elles vont être successivement l'objet de notre examen.

A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE RURALE.

Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans,

Par M. MACARIO, *D. M. P., ex-député au parlement sarde, médecin à Sancergues* (Cher).

(Suite.)

1° *Symptômes généraux.* — 2° *Lésions fonctionnelles de l'appareil de la vie de relation* (*système nerveux et musculaire*). La céphalalgie est un symptôme qui accompagne très-souvent, et dès le début, la pneumonie; elle est ordinairement frontale et est parfois très-intense. Elle disparaît ou diminue d'une manière notable après la première saignée. La céphalalgie n'est pas constante, elle manque complétement chez 13 de mes malades, et, chez 11 autres, elle était remplacée par de la lourdeur de tête; chez 22 sujets elle était accompagnée de bourdonnements d'oreilles; chez 21, d'un assoupissement plus ou moins profond, et, chez 4 autres, de vertiges et d'étourdissements.

La plupart des pneumoniques sont tourmentés d'une insomnie opiniâtre; chez d'autres le sommeil est agité, entrecoupé et troublé par des rêves pénibles ou des rêvasseries continuelles très-fatigantes.

Un symptôme qui se montre assez souvent dans la pneumonie et qu'Hippocrate regardait comme d'un funeste présage, c'est le délire. Je l'ai observé chez 47 de mes malades : il est ordinairement fuyant, cinq fois seulement il était furieux, une fois le délire était ambitieux, douze fois il ne se manifestait que la nuit, et, aussitôt que l'aube paraissait à l'horizon, il disparaissait pour reparaître la nuit suivante. Selon quelques auteurs, le délire est beaucoup plus fréquent dans la pneumonie du sommet que dans celle de la base. Je n'ai pas trouvé cette différence. D'après mes observations, il accompagne le plus souvent la pneumonie du lobe moyen; cinq fois il coïncidait avec la pneumonie antérieure. Sur 47 fois, 25 le délire coïncidait avec le premier degré de la pneumonie et 18 seulement avec le deuxième ou troisième degré; chez deux de mes malades il était accompagné d'hallucinations de la vue et du toucher.

Le délire présage-t-il une issue funeste de la maladie, comme le dit Hippocrate? Mes observations ne confirment pas l'assertion du divin vieillard; car, sur 47 malades, 37 guérirent, et, parmi ces derniers, 3 étaient atteints de délire furieux. Les malades qui avaient des hallucinations de la vue récupérèrent également la santé.

Un phénomène rare dans la fluxion de poitrine, c'est la céphalalgie; je ne l'ai observée que chez deux malades, dont un est guéri et l'autre mort. Trois autres pneumoniques ne présentaient pas précisément ce symptôme, mais ils se découvraient à chaque instant; je regardais ce phénomène comme très-mauvais; mais ils guérirent tous trois.

Chez un de mes malades il se déclara, après la deuxième saignée, un hoquet continuel qui persista pendant cinq à six jours et se dissipa spontanément.

Chez le malade de la 3e observation il y avait un engourdissement très-prononcé dans tout le côté droit du corps, qui se prolongea dans la convalescence et au delà. Nous reviendrons sur ce phénomène lorsque nous parlerons de la convalescence où nous aurons occasion d'appeler l'attention des praticiens sur une nouvelle espèce de paralysie qui n'a jamais été signalée jusqu'ici. J'ai vu une fois l'exaltation de la sensibilité cutanée.

L'affaiblissement musculaire existe presque toujours dans la pneumonie, mais à un faible degré. Nous avons vu, en parlant des prodrômes, qu'elle débutait quelquefois par une lassitude dans les jambes ou une courbature générale ; la prostration des forces ne se montre que dans la troisième période de la maladie. Chez beaucoup de malades les membres inférieurs sont le siége de douleurs plus ou moins vives ; quelquefois, mais rarement, les membres thoraciques participent de cet état. Six de mes péripneumoniques accusaient des inquiétudes et quatre autres des fourmillements dans les jambes. Le malade qui fait le sujet de la 44e observation avait des crampes dans les pieds, et deux autres éprouvaient dans ces mêmes parties une chaleur intolérable.

La contraction musculaire, du biceps particulièrement, par la pression ou le pincement, s'est manifestée chez sept de nos sujets. J'ai constaté quatre fois une faiblesse très-marquée de la voix.

3° *Lésions de l'appareil digestif.* — Le plus souvent la langue est blanche ou jaunâtre dans la pneumonie. Six fois je l'ai trouvée collante ; une fois elle était collante et douloureuse en même temps ; seize fois elle était sèche et noire ; sept fois les dents et les lèvres participaient de l'état fuligineux de la langue. C'est là un symptôme grave, car il annonce l'adynamie ; cependant, sur les 16 sujets qui offraient cette particularité, trois seulement succombèrent. Six fois la langue était rouge à sa pointe ; je n'ai trouvé la langue naturelle que chez six malades. En même temps la bouche est habituellement amère ou pâteuse ; une fois, la cavité orale était toute tapissée d'une exsudation blanche, comme crèmeuse ; on aurait dit le muguet.

Les auteurs s'accordent généralement à dire que la soif est nulle ou à peine augmentée : c'est le contraire qu'il faut dire, d'après mes observations. Chez la plupart, la soif était vive ; je ne l'ai trouvée modérée que chez 22 sujets, et nulle chez 5. Un phénomène que personne n'a encore signalé, et que j'ai observé très-souvent dans la fluxion de poitrine, c'est une odeur particulière, caractéristique de l'haleine, que je ne saurais vraiment à quoi comparer, mais qu'on n'oublie plus dès qu'on l'a sentie une fois. Huit de mes malades avaient des renvois fréquents, et onze autres des nausées ; chez 58 il y eut des vomissements : quarante-deux fois les matières vomies étaient de la bile, quatre fois des mucosités, six fois elles consistaient en aliments ou en boissons ingérées, deux fois elles contenaient des vers lombrics. Chez 2 sujets, les vomissements étaient quotidiens et se répétaient plusieurs fois par jour ; trois fois les vomissements étaient sanguinolents.

Le ventre, examiné avec soin, a été trouvé par moi douloureux chez 28 pneumoniques ; chez 27 autres il était indolent, quatre fois il était dur, sept fois tendu, deux fois bouffi, dix fois sonore à la percussion ; ici, la circulation des flactuosités, dans les intestins, donnait lieu à ce bruit particulier désigné sous le nom de borborygmes ; cinq fois j'ai constaté du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et une fois dans les deux fosses iliaques ; quatre fois le ventre était à l'état normal ; six fois les malades accusaient des douleurs à l'épigastre ; deux fois cette douleur était si vive qu'il a fallu la combattre par une application de sangsues.

Chez 24 pneumoniques, les selles étaient régulières ; chez 23 il y avait de la diarrhée sans lésion intestinale, et chez 58 de la constipation. Un jeune sujet que je traite dans ce moment a rendu 26 vers lombrics par l'anus, à la suite de la potion stibiée.

L'appétit est complétement aboli ; deux fois cependant les malades m'assuraient avoir faim.

4° *Désordres fonctionnels de l'appareil circulatoire.* — Une fièvre plus ou moins intense accompagne toujours l'inflammation aiguë du parenchyme pulmonaire. Le pouls est, en général, large, plein, développé, tendu, fréquent et régulier dans les deux premiers degrés de la pneumonie. Je l'ai trouvé néanmoins assez souvent (29 fois) petit et faible. Sous le rapport de sa fréquence, voici ce que j'ai observé :

J'ai compté moins de 100 pulsations par minute.	9 fois.
100	20
De 100 à 119	76
120	38
140	5
160	3

Enfin, une fois le pouls était au-dessous du type normal : il ne battait que 50 pulsations par minute (19e *obs.*) ; il coïncidait avec des symptômes ataxiques ; la soif était nulle. Selon M. Andral, lorsque le pouls dépasse 140 pulsations par minute, la maladie se termine toujours d'une manière funeste. Ce n'est pas là ce que j'ai observé : sur 3 pneumoniques dont le pouls était à 160, 2 sont guéris.

L'intermittence et l'irrégularité du pouls révèlent, dit-on, l'existence d'une affection du cœur. C'est là une erreur ; nous avons trouvé le pouls intermittent onze fois, et irrégulier une fois ; et de ces 12 malades, 1 seul présentait une hypertrophie du cœur (36e *obs.*) Quoi qu'il en soit, l'intermittence du pouls paraît un symptôme grave, car sur 12 nous avons eu le malheur d'en perdre 5.

Nous avons rencontré le pouls tremblottant chez 5 pneumoniques : ils sont tous guéris ; et dédoublé chez 3 de ceux-ci, 2 guérirent et 1 succomba.

Le sang de la pneumonie est toujours fort couenneux et très-riche en parties solides, en globules. Trois fois, cependant, il ne présenta pas la couenne accoutumée. Mais, dans ces cas, le défaut de couenne était dû sans doute à ce que le sang ne jaillissait pas nettement de l'ouverture de la veine. Je ne saurais toutefois l'affirmer, attendu que je n'en ai pas pris note. Seulement, il est reconnu que le sang agité ou qui sort difficilement et en bavant de la veine ne présente pas de couenne.

La chaleur de la peau est toujours élevée chez les péripneumoniques, et d'autant plus élevée que la fièvre est plus intense. Cette chaleur est généralement douce et haliteuse. Un de nos malades avait, chose remarquable ! la moitié droite du corps froide : c'était du côté malade. Cette froidure était-elle sensible à la main ? Je l'ignore, car je n'en ai pas pris note. Le malade guérit : c'était un vieillard âgé de 70 ans environ. Un autre était tourmenté par une chaleur intolérable des pieds seulement ; il guérit aussi. Enfin, un troisième malade accusait une sensation très-irritable de froid sur les bras. Lorsque la fièvre diminue, et que la résolution commence à se faire, la température s'abaisse ; et lorsque la convalescence s'établit, elle descend à son type normal.

Assez souvent, la peau des péripneumoniques est couverte d'une légère moiteur, ce qui est, suivant Andral, d'un bon augure. D'autres fois on observe des sueurs abondantes au début ou vers le déclin de la maladie. Dans ce dernier cas, les sueurs sont souvent critiques. Nous reviendrons plus bas sur ce phénomène.

5° *Lésions de l'appareil sécréteur.* — Deux sécrétions se trouvent surtout modifiées dans le cours de la pneumonie. Ce sont les sécrétions de la bile et de l'urine. La bile peut être sécrétée en trop grande quantité, regurgiter dans l'estomac et donner lieu à l'embarras gastrique ou gastro-intestinal, ou bien encore les principes de la bile ne sont plus séparés du sang, passent dans le torrent de la circulation et donnent naissance à la pneumonie bilieuse des anciens et du stoll particulièrement. Nous avons relaté dans ce chapitre plusieurs exemples de pneumonie bilieuse. Il est très-important de reconnaître l'état bilieux lorsqu'il existe, car il fournit des indications précises qu'il faut remplir, sous peine de faire courir les plus grands dangers aux malades.

Lorsque la pneumonie est compliquée de l'état bilieux, le malade accuse un goût d'amertume dans la bouche, la langue est couverte d'un enduit jaune, il y a des nausées et même des vomissements et des selles bilieuses ; la région épigastrique est le siége d'une pesanteur incommode ; les sclérotiques offrent une teinte jaune ictérique ; cette même teinte se remarque également autour des lèvres et des ailes du nez et quelquefois sur toute la peau.

Nos recherches sur les urines des pneumoniques confirment celles du professeur Bouillaud : elles sont rares, acides et foncées en couleur dans la première période; vers la fin de la deuxième et dans le cours de la troisième, les urines se troublent, se décomposent rapidement et fournissent des précipités variables et abondants. Je les ai trouvées assez souvent sédimenteuses dans le premier degré également.

Chez 4 de nos malades, les urines étaient brûlantes, c'est-à-dire qu'elles produisaient une sensation de brûlure dans leur passage à travers l'urètre.

Dans la forme bilieuse, Baglivi, Berzélius et après eux M. Martin-Solon ont trouvé les urines bilieuses à l'aide de l'acide nitrique, qui y détermine un précipité ou une coloration verdâtre qui annonce la présence de la bile.

Le docteur Redtenbacher a trouvé que les combinaisons de chlore, contenues dans les urines des péripneumoniques, diminuent de quantité au début de la maladie, qu'elles disparaissent pendant la période d'état, et qu'elles reparaissent lorsque la maladie a terminé son cours. Dans l'urine des personnes saines, on sait qu'une solution de nitrate d'argent donne un précipité abondant de chlorure d'argent. Or, lorsqu'un individu est pris de pneumonie à la première période, ce réactif ne donne plus qu'un trouble léger; lorsque la maladie est constituée, ce précipité disparaît presque toujours; il ne se rencontre plus lorsqu'elle a atteint son *summum* d'intensité, pour reparaître enfin dans sa quantité normale, avec la disparition complète de la phlegmasie pulmonaire. L'auteur a constaté ce fait, constant d'après lui, chez 80 pneumoniques (1).

Tout récemment, j'ai précipité l'urine de deux pneumoniques par le sous-acétate de plomb; je l'ai filtrée, puis débarrassée de l'excès de sel plombique au moyen du chlorure de sodium, et enfin traitée par la levure de bière d'une part, et la solution alcaline de tartrate de potasse et de cuivre de l'autre, et elle m'a fourni les caractères d'un liquide manifestement sucré. Cela confirme les expériences de M. Alvaro Reguoso. On sait que cet auteur a cherché à constater la liaison qui existe entre la respiration et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toute cause jetant quelques troubles dans l'accomplissement de cette fonction occasionnait le passage du sucre dans les urines.

6° *Lésions des organes des sens. — État des yeux.* — J'ai observé plusieurs fois la rougeur des conjonctives dans le cours de la pneumonie; elle ne se montre guère que dans la deuxième et la troisième période. Dans la première, les yeux sont souvent humides et brillants. J'ai vu deux fois la rougeur de la conjonctive bornée à l'œil gauche, du côté de l'affection du poumon. Quatre fois les yeux étaient chassieux; trois fois il y avait en même temps des symptômes adynamiques. Un de nos malades se plaignait d'éprouver une sensation pénible dans les paupières : c'était, disait-il, comme s'il avait eu du sable dans les yeux. Une fois ces organes étaient très-sensibles à la lumière : il y avait photophobie. J'ai trouvé les sclérotiques jaunes dix fois.

Le sens de la vue a été modifié quelquefois. Le trouble de la vision s'est offert quatre fois à mon observation. Deux fois les malades avaient des véritables hallucinations de la vue (*observation* 16).

Ouïe. — Le malade qui fait l'objet de la 42e observation avait l'ouïe dure, mais il présentait en même temps des symptômes typhoïdes bien prononcés, de sorte que la dureté de l'ouïe se rattachait ici, ce me semble, à l'affection typhoïde et non à l'inflammation du parenchyme du poumon.

J'ai rencontré 11 fois des bourdonnements et des tintements d'oreilles dans le cours de la péripneumonie.

Narines. — La pituitaire est quelquefois le siége d'hémorrhagie, le plus souvent légère, au début de la pneumonie. L'épistaxis s'est offerte 16 fois à mon observation; deux fois elle était très-abondante. Suivant Hippocrate, l'épistaxis au début des maladies aigues est un symptôme grave. Mes observations infirment l'assertion du divin vieillard de Cos, car tous les malades qui ont présenté ce symptôme sont guéris. Dans tous ces cas, l'hémorrhagie nasale n'était pas liée à des symptômes typhoïdes, car la pneumonie était franche et dégagée de toute complication. C'était donc une hémorrhagie hypérimique active.

Trois fois j'ai vu les narines sèches et pulvérulentes, une fois le bout du nez était pâle et froid.

Goût. — Les malades atteints de pneumonie accusent ordinairement un mauvais goût dans la bouche; elle est amère ou pâteuse. Cela dépend de l'altération des fluides sécrétés dans la cavité orale et nullement de la perversion du sens du goût lui-même.

Toucher. — Deux fois j'ai vu ce sens altéré et perverti, chez le malade de la 16e observation, celui-là même qui présentait des hallucinations déclare; il avait en même temps des hallucinations du toucher. Une autre fois il y avait exaltation générale de la sensibilité de la peau. Faut-il rattacher à une altération du toucher le sentiment de froid qu'éprouvent les deux malades, dont nous avons parlé plus haut, l'un dans tout la moitié droite du corps? et l'autre dans les bras?

§ IV. *Marche, durée et terminaison de la pneumonie.* — Après avoir énuméré isolément et décrit avec soin les symptômes de la pneumonie, il nous reste, pour remplir notre tâche, à indiquer leur ordre de succession, leur durée respective, et enfin la terminaison de la maladie.

Comme nous l'avons déjà dit, la pneumonie est annoncée par des symptômes précurseurs. Chez la plupart de nos malades le début en a été marqué par un frisson initial plus ou moins intense. Chez un petit nombre, c'est le point de côté qui s'est manifesté le premier, et chez un plus petit nombre encore le frisson et le point de côté ont paru en même temps. Cinq fois la pneumonie a été précédée d'une fièvre inflammatoire. Du moins, il y en avait tous les symptômes, tels que courbature, frisson, etc., au point que je ne me doutais nullement qu'une pneumonie fût imminente. Quoi qu'il en soit, les signes locaux qui sont les symptômes précurseurs les plus fréquents de la fluxion de poitrine franche ne tardent pas à être suivis de chaleur d'accélération du pouls, de dyspnée et de toux, puis d'expectoration d'abord catarrhale. Toutes les fois que j'ai été appelé dans les premières vingt-quatre heures, ce qui est rare dans les campagnes, l'auscultation et la percussion ne m'ont jamais rien révélé de bien positif. Dans cette période j'ai observé plusieurs fois des hémorrhagies nasales. Ce n'est donc que vers le deuxième jour de la maladie qu'il est possible de constater une très-légère diminution de la résonnance thoracique et la faiblesse du murmure respiratoire, ou les premiers rudiments du râle crépitant qui est le symptôme pathognomonique de la pneumonie. Le râle crépitant est quelquefois précédé de la rudesse de la respiration. Ce râle n'occupe d'abord qu'un point très-circonscrit, puis il s'étend et s'agrandit avec une merveilleuse rapidité. Il m'est arrivé souvent de ne percevoir la veille que des traces presque imperceptibles de râle crépitant au point de rester dans la doute, et le lendemain je constatais le deuxième degré.

Au bout de quarante-huit heures, c'est-à-dire vers le troisième jour, les crachats commencent à se colorer et à devenir visqueux, et plus la maladie s'approche du deuxième degré et plus leur viscosité augmente et plus ils contiennent de sang; en même temps le râle crépitant se dessine et s'étend de plus en plus; la dyspnée suit la même progression, la matité se prononce davantage; la fièvre s'accroît, la peau devient sèche ou légèrement moite, les urines sont rares, acides et foncées en couleur, et, chose étrange, le point de côté diminue ordinairement d'intensité.

Tel est le premier degré de la pneumonie dans toute son intensité. La maladie peut rester stationnaire plus ou moins longtemps, suivant une foule de circonstances, et ce ne peut être qu'approximativement que Laënnec lui assigne une durée de 12 heures à trois jours. Arrivée à ce point la pneumonie passe au deuxième degré, c'est-à-dire à l'hépatisation rouge, ou bien elle décroît. Dans ce cas, tous les symptômes précédents diminuent petit à

(1) Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, *Ann. méd. de la Flandre occid.* et *Abeille méd.*

petit d'intensité et finissent par faire place à l'état normal; mais si par contre la maladie passe au deuxième degré, tous les symptômes existants augmentent, et il en survient de nouveaux tels que le délire, etc.; la dyspnée devient quelquefois extrême, la parole haletante et souvent affaiblie, les crachats acquièrent une plus grande viscosité et une teinte rouillée, et sont expectorés avec peine. Les pommettes se colorent, la face devient parfois vultueuse, le pouls très-fort et très-fréquent, la fièvre s'exaspère vers le soir, la peau est très-chaude et se couvre de sueurs abondantes, les urines sont très-foncées et disposées à précipiter; le décubitus a lieu en supination.

La matité se prononce de plus en plus, et l'auscultation fait entendre ou bien un râle crépitant intense sans mélange du bruit d'expansion vésiculaire, ou bien du souffle tubaire mêlé à du râle crépitant (c'est le passage du premier au deuxième degré); bientôt celui-ci disparaît entièrement et laisse régner sans partage la respiration bronchique et la bronchophonie; les urines précipitent alors abondamment. La pneumonie est en plein deuxième degré.

Cette période dure, selon Laënnec, de 2 à 3 jours, mais rien n'est si variable; car, comme le dit M. Andral, tantôt le poumon est en suppuration dès le cinquième jour, tantôt, après 15 ou 20 jours, il n'est encore qu'en hépatisation rouge. (*Cl. méd.*, p. 539.) Au bout de 8 jours de maladie nous avons constaté plusieurs fois cette période, et les malades n'avaient suivi aucun traitement, ou, ce qui est pis, ils avaient reçu des soins inintelligents.

Le deuxième degré de la pneumonie est encore susceptible de résolution. Quand celle-ci s'opère, les symptômes de réaction s'affaiblissent, le souffle tubaire fait place au râle crépitant de retour, la matité diminue et tous les symptômes disparaissent graduellement.

Le passage du deuxième au troisième degré ne peut être reconnu d'une manière positive, on ne peut que le soupçonner; car les signes physiques fournis par l'exploration thoracique sont absolument les mêmes que ceux du deuxième degré. Cependant M. Stokes dit que la respiration bronchique, mêlée à du râle crépitant humide et à grosses bulles, est un signe certain du troisième degré. Selon M. Journet, l'existence du râle muqueux à grosses bulles signalé déjà par Laënnec, surtout pendant l'inspiration, est un signe d'hépatisation grise. J'avoue que ces signes n'ont pas une grande valeur à mes yeux, attendu que je ne les ai jamais constatés. Ce sont donc les crachats et l'état général du malade qui nous fournissent encore les meilleurs signes de l'infiltration grise. J'ai plusieurs fois constaté les crachats jus de pruneaux ou offrant une teinte cendrée; et ce qui me fait croire que ces crachats sont un indice précieux, c'est que les malades qui les expectorent succombent la plupart du temps. Une fois cependant j'ai vu les crachats jus de pruneaux coïncider avec le premier degré de la pneumonie (12e *obs.*). En outre, si l'oppression devient extrême et s'élève en proportion de l'orthopnée, si les traits du visage s'altèrent et se couvrent d'une teinte livide, comme plombée, si le malade tombe dans la prostration et dans une profonde somnolence ou le coma, et enfin si le pouls devient petit, faible, misérable, on peut assurer, sans crainte de se tromper, qu'il y a infiltration grise. Cette période dure de deux à six jours. La maladie arrivée au troisième degré est incurable.

Quelle est maintenant la durée totale de la pneumonie? On éprouve de grandes difficultés à l'établir d'une manière précise, car elle varie suivant une foule de circonstances, telles que l'âge, le tempérament, les complications, l'étendue et l'intensité de l'inflammation et le traitement employé. Suivant Laënnec elle est de 3 jours et demi à 12 jours; suivant M. Chomel, elle est de 7 à 20 jours; M. Andral a vu la pneumonie se terminer particulièrement le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième jour. Pour M. Louis, la durée moyenne est de 19 jours à partir du début jusqu'à la convalescence. Selon M. Bouillaud, elle est de 8 à 12 jours et même moins, c'est-à-dire, du troisième au sixième jour à dater du premier jour de traitement par les saignées coup sur coup. Selon M. Louis, les émissions sanguines n'exercent qu'une faible influence sur la durée de la pneumonie : c'est là une très-funeste erreur qu'il importe de combattre énergiquement. J'ai vu des pneumonies enlevées, comme par enchantement, du jour au lendemain par un traitement anti-phlogistique énergique; et, par contre, j'ai vu la pneumonie abandonnée à elle-même ou traitée tardivement, durer très-longtemps ou bien se terminer d'une manière fatale.

Mon expérience personnelle me fait défaut pour établir la durée de la fluxion de poitrine, car après une, deux et au plus trois visites, je perds les malades de vue et souvent ce n'est que longtemps après que j'apprends leur guérison et quelquefois leur mort. C'est pourquoi nous avons rapporté ici les recherches des auteurs sur la durée de la pneumonie, afin de combler la lacune qu'y laisse notre inexpérience sur ce point, et cette lacune ne sera pas comblée dès longtemps par la clinique rurale. Je n'ai quelques données certaines que sur les jours où la mort est survenue. Un de mes malades mourut le sixième jour de la maladie, trois le septième, deux le huitième, un le neuvième, deux le onzième et un le quatorzième.

La pneumonie aiguë se termine le plus ordinairement par le retour à la santé; d'autres fois, ce qui est rare heureusement, par la mort. La résolution s'opère dans les deux premiers degrés et la mort survient pendant les deux derniers degrés de la maladie; je ne l'ai jamais vue survenir dans la période d'engouement.

La pneumonie peut se terminer encore par abcès, par la gangrène ou par le passage à l'état chronique. Je n'ai jamais eu occasion d'observer ces trois espèces de terminaison. J'avoue que je n'ai jamais rencontré de pneumonie chronique.

§ V. *Crises.* — De toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, la pneumonie est une de celles qui est le plus souvent et le plus incontestablement jugée par des crises. Les phénomènes critiques les plus communs sont, d'après les auteurs, l'augmentation de la transpiration cutanée; nous en avons cité plusieurs exemples qui mettent hors de doute cette terminaison critique; ce sont les malades des 1re, 8e, 15e, 33e, 38e et 41e observations, et d'autres encore dont je n'ai pas relaté l'histoire. Je l'ai vue deux fois se terminer par un flux abondant d'urines claires et limpides (18e *obs.*), et d'autres fois par le trouble des urines (16e *obs.*). J'ai observé un cas de pneumonie qui fut jugé par deux parotides et plusieurs qui le furent par une éruption herpétique des lèvres, et sur un enfant de 4 ans, une pneumonie double a été jugée par un abcès au bras, et chez un autre par une épistaxis. Tels sont les phénomènes critiques qui se sont présentés à mon observation. Les auteurs placent encore au nombre des crises de la pneumonie : la diarrhée, l'hématurie, l'hémoptysie, l'épistaxis, le flux menstruel, le flux hémorroïdal, l'expectoration abondante des mucosités, l'apparition de furoncles, d'un érysipèle ou de vésicules miliaires. Il ne nous a pas été donné d'observer ces différents phénomènes critiques; nous ne les révoquons cependant pas en doute; nous avons, au contraire, une foi vive et robuste dans la doctrine des crises, et nous n'ignorons pas que la physis médicatrice peut se débarrasser du principe morbifique par une foule de moyens souvent inappréciables aux observateurs les plus attentifs.

Quant aux jours critiques dans la pneumonie aiguë, notre expérience rurale ne nous apprend rien de positif, car elle est malheureusement trop mutilée et trop incomplète. Nous ajouterons seulement que M. Andral a trouvé que les jours le plus habituellement critiques étaient les septième, onzième, quatorzième et vingtième, c'est-à-dire ceux-là même déjà remarqués par Hippocrate.

Il n'a point été question, dans ce chapitre, de la pneumonie qui frappe les deux extrêmes de la vie, c'est-à-dire l'enfance et la vieillesse, d'abord, parce que nous avons observé très-peu d'enfants et de vieillards atteints de pneumonie, et ensuite, parce que le petit nombre de pneumonies que nous avons eu occasion d'observer sur ces sujets, n'ont offert rien de remarquable, rien d'insolite, elles se sont comportées parfaitement comme dans l'âge adulte. Aussi trouvons-nous une description particulière de

la pneumonie des enfants et des vieillards tout à fait superflue et propre seulement à jeter de la confusion dans l'étude de cette affection. Le fond et les signes de la maladie sont les mêmes dans tous les âges ; quant aux nuances, elles varient avec la prodigieuse variété des conditions individuelles d'organisation, mais elles ne suffisent pas, à mon sens, pour autoriser des descriptions particulières.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Recherches sur l'opianine,

Par M. HINTERBERGER.

Cet alcaloïde existe dans l'opium d'Égypte, et a été découvert par M. Hinterberger, dans les circonstances suivantes :

M. Kugler, pharmacien à Vienne, en Autriche, a eu occasion, il y a quelques années, de traiter de grandes quantités d'opium d'Égypte, dans le but d'en extraire la morphine. L'infusion d'opium a été précipitée par l'ammoniaque, et le précipité, lavé d'abord à l'eau, puis à l'alcool froid, a été desséché et dissous dans l'alcool bouillant. La dissolution, décolorée par le charbon animal, a laissé déposer, par le refroidissement, des cristaux de morphine qui étaient mélangés d'une grande quantité d'autres cristaux possédant les caractères extérieurs de la narcotine. Après une nouvelle dissolution dans l'alcool, la morphine est restée dans l'eau mère, et tous les autres cristaux se sont séparés de la liqueur. M. Hinterberger, ayant eu occasion d'examiner ces cristaux, a démontré qu'ils constituaient un alcaloïde nouveau. Il a proposé pour cet alcaloïde le nom d'*opianine*.

L'opianine cristallise en longues aiguilles incolores, transparentes et brillantes. Précipitée par l'ammoniaque de ses dissolutions, elle constitue une poudre blanche et ténue. Elle est inodore, et sa dissolution alcoolique possède une saveur fort amère et persistante. Elle est insoluble dans l'eau et ne se dissout que dans une grande quantité d'alcool bouillant, dont elle se sépare complétement par le refroidissement. La solution alcoolique possède une forte réaction alcaline. Les dissolutions des sels d'opianine sont précipitées par les alcalis fixes et volatils en flocons blancs. Avec les chlorures de platine et de mercure, cette base forme des combinaisons doubles. L'acide sulfurique concentré ne l'altère pas, et l'acide nitrique la dissout avec une couleur jaune. L'acide sulfurique renfermant de l'acide nitrique la colore en rouge de sang ; mais peu après cette couleur passe au jaune clair. Sa composition est exprimée par la formule $C^{66}H^{36}Az^{2}O^{21}$.

Lorsqu'on ajoute à une dissolution alcoolique de chlorhydrate d'opianine une solution aqueuse de sublimé, il se forme un précipité blanc volumineux. On peut l'obtenir cristallisé en le dissolvant, après l'avoir séché, dans un mélange de 2 volumes d'alcool et de 1 volume d'acide chlorhydrique concentré, et en ajoutant à cette liqueur de l'eau distillée par petites portions, jusqu'à ce que le trouble qui se forme d'abord reste permanent. Par une douce chaleur ce trouble disparaît, et, au bout de vingt-quatre heures, il se dépose des groupes d'aiguilles concentriques qui renferment : $C^{66}H^{36}Az^{2}O^{21}HClHgCl$.

Action de l'opianine sur l'économie animale. — D'après les expériences de M. Hinterberger, l'opianine est un narcotique qui se rapproche beaucoup de la morphine. Deux chats qui avaient été empoisonnés, l'un par $0^{gr}145$ de morphine, l'autre par la même dose d'opianine, ont éprouvé les mêmes symptômes de prostration. Cette dose n'a cependant pas suffi pour les faire succomber. (*Journal de Pharmacie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Deux asphyxies complètes et une asphyxie incomplète produites par la même cause.* — Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de prémunir les médecins-légistes sur le danger qu'il y aurait à conclure à la perpétration d'un crime de ce que deux individus auraient été trouvés, l'un mort, l'autre vivant dans la même atmosphère. Nous avons eu même la malheureuse occasion de combattre une semblable imprudence dans un cas où elle avait servi de base à une condamnation capitale. Voici un nouveau fait qui prouve, une fois de plus, l'importance de nos conseils :

Le 13 février un feu de joie avait été allumé sur la place publique du village des Andes (Puy-de-Dôme), pour fêter ce qu'on appelle, en terme du pays, *le brandon*. A la nuit close, tous les habitants se retirèrent, laissant brûler les derniers tisons du bûcher. Une femme seule s'attarda avec ses enfants, pour recueillir, une fois que tout le monde se serait éloigné, les charbons encore ardents qui resteraient sur la place et les emporter chez elle. Dans cette intention, elle envoya une de ses filles chercher un vase de terre qu'elle remplit entièrement, puis rentra chez elle et s'enferma, avec ses trois enfants, dans un cabinet au milieu duquel elle plaça le vase plein de charbons enflammés.

Le lendemain, les voisins ne voyant paraître ni cette malheureuse, ni aucune de ses trois filles, frappèrent à la porte et ne reçurent aucune réponse ; seulement il leur sembla entendre quelques cris étouffés. La porte fut enfoncée, et un spectacle horrible se présenta à leurs yeux. L'imprudente femme et deux de ses enfants étaient mortes asphyxiées. La troisième, rappelée à la vie par les soins d'un médecin, déclara qu'elle n'avait échappé à la mort que parce qu'elle n'avait pas soupé la veille. La mère était sur le point d'accoucher d'un quatrième enfant.

— Un journal publie le fait suivant qui donne un nouvel intérêt au débat qui a eu lieu dans notre journal sur les moyens de constater les falsifications du lait :

« Les règlements de police défendent de dénaturer la qualité du lait avec quelque substance que ce soit ou d'y ajouter de l'eau. La loi du 27 mars 1851, qui frappe actuellement de peines sévères les fraudes commerciales, est applicable à ce genre de falsification. Tout récemment, un fermier de Cheptainville (Seine-et-Oise) qui avait envoyé à un laitier de Paris du lait mélangé d'un tiers d'eau, a été traduit devant le tribunal correctionnel de Corbeil, où il a été condamné à *un mois de prison, 100 francs d'amende*, et aux frais du procès. On nous assure que la préfecture de police est disposée à invoquer les rigueurs de cette loi de 1851 contre les marchands de lait en gros et en détail chez qui l'on trouverait du lait additionné d'eau ou sophistiqué par quelques ingrédients. »

— *Nouveau cas de mort réputée avoir été causée par le chloroforme.* — Quelques journaux scientifiques, sur la foi du journal *la Presse* du 18 février, ont cru pouvoir augmenter d'une unité le nécrologue déjà bien long du chloroforme. Le jeune et habile confrère qui avait été appelé pour faire l'opération, dont l'honorabilité nous est parfaitement connue, ayant déclaré que le chloroforme n'a nullement été mis en usage chez le malheureux faïencier de la rue Lafitte, et que cet individu est mort d'une mort subite ordinaire, nous croyons utile d'en informer nos lecteurs. Une enquête judiciaire étant commencée, nous devons nous borner à cette indication. L'autopsie du cadavre, faite dans un état déjà avancé de la putréfaction, n'a révélé qu'une congestion légère des poumons et du cerveau, et une odeur alcoolique des liquides gastriques.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'Expatriation pénitentiaire, pour faire suite à l'ouvrage : *des Prisonniers, de l'Emprisonnement et des Prisons*, par G. FERRUS, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc. — A Paris, chez GARNIER, libraire au Palais-Royal, et chez les principaux libraires du quartier de l'École-de-Médecine. — Prix : 3 fr. 50 c.

Traité des hydropisies et des kystes ou *Collections séreuses et séro-purulentes dans les cavités closes naturelles et accidentelles*, par M. ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie de médecine. — A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE. 1 vol. in-8°, 7 fr. 50.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. FORSTER, professeur à l'Université de Gœttingue ; traduit de l'allemand sur la 2e édition, par le docteur KAULA. — 1re partie avec quatre planches lithographiées, 1 volume in-8° de 280 p. — A Strasbourg, chez BERGER-LEVRAULD, et à Paris, chez C. REINWALT, libraire, rue des Saints-Pères, 15.

Des hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 24. 1re ANNÉE. Jeudi, 24 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — MÉDECINE LÉGALE : Dispositif du jugement du 12 janvier 1852, entre les sieurs Guingal et Cantagrel et MM. Demeaux et Briançon, docteurs en médecine. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 23 février 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Permutation de M. Dubois. — Associés étrangers. — Discussion sur l'opium indigène.)

Ce qui surprendra plus d'un lecteur, ce n'est pas que M. P. Dubois demande à entrer dans la section d'accouchements, c'est qu'il n'appartienne pas depuis longtemps à cette section. Cela est pourtant ainsi ; M. Dubois appartient à la section de pathologie chirurgicale et il demande à en sortir pour entrer dans celle où l'appellent naturellement ses études spéciales. Certes, s'il y a une demande de permutation qui ait jamais été justifiée, je dirais même volontiers exigée par la nature des choses, c'est celle que fait M. Dubois. Donc, sous le rapport de la personne et de l'opportunité, on peut dire qu'une telle permutation devrait être votée par acclamation. Mais, ainsi que l'a justement fait observer M. le président, à côté de la question personnelle, qu'il serait si facile de résoudre, il y a une question de principes qui demande à être plus mûrement examinée. C'est aussi notre avis que l'Académie doit examiner cette question, et nous l'approuvons d'avoir décidé qu'une commission de onze membres en serait chargée. Quant à nous, notre jugement est depuis longtemps porté sur les permutations, et si quelque chose pouvait ébranler notre opinion, ce serait assurément la demande de M. Dubois, dont l'adoption serait évidemment, sous tous les rapports, dans l'intérêt de l'Académie. Mais nous pensons qu'en dehors de l'intérêt des corps, il y a un intérêt plus général, c'est celui de tous les travailleurs qui, pendant toute leur vie, font des efforts dans un but donné, et qui, au moment où ils sont près de l'atteindre, voient l'ordre naturel des successions rompu par des combinaisons de convention. Tels sont les principes que nous avons déjà eu l'occasion de soutenir et de développer plusieurs fois, et auxquels nous croyons devoir rester fidèle aujourd'hui.

— L'Académie a fait hier un retour dont nous sommes heureux, comme nous le serons toujours lorsque cela nous sera possible, de la féliciter sincèrement. Elle a reporté à la fin de la séance le nouveau comité secret dont elle a eu besoin pour entendre la lecture du rapport de la commission des associés étrangers.

— Après la nomination d'un associé national, l'Académie a pensé qu'il ne serait pas mal de nommer quelques associés exotiques, et c'est peut-être fort bien pensé. Mais ce qui nous semble pensé moins heureusement, c'est de nommer ces associés par fournées, méthode que l'Académie a fort malheureusement adoptée pour la nomination des correspondants régnicoles. Dans ces fournées, il est difficile qu'on ne perde pas plus ou moins de vue les titres de la plupart des candidats, et que des combinaisons tantôt aveugles, tantôt trop intelligentes, ne fassent pas sortir de l'urne des noms qu'on est tout étonné, un beau jour, de trouver parmi les correspondants de l'Académie. Mais si la méthode des fournées est défectueuse, celle du scrutin de liste l'est encore bien davantage ; il est à espérer, quoique nous ayons entendu dire le contraire, que l'Académie n'y aura point recours. Enfin, il est à espérer aussi qu'elle n'oubliera point, en choisissant ses correspondants, qu'elle est avant tout une Académie de médecine, et que s'il lui a été permis en France de s'associer quelques protecteurs comme MM. de Corbière, de Chabrol, Gay-Lussac et autres moins célèbres et moins forts, il serait presque ridicule de faire de semblables choix à l'étranger, et de n'y point chercher, avant tout, des médecins et des chirurgiens justement célèbres. La liste de la commission que nous avons vue circuler nous a paru nécessiter ces observations.

— Avant le comité secret, l'Académie a repris pendant un instant la discussion sur la question de l'opium indigène. Le discours du plus redoutable adversaire des remèdes nouveaux, M. Soubeyran, a suffisamment montré que l'Académie allait entrer, à son grand avantage, dans une voie un peu nouvelle. En effet, M. Soubeyran a adopté l'application du décret du 3 mai à l'opium indigène, et a seulement repoussé l'insertion au *Bulletin* des formules, sortes de spécimens présentés par M. Aubergier et auxquels cet habile pharmacien ne tenait, du reste, en aucune façon.

M. Caventou, qui s'attendait à la persistance de l'opposition contre laquelle la commission avait eu à lutter, avait préparé un discours *ad hoc*, et il s'est trouvé assez embarrassé de n'avoir plus à combattre que des adversaires battant en retraite. Néanmoins, comme un discours rentré est chose au moins fort désagréable, sinon dangereuse, M. Caventou a jugé à propos de lire le sien, et nous avons aussi jugé utile de le reproduire parce qu'il contient, outre la juste appréciation des travaux de M. Aubergier, des prin-

cipes qu'il pourra être utile de retrouver un jour, surtout quand ces principes émanent d'une autorité comme celle de M. Caventou. Quant à nous dont le discours n'est pas préparé d'avance, nous n'avons aucune raison d'insister sur une question résolue, et nous nous bornerons à féliciter l'Académie du parti qu'elle semble enfin disposée à prendre.

Nous présenterons néanmoins quelques remarques sur une question soulevée par notre savant et excellent ami, M. Chevallier, relative au titrage de l'opium.

Je me suis empressé, on le sait, d'applaudir aux idées de loyauté qui inspirent toujours M. Chevallier, lorsqu'il a fait sa proposition ; mais si cette proposition est digne de tous nos éloges en pratique, est-elle aussi acceptable en pratique ? Nous ne le pensons pas.

Qu'on exige le titrage uniforme d'un alliage, comme l'or ou l'argent, ou d'un mélange, tel qu'un tissu de soie et de laine, cela se conçoit ; c'est même chose parfaite autant que désirable, parce que celui qui livre le produit peut toujours le donner tel qu'on le lui demande. Mais le titrage uniforme d'un produit naturel, comment l'obtenir? Comment prescrire à un agronome de ne livrer au commerce qu'un opium qui contiendra 10 pour 100 de morphine? Autant vaudrait exiger d'un laboureur de ne vendre que du froment contenant tant pour 100 de gluten, ou à un vigneron de ne vendre que du vin contenant tant pour 100 d'alcool. Que ferait-on de l'opium qui ne contiendrait que 7 pour 100 de morphine? Le confisquerait-on? Évidemment une telle mesure est inapplicable dans les termes où on l'a présentée. Peut-être y aurait-il moyen de la rendre pratique en titrant tous les opium, non pas d'une manière uniforme, mais bien d'après la proportion de matière active, de morphine par exemple, qu'ils renfermeraient. Dans ce système, tous les opium pourraient être librement vendus, et le but que doivent se proposer les gouvernements, la loyauté des transactions commerciales, serait atteint. Nous soumettons ces remarques à la sérieuse attention de l'Académie.

H. DE CASTELNAU.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales,

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

B. Lorsque, pour la première fois, la lésion a été décrite sous le nom de fongus, par Samuel Cooper et par M. Lawrence, elle a été rapportée, d'une manière générale, à un *coup* sur le scrotum, qui en aurait été la cause première. C'était et ce devait être certainement l'idée théorique qui se présentait à l'esprit des premiers observateurs. En effet, la lésion pour eux était la conséquence d'un gonflement inflammatoire qui forçait le contenu du testicule à sortir hors de cette enveloppe étroite et résistante, la tunique albuginée, qui le resserrait, lorsque cette tunique avait été ulcérée ; or, une inflammation testiculaire ne survient pas ainsi spontanément d'une manière commune. Les patients, d'ailleurs, ont volontiers tendance à rapporter à un coup l'origine première des tumeurs à marche lente qu'ils présentent. Qui ne se rappelle pendant combien de temps les chirurgiens eux-mêmes acceptaient un coup pour origine du cancer du sein, et avec quelle facilité on réunirait un grand nombre d'observations indiquant à ce sujet, et sans explications, cette cause banale? Cette prétendue origine pouvait être invoquée, d'autant mieux qu'il s'agissait d'organes superficiels : le sein, le scrotum, que leur saillie expose en effet très-fréquemment aux coups et à des frottements brusques et réitérés. Cependant, à mesure que nous remontons, du commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, nous trouvons cette cause, d'abord considérée comme si importante, n'être pour ainsi dire plus invoquée ; et si, sur ses 9 observations les plus complètes, M. Lawrence signale cinq fois un coup pour point de départ, nous ne retrouvons plus cette cause indiquée que 3 fois dans toutes les observations subséquentes, et encore, dans des conditions fort suspectes, comme nous allons voir par l'analyse de tous nos faits.

Sur nos 33 cas, 4, nous l'avons vu, sont relatifs à des dessins sans observations conjointes, et ne peuvent nous servir pour l'étude des causes, ce qui réduit notre chiffre à 29. Dans ce nombre, 13 fois nous ne trouvons aucune indication de causes spéciales, et parmi eux sont rangées nos deux observations et celles de plusieurs auteurs qui n'indiquent pas de causes premières, par la raison fort simple qu'ils savent qu'il n'y en a pas de sérieuses à indiquer, en sorte que la plupart de ces 13 cas ont plus qu'une valeur négative. Nous avons donc 16 cas dans lesquels les auteurs des observations ont cru devoir formuler leur opinion d'une manière positive. Sur ce nombre, nous trouvons l'origine attribuée 8 fois à un coup, 3 fois à une blennorrhagie antécédente, 2 fois à la syphilis, et 3 fois il est dit explicitement que l'origine était spontanée. Dans la plupart des 29 cas, qu'une cause première soit ou ne soit pas invoquée, les observations signalent un tempérament lymphatique chez les patients. Examinons de près ces éléments.

Sur les 8 cas où un prétendu coup aurait été la cause, et dont 5 appartiennent à M. Lawrence, c'est-à-dire aux premières observations publiées, nous allons voir que presque aucun n'est probant. Cinq vont être tout de suite mis hors de cause. 1° Tout minutieusement que soit décrite la première contusion dans l'observation de M. Philipeaux, la seconde contusion, qui aurait été la cause première de la manifestation de la hernie, est à peine mentionnée, et à l'autopsie on trouve un des exemples les plus complets de ce que M. Ricord a assez justement appelé phthisie génitale, c'est-à-dire des tubercules dans tout l'appareil génital (*V.* l'observation plus loin). Singulier coup que celui-là qui, frappant seulement le scrotum, ferait naître une phthisie génitale! Il est fâcheux qu'on n'ait pas pareille ressource pour expliquer la phthisie pulmonaire. 2° Une nodosité n'aurait commencé à apparaître dans l'appareil testiculaire que trois semaines après un coup (sans autre explication) sur le scrotum, dans une des observations de M. Lawrence. 3° Le coup est simplement mentionné sans autres détails ni sur l'époque, ni sur l'espèce, ni sur les suites immédiates, dans une autre observation du même auteur. 4° Il y avait eu un coup antérieurement, mais il n'avait donné lieu qu'à une douleur disparaissant en quelques minutes, et aucun autre accident immédiat ou suivant de près n'est indiqué dans une troisième observation du même auteur. 5° Enfin, dans une observation de M. B. Cooper, on lit que le patient avait reçu un coup de pied sur le scrotum douze mois auparavant, sans qu'il soit fait mention d'aucune manifestation symptomatique pendant les premiers mois qui ont suivi le coup. — Si nous ajoutons à ces détails que dans ces cas (comme dans les trois autres dont nous allons parler d'ailleurs) il faut s'en rapporter au dire du patient, car, dans tous les cinq, l'auteur de l'observation n'a pas observé la succession des phénomènes par lui-même, à partir d'un prétendu coup positivement constaté, et si nous remarquons que dans presque tous la marche de la lésion a été lente et avec les caractères les mieux marqués de la marche des tubercules testiculaires, nous n'aurons plus besoin de rien ajouter auprès des personnes qui ont analysé un peu sérieusement la question des coups occasionnant des lésions chroniques à une période éloignée du moment de l'accident ; nous sommes, il y a lieu de le supposer, justifié pour avoir élagué de pareils faits.

Ces 5 cas mis de côté, il nous en reste 3 dont 2 de M. Lawrence et par conséquent anciens, et 1 de M. B. Cooper. Ces trois faits ne sont certes pas à l'abri de tous les doutes ; cependant ils sont un peu plus catégoriques, en les supposant bien exacts. 1° Dans l'un appartenant à M. Lawrence, l'ulcération du scrotum et la hernie seraient survenues un mois après un coup contre le pom-

meau d'une selle, coup qui aurait été immédiatement suivi de vive douleur et de gonflement. Est-ce bien vrai? On peut poser la question, lorsqu'on voit chez ce même individu qui est précisément un des deux curieux cas exceptionnels signalés, l'autre testicule être à la suite et *spontanément* affecté juste de la même lésion. 2° La chose paraît assez palpable ici, puisqu'il s'agit d'un coup de pied de taureau, reçu deux mois auparavant, et suivi de phénomènes inflammatoires immédiats; et encore, M. Lawrence a le renseignement de seconde main, par l'intermédiaire d'un autre médecin, et, si les détails sont exacts, un coup de pied de taureau n'aurait produit qu'une orchite subaiguë! 3° Dans le dernier cas appartenant à M. B. Cooper, le scrotum aurait reçu contre une selle un coup qui aurait produit une orchite aiguë immédiate; l'orchite aurait laissé à sa suite un noyau dur qui serait *spontanément* devenu, trois mois après, le point de départ d'un abcès terminé par la formation d'une hernie testiculaire. Ce dernier fait, s'il était donné avec des détails plus précis, s'il ne consistait pas en un simple récit de la part du patient, s'il était bien constaté; en un mot, serait peut-être le seul qui ne laisserait pas prise à des objections très-graves. Et encore!

On le voit, cette opinion répétée par presque tout le monde jusqu'à présent, qu'un coup était la cause fréquente de la lésion, ne soutient pas plus l'examen que le mot fongus, quand on lui demande sur quelles bases elle s'appuie. Est-ce à dire qu'un coup ne puisse avoir aucune influence absolument? Il ne s'agissait pas de cela, car notre réponse à cette question ainsi envisagée serait bien plus réservée. Un coup peut en effet agir de plusieurs façons. Dans certains cas, par l'examen des parties fait à cause de la douleur qu'il a développée, il cause la découverte d'une nodosité déjà existante et qui avait passé jusqu'alors inaperçue. Il peut donner un coup de fouet à la marche jusqu'alors lente de la lésion, ou la compliquer d'une inflammation surajoutée. Et dans tous ces cas, il joue un rôle très-accessoire, bien différent de celui qu'on lui avait attribué, et exceptionnel, même sous cet aspect rétréci. Un coup pourrait-il être la cause de l'apparition du dépôt tuberculeux qui avait tendance à se faire, et n'était pas encore commencé? Sans aucun doute oui, quoique nous n'ayons aucune observation bien probante à l'appui, et alors même il ne serait qu'accessoire. Nous ne parlons pas ici de ces contusions du scrotum terminées par de vastes suppurations aiguës qui ont été signalées dans le deuxième chapitre. Il ne s'agit plus de cela; il est question d'une lésion *testiculaire* à marche lente, qui occasionne la formation lente d'une ulcération étroite du scrotum, à travers laquelle le testicule finit par faire une vraie hernie; et il s'agit de savoir si l'opinion qui attribue cette lésion à un coup comme cause essentielle est exacte. Or, nous venons de voir ce qui en est.

En résumé, d'après les observations même sur lesquelles on s'était appuyé, non, ce n'est pas un coup qui est la cause essentielle de la lésion. Il n'est pas même prouvé qu'un coup soit souvent intervenu en quoi que ce soit; et s'il avait une action, elle ne serait en général que très-accessoire. Il y a un point cependant sur lequel il nous faut laisser un léger doute.

A mon avis, les orchites sont excessivement rares. Combien de *centaines* d'épididymites j'ai vu, palpé, examiné, il me serait difficile de le dire. Et pendant ce temps, dans des conditions favorablement exceptionnelles, je n'ai eu la chance de voir jusqu'à présent que *quatre* orchites; je ne parle pas de ce qu'on appelle orchites par métastase d'oreillons, dont l'étude a besoin d'être faite, que deux fois entre autres j'ai trouvées, dans des cas bien tranchés où elles étaient survenues sous mes yeux, consister surtout en une espèce d'hématocèle, et que j'ai guéries presque séance tenante d'un coup de lancette; je parle de vraies orchites. Que penser maintenant des chirurgiens qui en voient en quantité? Nous ne pouvons résoudre la question qu'en disant que l'histoire de l'orchite n'est pas faite, bien certainement.

Ceci posé, nous n'oserions pas nier qu'à la rigueur et dans quelques cas extraordinairement rares dans l'état actuel de nos connaissances, un coup ne puisse produire une orchite subaiguë telle qu'on ne l'a pas encore décrite; que cette orchite subaiguë, d'une façon ou de l'autre, ne puisse suppurer, sans qu'il y ait aucune lésion tuberculeuse analogue aux hernies tuberculeuses, telles que nous les étudions en ce moment. Seulement, nous nous garderions encore bien plus d'en affirmer la possibilité.— Ce que nous disons là de l'orchite, nous le répéterions pour une épididymite dans les mêmes conditions, quoique cette cause pût à un certain degré être plus acceptable. — Et si quelques personnes trouvent ceci très-vague, nous leur répondrons que ce n'est pas notre faute si des faits positifs manquent absolument à l'appui d'assertions qui ont peut-être bien été trop répétées.

C. Dans 3, peut-être 4 de nos cas, nous trouvons la *blennorrhagie* indiquée comme cause ayant au moins précédé la lésion testiculaire, si elle ne l'a pas occasionnée. Certes, parmi les causes invoquées, aucune ne nous paraît avoir autant de valeur que celle-ci. Dès l'abord, cependant, nous pouvons remarquer qu'elle serait en tous cas exceptionnelle, puisqu'elle est si peu citée, et qu'on n'en trouve même pas la mention bien régulière dans la plupart des descriptions théoriques qui ont été faites du fongus bénin. La blennorrhagie peut avoir agi de deux façons, ou bien en favorisant l'apparition ou l'accroissement, s'il existait déjà, du dépôt tuberculeux, ou bien peut-être en occasionnant du côté de l'épididyme la formation d'un noyau non tuberculeux, qui suppurerait ultérieurement. 1° Le premier cas est très-admissible, et ressemble de tout point, lorsque la blennorrhagie retentit sur l'appareil testiculaire, à ce que nous voyons se passer dans l'appareil respiratoire, lorsqu'une bronchite bien positivement accidentelle devient la cause occasionnelle d'un dépôt tuberculeux pulmonaire qui avait tendance à se faire, mais qui n'était pas encore commencé, ou vient en favoriser l'extension, ou imprimer au travail pathologique une plus grande intensité. 2° Le second cas n'est pas impossible à rencontrer, mais aucune des observations publiées ne permet d'affirmer qu'il ait encore été constaté d'une manière positive. C'est la même question que nous venons d'examiner à propos de la contusion. Il s'agirait de prouver, au moyen d'observations recueillies par des personnes connaissant bien le tubercule testiculaire, et par conséquent non susceptibles de tomber dans la confusion et l'erreur, qu'une blennorrhagie pure et simple, produisant une épididymite franchement inflammatoire, peut par exception être la cause essentielle d'une hernie testiculaire; pour cela, il faudrait que l'épididymite aiguë se terminât par suppuration, ou bien que le noyau qu'elle laisse si souvent après elle finît à un moment donné pour s'abcéder, sans se compliquer de la présence de tubercules; dans l'un ou l'autre cas, l'abcès devrait se comporter absolument comme dans le cas des tubercules, c'est-à-dire donner naissance, par ulcération lente et localisée, à une ouverture scrotale par laquelle le testicule s'échapperait plus tard.

Auquel de ces deux cas se rapportent les trois faits dans lesquels une blennorrhagie antécédente a été signalée? Il est impossible de le dire, faute de détails suffisants. De ces trois faits, deux appartiennent à M. Lawrence, l'autre à M. Jarjavay.

1° Le cas le plus concluant en faveur d'un abcès *simple* dû à une épididymite paraît être un de ceux de M. Lawrence.

Il s'agit d'un individu qui avait d'abord une gonorrhée intense; au bout de six semaines (ce qui rentre bien dans les limites d'une blennorrhagie ordinaire), survient une orchite (épididimyte) suraiguë; en trois semaines de durée de cette dernière lésion, apparaissent des frissons et une collection liquide qui est ponctionnée; une seconde ouverture se forme spontanément à côté de celle de la ponction, et il s'échappe, par suite de la réunion des deux en une seule, une substance *blanchâtre, fibreuse,* fongus qui s'agrandit ensuite, jusqu'à ce qu'il ait acquis le volume d'une noix.

Sans contredit, si on retrouvait maintenant un fait pareil, dans lequel on constaterait en outre que le pus de l'abcès est du pus franc et non tuberculeux, il n'y aurait pas d'objection à élever: épididymite apparaissant dans les limites ordinaires, terminaison si rare par abcès, précédée de frissons, tout cela ressemble assez à un pur travail inflammatoire. Il n'est pas jusqu'à la sortie du fongus (c'est-à-dire du testicule recouvert d'une substance blanchâtre, fibreuse et par conséquent non encore granulé), qui ne fasse ici une exception notable, car presque toutes les hernies

testiculaires tuberculeuses bien positives sont déjà granulées dès le commencement de leur apparition.

2° La seconde observation de M. Lawrence, relative à ce sujet, est moins concluante. Si l'on en croit le récit du malade, voici ce qui se serait passé : 8 mois auparavant, il y aurait eu une chaudepisse suivie d'une orchite avec gonflement énorme du testicule, qui aurait éclaté à travers la peau; la tumeur extérieure qui en avait été la conséquence durait depuis six mois, au moment où M. Lawrence put l'examiner. Or, l'on peut lire dans cette observation que nous donnons plus loin, à un autre point de vue, que la tumeur était *lisse, sans aucune apparence de granulations;* il y avait des *noyaux durs* dans le scrotum. Comment nous en rapporter au récit du malade, qui ferait supposer que le testicule était exposé depuis six mois, sans se couvrir de granulations, alors que nous l'avons vu s'en couvrir presque immédiatement dans les hernies traumatiques et consécutives, et alors que dans tous les autres cas de hernies tuberculeuses, nous voyons les granulations exister dès le début, et leur formation précéder si bien la sortie du testicule, que le plus souvent elle échappe à l'œil du chirurgien? Et puis, ces noyaux multiples dans le scrotum, qui se retrouvent si fréquemment dans les tubercules testiculaires dont ils sont presque caractéristiques, sont peu en faveur d'une épididymite simple. Un seul noyau, à la bonne heure; mais plusieurs, cela inspire des doutes sérieux.

3° La dernière observation, qui est de M. Jarjavay, est aussi rapportée plus loin en un résumé textuel. Comme c'est dans ce cas que M. Jarjavay et M. Robin ont fait un examen anatomo-pathologique précis, et qu'il n'y est pas question de tubercules, cela seul nous fait ranger l'observation dans l'exception possible, sans que nous puissions cependant la considérer, tant s'en faut, comme étant absolument concluante. Le renseignement vague qu'il y avait eu antérieurement deux blennorrhagies, dont la dernière avait laissé à sa suite une légère blennorrhée, ne permet pas, en effet, de dire même que la blennorrhagie ait eu aucune action réelle.

En somme, nous nous gardons bien de nier qu'une épididymite, précédée d'une blennorrhagie, à la rigueur même qu'une vraie orchite, ne puissent absolument donner lieu à une hernie testiculaire à travers une ouverture scrotale. Nous en tenant à ce qui est bien constaté, nous disons seulement : 1° ce n'est pas encore prouvé ; 2° si cela est, ce doit être fort rare, car l'épididymite blennorrhagique pure ne se termine à peu près jamais par suppuration ; car l'orchite vraie est extrêmement rare et se termine dans les cas connus par hypertrophie pure et simple, peut-être (??), par atrophie parfois, car enfin, dans la grande majorité des faits que nous possédons sur l'espèce de hernies testiculaires que nous étudions en ce moment, il n'y a pas eu de blennorrhagie antécédente.

D. Dans deux des observations que nous possédons, les auteurs de ces observations pensent qu'il s'agit de cas *syphilitiques*. Examinons attentivement cette opinion qui nous paraît encore moins fondée que les précédentes. Comme ces deux observations ont pour nous un grand intérêt, et peuvent nous être utiles à d'autres points de vue, nous les donnons ici en un résumé qui équivaut à leur reproduction intégrale.

La première est extrêmement intéressante, en ce sens que c'est la seconde des deux observations de Serre, de Montpellier. La première observation, on se le rappelle, est relative à un cas franchement traumatique, dans lequel il n'y avait pas moyen de douter que ce fût le testicule intact qui se trouvait à l'extérieur. Dans celle-ci, la tumeur appelée fongus du testicule par Serre est tellement identique, bien qu'elle soit survenue spontanément, que Serre s'empresse de faire remarquer l'identité, mais sans insister, mais surtout sans montrer comment ces deux faits seuls pouvaient permettre de faire une grande partie de l'histoire des fongus du testicule.

16e *Observation.* — *Hernie scrofuleuse du testicule,* dite *syphilitique* par Serre, de Montpellier, *Éphémérides médicales de Montpellier,* 1826, t. 2, p. 197.

Un homme de 30 ans, avait eu 4 blennorrhagies, dont la dernière, survenue en 1823, disparut spontanément en 25 jours; mais aussitôt parut un ulcère sur la couronne du gland. On lui infligea par suite 6 mois de traitement antisyphilitique. Il rentre d'Espagne en France en 1825 ; dans la traversée, douleurs ostéocopes (?) à diverses reprises. Puis le testicule gauche s'engorge; pustules et tumeurs gommeuses (? d'après le dire du patient, tout cela) sur diverses parties du corps. Peu de temps après le testicule acquiert le double de son volume ordinaire, et *le cordon est notablement gonflé.* La lésion testiculaire continuant à croître, un médecin appelé prescrit un traitement vraiment antiphlogistique dans lequel 150 sangsues sont successivement appliquées. Cependant, les enveloppes testiculaires distendues s'enflamment, s'ulcèrent sur deux points, et permettent aux parties sous-jacentes de végéter, et de venir former à l'extérieur deux excroissances assez volumineuses et persistant opiniâtrement. (Il y a erreur dans le chiffre, car nous voyons dans la description qui suit, qu'il n'y a qu'une excroissance.)

A l'entrée à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. Lallemand, on constate l'existence, sur le côté gauche du scrotum, d'une tumeur du volume d'une très-grosse noix, dure, bosselée, douloureuse. En cherchant à la détacher du scrotum, on aperçoit aisément qu'elle provient de la propre substance du testicule. (Plus loin, Serre fait remarquer la grande analogie existant entre cette tumeur et celle due évidemment à la sortie du testicule dans le cas de plaie du scrotum citée plus haut.) *Le cordon est fortement engorgé.* Douleurs rénales assez vives ; appétit presque nul, digestions pénibles, face pâle, traits tirés, amaigrissement rapide et déjà profond.... (Tout cela prouve qu'il y a une cachexie commençante, mais qu'on pourrait supposer au moins aussi bien, si ce n'est plus, scrofuleuse que syphilitique.) Grand nombre de taches cuivrées sur le corps, et sur la jambe droite trois ulcérations avec décollement de la peau. Le patient vient à l'hôpital avec la conviction que l'amputation du testicule est nécessaire. Mais M. Lallemand, supposant que le tout était dû au vice vénérien, n'en jugea pas ainsi.

Traitement général par l'or. Pendant 25 jours, la tumeur reste stationnaire. Alors M. Lallemand pratique une incision d'un pouce en haut et en bas, pour agrandir l'ouverture par laquelle sort la tumeur, comme dans le cas de Delpech. On continue les applications émollientes. 15 ou 20 jours s'écoulent encore, sans changement aucun ; les deux incisions se sont fermées par une substance intermédiaire. Cependant bientôt un léger affaissement se manifeste dans la tumeur qui diminue graduellement, au point que quelques applications répétées du nitrate d'argent suffisent pour *forcer* le testicule à rentrer et amener la guérison complète.

Outre les deux ou trois remarques que nous avons intercalées entre parenthèses, nous pouvons ajouter que peu nous importe au fond la question de savoir si le patient avait ou n'avait pas actuellement la syphilis. Nous pourrions néanmoins faire remarquer que l'assertion provenant du patient qu'il avait eu des tumeurs gommeuses (s'il s'est réellement servi de ces expressions qui paraissent bien scientifiques), et la simple mention, sans description aucune, de la présence d'un grand nombre de taches dites cuivrées sur le corps, et de trois ulcérations avec décollement sur la jambe droite, ne prouvent pas grand'chose chez un individu scrofuleux. Mais la question qui nous importe, est celle-ci : la lésion testiculaire était-elle syphilitique ? D'après nous certainement non, à moins que ce ne soit une lésion syphilitique d'un genre tout particulier, telle qu'on n'en connaît pas maintenant, et qu'on n'en trouve plus à l'hôpital des vénériens de Paris, ni dans la pratique. Un gonflement testiculaire qui marche d'abord rapidement, au point de doubler le volume de l'organe, qui persiste ensuite longtemps avec assez de manifestations inflammatoires pour justifier l'application successive de 150 sangsues, qui s'accompagne d'un engorgement du cordon, qui donne naissance à une ulcération scrotale par laquelle s'échappe un testicule assez intact pour qu'on ait dû songer à le réintégrer ; un pareil gonflement n'est pas syphilitique ; le testicule syphilitique, dans ses deux formes, est trop connu aujourd'hui, pour que nous ayons besoin d'insister. Nous retrouvons ici, au contraire, tous les caractères bien connus de la lésion tuberculeuse du testicule. Néanmoins, si nous n'acceptons pas que la lésion soit syphilitique, si nous trouvons les caractères d'une affection tuberculeuse, et quelles que soient les probabilités en faveur d'une lésion tuberculeuse, nous nous contenterons de poser des points de doute. Nous aurons à revenir sur la manière dont s'est faite la guérison dans ce cas.

A. DEVILLE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE LÉGALE.

J'ai déjà plusieurs fois entretenu mes lecteurs du conflit qui s'était élevé entre un praticien fort distingué de province, M. le docteur Demeaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté de Paris, et quelques-uns de ses confrères. M. Demeaux avait constaté, le 25 mai dernier, l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, laquelle, au contraire, fut niée par un autre médecin qui examina le patient le 30 juin suivant, c'est-à-dire trente-six jours après. La prétendue fracture ayant été produite par une voie de fait, on comprend que les dommages-intérêts pouvaient varier suivant que l'existence de la fracture serait admise ou rejetée. De là l'importance qu'on attachait au témoignage des médecins. A cette occasion, je reçus une lettre de M. Gensoul, je publiai une clinique de M. Velpeau, qui prouvaient par des faits positifs que les signes d'une fracture de l'omoplate peuvent disparaître en beaucoup moins de trente-six jours. La Société se livra, sur les instances de M. Demeaux, à une discussion qui conduisit aux mêmes conclusions.

La question scientifique et la question oratique exclusivement médicale étaient donc résolues; mais il restait la question pratique médico-légale, et celle étant exclusivement du ressort des tribunaux demeurait nécessairement très-incertaine. Le tribunal de Cahors vient de la résoudre conformément aux véritables principes de la science. Il a fait mieux encore, il a posé un principe qui sera, nous l'espérons, adopté par la magistrature et deviendra une règle générale de jurisprudence : « Dès qu'un « homme intelligent, honnête, dit le tribunal, affirme avoir con- « staté un fait physique, *qui est du ressort de sa connais- « sance, il n'est pas possible au tribunal de révoquer ce « fait en doute.* »

Je crois utile de mettre sous les yeux de mes lecteurs l'extrait du jugement remarquable où ce principe de justice et de raison a été aussi nettement consacré. H. DE CASTELNAU.

Dispositif du jugement du 12 janvier 1853,

Entre les sieurs GUINGAL *et* CANTAGREL *et MM.* DEMEAUX *et* BRIANÇON, *docteurs en médecine.*

1re Chambre du tribunal civil de Cahors.

AU FOND.

Attendu qu'il est constaté par les enquêtes, que le 23 mai dernier, Cantagrel fils, provoqué par un propos de Guingal, lui donna un soufflet, à la suite duquel ce dernier fut renversé, et à la suite duquel encore il est prétendu que l'omoplate droite aurait été fracturée.

Attendu qu'il est important, pour la justice, de rechercher si cette fracture a eu réellement lieu, par le motif que son existence ou sa non-existence doivent fixer la conscience du juge sur le plus ou moins d'étendue de dommages à accorder.

Attendu que cette considération a frappé le premier juge lui-même, puisqu'il a dirigé l'instruction du débat vers ce but, en commettant un nouveau docteur pour examiner le rapport du premier qui avait constaté la fracture.

Attendu qu'il est constant que le 25 mai, le surlendemain de l'événement, cette fracture a été constatée par M. le docteur Demeaux, qui a formellement affirmé, dans son rapport, son existence; qu'à ce point de vue la question se réduit à une question de moralité; que dès qu'un homme intelligent, honnête et contre lequel le tribunal ne saurait élever aucune espèce de suspicion, affirme avoir constaté un fait physique, *qui est du ressort de sa connaissance, il n'est pas possible au tribunal de révoquer ce fait en doute.*

Attendu que le degré de certitude qui résulte de ce premier aperçu ne saurait être affaibli par le contre-rapport de M. le docteur Briançon, que quel que soit le degré d'aptitude et d'honnêteté de ce dernier praticien, il n'a pu être à même de porter un jugement aussi sûr sur le fait en contestation, par cette raison qu'il ne lui a été soumis que 37 jours après, et alors que la fracture était complétement guérie, et ne laissait, au dire des hommes de la science, aucune espèce de trace.

Attendu, du reste, que c'est là l'appréciation qu'ont faite de la difficulté toutes les sommités de la chirurgie, ainsi que cela résulte des attestations qui ont été fournies tant par la Société de chirurgie de Paris, que par MM. Velpeau, Gensoul, Orfila, Viguerie.

Attendu, à la vérité, qu'une prétendue variation pourrait être relevée dans l'opinion de ce dernier, mais que l'examen le plus superficiel démontre, de la manière la plus NETTE, que cette prétendue variation n'existe pas, puisque le tribunal s'est assuré, par la lecture des enquêtes, que la question n'avait point été posée à M. le docteur Viguerie, telle qu'elle résulterait des faits qui avaient été recueillis.

Attendu, dès lors, que de ce qui précède il suit que les dommages accordés par le premier juge ne sont point la réparation suffisante du tort causé, puisqu'il n'avait constaté qu'un simple coup, tandis que le tribunal est dans la nécessité de voir, en dehors de ce coup, une fracture qui a occasionné un chômage de travail plus considérable, un traitement plus dispendieux et des conséquences plus graves pour la santé de celui qui en était l'objet.

Attendu, en droit et aux termes de l'art. 1382, C. N., etc.

Par ces motifs, le tribunal ouï à l'audience des 11 et 12 janvier courant, les avocats, les avoués des parties, en leurs dires et leurs développements, ensemble M. Sers, substitut à M. le procureur impérial, en ses conclusions verbales, motivées et conformes, dit : qu'il a été mal jugé, bien appelé; ce faisant, réforme le jugement entrepris, procédant par un nouveau juge, faisant ce que le premier juge aurait dû faire, déclare que, par suite du coup porté par Cantagrel à Guingal, dans la rixe du 23 mai dernier, l'omoplate droite de ce dernier a été fracturée, en réparation de quoi condamne, etc.

(Ainsi jugé par la première chambre du tribunal civil de Cahors, le 12 janvier 1853.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février 1853.— Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Demande d'exploitation d'une source minérale de Forges.

2° Plusieurs échantillons de remèdes secrets.

3° Rapport sur une épidémie de rougeole, par M. Thérial, médecin à Épinal.

4° Rapport sur les eaux minérales d'Hammam (Algérie), par M. le docteur Boucher.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Falsification du lait.

M. Poggiale adresse la lettre suivante en réponse à la réclamation de MM. Becquerel et Vernois :

MM. Vernois et Becquerel ont cru devoir répondre à la note que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, dans sa séance du 8 février, et dans laquelle je constatais, par des faits précis, un droit qui m'appartient et quelques-unes des erreurs commises par ces honorables médecins. Je regrette d'être obligé d'entretenir de nouveau l'Académie de ce débat, mais elle comprendra, je l'espère, que, dans l'intérêt de la science, je lui dois encore quelques explications. La réplique a été vive et quelquefois injuste. Je ne suivrai pas cet exemple.

Il résulte de la lettre même de MM. Vernois et Becquerel qu'ils ont employé le procédé que j'avais indiqué en 1849, et qu'ils n'ont eu pour but que de perfectionner les moyens actuellement connus. Si j'avais remarqué dans leur travail le moindre progrès, en ce qui concerne l'analyse du lait, on peut me croire, j'aurais été heureux d'applaudir à leurs efforts. Mais, qu'ont-ils découvert? Rien. Ils ont suivi exactement le procédé que j'avais décrit; seulement, au lieu des appareils ingénieux et précis de MM. Biot et Soleil, ils ont fait usage d'un instrument inexact.

Je savais que M. Becquerel s'était servi d'un polarimètre construit par M. Dubosc, pour la détermination de l'albumine, et je n'ai aucune peine à croire que les analyses du lait ont été faites avec ce même instrument. Cet appareil, parfaitement connu (1), que MM. Vernois et Becquerel appellent grand polarimètre, et celui qu'ils ont imaginé pour la pratique ordinaire et qu'ils nomment petit polarimètre, sont basés exactement sur les mêmes principes; ils ont la même longueur (20 centimètres), et donnent tous les deux de fausses indications. Ils fournissent à peu près les mêmes résultats, ainsi que le démontrent les chiffres suivants obtenus par ces messieurs (38,50 pour le petit polarimètre, et 37,80 pour le grand). Par conséquent, si l'un est défectueux, l'autre doit l'être aussi.

Entre ces chiffres et celui que j'ai constaté moi-même (50 à 55), et qui avait été reconnu, avant moi, à l'aide d'un autre procédé, par M. Boussingault, et depuis moi, par M. Regnault, lequel doit mériter la confiance? C'est ce que la commission nommée par l'Académie décidera. Lorsqu'elle voudra bien me le permettre, je serai heureux de faire ces expériences sous ses yeux, elle pourra se convaincre que les faits avancés par moi sont

(1) V. *Répertoire d'optique*, 1850.

exacts et que j'ai dû exprimer le regret que, dans un travail aussi important, MM. Becquerel et Vernois n'eussent pas employé le polarimètre de M. Biot ou celui de M. Soleil dont la précision ne laisse rien à désirer.

J'ai démontré jusqu'à l'évidence, dans ma note, les erreurs graves que MM. Becquerel et Vernois ont faites en ce qui concerne l'addition de la dextrine et du sucre, la séparation de la crème et l'examen des liquides colorés par le saccharimètre de M. Soleil. En gardant un silence absolu sur toutes ces questions qui formaient le point capital du débat, ces messieurs reconnaissent sans doute la justesse de mes observations.

Je regrette vivement, pour MM. Vernois et Becquerel, qu'une pensée injuste et peu bienveillante se soit glissée dans leur lettre sur la question de priorité pour le dosage du sucre de lait par le polarimètre. A l'assertion suivante : « Puisque M. Poggiale *a oublié jusqu'ici de le dire* et nous oblige « à le lui *rappeler publiquement*, c'est à M. l'abbé Moigno que revient « l'idée et la direction des recherches de M. Poggiale sur le dosage du « sucre de lait par le polarimètre, » je répondrai simplement par l'autorité irrécusable des faits.

J'ai adressé, en 1849, un mémoire à l'Académie des sciences sur le *dosage du sucre de lait* par la méthode des volumes. *Personne* n'en avait parlé jusque-là ; si MM. Becquerel et Vernois avaient étudié plus sérieusement cette matière, ils n'auraient pas songé à me contester une découverte que tous les chimistes reconnaissent m'appartenir *entièrement*.

Après la publication de mon travail, et à propos de ce travail, M. l'abbé Moigno, que j'avais occasion de rencontrer, m'engagea à vérifier, par le saccharimètre de M. Soleil, les résultats que j'avais obtenus. Je fis dans mon laboratoire, et sans le concours de M. l'abbé Moigno que je connais à peine, un grand nombre d'expériences avec ce polarimètre, j'établis une table avec le plus grand soin et j'eus l'honneur d'adresser encore à l'Académie les résultats de mes recherches, *sans oublier* de faire connaître la part qui en revenait à M. l'abbé Moigno. Ce savant voulut bien m'en remercier, et, dans son *Répertoire d'optique moderne*, publié en 1850, on lit le passage suivant que MM. Vernois et Becquerel connaissent parfaitement, puisque l'ouvrage est mentionné dans leur lettre : « M. Poggiale a « bien voulu reconnaître (dans le préambule de son mémoire) qu'il nous « devait l'idée, etc. »

Dernièrement encore, dans le *Cosmos* du 13 février 1853, également mentionné par MM. Vernois et Becquerel, M. l'abbé Moigno a écrit les lignes suivantes : « Qu'on nous permette de reprocher à MM. Becquerel et « Vernois de n'avoir pas rappelé que le procédé d'analyse du lait par le « polarimètre avait été non-seulement *proposé, mais formulé dans tous ses* « *détails* par M. le docteur Poggiale. »

Ainsi, il demeure bien entendu que le procédé qui consiste à déterminer la richesse du lait par le dosage du sucre n'appartient qu'à moi. J'ai rendu justice à M. Moigno pour l'application du polarimètre comme moyen de vérification. Que reste-t-il donc à MM. Vernois et Becquerel? La nature de mes études habituelles et mes nombreuses recherches sur le lait, en particulier, me permettent d'attendre avec confiance la réponse de l'Académie à cette question.

Je crois avoir exposé les faits d'une manière assez nette pour pouvoir me dispenser d'une nouvelle réponse dans le cas où ces messieurs jugeraient à propos de réclamer encore.

Huile de foie de morue.

M. Berthé adresse un troisième mémoire sur l'analyse des huiles de foie de morue.

Vaccine.

M. Mercier, médecin cantonnal à Pontarlier, informe l'Académie que, dans les tournées dont il a été chargé, il a trouvé un grand nombre d'enfants non vaccinés.

Lettre de remercîments.

M. le docteur Conneau adresse une lettre de remercîments dont il n'est peut-être pas inutile, au point de vue historique, de reproduire l'extrait suivant qui en forme à peu près les trois quarts :

« Veuillez, monsieur le président, faire agréer à l'Académie mes bien « vifs et bien sincères remercîments, et l'assurer qu'en toute circonstance, « je tâcherai de me rendre digne de la noble profession à laquelle je me « suis voué et qui m'a valu l'honneur qui vient de m'être conféré aujour- « d'hui, et du corps auquel je vais appartenir.

« Veuillez agréer, monsieur le président, avec mes remercîments, l'hom- « mage empressé de mon dévouement respectueux et de ma haute consi- « dération et parfaite estime. « Dr Henri Conneau. »

PERMUTATION.

M. le professeur Dubois demande à passer de la section de pathologie chirurgicale dans celle d'accouchements où l'appelle la spécialité de ses études.

Après une courte discussion, l'Académie décide que la demande de M. Dubois sera renvoyée à une commission composée de onze membres pris un dans chaque section.

Perforation de la base du crâne chez le fœtus hydrocéphale.

M. Dujardin, de Lille, adresse la lettre suivante :

« J'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, en novembre 1851, une observation de dystocée relative à un cas de présentation pelvienne compliquée d'hydrocéphalie considérable, cas pour lequel les auteurs n'avaient pas encore tracé de marche à suivre pour pratiquer la perforation de la base du crâne ; par conséquent, chaque fois qu'un accoucheur rencontrait dans sa pratique un cas de ce genre, il était obligé de marcher à tâtons et de se diriger d'après ses propres inspirations pour se tirer d'affaire le moins mal possible. Mon observation a été présentée à l'Académie dans sa séance du 18 novembre 1851.

« Depuis cette époque, un honorable académicien, M. Chailly, dans la 3e édition de son *Traité d'accouchements* qu'il vient de faire paraître, a consacré quelques pages à l'étude de cette importante question de pratique obstétricale. M. Chailly recommande, dans les cas de présentation pelvienne compliquée d'hydrocéphalie : 1° d'exercer des tractions sur le tronc du fœtus ; 2° si ces tractions n'amènent aucun résultat, d'appliquer le forceps ; 3° enfin, si l'application du forceps est impossible, ou si elle ne permet pas d'extraire la tête du fœtus, de perforer la base du crâne ; et, pour pratiquer cette opération, M. Chailly propose d'abaisser la mâchoire inférieure, de faire pénétrer les ciseaux de Smellie dans la bouche et de perforer le crâne à travers la voûte palatine.

« Comme ce procédé de perforation de la base du crâne me paraît plus dangereux, surtout s'il était mis en usage par des mains peu habiles, et d'une application moins facile que celui que j'ai employé, je crois devoir appeler de nouveau l'attention de l'Académie sur mon observation.

« Le procédé de M. Chailly me paraît dangereux et d'une application difficile, parce que le cou du fœtus et la main de l'accoucheur qui abaisse la mâchoire inférieure remplissant exactement le vagin, il ne reste plus guère de place pour introduire sans danger à une grande hauteur, puisque le crâne, dans ces cas, est retenu au-dessus du détroit supérieur, les terribles ciseaux de Smellie dont les lames sont larges et tranchantes en dehors. Pour pénétrer d'ailleurs dans le crâne, à travers la voûte palatine et la voûte des fosses nasales, il doit être nécessaire d'employer une certaine force, et d'imprimer aux ciseaux des mouvements de rotation sur leur axe. Or, ces mouvements de rotation ne peuvent avoir lieu sans exposer gravement les organes de la femme et la main de l'accoucheur.

« Le procédé que j'ai employé est évidemment moins dangereux que celui de l'honorable M. Chailly. Ce procédé, en effet, consiste à placer un crochet mousse, celui par exemple qui termine ordinairement chacune des branches du forceps, sur la base de l'une des cavités orbitaires du fœtus, et à le forcer, en lui imprimant un mouvement de rotation convenable, à pénétrer dans la cavité crânienne par le fond de l'orbite. L'effort nécessaire pour obtenir ce résultat est peu considérable.

M. Chailly rapporte qu'en 1848, dans un cas de présentation pelvienne compliquée d'hydrocéphalie considérable, M. Vanhuvel a essayé, au moyen d'un petit crochet mousse, de disloquer les jointures orbitaires par des tractions et des secousses brusques, espérant faire sortir par là la masse de sérosité intra-crânienne. Mais le célèbre accoucheur de Bruxelles a échoué dans ses tentatives.

« Je crois qu'il est permis d'affirmer que si M. Vanhuvel, au lieu de tenter de disloquer la cavité orbitaire, eût cherché, en perforant le cul-de-sac de la conjonctive et en longeant les parois de l'orbite, à pénétrer dans le crâne par le trou optique, il y fût parvenu aussi facilement et aussi promptement que j'y suis parvenu moi-même. Dujardin. »

DISCUSSION SUR L'OPIUM INDIGÈNE ET LE LACTUCARIUM.

La parole est à M. Soubeyran qui s'exprime ainsi :

Je regrette de rentrer dans ce débat ; mais, depuis la dernière séance, j'ai lu le rapport de la commission et j'y ai trouvé bien des choses qui m'avaient échappé à la lecture. Le rapport a été fait avec beaucoup d'art et de talent.

La commission admet que le lactucarium et l'opium indigène, retiré du pavot pourpre, doivent recevoir l'application du décret du 3 mai. Je partage cet avis de la commission ; mais je ne vais pas plus loin d'accord avec elle.

La commission veut que l'opium indigène soit un remède spécial qui devienne la base d'une série de formules parallèles à celles du *Codex*, mais qui en restent distinctes. Je dis, au contraire, que l'opium indigène peut être vendu et employé concurremment avec l'opium exotique.

La commission s'appuie de l'opinion de M. Boullay et de celle de M. Orfila, tous deux membres de la commission. Elle invoque le rapport de M. Grisolle et celui de M. Rayer qui auraient exprimé le vœu, dit-elle, que des expériences faites sur une large échelle viennent confirmer les avantages qu'ils ont reconnus au nouveau produit.

Or, voici ce qui résulte des expériences de M. Grisolle, suivant M. le rapporteur lui-même, il est vrai à une époque où il ne s'agissait pas encore d'adopter les formules de M. Aubergier; on lit, p. 17 :

« Ces observations, qui ont été transmises au rapporteur par M. Grisolle, démontrent que l'extrait obtenu par M. Aubergier jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'extrait d'opium exotique, que son action ne peut être plus énergique. »

M. Rayerdit : p. 18 du rapport.

« Lorsqu'on a remplacé l'opium indigène par l'opium exotique, le plus grand nombre des malades n'a pas indiqué, soit sous le rapport de la diminution des douleurs, soit sous celui de la régularité du sommeil, de différences bien appréciables dans les effets thérapeutiques.

« Toutefois, chez un certain nombre de malades, l'action sédative de l'opium indigène a été plus marquée que celle de l'opium exotique; mais, comme une foule de causes accidentelles peuvent, en dehors de l'action de l'opium, avoir de l'influence sur la durée et la régularité du sommeil, sur la diminution, la cessation et l'aggravation des douleurs, de nouvelles expériences seraient nécessaires avant de pouvoir affirmer que l'opium indigène a une supériorité incontestable sur l'opium exotique employé dans nos hôpitaux. »

Et, p. 19, la commission conclue ainsi :

« Il reste démontré que l'opium indigène jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'opium exotique, à un degré au moins égal à celui de l'opium de bonne qualité employé dans nos hôpitaux. »

Je vois, dans tout ceci, la preuve de l'extrême ressemblance d'action des deux opium exotique et indigène; mais je n'y *retrouve pas le vœu que des expériences, faites sur une large échelle, viennent confirmer les avantages reconnus au* nouveau produit.— Je passe à l'apréciation chimique.

M. Aubergier nous dit que l'opium de Turquie est préparé avec le pavot pourpre, qu'il en a la preuve par les graines déposées à l'exposition de Londres, et par la composition de cet opium. Il nous dit, de plus (p. 12), qu'il ne faut pas tenir grand compte de l'influence du climat.

Qu'on nous dise alors, quand l'action médicale se montre si rapprochée et la composition si semblable, pourquoi on veut distinguer dans la pratique le produit du pavot pourpre de France, du produit du pavot pourpre d'Orient. Je comprendrais encore que l'on vînt nous proposer de ne pas confondre entre eux les divers opium exotiques, de Turquie, de Smyrne et d'Égypte, qui diffèrent énormément entre eux; mais je ne comprends plus qu'on vienne nous proposer de séparer ceux que l'on dit précisément être si semblables, et qui le sont à tel point, que vous ne sauriez reconnaître si une préparation a été faite avec l'un ou avec l'autre.

La commission a déplacé la question. Il faut la ramener sur son véritable terrain, celui où M. Payen et M. Chevallier l'ont sagement placée. N'employez, pour les préparations d'opium, que de l'opium titré, quelle que soit son origine, qu'il vienne de France ou de l'Orient, fixez en le titre... Il appartient à l'Académie de prendre l'initiative de cette mesure, dont l'exécution est entourée encore de difficultés de tout genre : je lui en ferai tout à l'heure la proposition formelle.

On nous assure, il est vrai, que l'opium indigène contient toujours 10 pour 100 de morphine. Est-ce donc une raison pour le distinguer de l'opium exotique qui provient du même pavot et qui en contient la même quantité? A vrai dire, cette prétendue constance de l'opium indigène n'est qu'une fantasmagorie que l'on fait passer devant nos yeux. Et, d'abord, l'opium de pavot pourpre ne contient pas 10 pour 100 de morphine. La preuve en est dans les analyses de M. Aubergier, qui s'est servi de procédés qui ne donnent pas toute la morphine de l'opium. En se basant sur ses propres expériences, ce n'est pas 10, mais 11 et 12 pour 100 de morphine qui se trouveraient dans l'opium du pavot pourpre. De plus, je trouve dans le travail de M. Aubergier que lorsqu'on récolte l'opium à diverses époques de la saison, les sucs n'ont pas la même richesse. Dans un essai en petit, on pourra bien faire un mélange uniforme de tous ces produits; mais sur une grande exploitation, cela serait impossible, et les opium de première récolte seraient plus riches que les derniers.

Je fais un appel au bon sens de toute cette assemblée. Est-ce que deux années de suite nous avons des plantes médicinales dont les sucs soient pareils; des fruits sucrés au même degré ; des blés qui renferment la même proportion de gluten? Est-ce que les produits du Nord sont semblables à ceux du Midi? Est-ce que le jour où M. Aubergier opérera sur un autre sol que sa terre féconde et volcanique de la Limagne, ses produits ne seront pas changés? La nature aurait-elle fait une exception unique en faveur du pavot pourpre? Que la commission ne vienne donc plus nous parler de cette identité de composition. Je lui répondrais avec les paroles de son premier rapport (page 13) :

« Est-ce à dire que nous soyons convaincus que l'opium qui pourra désormais être obtenu en France présentera toujours cette constance si désirable dans sa composition; qu'il sera à l'abri de toutes les fraudes, de toutes les modifications dans sa préparation qui peuvent changer la proportion des principes qui lui communiquent ses propriétés; nous n'oserions l'espérer. »

Cette fois, je me rencontre avec la commission; mais je ne conclus pas comme elle. Je demande que l'opium indigène du pavot pourpre puisse être vendu; mais je demande que, comme les autres, il soit soumis au titrage.

J'arrive aux formules.

Il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient. Je ne puis véritablement faire honneur à M. Aubergier d'une idée qu'il a prise à un autre. A M. Chevallier appartient l'heureuse idée de titrer les opium, et j'ajoute qu'elle a été féconde. Je pourrais vous nommer des pharmaciens de Paris qui titrent leur opium à 10 pour 100; j'ai adopté moi-même ce titre dans la 4e édition de mon *Traité de Pharmacie*. Elle est mise publiquement en pratique par les hôpitaux de Paris, depuis quelques années; ils demandent un minimum de 9 pour 100 de morphine, pour avoir une quantité de morphine qui soit toujours dans le voisinage de dix. On nous oppose que ce sera au moins une chose neuve pour la plupart des pharmaciens. Oui, si l'Académie obtient du ministre de fixer la richesse des opium qui doivent entrer dans les préparations pharmaceutiques, ce sera neuf pour beaucoup de pharmaciens ; mais ce ne sera pas à M. Aubergier, mais bien à M. Chevallier qu'ils devront rapporter l'honneur de cette initiative.

Mais voici qui est plus digne d'attention. De ce que l'extrait de têtes de pavots est variable dans sa composition, on nous propose de lui substituer un sirop d'opium qui contiendrait un centième de son poids de morphine. 1 centigramme pour 10 grammes, trois fois moins. Avec la meilleure volonté du monde, je ne puis trouver que vous ayez fait là une invention utile. Les médecins ont réalisé depuis longtemps votre perfectionnement dans leur pratique, en abaissant la dose du sirop d'opium du *Codex*. Votre nouvelle formule ne peut qu'embrouiller les praticiens et ouvrir la porte à des erreurs fatales.

Mais remarquez comment la commission s'est laissé entraîner malgré elle. Cette commission si craintive, si méticuleuse, qui veut faire chose à part de l'opium indigène, malgré la similitude d'action médicale de composition, la voilà cette fois qui oublie complétement que les sucs obtenus, par incision, des vaisseaux propres de la capsule du pavot, ne sont pas pareils à l'ensemble des sucs contenus dans toute la capsule et qui vont les substituer les uns aux autres, précisément pour une préparation destinée plus particulièrement à la médecine des êtres les plus impressionnables. Quelqu'un a fait mieux que la commission et mieux que M. Aubergier : c'est M. Meurcin, à Lille. Pour changer la formule du sirop de pavot, attendez à connaître ses travaux.

Je passe aux formules du lactucarium. Il y a un extrait hydroalcoolique qui est bon. Avant de l'adopter définitivement, il faudra pourtant que l'expérience prononce entre lui et l'extrait fait avec l'alcool fort, suivant la méthode de M. Dublanc. Il y a un sirop de lactucarium dont j'appellerais la formule inintelligente, si elle ne sortait de la tête éminemment intelligente de M. Aubergier.

Il fait ajouter l'extrait au sirop, et clarifie à l'aide du blanc d'œuf et d'une ébullition prolongée. Tous les praticiens qui sont dans cette Académie savent que c'est le moyen d'enlever au sirop la plus grande partie de ce que l'on y a introduit. De plus, la dose de lactucarium est tellement minime que le sirop devient un remède insignifiant. J'avais de grands doutes sur l'efficacité médicale du lactucarium; j'avais tort... A ma demande, M. Marotte a bien voulu expérimenter dans son service et étudier les effets de l'extrait de lactucarium. Les expériences ne sont pas terminées, mais je puis cependant en faire connaître à l'Académie le résultat principal. Il faut 20 centigr. d'extrait de lactucarium pour procurer le repos à un adulte. L'effet s'use vite, et, dans les jours suivants, il faut successivement élever la dose.

J'en conclus que le sirop fait suivant la formule de M. Aubergier est une préparation insignifiante. La dose d'extrait de lactucarium devrait être portée au centième du poids du sirop; il faudrait aussi changer la manipulation qu'il a prescrite.

A la suite de ce discours, M. Soubeyran formule des propositions tendant à répondre à M. le ministre qu'il convient d'accorder à l'opium indigène l'autorisation d'être librement vendu; que tous les opium devront être titrés à 1 dixième de morphine ; que les formules proposées par M. Aubergier ne doivent pas être adoptées; que les préparations de lactucarium doivent être expérimentées de nouveau avant d'accorder à ce produit le bénéfice du décret du 3 mai.

M. le président annonce que M. Aubergier ne tenant nullement à l'adoption de ses formules, mais à l'application du décret du 3 mai à l'opium indigène, on peut voter une conclusion dans ce sens ; mais M. Caventou, qui était inscrit pour justifier le travail de la commission, tient à prendre la parole et s'exprime en ces termes :

M. Caventou. J'ai été surpris, dans la dernière séance, d'entendre plusieurs de nos honorables collègues s'opposer à l'application du décret du 3 mai 1850 relatif à l'opium indigène, et chercher, par une fin de non-recevoir, à faire rejeter la conclusion de votre commission des remèdes secrets et nouveaux, favorable à ce produit; il m'avait semblé que le rapport de M. Bouchardat prévoyait et discutait les objections possibles à cette conclusion, en même temps qu'il faisait suffisamment ressortir l'opportunité de son adoption par l'Académie. Aussi n'avais-je point hésité à

voter dans le sein de la commission dont j'ai l'honneur de faire partie; on trouvera donc bien naturel que je vienne ici défendre le rapport contre les attaques dont il a été l'objet; attaques dont la conséquence finale, si elles venaient à prévaloir, priverait la matière médicale d'un bon médicament de plus, et notre production agricole d'une nouvelle source de richesses.

Enfin, messieurs, et ceci est fort grave et mérite la plus sérieuse attention de l'Académie, il s'agit de savoir, pour l'autorité qui nous consulte, comme pour beaucoup de monde hors de cette enceinte, si le décret du 3 mai 1850 est une vérité offerte aux travailleurs comme moyen d'émulation dans l'entrée de la science et de l'art de guérir, ou bien si ce décret doit rester à l'état de lettre morte.

Serait-il vrai, ainsi que le soutiennent nos honorables adversaires, que l'occasion favorable d'appliquer ce décret ne s'est point encore présentée à l'Académie à propos du lactucarium et de l'opium indigène? Votre commission pense tout le contraire.

Depuis longues années, messieurs, vous savez que les moyens d'extraire du pavot indigène un suc épaissi, analogue à l'opium exotique, avaient été signalés par un grand nombre d'observateurs ; mais la possibilité d'en faire une exploitation en grand, au double point de vue de l'agriculture et de la consommation générale, était toujours restée à l'état de doute, et je dirais même que le préjugé du monde attachait à l'opium d'Orient une valeur médicale bien supérieure à celle que pourrait jamais atteindre l'opium récolté en France; aussi, pour résoudre ces importantes questions d'économie publique, que d'essais et d'expériences variées et empruntées aux diverses branches des sciences naturelles, que de sacrifices de temps et d'argent, n'a-t-il pas fallu faire pour arriver au point où nous en sommes aujourd'hui.

Plus d'un travailleur y a mis la main, sans doute, mais personne ne contestera, j'espère, que la part la plus large et la plus capitale de l'œuvre ne soit due à M. Aubergier; c'est une justice que nos honorables adversaires se sont plu à lui rendre, et ce n'est pas nous qui resterons en arrière sur ce point; mais il y a cette grande différence entre eux et nous, que nous faisons de ces services un point d'appui pour défendre le droit invoqué par notre confrère.

Oui, suivant nos adversaires, M. Aubergier a bien mérité de la science et de la thérapeutique ; il est digne d'une récompense; que le gouvernement la lui donne, nous y applaudirons ; mais l'Académie ne peut rien pour lui, et ce décret du 3 mai 1850 qu'il invoque pour *légaliser* la vente du lactucarium et de l'opium indigène, dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie est inutile : que l'Académie sollicite un décret qui prescrive le titre commercial de l'opium, et tout sera dit, toute difficulté sera résolue, sans que M. Aubergier ait le droit de se plaindre, puisqu'il arrivera *sur le marché,* permettez-moi cette expression, au même titre que les Orientaux; et alors où sera la nécessité d'appliquer le décret du 3 mai 1850? Gardez donc ce décret en poche, et mettez-vous en instance pour obtenir l'autre.

Messieurs, il n'est que trop vrai que l'opium d'Orient répandu dans le commerce pour les besoins de l'art de guérir est loin de présenter toujours une force active constante, ce qui tient aux origines multiples de ce produit, aux diversités de sa culture, de son extraction et de sa préparation, indépendamment des différences qu'il tient aussi du sol et de l'espèce végétale. Ce ne sera pas un des moindres services de M. Aubergier d'avoir puissamment contribué à fixer l'attention des médecins et des pharmaciens sur cette versatilité de composition de l'un de nos médicaments héroïques, au point qu'aujourd'hui on sente la nécessité d'une mesure légale à son égard qui règle, autant que possible, toutes ces incertitudes; mais, en attendant le nouveau décret que l'on invoque à ce sujet, est-ce donc une raison pour ne point faire usage de celui qui existe, et dont l'application bien entendue permettra aux nouveaux produits opiacés de prendre un rang légal dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie? Je ne le crois pas, c'est ce que n'a point pensé, après un mûr examen, votre commission des remèdes nouveaux, et c'est, nous osons l'espérer, ce que l'Académie pensera comme nous.

L'application du décret du 3 mai 1850 à l'opium indigène est d'autant plus opportune que M. Aubergier a fait, à l'égard de ce produit, ce que l'on trouve utile de faire pour l'opium exotique, c'est-à-dire qu'il vous le présente tout titré suivant l'espèce végétale d'où il a été extrait, soit du pavot pourpre, soit du pavot œillet ou bien du pavot blanc. La thérapeutique sera donc toute réglementée à cet égard et les praticiens sauront ce qu'ils feront, autant que possible, en pareille matière lorsqu'ils le prescriront ; et, d'ailleurs, MM. Rayer et Grisolle vous ont suffisamment édifiés sur les propriétés médicales du nouveau produit, ils ont constaté qu'il y avait analogie d'action entre cet opium et celui d'Orient, et cette analogie nous suffit quant à présent; car, pour affirmer l'identité entre les deux produits, le temps seul, aidé par une longue expérience, pourra probablement l'établir; mais, jusque-là, l'opium indigène devra toujours être regardé comme un médicament distinct, qu'il ne sera point permis de substituer à l'autre sans l'assentiment du médecin.

La chimie elle-même nous vient en aide à cet égard ; ne trouve-t-elle pas chaque jour de nouveaux principes dans les opium d'Orient. Tout récemment encore, un chimiste allemand, M. Hinterberger, n'a-t-il pas annoncé l'existence d'un nouveau principe cristallisable dans l'opium d'Égypte, qu'il a appelé *opianine*. Selon lui, ce principe serait distinct de la morphine et paraîtrait cependant agir physiologiquement d'une manière semblable.

Ainsi, alors même que le décret dont on invoque la promulgation future au sujet du titrage de l'opium d'Orient serait rendu, il faudrait encore admettre l'opium indigène comme distinct, et il aurait toujours besoin de la consécration du décret du 3 mai 1850, pour prendre un rang légal dans l'exercice de la pharmacie.

Je le répète donc, l'opium indigène et l'opium exotique sont deux médicaments distincts quoique analogues, et c'est parce que vos commissaires, MM. Rayer et Grisolle vous ont prouvé que le premier pouvait rendre d'aussi bons services en thérapeutique que le second, que M. Aubergier, pour faciliter son usage et sa préparation par tous les pharmaciens, a présenté quelques formules indicatives des proportions dans lesquelles on peut l'employer sous diverses formes pharmaceutiques : Ce sont des espèces de *spécimen* que les médecins pourront, d'ailleurs, varier à leur gré et suivant les besoins : c'est à ce point de vue que votre commission n'a pas hésité à leur donner son approbation.

Je me résume : Sous le rapport de la science et de l'art de guérir, le lactucarium et l'opium indigène sont des acquisitions avantageuses et utiles, dont profiteront aussi nos intérêts agricoles : ce sont des sucs épaissis, officinaux, qui doivent prendre rang à côté de l'opium qui nous vient de l'étranger, sans pouvoir jamais, quant à présent, être confondus avec lui. C'est un fait incontestable et mis hors de doute dans cette enceinte.

Mais, messieurs, c'est en vain que la science et la pratique auraient parlé, si la loi ne leur venait en aide : les nouveaux produits pourraient être traqués, saisis et déférés aux tribunaux comme remèdes secrets, parce qu'ils ne sont pas inscrits au *Codex*, et tel était naguère encore le vice regrettable de notre législation à cet égard, qu'il aurait fallu attendre une nouvelle édition du formulaire officiel pour consacrer légalement la préparation et la vente de ces nouveaux produits, si un ministre compétent et éclairé n'avait comblé cette lacune par la promulgation du décret du 3 mai 1850, qui arme l'Académie de médecine du droit de légaliser la vente de tout remède reconnu bon et utile, en inscrivant sa formule dans le bulletin de ses séances, après l'approbation du ministre.

M. Caventou propose ses conclusions conformes aux opinions qu'il vient de défendre, mais sur l'observation de M. le président, que M. Aubergier ne demande pas l'approbation de ses formules, et que les divers orateurs s'entendent à peu près complétement sur les autres points, l'Académie décide que la commission sera chargée de rédiger une nouvelle conclusion, et se forme ensuite en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les craintes que l'on avait justement pu concevoir, sur l'invasion du choléra dans notre pays, doivent diminuer chaque jour, lorsqu'on observe la marche de l'épidémie. A Saint-Pétersbourg, le nombre des malades diminue progressivement d'une manière continue, sans qu'aucune autre contrée soit envahie. A la date du 10 février, le nombre des cas nouveaux, dans cette ville, n'avait été que de 17 dans les vingt-quatre heures.

Mais si nous avons l'espoir d'échapper à l'épidémie cholérique, nous subissons malheureusement, en revanche, une des épidémies de fièvre typhoïde la plus intense que Paris ait éprouvée depuis longues années. Depuis quatre jours surtout, cette affection prend des proportions énormes, et l'on n'a pas reçu, pendant ces quatre jours, moins de 50 à 60 typhoïques au bureau central des hôpitaux. Le nombre des fièvres typhoïdes qui se trouvent aujourd'hui dans tous les hôpitaux réunis peut être évalué à 1500. L'administration a été obligée, pour donner des lits à ces malheureux, de prendre des mesures comme celles qu'elle prit en 1849, c'est-à-dire de renvoyer dans leurs familles, avec quelques secours, un certain nombre de vieillards de la Salpêtrière et de Bicêtre, pour faire entrer des malades ordinaires dans les infirmeries de ces établissements. Si l'intensité de l'épidémie ne diminue pas d'ici à quelques jours, ces mesures deviendront insuffisantes, et l'on sera sans doute obligé d'établir des ambulances, d'autant plus que, la durée de la fièvre typhoïde étant fort longue, il suffit d'un nombre restreint de malades pour amener l'encombrement.

Les enfants subissent, comme les adultes, l'influence épidémique: l'hôpital des Enfants ne contient pas moins de 80 typhoïques, en ce moment. La maladie, fort heureusement, est médiocrement grave, et la moyenne habituelle de la mortalité de la cité est à peine dépassée.

— *Concours pour trois places de chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le 26 mars prochain, au bureau central des hôpitaux. Le registre d'inscription pour les candidats sera ouvert le jeudi 24 février et clos le 11 mars.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 25. 1re ANNÉE. Samedi 26 Février 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Des falsifications et du titrage de l'opium. — CLINIQUE DES HOPITAUX : Maison impériale de santé. Ascite traitée par l'injection iodée. Autopsie. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — CLINIQUE RURALE : Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans, par M. MAGARIO. (*Suite.*) — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 25 février 1853.

Des falsifications et du titrage de l'opium.

Nous recevons de notre ami, M. Chevallier, une lettre dans laquelle ce savant académicien se plaint d'une *petite attaque* que nous aurions dirigée contre le titrage de l'opium. Cette attaque est bien petite, en effet, et si petite qu'elle ne nous semble véritablement pas en être une. L'article auquel M. Chevallier fait allusion est trop récent pour que ceux de nos lecteurs qui l'auront parcouru l'aient déjà oublié. Nous croyons donc inutile de rappeler que, loin d'attaquer, même légèrement, l'idée du titrage de l'opium, nous y avons au contraire applaudi. Seulement, nous avons cru nécessaire de faire remarquer que le titrage à 10 pour 100 dont il a été question à l'Académie ne pouvait être érigé en prescription légale, attendu qu'il ne dépend pas du fabricant de faire de l'opium riche à 10 pour 100, pas plus que de l'opium riche à 5 pour 100, et qu'une bonne loi ne peut exiger que ce qui est possible. Nous avons donc pensé (sauf plus ample informé) que l'idée de M. Chevallier ne pourrait être appliquée qu'en imposant aux vendeurs l'obligation de titrer chacun leur opium, c'est-à-dire d'indiquer la proportion de principes actifs qu'il contient. De cette façon, les pharmaciens sauront ce qu'ils achètent, et l'on pourra exiger qu'à leur tour ils fournissent des préparations homogènes. Cette manière de concevoir le titrage me paraît être d'ailleurs celle que M. Chevallier expose dans l'intéressante Note qui suit sa lettre, et au lieu d'avoir combattu mon très-honorable ami, il me semble que je l'ai plutôt défendu. Sous le bénéfice de cette explication, nous sommes très-heureux d'avoir provoqué la communication de M. Chevallier, qui renferme des détails d'autant plus intéressants qu'ils remontent déjà à plus de trois ans.

H. DE CASTELNAU.

—

Paris, 24 février 1853.

Mon cher rédacteur,

Je trouve dans votre journal d'aujourd'hui, 24 février 1853, une petite attaque contre la proposition du titrage de l'opium destiné aux usages pharmaceutiques ; malade et gardant la chambre depuis huit jours, je ne crois pouvoir mieux répondre à cette attaque qu'en vous envoyant la copie de la Note que j'ai lue à la séance de rentrée de l'École de pharmacie, le 7 novembre 1849. Je persiste, malgré tout ce que l'on pourra dire, *à soutenir que le titrage de l'opium pour les préparations pharmaceutiques est nécessaire et même indispensable.*

Je suis, etc.

A. CHEVALLIER.

—

Note sur la nécessité de ne livrer aux pharmaciens que de l'opium dont la valeur médicale ait été établie par l'analyse chimique.

(*Lue à la séance de rentrée de l'École de pharmacie, le 7 novembre* 1849.)

Il est véritablement déplorable que malgré les avis réitérés des professeurs de l'École, on ne trouve chez le plus grand nombre des pharmaciens que de l'opium d'Égypte, très-pauvre en morphine. Je ne crois pas que l'on soit en droit de prohiber cette marchandise qui, malgré sa qualité inférieure, peut servir à l'extraction de la morphine, moyennant que le fabricant ne la paie qu'en raison de la quantité d'alcali qu'elle contient ; mais il est déplorable, je le répète, de voir des pharmaciens employer cet opium à la préparation de l'extrait et des deux laudanums de Sydenham et de Rousseau.

(*Lettre à propos des visites des officines* (1), *Journal de chimie médicale*, t. 7, 2e série, p. 668.)

Parmi les médicaments énergiques qui sont employés journellement dans l'usage médical, il n'en est pas de plus usité que l'opium. Ses préparations, chaque jour formulées par les praticiens qui ont le droit de compter sur leur action, n'ont cependant pas, la plupart du temps, dans diverses officines, la même valeur médicale. En effet, l'origine de l'opium employé, son état plus ou moins grand de pureté, de sécheresse, les falsifications qu'on lui fait subir, doivent donner lieu à des préparations qui, portant le même nom, n'ont point la même activité. Le *Codex*, lorsqu'il prescrit l'opium qui doit entrer dans les préparations opiacées, s'exprime ainsi : *opium choisi*. Mais le pharmacien choisira-t-il l'opium de Smyrne, celui de Constantinople ou celui d'Egypte ?

S'il choisit l'opium de Smyrne, les préparations pour lesquelles il aura employé 500 grammes d'opium contiendront de 28 à 32 grammes de morphine.

S'il fait choix de l'opium de Constantinople, ce qui arrive souvent, les préparations faites avec cet opium ne contiendront, pour 500 grammes d'opium employé, que de 14 à 16 grammes de cette substance active.

(1) Pelletier, dans la séance du 4 février 1835 de la Société de pharmacie, à propos d'une Note de M. Hottot sur la teinture de l'opium, disait que si l'on employait l'opium brut en substitution de l'extrait d'opium, il faudrait en indiquer l'espèce, et que le type de l'opium devait être celui de Smyrne. A cette époque, nous fîmes déjà observer qu'il fallait avoir égard à l'état de sécheresse de l'opium.

Enfin, s'il emploie l'opium d'Égypte, qui est le plus pauvre en morphine, les médicaments préparés avec cet extrait ne contiendront que de 10 à 12 grammes de morphine, pour 500 grammes d'opium mis en usage.

Si tel pharmacien a choisi l'opium de Smyrne, tel autre l'opium de Constantinople, on aura alors des préparations différentes de morphine : l'une de ces préparations, celle obtenue avec l'opium de Smyrne, contiendra plus du double, en poids, du principe actif.

Supposons que deux pharmaciens, habitant le même quartier, fissent, l'un, usage de l'opium de Smyrne, l'autre, de l'opium de Constantinople. Ne pourrait-il pas arriver de graves accidents si les préparations d'opium, portées successivement à de hautes doses, étaient prises habituellement chez le pharmacien qui se servirait de l'*Opium de Constantinople*, et que, par une de ces circonstances particulières, ces préparations fussent un jour prises chez le pharmacien qui ferait usage de l'opium de Smyrne?

Et l'accident ne pourrait-il pas être encore plus grave, s'il s'agissait, dans le fait signalé, de l'*opium d'Égypte*, qui, comparativement, est trois fois plus faible en morphine que l'*opium de Smyrne ?*

Ces considérations sont de la plus haute importance, et méritent, dans l'intérêt des malades, toute l'attention des pharmaciens, toute la sollicitude de l'administration.

Les mots *opium choisi* du *Codex* ne mettent pas non plus le pharmacien en garde contre l'état d'humidité ou de sécheresse de l'opium. Cet état, qui est variable dans les opiums livrés au commerce, peut changer la nature des médicaments préparés avec les opiums divers. Il résulte d'essais qui nous sont particuliers que les quantités d'eau qu'on rencontre dans les opiums sont très-variables.

En effet, six échantillons d'*opium de Smyrne* ayant été pris à la même époque dans diverses maisons, puis soumis à la dessiccation dans l'étuve, on vit que :

Le 1er	contenait	33,50	d'eau pour 100.
Le 2e	—	35,00	—
Le 3e	—	40,00	—
Le 4e	—	42,50	—
Le 5e	—	53,00	—
Le 6e	—	53,00	—

On voit que le dernier échantillon contenait 19,50 pour 100 d'eau de plus que le premier.

Si deux pharmaciens eussent préparé des laudanums avec ces opiums, supposant qu'ils fussent purs, il n'en résulterait pas moins que le pharmacien qui aurait employé le premier échantillon des opiums que nous avons fait dessécher, aurait obtenu un laudanum qui aurait une valeur médicale plus grande d'un cinquième que celui qui aurait préparé du vin d'opium avec échantillon qui contenait 53 d'eau pour 100.

Les préparations d'opium peuvent encore être viciées par la falsification de l'opium du commerce. En effet, tous les auteurs qui se sont occupés de l'opium ont signalé ces falsifications, et Mérat et Delens, dans leur *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale*, établissent :

« Que ce médicament n'est pas toujours d'une activité sem-« blable ; que plus le pays d'où il vient est chaud, plus il a d'ac-« tion ; que l'opium varie de force en raison du corps étranger « dont il est falsifié, ce qui va du quart à la moitié. »

« On ne peut pas répondre, disent-ils, de l'opium qu'on em-« ploie avant de l'avoir essayé, il serait, par conséquent, à dé-« sirer que chaque pharmacien eût une provision d'opium assez « abondante pour que, pendant plusieurs années, les praticiens « qui s'en servent pussent en connaître l'activité (1). »

La falsification de l'opium n'est malheureusement pas douteuse. En effet, on sait que des hommes cupides, qui ne craignent pas de voir leurs semblables en proie à des douleurs que l'opium eût en partie calmées, ont adultéré ce produit (1).

1° En le recouvrant de substances végétales, qui, sur de certains opiums, forment une couche de 6 millimètres et demi d'épaisseur ;

2° Par des substances végétales et par des extraits obtenus de l'ébullition de certaines plantes ;

3° Par des huiles de sésame ou de lin ;

4° Par du cachou ;

5° Par des extraits de chélidoine, de laitue vireuse, de réglisse, et quelquefois par de la gomme ;

6° Par du sable ; de la terre et du plomb ;

7° Par une matière gélatineuse amylacée.

On a même poussé la falsification plus loin, car il a été vendu dans le commerce de Paris :

1° De l'opium contenant : l'un 20, l'autre 40 pour 100 de son poids de feuilles de pavot hachées (2) ;

2° Un produit imitant l'opium, et qui, pour 500 grammes, ne fournissait que 6 décigrammes de morphine (3) ;

3° Un faux opium qui ne contenait pas d'alcaloïde.

On nous fera peut-être observer que, comme l'a dit M. Merck, le pharmacien consciencieux doit faire l'analyse de l'opium qu'il emploie pour être sûr des médicaments qu'il prépare, et que des procédés simples, qui peuvent être pratiqués partout, ont été indiqués pour faire ces recherches. Il est facile de répondre qu'il n'est pas toujours loisible à un pharmacien qui se trouve en province de faire de ces analyses. Et, supposons que l'opium qu'il examine ne soit pas pur, ne faudra-t-il pas un laps de temps plus ou moins considérable pour qu'il ait retourné cet opium à l'expéditeur et pour qu'il en ait reçu d'autre, qui peut-être ne sera pas non plus de bonne qualité? Ne se peut-il pas, comme cela est arrivé tout récemment, que le vendeur ait la prétention de faire passer pour bon de l'opium falsifié et de refuser de reprendre l'opium essayé? ce qui alors nécessite d'autres difficultés. Nous demanderons si, pour obvier à tous les inconvénients que nous venons de signaler, l'École ne devrait pas s'adresser à l'autorité compétente afin que des mesures fussent prises :

1° Pour que l'opium, dit *opium choisi*, prescrit par le *Codex*, fût l'opium de Smyrne ;

2° Pour que les préparations pharmaceutiques opiacées ne pussent être préparées qu'avec cet opium ;

3° Pour que nul opium, excepté celui employé pour en extraire les alcalis, ne pût être vendu sans avoir été titré, et qu'on devra, lors de la vente, en faire connaître le titre ;

4° Pour qu'il soit décidé quelle est la moyenne d'eau que doit contenir l'opium à employer dans les préparations pharmaceutiques opiacées, de façon que, lorsqu'un opium sera très-humide, on soit forcé d'en employer une plus grande quantité en raison de son humidité, que, s'il est trop sec, au contraire, la quantité à employer soit diminuée.

La proposition que je fais ici a, je le pense, besoin d'être étudiée ; mais, si elle était prise en considération, et si elle pouvait recevoir son exécution, on obtiendrait alors, dans toutes les officines, des préparations opiacées plus régulières et qui seraient presque semblables. Cette modification tournerait au profit des malades.

Nous ne terminerons pas cette note sans faire remarquer que l'opium n'est pas le seul produit pharmaceutique qui soit falsifié, et que le pharmacien doit se mettre en garde contre tous les mélanges qui sont quelquefois très-dangereux. Nous pourrions

(1) Mérat et Delens, *Dict. univ. de mat. méd.* t. v, p. 50.

(1) La falsification de l'opium n'est pas récente ; Scheele a éveillé l'attention en faisant connaître une falsification qui, avant lui, n'était pas connue. Selon ce savant, les Marates, en préparant l'opium, y ajoutent un tiers et jusqu'à moitié de son poids d'huile de lin ou de graine de sésame ; il dit que les teintures préparées avec cet opium sont troubles et qu'elles ne peuvent être employées.

(2) Ce produit, tiré de Londres, avait été expédié de Hambourg.

(3) Cet opium a été vendu à Paris et à Londres. On avait même voulu le livrer pour le service des hôpitaux.

citer ici des cas d'empoisonnements qui ont été déterminés par des produits qui avaient été vendus à de nos collègues, soit à Paris, soit en province. A. Chevallier.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Maison impériale de santé. — M. Vigla.

Ascite traitée par l'injection iodée. — Autopsie.

L'occasion vient de se présenter, dans le service de M. Vigla, de constater par l'autopsie le résultat d'une injection iodée dans la cavité péritonéale. Ce résultat diffère assez des conclusions que M. Velpeau avait cru devoir tirer de ses expériences sur les animaux, et de ce que M. Boinet trouva lui-même dans le cas unique d'autopsie qu'il rapporte (*Gaz. médic.*, 15 novembre 1851), pour trouver une place à côté des faits actuellement connus.

M. Croisé, quincaillier, âgé de 43 ans, entre le 26 janvier 1853 à la Maison de santé pour une hypertrophie du cœur avec insuffisance, déterminant une dyspnée considérable et de l'œdème des membres inférieurs. Ce malade raconte qu'au mois de décembre dernier il fut traité à l'hôpital de Versailles d'une hydropisie ascite par l'injection iodée. L'opération, pratiquée le 20 décembre, ne fut suivie d'aucun accident : l'ascite ne reparut pas, mais le ventre resta volumineux, souple et indolent. Il ne reste du côté du ventre que des alternatives de diarrhée et de constipation, et des éructations incessantes ; mais des étouffements qui vont jusqu'à l'orthopnée, mais des palpitations fatigantes, mais un œdème considérable occasionnent une anxiété qui va croissant chaque jour.

Le 7 février, un érysipèle de la face se déclare, et le 11 le malade est emporté, sans avoir offert aucun symptôme cérébrale.

Le 12, à l'autopsie, on remarque d'abord le volume énorme du gonflement érysipélateux qui occupe principalement les régions sous-maxillaires et parotidiennes et une partie du cuir chevelu du côté gauche.

La division de la paroi abdominale, au lieu de conduire dans une cavité libre, fait tomber directement, au contraire, sur le paquet des circonvolutions intestinales qui lui sont intimement adhérentes. Les doigts, introduits entre les intestins et la paroi du ventre, énucléent assez facilement ces adhérences; cependant on rencontre un peu à droite de la ligne médiane, au-dessus et en dehors de l'ombilic, vers le point qui paraît avoir été celui de la ponction, un espace de la largeur environ de la paume de la main où le colon transverse ; la vésicule biliaire et le bord du foie sont réunis par une trame tellement résistante, qu'il est impossible de séparer la paroi abdominale par une simple énucléation. Le bord libre du foie, retenu par cette adhérence solide, un peu au-dessus de l'ombilic, dépasse de trois travers de doigt le rebord costal, et cependant il n'offre ni dans son volume, ni dans sa texture aucune altération sensible.

En continuant à détacher des parois la masse intestinale, on tombe à droite, au niveau du cœur, dans une poche libre contenant quelques cuillerées de liquide : sur tous les autres points, les intestins ont contracté, soit entre eux, soit avec les parois, les adhérences les plus intimes. On observe seulement que dans l'intervalle des circonvolutions, le tissu cellulaire unissant offre des aréoles très-larges, distendues par une sérosité abondante.

Un autre point cependant de la cavité du péritoine est libre d'adhérences : c'est la partie la plus reculée de l'arrière-cavité. L'hiatus est complétement oblitéré. Le doigt se fraie difficilement un passage en arrière de la veine-porte et rencontre partout de la résistance. Ce n'est qu'en divisant l'épiploon gastro-colique, qu'on tombe dans une poche remplie par un verre environ de liquide parfaitement transparent, et au fond de laquelle on aperçoit le pancréas et la rate avec leur aspect accoutumé.

Dans la partie la plus déclive de l'abdomen, lorsque la vessie a été détachée des anses inférieures de l'intestin grêle, on trouve en arrière d'elle une autre adhérence résistante et fibreuse qui répond au cul-de-sac recto-vésical. En ce point, comme dans la plaque solide et circonscrite qui répond à la vésicule biliaire, on remarque la coloration brune foncée des lames épaisses et résistantes du tissu unissant. Du reste, la teinte générale des organes est d'un brun violet assez prononcé.

Quant au grand épiploon, on en retrouve ça et là des lambeaux compris entre les circonvolutions, mais il est impossible de l'isoler dans une grande étendue.

Inutile d'insister sur les lésions organiques du cœur. L'hypertrophie est énorme; les valvules segmoïdes, en partie cartilagineuses, ne se rapprochent pas exactement; tout le tube aortique offre à sa face interne les rugosités jaunâtres qu'on attribue à des dépôts de substances athéromateuses; l'aorte aussi bien que les troncs secondaires qui en émanent, ont subi un épaississement considérable de leur couche moyenne; le péricarde est assez vivement coloré par des arborisations vasculaires, multipliées surtout vers la base du cœur; il contient plusieurs cuillerées de sérosité. Enfin, les deux cavités pleurales sont aussi le siége d'un épanchement; mais tandis qu'il est peu marqué à gauche, il est fort considérable, au contraire à droite, où il s'accompagne de l'hépatisation de presque tout le bord postérieur du poumon, et d'adhérences nombreuses correspondant à la même étendue.

Si les reins offrent un peu d'altération, c'est à peine un commencement d'induration de leur substance corticale : cette intégrité est en rapport avec l'état parfaitement normal des urines excrétées pendant la vie.

Conclusions : 1° Les injections iodées intra-péritonéales peuvent entraîner des adhérences, tant des intestins entre eux que de ceux-ci avec le feuillet pariétal.

2° Il est des points de la cavité qui peuvent être à l'abri de l'accès, et partout de l'action du liquide.

3° La persistance de la plupart des fonctions des intestins n'est pas incompatible avec leur adhérence, même complète.

4° Les maladies organiques du cœur ne sont pas une contre-indication absolue de l'injection iodée, dans les ascites qu'elles déterminent. Si l'on se rappelle que, sur les 13 observations rapportées par M. Boinet, les deux seuls insuccès sont relatifs à des cas de cirrhose du foie, on sera porté à admettre que l'injection iodée est encore plutôt applicable à l'ascite consécutive aux maladies organiques du cœur qu'à celle qui est due aux affections organiques du foie.

5° L'injection iodée peut n'agir que comme irritant local, ayant pour effet de faire adhérer les feuillets d'une séreuse, tandis que la cause de l'épanchement séreux persistant toujours, porte ses effets ailleurs que dans la cavité oblitérée.

6° Les quatre grandes cavités séreuses du tronc et le tissu cellulaire semblent liés, par une sorte de solidarité, pour subir l'influence de la cause générale de l'hydropisie.

7° De nouveaux faits sont nécessaires pour déterminer si l'injection iodée, employée comme palliatif dans les cas d'ascite, dépendant d'une lésion organique, retarde ou hâte le terme fatal, ou seulement adoucit les derniers instants de l'existence.

C. M.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales,

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

La seconde observation dans laquelle il est question de la syphilis, comme cause première de la hernie testiculaire, appartient à M. Jarjavay.

17e *Observation. — Hernie scrofuleuse du testicule, dite syphilitique,* dans le mémoire de M. Jarjavay, *Arch. gén. de méd.*

Un jeune homme de 28 ans, *lymphatique,* avait eu des chancres et des bubons en 1841 ; il fut traité à l'hôpital de Saint-Malo pendant quinze jours, et les plaies étant cicatrisées, il voulut quitter l'hôpital, quoiqu'il suintât

toujours une matière blanche par la verge. Pendant un intervalle de quatre ans qui suivit, il n'eut que des dérangements insignifiants dans sa santé. Au bout de ce temps, les bourses devinrent volumineuses et furent le siége de douleurs qui n'étaient pas intenses; le patient assure qu'il n'y eut point de rougeur. Aucun traitement ne fut employé. La tumeur augmenta, diminua à plusieurs reprises. Il y a un an, de la rougeur s'est montrée accompagnée d'un grand malaise; une ouverture s'est faite spontanément sur les bourses et a donné issue à un liquide limpide. Une deuxième, puis une troisième ouvertures se sont établies, confondues ensemble et enfin avec la première. A travers cette ouverture des chairs se sont montrées; le patient les a coupées à plusieurs reprises avec son rasoir; la section n'était pas bien douloureuse et était suivie d'un petit écoulement de sang; comme la tumeur reparaissait toujours, le malade entra, vers la fin de septembre 1849, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Laugier. A son entrée, il porte aussi des ulcérations et des pustules syphilitiques sur le tronc et les membres.

En raison de la vérole constitutionnelle dont il est *évidemment* atteint, on lui prescrit un gramme d'iodure de potassium par jour. La tumeur des bourses qui est granulée, rétrécie vers sa partie moyenne, est recouverte de cataplasmes sous l'influence desquels elle suppure et perd de son volume.

Au bout de deux mois la peau du scrotum peut glisser sur les débris du testicule, et contracte avec eux une adhérence solide, déprimée, présentant tous les caractères des cicatrices qui s'établissent entre la peau et les os qui ont été frappés de carie ou de nécrose. Cette cicatrice repose sur un noyau arrondi, dur, dans lequel la compression ne développe point de douleur. Au-dessus se trouve un épididyme volumineux, compacte et presque insensible.

Des chancres, des bubons guéris en quinze jours quatre ou cinq ans avant; une légère blennorrhée; aucun accident pendant quatre ans; puis un engorgement testiculaire *douloureux*, augmentant et diminuant, donnant naissance à une ulcération scrotale et à une hernie du testicule; plus tard, l'inefficacité d'un traitement assez long par ce médicament si merveilleux dans les cas positifs, par l'iodure de potassium, ce n'est encore et certainement pas là un sarcocèle syphilitique. Il y avait aussi, est-il dit, des ulcérations et des pustules syphilitiques. Ce n'est qu'une assertion, et dans ce cas-ci, comme dans le précédent, alors même qu'il y aurait eu syphilis concomitante, qu'est-ce que cela prouverait? La vérole vient chez les scrofuleux tout comme chez les non scrofuleux, et il n'est pas rare, certes, de trouver des lésions scrofuleuses et des lésions syphilitiques coexistantes chez un même individu.

Si nous nous trouvons obligé de déclarer que dans les deux seules observations dans lesquelles on a cru pouvoir signaler la syphilis comme origine, la lésion testiculaire n'était pas syphilitique, il nous faut néanmoins faire la même réserve, quoiqu'à un moindre degré, que pour les coups, lorsqu'on a constaté une blennorrhagie antécédante. Des deux espèces de testicule syphilitique, la plus commune de beaucoup, presque la seule, le sarcocèle par induration de la tunique albuginée, est hors de question; ce sarcocèle ne suppure pas. Il ne peut donc être question que de la seconde espèce, déjà si rare par elle-même. Une tumeur gommeuse, assez analogue aux nodus sous-cutanés tertiaires, peut en effet se développer dans le scrotum et suppurer comme toute autre tumeur gommeuse syphilitique. Dans ces cas on comprend, à la rigueur, qu'il puisse y avoir les éléments de la formation d'une hernie testiculaire; il y a une possibilité éloignée; seulement, avant d'admettre le fait comme fait, il faut attendre qu'il soit bien démontré.

E. Enfin, dans trois de nos observations, on a cru devoir signaler, d'une manière nette, l'origine comme *spontanée*. C'est là, en effet, le cas le plus commun et qui est implicitement sous-entendu dans la plupart des 13 observations que nous avons élaguées de nos 29, dès le commencement, parce que ce détail n'y avait pas été volontairement ou involontairement mentionné. Nous venons de voir qu'en analysant rigoureusement les observations où l'on avait cru trouver une cause formelle, il ne nous en reste qu'un très-petit nombre, et encore bien douteuses, qu'on pourrait à la rigueur interpréter ainsi : 2 ou 3 en faveur d'une contusion, 1 ou 2 en faveur d'une blennorrhagie antécédente. A la rigueur donc, une contusion ou une blennorrhagie produisant une épididymite, ou peut-être une orchite, peut-être aussi la syphilis déterminant le dépôt d'une tumeur gommeuse; puis ces tumeurs venant à s'abcéder ou à produire d'une autre façon l'ulcération du scrotum, peuvent être le point de départ d'une hernie testiculaire. Mais ces faits, s'ils existent, sont rares, et, dans la grande majorité des cas, le gonflement testiculaire ou épididymaire, ou scrotal qui précède la hernie, se fera lentement, sans être précédé d'aucune cause occasionnelle appréciable.

Tel est le résumé de l'analyse rigoureuse des observations que nous avons pu réunir. C'est ainsi, d'ailleurs, que les choses se passent dans presque tous les cas de tubercules du testicule. Ce résultat, opposé à celui que l'on a toujours signalé jusqu'à présent à propos du prétendu fongus bénin du testicule, était assez important pour nous justifier d'avoir fait un examen aussi minutieux de nos observations.

§ 4. *Symptômes.* — Les phénomènes que nous avons à étudier ici sont de deux ordres : 1° Phénomènes précédant l'apparition de la hernie; 2° Phénomènes dès que la hernie est formée.

1° *Phénomènes précédant l'apparition de la hernie.* — Pour ceux qui connaissent bien l'histoire des tubercules testiculaires, nous pourrions résumer ces phénomènes en peu de mots, car nous trouvons indiquée, et dans les descriptions théoriques du fongus bénin, et dans les observations textuelles, à peu près toujours la marche de l'une des phases de cette lésion tuberculeuse. Ainsi, le plus souvent sans cause connue, un testicule (lisez d'habitude l'épididyme) devient plus volumineux et dur sans douleur ou avec peu de douleur. La tumeur qui est assez souvent multiple, sous forme de bosselures ou de noyaux, augmente lentement et quelquefois présente des alternatives d'augmentation et de diminution. Quand elle a acquis un certain volume, et sous l'influence d'une cause occasionnelle ou, d'ordinaire, sans l'intervention d'une cause nouvelle appréciable, le travail pathologique, borné jusque-là à l'appareil testiculaire, s'étend au scrotum. Les téguments adhèrent à l'une des bosselures; il survient une tuméfaction nouvelle, tantôt douloureuse, tantôt et rarement presque indolente; de la rougeur et de la chaleur accompagnent cette nouvelle tuméfaction en général assez étendue. Puis, au bout de quelques jours, la peau du scrotum s'amincit sur un point vers le sommet ou la partie la plus saillante de la tumeur; elle devient lisse et finit par s'ouvrir ou éclater d'elle-même. Et lorsque l'ulcération est produite, ou bien le testicule sort presque aussitôt à travers, souvent avec un certain effort, ou bien il s'échappe plus lentement, de manière à simuler la croissance d'une tumeur qui fait de plus en plus saillie à l'extérieur. Au moment de la formation de l'ouverture scrotale, il peut ne s'écouler aucun liquide, ou bien l'on voit sortir tantôt du pus, tantôt de la matière tuberculeuse plus ou moins épaisse, peut-être même, dans des cas exceptionnels, de la sérosité qui était probablement contenue dans la tunique vaginale. Quelquefois une première ouverture peut n'être pas suffisante ou ne pas s'agrandir assez; alors le testicule peut ne se présenter qu'en partie et ne faire que saillie partielle à travers cette ouverture de sortie; mais alors il peut arriver qu'une seconde ouverture, une troisième même se forment à côté de la première, se réunissent par destruction du pont de peau intermédiaire, et alors le testicule qui ne se montrait que partiellement ou ne s'était pas montré du tout, sort tout entier à l'extérieur. Quelquefois le testicule est sorti par une seule des ouvertures, et les ouvertures voisines restent sous forme de trajets fistuleux placés à côté et pénétrant dans le scrotum.

En somme, il est survenu une ouverture dans les enveloppes scrotales, et cette ouverture étant assez large ici comme dans les cas de plaies, de destruction du scrotum par abcès ou gangrène, ainsi que nous l'avons vu, le testicule s'échappe à l'extérieur, et sa tunique albuginée exposée se couvre de granulations qui ont fait prendre la tumeur pour un fongus. Les deux seules différences de ces hernies avec les hernies traumatiques et consécutives déjà étudiées sont les suivantes : 1° la tunique albuginée est presque toujours couverte de granulations au moment où le testicule arrive à l'extérieur, parce qu'elle se trouvait antérieurement plongée au sein d'un foyer purulent, ou tuberculeux, ou fistuleux, souvent en contact indirect avec l'air extérieur;

2° toute grande que doive être l'ouverture scrotale, elle n'est en général cependant que juste suffisante pour laisser passer l'organe hernié, souvent même avec un certain effort, et aussitôt que le testicule est sorti, elle forme immédiatement, sans autre travail préalable, un anneau qui embrasse la tumeur au niveau de son pédicule, c'est-à-dire d'habitude au niveau de la jonction du testicule avec l'épididyme.

Sans doute, cette description est presque suffisante et en général exacte. Néanmoins, nous ne pouvons pas nous borner à cela, et en voici la raison : Si la lésion que nous étudions est probablement causée presque toujours par des tubercules testiculaires, cependant il n'est pas absolument sûr que toutes les formes de tubercules testiculaires puissent la produire. Déjà nous avons vu une particularité bien curieuse dans ce fait, que les tubercules n'occasionnent la hernie de l'organe que presque dans les cas seuls où un seul testicule est affecté. La question à poser est donc celle-ci : Y a-t-il une forme spéciale (une disposition particulière locale dans le nombre, l'état superficiel, etc.) du tubercule testiculaire qui se complique plutôt de hernie de l'organe? Nous disons une *forme* seulement, car pour ce qui est de la nature première de la lésion, on comprend à peine qu'il y ait pu avoir sujet à discussion; le tubercule est toujours le tubercule. Notons aussi que nous n'affirmons pas plus que nous n'affirmons rien sur cette question. Nous nous contentons de la poser. Il serait possible qu'il ne fallût pas aller chercher bien loin la raison, par exemple, pour laquelle cette complication singulière ne vient que lorsque des tubercules existent seulement d'un côté; on pourrait très-bien supposer que la position pendante des bourses, les frottements, les tractions auxquelles elles sont sujettes, contribuent beaucoup à chasser le testicule hors de l'enveloppe scrotale; or, lorsque des tubercules existent des deux côtés, le patient est souvent forcé de garder le repos, ou du moins reste couché plus volontiers et par conséquent supprime l'action de ces causes peut-être productrices de la hernie. Nous ne disons donc pas que la hernie du testicule soit la complication d'une forme seulement, d'une forme spéciale des tubercules testiculaires. Mais d'un autre côté, comme il n'est pas impossible que cela soit, et comme jusqu'à présent tout est muet sur cette question, nous devons décrire avec détails tout ce qui s'y rapporte dans les observations que nous possédons. Ce seront seulement des éléments, peu nombreux malheureusement, que des observations ultérieures pourront seules féconder. Nous allons donc, dans les observations actuelles où l'on trouve quelques détails sur les phénomènes qui ont précédé la formation de la hernie, analyser ces détails de manière à ce que chacun puisse les comparer avec ce qui se passe dans les cas ordinaires de tubercules testiculaires.

A. Le *temps* pendant lequel les phénomènes précurseurs de la formation de la hernie, qui se montrent dans le scrotum, ont duré, est en général de trois à quatre mois. C'est-à-dire que c'est d'ordinaire trois à quatre mois après que le patient a noté pour la première fois l'existence d'une tumeur dans les bourses, que la hernie survient. Est-ce à dire que la tumeur des bourses n'existait pas déjà auparavant? Certainement non, et il est même probable que beaucoup de patients ne s'aperçoivent de leur tumeur que lorsqu'elle existait déjà depuis un temps même assez long.

Dans quelques cas exceptionnels, ce sont ceux déjà signalés à propos des causes, où il est possible que la lésion soit la suite d'une inflammation simple provoquée par un coup ou une blennorrhagie, la marche a paru être plus rapide; la hernie paraît être survenue au bout de quelques semaines, d'un à deux mois après la manifestation des premiers phénomènes.

Parfois, au contraire, les phénomènes antérieurs à la hernie ont duré fort longtemps, deux ans par exemple, dans un cas de M. B. Cooper, ce qui correspond assez bien avec la marche lente habituelle des tubercules testiculaires. Dans ces cas à marche lente, la tumeur présente volontiers des alternatives d'augmentation et de diminution.

Ainsi, en supposant démontré que les hernies testiculaires dont nous nous occupons soient dues en général à des tubercules antécédents, on pourrait penser que c'est dans les cas où cette lésion antérieure offre une rapidité proportionnelle un peu plus grande que d'habitude que la hernie survient principalement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE RURALE.

Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans,

Par M. Macario, *D. M. P., ex-député au parlement sarde, médecin à Sancergues* (Cher).

(Suite.)

§ 6. *Complications.* — La pneumonie est souvent compliquée d'autres affections. Si l'on doit regarder le point de côté comme un signe de l'inflammation de la plèvre, la pleurésie est sans contredit la maladie qui complique le plus souvent la fluxion de poitrine, puisque, sur 155 cas, nous n'avons constaté l'absence de la douleur de côté que 4 à 5 fois. Aussi M. Andral désigne-t-il l'inflammation du parenchyme pulmonaire sous le nom de pleuro-pneumonie.

L'inflammation des bronches accompagne aussi constamment la péripneumonie, comme le démontre l'ouverture cadavérique. Leur membrane muqueuse, dit M. Andral, offre une rougeur intense qui est à peu près égale dans les grandes et dans les petites ramifications. Lorsqu'un seul lobe est enflammé, la rougeur n'existe souvent que dans les bronches qui se distribuent à ce lobe (*Clin. méd.*, t. 3, p. 472).

Nous avons relaté dans ce chapitre plusieurs histoires de broncho-pneumonies très-prononcées. Ce sont les 31e, 32e, 33e, 34e, 35e, 36e, 37e et 38e observations.

L'état bilieux complique aussi quelquefois la péripneumonie. Cette complication, très-commune vers la fin du XVIIIe siècle, est, selon Laënnec, très-rare de nos jours. Toutes les péripneumonies observées par Stoll étaient bilieuses; Laënnec en a vu beaucoup aussi du temps qu'il suivait les leçons de Corvisart; mais depuis 1804 il n'en a plus vu de bien caractérisée. Pourquoi cette différence ? Stoll a-t-il commis des erreurs de diagnostic? A-t-il pris pour des pneumonies des pleurésies, des bronchites et quelques autres maladies accompagnées d'ictère? Ce n'est pas probable de la part d'un observateur si attentif. Nous en avons observé quelques cas (39e, 40e et 41e *obs.*)

Une autre complication que nous avons observée plusieurs fois dans notre pratique rurale, c'est la complication des symptômes typhoïdes, comme le prouvent les 42e, 43e et 44e observations; et ce n'était point ici la pneumonie adynamyque des vieillards; on n'a qu'à relire ces observations pour s'en convaincre. Deux fois j'ai vu la pneumonie compliquer une coqueluche. Une fois la pneumonie était compliquée d'emphysème pulmonaire. La 28e observation offre un exemple remarquable d'une telle complication.

Enfin nous avons vu une fois une pneumonie survenir pendant une fièvre intermittente tierce (32e *obs.*); les signes physiques de la phlegmasie pulmonaire persistaient ici dans les intervalles des accès. Ce n'était donc pas une pneumonie intermittente proprement dite. J'avoue que je n'admets pas cette dernière espèce de pneumonie, par la raison péremptoire que la lésion organique est de sa nature permanente. Aussi suis-je convaincu que toutes les pneumonies intermittentes dont parlent les auteurs n'étaient que des fièvres intermittentes s'accompagnant, pendant leurs accès, de symptômes de congestion pulmonaire. Quant à la pneumonie rémittente, elle résulte, ce me semble, d'une pneumonie compliquée d'une fièvre intermittente, comme celle de la malade qui fait le sujet de la 32e observation. J'ai observé une fois la pneumonie compliquée de rhumatisme articulaire aigu. Les deux affections ont débuté en même temps, et vingt-quatre heures après le début, j'ai constaté du râle crépitant à la partie infé-

rieure du poumon droit ; en même temps, toutes les articulations des quatre membres étaient rhumatisées. Le malade était en proie à une vive anxiété.

Telles sont les complications que nous avons eu occasion de constater dans le cours de notre pratique rurale. Les auteurs en citent encore d'autres, telles que : 1° la *pneumonie catarrhale épidémique,* qui s'observe surtout pendant la grippe, au début de la pneumonie catarrhale : elle est insidieuse, sa marche irrégulière, et elle s'accompagne de symptômes ataxo-adynamiques très-prononcés ; 2° la *pneumonie avec altération du sang :* cette forme comprend les cas de pneumonies compliquées d'hémorrhagies, d'ecchymoses, de taches pourprées, de déterminations morbides, gangreneuses et d'accidents scorbutiques ; 3° la pneumonie compliquée de péricardite et d'endocardite (Bouillaud) : on observe principalement cette complication dans la pneumonie du côté gauche ; 4° celle enfin compliquée d'hépatite, d'œdème pulmonaire, de gastro-duodénite, de maladies cérébrales, etc.

Nous ne faisons que mentionner toutes ces complications, attendu que nous ne les avons jamais observées ; elles sont excessivement rares.

§ III. *Convalescence.* — La convalescence de la pneumonie est ordinairement courte, pas plus longue que la maladie elle-même. Elle commence lorsque la respiration est revenue à son état normal, qu'on n'entend plus le râle crépitant à l'auscultation. Je dis à dessein *qu'on n'entend plus le râle crépitant,* car il arrive quelquefois que la fièvre est tombée, que l'appétit est revenu, et cependant le râle crépitant persiste à se faire entendre dans quelques points de la poitrine ; dans ce cas, le pouls offre un peu de fréquence vers le soir ordinairement, et la respiration un peu d'accélération, surtout après les repas et la conversation. M. Andral en cite plusieurs exemples. Le malade de la 33e observation en est un exemple frappant. Dans tous ces cas, il ne faut pas perdre de vue les malades, ce qui n'est guère possible dans les campagnes. Il faut, dit M. Andral, continuer de combattre activement la phlogose qui persiste encore, autrement la pneumonie peut faire des progrès dangereux. Nous avons été plusieurs fois témoin de rechutes qui doivent probablement être attribuées à cette cause ; je dis probablement, car il ne nous est pas permis de l'assurer, attendu que nous perdons de vue nos malades dès que l'amélioration commence à se manifester.

Ces rechutes ont toujours lieu, dans les campagnes, à la suite d'écarts de régime et d'imprudences de toute sorte.

Quelquefois le poumon reste engoué de sang et de sérosité ; c'est une sorte d'infiltration passive qui succède à l'inflammation et qu'il faut combattre par une médication tonique. C'est ainsi, dit M. Andral, qu'on a vu plus d'une fois, chez des individus débilités par une cause quelconque, l'œdème suivre l'érysipèle des membres inférieurs ; c'est encore ainsi qu'on observe souvent, à la suite des antérites, une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux, etc. Le râle crépitant, une dyspnée légère, l'absence de fièvre, un état de langueur générale accompagnent cette sorte d'engouement. (*Clin. méd.*, t. 3, p. 515.)

M. Andral indique encore une autre cause de fausse convalescence à la suite de pneumonie : c'est le développement rapide de tubercules pulmonaires. J'ai observé une fois une arthrite aiguë très-intense du genou droit se déclarer pendant la convalescence d'une pneumonie droite.

Ici se présente une occasion toute naturelle d'appeler l'attention des observateurs sur un phénomène morbide important que j'ai vu entraver, quelquefois, la convalescence de la péripneumonie ; je veux parler d'une nouvelle espèce de paralysie dont les auteurs anciens ou modernes n'ont jamais, que je sache, fait la moindre mention dans leurs écrits. Les 1re et 2e observations en sont des exemples remarquables et méritent d'être lues et méditées attentivement. Le malade de la 3e observation offre également de l'intérêt, quoiqu'ici il n'y eût pas paralysie complète, mais un simple engourdissement de la jambe droite. Chez ce sujet l'engourdissement commença avec la maladie et envahit tout le côté droit du corps.

La *paralysie pneumonique,* s'il m'est permis de l'appeler ainsi, n'a affecté, d'après mes observations, que les organes de la vie de relation, à savoir, l'appareil nerveux et musculaire des membres, mais, d'une manière plus prononcée, les membres inférieurs. Chez les malades qui font l'objet des 1re et 2e observations, l'amyosthénie débuta par des fourmillements et un affaiblissement musculaire qui envahit successivement, de *bas en haut,* la totalité des membres. L'amyosthénie fut complète dans les membres inférieurs et incomplète dans les supérieurs. Les facultés de l'intellect se sont conservées intactes pendant tout le temps qu'a duré la paralysie ; on ne remarqua rien d'extraordinaire non plus du côté de la moelle épinière ; la paralysie était donc toute localisée dans les parties affectées et offrait quelque analogie avec l'anervie hystérique.

Chez le malade qui fait le sujet de la 3e observation, l'engourdissement et l'affaiblissement musculaire se manifestèrent en même temps que l'inflammation du parenchyme pulmonaire, ils envahirent tout le côté droit du corps, et, après la guérison de la pneumonie, cet affaiblissement se concentra tout entier dans le membre pelvien droit, et aujourd'hui encore, près d'un an après, ce membre est le siége d'un sentiment de froid fort incommode. L'amyosthénie, chez ce dernier sujet, ne fut pas, comme on le voit, complète comme chez les deux premiers, il est vrai, mais elle était évidemment de même nature.

C'est donc bien à une nouvelle espèce de paralysie que nous avons eu affaire ici, paralysie qui semble être une conséquence de la péripneumonie. Pourquoi cette anervie n'a-t-elle jamais été mentionnée jusqu'ici? Aurai-je été, par hasard, le premier à l'observer? ne se serait-elle jamais présentée à l'observation d'aucun autre observateur? Cela ne paraît pas probable. Sans nul doute la paralysie péripneumonique s'est manifestée sur d'autres sujets que les miens, seulement elle est passée jusqu'ici inaperçue. Il suffit donc d'éveiller l'attention des praticiens sur ce point, pour que de nouveaux exemples de la même affection ne tardent pas à être signalés. N'est-il pas arrivé la même chose pour la paralysie hystérique? Il n'en était pas question non plus dans les écrits des anciens ; à peine est-elle mentionnée par Ch. Lepois et Georget, et ce n'est vraiment que depuis 1844, c'est-à-dire depuis la publication de nos recherches sur la paralysie hystérisque que les praticiens se sont occupés à l'envi de cette affection, au point que son histoire est maintenant, grâce à l'impulsion que nous lui avons donnée, fort avancée (1).

Maintenant qu'est-ce donc que la paralysie péripneumonique ; quelle est la cause qui l'a produite ; quel est son siége, quelle est sa raison d'être? Dépend-elle d'une influence encéphalique ou d'une influence locale? Sa cause prochaine, faut-il la chercher dans l'épuisement produit par la suppuration longue et abondante de la plaie d'un large vésicatoire, que nous avions fait appliquer au dos des deux premiers malades, dans le but de dissiper un reste du phlogose pulmonaire? Mais nous avons vu d'autres malades chez lesquels des vésicatoires avaient suppuré aussi longtemps et aussi abondamment, sans qu'il en soit pour cela résulté aucun état fâcheux. D'ailleurs, le malade de la troisième observation n'a point eu de vésicatoire, et il se déclara cependant chez lui une paralysie incomplète, il est vrai, de la jambe droite.

Sa raison d'être, peut-on la rattacher à l'action du cerveau et de la moelle épinière? Questions ardues et impossibles à résoudre dans l'état actuel de la science. Cependant, nous dirons que nous n'avons rien remarqué, du côté des centres nerveux, qui puisse faire admettre une pareille supposition. Quant à son siége, il nous paraît évidemment avoir résidé dans l'appareil nerveux et musculaire des parties affectées. Ce qui le prouve, c'est qu'il n'y a rien eu d'extraordinaire du côté des centres nerveux, il n'y a eu ni céphalie, ni douleur dans la moelle épinière ;

(1) Voyez mon mémoire sur la *Paralysie hystérique*, *Ann. médico-psychol.*, numéro de janvier 1844.

que l'intelligence et la volonté ont conservé toute leur intégrité, que les fonctions de la défécation et de la miction se faisaient physiologiquement, et qu'enfin les fourmillements et l'affaiblissement musculaire prodromiques de l'anervie ont commencé à la plante des pieds et à la paume des mains, c'est-à-dire aux extrémités périphériques des nerfs, et ont gagné successivement, et d'une manière progressive, les membres de *bas en haut*. D'ailleurs, si le siége avait été dans le cerveau ou la moelle, les malades n'auraient-ils pas tous succombé? Or, il n'y en a qu'un dont l'issue de la paralysie ait été funeste. Les deux autres recouvrèrent l'usage complet de leurs membres.

C'était donc, ce me semble, une paralysie par simple défaut d'innervation, une déperdition, une altération du fluide nerveux; ou bien c'était un engourdissement de l'aptitude motrice de la fibre musculaire.

On sait que M. Duchenne, de Boulogne, a démontré par ses expériences galvaniques, qu'il y a, dans la fibre musculaire, une propriété toute spéciale, à laquelle il a donné le nom d'*aptitude motrice* ou de *mobilité*. Cette *aptitude motrice* est le pouvoir que possèdent les muscles de réagir sous l'influence de l'excitation cérébro-spinale. Diverses causes peuvent entraver son action et l'empêcher d'entrer en exercice; ainsi, la suspension trop prolongée de l'excitation musculaire par l'influx nerveux central; ainsi l'état hystérique, occasion fréquente de troubles profonds et d'hypersthénésie musculaire; ainsi encore, d'après mes observations, l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette hypersthénésie est une espèce de névralgie des houppes nerveuses, qui peut entraîner après elle la paralysie.

Aussi, suis-je enclin à croire que s'il m'avait été donné de faire l'ouverture du sujet qui a succombé, je n'aurais rien trouvé dans le centre nerveux qui pût rendre compte et de la paralysie et de la mort du malade. Ce ne sont là, je l'avoue, que de simples conjectures, suggérées par la guérison des malades de la première et de la troisième observations. Je n'ignore pas que c'est à l'observation et à l'expérience à éclairer ce point obscur et nouveau de pathologie.

On conçoit que, dans l'état actuel de nos connaissances, il nous soit impossible de tracer le tableau de cette nouvelle espèce de paralysie, car nous ne connaissons pas d'autres cas analogues dans les archives de la science, et nos trois faits sont peut-être uniques. Nous dirons seulement que dans les trois cas qui se sont présentés à notre observation, la paralysie n'a porté que sur la mobilité; que chez deux sujets, elle s'est déclarée dans la convalescence d'une pneumonie grave, que chez le troisième malade, l'affaiblissement porta sur la moitié droite du corps, qu'il se déclara en même temps que la pneumonie, et pendant la convalescence de celle-ci, l'engourdissement se concentra tout entier dans le membre pelvien droit. Nous ajouterons que les sujets observés étaient mâles, dans la force de l'âge et vivants dans un état voisin de la misère; que chez les deux premiers, elle s'est montrée à la suite d'une suppuration longue et opiniâtre d'un vésicatoire appliqué au dos; qu'elle a commencé par la périphérie, qu'elle a été centripète, et qu'enfin, chez le premier malade, elle a été accompagnée, au début, de diplopie.

Le tableau complet de l'*anervie péripneumonique* ne pourra être tracé que lorsqu'on possédera un grand nombre de faits. Nous nous estimerons heureux si l'appel que nous faisons à nos confrères est entendu, et si nous parvenons à diriger leurs recherches vers ce point nouveau et encore inconnu de pathologie (1).

§ VIII. *Pronostic.* — Les auteurs sont unanimes à proclamer la gravité de la pneumonie. *O quantum difficile morbum pulmonum curare!* s'écriait Baglivi, effrayé de la grande quantité de pneumoniques qu'il voyait succomber. La généralité des praticiens s'accordent à dire que la mortalité est ordinairement de un sur trois ou quatre. M. Bouillaud affirme que d'après sa méthode des saignées coup sur coup il meurt à peine un sujet sur huit ou neuf. Le résultat obtenu par ce savant professeur est donc excellent et mérite considération. Par le traitement mixte que nous allons bientôt exposer avec détail, le résultat que nous avons obtenu est encore supérieur à celui du célèbre médecin de la Charité, puisque la mortalité n'est que de un sur dix-huit environ. En effet, sur 155 observations de pneumonie que nous avons recueillies, nous comptons 23 morts; mais, de ce chiffre, il faut d'abord en ôter 5 qui succombèrent quelques heures après notre première et unique visite, et auxquels nous n'avons administré qu'une potion stibiée ou bien l'oxyde blanc d'antimoine, et cela pour l'acquit de notre conscience, attendu que les malades étaient à la dernière extrémité. Sur les 18 restant, il faut encore défalquer le malade qui fait le sujet de la 2e observation, qui succomba non à la pleuro-pneumonie dont il guérit parfaitement, grâce au traitement employé, mais à l'amyosthénie qui se développa pendant la convalescence. Il ne faut pas non plus mettre en ligne de compte le malade de la 36e observation, ainsi que celui qui fait le sujet de la 35e, car le premier était d'une part atteint d'une pneumonie compliquée de bronchite intense et d'hypertrophie du cœur, et d'autre part mes prescriptions n'ont pas été suivies exactement. On n'a qu'à relire son histoire, et on demeurera convaincu que ce malade était voué à une mort certaine, n'importe quel fût le traitement qu'on eût employé. Quant au second malade, atteint en même temps d'une bronchite chronique intense, il mourut par défaut de soins, ou plutôt par les mauvais soins qu'il reçut et par des erreurs de régime. Ce n'est pas tout. Je ne pratiquai à ce malade qu'une saignée, et on me défendit formellement de revenir le voir le lendemain, pour lui en pratiquer une seconde, ainsi que je l'avais proposé. Enfin 3 autres, dont je n'ai pas relaté les observations, succombèrent également par les soins inintelligents qu'ils reçurent des sœurs de charité (1) : je ne fus vraiment appelé auprès d'eux que pour parer au mal fait par les sœurs. Un de ces malades était au huitième jour de maladie : il était en proie à un délire ambitieux; on entendait un râle crépitant intense dans toute l'étendue d'un poumon, en arrière; j'ouvris largement la veine et administrai le tartre stibié à haute dose, ce qui n'empêcha pas le malade de succomber le surlendemain. Le deuxième malade était à son dixième jour de maladie, il avait du râle crépitant sans mélange de murmure inspiratoire dans toute l'étendue du poumon droit, en arrière. Ce malade refusa la saignée que je lui proposai : je me bornai donc à lui prescrire l'oxyde blanc d'antimoine, et j'appris plus tard qu'il succomba quelques jours après ma visite.

Il ne reste que 10 ou 12 malades qui aient succombé malgré un traitement rationnel, et encore plusieurs d'entre eux commirent-ils des écarts de régime (26e *obs.*), et 3 autres n'ont point été saignés; ils n'eurent qu'une application de sangsues, et un troisième n'a été saigné qu'une fois; il y avait chez lui complication de grippe; chez les deux derniers, le traitement fut pour ainsi dire incomplet; enfin trois étaient septuagénaires.

Le traitement que nous mettons en usage est donc véritablement merveilleux dans ses effets. Quel autre, je le demande, peut-il lui être préféré?

Quoi qu'il en soit, le pronostic de la pneumonie varie encore suivant le degré de l'inflammation, son étendue, son siége, la nature des symptômes et les complications. L'âge, la constitution, le tempérament, les conditions dans lesquelles se trouvent les malades doivent influer nécessairement sur le pronostic.

Pas n'est besoin de dire que la pneumonie double est infiniment plus grave que l'unilatérale, que celle des lobes supérieurs est généralement plus grave que celle des lobes inférieurs. Est-il nécessaire de rappeler que le premier degré est moins dangereux que le deuxième, et le deuxième que le troisième? On conçoit cependant que la pneumonie au premier degré, mais qui

(1) Cette note a été publiée dans le numéro de décembre 1850, du *Bulletin général de thérapeutique*, Nous en avons observé depuis un nouvel exemple.

(1) Les sœurs de charité font un mal immense dans les pays qu'elles habitent; elles sont vraiment le fléau des malades des campagnes, au point que le titre *de charité* ne leur convient guère. Il serait à désirer, pour l'humanité, qu'on réprimât sévèrement l'exercice illégal de la médecine fait par ces sœurs et par quelques curés de campagne mal avisés et encore plus mal inspirés.

occupe une grande surface, est plus redoutable que celle au deuxième degré n'occupant qu'un petit espace. En général, quelle que soit son étendue, la pneumonie dans ses deux premières périodes peut encore se résoudre. Il n'en est pas de même de la troisième période : celle-ci est incurable.

Nous avons vu guérir des malades chez lesquels l'un des poumons était entièrement hépatisé en rouge, et par une seule saignée et l'émétique à haute dose.

L'intensité plus ou moins grande du point de côté doit aussi être prise en considération, et en général j'ai observé que lorsque le point de côté ne diminue pas, ou ce qui est pis, augmente sous l'influence des émissions sanguines, le malade est en danger de mort. Il faut en dire de même de la dyspnée; plus celle-ci est grande, plus le pronostic est sérieux.

La trop grande abondance de l'expectoration, ou son absence complète, sont encore des signes fâcheux.

La fréquence extrême du pouls, son irrégularité doivent, suivant les auteurs, inspirer des craintes, et selon M. Andral, le danger est imminent lorsque le pouls dépasse 140 pulsations par minute. Ici, mes observations ne sont pas d'accord avec celles des auteurs. J'ai compté non-seulement 140, mais 150, 160, 190 pulsations par minute chez des malades qui guérirent avec une grande promptitude. Mais l'irrégularité ou l'intermittence du pouls exercent une influence fâcheuse sur la marche de la pneumonie. En effet, sur 13 de nos malades qui présentèrent ce phénomène, 5 moururent.

La sécheresse et l'aridité de la peau sont aussi regardées comme d'un funeste présage.

Le délire est communément considéré comme d'un pronostic fâcheux. *A peripneumonia phrenitis malum*, a dit Hippocrate. Sur 47 péripneumoniques délirants j'en perdis 10. Parmi ces 47, cinq étaient atteints de délire furieux, et de ce nombre 3 succombèrent. Mais à ces 10 morts, il faut appliquer les considérations attenantes que j'ai développées plus haut. Plusieurs d'entre eux succombèrent, en effet, aux erreurs de régime et aux soins inintelligents. Comme on le voit, mes observations diffèrent considérablement, sur ce point, de celles de M. Andral, qui a vu succomber presque tous les péripneumoniques atteints de délire. Une insomnie opiniâtre et prolongée, l'altération des traits, doivent être considerées comme des mauvais signes.

L'absence de couenne dans le sang des péripneumoniques est un signe pronostic également fâcheux. Baglivi et Hanham avaient déjà fait cette remarque. L'expérience postérieure a confirmé la justesse du pronostic des deux grands praticiens. Le sang de trois de mes malades, qui succombèrent, n'était pas couenneux,

Les complications exercent aussi une très-grande influence sur le degré de gravité de la pneumonie, et on conçoit que le pronostic est d'autant plus sérieux que la maladie complicante est elle-même plus grave.

La pneumonie latente est aussi plus dangereuse que la pneumonie régulière, par la raison qu'elle passe souvent inaperçue et que partant on ne la combat pas avec énergie.

L'âge et la constitution des sujets doivent aussi être pris en considération, lorsqu'il s'agit de porter le pronostic. Celui-ci sera d'autant plus grave que l'âge du sujet est plus avancé au delà de 40 ou 50 ans, et que sa constitution est plus frêle. Enfin, il est une dernière considération qu'il importe de ne pas oublier, c'est que la pneumonie, toutes choses égales d'ailleurs, est plus dangereuse dans les hôpitaux qu'à la campagne.

Suivant M. Chomel, il est encore un autre point à prendre en considération. Les individus qui ont une inflammation pour la première fois sont ordinairement plus gravement atteints qu'ils ne le seront par la suite, s'ils sont repris d'une inflammation pareille. Ainsi chez les sujets qui ont déjà eu cinq ou six inflammations du même genre, l'inflammation est de moins longue durée, et partant le pronostic doit être moins grave. Ce que nous avons observé semble confirmer cette assertion. En effet, nous comptons parmi nos observations 24 individus qui ont été atteints plus d'une fois de l'inflammation du poumon, et tous sont guéris.

Le pronostic est très-important pour le médecin. C'est le pronostic qui, suivant qu'il est bien ou mal porté, nous attire la considération ou la déconsidération du public. On ne saurait donc trop s'entourer de prudence et de réserve lorsqu'il s'agit de répondre aux questions pressantes des parents des malades à ce sujet. Les vieux praticiens savent toujours, en général, éluder adroitement la question, ou faire, à l'exemple de l'oracle de Delphes, une réponse à double sens, qui, soit que le malade meure ou guérisse, peut toujours être interprétée en leur faveur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Société de chirurgie ne se contente pas de grandir scientifiquement; elle voudrait aussi grandir un peu en titres officiels. L'autre jour elle a eu son comité secret, pour débattre la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu à demander le titre de *Société impériale* de chirurgie. Le titre, à vrai dire, n'est peut-être pas ce à quoi la Société tient le plus; mais avec le titre viendrait une petite subvention qui ne gâterait nullement les affaires financières, que la science, hélas! ne peut jamais dédaigner complétement. Certes, si les faveurs à accorder se mesuraient toujours sur les services rendus, la Société n'attendrait pas longtemps celle qu'elle ambitionne; mais les droits les plus légitimes ne triomphent pas toujours dans ce monde, et surtout ils triomphent rarement sans obstacles. Ceux de la Société de chirurgie en rencontrent, dit-on, de plus d'un genre. Il en a même été signalé dans le comité secret, auxquels on ne devait guère s'attendre : l'Académie de médecine s'offusquerait, à en croire certains orateurs, de l'ambition de sa sœur cadette, et s'opposerait vivement à ce que le pouvoir lui donnât satisfaction. On a même été jusqu'à dire que l'Académie craindrait sérieusement la concurrence, dans le cas où le titre demandé viendrait à être accordé à la Société de chirurgie. L'Académie a tort : ce ne sont guère les titres, mais les travaux et les attributions qui donnent de l'importance à un corps. Sous le rapport des attributions, l'Académie, si elle sait les conserver, a en elle-même de quoi éclipser toutes les concurrences. Quant aux travaux, elle a tous les éléments possibles pour en faire de bons; c'est à elle d'en profiter, et l'on doit reconnaître que depuis quelque temps, si elle n'a pas fait tout ce qu'on peut attendre d'elle, ses séances ont néanmoins offert un grand intérêt scientifique. Il serait donc puéril, tout au moins, que l'Académie vînt contrecarrer les démarches de la Société de chirurgie; elle a beaucoup mieux que cela à faire : Que les académiciens, comme les membres de la Société de chirurgie, arrivent exactement au commencement de la séance, qu'ils ne s'en aillent que lorsque l'ordre du jour sera épuisé, et alors l'Académie pourra sans crainte laisser prendre à sa sœur tous les titres possibles. Mais vouloir rivaliser par les titres et par les finances, c'est un rôle qui ne convient à personne, encore moins à un corps scientifique.

— Hier, M. Boulard a été nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, à la suite d'un concours où trois autres candidats, MM. Béraud, Foucher et Denussé se sont distingués. L'épreuve des préparations anatomiques a donné lieu à quelques pièces remarquables sur lesquelles nous aurons à revenir.

— MM. les docteurs des Rostaing de Rivas, Papin de la Clergerie et Villeneuve ont été nommés médecins suppléants, et MM. Letenneur et Chenantais, chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de Nantes.

— Une nouvelle place de médecin des hôpitaux de Paris vient d'être rendue vacante par la démission de M. Clément, médecin de la Pitié.

— Les journaux quotidiens publient le fait suivant, sur lequel nous manquons de renseignements. Comme il est très-possible qu'il soit raconté avec la même exactitude que celui de la rue Lafitte, on comprend que nous le publions sous toutes réserves. Le nombre de morts à la suite du chloroforme est d'ailleurs assez grand aujourd'hui pour qu'il n'y ait intérêt à publier désormais que ceux qui auront été recueillis avec tous les détails désirables.

« La dame X., habitant une rue du faubourg Montmartre, se voyait dans la nécessité de se faire arracher une dent molaire. Comme elle redoutait beaucoup cette opération, on lui proposa la chloroformisation. Elle accepta, et le chirurgien procéda immédiatement. A peine l'appareil, appliqué sur les voies respiratoires, avait-il commencé à fonctionner que la dame X. pâlit excessivement et se renversa en arrière. Aussitôt on s'efforça de la faire revenir à elle. Une saignée fut même pratiquée; mais tout fut inutile. La dame X. avait cessé d'exister.

« Une enquête vient d'être commencée à propos de ce funeste accident. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 26. 1re année. Mardi 1er Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Simple dialogue au sujet de l'improvisation d'ouverture du cours de clinique de M. Trousseau et de la doctrine artistique de l'inspiration. — CLINIQUE DES HOPITAUX : Hôpital Cochin. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par M. le docteur ALEXIS FAVROT.

Paris, le 28 février 1853.

Simple dialogue au sujet de l'improvisation d'ouverture du cours de clinique de M. Trousseau et de la doctrine artistique de l'inspiration.

Nous nous sommes imposé le devoir de nous occuper des paroles que M. Trousseau a prononcées à l'Hôtel-Dieu en guise d'introduction à son cours de clinique ; nous accomplissons aujourd'hui cette tâche ingrate.

Il y a dix ans, à peu près à pareille époque (1), nous dûmes, au nom de la dignité scientifique et de la saine observation, remplir une tâche analogue. Mais avant de l'entreprendre, il nous parut nécessaire de poser deux questions préjudicielles :

1° M. Trousseau a-t-il eu la prétention d'être sérieux, ou n'a-t-il voulu qu'éprouver la longanimité, qui sait même, peut-être le degré d'intelligence de son auditoire?

2° M. Trousseau, qui parle de principes et de méthodes, a-t-il réellement des principes et une méthode?

Après avoir lu l'improvisation, fidèlement recueillie, de l'étonnant professeur, nous devons, aujourd'hui comme autrefois et à plus juste titre encore, nous poser les mêmes questions, sans être plus qu'alors en mesure de les résoudre.

Il est donc très-possible que, prenant la peine de consacrer quelques pages à cette étrange conception, je donne fort à rire aux initiés qui, de la coulisse, applaudissaient à coups redoublés au talent de l'*artiste*. Mais comme je n'ai pas la moindre intention d'assombrir leur jovialité, et que mon amour-propre serait seul à souffrir du paroxysme auquel elle pourrait se porter à l'occasion de ma bonhomie, il ne me semble pas que cette considération puisse être de nature à m'arrêter. S'il est vrai que

D'un magistrat ignorant
C'est la robe qu'on salue,

il ne me paraît pas moins vrai que

D'un professeur facétieux,
C'est le bonnet et la chaire
Qu'on doit prendre au sérieux.

On ne peut guère admettre, en effet, que des paroles qui tombent d'une chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, de quelque source qu'elles émanent, n'aient pas une influence quelconque sur un certain nombre d'esprits; c'en est assez pour nous décider à combattre cette influence, quand elle est évidemment mauvaise. Tels sont du moins nos principes, et pour en pousser les conséquences jusque dans leurs dernières limites, nous nous transporterons par la pensée dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu; nous supposerons que, dans la chaire où se faisait naguère entendre la voix imposante et respectée de M. Chomel, se trouve, en face d'un auditoire, non pas même M. Trousseau, mais une simple toque de satin cerise à galon jaune, et, entre cette toque et un auditeur de sens commun, nous ferons engager le dialogue suivant, qui pourrait n'avoir rien de fictif, s'il était possible de transformer une leçon clinique en une séance d'argumentation.

La toque. — Messieurs, j'ai beaucoup de choses à vous dire ; peu importe donc par où je commencerai. Je vais vous parler d'abord du tronc de Corvisart et de ses deux branches.

Corvisart était élève d'Avenbrugger et de Stoll, quoiqu'il ne les eût jamais vus.

« Du tronc de Corvisart sont sorties deux branches.

« Les élèves de Corvisart, comme toujours, *ont été* plus « loin que le maître ; ce qu'il demandait comme un moyen « d'étude et d'investigation, comme un moyen de connaître « une partie de la maladie, ils l'ont considéré comme un « moyen de connaître toute la maladie.

« L'école anatomique s'est fondée ; elle a fait TOUT CONSISTER *dans l'étude de la percussion et de la palpation*. On « a fondé ce que l'on peut appeler l'anatomisme. (Interruption d'applaudissements.)

« D'autres sont venus (1).... »

(1) A propos d'un discours de rentrée de la Faculté, qui aurait suffi cent fois pour discréditer à jamais un homme prétendu scientifique, si les succès d'une certaine espèce n'autorisaient et ne couvraient, en médecine comme ailleurs et plus qu'ailleurs peut-être, tous les genres d'excentricité. (Voir : *lettre à M. le professeur Trousseau ;* Paris, 1842. Se vend au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. Prix : 60 centimes.)

(1) Tous les passages guillemetés sont textuellement extraits de l'improvisation de M. Trousseau.

L'auditeur de sens commun. — Pardon, madame la toque; permettez-moi de profiter de cette interruption, certes, bien méritée ! pour vous adresser deux simples questions: Que voulez-vous dire par les paroles que vous venez de prononcer? Prétendriez-vous qu'il existe à Paris ou ailleurs une école ou même des hommes qui font *tout consister* dans la percussion et la palpation, et qui ne s'inquiètent, quand ils examinent un malade, ni de l'état du sang, ni de l'état des autres liquides, ni de l'état de la sensibilité, ni de l'état de la motilité, ni de l'état des facultés intellectuelles, ni de l'expression de la physionomie, etc.? ou bien entendez-vous que la connaissance des conditions anatomiques des organes est absolument oiseuse dans l'étude des maladies?

La toque. — Monsieur l'auditeur, vos questions pourraient m'embarrasser, si j'avais l'intention ou si j'étais obligée d'y répondre. Mais c'est de quoi je m'inquiète comme de rien. Je suis artiste; je parle et j'agis d'inspiration; tout ce qui vient d'inspiration est bon; vive l'inspiration ! et je continue. (Nouveaux applaudissements.)

« D'autres sont venus, *avec une hypocrisie d'exactitude,* « qui se sont appelés les numéristes. Ils ont voulu donner « consécration à l'*anatomisme* par le *numérisme;* ils ont fait « intervenir la statistique, qui est venue trôner dans l'école « parisienne.

« Le numérisme *a fait semblant* de croire que les hommes « malades comme les hommes sains étaient des unités, et « pouvaient être soumis à des calculs, de même que les « hommes vivants. »

L'auditeur. — L'homme malade n'est donc plus un homme vivant?

La toque. — Veuillez ne pas m'interrompre.

« Si l'homme vivant a été soumis à des calculs statisti- « ques, ç'a été dans un tout autre but. . . . . « . . . . . On ne sait jamais avec le numérisme « ce qui s'applique à un cas individuel. . . . . Les « moyennes sont juste le contraire de la vérité. En vou- « lez-vous la preuve? »

Un beau jour, il prit à la cervelle que j'affuble la fantaisie (drôle de fantaisie, n'est-ce pas?) de savoir à quelle époque les dents poussent aux petits enfants; mon maître se livra, dans ce but, à des calculs tout particuliers, qui le conduisirent à un âge moyen de sept mois. Or (admirez bien ceci !) au moment même où il obtenait cette moyenne, pas un seul des enfants de sept mois, couchés dans son service, n'avait de dents! Ha, ha, ha, ha ! ! (Une hilarité générale s'associe à cette bonne humeur. La toque fait une pirouette de satisfaction.)

L'auditeur. — Joviale toque, vous venez de résoudre avec une si merveilleuse facilité les questions que vous m'avez permis de vous adresser, qu'il ne vous en coûtera guère d'en autoriser une autre : Est-ce en votre propre et privé nom que vous nous débitez ici toutes ces charmantes choses, ou bien parlez-vous au lieu et place de votre maître ?

La toque. — La cervelle que je décore n'a rien de caché pour sa toque : quand je parle, elle parle; quand elle parle, je parle; mon maître et moi, moi et mon maître, c'est tout un. Mais je suis bien bénévole de vous répondre, car ce que vous me demandez ne ressemble à rien, ne signifie rien, ne mène à rien, et ne peut que troubler mes inspirations.

L'auditeur. — Faites excuse, mordante toque, ce que je dis n'est pas absolument dénué de tout sens, et vous le comprendrez sans peine, pour peu que vous empruntiez le moindre brin de logique à la cervelle que vous coiffez si bien : Les épigrammes, que vous venez de lâcher contre le *numérisme* et contre l'*anatomisme* que vous appelez galamment des *hypocrites,* des *absurdes,* des *stupides,* sentent un peu trop le marché des Innocents pour que vous ne les ayiez pas prises sous votre bonnet. Votre maître est un homme assez poli pour ne jamais s'exprimer de la sorte. Croyez-vous, en outre, que nous soyons tous assez ignorants dans cet amphithéâtre pour ne pas savoir que votre maître est revenu depuis longtemps de ses erreurs touchant la statistique que vous qualifiez avec un goût si exquis? Croyez-vous que nous ignorions le serment par lequel il a abjuré ces mêmes erreurs! Faut-il vous rappeler l'apothéose qu'il a faite des statisticiens et le suivant acte de contrition qui lui servait de couronnement :

« J'ai été un *des plus violents,* un *des plus injustes détrac-* « *teurs* de la statistique, JE NE LA COMPRENAIS PAS! aujour- « d'hui que je l'ai étudiée, *je reconnais* qu'elle SEULE fait « faire à la science des progrès solides, qu'elle SEULE peut « permettre d'utiliser dans les siècles à venir, les travaux « de ceux qui auront vécu auparavant, et d'élever ainsi « lentement un édifice que *les rêveries* D'UN GALIEN OU D'UN « PARACELSE seront impuissantes à renverser (1) ! »

Vous voyez bien que votre maître, loin de conspuer la statistique, est devenu le plus farouche des statisticiens, et qu'il rembarre poliment, mais vertement ces godeluraux de Galien et de Paracelse, qui se permettaient de rêver tout haut. Voulez-vous un autre échantillon?

« Nous avons voulu par cette analyse sommaire prouver « que par les procédés de M. Louis (les procédés numéri- « ques!), on pouvait arriver à l'étude sinon complète, du « moins plus complète qu'elle ne l'avait été jusqu'ici, d'une « maladie grave. Certes, il serait à souhaiter que, sur « toutes les questions de la pathologie, un homme comme « M. Louis consentît à porter autant de lumières. *Cela vau-* « *drait mieux, même pour le thérapeutiste,* que de brillants « échafaudages de doctrines qui, pour être ingénieuses, « n'en sont pas toujours beaucoup plus vraies (2). »

Prétendrez-vous encore, après ces citations....

La toque. — Assez, assez, de grâce, monsieur l'érudit; croyez-vous m'embarrasser?

L'auditeur. — Dieu me préserve d'une idée si saugrenue, ô toque pleine d'artifice.

La toque. — En quelle année, s'il vous plaît, ont été écrites les balivernes que vous me racontez là?

L'auditeur. — Des balivernes, ô toque peu révérencieuse! La date, je crois, ne fait pas grand'chose à l'affaire; mais s'il vous est agréable de la connaître, je n'ai rien à vous refuser : ces . . . . balivernes ont été écrites, l'une en 1835, l'autre en 1839.

La toque. — Ha, ha, ha, ha ! la bonne plaisanterie; ha, ha, ha, ha, *idea plena jocis ! ! !* En 1835, monsieur le savant! Par saint Boniface, voilà qui est un peu trop simple, naïf et même primitif; voilà qui égayera longtemps tous les ateliers de la bonne école. Ah ! vous en êtes arrivé, après vingt ans d'études, car vous ne me paraissez pas des plus jeunes, à croire que la date ne fait rien à l'affaire ! Eh ! monsieur le savantasse, si à la place de votre érudition vous aviez eu l'esprit de mettre un grain d'inspiration, vous

(1) Trousseau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales,* juin 1835, page 363.

(2) Même auteur, même journal, avril 1839, page 139.

sauriez que la date est toute l'affaire; vous sauriez que l'inspiration peut varier avec l'année, avec la saison, avec le jour même, enfin avec mille causes mystérieuses qui font vibrer les fibres du génie, mais qui trouvent insensible l'esprit grossier des vulgaires savants. (Violents applaudissements.)

L'auditeur. — Pardonnez à ma faible vue, ô toque pleine de génie ! mais les rayons qui jaillissent de votre galon jaune commencent à m'éclairer. Si je vous comprends bien, l'anatomisme et le numérisme pouvaient être mauvais en 1834, bons en 1835, mauvais encore en 1836 et 1837, excellents en 1839 et exécrables de 1842 à 1852 inclusivement, et tout cela suivant l'inspiration et sous la réserve de l'avenir?

La toque. — A merveille, mon cher auditeur; dites mieux encore, dites suivant « *l'inspiration* DU MOMENT, » et vous serez entièrement dans les vrais principes, dans ce que j'appellerais volontiers les principes classiques, si le classique n'était pas l'antipode de l'art.

S'il était besoin de vous édifier complétement à cet égard, je pourrais ajouter de nombreuses preuves à celle que vous venez d'invoquer vous-même. Je pourrais vous citer :

L'oxyde d'antimoine (1) : vanté comme héroïque en 1833, ridiculement, ignominieusement assimilé à *l'eau distillée* en 1842 (2), préconisé de nouveau en 1847 (3);

La saignée : bannie d'autant plus rigoureusement, en 1833, du traitement de la pneumonie, que celle-ci « est plus franche, plus aiguë, plus inflammatoire (4); » conseillée en 1847 « *largâ manu et iteratis vicibus* » dans le traitement de la pneumonie « aiguë, simple, franche et sans spécificité (5); »

Les instillations de nitrate d'argent, après la trachéotomie : lyriquement prônées en 1333 (6), aujourd'hui dédaigneusement répudiées partout où la voix de mon maître se fait entendre;

Etc., etc., etc., une page entière d'*et cætera*.

L'auditeur. — Et dans toutes ces opinions contradictoires, vous ne pensez qu'il y ait irréflexion, légèreté, insuffisance d'observation, erreur ou tromperie de la part de l'observateur?

La toque. — Que parlez-vous d'observateur ! il s'agit bien de cela ! Dites de l'ARTISTE ! Non, non, mon cher auditeur, il ne peut y avoir, dans ces contradictions apparentes, rien de tout ce que vous me demandez là; elles prouvent seulement, comme je viens de vous le dire, que les mêmes substances peuvent agir telle année merveilleusement, telle autre année d'une manière déplorable, et sans que rien puisse nous mettre sur les traces de ces révolutions soudaines et complètes, si ce n'est l'inspiration !

L'auditeur. — Mon esprit s'illumine de plus en plus au flambeau de votre génie, ô toque pleine d'entraînement; je commence à comprendre comment, avec l'inspiration, l'anatomisme et le numérisme peuvent devenir inutiles, absurdes et stupides. Par exemple, le numérisme, se fondant sur ce fait insignifiant que l'opération césarienne n'a jamais réussi à Paris, tandis qu'elle a très-souvent réussi en province, a la sotte prétention de croire qu'il vaudrait mieux se faire hystérotomiser dans le département de la Creuse que dans la rue aux Fèves, hôtel du Tapis-Franc, à Paris. Votre opinion est bien qu'une telle prétention est ridicule?

La toque. — C'est-à-dire qu'elle est superlificoquencieuse, si vous voulez bien me passer cet adjectif peut-être un peu artistique pour vous. Je vous ai déjà fait observer que « si l'homme sain est une unité, il n'en est pas de « même de l'homme malade qui ne ressemble jamais à un « autre homme malade, et, qu'en définitive, on ne sait « jamais, avec le numérisme, ce qui s'applique à un cas « individuel. » Le département de la Creuse, ou tout autre, peut convenir à cent femmes, tandis que la cent-unième peut se trouver beaucoup mieux de se faire gastrotomiser à Paris, et il est très-possible que j'en donne le conseil à la première qui me tombera sous la main.

L'auditeur. — Et sur quoi vous fonderez-vous pour prendre une décision sur ce cas individuel?

La toque. — Faut-il donc vous le répéter encore? sur l'inspiration, mon ami, sur l'inspiration !

L'auditeur. — C'est qu'à vous dire vrai, si un homme malade ne ressemble jamais à un autre homme malade que nous ayons déjà vu, il ne me semble guère facile de deviner, juste du premier coup, et ce qui cause sa maladie et ce qui lui convient pour l'en guérir. Jusqu'à présent je ne connais que les somnambules qui aient reçu ce don du ciel.

La toque. — Ah ! vous voilà avec votre grand mot, avec ce mot qui fait la honte de notre génération : il n'est pas *facile !* Je ne le sais que trop, « depuis cinquante ou « soixante ans la manie de faire des études faciles s'est « emparée de tous *les gens;* on a fait des bacheliers en huit « jours, des calligraphes en vingt-quatre heures, des des- « sinateurs et des peintres..... » en un tour de main. « On « a voulu faire aussi de la médecine facile, et l'on s'est mis « à faire du diagnostic local, à fouiller les cadavres; et les « élèves se sont aperçus qu'au bout de TROIS MOIS, *ils en « savaient* PLUS QUE LES MAÎTRES; et il en est résulté un « grand mépris des anciens et une grande estime de soi- « même; et l'on a fait de la médecine une science, tandis « que c'est un art, et des médecins, des savants, tandis que « nous sommes tous des artistes.

« Que de MISÉRABLES RAPINS qui, à force de charbonner « les murs d'un atelier et de les remplir des charges de « leurs patrons et de leurs camarades, se croient un jour « illustres et s'imaginent faire de l'art en reproduisant en « IGNOBLES CROUTES les chefs-d'œuvre des grands maîtres ! « Quelle distance entre le modèle et la copie ! N'imitons « pas, messieurs, ces HOMMES STUPIDES; car, à bout de « vanité et de chefs-d'œuvre, ils terminent par où ils au- « raient dû commencer, en décorant de *guirlandes de sau- « cisses et de marbrures de tranches de cervelas* la boutique « d'un charcutier. (Joyeux et unanimes applaudissements.)

« Ce n'est pas ainsi que nous l'entendons; le véritable

---

(1) « J'ai traité par l'antimoine *cinquante-huit* péripneumonies aiguës ; DEUX *malades seulement* ont succombé !

« Le tartre stibié, l'antimoine métallique, le protoxyde, le deutoxyde et le tritoxyde d'antimoine, l'hypo-antimonite, l'antimonite et l'antimoniate de potasse, le kermès ont été administrés aux malades, et les effets généraux ont été *invariablement les mêmes.* » (Trousseau, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. III, p. 33.)

(2) Trousseau, *Discours de rentrée de la Faculté*, novembre 1842. « C'est notre histoire *à tous*, messieurs; nous avons *tous* une eau *distillée* à laquelle nous croyons; seulement, elle change de nom : elle s'appelle ANTIMOINE, chlorure, saignée. »

(3) « Nous avons *tout nouvellement encore* » (admirez *encore !*) « constaté l'heureuse influence de l'oxyde blanc de l'antimoine dans la pneumonie des enfants, etc. » (Trouss. et Pidoux, *Trait. de thér.*, t. II, p. 735).

(4) Trouss., *Dict.* en 30 vol., t. III, p. 236.

(5) Trouss., *Trait. de thér.*, t. I, p. 510.

(6) Trouss., *Journ. des conn. médic. chir.*, septembre 1833, p. 5.

« artiste est celui qui passe toute sa vie dans les études les « plus assidues. Consultez les cartons de J.-J. Rousseau, de « Raphaël, de Paul Véronèse, de Stoll, de Sydenham, de « Huxam, de Stahl, de Bretonneau, et vous les trouverez « remplis du fruit de leurs veilles, du travail opiniâtre de « tous les jours...

« Le véritable artiste est un *homme de travail et de pas-* « *sion perpétuels.*

« Qui studet optatum cursu contingere metum
. . . . . .
« Venere et vino abstinuit.

« (Je vous dirai, entre parenthèse, que *je ne vous en* « *demande pas tant.*) » (Rires de gratitude.)

Ne vous encroûtez donc pas dans « le diagnostic de la localité, dans l'anatomisme » des hommes de nos jours; renfermez-vous dans la contemplation des artistes anciens, car, parmi les modernes, je suis forcé de le dire, malgré l'excès de ma modestie, *il n'y a que nous qui avons fait de la médecine et de la thérapeutique.* Si vous ne suivez pas cette voie, lors même « que vous auriez reçu le feu sacré de la médecine, » vous ne serez jamais, je vous le déclare solennellement, que de misérables rapins! (Tonnerre prolongé d'applaudissements.)

L'auditeur. — Les éclairs mille fois croisés de votre éloquence, ô toque trop démosthénique, ont ébloui ma faible intelligence, et je ne sais comment recueillir mes esprits après cette pindarique apostrophe qui vient de foudroyer ces *misérables rapins,* lesquels sont pourtant, dit-on, de bien bons enfants. Auriez-vous eu, par hasard, à vous en plaindre? n'auraient-ils pas peint à votre guise certaines tranches de cervelas, ou certaines guirlandes de saucisses? Je ne puis croire que tant de fiel entre dans l'âme d'un artiste.... Mais vos foudres m'égarent. Pour en revenir à notre sujet, ce qui me paraît résulter de plus clair de vos divines imprécations, c'est que l'anatomisme et ceux qui le pratiquent sont....

La toque. — De misérables rapins.

L'auditeur. — Ainsi, Morgagni, quand il écrivait ce livre que la tourbe médicale se plaît à admirer, et qu'on nomme, je crois....

La toque. — Brisons sur Morgagni; un seul mot le peint fidèlement : c'est le père des rapins!

L'auditeur. — Scarpa et Dupuytren, décrivant avec une niaise exactitude les lésions de l'anus accidentel, celles....

La toque. — Rapins! rapins!

L'auditeur. — Laënnec....

La toque. — Fut et restera toujours un rapin!

L'auditeur. — Lorsque M. Louis avait la simplicité d'observer le ramollissement de l'estomac....

La toque. — Rapin!

L'auditeur. — La sotte description du ramollissement du cerveau, par M. Rostan, prouve sans doute....

La toque. — Que ce professeur est un rapin.

L'auditeur. — Et M. Bouillaud, avec sa mensuration du cœur....

La toque. — Est un mince rapin.

L'auditeur. — Et M. Rayer....

La toque. — Rapin, comme tous les autres.

L'auditeur. — Et MM. Andral, Cruveilhier, Lallemand....

La toque. — Rapins, rapins, rapins, quintescence de rapins!

L'auditeur. — Vos discours me charment, chère toque d'amour. A vous parler en toute humilité, je vous dirai franchement qu'avant de vous avoir entendue, les observations et les travaux de tous ces hommes ne me paraissaient pas du tout aussi croûtes que vous le dites; je vous avouerai que je me croyais bien moins fort que tous ces maîtres, quoique j'étudie, ainsi que vous me l'avez un peu malicieusement fait remarquer, depuis beaucoup plus de trois mois. J'ai même passé une grande partie de mon temps à méditer leurs travaux, et certes, je me flatterais, si je vous disais que je les connais tous parfaitement. Grâce à vous, me voilà déchargé d'un rude poids. Aquilon ne sera pas désormais plus léger que moi, pour marcher dans le sentier de l'inspiration. Encore un moment d'entretien, encore l'illumination de quelques rayonnements de votre génie, et je pars du pied droit, et je m'écrie avec vous : Foin de Morgagni, de Scarpa et de Laënnec! foin de l'anatomisme et de tous les rapins passés, présents et à venir!

Dites-moi, je vous prie, cet excellent M. Bretonneau, que vous paraissez considérer comme si éminent artiste, n'est-il pas tombé dans le péché d'anatomisme, en découvrant que la prétendue gangrène de l'angine pseudo-membraneuse n'est autre chose qu'une fausse membrane, et serait-il pas, de ce fait, quelque peu entaché de rapinisme?

La toque. — Vous parlez d'or, mon ami, et vous auriez mille fois raison, si Bretonneau y avait regardé pour découvrir sa fausse membrane; mais ce qui le distingue de tous les rapins d'anatomo-pathologistes, c'est qu'il a fait cette découverte sans y voir, illuminé seulement par les seules étincelles de l'inspiration! Voilà pourquoi Bretonneau est l'Homère, le Phidias, le Raphaël des médecins; l'Alexandre, le César, que dis-je, le Mahomet des artistes! Voilà quelles traces il faut suivre pour aborder sur des rivages inconnus,

« Melius est progredi per tenebras, quam sistere gradum ! »

Voilà quelles découvertes peut produire la seule puissance de l'inspiration!

En voulez-vous un autre exemple non moins merveilleux? Le voici; je suis désolé de me citer moi-même, car j'en suis l'auteur; mais on ne peut prendre les bons exemples que là où ils se trouvent :

« Voyez ce nez rouge. Que vous dit-il, à vous? Rien. Et « à un artiste? Tout. Oui, messieurs, *toute la science, tout* « *l'art* est dans ce nez rouge! Il est rouge parce qu'il a « subi l'impression momentanée du froid, parce qu'il est « soumis à une réaction! » Voilà ce que, sans y regarder, moi aussi, *etiam ego,* j'ai découvert!

Comprenez-vous enfin, par cet exemple frappant, toutes les merveilles que peut enfanter cette magique inspiration!

L'auditeur. — O merveille qu'on ne saurait assez admirer! Avoir, d'un seul coup d'œil, deviné tout ce qu'il y a d'écrit sur ce nez rouge, tout ce qu'il y a de caché dessous! Je suffoque d'admiration; laissez-moi respirer!... Admirable est un adjectif fade pour ce nez rouge. Auprès de ce nez rouge, la découverte de la lithotritie, celles de la circulation, de la pesanteur et du Nouveau-Monde font pitié et ne sont pas même de la saint Jean. Suspendez un instant votre improvisation enchanteresse, ô toque pleine de magie, que je savoure à mon aise ce délicieux nez rouge!... Non, le monde ancien et le monde moderne n'ont rien à comparer à ce nez rouge!... Ah! je respire! Une seule observation, pour ne pas laisser à mon enthousiasme le plus léger nuage de doute. L'incomparable nez rouge appartient, vous le savez, à un ivrogne fieffé. Pensez-vous pas

que ce nez rouge puisse être tout bonnement une trogne de Silène ?

La toque. — Oui, cela pourrait être ainsi pour un rapin, qui aurait la stupidité d'y regarder de près et de se noyer dans les détails; mais pour un artiste, qui plane dans les hautes régions de l'inspiration, jamais.

L'auditeur. — Ainsi, l'inspiration ne trompe jamais?

La toque. — Jamais.

L'auditeur. — Grand merci, grand merci, ô toque pleine de séduction ! Voilà une leçon qui vaut bien des fromages, puisque d'un bond elle me porte du rang d'élève infime de ces rapins de Morgagni, de Laënnec et autres, à la hauteur des artistes tels que Sydenham, Stoll, Bretonneau.... Je crains d'offusquer votre modestie en achevant cette liste. Maintenant que je connais tout le parti qu'on peut tirer de l'inspiration, je n'ai plus rien à apprendre. Je vais quitter cet amphithéâtre le cœur content, l'esprit formé, le pied plus léger que celui de la messagère des Dieux, et si un malade a la chance de tomber sous ma coupe (vous me permettrez, j'espère, cette locution, ô toque pleine d'initiative), tenez-vous pour assurée que je vais lui administrer une formule d'inspiration, dont tous ces rapins de professeurs anatomo-pathologistes me diront des nouvelles.

La toque. — Arrêtez, arrêtez, auditeur plein de pétulance; qu'allez-vous faire? peut-être empoisonner vos malades ! Une leçon ne saurait suffire pour apprendre la doctrine de l'inspiration. Il faut un travail opiniâtre, un....

L'auditeur. — Vous voulez rire, ô toque pleine de facétie ! Est-ce que vous ne venez pas de me jurer que *l'inspiration du moment* ne trompait jamais? Auriez-vous fait un serment téméraire ?

La toque. — Non, sans doute, je ne dis pas cela. Mais enfin, « quand je parle d'*inspiration du moment*, je ne veux « pas parler de cette inspiration soudaine des sibylles qui « rendaient des oracles; je ne prétends pas qu'un homme « placé pour la première fois au milieu d'une salle d'hô- « pital va s'écrier : A tel numéro, tel diagnostic, tel traite- « ment, et ainsi de suite pour les autres. Non, telle n'est « pas ma pensée, ce serait une folie; mais c'est en recou- « rant à l'hypothèse, en nous guidant sur l'expérience de « nos maîtres, en puisant dans les sages préceptes des « Stoll, des Sydenham, en les reliant aux découvertes nou- « velles, seulement dans ce qu'elles ont d'utile; c'est éta- « blis solidement sur de pareils fondements que nous pour- « rons, au lit du malade, puiser dans notre propre inspi- « ration, *inspiration toute instantanée et* ABSENTE *de calculs* « *numériques*, des indications thérapeutiques SURES .... »

L'auditeur. — Je ne vous suis plus dans ce dédale de mots, ô toque sans doute pleine de profondeur ! Que me parlez-vous de préceptes, d'hypothèses, d'expériences, quand il s'agit d'inspiration, d'inspiration du moment, qui ne trompe jamais!

La toque. — Sans doute, sans doute, mon cher auditeur; je confesse que tout cela a besoin d'explications. Un moment de patience, et vous serez édifié.

D'abord, l'inspiration ne vient pas toujours quand on l'appelle. Que faire alors? « Ce que tout le monde fait; « appeler l'hypothèse à son aide. Par exemple, on vient « loqueter à votre porte la nuit.... »

L'auditeur. — Pourquoi pas le jour?

La toque. — Ne m'interrompez pas. Je fais une supposition, je puis bien choisir la nuit. L'inspiration ne vous dit pas qui est là; vous avez recours à l'hypothèse et vous vous dites : « C'est un ami ou un voleur. »

L'auditeur. — Et entre les deux hypothèses, c'est l'inspiration qui décide?

La toque. — Précisément; c'est l'hypothèse qui a fait naître l'inspiration.

L'auditeur. — Mais l'inspiration une fois née, elle ne se trompe toujours pas?

La toque. — C'est-à-dire, elle ne se trompe jamais.... grossièrement; mais, au lieu d'un voleur, ce pourrait être le portier ou un créancier, et au lieu d'un ami, ce pourrait être une maîtresse; c'est en vue de cette légère éventualité d'erreur qu'on a recours à l'expérimentation : car « *pour* « *arriver à la recherche de l'hypothèse, une grande voie, c'est* « *celle de l'expérimentation.* » Donc, pour expérimenter, on va ouvrir la porte, on trouve un garde national qui vient vous chercher pour sa femme en mal d'enfant, et l'on est fixé.

L'auditeur. — Certes, le procédé est ingénieux; cependant je ne vois pas trop pourquoi vous n'auriez pas commencé par où vous avez fini, c'est-à-dire, par aller d'emblée ouvrir votre porte. En outre, il me semble qu'en appliquant votre parabole au traitement d'un patient, le malheureux courrait grand risque d'avaler bien des drogues avant de tomber sur celle qui lui convient, et il pourrait bien se faire qu'il trépassât, longtemps avant d'avoir épuisé la série de toutes les hypothèses et de toutes les expérimentations possibles.

La toque. — Aussi faut-il savoir choisir les sujets d'expérimentation : « Croyez-vous que médecin des pauvres, « j'irai impunément ET D'UNE MANIÈRE INFAME *me livrer à* « *des expériences sur un lit de misère et de douleur! Croyez-* « *vous que j'irai entreprendre des expériences* DANS L'ESPOIR « D'UNE FORTUNE, *si je réussis, et qui coûteront* LA VIE *à un* « *pauvre diable, si j'échoue. Un médecin qui se conduirait* « *ainsi serait un* MISÉRABLE!

« *Il ne m'est jamais arrivé de faire d'essais thérapeutiques à* « *l'hôpital ou sur le pauvre;* TOUJOURS *j'ai commencé sur mes* « *clients de la ville*, ET DES CLIENTS HAUT PLACÉS. » (Ardents applaudissements.)

L'auditeur. — Voilà qui me rafraîchit singulièrement à l'endroit de l'inspiration, ô toque pleine de faconde : certes, j'admire cette délicatesse qui vous fait choisir de préférence les clients *haut placés* pour *entreprendre* sur eux, et cela moyennant, sans doute, un bon prix de consultation, *et dans l'espoir d'une fortune, des expériences qui leur coûteront peut-être la vie;* à vrai dire pourtant, j'aimerais mieux, avec ces rapins d'anatomo-pathologistes, que des expériences semblables ne se fissent ni sur le pauvre, ni sur le riche;

J'admire chez vous les mouvements oratoires, le toupet et beaucoup d'autres choses encore;

Mais ce que je commence à admirer beaucoup moins, c'est votre raison, touchant l'intégrité de laquelle il me vient des appréhensions sérieuses : Quoi ! ici vous dites qu'il ne faut suivre que *l'inspiration du moment*, qu'un malade *ne ressemble jamais* à un autre malade, et là vous conseillez de prendre pour guide les expériences, les préceptes de Stoll, de Sydenham, de Huxam, etc.; et en quoi ces auteurs pourront-ils nous être utiles, si en fait de maladie personne ne ressemble à personne ! — Ici vous dites qu'il faut avoir recours à *l'hypothèse* pour arriver à des indications thérapeutiques *sûres;* là vous dites qu'*une grande voie pour arriver à la* RECHERCHE *de l'hypothèse, c'est l'expérimentation !* plus loin, vous déclarez qu'avec l'inspiration, *qui ne trompe jamais*, et *l'hypothèse* qui conduit à *l'indication sûre*, vous

arrivez à des expérimentations *qui peuvent* COUTER LA VIE AUX CLIENTS HAUT PLACÉS ! enfin, partout vous faites les associations les plus grotesques de noms qui hurlent de se voir rapprochés, les assemblages les plus informes de phrases incohérentes, de mots vides de sens ou d'une basse trivialité, les emprunts les plus honteux à un langage qui n'est ni celui de la science, ni celui de la syntaxe, ni celui de la bonne compagnie. Dites-le moi, ô toque que j'avais crue truffée de génie et que je soupçonne fort n'être farcie que de galimatias, dites-le moi, en conscience : que signifie ce dévergondage d'idées et de paroles ? — Pensez-vous que ce puisse être l'exposition d'un principe, d'une méthode, d'une doctrine ? — Est-ce une épître aux Corinthiens ou aux Béotiens ? Êtes-vous une toque écervelée ou une *blagueuse*, suivant l'expression nerveuse de l'ami Proudhon ? — En un mot, croyez vous parler ici à des gens sensés ou à des imbéciles ?

La toque, à part, à l'auditeur. — Vos questions, mon cher auditeur, au lieu de m'indisposer, me plaisent ; elles dénotent un homme d'esprit, de ressource et d'avenir; elles m'intéressent à vous : suivez-moi dans la coulisse, je veux vous faire une confidence. (*A l'auditoire*) : Messieurs, une .... inspiration pressante m'oblige de passer un instant dans le cabinet voisin ; veuillez patienter quelques secondes. — (*A l'auditeur, dans la coulisse*) :

C'est ici, mon cher auditeur, que je vais, par sympathie pour vous, répondre à vos questions. Songez seulement que je vais vous dire une chose qu'on ne m'a jamais confiée à moi-même; une chose que j'ai été obligée de deviner, en m'aidant réellement pour cette fois de l'inspiration, de l'hypothèse, et surtout de l'expérimentation ; songez, par conséquent, qu'ici je parle en mon propre et privé nom ; que je vais peut-être trahir un secret de métier, et qu'une indiscrétion de votre part pourrait me compromettre.

Connaissez-vous une besogne qui soit aussi embêtante, dégoûtante et même malfaisante que celle d'aller croupir sur des cadavres, pour y rechercher si le cerveau est dur ou ramolli, si le poumon est friable ou résistant, si les orifices du cœur sont élargis ou rétrécis, si les reins sont gris, jaunes ou rouges, etc., etc., etc. ?

L'auditeur. — J'avoue que cette besogne n'a rien de très-récréatif.

La toque. — En connaissez-vous une de plus assommante ?

L'auditeur. — Je ne sais trop ....

La toque — Eh bien ! moi, j'en connais une : c'est d'aller sécher, sinon pourrir dans des salles d'hôpital, pour voir si la peau des malades est sèche ou humide, si leur tête est chaude ou froide, si les battements de leur cœur sont lents ou précipités, forts ou faibles, réguliers ou capricieux, si leurs selles sont rares ou fréquentes, solides ou liquides, jaunes, vertes, rouges ou noires, si leurs urines sont troubles ou limpides, etc., etc. Et tout cela, pourquoi, je vous prie ? pour arriver, au bout de dix ans ou plus, à trouver je ne sais quelle lésion, qui avait échappé à nos prédécesseurs, pour faire, en un mot, une découverte peut-être inutile aux malades, et qui souvent ne rapportera pas au médecin cent sous de bénéfice net. Or, qu'est-ce que la médecine ? Écoutez la réponse de Corvisart déjà vieux : un homme du monde lui demandait ce qu'il fallait décidément penser de cette science. Bah ! dit-il, elle ne sert à rien. — Vous êtes bien ingrat, docteur, répliqua l'interlocuteur : elle sert au moins à gagner 50,000 livres de rente. Cet homme du monde, mon cher ami, était le véritable disciple de Corvisart, et non pas ces niais d'anatomo-pathologistes qui nous rompent la tête de leurs indurations, de leurs ramollissements, de leurs hypérémies, de leurs rétrécissements et de leurs insuffisances (sans calembourg) ; 50,000 livres de rente, voilà ce qu'il faut chercher dans la médecine ! Quel est le chemin le plus court et le plus agréable pour trouver ce produit ? Est-ce d'aller crier par-dessus les toits au public : Messieurs, la médecine est une science d'observation, science longue, difficile à apprendre, mais qu'avec une intelligence ordinaire, des sens normalement développés, un travail assidu et une méthode sévère, vous parviendrez à posséder entièrement, telle que l'ont faite les progrès successifs de trente siècles. Sottise, mon ami, sottise qu'une pareille voie. Ce qu'il faut dire, le voici :

Messieurs, la médecine n'est pas une science, c'est un art; le medecin n'est pas un savant, c'est un artiste. Mais les artistes se divisent en deux classes : les rapins, qui constituent la masse de la population, qui se forment par la routine et se conduisent d'après des règles, et les artistes véritables qui sont un don du ciel, qui ne reconnaissent d'autres lois que leur génie et leur inspiration, et qui sont assez rares, pour que chaque siècle soit heureux et fier de compter le sien. Voilà ce qu'il faut, non-seulement dire, mais faire croire à la tourbe rapinière. Pour cela, gardez-vous de raconter ces choses trop crûment ; assaisonnez vos discours de quelques mots bien sonnants, tels que : méthode, principe, doctrine, hypothèse, expérience, observation, etc. Ces mots seront, non pas une *blague*, suivant la vilaine parole de M. Proudhon, mais ce qu'en termes d'atelier, nous appelons spirituellement une *rocambole*. Pour la faire avaler et digérer au public, il ne faut qu'un peu de bagout et beaucoup d'audace.

Voilà, mon ami, la meilleure leçon que vous puissiez recevoir; si elle laisse de l'obscurité dans votre esprit, allez-vous-en chez l'éditeur Aubert, et demandez-lui l'album de Robert-Macaire, par un certain Daumier, garçon d'esprit, quoique rapin de profession ; que ce recueil soit pour vous la loi et les prophètes ; qu'il soit la colonne de feu qui vous conduise vers la terre promise de la fortune, et si, quand vous aurez pressé du pied cette terre si désirée, un *heureux* souvenir vous inspirait l'idée de reconnaître un conseil utile, soyez assuré que je vous verrai toujours avec un nouveau plaisir. Adieu, le temps me presse trop pour attendre votre réponse ; je vais terminer mon épître aux..... je veux dire mon discours d'ouverture.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

ART. 2. *Des tumeurs adénoïdes ou hypertrophiques du sein.* — Longtemps considérées comme des cancers à leur première période d'évolution, les tumeurs adénoïdes de la mamelle n'en ont été distinguées d'une manière positive que depuis les recherches d'Astley Cooper et surtout celles de MM. Cruveilhier et Velpeau. Mais leur véritable nature était encore le sujet de nombreuses discussions entre les pathologistes qui les désignaient les uns sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, les autres sous celui de productions fibreuses ; d'autres enfin sous celui de tumeurs fibrineuses ; suivant qu'ils les considéraient comme formées d'un simple dépôt de lymphe plastique, de substance fibreuse ou de la transformation de la matière fibrineuse du sang épanché. C'est seulement depuis les remarquables travaux microscopiques de M. Lebert que leur véritable nature est définitivement établie.

En effet, d'après les recherches de ce savant micrographe, ce n'est point à des dépôts accidentels de lymphe plastique, de substance fibreuse ou de fibrine dégénérée, que ces tumeurs doivent leur origine, mais bien à l'hypertrophie des divers éléments normaux qui entrent dans la composition de la glande.

Anatomie pathologique. — Pour bien comprendre l'anatomie pathologique de ces tumeurs, il faut se rappeler que la glande mammaire à l'état normal est constituée par un certain nombre de lobes principaux, dans chacun desquels on remarque comme élément fondamental un conduit galactophore qui se divise en rameaux secondaires subdivisés eux-mêmes plusieurs fois, et terminés enfin par des groupes de petites vésicules qui sont les acini de la glande.

Chacune de ces petites vésicules terminales n'est donc autre chose qu'un cul-de-sac muqueux, formé à son intérieur d'une couche épithéliale et plus profondément d'une membrane dernoïde qui reçoit les dernières ramifications des vaisseaux et des nerfs. L'extérieur de ces vésicules est enveloppé d'une membrane cellulo-fibreuse très-mince dont l'épaisseur devient plus considérable quand elle se prolonge sur les lobules et les lobes de la glande.

Sous l'influence du travail hypertrophique, chacun des éléments que nous venons d'énumérer peut acquérir un développement normal : les vésicules de la glande se dilatent au point d'être perceptibles à l'œil nu et parfois se transforment en véritables kystes, dont les dimensions peuvent devenir énormes et qui contiennent dans leur intérieur des substances de nature très-variées : c'est tantôt une sorte de matière butyreuse, d'autres fois une substance analogue à de la gélatine transparente ou mêlée de sang, ou bien seulement des couches accumulées d'épithélium. En même temps, le derme de la membrane muqueuse augmente d'épaisseur et le tissu cellulaire qui la double revêt l'aspect d'une véritable couche fibro-cellulaire. Mais, dans aucun cas, on n'y rencontre d'éléments hétérogènes analogues à ceux du tubercule ou du cancer ; quand l'hypertrophie porte plus spécialement sur l'élément glanduleux proprement dit, la tumeur présente un aspect granuleux qui rappelle assez bien celui des glandes salivaires. La teinte varie alors du blanc jaunâtre ou rosé au violet foncé. Cette dernière teinte est toujours l'indice d'une hypérémie considérable : quand c'est au contraire la charpente fibreuse dont le développement prédomine, l'aspect de la tumeur a plus d'analogie avec les productions fibreuses, sa coupe est moins grenue, plus dense et quelquefois nacrée.

Les tumeurs hypertrophiques du sein sont fréquemment bornées à un seul lobule de la glande, d'autres fois elles envahissent un lobe tout entier, ce n'est que beaucoup plus rarement qu'elles occupent toute l'étendue de l'organe. La dissection démontre que les tumeurs, assez exactement isolées du reste de l'organe, dans une grande partie de leur étendue, par un tissu cellulaire lamelleux, se relient toujours au reste de la glande, au moyen d'un pédicule plus ou moins épais, dans lequel il est facile de reconnaître une ou plusieurs divisions principales des conduits galactophores.

Causes. — Il est souvent difficile de saisir les circonstances qui président aux tumeurs hypertrophiques du sein : on les voit parfois apparaître à l'époque de la puberté, pendant l'important travail d'évolution que subissent alors les glandes mammaires, ainsi que tout le reste de l'appareil générateur. Plus tard, on les voit encore se manifester sous l'influence de la surexcitation que ces glandes éprouvent au moment des règles, de la grossesse ou de la lactation.

Enfin, les malades rapportent fréquemment leur origine à quelque froissement ou quelque contusion du sein. Chacune de ces causes, en effet, peut fort bien donner naissance au travail pathologique dont l'hypertrophie est la conséquence.

Symptômes, durée, marche, terminaison. — Ainsi que la plupart des affections chroniques de la mamelle, le début des tumeurs hypertrophiques échappe aux investigations du malade et des médecins. C'est par hasard et lorsque déjà le mal présente un certain développement, qu'on reconnaît son existence. La tumeur paraît alors sous forme d'une petite induration arrondie, circonscrite, légèrement mobile, développée dans l'épaisseur de la mamelle et presque toujours plus près de sa circonférence que de son centre. Cette tumeur, le plus souvent indolente, est parfois accompagnée d'une certaine sensibilité à l'époque menstruelle ; elle peut être, mais bien rarement, le siége de douleurs névralgiques, à plus forte raison d'élancements analogues à ceux que l'on observe dans le cancer.— M. Richard a signalé, comme un phénomène fréquent dans les tumeurs de cette nature, un léger suintement sanguinolent par le mamelon : la marche de ces tumeurs est ordinairement très-lente, il n'est pas rare de les voir conserver pendant 15 ou 20 ans un volume à peine égal à celui d'une petite noix. Cela s'observe surtout quand l'hypertrophie porte sur un des lobules périphériques, mais si la tumeur occupe le centre de l'organe et principalemement le voisinage du mamelon, son évolution marche ordinairement avec plus de rapidité, l'hypertrophie se complique alors de la formation de kystes, elle envahit des lobes entiers de l'organe et peut acquérir d'assez grandes dimensions. Dans cet état, la tumeur paraît bosselée, irrégulière, fluctuante en quelques points, elle peut même alors contracter des adhérences avec la peau et devenir le siége d'un travail inflammatoire et ulcératif ; même à cet état, les ganglions lymphatiques de l'aisselle restent à peu près dans l'état normal ; tout au plus deviennent-ils le siége d'un léger engorgement qui disparaît seul quand on extirpe la tumeur.

Diagnostic. — C'est principalement avec les affections cancéreuses du sein que les tumeurs hypertrophiques ont été confondues. C'est d'elles surtout qu'il importe de les distinguer : quand la tumeur peut être soumise à l'examen anatomique, cette distinction est facile et rigoureuse ; le tissu des productions hypertrophiques, en effet, présente un aspect grenu, caractéristique ; le grattage n'en extrait jamais ce suc lactescent et émulsif spécial au cancer. Le microscope n'y démontre jamais la présence de cellules à noyaux ovoïdes et volumineux, qu'on sait être l'élément caractéristique des productions cancéreuses ; il permet au contraire de constater l'existence des éléments normaux de la glande, tels que les ramifications des conduits galactophores, leur terminaison en cul-de-sac, l'épithélium qui revêt leur surface interne, et le tissu fibro-celluleux qui constitue leurs parois.

Cette exploration présente un degré de certitude telle, que l'œil le moins exercé ne peut jamais s'y méprendre : quand une fois il a comparé la nature des éléments de l'une et de l'autre affection, bien que ce diagnostic ne puisse être fait qu'après l'extirpation de la tumeur, il n'en est pas moins d'une importance extrême en ce qu'il permet d'établir avec certitude le pronostic de la maladie. Le chirurgien, toutefois, ne saurait s'en contenter et ses efforts doivent tendre à reconnaître le mal avant toute tentative opératoire. Pour arriver à ce but, l'examen clinique nous offre de nombreux éléments, moins certains il est vrai, que l'observation microscopique, mais dont la réunion permet d'arriver à un résultat extrêmement probable.

1° L'hypertrophie glandulaire se manifeste ordinairement dans la jeunesse ; le cancer, au contraire, dans la dernière période de l'âge adulte, vers l'époque de la cessation des règles ;

2° Les tumeurs hypertrophiques occupent surtout la circonférence du sein, et ne contractent guère d'adhérence avec la peau, tandis que le cancer envahit surtout le centre de la glande et qu'il produit rapidement la dégénérescence de la membrane tégumentaire ;

3° Au lieu de ces douleurs vives et lancinantes qui caractérisent essentiellement le cancer, les tumeurs adénoïdes présentent à peine, à l'approche des époques menstruelles, une légère tension douloureuse ;

4° Dans aucun cas, les ganglions lymphatiques, si fréquemment engorgés dans le cancer, ne participent à la maladie ;

5° Enfin, quels que soient le volume et l'ancienneté des tumeurs hypertrophiques, on ne les voit jamais donner lieu à cette affection générale de l'organisme, connue sous le nom de cachexie, terminaison fatale des affections cancéreuses.

Lorsque les tumeurs adénoïdes sont compliquées du développement de kystes dans leur intérieur, le diagnostic présente parfois d'assez grandes difficultés. La tumeur, en effet, s'accroît rapidement, elle devient irrégulière et bosselée, des points fluctuants se montrent à sa surface ou dans sa profondeur : ce qui peut en imposer parfois pour l'existence d'un encéphaloïde, mais là encore l'absence des douleurs lancinantes et de l'engorgement ganglionnaire suffiront le plus souvent pour lever tous les doutes.

Nous verrons plus tard, en parlant des tumeurs fibro-plastiques, des cancroïdes, quelles différences ces affections présentent avec la maladie qui nous occupe.

Pronostic.— Quels que soient leur volume et leur ancienneté, les tumeurs hypertrophiques du sein ne constituent jamais qu'une infirmité et non point une maladie dangereuse. Le plus souvent elles restent stationnaires pendant un temps considérable ; nous en avons vu qui dataient de plus de 20 ans, sans avoir sensiblement augmenté de volume, quelquefois même on les voit disparaître spontanément à l'époque surtout où cessent les fonctions menstruelles ; mais d'autres fois aussi, lorsqu'elles contiennent des kystes à leur intérieur, elles peuvent acquérir un volume énorme et produire même l'ulcération des téguments ; alors elles constituent une infinité d'autant plus pénible, que les malades sont incessamment tourmentés par la pensée qu'ils sont en proie à une affection cancéreuse ; cependant, quels que soient leurs progrès, jamais on ne les voit dégénérer en véritable cancer.

Traitement. — Nous avons vu que les tumeurs hypertrophiques du sein restaient quelquefois indéfiniment stationnaires sans occasionner aucun désordre ; qu'elles peuvent même disparaître spontanément, mais que d'autres fois aussi, résistant aux soins les mieux combinés, elles pouvaient prendre un accroissement dangereux ; de ces simples considérations, il est facile de déduire les indications thérapeutiques. Si la tumeur est petite, indolente et depuis longtemps stationnaire, si sa présence n'occasionne aucune gêne notable, si les malades n'en sont pas trop vivement préoccupés, le chirurgien peut conseiller l'expectation, mais ce conseil est ordinairement peu goûté des malades qui, ne pouvant en général se défendre d'une certaine inquiétude, désirent vivement être débarrassés de leur tumeur.

Les moyens que l'art possède pour obtenir ce résultat sont de deux ordres : les résolutifs et l'opération.

1° *Moyens résolutifs.* — La plupart des observations de cancer occulte, guéri par des topiques ou des médicaments intérieurs, n'ont trait en réalité qu'aux tumeurs qui nous occupent. C'est ici surtout que les préparations de ciguë tant vantées par Storck et plus récemment par M. Devay de Lyon, peuvent rendre des services : il en est de même des préparations iodurées, des frictions mercurielles, des émissions sanguines fréquemment répétées d'après la méthode de Lisfranc, des bains tièdes prolongés, des douches en arrosoirs, avec des liquides émollients ou sulfureux, mais aucun moyen ne nous a donné des résultats aussi nombreux et aussi rapides que la compression d'après la méthode de Récamier. Nous avons vu fréquemment cet illustre praticien obtenir en quelques mois la résolution complète de tumeurs hypertrophiques datant de plusieurs années et contre lesquelles avaient échoué les moyens résolutifs ordinaires. C'est aussi la méthode en laquelle nous avons le plus de confiance. Cette compression, pour être efficace, doit être exécutée avec soin et soutenue régulièrement pendant plusieurs semaines. Voici le *bandage* qui nous paraît le mieux répondre à toutes les exigences : c'est aussi celui auquel Récamier s'était arrêté définitivement. Il se compose :

1° De deux coussinets constitués chacun de 7 ou 8 disques d'amadou superposés et dont les dimensions varient suivant le volume des seins de chaque malade ;

2° D'un bandage compresseur formé de deux bandes de linge, larges de 4 doigts et de 4 mètres de longueur. Ces deux bandes sont croisées en forme d'X à 1 mètre d'une de leurs extrémités ; pour en faire l'application, le malade doit être assis, et, derrière lui, se tient un aide : on commence par appliquer les coussinets d'amadou que le malade lui-même maintient en position. Le chirurgien applique alors le bandage au-devant de la poitrine, de manière à ce que le point d'intersection des deux bandes corresponde au milieu du sternum : les deux chefs les plus longs sont dirigés en haut et les deux plus courts en bas. Ces derniers, passant au-dessous des seins, sont dirigés en arrière, pour être ensuite croisés derrière le dos et ramenés sur les épaules à la manière des bretelles. Leurs extrémités sont confiées momentanément au malade, dont les mains n'ont plus besoin de soutenir les coussinets. Le chirurgien alors dirige au-dessus des seins les chefs supérieurs du bandage et passe chacun d'eux sous l'aisselle correspondante ; l'aide placé derrière le malade croise ces chefs derrière le dos et les rend au chirurgien qui les ramène au-dessous des seins, les croise encore au-devant du sternum, les fait passer de nouveau sous les aisselles et ainsi de suite, jusqu'à épuisement de leur longueur. Quand cette première application est terminée, que les bandes sont fixées avec des épingles, le chirurgien reprend des mains du malade les chefs bretelles qu'il soutenait et les ramène directement en bas au-devant du sternum, où il les fixe à leur tour.

Ce bandage exerce une compression douce et soutenue, que les malades supportent avec facilité, même la nuit. Il est bon de le renouveler chaque jour pour éviter qu'il ne se déplace.

La compression ainsi pratiquée n'exclut pas l'application des pommades résolutives ; leur emploi simultané rend au contraire la résolution plus rapide ; il est cependant des cas où, malgré les traitements les mieux combinés, les tumeurs hypertrophiques restent réfractaires.

Cela s'observe surtout quand elles contiennent des kystes ; il convient alors de recourir à des moyens plus énergiques, tels que la cautérisation ou l'extirpation avec le bistouri.

1° *Cautérisation.* — Nul doute que les caustiques ne puissent détruire les tumeurs hypertrophiques du sein, aussi bien que les tumeurs cancéreuses. Nous n'adoptons pas néanmoins ce mode de destruction comme méthode générale : l'action des caustiques, en effet, est toujours lente et douloureuse ; la cicatrice qui en résulte est toujours difforme, et, comme ici, les caustiques ne remplissent pas d'indications spéciales, ces inconvénients suffisent pour les faire rejeter dans le plus grand nombre des cas ; ce n'est donc qu'exceptionnellement, et seulement chez les malades pusillanimes qui redoutent à la fois le chloroforme et le bistouri, que nous y avons recours. Toutes les fois que le malade, résigné et confiant, s'en rapporte à l'expérience du chirurgien, nous préférons l'extirpation par l'instrument tranchant.

2° *Extirpation par le bistouri.* — Il est peu d'opération plus satisfaisante à tous égards, que l'extirpation des tumeurs hypertrophiques du sein. Exempte de douleurs, grâce à l'emploi des anesthésiques, elle est prompte et facile, elle permet d'enlever toute la partie malade, en respectant les parties saines et voisines ; la plaie qui en résulte guérit avec promptitude, et souvent par première intention, enfin, la cicatrice qui lui succède est linéaire et constitue à peine une légère difformité. Quand la tumeur est petite, il suffit souvent d'une incision longitudinale pour en faire l'énucléation. Ce n'est que dans ces cas rares, où le sein tout entier participe à la maladie, que l'amputation totale de l'organe est indiquée, encore n'est-on jamais obligé de prolonger l'opération jusque dans l'aisselle, puisque les ganglions restent toujours intacts. Nous avons un grand nombre de fois pratiqué des opérations de cette nature, et jamais nous n'avons eu à déplorer d'accidents sérieux.

Malgré ce que nous avons dit de la bénignité des tumeurs hypertrophiques, il n'est pas rare de les voir se reproduire après l'extirpation, ou plutôt, il n'est pas rare qu'après l'extirpation d'un lobule hypertrophié, un autre subisse une altération semblable.

Cette récidive, bien différente de celle des tumeurs cancéreuses, n'est point, comme dans ces dernières, le résultat d'une infection générale de l'organisme, elle indique seulement que le travail hypertrophique n'a point épuisé son action : aussi, la récidive cesse-t-elle d'une manière absolue, quand on sacrifie l'organe glanduleux tout entier.

Dr Alexis Favrot.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 27. 1re année. Jeudi 3 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : Action anti-hémorrhagique du chloroforme pendant les opérations, par M. CHASSAIGNAC. — CLINIQUE CIVILE : Etablissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon. Du vomissement chronique et de son traitement par l'hydrothérapie, par L. FLEURY. — Du relâchement et de la destruction de l'anneau vulvaire, par le Dr GARIEL. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

A nos Lecteurs.

Le Moniteur des Hôpitaux *compte à peine deux mois d'existence, et déjà les nombreuses preuves de sympathie qui lui ont été données sont plus que suffisantes pour assurer son avenir. Les efforts que nous avons faits pour mériter cette sympathie ne s'arrêteront pas là. Ne cherchant point dans le journalisme un objet de spéculation, mais seulement une rémunération modeste à son travail, le rédacteur en chef ne croira pas sa tâche remplie par un dévouement de tous les jours à l'œuvre de critique scientifique, impartiale mais vigoureuse, qu'il a entreprise ; il se fera, en outre, une obligation de faire profiter ses lecteurs du succès que cette œuvre obtiendra. D'ici à quelques mois, il espère leur faire une communication dans ce sens, et, dès aujourd'hui, il s'engage à livrer gratuitement à tous les abonnés nouveaux qui enverront le prix d'un abonnement d'un an, un exemplaire des* Leçons sur les maladies cancéreuses, *par M. Maisonneuve. — Nous profitons de cette occasion pour prier ceux de nos abonnés dont le prix de l'abonnement doit être payé à domicile, de vouloir bien donner des ordres, en cas d'absence, pour que les traites soient acquittées à présentation, et pour nous éviter ainsi des frais considérables en pure perte.*

Paris, le 2 mars 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur l'opium indigène et le lactucarium. — Nomination de correspondants étrangers.)

Rien n'est généreux, dit-on, comme un avare quand une fois il se met en frais ; ce qui s'est passé hier à l'Académie justifierait assez ce proverbe. Après avoir assez froidement reçu tout d'abord le rapport de M. Bouchardat, l'immense majorité de l'assemblée a voté ce que la commission avait demandé, même la publication dans le *Bulletin* des formules de M. Aubergier, à laquelle cet honorable pharmacien avait d'abord renoncé dans un intérêt de conciliation, mais qu'il formellement revendiquée, ainsi que la commission, dès que la justesse des principes qui servaient de base à ces formules était contestée et même niée.

Mais il faut le reconnaître, avec deux défenseurs comme MM. Orfila et Bouchardat, il était presque impossible qu'une cause juste ne triomphât pas. M. Orfila a exposé la question avec cette limpidité, cet esprit pratique par excellence, qui constituent le mérite essentiel du savant professeur. Quant à M. Bouchardat, nous devons dire qu'il nous a complétement surpris, tant il s'est montré sous une face que nous ne soupçonnions pas en lui. Non-seulement M. Bouchardat a parlé avec raison, avec une connaissance approfondie du sujet, non-seulement il a montré, à propos du sirop de lactucarium, combien de science on pouvait mettre dans l'édification d'une formule, mais, ce qui paraissait presque impossible, il a pu associer à une question pharmacologique des questions si élevées de progrès, de droit scientifique, si l'on peut ainsi dire, touchant les priviléges des inventeurs, que l'assistance n'a pas perdu une seule des paroles de l'habile rapporteur. C'est un nouveau mérite des travaux de M. Aubergier que d'avoir révélé dans M. Bouchardat un de ses talents les plus remarquables et les moins connus.

Quant au fond de la question, tout ce que nous en avons déjà dit, et bien plus encore, ce qu'en ont dit MM. Orfila et Bouchardat dans leurs remarquables improvisations, le met tellement en lumière, qu'il serait tout à fait superflu d'y insister ici. Nous croyons donc ne pouvoir mieux faire que de renvoyer nos lecteurs au compte rendu. Nous ferons seulement remarquer, une fois de plus, combien il est important pour un travailleur d'avoir des rapporteurs zélés, puisque l'action efficace du lactucarium à laquelle M. Soubeyran avait refusé de croire depuis 1841, est devenue évidente pour lui, dès que le travail d'une autre commission a rendu urgentes des expériences nouvelles et sérieuses.

En résumé, on doit féliciter l'Académie de la décision qu'elle vient de prendre, et lors même que cette décision contribuerait puissamment à améliorer le fruit que M. Aubergier tirera de ses longs travaux, nous ne pensons pas que cette circonstance puisse jamais nuire à la considération de la savante compagnie. Nous croyons même être certain du contraire.

Comme appendice à cette très-intéressante séance, on doit noter la nomination des membres correspondants étrangers qui, malgré le vote au scrutin de liste, a donné un résultat satisfaisant. On doit cependant regretter que, parmi les noms extrêmement recommandables qui n'ont

pu surgir du scrutin, se trouve celui de l'auteur d'une des découvertes médicales les plus remarquables de notre siècle, celui du célèbre M. Bright. Il nous semble que, sans faire du tort à M. Simpson, le choix entre ces deux savants ne devait pas être douteux.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Action anti-hémorrhagique du chloroforme pendant les opérations.

Par M. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Il n'est pas possible que les chirurgiens qui ont fait un grand nombre d'opérations, avec le secours du chloroforme, n'aient pas été frappés de la petite quantité de sang que perdent, pendant des opérations graves, quelques sujets soumis à l'action de cet anesthésique : c'est, pour ma part, une remarque que j'ai faite depuis longtemps. Sans attacher autrement d'importance à cette particularité, je n'avais pu m'empêcher de comparer l'exiguité de ces pertes de sang à la quantité de celles qui ont lieu généralement pendant les grandes opérations faites sans le secours du chloroforme.

Réfléchissant au mécanisme en vertu duquel pouvait se produire un pareil résultat, je compris bien vite qu'un sujet chez lequel l'agitation physique et morale, causée par une opération, porte l'accélération du pouls à 120, devait perdre, par une artère ouverte, plus de sang que le malade qui n'a que 60 pulsations par minute. Je crus trouver dans ce fait quelque chose de très-avantageux et d'une application directe à la pratique, au point de vue des hémorrhagies qui ont lieu pendant les opérations. Ce n'était toutefois, jusque-là, qu'un simple aperçu ne reposant d'une part, il est vrai, que sur des impressions assez vagues, mais d'autre part sur ce raisonnement physiologiquement incontestable, à savoir : que le blessé qui a 120 pulsations par minute doit perdre, dans un temps donné, et toutes choses égales d'ailleurs, plus de sang que celui qui n'en a que 60.

Mais, pour tirer des conclusions, et surtout des conclusions applicables à la pratique, il fallait autre chose que des impressions et des raisonnements, quelque plausibles qu'ils fussent. Je résolus donc de soumettre à une observation spéciale, sous ce rapport, un certain nombre des malades opérés à l'hôpital Saint-Antoine. Ce sont les résultats de ces observations que je désire soumettre à l'attention des chirurgiens.

Onze sujets, dont trois amputés de la cuisse, quatre amputations du sein, une amputation de jambe, une résection totale du premier métatarsien et du premier cunéiforme, une résection de l'humérus, une de l'os maxillaire inférieur, m'ont fourni l'occasion de constater que : soit dans la période de collapsus, soit dans la période de tolérance anesthésique, les pertes de sang que comportent habituellement de pareilles observations étaient énormément amoindries, et que, notamment chez deux sujets, l'une des femmes amputées du sein et un adulte amputé de la cuisse, l'opération s'était faite pour ainsi dire à sec. Chez ce dernier, il est vrai, la compression de la fémorale était faite avec beaucoup d'exactitude; mais ce qui nous prouva que le chloroforme entrait pour une part dans l'hémostose, c'est que, quand je prescrivis de suspendre la compression, toute la surface de la plaie, à l'exception de l'artère principale qui fournissait un jet très-modéré, ne donnait qu'une quantité de sang tellement peu considérable, qu'on fut obligé d'attendre la cessation de l'état anesthésique, pour rendre possible la ligature des artères secondaires. Chez la malade amputée du sein, qui est âgée de vingt et quelques années, et qui était venue se faire opérer pour une tumeur adénoïde du sein droit, il ne s'écoula littéralement pas une cuillerée à café de sang pendant l'opération. J'eus ici le tort de ne point attendre le réveil de la malade, pour procéder au pansement; et, chose bonne à remarquer, il survint une hémorrhagie qui ne se déclara qu'un certain temps après l'application du pansement, et alors que la malade avait été reportée dans son lit depuis quelques heures.

Ce n'est pas seulement au point de vue de l'hémorrhagie artérielle que le chloroforme peut être considéré comme diminuant les pertes de sang, c'est encore eu égard à l'hémorrhagie veineuse. On sait, en effet, que les efforts mal contenus d'un malade qui souffre le disposent, d'une manière particulière, à l'hémorrhagie veineuse; car il est sous l'influence de deux causes qui jouent un grand rôle dans ces sortes d'hémorrhagies : d'abord une respiration imparfaite, puis des contractions musculaires énergiques. Ces deux causes, le chloroforme les éloigne, mais à cette condition qu'on ait obtenu, par lui, l'état de collapsus ou celui de tolérance anesthésique.

Si nous voulons nous rendre compte rationnellement des motifs en vertu desquels s'accomplit le phénomène qui nous occupe, il nous suffira de comparer brièvement l'état d'un malade opéré dans les conditions ordinaires, à celui d'un sujet arrivé à la période de tolérance.

Chez le premier, l'effroi de l'acte opératoire qui va s'accomplir précipite le nombre des pulsations, accroît la force d'impulsion des battements du cœur, retarde la libre arrivée du sang veineux, non-seulement par suite du trouble apporté à la respiration, mais aussi par les efforts que fait le malade, contenu avec le secours des aides. Ainsi accroissement du nombre des pulsations, augmentation du nombre de leur intensité, stase du sang veineux, telles sont les conditions circulatoires du sujet qui subit une opération sans l'emploi des anesthésiques.

Ceux-ci ont-ils été administrés, que voyons-nous? précisément tout le contraire : diminution dans les battements du pouls, affaiblissement de son intensité, état normal de la respiration et de la circulation veineuse.

En comparant des situations aussi opposées, il n'est pas difficile de comprendre la différence des résultats observés sous le rapport de la tendance hémorrhagique.

Examinons maintenant quelles conséquences on peut tirer pour la pratique de ce qui vient d'être exposé. A ce titre, et comme résultat de nos observations, on pourra noter :

1° Que l'action sédative du chloroforme, pendant la période dite de tolérance, diminue chez les opérés : *a.* le nombre des pulsations; *b.* la force d'impulsion des battements du cœur; *c.* la stase du sang, cause d'hémorrhagies veineuses.

2° Que la diminution des hémorrhagies, pendant la période de tolérance, peut rendre des services réels dans les cas d'opérations qui supposent l'ouverture possible d'un grand nombre de vaisseaux.

3° Que s'il est quelquefois utile, ainsi que cela a été conseillé par quelques chirurgiens, de ne faire le pansement qu'un certain temps après les opérations; cette prescription devient pour ainsi dire obligatoire après l'emploi du chloroforme, les chances d'une hémorrhagie ultérieure étant d'autant plus grandes, qu'il s'est écoulé moins de sang pendant l'opération.

CLINIQUE CIVILE.

Établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon.

Du vomissement chronique et de son traitement par l'hydrothérapie.

Il est peu de questions en médecine qui, au double point de vue de la physiologie et de la pathologie, aient été aussi longuement étudiées, aussi fréquemment traitées que celle du vomissement; mais, en revanche, il n'en est guère qui soient aussi difficiles et aussi complexes, qui se présentent sous des faces aussi nombreuses et aussi variées, qui offrent autant de points litigieux et obscurs. Sans parler des dissidences qui séparent encore les physiologistes et qui ont été exposées et appréciées par M. Bérard avec sa lucidité ordinaire (1), quel vaste champ

(1) *Cours de physiologie*, t. 2, p. 248 et suiv.

d'observations et d'inductions s'ouvre au pathologiste depuis le vomissement du variolé jusqu'à celui de la femme grosse ; depuis le vomissement nautique jusqu'à celui qui accompagne le cancer de l'estomac ; depuis le vomissement que fait naître la simple vue d'un objet dégoûtant jusqu'à celui que provoque la méningite ; depuis enfin le vomissement produit par l'injection de l'émétique dans les veines jusqu'à celui qu'amène une quinte de coqueluche !

La multiplicité des circonstances dans lesquelles se montre le vomissement se comprend d'ailleurs, si l'on se rappelle qu'il est peu d'actions organiques sur lesquelles l'influence nerveuse s'exerce d'une manière plus immédiate et plus énergique.

Nous n'entendons point traiter ici *in extenso* la vaste question du vomissement, et nous voulons seulement appeler l'attention des praticiens sur la remarquable efficacité des procédés hydrothérapiques contre le *vomissement chronique,* en désignant par ce nom tout vomissement se reproduisant fréquemment et pendant longtemps, de manière à compromettre gravement l'existence en raison des troubles apportés dans les fonctions de la digestion et de la nutrition.

En envisageant le vomissement chronique sous le rapport de ses *causes*, on est conduit, aujourd'hui encore, à adopter la vieille division classique, scolastique, usitée en séméiologie, et qui consiste à diviser le vomissement en *idiopathique,* en *sympathique,* en *symptomatique* et en *mécanique*. Ce cadre est encore celui dans lequel ces diverses espèces de vomissements se rangent le plus méthodiquement et le plus complétement.

On doit considérer comme *idiopathique* le vomissement qui accompagne parfois la gastralgie simple, primitive, et qui, dans certaines circonstances, devient le phénomène prédominant de la maladie ; c'est lui que Louyer-Villermay et L. Frank ont décrit sous le nom de *vomissement chronique idiopathique,* de *vomissement nerveux*. « En général, dit L. Frank, les médecins inclinent singulièrement à attribuer le vomissement chronique soit à un vice organique de l'estomac ou du pylore, soit à quelque rétrécissement dans le canal intestinal. Il est incontestable que ces sortes de causes existent quelquefois, mais il n'en est pas moins certain qu'on est trop enclin à les admettre et qu'on a trop oublié qu'une extrême irritabilité de l'estomac entretient avec obstination le vomissement pendant des années entières. » — « Le vomissement nerveux, dit Louyer-Villermay, a été rarement l'objet d'une attention spéciale, parce qu'on ne l'a peut-être jamais isolé d'une manière suffisante des autres vomissements sympathiques ou symptomatiques ; cependant il existe réellement et doit être considéré comme une affection essentielle, idiopathique ; il dépend presque toujours de l'exaltation de la sensibilité organique de l'estomac, rarement d'un état de débilité. » En effet, il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels les aliments et même les boissons sont rejetés peu de temps après leur ingestion sans que l'examen le plus attentif, le plus minutieux permette de découvrir la moindre lésion appréciable soit dans l'estomac, soit dans toute autre partie de l'économie. Ordinairement alors le phénomène est attribué à une ulcération organique profonde, encore peu développée, se dérobant à nos moyens d'exploration, et le praticien adopte d'autant plus volontiers cette opinion, qu'il voit le vomissement résister aux moyens dirigés contre le phénomène considéré en lui-même, moyens qui comprennent l'opium, les amers, les toniques, l'acide carbonique, les vésicatoires et les cautères épigastriques, etc., et que, d'un autre côté, le malade ne tarde pas à tomber dans un état d'émaciation des plus graves.

Plusieurs malades placés dans ces conditions se sont présentés à Bellevue depuis sept ans ; tous sont guéris d'une manière *complète, définitive,* et nous avons dû en conclure que chez eux le vomissement était purement *nerveux* et dégagé de toute altération de tissu. A la page 333 de notre *Traité d'hydrothérapie,* se trouve l'une des plus remarquables observations de ce genre que nous ayions recueillies, et nous avons la satisfaction d'annoncer que la guérison ne s'est point démentie un instant et que le sujet jouit aujourd'hui d'une santé qui ne laisse rien à désirer. Chez lui, cependant, l'ancienneté du phénomène (3 ans et demi), la résistance à tous les moyens connus, la gravité de l'état général avaient fait porter le pronostic le plus fâcheux et admettre l'existence d'une lésion organique comme très-probable (ulcère simple ou tuberculeux de l'estomac). Dans un prochain relevé clinique, nous publierons des faits non moins curieux de gastralgie avec vomissement.

On doit considérer comme *symptomatique* le vomissement qui apparaît sous l'influence d'une altération du sang ou du système nerveux, et nous citerons particulièrement ici les vomissements qui se montrent dans certains cas d'anémie grave avec troubles profonds de l'innervation, et ceux qui accompagnent fréquemment la *congestion rachidienne chronique.* L'observation que nous avons rapportée à la page 278 de notre *Traité d'hydrothérapie* offre un exemple extrêmement curieux de vomissement grave, chronique, survenu chez une malade épuisée par d'abondantes hémorrhagies utérines et ayant été déterminé par un coup porté sur la région sourcilière. A la page 504, on trouve un exemple de vomissement *revenant par accès* chez un phthisique et attribué à un tubercule développé dans la partie supérieure de la moelle épinière, parce qu'il s'était montré concomitamment avec une paralysie du membre supérieur droit (paralysie du mouvement et du sentiment). Enfin, à la page 493, nous avons indiqué les vomissements intermittents, irréguliers, *revenant par accès,* qui forment l'un des caractères symptomatiques de la congestion rachidienne chronique, de cette singulière affection non encore décrite par les auteurs, qui semble devenir tous les jours plus fréquente et sur laquelle nous publierons prochainement un travail spécial accompagné de nombreuses observations. Or, dans toutes ces circonstances, l'hydrothérapie a *constamment* fait cesser le vomissement, quelle qu'ait été d'ailleurs son action sur la maladie principale. L'un de nos malades, atteint d'une paralysie générale incomplète du mouvement et du sentiment, était épuisé, depuis plusieurs années, par des accès de vomissement qui avaient une durée de quinze jours à trois semaines, revenaient cinq ou six fois par an et étaient annoncés par des prodrômes dont une triste expérience ne lui avait que trop démontré la valeur ; or, à plusieurs reprises, des accès, considérés par lui comme inévitables en raison des phénomènes précurseurs qu'il ressentait, furent prévenus par des applications hydrothérapiques.

Il est un vomissement *sympathique* dont tous les praticiens connaissent la gravité et la résistance ; c'est celui qui accompagne parfois la grossesse ; il est inutile de rappeler que jusqu'ici aucun moyen véritablement efficace n'a pu lui être opposé, et qu'une opération aussi grave, sous tous les rapports, que l'avortement artificiel n'arrache point toujours les femmes à la mort. Nous avons été assez heureux pour faire cesser un vomissement de cette nature (1) ; nous sommes loin de prétendre qu'on puisse tirer de ce seul fait une conclusion générale, mais nous pensons qu'il y a là un motif suffisant pour expérimenter, et nous adjurons nos confrères de nous adresser la première femme grosse atteinte de vomissement grave qui se présentera à eux, soit dans la pratique civile, soit dans les hôpitaux.

A ce propos, nous émettrons encore un vœu, celui d'être mis en demeure d'opposer l'hydrothérapie *au vomissement de la coqueluche ;* nous sommes convaincu que nous en retirerions les plus grands avantages, pendant la période spasmodique de la maladie, non-seulement contre le vomissement, mais encore contre la toux convulsive.

De toutes les causes du vomissement chronique, le *cancer pylorique* est une des plus fréquentes et des plus graves. Il semble, *à priori,* que la thérapeutique doive rester complétement impuissante en présence d'un phénomène produit pour ainsi dire mécaniquement par une lésion de tissu qui a plus ou moins rétréci l'orifice gastro-duodénal, et l'observation ne confirme que trop cette prévision. Or, voici, à cet égard, un fait qui s'est pré-

(1) *Traité d'Hydrothérapie*, p. 338.

senté à nous, et que nous ne ferons que résumer ici, nous réservant de le publier ailleurs *in extenso*.

M. L., habitant Bellevue, est atteint depuis plusieurs années d'un cancer de l'estomac qui, aujourd'hui, est arrivé à sa dernière période. Une tumeur volumineuse, très-nettement circonscrite, très-facile à reconnaître par la palpation et par la plessimétrie, existe au niveau de l'orifice pylorique; le malade qui depuis longtemps vomit ses aliments quelques heures après leur ingestion, qui, à plusieurs reprises, a eu des vomissements *marc de café*, est arrivé depuis quelques mois à ne plus pouvoir introduire la plus petite quantité d'aliments ou de liquide dans son estomac sans la rejeter après des efforts tellement douloureux, que M. L. a contracté l'habitude de provoquer chaque jour le vomissement en introduisant les doigts dans la bouche une ou deux heures après les repas, lesquels consistent en quelques cuillerées de potage et un peu de purée de pommes de terre, d'œufs au lait, etc. La face est hypocratique, l'émaciation effrayante à voir, la peau sèche, écailleuse, jaune-paille; le pouls d'une faiblesse extrême; M. L. ne quitte plus son lit, et lorsque nous sommes appelé auprès de lui, le 7 juin 1852, il nous apparaît plutôt sous la forme d'un cadavre que sous celle d'un malade. Nous le dissuadons de commencer un traitement hydrothérapique, et nous faisons comprendre à sa femme qu'il est perdu sans ressources, qu'il n'a plus que peu de jours à vivre, que l'hydrothérapie, comme toute autre espèce de traitement, resterait complétement impuissante, que d'ailleurs il serait difficile de transporter le malade, presque impossible de le placer sous la douche, que celle-ci, en supposant vaincues toutes ces difficultés premières, ne serait probablement pas supportée, etc., etc.

Huit jours après, le 16 juin, M. L. se fait transporter à l'établissement hydrothérapique, et sa femme nous déclare qu'il y aurait cruauté à ne point satisfaire un désir auquel le malade a rattaché sa dernière espérance. Nous nous décidons à contenter M. L. sans aucun espoir de succès et au grand effroi des autres malades de l'établissement, que l'aspect du nouveau venu épouvante.

Au bout de quinze jours, M. L., soutenu par deux personnes et se reposant plusieurs fois sur un pliant, franchit à pied les deux ou trois cents mètres qui séparent son domicile de l'établissement; les forces ont notablement augmenté et permettent d'administrer au malade des douches en poussière.

15 *juillet*. Une amélioration très-remarquable s'est manifestée. Plusieurs repas ont été digérés sans vomissement, avec un peu de malaise épigastrique seulement, et les forces augmentent chaque jour. En résumé et pour abréger, le vomissement a disparu à peu près complétement et ne s'est plus montré qu'exceptionnellement, lorsque M. L. a commis quelques écarts de régime, car malgré nos instantes recommandations, il abuse souvent de ce succès inespéré, et mange des substances de difficile digestion, telles que des omelettes, des haricots, de la pâtisserie, etc.; le poisson, le poulet ne lui suffisent plus. L'état général s'est modifié à ce point que M. L. fait de longues promenades, va fréquemment à Paris et y a repris les occupations de sa profession (architecte entrepreneur); l'embonpoint s'est développé dans les proportions suivantes :

M. L., qui pesait 72 kilos en 1850, ne pèse plus :

Le 28 juillet 1852,	que	37 kilos 4 hect.
Le 23 août,	il pèse	43 kilos.
Le 10 septembre,	—	44 —
Le 12 octobre,	—	46 —
Le 20 novembre,	—	49 kilos 1 hect.

Dans les derniers jours de décembre, M. L. nous annonce que des affaires le rappellent à Paris, et qu'il y passera environ trois semaines. Nous nous efforçons de lui faire abandonner ce projet, prévoyant des écarts de régime, et des écarts de fatigue dangereux, mais nos conseils ne sont pas écoutés. Le 3 janvier, M. L. déjeune très-copieusement, malgré les remontrances de sa femme, et se rend ensuite à son chantier, où il passe toute la journée exposé au froid et à l'humidité; il rentre à 5 heures du soir, se plaignant de malaise épigastrique et d'oppression; il veut se faire vomir par son procédé ordinaire, mais n'y pouvant parvenir et son état de souffrance s'aggravant, il envoie chercher un médecin; celui-ci s'efforce de débarrasser l'estomac, mais ses efforts ne sont pas couronnés de succès et le malade succombe à neuf heures du soir, sans avoir pu vomir, et sans s'être douté un instant que sa fin était prochaine.

Nous laissons ici de côté toutes les importantes considérations de pathologie et de thérapeutique qui se rattachent à ce fait si remarquable, mais nous signalons à l'attention des praticiens la puissance et l'efficacité d'un modificateur, dont les bienfaits ont été aussi inespérés, aussi extraordinaires.

Si maintenant on envisage, dans leur ensemble, les faits indiqués dans ce travail, il est une première question qui se présente tout naturellement à l'esprit.

Comment la *même* médication a-t-elle pu se montrer *également* efficace contre un phénomène qui s'est produit dans les circonstances les plus *différentes*.

Nous n'avons point la prétention de résoudre la difficulté d'une manière péremptoire, mais nous pensons qu'il est impossible de ne pas admettre, en présence de pareils résultats, que *le vomissement, quelque différentes que soient les circonstances, les causes exceptionnelles sous l'empire desquelles il se produit, a pour cause déterminante, directe, immédiate, une disposition organique qui est toujours la même.*

En quoi consiste cette disposition organique? C'est là encore une question à laquelle il est impossible de répondre d'une manière positive, mais on admettra volontiers qu'elle réside dans une modification de la circulation capillaire et de l'innervation, surtout si l'on veut bien considérer que de tous les procédés hydrothérapiques, le plus sûrement et le plus promptement efficace contre le vomissement, est le *bain de cercles*, c'est-à-dire celui qui exerce l'action révulsive la plus énergique, se traduisant par une rubéfaction très-intense de toute l'enveloppe cutanée.

Quoi qu'il en soit, de toutes ces explications, le fait chimique expérimental, empirique, reste avec toute sa valeur, et celle-ci est assez grande pour devoir être prise en considération. Afin de la soumettre à une nouvelle épreuve, nous voudrions que l'hydrothérapie fût expérimentée contre le *vomissement nautique;* il serait peu dispendieux et très-facile d'établir un bain de cercles à bord d'un bateau à vapeur ou de tout autre bâtiment, et l'expérience vaut bien la peine d'être faite, dût-elle ne pas réussir. Nous avons quelque espoir qu'il en serait autrement, et nous croirions avoir rendu un service signalé aux pauvres voyageurs, en les délivrant de cet affreux *mal de mer*, dont toute l'horreur n'est connue que de ceux qui l'ont ressenti.

L. Fleury, *agrégé de la Faculté.*

Du relâchement et de la destruction de l'anneau vulvaire.

Dans un précédent travail, je crois avoir démontré que l'emploi des pessaires, composés de substances solides, présente de sérieux inconvénients; leur introduction est douloureuse, le point d'appui qu'ils offrent à l'utérus est incomplet, leur retrait est plus douloureux encore que leur introduction, et n'est pas exempt de dangers; ces trois circonstances s'expliquent facilement et par l'invariabilité de diamètre des pessaires rigides et par la disproportion qui existe normalement entre la capacité du vagin et la dilatabilité de l'anneau vulvaire.

J'ai dit que les pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé devaient être préférés aux pessaires composés de substances solides, parce qu'ils avaient un volume insignifiant au moment de leur introduction, parce qu'ils ne prenaient leur développement que lorsqu'ils avaient dépassé l'anneau vulvaire, et enfin parce qu'ils revenaient à leur premier diamètre au moment du retrait.

Dans le travail cité au commencement de cet article (1), j'ai développé les avantages qui résultent de cette disposition, et j'ai décrit le mécanisme, très-simple d'ailleurs, du pessaire à réservoir d'air, avec assez de soin pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Aujourd'hui, je veux appeler l'attention sur une complication qui se présente assez fréquemment et à laquelle on n'a opposé jusqu'ici que des appareils ou insuffisants ou qui ne pouvaient être supportés : je veux parler du relâchement et de la destruction de l'anneau vulvaire coïncidant avec un déplacement de l'utérus.

Chez les malades atteints de cette infirmité, les pessaires, même les plus volumineux, ne peuvent se maintenir dans la

(1) Ce travail est extrait du *Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc*, couronné par l'Académie des sciences en 1851.

cavité vaginale ; en effet, lorsque l'anneau vulvaire est relâché ou détruit, la partie inférieure du vagin n'est plus rétrécie, comme à l'état normal : elle a le même diamètre que la partie supérieure de cet organe ; on comprend dès lors que les pessaires, quel que soit leur volume, ne trouvant pas de plancher, de point d'appui, soient entraînés au dehors des parties génitales, au premier effort que fait la malade.

C'est ce point d'appui, ce plancher qu'il faut reconstituer, indication que remplit parfaitement l'appareil auquel j'ai donné le nom de ceinture périnéale.

Cet appareil est formé d'un plancher de caoutchouc vulcanisé, destiné à remplacer l'anneau vulvaire; au milieu de ce plancher est réservée une ouverture dans laquelle on engage le tube de la pelote-pessaire, tube dont l'extrémité s'adapte sur le robinet de la pelote-insufflateur (ici, comme dans le pessaire à réservoir ordinaire, c'est le passage alternatif de l'air, d'une pelote dans l'autre, qui donne lieu aux variations de diamètre de la pelote-pessaire, dans les différents temps de l'introduction, du séjour dans la cavité vaginale, et du retrait) : quatre tubes en caoutchouc vulcanisé, formant sous-cuisses, viennent s'attacher en avant et en arrière, à une ceinture hypogastrique, à un bandage de corps, ou simplement au corset de la malade ; ces sous-cuisses ne se mettent pas en corde, et ne déterminent jamais d'excoriations, comme les sous-cuisses ordinaires, parce qu'il suffit de les laver avec une éponge légèrement mouillée pour que le produit des sécrétions cutanées soit enlevé à l'instant même.

Une échancrure, située au niveau du méat urinaire, permet d'opérer la miction, sans dérangement de l'appareil.

La pelote-pessaire ne doit être insufflée que lorsque l'appareil est fixé.

L'observation suivante, que je dois à l'obligeance de M. le docteur Demarquay, chirurgien des hôpitaux, est une de celles qui prouvent, le plus manifestement, l'efficacité de la ceinture périnéale.

Mme H., âgée de 51 ans, maîtresse de pension, a été réglée à 18 ans ; mariée à 27 ans, elle a eu quatre enfants : six mois après sa seconde couche (il y a 21 ans), elle a été obligée de faire une longue route, en portant son enfant sur ses bras : en arrivant, elle n'éprouva aucune douleur, mais en urinant, elle sentit une tumeur entre les grandes lèvres : cette tumeur disparut lorsque la malade se mit au lit, mais se reproduisit le lendemain, lorsqu'elle mit pied à terre ; pendant les premières années, cette tumeur n'augmenta pas sensiblement de volume, mais il y a dix ans, Mme H., convalescente d'une maladie grave, pendant laquelle elle avait maigri considérablement, s'aperçut que sa tumeur avait pris un développement énorme dans la position verticale, et qu'elle ne disparaissait plus dans la position horizontale : depuis cette époque, la malade, dont les souffrances s'étaient accrues, fut obligée de garder le lit presque constamment et aujourd'hui (septembre 1852), son état s'est encore aggravé. Dès qu'elle se lève, elle éprouve tous les accidents propres aux déplacements de l'utérus, vives douleurs dans la région lombo-sacrée et dans les aines, retentissement dans la région épigastrique, défaillances, etc., etc.

L'inspection des parties génitales fait découvrir une tumeur volumineuse, entièrement sortie de la vulve, que l'examen le plus superficiel démontre être constitué par l'utérus en totalité; la tumeur est réductible, mais dès qu'on cesse de la soutenir, elle retombe à la place qu'elle occupait précédemment.

La malade, dont les époques menstruelles sont toujours régulières, a des flueurs blanches en quantité telle, qu'elle est obligée de se garnir, même la nuit.

L application de la ceinture périnéale détermine la cessation immédiate des douleurs ; la marche qui était impossible, s'exécute avec facilité, et les flueurs blanches, au bout de huit jours, avaient entièrement disparu ; aujourd'hui, 1er mars, cinq mois après l'application de la ceinture, aucun accident n'est survenu, et Mme H., qui a repris ses fonctions longtemps interrompues de maîtresse de pension, peut aujourd'hui porter impunément et sans fatigue un fardeau de 25 à 30 livres. Dr Gariel.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales,

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

B. La lésion testiculaire est *caractérisée* dans 18 seulement de nos observations, et avec quelques variétés dans les expressions employées. Dans 6 cas, il est dit tout simplement qu'il y a eu un gonflement ou une tumeur qui ont augmenté graduellement. Le gonflement est mieux caractérisé dans 3 cas sous le nom de bosselure ou de nodosité, et dans l'un d'eux la bosselure est signalée comme la conséquence d'une ancienne orchite aiguë. Dans 1 cas, il est dit seulement qu'il y avait une lésion testiculaire datant de deux ans. Dans 4 cas, le gonflement est qualifié d'inflammatoire, à la suite d'un coup reçu sur le scrotum, et paraît avoir eu une marche un peu plus rapide que dans les 10 cas précédents ; dans l'un d'eux, il est dit que le gonflement s'est terminé par suppuration. Enfin dans 4 cas, dont 2 supposés consécutifs à des blennorrhagies et 2 à des coups, la tuméfaction est signalée comme ayant eu une marche aiguë, est même qualifiée d'orchite ; mais pour comprendre jusqu'à quel point on peut s'en rapporter aux dires des patients dans ces derniers cas, il est bon de noter que l'un d'eux est celui de M. Philipeaux, rapporté plus loin, et dans lequel l'autopsie est venue démontrer la présence de tubercules dans tout l'appareil génital.

D'après cette analyse rapide des renseignements contenus dans nos observations à cet égard, et qui tous sont seulement l'expression des récits des patients, nous voyons donc que généralement la lésion testiculaire antécédente est un gonflement à marche lente et qui augmente peu à peu. Ce n'est que par exception que nous trouvons signalé le fait régulier probable, à savoir que les bosselures étaient multiples et que le cordon était gonflé en même temps que le testicule ou mieux l'épididyme ; cela se comprend, les patients englobant tout cela dans leurs récits sous le nom de tumeur. Par exception aussi, il se trouve dit que le gonflement était douloureux, peut-être parce que le patient n'y a pris garde parfois que lorsque la douleur est survenue, car excepté les quelques cas un peu plus aigus ou un peu moins chroniques, comme on voudra, la lésion a été en général presque indolente dans les commencements.

C. Il n'en a plus été de même lorsque les patients ont rendu compte de ce qui s'était passé peu de jours avant la formation de la hernie. Presque toujours alors nous trouvons dans les observations, lorsque ce détail est expliqué, que le gonflement a augmenté beaucoup dans ce moment-là, qu'il s'y est ajouté de la douleur et de la rougeur à la peau; quelques-unes même mentionnent l'adhérence des téguments. Les cas exceptionnels à cette description commune sont rares. Ainsi, dans un cas rapporté plus haut de M. Jarjavay, le patient dit qu'il n'y a pas eu de rougeur du tout (?). Deux fois, la sortie du testicule n'a été précédée ni accompagnée d'aucune douleur; une fois, au contraire, les douleurs ont été excessives ; ce sont là, on le comprend, des particularités tout individuelles.

La douleur, qui est le fait général, cesse dès que le testicule est sorti. C'est là un fait constant un peu contesté seulement dans une des observations de M. Jarjavay et une de M. Lawrence.

En somme, nous trouvons ici la même série de phénomènes que dans les cas d'ouverture à l'extérieur des bosselures tuberculeuses.

Nous n'avons que deux observations dans lesquelles des frissons précurseurs de la formation de l'abcès qui va amener la rupture du scrotum sont signalés. L'un de ces cas est un de ceux à marche aiguë dès le début, et l'autre est relatif à une nodosité persistant depuis trois mois, à la suite d'une orchite aiguë. Dans un troisième cas, il est dit seulement qu'il y a eu un grand malaise concomittant.

Les causes extérieures, marche, frottements, coups, surtout l'équitation plusieurs fois signalée, toutes causes que nous avons à peu près rejetées comme causes essentielles de la lésion, paraissent dans quelques cas avoir été les causes occasionnelles de l'exacerbation. (*La suite à un prochain n°.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs recettes et échantillons de remèdes secrets.

2° Rapport de M. le docteur Savy, médecin de l'arrondissement de Lodève, sur une épidémie de *gastro-entérite*.

3° Lettre approuvant l'élection de M. le docteur Conneau, comme associé libre de l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Analyse du lait.

Nouvelle réplique de MM. Becquerel et Vernois. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° Nous avons été justes *envers* les travaux de M. Poggiale.

2° Tout ce que nous avons écrit à ce sujet est exact.

Fièvre de lait.

M. le docteur Mattei, professeur d'accouchements à Bastia, adresse un mémoire tendant à prouver que la fièvre dite *de lait* n'est que la fièvre produite par la suppuration de la muqueuse utérine. (Comm. MM. Dubois, Depaul et Cazeaux.)

Phimosis congénial.

M. Moreau-Boutard adresse une note sur un nouveau procédé pour opérer le phimosis congénial.

Vomissements des femmes enceintes.

M. le docteur Fougeu, d'Étampes, adresse sur ce sujet un mémoire d'où résultent les conclusions suivantes :

1° Que, chez la femme enceinte, les seuls vomissements qui m'ont paru graves par leur prolongation et leur continuité, en un mot, les vomissements constituant l'intolérance complète de l'estomac, se sont présentés à moi avec les signes de l'embarras gastrique muqueux, et qu'ils n'ont cédé qu'au traitement conseillé en pareil cas, pour ne plus se montrer après.

2° Que le traitement de cet état gastrique par les sels neutres irritants (*sulfa et azota de potasse, sel ammoniaque,* etc.), employés d'abord, et suivis de l'administration de l'émétique, met fin immédiatement à ces vomissements.

3° Qu'il est presque toujours nécessaire de réitérer le vomitif et de le faire suivre d'un purgatif.

4° Que le traitement doit se terminer par l'emploi des toniques amers, qui sont d'un puissant secours pour ranimer les fonctions digestives.

Électrisation localisée.

M. Duchenne adresse un mémoire sur ce sujet (*V.* Compte rendu de l'Acad. des sciences).

Scarificateur de l'urètre.

M. Charrière fils adresse un scarificateur que nous ferons connaître dans notre prochain numéro.

Nomination de correspondants étrangers.

L'ordre du jour appelle la nomination de sept correspondants étrangers.

Une discussion s'engage sur la question de savoir si le président doit faire connaître une liste de noms présentée en dehors de celle de la commission pour un certain nombre de membres de l'Académie. Le président et le conseil d'administration, ayant interprété le règlement dans le sens de la négative, il est procédé immédiatement au scrutin sans que l'Académie soit consultée.

Le premier tour de scrutin donne la majorité aux six noms suivants : MM. Valentine Mott, Buffalini, Warren, Riberi, Vleminckx, Retzius.

Un deuxième tour de scrutin donne la majorité à M. Simpson.

Les savants qui ont obtenu le plus de voix après les sept candidats nommés sont : MM. Faraday, Grandet et Rokitanski. Le célèbre Bright a réuni à peine quelques suffrages.

Commission de permutation.

La commission chargée de faire un rapport sur la demande de permutation de M. le professeur Dubois, se compose de MM. Baillarger, Velpeau, Jolly, Robert, Louis, Danyau, Nacquart, Bouley, Bussy, Bouchardat et Fr. Dubois.

DISCUSSION SUR L'OPIUM INDIGÈNE ET LE LACTUCARIUM.

M. le Président. — Messieurs, il me paraît évident que les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion, sont d'accord sur les deux premières conclusions de la commission. Je vais donc faire voter sur ces conclusions.

1° L'Académie est d'avis que les dispositions du décret du 3 mai soient appliquées au lactucarium ;

2° Que ces dispositions du décret du 3 mai seront appliquées également à l'opium indigène du pavot pourpre, qui pourra être employé concurremment avec l'opium exotique.

Ces deux conclusions sont adoptées à l'unanimité.

La discussion est ouverte sur la troisième conclusion, relative à l'insersertion des formules de M. Aubergier dans le bulletin de l'Académie.

M. Orfila. — J'avais demandé, dans la dernière séance, la parole pour soutenir le travail de la commission dont j'ai l'honneur d'être président ; je voulais que le décret du 3 mai 1850 fût appliqué au travail de M. Aubergier ; je voulais que les formules visées par la commission fussent acceptées. Voilà dans quel sens je me proposais de parler. Dans la dernière séance, M. le Président nous a dit que M. Aubergier ne tenait pas aux formules, qu'il y renonçait ; d'un autre côté, M. Soubeyran venait nous dire qu'il adoptait l'application au travail de M. Aubergier du décret du 3 mai 1850. J'ai cru devoir m'abstenir de prendre la parole. Mais depuis, quelques documents nouveaux ont surgi. M. Soubeyran a lu une note, je dois le dire, quelque peu dure pour M. Aubergier. Dans cette note, M. Soubeyran propose des conclusions qui, suivant moi, ne sauraient être admises, celles qui sont relatives au titrage. D'un autre côté, M. Aubergier, qui a été entendu dans la commission, nous a dit qu'il ne renonçait pas du tout aux formules, qu'il y avait là une difficulté qu'il voulait soumettre à la commission ; il disait que, dans un esprit de conciliation, il était disposé à renoncer à ses formules, espérant que ce serait un moyen de terminer la discussion, mais que lorsqu'il avait entendu M. Soubeyran attaquer si vivement son travail et ses formules, il ne pouvait plus y renoncer, et qu'il les maintenait.

D'un autre côté, la commission n'avait pas à s'entendre avec M. Aubergier, pour savoir si elle conservait ou non ces formules, attendu qu'elle a une opinion, qu'elle peut dire : « Nous voulons les formules ; » ou : « Nous ne les voulons pas. » Il y a plus, elle est tenue par la lettre ministérielle d'examiner la question relative aux formules. Vous voyez donc que la question se présente sous un nouveau jour ; il n'y a pas de désistement de M. Aubergier et il y a la note de M. Soubeyran.

Avant de commencer, je dirai que je suis charmé de la résolution qui vient d'être prise : l'Académie a rendu hommage à un homme distingué, au professeur d'une école préparatoire, à un homme qui a passé dix années de sa vie à élucider une question grave, importante, et qui l'a fait avec un grand dévouement. C'est véritablement une récompense et un encouragement pour ceux qui voudront suivre la même voie.

J'arrive aux formules. Je dis que la commission demande à l'unanimité, moins une voix, que les formules soient insérées au *Codex*.

Quelle est notre mission ? Nous sommes les continuateurs du *Codex*. Jusqu'alors, le *Codex* a été fait par une commission mixte : il n'y avait pas d'Académie, lorsque le *Codex* a été fait ; mais lorsque l'Académie a été fondée en 1819, une personne qui eut une certaine influence sur la composition de la commission, s'est arrangée de façon que tous les membres de la commission fussent membres de l'Académie. Il est évident que le gouvernement veut entrer dans cette voie de faire faire le *Codex* par l'Académie, et je l'en félicite.

Qu'est-ce que le *Codex* ? C'est un ensemble de formules. Il n'y a pas de *Codex*, s'il n'y a pas de formules. Je le demande à tout homme de bonne foi et sans passions : à l'heure qu'il est, si nous étions chargé de faire une nouvelle édition du *Codex*, passerions-nous sous silence les formules de M. Aubergier ? Non ; nous serions tenu à les enregistrer, et nous le ferions, poursuivant ce qui a déjà été fait ; car dans le *Codex* actuel il y a le sirop de pavot blanc qui est un sirop étranger à l'opium, c'est-à-dire qui n'est pas un sirop d'opium proprement dit. Je suis donc convaincu que si nous étions chargé de faire le *Codex*, nous y insérerions toutes les formules de M. Aubergier. Nous ne sommes pas chargé de faire le *Codex*, mais nous sommes chargé de le continuer ; nous avons le bulletin qui est un supplément au *Codex*. Si, à force de refus, nous disions toujours : « Nous ne voulons pas insérer de formule au *Codex*, » le gouvernement s'adresserait ailleurs ; car qu'est-ce qu'une commission composée de juges très-compétents qui vient dire : « Nous ne voulons pas de cette formule. » Est-elle bonne ou est-elle mauvaise ? Si elle est bonne, insérez-la ; vous êtes tenus de l'insérer. La commission a donc raison de persister dans sa première décision ; elle veut que les formules soient insérées au *Codex*.

Maintenant, j'arrive à la partie la plus délicate de ma mission. J'arrive au travail de M. Soubeyran. M. Soubeyran, par inadvertance, je n'en doute pas, par suite de la précipitation avec laquelle il a rédigé sa note, a commis une erreur que je dois relever, une erreur assez importante. Je connais trop l'esprit et le talent de M. Soubeyran pour ne pas attribuer cela à la précipitation avec laquelle ce travail a été fait. Il dit, en attaquant la formule du sirop de M. Aubergier, que ce sirop ne doit pas être clair et que M. Aubergier a tort d'indiquer l'albumine comme moyen coagulant, dans le but de clarifier le sirop. Il dit, c'est une erreur grave, que l'albumine entraîne les principes actifs. C'est là qu'est l'erreur. Si M. Soubeyran s'était borné à dire que l'albumine, dans certains cas, absorbe quelques-uns des principes actifs d'une préparation médicinale, j'aurais dit : Oui ; mais donner la formule d'une manière absolue, non ; il est une foule de circonstances dans lesquelles l'albumine n'entraîne pas les principes actifs,

et c'est ce qui arrive précisément dans l'espèce. Des expériences ont été faites par M. Aubergier ; il a pris une certaine quantité de lactucarium, et savait la quantité de principes actifs qu'il contenait; il a chauffé avec l'albumine ; l'albumine a coagulé, et à la fin de l'expérience, M. Aubergier a trouvé la même quantité de principe actif que celle qui existait avant la caléfaction : l'albumine ne l'a donc pas entraîné. Voilà un fait que je livre à la méditation de M. Soubeyran, et il sera le premier à le reconnaître. J'établis, en thèse générale, qu'on ne peut pas dire d'une manière absolue que l'albumine entraîne tous les principes actifs des médicaments.

Maintenant j'arrive au titrage. C'est une des questions les plus importantes, car, en la résolvant dans tel sens, nous pourrions compromettre notre dignité et notre science. Je dis que cette question ne saurait être résolue aujourd'hui, et je vais le prouver. Comment les choses se passent-elles maintenant? On vous envoie dans une caisse 200 pains d'opium : ils ont été recueillis par MM. A., B., C., D., gens fort inintelligents, en général; tel pain peut contenir telle quantité de principe actif, tel autre peut en contenir la moitié, tel autre le quart. Vous seriez forcés, si vous vouliez titrer l'opium, de titrer tous ces pains-là; il y en a 200 dans une caisse; ce serait impraticable. Voilà donc une impossibilité matérielle; mais il y en a d'autres bien autrement graves. Ce mot, titrage de l'opium, est un mot qui ne signifie rien. Qu'avez-vous fait quand vous avez voulu titrer de l'opium? Vous avez titré la quantité de morphine, vous avez titré la quantité d'eau, vous avez titré la quantité de matières sophistiquées. Je prends le travail de M. Soubeyran ; est-ce qu'il n'y a que cela dans l'opium? est-ce que par hasard l'opium doit toutes ses qualités à la morphine? On y trouve de la thébaïne, substance éminemment active et qui agit comme un des excitants les plus énergiques que je connaisse. Dans votre titrage, vous n'en tenez aucun compte, et pourtant elle tue ; il y a donc lieu à s'inquiéter un peu du rôle que joue la thébaïne, et quand vous me direz : l'opium contient tant de morphine, je vous demanderai : combien contient-il de thébaïne?

Il y a dans l'opium de la codéine. Dans certains cas, on peut employer la codéine; elle calme à l'instar de l'opium, quand la dose est faible ; mais si la dose est trop élevée, elle détermine des accidents graves, elle tue; et vous n'en tenez aucun compte dans votre titrage, quand vous voulez savoir la puissance de l'opium! Le titrage est donc incomplet.

Il y a dans l'opium une substance qu'on appelle la pseudo-morphine ; elle n'est pas constante, mais elle s'y trouve souvent; on n'en tient aucun compte dans le titrage, et cependant elle a tant d'analogie avec la morphine, qu'elle réagit par l'acétate de plomb, qu'elle décompose l'acide iodique, de manière à donner de l'iode, qu'elle bleuit avec le sesquichlorure de fer comme la morphine, c'est-à-dire qu'elle offre trois des propriétés les plus saillantes et les plus importantes de la morphine; vous n'en tenez aucun compte dans le titrage, et même dans votre titrage, vous avez attribué une certaine dose à la morphine, et c'était peut-être à la pseudo-morphine que vous aviez à faire.

Je vais plus loin, je prends la narcotine : c'est une substance que vous ne croyez pas inoffensive, inerte; elle se trouve en plus ou moins grande quantité dans l'opium; elle a cette singulière propriété que, si vous la faites prendre dans de l'acide acétique, elle tue comme un des excitants les plus énergiques; si vous la prenez dans de l'huile, elle tue, mais en produisant un coma des plus complets, c'est-à-dire toute autre chose que ce que vous lui faites produire avec l'acide acétique. Vous ne tenez aucun compte, dans votre titrage, de cette matière-là.

Enfin, je pourrais m'appuyer sur des expériences récentes de M. Hinterberger, vous dire qu'il y a encore une substance nouvelle dans l'opium, l'opianine. Quelles sont les conclusions qu'a tirées M. Hinterberger de son travail? L'opianine agit comme calmant exactement comme la morphine. L'avez-vous titrée? Dites donc : *titrage de la morphine contenue dans l'opium,* je serai d'accord avec vous; dites encore : titrage des substances qui peuvent falsifier l'opium, je serai d'accord avec vous; mais ne dites pas : *titrage de l'opium,* quand vous négligez les matières les plus importantes qui peuvent se trouver là en diverses proportions. Quand vous faites une ordonnance pour donner une certaine dose d'opium, savez-vous quelles modifications peuvent apporter ces matières? Il faudrait, en effet, et ce serait un grand progrès, pouvoir titrer l'opium ; mais c'est là un travail qui ne sera pas fait avant 20 ans, parce qu'il faut non-seulement être en état de dire positivement quelles sont les proportions de toutes ces matières-là, mais quel est le mode d'action de chacune d'elles, et ce qu'on doit lui attribuer spécialement dans l'action générale de l'opium ; c'est là ce que vous ne ferez pas avant 20 ans, en supposant que vous vous en occupiez beaucoup.

Je crois donc qu'il est du devoir de l'Académie de renoncer au titrage, et de ne pas indiquer au ministre du commerce des moyens qui sont faux et qui ne sont aucunement applicables à l'espèce. Par conséquent, je demande que les conclusions de la commission soient mises aux voix et acceptées.

M. Bouchardat, rapporteur. — Je suis fâché d'être en dissentiment, sur une pareille question, avec des maîtres dont je respecte le talent et l'autorité; mais, il faut le reconnaître, nous différons de très-peu de chose. Sur le fond, nous sommes d'accord; il n'y a de différence que sur le titrage et sur la question de savoir si les formules sont bien on mal rédigées.

Un mot seulement sur le titrage, que M. Orfila vient de traiter avec tant de talent et de lucidité.

Le titrage ne sera possible qu'avec le monopole ; quand on fera de tout l'opium fourni dans le commerce une seule masse; mais vous ne pouvez pas prendre l'initiative de ce monopole : c'est le gouvernement seul qui peut le prendre ; ce n'est pas vous, Académie, qui pouvez le prendre. Or, si le gouvernement ne veut pas prendre l'initiative, il faut reconnaître que M. Aubergier a fait faire un grand pas à la question du titrage, en fixant des conditions qui font que l'opium est identique à lui-même, en adoptant une variété bien déterminée, et la question des variétés a une importance capitale, lorsqu'il s'agit de la composition d'un corps, une importance beaucoup plus grande que celle de la culture et du climat, quand on opère dans les mêmes conditions de maturité, et c'est précisément dans ces conditions d'égale maturité que M. Aubergier s'est placé. Ainsi, pour citer un exemple analogue, le sucre de betterave, quand on prend des betteraves de la même variété et au même degré de maturité, on retombe, à un dixième près, sur le même chiffre pour la quantité de sucre. On n'en extrait pas la même quantité de sucre, parce que la culture, le climat, y mêlent des substances étrangères qui empêchent l'extraction; mais la quantité de sucre contenue dans la plante est remarquablement la même.

M. Aubergier, en transportant ces connaissances à l'opium, et je dirai qu'il insiste principalement sur cette condition de prendre une variété donnée, et de la prendre au même point de maturité, M. Aubergier a fait faire un pas très-important à cette question, a remplacé, pour ainsi dire, le titrage, en attendant que ce titrage puisse être effectué d'une manière plus complète par le monopole.

Il y a une observation que je désire soumettre à mes honorables collègues : il faut prendre garde, dans l'intérêt même de la science, il faut prendre garde que les commissions se substituent aux inventeurs, viennent prendre leur place, lorsqu'ils ont une idée déjà bonne, pour en donner une meilleure. Ce serait un moyen de les décourager; il faut leur laisser l'initiative, et ne pas se substituer à eux. Je vous citerai un exemple emprunté à une autre enceinte. Un des hommes les plus remarquables dans les sciences, M. Cagniard-Latour, avait remis à l'Académie une note sur une invention qu'il avait faite; la note avait *une page et demie.* On fit un rapport, mais un rapport qui remplissait un volume entier; la découverte sembla oubliée dans ce volume; l'Académie se substituait à l'inventeur; c'était un grand tort; il faut laisser aux inventeurs leur gloire, leurs avantages; il faut les encourager.

J'arrive à la question des formules. J'éprouve quelque embarras à défendre ces formules contre M. Soubeyran, car son autorité est immense; heureusement je n'attaquerai M. Soubeyran qu'avec ses propres armes. Les formules qu'il combat ont été étudiées par un de ses élèves les plus intelligents, par M. Aubergier, qui les a étudiées en s'inspirant précisément des principes que M. Soubeyran a si admirablement développés dans ses cours. Depuis vingt ans, ces principes nous disent qu'il faut connaître les propriétés intimes des corps qui entrent dans la composition des formules, pour en deviner toutes les réactions, pour en prévoir d'avance toutes les conséquences. C'est ce que M. Aubergier a fait, et les formules qu'il a présentées à la commission, la commission les a reconnues bonnes; il y a dans le *Codex,* malgré la science que je me plais à reconnaître à ses rédacteurs, un grand nombre de formules qui ne sont pas aussi bien étudiées que celles-ci.

Je vais prouver que c'est en s'inspirant des préceptes de M. Soubeyran que M. Aubergier a rédigé ses formules; nous allons examiner comment il les a rédigées.

Pour l'extrait de lactucarium, M. Soubeyran a dit : Au lieu de prendre de l'alcool faible, comme M. Aubergier le prescrit, il vaut mieux prendre de l'alcool concentré. L'alcool fort a un inconvénient considérable, il dissout les matières résineuses....

M. Soubeyran. — J'ai dit dit qu'il y avait deux systèmes, l'un dans lequel on employait de l'alcool fort, l'autre dans lequel on employait de l'alcool faible, et qu'il y avait à examiner lequel était le plus convenable ici.

M. le rapporteur. — Parfaitement! c'est de cet examen que je vais vous rendre compte. M. Aubergier l'a fait à merveille ; il était trop bien instruit par vous pour ne pas le faire. L'alcool fort, dont vous parliez tout à l'heure, dissout très-bien la substance active; mais il dissout en même temps la cire et les matières résineuses très-abondantes dans le lactucarium, et qui sont sans action; l'alcool faible dissout aussi très-bien le *lactucin,* mais ne dissout point de matières résineuses. Il y a donc tout avantage à employer l'alcool faible. Il est évident que si on veut employer le lactucarium à doses élevées, il ne faut pas l'administrer sous forme de sirop; c'est à l'extrait qu'il faut recourir dans ce cas. Il ne faut employer le sirop que

lorsqu'on a besoin d'un calmant de la puissance la plus faible possible, comme dans la médecine des enfants.

Si le sirop de lactucarium était préparé avec les proportions qu'a proposées M. Soubeyran, on aurait un sirop qui ne se conserverait pas, et un sirop désagréable à prendre ; je dirai le mot : imprenable. Tandis qu'avec la formule dernière que M. Aubergier a très-bien étudiée, nous avons un sirop qui n'est pas très-actif, il est vrai, mais qu'on n'emploie que quand on veut donner le lactucarium à petite dose ; un sirop qui se conserve, qui est agréable à prendre, autant que sa légère amertume peut le permettre ; un sirop dont on a enlevé les substances nuisibles, en y laissant les substances actives.

M. Aubergier a fait cette remarque intéressante, que les sels calcaires contenus dans certaines eaux, que les sucres qui retiennent trop de chaux, altèrent le lactucin. Il a donc conseillé l'emploi de l'eau distillée et du sucre candi. Vous voyez par là dans quels détails il est descendu, et combien sa formule a été soigneusement étudiée, en suivant d'excellents principes, en s'appuyant sur une connaissance approfondie de la composition des corps sur lesquels il agissait.

Quant au sirop de pavots pourpres, il est donné pour remplacer le sirop de pavots blancs ; le sirop de pavots blancs est une des prescriptions du *Codex* qui nous font toujours trembler. Vous savez comment ce sirop est préparé : il contient 30 centigrammes par once d'extrait. Mais l'énergie de cet extrait peut varier dans la proportion de 1 à 3, pour ne pas dire plus ; et quand on pense que c'est la préparation employée le plus fréquemment dans la médecine des enfants, qui ne se plaignent pas, mais qui meurent, on ne saurait être trop sûr de ses doses.

Eh bien ! le sirop de pavot pourpre de M. Aubergier donne cette certitude ; il contient toujours la même quantité de principe actif. Il y a donc un avantage réel à substituer un médicament d'une composition invariable à un médicament prodigieusement variable. Je crois donc qu'il y a progrès ; je crois qu'on doit adopter ces formules ; je crois qu'elles rendront de véritables services à l'art de guérir.

M. Bussy pense que l'application du décret de mai 1850, à l'opium indigène, n'est pas ce qu'il y a de plus favorable pour encourager une découverte, car il faudrait pour cela que l'on pût distinguer les préparations de cet opium de celles de l'opium exotique ; il croit en outre que le climat, l'année, la culture, etc., feront varier les proportions de morphine contenues dans l'opium. Il admet qu'on doit accepter de nouvelles formules, mais à condition qu'elles seront nécessaires, et il pense qu'avec celles qu'on possède actuellement sur l'opium, on peut remplir toutes les indications, et que celles de l'opium indigène n'apporteraient rien de nouveau. Il croit seulement que l'opium indigène doit être substitué à l'opium étranger dans les formules actuelles. Il voudrait qu'on demandât de faire, en faveur de l'opium indigène, une exception à la loi qui défend de prendre des brevets pour des médicaments.

M. Soubeyran dit que la formule de M. Aubergier, pour la préparation du sirop de lactucarium, a été exécutée par des pharmaciens recommandables de Paris, et qu'ils ont obtenu un sirop trouble, désagréable, différent de celui qui est préparé par M. Aubergier lui-même ; il ajoute qu'à la vérité, M. Aubergier a obtenu sous ses yeux, à la pharmacie centrale, en suivant sa formule, un sirop semblable à celui qu'il livre au commerce. M. Soubeyran n'en persiste pas moins dans ses critiques sur la proportion du principe actif contenu dans le sirop.

Après la réplique de M. Soubeyran, réplique qui provoque, de la part de M. le président, une observation tendant à faire retirer à M. Soubeyran une expression peu convenable qu'il a employée ; après une courte réponse, en guise de résumé, de M. le rapporteur, l'Académie décide, à une grande majorité, que les formules de lactucarium et d'opium indigène proposées par M. Aubergier seront insérées au *Bulletin*.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Traitement des abcès par congestion, par le proto-iodure de fer.* — Les observations de guérison des maladies chroniques, pêchent souvent par la durée trop courte du temps pendant lequel la guérison a été constatée. Le fait très-remarquable d'abcès par congestion des plus graves, observé par le docteur Déclat, et traité avec le plus grand succès par le proto-iodure de fer, conservé par l'ingénieux procédé de M. Gille, pharmacien à Paris (dragées de proto-iodure de fer inaltérable). Ce fait serait rentré dans la catégorie ordinaire, si nous n'avions pas pris soin de nous tenir au courant de ce qui pourrait survenir plus tard chez cet en enfant. Aujourd'hui, la guérison date de prés de trois mois, sans que rien soit venu la troubler. Ce fait reste donc une des cures les plus curieuses que nous présente l'histoire des abcès par congestion, et doit puissamment encourager le praticien à recourir à l'emploi d'un moyen qui donne de si grandes espérances, espérances corroborées d'ailleurs par les succès obtenus depuis plusieurs années, dans des cas analogues dans les hôpitaux de Paris, par MM. Monod, Sandras, Vigla, Rostan, Blache, Guersant, etc.

— M. le ministre de l'instruction publique vient, en vertu du décret du 9 mars 1852, d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui présenter une double liste de candidats, pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale, devenue vacante par la permutation de M. Trousseau, et pour la chaire d'histoire naturelle médicale, devenue vacante par le décès de M. A. Richard. La Faculté de médecine doit incessamment s'occuper de ces présentations. Nous engageons, en conséquence, MM. les candidats à envoyer l'exposé de leurs titres, le plus tôt possible, à M. le doyen de la Faculté.

— On sait que M. le préfet de police avait poussé la condescendance pour la syphilisation jusqu'à nommer une commission chargée d'étudier si cette honteuse conception devait être expérimentée dans les établissements confiés à l'autorité de M. le préfet. La commission, qui a achevé son œuvre, en a présenté la conclusion lundi dernier à M. le préfet ; cette conclusion est ainsi conçue :

« En résumé, M. le préfet, la commission répondant à la question précise que vous lui avez posée, conclut *à l'unanimité* de tout ce qui précède :

« Que M. le docteur *** ne peut être autorisé à expérimenter la syphilisation dans un établissement quelconque. » Ont signé : MM. Mélier, *président*, Ricord, Denis, Conneau, Marchal (de Calvi), *secrétaire-rapporteur*.

Il est assez piquant de voir M. Marchal chargé d'exposer les motifs de cette conclusion, *votée à l'unanimité*.

— *Nouvelles de l'épidémie.* — L'épidémie n'a pas notablement varié depuis trois jours ; sa fréquence est à peu près la même, et sa gravité ne s'est point accrue. Le nombre des malades admis dans les hôpitaux, pour des fièvres typhoïdes, est aujourd'hui de plus de 1600. La mortalité de ces établissements est à peine augmentée. Nous ne comprenons pas trop, en présence de ce chiffre, quelle raison a pu faire dire à un journal quotidien que *l'intensité de l'épidémie a été exagérée*.

— On peut faire une communication utile à un médecin résidant à Paris, qui, pour cause de santé ou pour tout autre motif, désirerait abandonner sa clientèle.

— Non loin de Paris, clientèle à céder. — Rapport de 8 à 12,000 francs. Loyer de 1000 à 1200 francs. — Il faudrait être docteur, justifier de longues études dans les hôpitaux, et, s'il se peut, de plusieurs années de pratique libre. — S'adresser pour tous renseignements, à M. Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine.

— Autre clientèle à céder dans de très-bonnes conditions, à une vingtaine de lieues de Paris. S'adresser au rédacteur en chef du journal.

— Un médecin américain, le docteur Calwright, de la Nouvelle-Orléans, prétend avoir guéri des personnes malades de la poitrine, en les envoyant dans une fabrique de sucre. Un séjour de plusieurs heures dans un pareil établissement, et l'aspiration des vapeurs du sucre, exerceraient instantanément l'influence la plus considérable sur la dangereuse maladie qui a résisté, jusqu'à présent, à tous les efforts de la médecine.

ERRATA. — Dans le premier-Paris de notre dernier numéro, il s'est glissé quelques erreurs que nos lecteurs auront facilement corrigées. Il nous suffira d'indiquer les suivantes.

Au lieu de : Qui studet *optatum* cursu contingere *metum*,
Lisez : Qui studet *optatam* cursu contingere *metam*.

BIBLIOGRAPHIE.

Code médical, ou *Recueil des lois, décrets et règlements, sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France ;* par Amédée Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. Un fort vol. in-12 de 480 pages, qui sera expédié franco à toute personne qui en fera la demande, en joignant à sa lettre un mandat de poste de 5 fr. 50. Chez Gauthier, à la Faculté de médecine, et chez Labé, libraire-éditeur de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, n° 23, à Paris.

NOUVELLES PUBLICATIONS DE VICTOR MASSON.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par M. Sedillot. 2e édition, entièrement refondue ; tome I, 1re partie. 1 vol. grand in-18, avec 206 figures dans le texte. Prix : 4 fr.

L'huile de foie de morue envisagée dans tous les rapports comme moyen thérapeutique, par M. Jongh (L.-J. de). 1 vol. in-8°. Prix : 5 fr. 50 c.

Traité des maladies vénériennes, par M. Vidal (de Cassis). Paris, 1853 ; 1 vol. in-8°, avec planches gravées en taille-douce et coloriées. Prix : 10 fr.

La quatrième édition, revue, du **Traité de pharmacie théorique et pratique**, par M. Soubeyran. 2 vol. in-8°, avec fig. Prix : 16 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 28. 1re ANNÉE. Samedi 5 mars 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la ventilation dans les hôpitaux. — Séance du 2 mars de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. Leçons cliniques sur l'hystérie, par A. H. MARGERIE (*Suite*). — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **LITTÉRATURE MÉDICALE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 4 mars 1853.

De la ventilation dans les hôpitaux.

Le public médical a plus d'une fois manifesté l'étonnement que lui fait éprouver le retard apporté dans l'achèvement du nouvel hôpital auquel on a donné le nom de Lariboissière. Cet étonnement, auquel l'invasion de l'épidémie actuelle a fourni une nouvelle occasion de se produire, paraît d'autant plus légitime qu'on ne peut supposer que la ville de Paris, au moment où elle dispose de sommes énormes, n'ait pas trouvé les fonds nécessaires pour faire terminer un établissement aussi utile et qui doit lui faire tant d'honneur. C'est qu'en effet, ces regrettables ajournements par lesquels les constructions même sont exposées à des dégradations prématurées, ne tiennent nullement à des difficultés financières. Ils sont dus à des causes dont il est d'autant plus intéressant d'entretenir le monde scientifique, qu'elles se rapportent à une grande question d'hygiène publique, à la question du renouvellement de l'air dans les vastes salles d'un hôpital ou d'un autre établissement analogue, question qui, à l'occasion de la ventilation de l'hôpital du Nord, a fait un progrès qu'il est bon de signaler.

Dès 1847, alors que la construction du nouvel hôpital était en grande activité, le conseil municipal et le conseil général des hôpitaux avaient accepté, en ce qui les concernait, les propositions d'un entrepreneur qui offrait de chauffer et de ventiler le nouvel établissement par des procédés qui lui appartenaient, et pour un prix déterminé. Ce n'est pas qu'alors les procédés de cet entrepreneur fussent les seuls qu'on pût appliquer à de vastes bâtiments; mais ces procédés avaient été essayés avec succès dans un autre hôpital, et les conseils administratifs, ne voulant rien livrer aux hasards d'une nouvelle expérimentation, préféraient des dépenses plus considérables, mais dont le résultat leur paraissait certain, aux éventualités d'autres procédés moins dispendieux peut-être, mais aussi moins éprouvés.

La révolution de 1848 étant survenue, d'autres hommes durent avoir d'autres projets, et proposèrent d'ouvrir un concours entre tous les entrepreneurs de chauffage et de ventilation. Ils supposaient que cette question de chauffage et de l'aération des grands établissements pouvait avoir fait des progrès; d'ailleurs, une expérience importante venait d'être faite à la nouvelle prison Mazas, et l'on savait qu'en Angleterre on avait eu des succès par des procédés différents de ceux qui avaient été adoptés par les deux conseils.

L'idée du concours prévalut, et, en conséquence, l'administration prit toutes les mesures pour la réaliser. Divers arrêtés constituèrent un jury auquel fut confié le soin de rédiger un programme. Bientôt les concurrents se présentèrent, et le jury se mit à l'œuvre. Il avait à résoudre deux questions : celle du chauffage et celle de l'aération des salles de malades. De plus, les appareils devaient, autant que possible, pourvoir aux différentes exigences du service d'un vaste hôpital : les bains, la buanderie, l'eau chaude et froide à tous les étages, les cataplasmes, la désinfection complète des cabinets d'aisance.

La raison d'économie avait son importance. Cependant, alors qu'il s'agissait d'édifier un hôpital *modèle*, sans avoir à subir les difficultés qu'on a rencontrées si souvent quand on a approprié d'anciens locaux à des services hospitaliers, la considération de la dépense ne devait pas primer le résultat désirable, au point de vue médical et humanitaire. Sous ce rapport, l'administration avait donné au jury la plus grande, la plus généreuse latitude.

Cinq systèmes furent présentés pour le chauffage :

1° Des poêles ou calorifères plus ou moins parfaits qui devaient être placés dans les salles. C'était pour ainsi dire l'enfance de l'art : ils furent écartés.

2° Un calorifère général, ou du moins un calorifère pour chacun des bâtiments affectés aux malades. Il fut bientôt reconnu que d'autres procédés devaient l'emporter sur celui-ci, dans lequel on est obligé de faire parcourir des distances plus ou moins grandes à l'air échauffé, causes pendant lesquelles il se fait des pertes considérables de la chaleur développée dans les foyers.

3° Chauffage par la circulation de la vapeur. Les essais de ce système avaient eu lieu très en grand à Paris, et pouvaient être facilement appréciés. La Bourse, l'Opéra et beaucoup d'autres grands établissements en offraient des exemples. On dut reconnaître qu'on avait fait mieux depuis ces essais. Le chauffage à la *vapeur seule* offre plusieurs inconvénients graves : des fuites continuelles, quelques dangers d'explosion, et enfin un refroidissement immédiat dèsque la vapeur cesse d'arriver.

4° Chauffage par la circulation de l'eau bouillante partant d'un réservoir commun auquel elle revient, après s'être dépouillée d'une partie de son calorique, soit dans le parcours même, soit dans des réservoirs pleins d'eau. Cet ingénieux procédé était celui qu'avaient adopté d'abord la ville et les hôpitaux. Il était appliqué dans un grand nombre d'établissements publics, et présentait des résultats très-satisfaisants. Pour ne pas le préférer, il fallait qu'il s'offrît quelque chose de plus satisfaisant encore : c'est ce qui est arrivé.

5° Chauffage par la combinaison des deux systèmes : de la vapeur et des réservoirs d'eau. Ce procédé a été appliqué à Mazas.

Le jury lui a donné la préférence, parce qu'il réunit les avantages attachés aux deux procédés de *la vapeur* et des *réservoirs de chaleur*, sans offrir les inconvénients qu'on a signalés soit dans la vapeur seule, soit dans l'eau elle-même comme moyen de porter le calorique à distance.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, le jury devait d'ailleurs pourvoir à toutes les exigences du service, et il trouvait dans ce procédé les ressources nécessaires.

La principale indication à remplir était l'aération des salles. Or, ayant admis, comme nous le verrons plus loin, que l'aération, par procédé mécanique, était la plus sûre et la plus efficace, il fallait nécessairement construire une machine à vapeur. L'action de cette machine était d'ailleurs indispensable pour élever et porter l'eau dans toutes les parties de l'hôpital. Une ou plusieurs chaudières devenant nécessaires, il était naturel de les utiliser pour le chauffage des salles de malades, des bains et des appareils de la buanderie. On trouvait de plus dans cette combinaison l'avantage de n'avoir qu'un seul foyer, un seul dépôt de charbon, un seul appareil à surveiller.

Mais en prenant pour véhicule de la chaleur, la vapeur d'eau produite dans la chaudière, il fallait éviter les inconvénients que nous avons signalés dans son emploi ; c'est ce qui devait être obtenu par l'établissement dans toutes les localités à chauffer de réservoirs en forme de poêles, pleins d'eau, entretenus à la température convenable par la vapeur arrivant de la chaudière.

Le chauffage étant assuré par ce procédé, il fallait pourvoir au renouvellement de l'air dans les salles. Tous les concurrents prétendaient y suffire, soit par les calorifères, par l'eau chaude, par la vapeur, soit par des cheminées d'appel. L'un d'eux proposait enfin une *ventilation forcée* par agent mécanique.

Après avoir mûrement examiné tous ces procédés et pris connaissance des résultats connus pour chacun d'eux, le jury a préféré celui dont les effets étaient les plus certains et les plus faciles à apprécier ; c'était le procédé de la ventilation par agents mécaniques. Il consiste dans l'emploi de tarares puissants, adaptés à la machine à vapeur et chassant l'air, bon gré mal gré, dans toutes les pièces où l'on trouve utile de le porter.

L'efficacité de ce procédé ne saurait être mise en doute. Non-seulement il a été appliqué déjà dans plusieurs ateliers où un grand nombre d'ouvriers réunis exigent une ventilation très-active, mais ce procédé est celui qu'on a définitivement adopté dans la plupart des hauts-fourneaux et dans les forges pour porter dans les foyers l'énorme quantité d'air qu'ils consomment. Là, non-seulement il faut envoyer une masse énorme d'air, mais encore il faut lui imprimer une vitesse qui lui permette de surmonter les obstacles qu'il rencontre. Or, si des effets aussi considérables peuvent être obtenus avec des tarares, il est évident que ces agents mécaniques suffiront amplement au service bien moins difficile de la ventilation de quelques salles d'hôpital.

La sûreté du service n'est pas le seul avantage qu'on trouve dans l'emploi des tarares. On comprendra sans peine combien il est facile d'en modifier à volonté l'activité en modifiant la vitesse de rotation des ailes. On peut aussi avoir des appareils doubles et triples qu'on ferait agir dans les moments difficiles.

Avec les tarares, on envoie à volonté de l'air chaud en hiver et frais en été. On peut très-bien (et cela devait être exécuté) puiser l'air destiné aux malades, non plus dans les caves ou dans les cours de l'hôpital, mais aussi loin qu'on veut, et, par exemple, au sommet du clocher de la chapelle, ou partout ailleurs où l'on pourra le trouver plus pur et en été plus frais.

On comprendra aussi sans peine que l'air chassé par les tarares peut être conduit dans les salles à telles places qu'on juge les plus convenables et par des ouvertures aussi divisées, aussi multipliées qu'on voudra qu'elles le soient.

L'air arrivant forcément dans les salles, on peut être assuré qu'il en sortira. Dès lors, il n'y a plus à s'occuper de la fermeture plus ou moins hermétique des portes, des fenêtres ou autres issues, comme cela devenait nécessaire dans tous les procédés où l'air était extrait *par aspiration*. En effet, avec les tarares on ventile *par insufflation*, et pour comprendre à l'instant même tout ce que ce procédé offre d'avantages et de ressources, il suffit de remarquer que c'est par un système tout à fait analogue que le gaz de l'éclairage, partant d'un réservoir général, s'écoule par mille canaux pour sortir par des milliers d'ouvertures qui toutes en reçoivent la quantité nécessaire. La seule différence, c'est que le gaz d'éclairage est chassé par la pression du gazomètre qui le contient, tandis que l'air serait poussé par l'action centrifuge des tarares. Or, la puissance des tarares pouvant égaler et même dépasser de beaucoup celle des gazomètres, il est clair qu'on obtiendra avec eux des effets plus que suffisants.

Convaincu par toutes ces considérations, le jury avait donc décidé que le nouvel hôpital serait chauffé par l'emploi de la vapeur aboutissant à des réservoirs d'eau chaude et ventilé par des tarares.

Son rapport, fortement motivé, a été approuvé par le conseil de surveillance des hôpitaux, puis par le conseil municipal. Il semblait alors que tout était terminé et que l'approbation ministérielle ne se faisant pas attendre, on pourrait enfin terminer le nouvel hôpital et faire jouir les pauvres malades d'un établissement où tout devait être disposé pour leur bien-être.

Il n'en a pas été ainsi. Un des concurrents a élevé des prétentions et les a si bien fait valoir, que tout a été de nouveau mis en question et ajourné ; mais ici je ne puis plus raisonner que sur des *on dit*. On assure donc que cet entrepreneur, plus puissant que le jury, que le conseil des hospices, que le conseil municipal, est parvenu à faire réformer leurs décisions et à obtenir que les travaux de chauffage et de ventilation seraient divisés en deux parties, dont l'une resterait confiée aux entrepreneurs désignés par le jury et l'autre lui serait adjugée. Il nous semble bien difficile que l'on pût prendre un parti plus malheureux.

A l'occasion de ces débats, il a été écrit plusieurs notes

des mémoires que je passerai sous silence Il me serait trop facile de démontrer à quels excès ridicules on peut se laisser entraîner quand on veut traiter des questions scientifiques auxquelles on est complétement étranger. Le jury ne se serait pas avisé de faire la leçon aux architectes; il a le droit d'être étonné qu'il se soit trouvé des architectes qui se crussent en droit de lui donner des leçons de physique et de mécanique industrielle.

Mais ce que le public a le droit de regretter, c'est qu'un hôpital, qui devrait être fini et livré aux malades depuis trois ans, ne présente encore que des bâtiments vides, à peine fermés, sans parquets, sans appareils de chauffage et qui ne pourront être utilisés de longtemps, quoi qu'on fasse maintenant.

N'est-il pas aussi bien fâcheux de voir l'administration former un jury de neuf personnes honorablement placées dans les sciences et les arts; les laisser travailler pendant six mois à résoudre une foule de questions difficiles pour casser ensuite une décision consciencieuse et désintéressée, fortement motivée, alors qu'elle a été approuvée d'ailleurs, après un mûr examen, par deux corps aussi honorables que le sont le conseil général des hospices et le conseil municipal. Comment a-t-on pu, enfin, ne pas comprendre quelle lourde responsabilité on acceptait en retardant ainsi l'achèvement d'un établissement aussi utile et réclamé par des exigences impérieuses. L'administration a dû renouveler, à je ne sais quelles conditions, le bail de l'hôpital de Bon-Secours, qui n'est qu'un établissement provisoire très-imparfait. Elle a dû aussi renoncer à des projets importants, parce qu'elle ne pouvait pas s'exposer à priver la population de Paris de 6 à 800 lits de malades, et tout cela, pourquoi?

Je ne me charge pas de la réponse.

ROBINET, *membre de l'Académie de médecine.*

Séance du 2 mars de la Société de chirurgie.

(Comité secret. — Corps étranger des articulations. — Saillie de l'os après l'amputation. — Luxation médio-tarsienne.)

Notre ami M. Robert conserve encore, à un certain degré, une qualité bien rare chez un homme de son âge et de son talent : c'est la naïveté. Croirait-on que, dans le comité secret qui a clos la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Robert a émis, avec une vivacité et une insistance qui annonçaient quelque espoir de succès, le vœu que les comités secrets fussent secrets *dans toute la rigueur du mot*. A ce vœu, nous reconnaissons avec satisfaction que M. Robert n'a jamais été un conspirateur, sans quoi il saurait ce qu'il faut penser d'un comité secret à trois, à plus forte raison d'un comité secret à quinze ou vingt. J'ai craint même, en apprenant le désir ainsi formulé par mon savant ami, que ses nombreuses occupations ne l'empêchent de parcourir, aussi souvent que nécessaire, les feuillets de notre inimitable fablier, et qu'il n'ait en particulier perdu de vue l'apologue 6 du livre VIII.

Quoi qu'il en soit, il est une erreur que je tiens à détruire entièrement dans l'esprit des honorables membres de la Société de chirurgie : c'est que ceux qui ont attribué à mon petit article de chronique l'opposition de l'Académie de médecine, ou au moins de quelques membres de l'Académie, aux projets de la Société de chirurgie, ceux-là se sont trompés. L'opposition en question n'avait pas attendu pour se produire que notre article eût paru, et elle n'a été, depuis la publication de cet article, ni plus ni moins vive. Les représentants de cette opposition pensent que la Société de chirurgie est un danger pour l'Académie, et que ce danger sera d'autant plus grand, que la Société possèdera plus de priviléges. Or, parmi les priviléges que la Société pourrait réclamer, celui de porter le nom d'*impériale*, n'est pas celui que les académiciens craignent le plus, c'est celui qui donnerait à la Société de chirurgie une subvention, le droit d'accepter des donations ou des legs, et par suite la faculté de fonder des prix et de prendre enfin toute l'extension, d'avoir tout le retentissement que permet la prospérité financière.

Toutes ces craintes, à notre avis, sont mal fondées; elles le seront surtout bien davantage lorsque l'Académie se décidera à suivre les conseils que nous lui avons donnés dans l'article auquel on a fait allusion, et qu'elle ne comptera plus parmi ses membres des....; comment dirai-je? des .... fauteuils qui demandent *ce que c'est que M. Bright*, comme nous en avons entendu un, il y a cinq jours à peine. Mais enfin, fondées ou non, ces craintes existent, et ce n'est pas nous qui les avons fait naître ou même augmentées. Au reste, il est à espérer qu'elles ne seront point partagées par la grande majorité de l'Académie, et l'on doit croire que la commission de la Société de chirurgie nommée dans le dernier comité, médiocrement secret comme on voit, fera comprendre l'innocuité de sa juste ambition, même aux membres opposants de l'Académie. C'est ce que nous souhaitons sincèrement aux deux compagnies savantes. Voilà pour la fin de la séance.

Au commencement, M. Chassaignac a présenté un malade qui porte, dans l'articulation fémoro-tibiale gauche, deux corps étrangers d'un assez fort volume, jouissant d'une grande mobilité. M. Chassaignac se propose de les amener tous deux au même point et de les extraire en ne faisant qu'une seule opération.

Après la présentation de ce malade, M. Denonvilliers en a présenté un autre qui, depuis dix ans et demi, porte les traces d'une opération mal faite. C'est un jeune homme de 17 ans, qui a subi, à l'âge de six ans et demi, une amputation du bras droit; l'opérateur n'ayant pas ménagé un lambeau suffisant, l'os a fait immédiatement une saillie considérable qui, avec le temps, s'est encore accrue; actuellement le moignon présente la forme d'un cône aigu dont l'extrémité est formée par l'os complétement dénudé, et faisant, en dehors de la peau, une saillie de près de 2 pouces. Les chairs se sont retractées et présentent, au niveau du point où elles commencent à recouvrir l'os, si peu d'épaisseur, que l'on ne distingue pas, au premier abord, le lieu où le moignon cesse d'être formé par l'os seul.

Le malade, qui n'avait jamais souffert de cette disposition de son moignon, accuse actuellement des douleurs qui rendent nécessaire une amputation plus régulière. L'extrémité humérale dénudée est frappée de mort.

Après ces présentations de malades, la société a entendu la fin de la lecture du très-intéressant mémoire de M. Broca sur les luxations médio-tarsiennes et une communication de M. Blot sur une nouvelle forme d'étranglement interne : le premier de ces mémoires a été renvoyé au comité de publication. Nous en donnerons un extrait.

La note de M. Blot a été renvoyée à la commission chargée de faire un rapport sur sa candidature.

A quatre heures et demie la société s'est formée en comité secret.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir le n° 23 du 22 février.*)

L'anesthésie consiste, comme l'indique son nom, dans la suspension de la sensibilité; elle peut être portée à divers degrés, tantôt sur le même malade à des instants différents, tantôt sur certaines régions du corps et dans le même temps : c'est ainsi que la sensibilité peut disparaître sur l'une des moitiés de la face et rester intacte sur l'autre. Nous avons en ce moment dans nos salles une femme chez laquelle la faculté de percevoir les impressions sensitives est abolie dans toutes les parties du corps, la face seule fait exception.

L'anesthésie n'a pas pour limite les surfaces tégumentaires, elle envahit souvent l'origine des membranes muqueuses : il n'est pas rare de la voir se propager des fosses nasales jusqu'à l'arrière-bouche et atteindre l'orifice supérieur du larynx; dans ces sortes de circonstances, le contact d'un corps étranger sur la membrane muqueuse de Schneider, aussi bien que sur la membrane muqueuse par laquelle est tapissé le pharynx, ne détermine aucune impression sensitive et ne provoque ni l'éternuement ni les envies de vomir qui se produisent ordinairement dans l'état physiologique.

L'anesthésie de la portion supérieure des voies digestives explique d'une manière satisfaisante comment certaines femmes atteintes d'hystérie prennent sans répugnance des mets d'un goût désagréable. Il en est parmi elles qui mangent volontiers du plâtre, du poivre, des fruits âpres et acides : il semble qu'elles cherchent à stimuler, par l'action insolite de ces diverses substances, la sensibilité affaiblie ou éteinte des organes chargés de percevoir les différentes qualités des aliments.

On découvre souvent, du côté des organes génitaux, un état d'anesthésie qu'on peut rencontrer au col de la vessie.

La perte de la sensibilité au col de la vessie entraîne avec elle le défaut de perception du besoin d'uriner; de là résultent des rétentions d'urine qui ont pu faire croire à l'existence d'une paralysie réelle.

On trouve des malades chez lesquelles le besoin d'uriner n'est pas complétement aboli, mais se fait seulement sentir avec lenteur; dans l'un et l'autre cas, la vessie éprouve, de la part du liquide qu'elle a pour objet de contenir, des distensions plus ou moins considérables.

Lorsque l'anesthésie porte sur la muqueuse rectale, le besoin de la défécation cesse de se manifester aux intervalles ordinaires; telle est l'origine de ces accumulations de matières fécales contre lesquelles demeurent sans efficacité les agents irritants qui, dans l'état ordinaire, suffisent pour amener l'exonération du rectum; la constipation, dans ces sortes de circonstances, ne peut être vaincue que par l'intervention des moyens mécaniques dont la chirurgie dispose.

L'organe de la vision est quelquefois frappé d'insensibilité, il en arrive de même, mais plus rarement, pour l'organe de l'audition.

L'amaurose qui se rattache à l'hystérie a été décrite, sous le nom d'amaurose hystérique, par quelques auteurs qui l'ont à juste titre considérée comme une affection du système nerveux susceptible de guérison.

La surdité, avons-nous dit, survient dans quelques cas, ordinairement elle n'existe qu'à un certain degré.

Les déperditions de la sensibilité sont encore plus complexes que ne pourraient le faire supposer les détails qui précèdent. Telle hystérique supporte, sans se plaindre, qu'on lui brûle superficiellement la peau et perçoit néanmoins les pressions exercées avec le doigt sur un point quelconque du corps; c'est que chez elle la faculté de percevoir les impressions sensitives, restée intacte dans la profondeur des téguments, est abolie à leur surface.

En général, la perte de la sensibilité atteint à la fois les parties superficielles et les parties profondes.

On trouve des femmes chez lesquelles la perception des impressions, qui se rapportent à certains actes de l'économie, fait complétement défaut.

Dans l'état de santé, nous avons conscience de la position qu'affectent les différentes parties du corps, les membres, par exemple; nous savons si nos doigts sont fléchis ou étendus : il s'accomplit dans cette circonstance un fait de perception sensitive qui, pour n'être pas raisonné et pour se reproduire d'une manière habituelle, n'en conserve pas moins une réalité manifeste; une impression particulière partant des muscles chargés d'opérer soit la flexion, soit l'extension, arrive au cerveau et nous avertit des mouvements que nous venons d'exécuter, la perception de cette impression peut être entièrement suspendue chez les hystériques. Si on place un bandeau sur les yeux des malades qu'on examine, si on leur demande ensuite, après avoir placé leurs membres dans des positions forcées et insolites, de quelle manière sont situés leurs bras ou leurs jambes, on reconnaît qu'elles n'ont en rien le sentiment des mouvements qui leur ont été imprimés ou qui ont été accomplis en vertu de leur propre spontanéité. Aucune espèce d'impression n'a été transmise au sensorium.

Tel est le phénomène qui marque, en quelque sorte, le plus haut degré de l'anesthésie.

Considérée sous ses divers points de vue, l'anesthésie varie dans les plus larges limites : qu'on se représente par la pensée les différences qu'elle peut offrir quant à ses formes, quant à son intensité et à son inégale répartition sur tous les points du corps et à des époques déterminées de la maladie, l'on aura le tableau complet des symptômes par lesquels se manifeste l'abolition de la sensibilité dans l'hystérie.

Des variétés analogues à celles dont nous venons de parler se rencontrent dans la dysesthésie, elles sont moins nombreuses, ou, pour parler avec plus d'exactitude, elles sont jusqu'à ce jour connues en moins grand nombre. Telle hystérique est blessée par la vue de certaines couleurs, du rouge ou du vert, par exemple, telle autre par la vue d'objets colorés en noir ou en bleu. Il est des malades qui ne peuvent entendre certains sons musicaux sans éprouver en même temps une sensation douloureuse; il en est qui entendent volontiers ces mêmes sons avec une oreille et refusent de les écouter avec l'autre.

Dans quelques cas se développent, spontanément ou sous l'influence de causes extérieures telles que le contact des vêtements, des sensations caractérisées par de très-vives douleurs. Nous avons vu des femmes éprouver des souffrances atroces au niveau du point d'insertion du ligament inférieur de la rotule, toutes les fois que le plus léger mouvement se passait dans l'articulation du genou. Il n'existait aucune trace de lésion articulaire.

Parmi les formes de la dysesthésie, la plus commune, sans contredit, est celle que caractérisent des douleurs correspondant soit à la partie externe des mamelles, soit à la région des ovaires, douleurs par lesquelles le médecin peut être conduit à supposer la présence d'altérations matérielles qui n'existent nullement.

Les douleurs très-vives, ressenties à l'épigastre par quelques hystériques, pendant le travail de la digestion, constituent un phénomène de même nature que les précédents.

Tels sont les principaux aspects sous lesquels se montre la dysesthésie dans le cours de l'hystérie; elle se résume dans une modification de la sensibilité, de laquelle résulte la faculté de percevoir des impressions sensitives exagérées ou anormales,

impressions sensitives qui tantôt surgissent spontanément, tantôt sont éveillées par l'action d'une cause physique.

La dysesthésie, de même que l'hypéresthésie, accompagne constamment, dans la maladie qui nous occupe, l'anesthésie par laquelle est, comme on sait, envahie la plus grande étendue du corps.

Les phénomènes de la dysesthésie deviennent quelquefois la source de sensations capables d'entraîner à leur suite des effets convulsifs ; dans ce fait se trouve la raison des convulsions que provoquent chez certaines femmes les rapports sexuels. Il est des hystériques pour lesquelles toute exploration par le toucher vaginal, exploration que motivent souvent des souffrances du côté des organes génitaux internes, devient impossible à cause des vives douleurs et des spasmes qu'elle détermine.

Un certain nombre d'hystériques présentent, indépendamment de ceux qui ont été signalés, des phénomènes qui peuvent être permanents et ne pas se distribuer à la manière des paroxysmes : tels sont les phénomènes de la paralysie.

Ces phénomènes, nous les avons déjà montrés se produisant, à titre de symptômes, dans certains cas d'anesthésie ; c'est ainsi que nous avons fait voir la paralysie de la vessie et la rétention d'urine survenant comme conséquence de la perte de sensibilité du col vésical, la paralysie du rectum et l'accumulation des fèces, apparaissant secondairement à l'anesthésie de la membrane muqueuse qui revêt la partie inférieure du rectum.

En dehors de ces circonstances, chez certains hystériques, la volonté suffit souvent pour triompher, jusqu'à un certain point, de la paralysie ; de là résultent des phénomènes, en quelque sorte fugaces et passagers. Une femme a l'un de ses bras frappé d'inertie ; elle multiplie l'énergie d'action de sa volonté, et le bras finit par exécuter des mouvements, moins rapides et plus imparfaits à la vérité que dans l'état physiologique, mais assez étendus pour attester que la paralysie a été vaincue. De la même manière, les impressions sensitives obtuses arrivent à être perçues d'une manière distincte, par l'effort d'une attention soutenue et puissante.

La paralysie peut être complète, absolue : on trouve les membres qu'elle occupe inertes et incapables d'exécuter aucune espèce de mouvement ; à la perte de la motilité, est constamment associée celle de la sensibilité.

A. H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 février 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur le diaphragme.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire dont voici, d'après l'auteur, les principaux faits :

A. Recherches électro-physiologiques. — I. Il ressort, de toutes les expériences exposées dans ce mémoire et pratiquées sur l'homme ou sur les animaux vivants ou morts que la contraction du diaphragme, provoquée par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique, produit l'élévation des côtes diaphragmatiques et leur mouvement en dehors, quand les parois abdominales sont intactes.

Dans certains cas, le mouvement excentrique des côtes inférieures est communiqué aux côtes supérieures.

II. Mais quand l'animal est éventré et que les viscères ont été abaissées, la contraction isolée du diaphragme, produite par l'électrisation localisée, porte les côtés diaphragmatiques dans une direction opposée, c'est-à-dire en dedans.

III. Bien que le diaphragme devienne expurateur, quant aux mouvements qu'il imprime aux côtes inférieures, alors qu'il a perdu ses rapports de contiguité avec les viscères abdominaux, il n'en agrandit pas moins encore le diamètre vertical de la poitrine, en s'abaissant.

IV. Le mouvement concentrique de la partie inférieure de la poitrine, après l'ouverture de l'abdomen et l'abaissement des viscères, prouve, contrairement à l'opinion de MM. Beau et Maissiat, que le péricarde n'offre pas un point d'appui suffisant au diaphragme, pour qu'il produise l'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

V. Les mouvements en sens contraire de la base de la poitrine, suivant que les viscères abdominaux sont ou non abaissés pendant la contraction du diaphragme, démontrent, comme l'avait pressenti M. Magendie, que l'expansion des côtes inférieures par la contraction physiologique du diaphragme est due au point d'appui que ce muscle prend alors sur les muscles abdominaux.

VI. Le point d'appui offert au diaphragme par les viscères abdominaux ne pourrait produire à lui seul le mouvement d'expansion qu'on observe pendant sa contraction, si ce point d'appui ne se faisait pas sur la surface large et convexe de ce viscère. Cette proposition ressort d'une expérience dans laquelle on ne parvient pas à effectuer le mouvement excentrique des côtes inférieures, quand la main étant placée au centre du diaphragme d'un cheval mort, on s'oppose à l'abaissement de ce muscle, pendant qu'on le fait contracter par l'électricité.

B. Déductions pathologiques et thérapeutiques. — 1° *Contracture du diaphragme.* — VII. La contracture du diaphragme, qu'on produit sur l'animal vivant, en faisant passer dans ces nerfs phréniques un courant d'induction rapide, détermine promptement l'asphyxie.

VIII. Si la contracture du diaphragme n'a pas encore été observée chez l'homme, c'est sans doute parce qu'on en ignorait les signes diagnostiques.

IX. Voici, d'après mes expériences électro-physiologiques pratiquées sur l'animal vivant, quels doivent être, chez l'homme, les principaux symptômes de la contracture du diaphragme. La moitié inférieure de la poitrine est agrandie, surtout transversalement, d'une manière continue ; les hypocondres et l'épigastre sont soulevés, les muscles de l'abdomen s'épuisent en vains efforts pour renverser la base du thorax ; la respiration ne se fait plus que dans la moitié supérieure de la poitrine, et alors, on voit les scalènes, les trapèzes et les grands dentelés se contracter énergiquement, puis se relâcher brusquement ; mais bientôt les mouvements respiratoires de la partie supérieure du thorax s'affaiblissent et se ralentissent, et enfin, en moins d'une ou deux minutes, l'asphyxie commence, et la mort termine bientôt la scène, si la contracture du diaphragme continue.

X. La contracture, limitée à la moitié du diaphragme, occasionne seulement une grande gêne de la respiration, mais n'empêche pas les mouvements du thorax dans sa partie inférieure.

2° *Paralysie du diaphragme.* — XI. Les observations rapportées dans ce mémoire établissent que la paralysie du diaphragme, admise seulement théoriquement par les auteurs, existe réellement, et qu'elle est caractérisée par certains signes diagnostiques dont voici les principaux : Pendant l'inspiration, les hypocondres et l'épigastre sont *déprimés*, tandis qu'au contraire, la poitrine se *dilate* pendant l'expiration, les mouvements de la poitrine et de l'abdomen ont lieu également dans un sens opposé, c'est-à-dire que l'abdomen se *soulève* pendant que la poitrine se *resserre*. Le malade semble aspirer les viscères abdominaux, alors que l'inspiration produit l'expansion de la poitrine, et cela d'autant plus que le thorax s'agrandit davantage. De là une respiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et du parler ; de là aussi l'impossibilité d'inspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ces viscères.

XII. La paralysie du diaphragme n'est pas elle-même mortelle, comme on le pense généralement. L'inspiration qui se fait alors, soit par les intercostaux, quand le malade est en repos (1), soit à la fois par les intercostaux et tous les autres muscles respirateurs, quand la respiration est plus agitée, est suffisante à l'hématose. Le malade peut vivre longtemps avec une paralysie du diaphragme, mais alors la plus simple bronchite peut occasionner la mort par asphyxie, l'expectoration étant difficile ou impossible.

XIII. Le meilleur traitement à opposer à la paralysie du diaphragme, c'est l'électrisation localisée de ce muscle, par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

3° *Respiration artificielle par l'électrisation du diaphragme dans le traitement de l'asphyxie.* — Quand les muscles respirateurs semblent demi-paralysés, ou qu'ils ne reçoivent plus un stimulus suffisant, comme on l'observe dans certains cas d'empoisonnement par l'opium, le chloroforme, la vapeur du charbon, etc., dans quelques fièvres graves, le choléra par exemple, enfin dans l'asphyxie en général, la respiration devient de plus en plus rare et la mort est imminente. C'est alors que la respiration artificielle par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique peut entretenir l'hématose et prolonger, peut-être même rappeler la vie prête à s'échapper.

(1) Je me réserve d'examiner, dans un autre travail, si ce sont, ou les intercostaux externes ou internes, ou tous les intercostaux ensemble, qui se contractent dans ce cas.

XIV. L'électrisation des nerfs phrétiques, pratiquée telle qu'elle est décrite dans le mémoire, imite parfaitement la respiration naturelle et fait pénétrer mécaniquement l'air dans les voies aériennes, avec force et en quantité suffisante, comme on peut s'en assurer sur le cadavre qu'on fait ainsi respirer largement et très-bruyamment un certain temps encore après la mort.

Chaleur de la tête.

M. le docteur J. Budge, de Bonn, adresse une note sur l'influence de la moelle épinière sur la chaleur de la tête. L'auteur dit avoir trouvé dans la moelle épinière une certaine région dont l'extirpation augmente considérablement la chaleur de la tête. Cette région est située entre la dernière vertèbre cervicale et la troisième vertèbre pectorale; et c'est le huitième nerf cervical et le premier et deuxième nerf pectoral, par lesquels ce phénomène est transmis.

Voici l'expérience :

Après avoir mis à nu la région susdite de la moelle épinière (sur des lapins), j'en enlève une moitié, dit l'auteur, dès le dernier nerf cervical jusqu'au troisième nerf pectoral. En dix à quinze minutes, la chaleur de l'oreille du même côté a tellement augmenté, qu'on peut déjà remarquer la différence entre les deux oreillles en la touchant. Quand il fait froid, les oreilles des lapins ont ordinairement au bout supérieur une chaleur de 29° à 30° c., plus ou moins. Au côté opéré, le thermomètre montre 4° à 5° de plus que de l'autre côté; les artères palpitent et les vaisseaux sont dilatés.

Il est connu que M. Bernard a remarqué le même phénomène, après avoir coupé le nerf grand sympathique au cou, et à peine peut-on douter que ce ne soit le nerf grand sympathique par lequel l'influence de la moelle épinière est transmise aux vaisseaux de la tête.

La région de la moelle épinière susdite est la même d'où les fibres du nerf grand sympathique, dirigées vers l'iris, prennent leur origine. Comme j'ai trouvé que le nerf grand sympathique de l'iris sort des racines antérieures (motrices) de cette région de la moelle épinière, j'ai aussi opéré le même quant à la chaleur ; car si l'on coupe seulement les racines postérieures (sensitives), la chaleur de la tête n'est pas altérée, ou très-peu.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. Förster; traduit de l'allemand par Kaula. Strasbourg, 1853, 1 vol. in-8° (1).

L'anatomie pathologique occupe aujourd'hui une place si importante dans les études médicales, que toute tentative destinée à vulgariser cette science mérite de recevoir un accueil bienveillant.

Le *Manuel* du professeur Förster a déjà obtenu deux éditions en Allemagne, où il jouit d'une grande faveur. M. Kaula, déjà connu par ses travaux propres et par plusieurs traductions utiles, a vu sans doute dans les suffrages que cet ouvrage a réunis chez nos voisins d'outre-Rhin, une garantie suffisante; et il a cru rendre un nouveau service aux médecins français, en leur offrant la traduction d'un livre qui, d'après son titre, semble appelé à combler une lacune dans nos bibliothèques.

Il n'existe, en effet, en France, aucun traité abrégé et complet d'anatomie pathologique. Certes, ce ne sont pas les matériaux qui nous manquent. L'école française a payé un large tribut à cette science, qu'elle considère avec juste raison comme la meilleure base de la pathologie. De nombreuses monographies, plusieurs ouvrages spéciaux, parmi lesquels nous citerons en première ligne la grande iconographie de M. Cruveilhier, l'anatomie pathologique générale du même auteur, et la physiologie pathologique de M. Lebert, enfin et surtout l'immense collection des *Bulletins de la Société anatomique;* tout cela constitue une mine féconde où chacun peut puiser l'instruction à pleines mains. Mais l'élève qui commence cherche vainement autour de lui un livre élémentaire propre à lui donner les premières notions de cette science indispensable. Un semblable livre n'existe pas en France; M. Kaula a vu cette lacune, et c'est ce qui l'a décidé à traduire l'ouvrage de M. Förster.

Cet ouvrage répond-il réellement aux besoins de notre génération médicale? Pour le dire dès maintenant, nous ne le pensons pas. Les doctrines qui y sont exposées sans discussion, sans noms propres, et d'une manière purement didactique, diffèrent entièrement de celles qu'on professe parmi nous. L'obscurité du style en rend, de plus, la lecture fatigante et la compréhension difficile. C'est plus qu'il n'en faut pour décourager les élèves, pour embrouiller leurs idées, et pour les éloigner d'une étude sans laquelle la médecine n'est qu'un aveugle empirisme.

Cette appréciation est sévère; nous la donnons sans faiblesse et sans amertume. Afin de montrer qu'il n'y a rien d'exagéré dans nos paroles, nous allons examiner successivement la forme et le fond du livre de M. Förster.

Au point de vue de la forme, ce n'est pas une chose aisée que la confection d'un manuel. Un manuel doit être clair, précis, méthodique ; il faut que les matières y soient disposées dans un ordre simple et bien déterminé, afin qu'on puisse immédiatement trouver ce que l'on y cherche. Un manuel, surtout, doit être homogène, c'est-à-dire qu'il doit présenter toutes les questions avec un développement proportionnel à leur importance. Il ne faut pas que certains sujets soient toujours traités aux dépens des autres. Il ne faut pas que certains faits soient relégués dans l'ombre pour laisser à l'auteur le temps de s'étendre avec complaisance sur les points qui l'intéressent le plus.

En envisageant l'œuvre de M. Förster sous ce dernier point de vue, nous sommes frappé du silence qu'il lui a plu de garder sur la plupart des questions chirurgicales. La première partie du manuel, consacrée à l'anatomie pathologique générale, ne renferme rien sur les solutions de continuité; l'auteur parle des globules de pus, mais il ne dit pas un mot des abcès, de leur formation, de leur guérison. Les phénomènes de l'ulcération, de la cicatrisation, ceux que provoque la présence des corps étrangers au sein des tissus, ne sont pas même indiqués. M. Förster aurait-il eu l'intention de séparer de nouveau la pathologie médicale de la pathologie chirurgicale? Nous ne pouvons l'admettre; une semblable distinction, acceptable dans la pratique, ne peut se présenter à l'esprit d'un anatomo-pathologiste. Du reste, en lisant la deuxième partie du livre, on voit bientôt que l'auteur n'a pas voulu laisser la chirurgie de côté. Dans le chapitre relatif aux maladies du tube digestif, on trouve, par exemple, un court paragraphe relatif aux hernies. Afin qu'on puisse juger du soin avec lequel ce sujet est développé, nous reproduirons en entier le passage qui s'y rapporte.

« La *hernie* (p. 167) résulte du prolapsus d'une partie de l'intestin à « travers une ouverture normale des parois *intestinales* (lisez *abdominales*) « élargies, ou bien à travers une éraillure anormale ou artificielle de ces « parois; dans tous les cas, le péritoine est poussé au-devant de l'intestin « hernié et forme le sac herniaire. » Il n'y a rien de plus que cela sur les hernies en général. Suit l'énumération des diverses espèces de hernies; c'est ici surtout que le laconisme de l'auteur devient remarquable. On lit entre autres, ceci :

« *e. Hernie ombilicale ;* l'intestin *pénètre* (lisez *sort*) par l'ouverture « ombilicale ou par une éraillure avoisinant cette ouverture.

« *f. Hernie abdominale ;* l'intestin pénètre par une éraillure de la ligne « blanche.

« *g. Hernie ischiatique ;* l'intestin pénètre par la grande échancrure « sciatique.

« *h. Hernie du trou ovale ;* l'intestin pénètre par le trou ovale, etc.

Certes, nous n'avons pas l'intention de contester l'exactitude de ces divers aperçus; nous nous empressons de reconnaître que la hernie du trou ovale se fait par le trou ovale, et nous sommes tout disposé à admettre que la hernie ischiatique se fait par la grande échancrure sciatique. Nous remercions même l'auteur de la clarté avec laquelle il nous a fait comprendre tout cela. Mais nous aurions été curieux d'en apprendre davantage. Nous aurions voulu connaître, d'une manière au moins approximative, la situation et les rapports de l'intestin hernié. Nous avions cru, jusqu'ici, que les hernies avaient un *anneau ;* nous avions entendu des chirurgiens parler du *collet du sac herniaire* et prétendre que les hernies pouvaient parfois s'*étrangler ;* il paraît que nous nous souvenirs nous avaient trompé, car on ne trouve dans le texte de M. Förster aucun de ces mots, ni aucune des idées qu'ils expriment.

A cela, l'auteur répond, sans doute, qu'il a parlé de l'étranglement interne et de l'invagination intestinale, et qu'il a consacré plus de trois pages à l'étude de ces accidents. Eh! c'est précisément là ce que nous lui reprochons! Il pouvait, s'il avait voulu, se contenter de donner une sorte de table des matières de l'anatomie pathologique; c'est ce qu'il a fait pour les hernies, pour le bec de lièvre (p. 131, 3 lignes en tout); pour les polypes des fosses nasales (p. 241, 5 lignes), pour les corps étrangers des voies aériennes (p. 242, cinq mots); s'il eût traité toutes les questions de la même manière, nous n'aurions aucune objection à lui présenter. Il pouvait encore intituler son livre : *Anatomie pathologique des maladies que traitent les médecins.* Les *chirurgiens* en auraient gémi, sans doute; mais ils n'auraient eu le droit de blâmer personne; car, après tout, un auteur est toujours libre de se tracer un cadre et de s'y conformer. Mais M. Förster en a agi autrement. Son *Manuel* a la prétention d'embrasser uniformément toute la pathologie, à l'exception des difformités congéniales, qui appartiennent, dit-il, à l'embryogénie (p. 19). Le lecteur espère y trouver un ré-

(1) Strasbourg, chez Berger-Levrault; Paris, chez C. Reinwald, rue des Saints-Pères, n. 15.

sumé des connaissances actuelles. Au lieu de cela, il y trouve l'exposé des sujets qui sont familiers à M. Förster, une sèche énumération de tous les autres, ou même un silence complet sur quelques-uns d'entre eux.

Il est donc bien entendu que ce livre devrait être intitulé : *Manuel d'anatomie pathologique appliquée à la pathologie interne.* Mais une inexactitude dans le titre n'empêche pas un livre d'être bon. Voyons donc, à ce nouveau point de vue, si les sujets traités par M. Förster le sont du moins d'une manière convenable. Voici d'abord quelle est la disposition générale de l'ouvrage.

Dans une introduction de 18 pages, qui, pour le dire en passant, est la seule partie intéressante de son livre, M. Förster expose les principes de l'école à laquelle il appartient, c'est-à-dire de la *nouvelle école physiologique ou doctrine de la science naturelle* (*sic;* p. 2). Nous nous proposons de revenir sur cette école plus ou moins nouvelle. Mais ici nous ne nous occupons que de la forme et non du fond de l'ouvrage.

Puis, l'auteur divise son œuvre en deux parties : 1° l'anatomie pathologique générale ; 2° l'anatomie pathologique spéciale.

La première est sans contredit la partie la plus importante d'un livre d'anatomie pathologique. C'est l'exposé de toutes les généralités qu'on pourra ensuite appliquer à chaque cas particulier, dans l'anatomie pathologique spéciale. C'est l'étude, pour ainsi dire abstraite, des divers états morbides qui peuvent se présenter indistinctement dans la plupart des régions du corps ; tels sont : l'inflammation, la gangrène, les productions accidentelles, cancer, tubercules, kystes, hydatides, etc. M. Förster a senti comme tout le monde l'utilité de cette étude, et il a eu raison d'adopter une division déjà consacrée par l'usage. Toutefois, il a fréquemment perdu de vue le but qu'il s'était tracé. Ainsi, je cherche dans son *Manuel* l'anatomie générale du tubercule ; je trouve dans le chapitre des *néoplasmes* (productions accidentelles) un paragraphe intitulé : *du tubercule* (p. 122). Je m'attends à y trouver la description de ce produit morbide, des éléments spécifiques ou non qui le constituent, des formes extérieures qu'il revêt, et de son évolution. Au lieu de cela, je trouve une discussion sur la crase tuberculeuse et une théorie tendant à établir que le tubercule est « *un néoplasme arrivé à un certain stade de sa métamorphose rétrograde;* » que cette métamorphose peut s'effectuer dans les *exsudats* (en français : exsudations) inflammatoires, dans les extravasats, dans les cellules et tissus parfaits physiologiques et pathologiques. Ce que j'attaque ici, ce n'est pas cette théorie ; elle sera reprise plus tard. Ce que je reproche à l'auteur, c'est d'avoir parlé de tout, excepté de l'anatomie pathologique du tubercule. Si je veux avoir enfin quelques documents sur les caractères de ce produit accidentel, je suis obligé de passer à la deuxième partie, page 268, et là, à propos des maladies du poumon, je trouve enfin quelques alinéas, parfaitement déplacés, sur l'anatomie pathologique *générale* du tubercule. Je pourrais citer d'autres exemples. Celui-là suffit pour montrer que le plus grand désordre règne dans le livre de M. Förster. Le désordre est pardonnable, jusqu'à un certain point, dans une production originale destinée à être lue par les hommes déjà instruits ; mais c'est un vice radical dans un livre classique, et surtout dans un manuel.

La deuxième partie, intitulée : *Anatomie pathologique spéciale,* est conçue aussi sur un mauvais plan. L'auteur passe en revue, successivement, les maladies de la bouche, de la langue, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et des intestins, puis du péritoine et des glandes annexées à l'appareil digestif ; il étudie ensuite, région par région, les maladies des diverses parties de l'appareil respiratoire, puis il arrive aux organes de la respiration, etc. C'est bien simple, comme on le voit ; mais cette simplicité devient la source de plus d'un embarras. Si l'auteur eût eu connaissance de la méthode suivie par les écrivains français, nous sommes convaincu qu'il eût procédé autrement. Prenons encore un exemple : Je veux étudier l'anatomie pathologique du croup ; j'ouvre le livre à l'article *larynx,* et je trouve, page 243, un paragraphe intitulé : *inflammation croupale.* Je lis : « Le croup des enfants est une des maladies les plus dangereuses de cette « époque de la vie ; tantôt il se borne au larynx, tantôt il s'étend à la tra- « chée, plus rarement aux bronches et aux vésicules pulmonaires. La mem- « brane croupale est uniformément répandue sur la muqueuse ou n'y « forme que des îlots. » Il y a donc une membrane croupale ; mais cette membrane d'où vient-elle ? quelle est sa structure ? comment se forme-t-elle ? adhère-t-elle ou non à la muqueuse subjacente ? Il est clair que ce passage ne nous donne *aucune* idée du croup. Serait-ce donc là une nouvelle lacune dans le livre de M. Förster ? J'ai pu le croire un instant ; mais j'ai réfléchi que le croup était une affection *médicale*, et que l'auteur ne pouvait pas l'avoir passé sous silence ; alors, j'ai relu le livre depuis le commencement, et j'ai enfin trouvé, page 134, à propos des maladies de la bouche, une page toute entière sur l'origine et la structure des membranes croupales. M. Förster, ayant une fois décrit les fausses membranes de la muqueuse buccale, a dû se dispenser de reproduire sa description pour les autres muqueuses : c'est ce qu'il a fait, lorsqu'il en est venu à parler des inflammations croupales de l'estomac (p. 155), de l'intestin (p. 181), des fosses nasales (p. 239), du larynx (p. 243), des bronches (p. 251), et même du poumon (p. 259), car je dois dire que M. Förster, par un rapprochement un peu hardi, considère la pneumonie simple comme une inflammation croupale des vésicules pulmonaires. Si encore il eût pris la précaution d'indiquer chaque fois, par un renvoi, cette page 134 où la maladie croupale est décrite dans sa généralité, on eût pu reprocher à son livre un peu de désordre, mais enfin il eût été possible de s'y reconnaître. Or, ces renvois n'existent même pas, et le lecteur, privé de points de repère, ne sait où chercher les descriptions dont il a besoin.

Quelle est donc la voie que l'auteur aurait dû suivre, pour éviter ces inconvénients ? une voie déjà tracée par les écrivains français. Entre la pathologie générale ou abstraite, et la pathologie spéciale ou appliquée, il y a une étude intermédiaire, trait-d'union indispensable pour passer de l'une à l'autre : c'est la pathologie des tissus, ou, si l'on veut, des systèmes organiques. Pour comprendre, par exemple, l'inflammation d'une région déterminée, il ne suffit pas de connaître l'anatomie normale de cette région, et de connaître le travail inflammatoire, tel que l'étudie l'anatomie pathologique générale. Non ; la région la plus simple est encore très complexe. On y trouve toujours un certain nombre de tissus diversement agencés, et ces tissus ne se comportent pas tous de la même manière, en présence de l'inflammation. Un nerf ne s'enflamme pas comme un muscle, ni une séreuse comme une muqueuse. Avant de mettre l'inflammation aux prises avec une région ou avec un organe, il faut d'abord la voir à l'œuvre, d'une manière générale, avec les différents éléments qui concourent à former cet organe ou cette région. Ce que nous disons de l'inflammation est encore applicable au cancer, au tubercule, à la gangrène, à l'ulcération, à la cicatrisation, aux entozoaires, à toutes les lésions, en un mot, qui peuvent atteindre la plupart des parties du corps, et dont l'étude constitue l'anatomie pathologique générale.

Si l'auteur eût ainsi procédé ; s'il eût intercalé, en tête de l'anatomie pathologique spéciale, un chapitre intitulé : *Anatomie pathologique des tissus;* s'il eût étudié successivement la manière d'être du tissu cellulaire, des muscles, des os, des nerfs, des vaisseaux, des lymphatiques, des muqueuses, des séreuses, des synoviales, etc., en présence des divers états morbides dont l'anatomie pathologique générale ne donne qu'une idée abstraite, alors, alors seulement, il eût évité les confusions et le désordre que nous venons de signaler. Il eût décrit, par exemple, l'affection pseudo-membraneuse des membranes muqueuses, c'est-à-dire l'inflammation croupale, dans le paragraphe des affections des membranes muqueuses, et il eût suffi alors, pour chaque muqueuse en particulier, d'ajouter quelques détails sur les modifications que le travail morbide y subit, par suite de la diversité des fonctions et des conditions anatomiques de l'organe malade.

Nous avons prouvé que le livre de M. Förster manque de méthode, et que, contrairement à son titre, il traite seulement de la partie médicale de l'anatomie pathologique. Ces reproches sont graves, sans aucun doute ; mais ce ne sont pas les seuls que nous ayons à formuler.

« Dans un manuel, dit l'auteur, ce ne sont pas des autorités, ce sont des « faits qu'il faut présenter (*préface*). » « Cette œuvre, ajoute le traducteur, « a le mérite d'être complète, et de ne pas s'égarer dans le nébuleux do- « maine des hypothèses. »

Après avoir lu ces avertissements, nous nous attendions à rencontrer dans le livre des descriptions précises, et à voir les faits dominer la théorie. Nous nous attendions, pour chaque question en particulier, à trouver un exposé analogue à ceci : On voit telle chose à l'œil nu, telle chose au microscope ; la dissection, les injections, les analyses chimiques démontrent tel autre caractère.

Au lieu de cela.... j'ouvre le livre au hasard, je tombe, page 124, sur le chapitre des parasites ; et, curieux de connaître les hydatides, j'arrive, page 125, à l'histoire des entozoaires. En guise de description, je trouve une théorie toute émaillée d'hypothèses. Voici, en quelques mots, le système adopté par l'auteur :

Le ténia, le botriocéphale, le cysticerque, l'échinocoque reconnaissent tous la même origine. La mère de ces helmintes fournit un œuf qui se développe et donne un animal désigné sous le nom de *scolex*. Cet animal alors va à la recherche d'un séjour convenable : s'il s'arrête dans l'intestin, il s'y développe librement ; on voit pousser hors de son ventre des bourgeons qui sont les articulations du ténia ; d'autres articulations se développent du côté de la tête, et il en résulte un ténia ou un botriocéphale (p. 128).

D'autres fois, le scolex ne reste pas dans l'intestin : il parvient dans le tissu cellulaire, dans les muscles, etc. Pour cela, il peut suivre deux voies : tantôt il perce la muqueuse intestinale, perfore le premier vaisseau qu'il rencontre, et s'introduit dans le torrent circulatoire ; d'abord entraîné par le courant, il jette bientôt l'ancre dans un capillaire, où il s'établit et se développe (p. 126). Tantôt, au contraire, il chemine directement à travers les parties molles, et cette pérégrination est rendue facile par la couronne de crochets qui garnit l'orifice buccal de l'helminte (p. 127). En tous cas, le scolex finit par s'arrêter quelque part, au sein d'un tissu quelconque, où il demeure emprisonné et où il se développe difficilement. Comparez la

liberté dont jouit le scolex du tube digestif, à la gêne qu'il éprouve au milieu d'un muscle indocile qui le comprime et l'étouffe, et vous comprendrez aisément pourquoi, dans le premier cas, il parcourt toutes les phases de sa croissance, se couvre de bourgeons, et donne un ténia; tandis que, dans le second cas, il prend la forme plus modeste d'un échinocoque ou d'un cysticerque.

De sorte que le *cysticerque du tissu cellulaire* (*c. cellulosæ*) est probablement « un ténia qui, n'ayant pas trouvé de séjour convenable, s'est enkysté ou entouré d'une capsule sans pousser de bourgeons, » et que « l'*échinocoque de l'homme* paraît aussi être un ténia fourvoyé en voie de pérégrination (p. 128, lig. 20 à 24). »

Tel est le point de vue développé par M. Förster. A Dieu ne plaise que nous élevions le moindre doute sur l'exactitude de cette théorie. Par sa simplicité, par son évidence, elle figure dignement dans l'édifice de la doctrine dite *naturelle,* que l'auteur a élevé contre l'école empirique et l'école anatomo-pathologique. Mais enfin, vraie ou non, évidente on non, *naturelle* ou non, il est difficile d'y voir autre chose qu'une théorie. L'auteur avait pourtant promis de n'en point donner, et de ne présenter que des faits; ce qu'il y a de plus fâcheux encore, c'est que l'exposition de cette doctrine remplit intégralement les 3 pages que l'auteur s'était proposé d'accorder aux entozoaires. J'étais curieux de distinguer le ténia du botriocéphale, de connaître la forme du cysticerque, de savoir ce qui se passe autour d'une poche hydatique et dans son intérieur, et il faut que je me contente d'un rêve creux sur les pérégrinations et les mésaventures du scolex, sur l'origine uniforme des entozoaires, et sur l'unité transcendante qui préside à tous les phénomènes de l'organisme!

Je m'arrête et je résume. Le *Manuel* de M. Förster est un livre mal conçu et mal exécuté! Celui qui en a lu la préface et l'introduction parcourt le corps de l'ouvrage avec impatience, espérant y trouver des faits positifs, des descriptions précises, et chaque feuillet qu'il tourne lui apporte une nouvelle déception. Celui qui sait déjà l'anatomie pathologique a grand'peine à s'orienter dans ce dédale, et celui qui ne la sait pas n'y apprend rien que des hypothèses qui ne sont appuyées ni de faits, ni de description.

Voilà pour l'exécution du livre. Quant à la doctrine qui y est exposée, je veux parler de la doctrine dite naturelle, il est clair qu'elle n'est pas responsable de la forme que M. Förster lui a donnée : nous la reprendrons donc avec plus de soin dans un prochain article; nous la discuterons, et nous verrons jusqu'à quel point il est utile qu'elle se propage parmi nous.

M. Kaula s'est montré, comme toujours, traducteur fidèle du texte. Trop fidèle même, parfois, car il a conservé certaines dénominations employées par l'auteur allemand, et différentes de celles qui sont consacrées par l'usage. Ainsi on trouve ces mots : *procès pathologique,* pour *travail pathologique; tube digestif,* pour *intestin; primaire,* pour *primitif; tissu conjonctif,* pour *tissu cellulaire; millionimètre,* pour *millième de millimètre,* etc. L'impression laisse beaucoup à désirer; il y aura un long *errata* à ajouter lorsque le dernier fascicule paraîtra. Il sera nécessaire surtout de faire coïncider plus exactement les renvois du texte avec les numéros des planches. Ainsi nous avons vainement cherché dans l'atlas la figure 37, destinée à représenter la douve du foie (p. 236), nous n'avons trouvé sous ce numéro qu'un botriocéphale, et nous n'avons même trouvé, dans le reste de la planche, aucune figure relative à la douve du foie. La plus grande incohérence règne dans la planche 4, où les figures ne se suivent pas, où on trouve, par exemple, les figures 24 et 24 (*bis*), puis les figures 35 à 44, sans les figures intermédiaires entre le n° 24 et le n° 35. Il faut un véritable travail pour se reconnaître dans ce désordre.

Et, puisque nous en sommes sur les planches, nous nous empressons de reconnaître que l'exécution en est bonne. Le traducteur a eu l'heureuse idée d'y joindre de bons dessins, empruntés à M. Wiéger, dont nous avons eu l'occasion d'apprécier par nous-même l'habileté et le savoir.

Dr P. Broca.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous avons annoncé, il y a quelques semaines, que le concours avait été conservé pour la place de chef des travaux anatomiques. Un arrêté ministériel, en date du 1er mars, a fixé au 16 août l'ouverture de ce concours. Les candidats pourront se faire inscrire, jusqu'au 16 juillet, au secrétariat de la Faculté. Le nouveau chef des travaux entrera en fonctions le 1er janvier 1854.

— Les juges agrégés désignés par M. le ministre, pour siéger dans le prochain concours pour l'agrégation en chirurgie, sont MM. Gosselin, Cazeaux et Voillemier, suppléant. Deux juges devront être tirés au sort, le jour de l'ouverture du concours, pour remplacer MM. Moreau et Dubois, entre MM. Adelon, Bérard, Roux et Velpeau.

— Quelques journaux ont annoncé que la mesure d'hygiène, que réclame depuis si longtemps notre confrère, M. le Dr Loir, de faire constater les naissances à domicile, allait enfin être prise par l'administration municipale de Paris. Cette nouvelle est malheureusement erronée. La question a été discutée dans le conseil; mais l'opinion de M. Loir n'a réuni en sa faveur que la minorité des membres présents.

— L'*Heraldo medico* nous apprend qu'il va être créé à Madrid, sous la protection d'une société de dames, dont font partie les premières dames de la cour, des *maisons de maternité* destinées à recevoir les enfants des ouvrières pauvres. L'idée de cette création, que paraissent avoir émise les premiers les rédacteurs de l'*Heraldo medico,* semble devoir être la même que celle qui a inspiré dans notre pays les asiles désignés, on ne sait trop pourquoi, sous le nom peu séduisant de *crèches.*

— Le choléra, qui régnait depuis plusieurs mois avec une certaine intensité dans l'île de Cuba, a considérablement diminué, et il a entièrement cessé dans la capitale (San-Iago de Cuba). Le 1er janvier un *Te Deum* a été chanté.

— **Le bel établissement thermal et des eaux minérales de Château-Gonthier** (Mayenne), fondé par M. le docteur Henry Bayard, va être prochainement mis en vente, par suite du décès de son fondateur.

Cet établissement possède des bains médicinaux et autres de toute nature. Les eaux minérales ferrugineuses sont analogues aux eaux de Spa.

Cet établissement, le seul existant dans l'Ouest, est placé sur les bords de la rivière la Mayenne, à 44 kilom. d'Angers.

L'adjudication s'en fera le lundi 28 mars 1853, en l'étude de Me Sesboüé, notaire à Château-Gonthier, sur la mise à prix de 28,000 fr.

S'adresser, pour tous renseignements, soit au notaire, soit à M. le docteur Camus, rue Coquillière, 20, à Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène du corps et de l'âme, ou *Conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes,* par le docteur Max (Simon). — 1 beau vol. in-18 de 130 pages. Prix : 1 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, n° 19.

Le choléra, son traitement facile et infaillible mis à la portée de tout le monde, moyens de s'en préserver et de s'en guérir, par le docteur St. de Kalieky, hydrothérape. — 1 vol. in-8 de 76 pages, Paris, 1853. Prix : 2 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, n° 19.

Traité des hydropisies et des kystes ou *Collections séreuses et séro-purulentes dans les cavités closes naturelles et accidentelles,* par M. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie de médecine. — A Paris, chez J.-B. Baillière. 1 vol. in-8°, 7 fr. 50.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur F. Roubaud. (5e année; 1853).

On trouve dans cet Annuaire : la liste de tous les médecins et pharmaciens de la France, ainsi que leur adresse; le recueil (seul complet) de la législation médicale et pharmaceutique; la nomenclature des établissements sanitaires et de bienfaisance, et celle de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement; la statistique de toutes les Sociétés médicales de France; la statistique des Facultés, des Écoles de pharmacie, des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, leur personnel; la statistique (la seule qui ait paru jusqu'à ce jour) de la France médicale, pharmaceutique et des établissements hospitaliers; la liste nominative, et par départements, des villes de 2,000 âmes et au-dessus, qui n'ont ni médecins, ni pharmaciens, ni établissements hospitaliers, etc. etc.

Un fort volume. Prix : 4 fr. pour Paris et 5 fr. par la poste. Au bureau de l'administration, 26, rue de Trévise, et chez J.-B. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 29. 1re année. Mardi 8 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Charité. M. Velpeau. De l'hypertrophie générale de la mamelle, par L. Bauchet. — Hôpital de la Pitié. M. Gendrin. Leçons cliniques sur l'hystérie, par A.-H. Margerie. (*Suite.*) — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — **HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE** : Notice historique sur l'opium indigène, par A. Chevallier. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

De l'hypertrophie générale de la mamelle.

Depuis quelques années, on a beaucoup parlé des tumeurs hypertrophiques, des tumeurs adénoïdes du sein. Les observations n'ont pas manqué.

Mais le plus grand nombre des faits qui ont été rapportés se rattachent à l'hypertrophie partielle de la mamelle. Les cas d'hypertrophie générale de cette glande sont plus rares.

Il nous a été donné de recueillir une de ces observations au n° 22 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité, chez une femme âgée de 43 ans.

Je vais d'abord rapporter cette observation ; je la ferai suivre ensuite de quelques réflexions présentées, pour la plupart, par M. Velpeau, dans la leçon clinique dont ce cas a été l'objet.

Cette femme, un peu pâle, un peu frêle, d'une bonne constitution cependant, et dont la santé a toujours été satisfaisante, entre à l'hôpital pour une tumeur du sein gauche.

De ce côté, la mamelle est très-volumineuse, surtout si on la compare à celle du côté opposé, qui est à peine saillante ; toute la glande participe de l'altération. Elle est grosse au moins comme une tête de fœtus, pendante sur la poitrine, fixée par un large pédicule, flasque, indolente à la pression, lourde. La peau qui la recouvre n'a contracté aucune adhérence avec elle : elle est lisse, un peu luisante, et sillonnée de vergetures formées par les veines superficielles dilatées. La température n'y a éprouvé aucun changement notable. La tumeur n'a contracté aucune adhérence avec les parties profondes ; cependant, quand on la refoule vers la cage thoracique, on éprouve une sensation semblable à celle que l'on perçoit dans les hydarthroses, quand on pousse la rotule vers les condyles du fémur. On sent que la mamelle, avant de toucher les côtes, traverse une couche liquide.

Elle est dure, bosselée. Elle offre au toucher la sensation d'un sein normal. L'on ne sent pas de kyste dans son intérieur. L'autre sein mesure à peu près un huitième de celui-ci. Le manchon n'est pas rétracté.

Aucun retentissement du côté de l'aisselle.

État général de la malade bon. Aucun signe de cachexie cancéreuse.

Cette malade, habituellement bien réglée, n'a éprouvé, dans l'époque menstruelle, aucun changement depuis l'apparition de la tumeur. Elle a eu deux enfants qu'elle a nourris.

Il y a un an environ, sans cause appréciable, le sein gauche a commencé à grossir, à se développer. Le développement a marché petit à petit, sans que la malade ait éprouvé aucune douleur de cette région. Seulement, depuis que la tumeur a acquis à peu près le volume qu'elle a aujourd'hui, il y a eu un sentiment de gêne, de fatigue, qui ennuie la malade et lui fait réclamer les secours de la chirurgie. Quand on lui représente que sa tumeur n'est pas d'une nature dangereuse, et qu'elle peut la garder, elle répond qu'elle ne veut plus la porter plus longtemps.

Elle entre le 15 décembre 1852.

Le 21, on donne une bouteille d'eau de Sedlitz, et l'on pratique l'ablation de la tumeur le 22, au moyen de deux incisions courbes, circonscrivant une ellipse à grand diamètre transversal. Une portion de peau est enlevée avec la tumeur ; celle-ci est disséquée et enlevée promptement. Trois ligatures sont appliquées. Réunion à l'aide de serres fines. Compresses froides. La réunion est pratiquée trois heures après l'opération. Journée bonne. Nuit calme.

Une quantité assez grande de sérosité s'est écoulée pendant l'opération.

La tumeur est lourde, consistante, bosselée. A sa face profonde, grand sac séreux. La peau qui a été enlevée est amincie, sans adhérence avec la tumeur. Pas de tissu graisseux entre la peau et la tumeur, ni la face profonde de cette dernière.

La tumeur est incisée à sa partie moyenne. Elle présente un aspect lobulé, avec des cloisons séparant les lobules. La coupe est d'un blanc mat, offrant çà et là des grains jaunâtres, disséminés, mais qui ne sont pas formés par de la graisse, séparés par des cloisons fibreuses très-résistantes.

Les lobules sont plus petits vers la périphérie que dans les parties profondes.

L'examen microscopique, fait avec soin par MM. Robin, Fallen, Broca, Verneuil, Gaillet, a démontré l'existence de culs-de-sac glandulaires, et de tissu fibreux, au niveau des cloisons que nous avons mentionnées. Tous ont été du même avis : hypertrophie mammaire. C'était, du reste, le diagnostic posé par M. Velpeau, avant l'opération.

La réunion par première intention a d'abord semblé réussir. Quarante-huit heures après l'opération, la plaie paraissait complétement cicatrisée. Mais bientôt, quelques points sont devenus douloureux, puis rouges, puis saillants, la cicatrisation s'est arrêtée, il s'était établi une suppuration assez abondante sous la récente cicatrice ; et cinq à six jours plus tard, il ne restait plus que quelques points cicatrisés. Le foyer a suppuré, comme suppurent les plaies pansées à plat. La malade est sortie guérie le 23 janvier, c'est-à-dire un mois après l'opération.

Avant de présenter quelques réflexions sur cette observation, un mot sur les réunions que l'on tente après les opérations.

Rien n'est beau, en théorie, comme les réunions par première intention ; rien n'est encourageant comme les cicatrisations si rapides que l'on obtient quand on affronte des tissus homogènes,

de même constitution anatomique : les lèvres, les joues, par exemple. Mais ces résultats, ces succès, on est loin de les obtenir pour des plaies ayant leur siége dans d'autres régions.

Dans les plaies du sein, qui résultent d'opérations que l'on a pratiquées dans cette région, si l'on tente la réunion immédiate, aux premiers jours, on a une apparence de succès ; mais bientôt il y a quelque foyer qui se forme, dans un point ou dans un autre, le cicatrise, peu ferme encore, se détruit en tout ou en partie, et il faut alors revenir aux pansements simples.

Que faut-il de temps à une plaie semblable, pansée à plat, pour qu'elle se cicatrise? Vingt-cinq à trente jours. Eh bien ! même dans les cas où j'ai pu croire aux plus heureux résultats de la réunion immédiate, je ne me souviens pas avoir vu guérir des malades avant ce laps de temps écoulé (vingt-cinq à trente jours). Et encore n'est-il pas sans danger de voir se former les clapiers sous-cutanés, douloureux, et qui peuvent fuser au loin. Je ne parle pas ici des inconvénients de la réunion immédiate, quand il se fait sous le plain un dépôt de sang, un épanchement sanguin. J'ai eu l'occasion de signaler ailleurs ces dangers.

De sorte donc que maintenant, pour peu qu'il y ait quelques infractuosités dans la plaie, que la graisse soit abondante, qu'on ne puisse pas affronter bien exactement les deux bords de la solution de continuité, M. Velpeau emploie le pansement simple. Les malades, traitées ainsi, guérissent tout aussi vite, tout aussi bien que les autres.

Je ne vois qu'un seul cas où la réunion immédiate soit tout à fait irréprochable, c'est quand on peut affronter très-exactement des tissus de même structure, les deux bords d'une solution de continuité faite à la lèvre, par exemple, les plaies qui intéressent le cuir chevelu, etc.

Revenons à l'hypertrophie mammaire.

Chez notre malade, la tumeur occupait tout le sein, dure, bosselée, pendante ; elle s'était développée petit à petit ; elle ne provoquait point de douleur, mais seulement de la gêne, à cause de son poids. L'on ne sentait pas de bosselures ramollies ; la peau, quoique amincie, était libre d'adhérence avec la tumeur, et celle-ci, loin de tenir aux tissus profonds, avait derrière elle un sac séreux, rempli de liquide, et qui devait sa formation, sans aucun doute, aux frottements de la mamelle sur les parois thoraciques. C'est, du reste, l'étiologie de toutes les bourses muqueuses accidentelles.

Sur la peau on remarquait des vergetures d'un brun noirâtre, un peu violacées, formées par les veines sous-cutanées dilatées.

Avec ces caractères, il n'y avait à songer ni aux kystes, ni au squirrhe, ni à l'encéphaloïde. Les kystes et la tumeur encéphaloïde, au moins, ne se présentaient pas à l'esprit.

La mamelle devenue malade peut avoir subi l'altération cancéreuse dans toute son étendue. Mais ces cancers qui ont envahi tout le tissu mammaire sont bien rares ; et s'il est difficile de rencontrer une hypertrophie générale de cette glande, il est tout aussi difficile de trouver cette variété de tumeur maligne. Il y avait bien en haut, au-dessus et un peu en dehors du mamelon une bosselure plus dure que les autres, rappelant assez bien la dureté du squirrhe, mais quand on reportait son attention sur les autres symptômes de l'altération, on était frappé de ce signe : absence complète d'adhérences à la peau et aux parties profondes, etc., et tout aussitôt l'idée de squirrhe partiel, et surtout celui de squirrhe occupant toute la glande, tombait devant un examen même assez superficiel.

Nous avions affaire à une affection de la mamelle elle-même, sans production de tissu nouveau ; nous avions sous les yeux un exemple d'hypertrophie générale de la glande mammaire.

Tous les caractères que j'ai signalés dans l'observation, et que j'ai résumés en commençant ces réflexions, se rapportent bien à cette espèce de tumeur.

L'idée d'hypertrophie mammaire étant admise, tout n'était pas dit pour le diagnostic. Il y a plusieurs variétés d'hypertrophie.

Il y a, par exemple, hypertrophie par le tissu graisseux, c'est-à-dire que la glande, les lobules conservant leur volume normal, c'est le tissu graisseux qui s'est hypertrophié ; et encore dans cette variété, il faut admettre deux sous-variétés : ou bien c'est le tissu graisseux périmammaire qui s'est hypertrophié et dans ce cas on a les caractères du lipôme, et l'on parvient assez bien à reconnaître la mamelle dans l'intérieur ; ou bien c'est dans la glande elle-même que siége cette hypertrophie graisseuse. Il semble qu'il se soit trouvé entre les cloisons, entre les lobules, des cellules adipeuses qui ont subi l'altération dont je parle. Cette forme de tumeurs, disons-le de suite, est excessivement rare, et quand on l'observe, elle est bosselée, les bosselures sont fines, la tumeur conserve une forme globulaire, elle reste plaquée contre la poitrine ; et puis l'on sent çà et là des lobules graisseux, entre les lobules mammaires.

Ici la sensation qui reste, c'est, comme je l'ai dit, celle de la glande normale, et puis elle est pendante. Ce n'est donc pas à cette variété d'hypertrophie qu'il faut rapporter cette tumeur, mais bien plutôt à l'hypertrophie par gonflement du tissu même de la mamelle.

Cette variété d'hypertrophie admet aussi des sous-variétés, des subdivisions, ou bien c'est principalement le tissu fibreux de la glande qui a subi l'altération ; la tumeur, dans ce cas, est plus dure ; et si, de toute son étendue, elle avait la consistance que nous lui trouvons en haut et en dehors du mamelon, j'admettrais volontiers cette variété de maladie. Mais ce point est trop limité. Ou bien ce sont les lobules mammaires eux-mêmes qui ont été atteints par le travail hypertrophique ; ou bien encore ces deux altérations se combinent et donnent lieu à une autre sous-variété. C'est dans cette dernière catégorie que rentrent les inflammations subaiguës du globe mammaire.

Si, dans le cas qui nous occupe, nous admettons la seconde sous-variété, nous trouvons un obstacle pour bien nous rendre compte de ce noyau plus dur que nous sentions en haut et en dehors du mamelon.

Il s'agit donc en définitive, suivant nous, d'une hypertrophie mammaire, occupant toute la glande, siégeant presque partout, dans les lobules mammaires principalement. Les cloisons fibreuses aussi ont subi l'altération, ont participé à l'hypertrophie (il n'en pourrait pas être autrement), et dans le point que nous avons déjà plusieurs fois indiqué, peut-être l'hypertrophie a-t-elle porté principalement sur la trame fibreuse. Ce diagnostic explique la marche, les signes, etc., que nous avons décrits.

Nous ne terminerons pas sans dire un mot des tumeurs hydatiques admises par A. Cooper. Ces tumeurs ont été divisées par le chirurgien anglais en quatre catégories.

Dans la première, sont placés les kystes hydatiques proprement dits ; dans la seconde, l'hypertrophie partielle de la glande avec un kyste à son centre, ou bien l'encéphaloïde ramolli au point de présenter une ou plusieurs cavités dans son intérieur ; dans la troisième, les kystes multiloculaires de la glande avec hypertrophie mammaire ; dans la quatrième, enfin, se trouvent rangées les tumeurs constituées par de petits corps de la grosseur d'un pois, blancs, durs, disséminés dans la glande et donnant à la mamelle, dont ils augmentent le volume, une apparence lobulée.

Si nous rappelons ces variétés de tumeurs admises par A. Cooper, ce n'est pas que les trois premières aient la moindre analogie avec celle que nous avons eue sous les yeux ; mais c'est que la quatrième variété, que bien peu de chirurgiens ont pu observer, touche de près à l'hypertrophie lobulaire générale de la mamelle. Il a suffi de la signaler pour empêcher toute confusion.

Le tableau suivant permet de saisir d'un seul coup d'œil les diverses variétés d'hypertrophie mammaire :

HYPERTROPHIE DE LA MAMELLE *ayant pour siége*	Le tissu graisseux.	Tissu adipeux périmammaire.
		Tissu adipeux intramammaire.
	Le tissu propre de la glande.	Tissu fibreux.
		Lobules de la glande.
		Tissu fibreux et lobules.

Le diagnostic ainsi posé, le pronostic chez notre malade était facile à déduire.

Une altération semblable ne compromet nullement la vie. Mais comme une telle tumeur est gênante par son volume, par son poids, qu'elle est peu disposée à rester stationnaire, qu'elle tend au contraire à se développer de plus en plus, qu'elle peut finir par ulcérer les téguments et s'ulcérer elle-même, les malades demandent à en être débarrassées.

Le seul traitement à employer, quand la tumeur a acquis le volume que nous voyons à celle-ci, est l'extirpation. Si l'on était consulté au début, l'on pourrait essayer les résolutifs, les fondants, tout en déclarant (quand surtout il n'y a aucune trace de phlegmasie) que les moyens seront probablement insuffisants. Mais enfin l'on peut attendre avant de recourir à l'opération ; et surtout il ne faut la pratiquer que sur la demande expresse de la malade.

En mettant de côté les accidents qui peuvent survenir à la suite de toute opération (érysipèle, etc.), l'extirpation du sein, quand la malade est dans de bonnes conditions de santé générale, est une opération peu dangereuse.

M. Velpeau, après avoir ainsi discuté et posé ce diagnostic, procéda à l'opération, ainsi qu'il a été dit plus haut. L'examen de la pièce montre de la manière la plus évidente que le diagnostic avait été porté avec une précision, je dirais presque mathématique. Un mois après, la malade sortait de l'hôpital, guérie et libre de toute crainte de récidive. L. Bauchet.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir le n° 28 du 5 mars.*)

Chez certaines hystériques, la paralysie se complique d'un état de contraction spasmodique, d'où résultent des attitudes diverses, qui persistent sans changement pendant un laps de temps plus ou moins long : on voit des femmes qui, pendant des semaines et des mois entiers, conservent la jambe étendue sur la cuisse et le pied étendu sur la jambe; les mouvements de flexion sont entièrement impossibles dans le membre affecté.

La variété de paralysie qui s'accompagne de la rétraction des muscles paraît emprunter à la sensibilité exagérée du système musculaire, le caractère spécial qu'elle revêt : les organes de la locomotion, mis en jeu par l'action d'une sensibilité exagérée, entrent dans un état de contraction permanente, contre lequel la volonté demeure impuissante; c'est ainsi que, chez quelques hystériques, la jambe s'allonge et reste dans l'extension, que chez d'autres le bras fléchit et s'applique fortement sur la partie latérale du tronc.

La contraction spasmodique des muscles, lorsqu'elle se localise de cette manière dans un membre, et qu'elle y persiste au delà d'une certaine limite, s'étend et se répète dans le membre du côté correspondant ; l'un des deux bras devient-il, par exemple, le siége d'une flexion spasmodique, il arrive un moment où une flexion convulsive, analogue à celle qu'il présente, se produit dans le membre inférieur du même côté.

Cette remarquable association des phénomènes de contraction spasmodique avec la paralysie des hystériques est d'une grande importance, au point de vue thérapeutique. Il suffit, en effet, de vaincre la rétraction musculaire dans une région, pour la faire disparaître dans celle où elle s'est secondairement établie. On est appelé auprès d'une jeune femme hystérique : le bras est fléchi et porté sur le tronc, l'avant-bras est fléchi sur le bras et la main sur l'avant-bras ; le membre inférieur du côté correspondant affecte une attitude analogue. Si en agissant sur le membre thoracique on parvient, par une série d'efforts soutenus et exercés avec le ménagement convenable, à surmonter la contraction spasmodique et à ramener le membre thoracique dans l'extension, opération qui exige en général un quart d'heure, on voit le membre inférieur sortir spontanément de son état de rigidité, aussitôt que le bras, l'avant-bras et la main recouvrent leur mobilité accoutumée.

Tous les accidents dont il vient d'être fait mention, la mobilité nerveuse exagérée, les effets si marqués de l'attention dans les actes de perception, l'anesthésie, l'hyperesthésie, la dysesthésie, les formes diverses de la paralysie, tous ces accidents avec les variations les plus nombreuses et les plus variées sous le rapport de l'étendue, de l'intensité, de l'enchaînement, du mode de succession, de la conversion des uns dans les autres, appartiennent à l'hystérie comme phénomènes continus. Il en est quelques-uns, l'anesthésie en particulier, qui se présentent chez toutes les malades sans exception.

Pendant la durée des phénomènes continus, se manifestent, avec une grande irrégularité de coïncidence, des accidents paroxystiques qui caractérisent particulièrement les formes dominantes de la maladie, la forme douloureuse aussi bien que les formes convulsive et extatique. Lors donc que nous dirons d'une femme qu'elle est hystérique, nous entendrons par là qu'elle offre, d'une manière permanente, quelques-uns des accidents précédemment décrits, et principalement les symptômes de l'anesthésie ; que d'un autre côté elle est atteinte, à certains intervalles, des accidents paroxystiques dont nous avons à parler. Ces derniers entraînent, à la vérité, chez quelques malades, des modifications dans la manière d'être et dans la manifestation des accidents continus, mais des modifications qui sont très-restreintes et qui, d'ailleurs, peuvent manquer entièrement. En d'autres termes, après certains paroxysmes, la sensibilité, qui déjà était altérée, subit de nouveaux changements, de telle sorte, par exemple, que la sensibilité disparaisse en des parties du corps où elle était restée intacte, et renaisse dans des points sur lesquels elle était complétement éteinte. L'inaptitude, pour quelques hystériques, à percevoir certaines couleurs par la vue, certaines saveurs par le goût, reçoit, de tel ou tel paroxysme, une influence manifeste. Il est des circonstances dans lesquelles l'hypéresthésie sort de ses limites habituelles, envahit toute l'étendue de la surface tégumentaire externe, puis se restreint peu à peu et rentre dans de nouvelles limites.

Les phénomènes continus de l'hystérie éprouvent donc, de la part des accidents périodiques, des modifications bornées et qui n'ont rien de constant; leur persistance opiniâtre, leur durée, qui égale la durée souvent fort longue de la maladie, nous font attacher à leur description la plus haute importance. C'est dans leur étude seulement qu'il convient de rechercher les caractères pathognomoniques réels de l'hystérie.

Si à ces phénomènes continus, qu'il est facile d'apprécier avec le secours des moyens physiques d'investigation, on ajoute la description d'accidents nerveux convulsifs se manifestant par paroxysmes ou, en d'autres termes, par accès, par attaques, et présentant habituellement la même physionomie lorsqu'ils se produisent d'une manière clonique, on aura le tableau complet de l'hystérie envisagée dans sa forme la plus vulgaire.

En l'absence de toute influence sensible, ou bien à l'occasion de causes extérieures légères, d'un bruit imprévu, d'une faible contrariété, on voit les malades subitement atteintes d'une sensation de pression qui, prenant naissance à la région épigastrique, au-dessous de l'appendice xyphoïde, se déplace de bas en haut, monte sous le sternum, et va déterminer à la base du cou un sentiment de constriction.

Lorsqu'apparaît cette sensation de pression ascendante sous le sternum, les malades, presque aussitôt, font une inspiration large et pour ainsi dire forcée; elles portent les bras en avant et en dehors, et contractent les muscles pectoraux, comme pour élargir la poitrine ; en même temps elles se renversent légèrement en arrière et cherchent à faire pénétrer la plus grande quantité d'air dans l'intérieur de la cavité thoracique. A l'inspiration succède une expiration bruyante, saccadée, souvent entrecoupée de cris ; de violentes secousses convulsives se déclarent et impriment, par intervalles, au tronc et à la tête, un mouvement général d'extension ; les membres animés de mouve-

ments irréguliers, alternativement fléchis et tendus, sont portés tantôt à droite, tantôt à gauche, et semblent parfois se diriger vers un point d'appui. Des cris inarticulés se font entendre de temps en temps, la tête se renverse en arrière, le corps tout entier se recourbe en un arc de cercle dont la convexité correspond au plan antérieur du corps, le cou se gonfle, la face s'injecte et devient turgescente.

Tel est l'ensemble des accidents cloniques qu'on peut observer dans les attaques d'hystérie les plus communes. Les alternations de relâchement et de reprise de ces accidents, répétées un plus ou moins grand nombre de fois, mesurent la longueur des paroxysmes.

Il est des femmes chez lesquelles, lorsque l'accès est une fois commencé, les phénomènes convulsifs se reproduisent, sans interruption continue, pendant une demi-heure et même pendant une heure.

En général, quelques minutes suffisent à la violence des accidents.

Les muscles du tronc se relâchent, la malade s'affaisse en quelque sorte sur elle-même, elle est privée de connaissance, ses yeux sont fermés. De longues et profondes inspirations s'accomplissent; les expirations qui les suivent se font à plusieurs reprises, et s'accompagnent d'une espèce de cri. On trouve encore, dans le jeu des muscles qui concourent à la respiration, des indices de l'état convulsif par lequel a été envahi, dans toute son étendue, le système musculaire de la vie de relation.

L'attaque hystérique, considérée dans sa forme la plus commune, telle que nous venons de la décrire, comprend deux stades distincts : le premier est caractérisé par des mouvements convulsifs, par le renversement du tronc en arrière, par des inspirations spasmodiques profondes, par des expirations multiples et entrecoupées de cris, par l'état de tuméfaction et de coloration anormales de la face; le second est marqué par la cessation des convulsions, la persistance de secousses spasmodiques dans les seuls mouvements de la respiration, la résolution des muscles et la perte de connaissance.

Les variétés de la forme d'hystérie qui nous occupe sont nombreuses ; les plus saillantes et les plus importantes empruntent leurs caractères distinctifs à la durée respective des deux stades. En général, la plus longue durée du premier stade ne dépasse pas une heure; dans quelques cas, la période convulsive est tellement rapide et fugace qu'elle peut rester inaperçue; un certain nombre de femmes n'ont que deux ou trois secousses : le spasme de la respiration, le renversement du tronc en arrière durent à peine une minute; ils sont suivis d'un état général d'affaissement.

Le stade d'affaissement, ou, si l'on veut, de collapsus, offre des variations plus grandes encore; on l'a vu persister pendant une demi-journée, et même pendant une journée entière; ordinairement il se termine au bout d'une ou de deux heures.

Lorsque les malades sortent de leur accès, elles en ignorent les diverses circonstances, tout au plus elles se rappellent, dans quelques cas, les phénomènes qui ont précédé l'invasion des accidents convulsifs.

L'attaque hystérique, surtout quand elle revêt la forme dont il s'agit en ce moment, est fréquemment annoncée par des prodrômes qu'il est utile de connaître : tantôt, ce sont de vives douleurs de tête qui se montrent avant l'accès; ces douleurs correspondent ordinairement au vertex; elles sont térébrantes, on leur a donné le nom de clou hystérique; tantôt, c'est un état de malaise particulier qui prélude à l'explosion des manifestations paroxystiques. Nous avons actuellement dans nos salles une malade qui ne manque jamais de nous prévenir de ses attaques, lorsqu'elles doivent prochainement éclater : « *J'aurai mon attaque aujourd'hui,* a-t-elle coutume de nous dire, *je me sens très-irritable, j'éprouve un malaise général.* »

La plupart des malades ne conservent pas la mémoire de leurs accès, au moins en ce qui a trait à la période convulsive.

Entre l'accès violent, dans lequel la durée du premier stade est d'une heure, et la durée du stade de relâchement de deux heures, et l'accès léger dans lequel on trouve à peine quelques mouvements spasmodiques dans les muscles du tronc, dévolus à la respiration, et un degré fugace de renversement en arrière, existent une foule d'accès intermédiaires; ces accès intermédiaires constituent les hystéries qu'on pourrait appeler intenses, légères, médiocres, etc.; en un mot, les différents degrés de la maladie, envisagée exclusivement sous le point de vue de ses paroxysmes. L'intensité de la maladie proprement dite n'est pas subordonnée à la violence des attaques, mais plutôt à leur fréquence; on voit, en effet, des attaques violentes se montrer à des époques éloignées, des attaques légères se manifester à des intervalles rapprochés, et indiquer par là une gravité plus grande de l'état morbide.

Dans l'hystérie à forme convulsive, les accès peuvent se reproduire, plus ou moins rapidement et un plus ou moins grand nombre de fois, dans un espace de temps assez court, la réunion des accès constitue, dans cette circonstance, ce qu'on a appelé une attaque hystérique.

Les attaques hystériques varient sous le rapport de leur durée; il en est qui cessent au bout de quelques heures, il en est d'autres qui comprennent une journée toute entière : les accès qui composent ces dernières se montrent tantôt à de courts intervalles, tantôt à de longs intervalles, comme feraient des accès isolés.

L'apparition successive des attaques hystériques est toujours séparée par un espace de temps qui oscille entre la durée d'un ou de plusieurs mois. A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite.*)

D. La tumeur s'est à peu près toujours ouverte spontanément, et en général il n'y a eu qu'une seule ouverture. Une seule fois, la tumeur a été ouverte par ponction chirurgicale; cela n'a pas empêché une seconde ouverture spontanée de se faire à côté de l'ouverture de la ponction, et les deux se sont réunies en une seule pour donner passage au testicule. Dans un deuxième cas, il s'est fait deux ouvertures spontanées qui se sont réunies en une seule. Dans un troisième cas, l'ouverture définitive du scrotum a été le résultat de la réunion de trois ouvertures primitivement existantes. Dans un quatrième, qui est à M. Lawrence, il y avait aussi trois ouvertures primitives; le testicule était sorti par l'une d'elles seulement, et les deux autres correspondaient à des trajets fistuleux voisins. L'un des cas où deux ouvertures premières se sont réunies est celui de M. Jarjavay, rapporté ci-après; on y voit que la tumeur était d'abord petite à travers l'une des ouvertures, et a pris un développement rapide dès que les deux ont été réunies; cela revient à dire que le testicule sortait d'abord partiellement et puis est sorti tout à fait dès que l'ouverture a été assez grande.

E. M. Lawrence avait pensé qu'au moment où le scrotum se rompt, il ne s'écoulait pas de liquides à travers l'ouverture. Nous ne trouvons de détails à ce sujet que dans 11 observations qui ne confirment pas absolument les vues de M. Lawrence. Dans 3 cas seulement, il est dit qu'il ne sortit pas de liquides; 5 fois la sortie du pus est mentionnée, et 2 fois, dans des cas à marche subaiguë, le pus était même abondant; 1 fois le patient a assuré à M. Jarjavay qu'il n'était sorti qu'un liquide limpide provenant probablement d'une hydrocèle concomittante qui s'était rompue au même moment ou peu après. Dans 2 cas seulement, nous trouvons mentionnée la sortie d'une matière analogue à de la craie, c'est-à-dire de matière tuberculeuse; nous pouvons rapprocher de ces deux cas celui dessiné par A. Cooper dans son *Atlas* (p. 2, fig. 1), où l'on voit encore de la matière tuberculeuse incrustée sur le devant de la tumeur granuleuse.

Néanmoins, la particularité signalée par M. Lawrence est

parfois vraie, plus même que ne l'indiquent nos observations incomplètes, car il n'est pas rare de voir une bosselure tuberculeuse testiculaire amener la perforation du scrotum sans fournir de liquides, sans se vider dès les premiers temps.

F. A la fin de ce travail préliminaire, le testicule sort. La manière dont cette sortie est exprimée dans nos observations montre que souvent elle est assez brusque. Mettant de côté quelques observations dans lesquelles il est dit seulement : On voit apparaître la tumeur extérieure, nous trouvons le phénomène caractérisé dans 22 de nos observations. Neuf fois nous trouvons pour toute mention que le scrotum s'ulcère ou bien s'amincit et se détruit, et que les chairs ou la tumeur se montrent à travers. Dans 4 observations de M. Lawrence et des chirurgiens qui ont accepté son interprétation, le phénomène est décrit seulement sous le nom de protrusion. Quatre fois l'expression est plus énergique; la tumeur, est-il dit, s'échappe à l'extérieur, et dans un des cas qui appartient à M. Lawrence, la tumeur qui s'est ainsi échappée est à l'extérieur blanche et fibreuse, c'est-à-dire recouverte par la tunique albuginée intacte. Dans 1 cas, il est dit qu'une excroissance dure, insensible, se projette au dehors. Enfin, dans 4 cas, il est dit que la tumeur se montre parce que le scrotum éclate au dehors.

G. Pour terminer cet exposé un peu long, mais nécessaire à plusieurs points de vue, en particulier pour montrer que, dans notre description des phénomènes antérieurs à l'apparition de la hernie, nous nous sommes tenu dans les limites rigoureuses des faits observés, disons quel est le point du scrotum où se fait d'habitude la rupture et par suite la hernie. Presque toujours, ainsi qu'on peut le voir dans les 6 dessins d'A. Cooper, de M. Curling, de M. Syme et de M. Jarjavay, et par les détails de quelques observations, le scrotum s'ouvre à sa paroi antérieure, un peu vers le côté et plutôt par en bas, à peu près au niveau, comme hauteur, de la tête de l'épididyme. Ceci tend à montrer entre autres choses que les frottements, les coups peut-être auxquels ce point du scrotum est spécialement exposé, joints au poids du testicule, sont réellement, comme nous l'avons déjà insinué plus haut, des causes occasionnelles qu'il ne faut pas négliger de tenir en considération.

En résumé, si nous exceptons un ou deux cas qui paraissent avoir été consécutifs à un coup ou à une blennorrhagie, et dans lesquels la marche a été plus rapide, plus aiguë et la suppuration plus abondante, nous trouvons, comme nous l'avons dit en commençant, que l'ensemble des phénomènes qui précèdent la formation de la hernie, sont exactement ceux que présentent les bosselures tuberculeuses de l'épididyme et quelquefois du testicule, lorsqu'elles s'ouvrent au dehors. Nous avons une seule petite différence peut-être, nous disons peut-être, parce qu'il faut que nous nous tenions en garde contre des faits racontés par les patients seuls et mentionnés dans des observations dont les rédacteurs avaient une opinion préconçue sur la nature de la lésion. Cette différence consiste en ce que la lésion, que nous savons déjà être limitée à un seul testicule, paraîtrait avoir une marche un peu plus rapide que dans les autres cas habituels des tubercules testiculaires.

2° *Phénomènes dès que la hernie est formée.* — Dans la description de ce groupe de phénomènes, nous allons suivre la même marche que pour celle du groupe précédent. Nous allons d'abord donner un résumé général, puis nous reproduirons, par ordre et successivement, la manière dont les principaux phénomènes sont décrits dans les observations que nous possédons, en employant les expressions mêmes qui y sont consignées.

La tumeur qui est sortie par l'ouverture scrotale est le testicule lui-même; tous les détails dans lesquels nous sommes déjà entré le prouvent suffisamment, et nous le prouverons encore davantage s'il est possible. C'est le testicule seul qui sort, sans être accompagné par l'épididyme altéré qui reste dans le scrotum, où l'on conçoit en effet qu'il soit retenu par ses adhérences celluleuses avec les tissus voisins, et surtout par les vaisseaux qu'il reçoit ou qu'il émet. Le testicule, au contraire, est libre de tous les côtés, excepté au niveau du point très-circonscrit par lequel il adhère à l'épididyme. Supposons que, par suite du travail d'ulcération occasionné par une bosselure tuberculeuse qui s'ouvre à l'extérieur, d'une part le scrotum, d'autre part la tunique vaginale (en supposant qu'elle ne soit pas souvent oblitérée ou convertie en foyer purulent au préalable) soient perforés; on comprend aisément que le testicule s'échappe au dehors. Quant aux causes actives de cette expulsion, elles doivent être assez nombreuses et variées. La situation pendante des testicules (les patients n'étant à peu près jamais restés couchés), leur poids supérieur à celui de la portion du scrotum qu'ils touchent, les frottements et la pression que nous avons déjà signalés comme cause si importante de l'exacerbation dans la tumeur antérieure, sont des causes évidentes et sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister. Faut-il ici, comme on l'a indiqué pour les hernies traumatiques et consécutives, tenir compte de la rétractilité du dartos et du crémaster, qui, en se contractant, tendent à resserrer les bourses distendues par le travail précédent, et à les attirer en arrière du testicule qui tend à sortir? Sans contredit, ceci doit être tenu aussi en ligne de compte. Enfin, rappelons-nous que l'ulcération scrotale a été précédée par un travail inflammatoire, avec gonflement très-notable, saillie, rougeur, adhérence des téguments; or, tout le monde sait que, dans les tuméfactions inflammatoires de ce genre, la peau distendue, soulevée par la saillie, dès qu'elle s'ulcère au sommet de celle-ci, tend à se rétracter vers la base de la tumeur qu'elle laisse plus ou moins à découvert; il y a action complexe d'augmentation de l'ouverture ulcérée, de rétraction de la peau qui descend vers la base de la tumeur et tend en même temps à presser sur celle-ci, de manière à l'expulser comme un noyau qu'on presse entre deux doigts; en un mot, pour n'en citer qu'un exemple parmi les cas si nombreux en chirurgie, c'est l'histoire de l'expulsion du bourbillon du furoncle, Bien certainement, cette dernière cause est l'agent principal de la mise à nu ou de la sortie du testicule dans la lésion que nous étudions maintenant.

De plus, il faut qu'à plusieurs de ces causes, ou à toutes réunies, viennent s'ajouter des dispositions anatomiques locales, telles que la destruction, d'une façon ou d'autre, de la tunique vaginale, la position superficielle du testicule au sein de la tuméfaction première, la formation d'une ulcération assez étendue à la peau, toutes causes accessoires sans doute, mais sans lesquelles on ne comprendrait pas que, quoique assez communes, les hernies tuberculeuses testiculaires ne forment cependant qu'une exception dans les cas si considérablement nombreux où des tubercules testiculaires s'ouvrent à l'extérieur.

En tout cas, comme le testicule seul est sorti, on voit que nous avons à examiner successivement : la tumeur extérieure formée par le testicule; la tumeur intérieure restant logée dans le scrotum, formée par l'épididyme et le cordon; le pédicule de la tumeur extérieure, ou plutôt le resserrement entre la tumeur extérieure et la tumeur intérieure, resserrement qui est le résultat normal de la forme du testicule et du commencement de séparation entre lui et l'épididyme; enfin, le scrotum lui-même.

La tumeur extérieure est bien vite définie; c'est le testicule lui-même, dont la tunique albuginée étant exposée à l'extérieur, se recouvre de granulations. Cela seul permet d'en comprendre tous les caractères. Ainsi, si le testicule n'est sorti que partiellement, la tumeur sera petite. S'il est tout au dehors, nous aurons à l'extérieur une tumeur du volume d'une noix en général, et d'une forme ovoïde, qui est la forme même du testicule, avec cette différence seule, que l'aplatissement latéral normal disparaît dans le testicule hernié, pour faire place à une convexité assez uniforme de la surface. Parfois, la tumeur, conservant toujours sa forme régulièrement ovoïde, augmente de volume, et peut aller jusqu'au volume d'un œuf de poule. Trois causes peuvent être assignées à cette augmentation de volume qui peut au reste exister dès le commencement : *a.* La gêne de la circulation, et par suite une certaine stagnation des liquides; *b.* Les granulations peuvent avoir envahi toute l'épaisseur de la tunique albuginée, qui a perdu alors sa résistance fibreuse, et convertie presque en substance de granulations, s'est boursouflée, et

forme par cela seul une couche bien plus épaisse; *c*. La substance même du testicule est altérée et tuméfiée, soit par la présence de tubercules, soit par un travail d'induration tout local, soit parce que les produits plastiques des granulations l'envahissent lui aussi après la tunique albuginée, partiellement ou généralement.

La consistance de cette tumeur est exactement celle d'un testicule normal, parfois cependant un petit peu plus résistante, lorsqu'il y a une certaine tuméfaction. La plupart des descriptions données jusqu'à présent du prétendu fongus bénin, mentionnent que la tumeur est dure. Cette expression est, en elle-même, très-inexacte, et voici probablement pourquoi on l'a employée. Le mot fongus a servi aussi et surtout à désigner les végétations fongueuses encéphaloïdes qui sont d'une mollesse extrême; c'est sans doute par opposition à cette mollesse exagérée, que la mollesse élastique du fongus bénin, ou testicule hernié, a été appelée dureté.

La tumeur est complétement indolente par elle-même, et peut être examinée avec la plus grande facilité; elle est complétement indolente à la pression, en ce sens que la pression n'y développe aucune impression douloureuse *morbide*. M. Jarjavay n'a pas du tout modifié, comme il le pense, ce fait constant; il y a ajouté seulement un signe d'une grande valeur que Serre avait déjà d'ailleurs très-bien constaté, c'est que par une pression un peu forte, on produit dans la tumeur cette sensation douloureuse énervante *normale*, que l'on ressent dans un testicule normal fortement pressé. Nous avons constaté nettement ce signe qui devait exister à coup sûr, puisque c'est le testicule lui-même qui est au dehors, dans le cas que nous avons observé en dernier lieu dans le service de M. Lawrence. L'indolence est telle que plusieurs fois les patients, et parfois un chirurgien même, ignorant la nature de la lésion, ont pu couper par tranches, et sans accidents, le testicule hernié, sans douleur ou avec très-peu de douleur, quand la section trop hâtive atteignait trop profondément du premier coup.

La tunique albuginée, qui est sortie en même temps que le testicule, se recouvre, sur sa surface extérieure, de granulations qui donnent à la tumeur cet aspect granulé spécial qui lui avait valu de la part d'A. Cooper le nom pittoresque et juste de *granular swelling*. Pour ceux qui prenaient la tumeur pour un fongus, cet aspect particulier devait paraître assez singulier, d'autant plus que la tumeur arrivée à un certain volume n'augmente guère plus. Les granulations, en effet, sont petites, incomplètes, semblent pousser à regret; elles ne sont pas très-vivaces dans leur ensemble et offrent plutôt, à part exception, une couleur d'un rose jaunâtre que d'un rouge vif; elles ne saignent pas et sécrétent en quantité médiocre du pus de bonne qualité; elles peuvent persister sans altérations notables, sans travail de destruction ou d'ulcération, pendant longtemps, des semaines, des mois, lorsque des causes extérieures, la station debout, les frottements empêchent la cicatrisation de se faire. Toutes ces particularités s'expliquent très-bien par la nature excessivement bénigne, normale, si l'on peut ainsi dire, des granulations et par la structure fibreuse, résistante de la tunique albuginée. Plus les granulations sont récentes, plus elles sont petites, rose-pâle, rabougries et espacées; plus elles sont anciennes et plus elles sont abondantes, développées, d'un rouge plus vif, ce qui prouve que la tunique albuginée, envahie par la base de ces granulations, a perdu de sa consistance fibreuse, est devenue plus vasculaire et plus épaisse, en sorte que dans ces cas la tumeur extérieure est devenue plus volumineuse dans son ensemble. Nous ne parlons pas d'exfoliation, parce qu'il n'y en a pas, et nous renvoyons au paragraphe de l'anatomie pathologique les quelques explications nécessaires sur des cas exceptionnels qui ont paru la simuler.

A peu près toujours, la tunique albuginée est recouverte de granulations avant que le testicule soit sorti au dehors du scrotum. On trouve dans l'*Atlas* d'A. Cooper (pl. 2, fig. 1) une représentation magnifique de ce fait; on y voit le scrotum largement ulcéré, et à travers l'ouverture, prêt à sortir au dehors, on aperçoit le testicule dont la surface extérieure déjà granulée est encore incrustée sur quelques points de sa surface de dépôts tuberculeux en plaques. Il y a des exceptions à ce fait; le testicule, ici comme dans les hernies traumatiques, peut sortir avec sa tunique albuginée normale, fibreuse et blanche, qui ne tardera pas ensuite à se couvrir de végétations; nous allons citer à cet égard, dans un instant, les faits de M. Lawrence.

La tumeur intérieure ou encore logée dans le scrotum, est formée, avons-nous dit, par l'épididyme et le cordon testiculaire. La plupart des partisans de l'opinion de M. Lawrence, supposant que la tumeur extérieure était due surtout à la substance testiculaire exprimée à travers une prétendue ouverture de la tunique albuginée, croyaient que la tumeur intérieure contenait en outre la tunique albuginée avec les restes du testicule. Nous n'avons plus besoin de faire observer que c'est là une erreur. Sans doute, une partie de la convexité du testicule, par la portion qui touche l'épididyme, reste encore logée dans l'intérieur du scrotum; mais ce n'est là qu'une minime partie qu'il suffit d'avoir signalée une fois pour toutes, et qui, excepté dans le cas où l'ouverture scrotale étant petite, la sortie du testicule n'est que partielle, n'a presque pas d'importance dans la constitution de la tumeur intérieure.

Cette tumeur, qui a été le plus souvent le point de départ de la lésion par suite de l'ulcération de l'une des bosselures tuberculeuses de l'épididyme, est en général assez volumineuse, dure (c'est de la vraie dureté ici), bosselée, quelquefois décomposable en plusieurs noyaux, peu douloureuse ou indolente, à moins d'exacerbation. Tantôt on peut, malgré les bosselures, y distinguer encore l'épididyme avec sa forme; tantôt, au contraire, l'épididyme est perdu, englobé dans la masse. Le cordon testiculaire est plus volontiers distinct, quoique sa partie inférieure puisse aussi parfois être englobée dans la tumeur; on peut le trouver sain, ou engorgé et bosselé. En somme, cette tumeur intérieure, que nous pensons devoir à peu près toujours exister avec les caractères que nous venons d'indiquer, plus ou moins développés, est identique à ce qui est maintenant décrit partout, comme caractéristique des tubercules du testicule ou plutôt de l'épididyme. (*La suite à un prochain n°.*)

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Notice historique sur l'opium indigène,

Par A. Chevallier, *professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine, du Conseil de salubrité, etc.*

On devrait tirer parti du pavot des jardins pour la provision d'opium nécessaire à la maison et même pour l'hôpital le plus voisin.

Bosc (partie *agricole* de l'*Encyclopédie*, 1813.)

On sait qu'on fait un très-grand usage comme médicament du suc retiré du fruit du pavot, suc qui, lorsqu'il est amené à l'état solide, prend le nom d'*opium*.

Des recherches que nous avons faites nous ont démontré que l'opium importé en France s'élève à des chiffres assez élevés; en effet, d'après le tableau des douanes de 1827 à 1836, en dix ans, on a importé en France 114,259 kilogrammes d'opium, ce qui représente en argent une valeur assez considérable, 3,630,288 francs.

L'opium nous est envoyé de différentes parties de l'Orient, mais les opium commerciaux sont connus sous les noms d'*opium de Smyrne*, d'*opium d'Egypte*, enfin d'*opium de Constantinople*. Ces trois sortes d'opium donnent en moyenne des quantités différentes de *morphine* (1); mais ces quantités n'ont pas encore été bien déterminées; en effet, nous avons vu des opium d'Égypte et de Constantinople plus riches en morphine que des opium de Smyrne; mais cela doit être regardé comme un fait particulier et non comme une règle générale.

Pendant longtemps, on a été porté à croire que le pavot cultivé en Europe ne pourrait fournir d'opium, et quoique cette croyance fût à peu près générale, on utilisait comme *calmant*, dans l'art médical, des prépa-

(1) Il y a encore d'autres sortes d'opium, mais les quantités de morphine y sont très-minimes.

rations obtenues avec les capsules des pavots, préparations qui, dans diverses circonstances, déterminèrent des accidents plus ou moins graves, et dans quelques cas même, des empoisonnements (1).

Quelques auteurs établissent que Belon, Boulduc, Quercetan, Dislenius, Burtin, Lieutaud, avaient recueilli de petites quantités d'opium du pavot indigène et qu'ils en avaient préconisé l'emploi, mais nous n'avons trouvé aucun renseignement positif sur ce qu'on attribue à ces savants, si ce n'est Boulduc (2), et si les savants cités plus haut ont recueilli et préconisé l'opium, ce qu'ils ont écrit sur ce sujet est entièrement oublié.

Les nombreuses recherches auxquelles nous nous sommes livrés dans le but de tracer l'histoire de l'opium indigène, nous ont fait connaître :

1° Que Belon, en 1588, a dans l'ouvrage intitulé : *Singularités,* indiqué que l'on pouvait obtenir de l'opium du pavot indigène ; en effet, on trouve à la page 407 de cet ouvrage :

Ceux qui voudront cultiver le pavot en Europe, en France, en Allemagne, en Italie, nous croyons qu'on pourrait bien faire l'opium, comme en Asie, moyennant qu'on prît la peine de recueillir ainsi qu'il faut, car le climat de Natolie est aussi froid que celui de France.

La lecture de ce passage semble démontrer que la récolte de l'opium paraissait possible à Belon, mais rien ne démontre qu'il l'ait mise en pratique, comme semblent le croire quelques auteurs.

2° En 1748, Savary des Bruslons, dans son *Dictionnaire universel du commerce,* t. 3, p. 407, disait : « L'on se sert quelquefois des têtes de « pavots blancs et noirs qui croissent en quelques endroits des environs « de Paris pour en exprimer un suc approchant de l'opium du Levant, « mais qui n'agit pas avec autant de force ; on l'appelle *diacodum « simple.* »

On voit que le produit dont parle Savary se rapprochait en quelque sorte de l'opium ordinaire. Il devait avoir de l'action, les capsules avaient été prises vertes, et il nous semble démontré que les capsules vertes contiennent de la morphine et de la narcotine, principes qui ont pour la plus grande partie cessé d'exister dans les têtes de pavot lorsqu'elles sont sèches. (Aubergier.)

3° En 1767, Schroder avait fait connaître la manière de récolter l'opium, et il établissait que nous ne recevions du Levant que le *méconium,* le suc exprimé de toute la plante et non le suc qui découle des incisions, et qu'encore il était sophistique *et rempli d'ordures* (3). Cette altération de l'opium le portait à penser que nous ferions bien mieux de nous servir de notre opium. (Noël Chomel, *Dictionnaire économique,* 1767.

4° Avant 1793, l'abbé Rozier établissait que le pavot blanc de nos jardins donnerait de l'opium aussi parfait que celui d'Égypte ; il faisait cependant observer que comme la température est trop peu élevée pour en faire découler le suc naturellement comme dans les climats qui sont plus chauds, il faudrait pour l'obtenir suivre un procédé qu'il a décrit. (*Encyclopédie,* partie *botanique,* t. 5, p. 117.)

Nous ne rapportons pas ici ce procédé, parce qu'il n'est pas rationnel et aussi parce qu'il nous est démontré comme Belon l'avait indiqué, que l'on peut chez nous obtenir l'opium par l'incision des têtes de pavots.

5° En 1796, M. Ball présenta à la Société d'encouragement de Londres un échantillon d'opium indigène. Cet opium, récolté dans la Grande-Bretagne, était peu inférieur à l'opium oriental. Cette Société lui décerna un prix pour le récompenser des travaux auxquels il s'était livré.

6° En 1797, M. Arnott, chirurgien écossais, publia dans les *Observations médicales* de la Société d'Édimbourg (*V.* la *Décade philosophique,* an VI, p. 458) un procédé pour l'extraction de l'opium des pavots des jardins, opium qu'il savait déjà avoir été obtenu en Angleterre et qui avait plus de valeur que celui du Levant.

L'auteur du *Dictionnaire de l'industrie,* publié en l'an IX, fait connaître le même fait ; il décrit le procédé de M. Arnott, qui consiste à faire des incisions aux têtes de pavots encore vertes, à n'enlever le suc que le lendemain et à le mettre dans des vases où, au bout d'un jour ou deux, il acquiert la consistance convenable pour être mis en masse dans des pots.

Il dit encore que c'est de cette manière qu'en Angleterre on opère pour obtenir de l'opium aussi fort et beaucoup plus pur que celui du Levant.

7° En 1800, M. Accarie, pharmacien à Valence (Drôme), prépara de l'extrait d'opium indigène analogue à celui que les Turcs obtiennent en recueillant le suc qui découle par suite des incisions faites aux pavots et qu'ils nomment *gobaar.* Voici ce que dit M. Accarie : « Ayant coupé avant « leur maturité des capsules du pavot que je cultivais et la tige étant « restée fixée dans le sol, elle fournissait par la partie amputée un suc « jaune brun qui devenait ensuite noirâtre par l'insolation ; cet opium « était ferme ; sa saveur était très-amère ; son odeur était moins forte que « celle de l'opium du commerce. »

M. Accarie obtint sur 200 plantes 16 grammes de ce produit ; employé dans l'usage médical, cet opium était aussi actif que l'opium exotique.

8° En 1801, Dubuc, pharmacien à Rouen, entreprit la culture d'une assez grande quantité de pavots blancs ; il fit diverses expériences pour en obtenir l'opium aux différentes époques de la croissance du végétal, il compara ensuite les produits qu'il avait obtenus avec les opium exotiques du commerce qui se trouvaient dans le commerce, et il établit par suite de ses recherches :

« 1° Que l'opium du commerce n'est point le suc épaissi fourni par les « tiges, feuilles et capsules vertes des pavots ; car, s'il en était ainsi, il ne « contiendrait pas une aussi grande quantité d'*impuretés* qui sont à peu « près réparties également dans toute la masse ;

« 2° Que ce même suc ou extractif préparé à l'aide de la chaleur « quelque modérée qu'elle soit, n'aurait point l'odeur nauséabonde que « conserve l'opium oriental encore visqueux ;

« 3° Que l'opium du Levant n'est pas non plus l'extractif seul préparé « par le lavage ou la décoction de têtes de pavots blancs arrivés à leur « dernier degré de maturité, puisque l'opium qu'il avait obtenu à cet état « n'était nullement odorant et qu'il était exempt d'impuretés ;

« 4° Qu'il paraît constant que l'opium du Levant est l'extractif des- « séché de toutes espèces de pavots blancs, pris depuis l'instant de leur « floraison jusqu'à l'instant de leur maturité, et ensuite mêlé et réduit à « la consistance qu'on lui connaît, avec la masse vireuse odorante prove- « nant des tiges, feuilles et capsules vertes de ces mêmes pavots, écrasés « ou fermentés jusqu'à l'instant où l'odeur vireuse et nauséabonde s'y « développe (1) ;

« 5° Qu'il paraît constant qu'il existe de l'*opium en larmes* et que cette « substance découle naturellement du pavot blanc dont les capsules « affectent la forme globuleuse (2) ; que cet opium diffère de celui du com- « merce par sa plus grande solubilité dans l'eau, sa pureté, sa saveur « moins amère, moins âcre, enfin par son odeur moins vireuse, moins « nauséabonde. »

M. Dubuc ayant pris 1 décigramme de l'opium *en larmes* qu'il avait obtenu, fut pris d'un sommeil doux et prolongé sans aucun vertige.

9° En 1805, M. le docteur Bretonneau, opérant sur les capsules du *papaver somniferum* des jardins, recueillit à Chenonceaux près Tours, de l'opium de bonne qualité. Ce praticien reconnut qu'il était utile de faire plusieurs incisions à la même tête de pavot et que l'incision ne nuisait en rien à la production de la graine et à sa qualité.

10° En 1808, on essaya à Naples la culture du pavot et la récolte de l'opium. Ces expérimentations furent encouragées par le gouvernement napolitain. L'on obtint à cette époque, en suivant la méthode pratiquée en Égypte, 2 kilogrammes d'opium *en pains* et 64 grammes d'opium *en larmes.*

Ces deux sortes d'opium furent employées dans les hôpitaux militaires comme succédanés de l'opium exotique, et le succès qu'on en obtint fut complet.

L'administration de ce médicament avait été confiée à M. le docteur Savaresi et à M. Saxe, pharmacien en chef de l'armée.

Des semis de pavots furent faits pour la récolte à faire en 1809, et d'après les dires de MM. Savaresi et Saxe, ces semis devaient fournir au moins 10 kilogrammes d'opium indigène. Nous n'avons pu savoir s'il avait été donné suite à ces expériences et quels en avaient été les résultats.

11° En 1811, M. Loiseleur Deslonchaux, qui s'était occupé avec le plus grand zèle des applications que l'on pouvait faire des végétaux indigènes et de leur substitution aux végétaux exotiques, ainsi qu'aux produits fournis par ces végétaux, démontra que si aucun végétal autre que le pavot ne pouvait fournir un médicament analogue à l'opium, on pouvait en obtenir du pavot cultivé en France. Pour appuyer par des faits ce qu'il avançait,

(1) M. Petit, de Corbeil, a fait connaître un cas d'empoisonnement par les têtes de pavots ; M. Louyer-Villermay a aussi signalé plusieurs cas semblables ; M. Mélier, dans la *Gazette de santé* du 25 août 1827, après avoir cité des cas d'empoisonnement dus aux têtes de pavots, recommande *de ne pas se servir légèrement de ce médicament.*

(2) On lit dans l'*Histoire de l'Académie royale des sciences* pour 1712, que Boulduc employait dans sa pratique un opium qu'il obtenait du *papaver eraticum.* Quatre onces de ces têtes de pavot vertes et récentes lui donnaient cinq gros d'un extrait solide qu'il administrait à la dose de *deux, trois et quatre grains.*

(3) On livre à l'époque actuelle 1° un faux opium qui ne contient pas de morphine ; 2° de l'opium falsifié avec divers produits, des matières végétales diverses, des extraits de chélidoine, de laitue vireuse, de réglisse, de cachou, des huiles de lin et de sésame, du salep, des gommes, du sable, de la bouse de vache, de la terre, du plomb, de la fécule, du raisin bien écrasé et séparé des pepins, des feuilles de pavot hachées, etc.

(1) Nous pensons, d'après ce que nous avons vu à Clermont et depuis dans d'autres localités, que l'odeur vireuse de l'opium est due au suc de pavot, à l'opium qu'on pourrait appeler *en larmes,* que les Orientaux mêlent à l'extrait obtenu par décoction de diverses parties de la plante.

(2) Cet opium est celui qui s'écoule après qu'on a fait les incisions.

il se livra à la culture du pavot. Il employa les deux procédés suivis par les orientaux pour obtenir l'opium ; il examina l'action des produits obtenus, ses expériences le conduisirent à formuler les conclusions suivantes :

« 1° L'opium retiré par les incisions faites tant aux capsules des pavots qu'à ses pédoncules, est égal en vertu à l'opium tel qu'on le prépare dans les pharmacies de Paris et qui est connu sous le nom d'*extrait aqueux ou gommeux d'opium ;* mais malheureusement les difficultés qu'on éprouve pour obtenir cette espèce d'opium font croire que son prix sera toujours trop élevé pour qu'on puisse jamais se déterminer à le recueillir ;

« 2° L'extrait obtenu par la contusion et l'expression des capsules et des pédoncules verts des pavots blancs ou noirs, reviendra à un prix moins élevé que l'opium précédent, surtout si, pour le préparer, on a recours à des procédés économiques ; mais il faudra, lorsqu'on voudra en faire prendre aux malades, le prescrire à une dose double de celle de l'opium muqueux ; dans ce cas, on observe qu'il produit des effets parfaitement semblables à ceux déterminés par cette dernière préparation ;

« 3° L'extrait des tiges et des feuilles de pavot noir ou blanc est moitié plus faible que celui retiré des capsules et par conséquent quatre fois moins fort que l'extrait gommeux d'opium des pharmacies ;

« 4° L'extrait des têtes de pavots obtenu sans contusion ni expression, mais seulement par décoction, ne présente aucun avantage, puisqu'il paraît constant qu'il est de moitié plus faible que celui retiré par contusion et expression, et que d'ailleurs les frais nécessaires pour sa préparation sont plus considérables que ceux qu'exigent les autres extraits ;

« 5° L'extrait obtenu par la décoction des têtes sèches de pavot est susceptible des mêmes inconvénients que le précédent, par conséquent il n'y aurait non plus d'avantage à le préparer ;

« 6° L'expérience semble prouver qu'excepté l'opium indigène, retiré par incision et scarification, tous les autres extraits qu'on peut préparer avec les têtes de pavots, ses feuilles et ses tiges, n'ont pas l'odeur vireuse et nauséabonde de l'opium du commerce, odeur dont on cherche toujours à le débarrasser, autant que possible, parce qu'on a cru remarquer que c'était à elle qu'il fallait attribuer les mauvais effets que produit quelquefois l'opium. » (*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Faculté a nommé, dans sa séance dernière, les rapporteurs qui doivent présenter le rapport sur les candidats aux deux chaires vacantes dans son sein. On sait que ces rapports doivent, aux termes du décret sur la nomination des professeurs, être mis sous les yeux du ministre. Ils peuvent donc avoir une véritable et très-grande importance.

Voici les noms des rapporteurs et des candidats :

Pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale :

Candidat,	M. Beau.	*Rapporteur,*	M. Cruveilhier.
—	Cazenave.	—	Adelon.
—	Fleury.	—	Piorry.
—	Grisolle.	—	Requin.
—	Guérard.	—	Rostan.
—	Monneret.	—	Andral.
—	Pidoux.	—	Trousseau.
—	Tardieu.	—	Bouillaud.

Pour la chaire d'histoire naturelle médicale :

Candidat,	M. Hœfer.	*Rapporteur,*	M. Wurtz.
—	Lestiboudois.	—	Bérard.
—	Martins.	—	Gavarret.
—	Moquin-Tandon.	—	Duméril.
—	Payer.	—	Orfila.
—	Robin.	—	Denonvilliers.

On a constaté avec étonnement sur cette dernière liste l'absence d'un des hommes les plus connus de tous par ses beaux travaux, de M. Chatin. En revanche, on y a constaté avec plus d'étonnement encore la présence de certains autres noms qui sont sans doute venus là pour se faire un titre de leur candidature, à l'exemple du célèbre Watbled.

— Le jury du concours, pour l'agrégation en chirurgie, s'est constitué aujourd'hui : les deux juges désignés par le sort, pour le compléter, sont MM. Adelon et Velpeau.

— La section d'anatomie pathologique de l'Académie de médecine a arrêté la liste des candidats à la place vacante dans cette section. Cinq noms ont été placés sur la liste dans l'ordre suivant :

1° M. Requin ;

2° MM. Barth et Beau ; avec la condition que le rapport mentionnerait que M. Barth a obtenu 5 voix et M. Beau 3 pour être placé dans ce rang.

3° M. Sestier ;

4° M. Moreau, de Tours.

On a remarqué que M. *Fauconneau*-Dufresne, qui, à sa dernière candidature, avait été mis sur la liste, y brillait cette fois par son absence. On demandait à un honorable, qu'on dit être un professeur de clinique chirurgicale, bien connu par son goût pour les bons mots : pourquoi cette absence ? « La chose est bien simple, dit-il, l'Académie possédant maintenant le *vrai Conneau*, n'a pas besoin d'en prendre un *faux*. » On voit que la grave assemblée ne dédaigne pas le mot pour rire.

— Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs que notre illustre maître et ami, M. le docteur Louis, est atteint depuis samedi d'une pneumonie qui, par bonheur, ne s'annonce pas jusqu'à présent par des symptômes très-graves. Néanmoins, une saignée a été pratiquée ; aujourd'hui, il est permis d'espérer que la robuste constitution du malade triomphera rapidement de l'atteinte qu'elle a reçue.

— M. Orfila a dû également suspendre ses occupations pour un lombago qui, plusieurs fois déjà dans ces dernières années, a tourmenté l'éminent professeur.

— Un journal de province nous rapporte l'histoire suivante, qui a grandement besoin de confirmation, d'autant plus besoin que quelques-uns des détails de la narration prouvent évidemment qu'elle a été rédigée par une personne peu familiarisée avec les connaissances chimiques et chirurgicales.

« Une jeune femme, M^me^ Ch..., domiciliée dans une commune peu éloignée de Bordeaux, fut atteinte, il y a deux ans, de cette affection que les gens de l'art appellent larmoiement des yeux ou obstruction du canal lacrymal. En d'autres termes, les voies qui établissent la communication des larmes entre les yeux et le nez se trouvaient interceptées soit par les humeurs, soit par une altération du tissu. D'après les conseils d'un médecin, cette dame se rendit à Paris, et alla trouver un oculiste renommé qui, pour la guérir et rétablir la communication, lui introduisit dans le nez un petit tube courbe et effilé, ayant fonction de remplacer le canal naturel des larmes.

« Dix-huit mois s'écoulèrent. Un jour, M^me^ Ch..., revenue dans son village, se regardant à la glace, constata avec désespoir que son larmoiement des yeux était revenu avec des symptômes alarmants. Elle ressentit à la même époque de vives douleurs d'estomac. Des coliques cruelles, accompagnées de vomissements, la prenaient à intervalles très-rapprochés et forçaient d'appeler le médecin qui, ignorant la cause de la maladie, ne pouvait administrer que des liniments sans effet durable. L'état de M^me^ Ch... empira de plus en plus, et, malgré les soins qui lui furent administrés, elle dut succomber à ces horribles souffrances.

« L'autopsie apprit que M^me^ Ch... avait péri victime d'un empoisonnement produit par un oxyde de cuivre. En mettant à nu les intestins, on découvrit, cachée dans l'un d'eux, la *canule-Dupuytren*, que recouvrait une couche épaisse de vert-de-gris. C'était là, à n'en plus douter, la cause du malheur que l'on déplorait.

« Voici ce qui était arrivé : le tube introduit dans le nez de M^me^ Ch... par l'oculiste qui l'avait soignée de sa maladie des yeux, était descendu dans la bouche, et de là dans l'estomac. La lame d'argent, attaquée par l'action des agents chimiques, avait disparu, et plus tard le cuivre sous-jacent, oxydé sous les mêmes influences, avait déterminé la mort et ses douloureux précédents. »

— Fortunés lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* qui, après avoir lu une savante discussion touchant la supériorité du chocolat Ménier sur le chocolat Meunier et *vice versâ*, après avoir été régalés de sages préceptes sur les vertus du sirop de digitale, viennent d'être informés, après toutes les portières de Paris et de la banlieue, des propriétés merveilleuses que possède l'eau hémostatique de Léchelle, et qu'on trouve énumérées avec non moins de talent que dans la *Gazette*, à la quatrième page du *Siècle*, de la *Presse*, etc., etc. O heureux lecteurs ! s'ils apprécient bien leur bonheur !

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1853. Résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1852, par MM. les docteurs Jamain et Wahu (8^e^ année). — 1 vol. gr. in-12 de 320 pag. 1 fr. 25.

De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine (mémoire couronné par la Société médico-pratique), par M. Taufflieb, docteur en médecine à Barr (Bas-Rhin). — In-8 de 96 pages. 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C^ie^, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 30. 1re année. Jeudi 10 Mars 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : La syphilisation à l'Académie royale de Turin. — Séances de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. PIORRY. Du traitement iodé dans la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire), par Aristide Gleize. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE : Notice historique sur l'opium indigène, par A. CHEVALLIER. (*Suite et fin.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 9 mars 1853.

La syphilisation à l'Académie royale de Turin.

A Paris, la syphilisation s'est montrée à la fois absurde, hargneuse, ignoble et rapineuse; nous avions quelques raisons de croire qu'à Turin elle était absurde purement et simplement. Il semblerait que nous nous étions trompé; le célèbre propagateur transalpin de cette honteuse folie, M. Spérino, après avoir obtenu de la condescendance de la commission académique de faire assister pendant deux ans cette commission à des expériences syphilisatrices, après avoir prôné d'avance les beaux résultats constatés par cette même commission, se voit enfin à la veille d'une discussion publique sur la *grande découverte* des temps modernes. On pensera sans doute que M. Spérino attend avec impatience cette discussion publique et qu'il la réclame de tous ses vœux. On se tromperait étrangement. Voici ce que nous écrit à cet égard un correspondant de Turin en qui nous devons avoir toute confiance :

L'Académie royale médico-chirurgicale de Turin devait, dans sa séance du 4 courant, délibérer pour fixer le jour de la lecture et de la discussion du rapport de la *commission de syphilisation,* rapport que M. le docteur Frcsehi, secrétaire-rapporteur de ladite commission, avait déclaré, dans la séance du 25 février, devoir être terminé dans la huitaine. La délibération devait porter aussi sur la question de savoir si les séances consacrées à cette discussion auraient lieu sans interruption ou à des intervalles indéterminés; la commission réclamait l'adoption du premier mode.

Mais au moment où le président allait ouvrir la discussion sur ce sujet, M. Spérino éleva les singulières prétentions que voici : Il insinua d'abord que le rapport de la commission était déjà connu à Paris, où peut-être il avait été fabriqué; qu'on y savait tout au moins que ce rapport serait identique à celui de la commission nommée ici par le préfet de police ; qu'on avait reçu de Paris des lettres de M. Mélier et autres, qui affirmaient tout cela, etc.; puis, il demanda :

1° Qu'avant de donner lecture publique de son rapport, la commission lui fît voir (à lui, M. Spérino) toutes les histoires particulières des faits qu'elle avait observés, sur lesquels il disait avoir *droit de révision* (*sic*), et qui étaient même sa propriété, quoique observés par la commission;

2° Qu'immédiatement après avoir été lue, chaque partie du rapport fût déposée sur le bureau, afin qu'on pût l'y consulter et prendre des notes;

3° Que les séances pour la lecture du rapport eussent lieu à des intervalles de quatre ou cinq jours, et que la lecture une fois terminée, on lui donnât aussitôt la parole, à lui M. Spérino.

M. le rapporteur, à peine ces demandes exposées, les repoussa avec énergie, s'opposant même à ce que l'Académie délibérât touchant la lecture d'un travail qui était encore la seule propriété de la commission, et surtout à ce que cette lecture fût interrompue par des intervalles de quatre ou cinq jours. Quelques membres cherchèrent à concilier les exigences de M. Spérino avec le bon droit de la commission, mais le rapporteur refusa de rien accorder à des prétentions dont quelques-unes ne tendaient à rien moins qu'à mettre en suspicion la loyauté et l'honneur de la commission. MM. Sella et Pertusio, membres de la commission, appuyèrent l'opinion de M. le rapporteur.

L'un des académiciens les plus recommandables, M. le chevalier Bonino, après avoir montré l'illégalité et le peu de convenance des deux premières demandes de M. Spérino, proposa de laisser les choses suivre leur cours naturel, c'est-à-dire de faire en public la lecture du rapport (déjà promise dans la *Gazette officielle*), de faire ensuite imprimer le rapport et de mettre ainsi chaque membre en mesure de se préparer à la discussion. M. Spérino, ajoutait M. Bonino, pourra, après l'impression, examiner à son aise et critiquer le rapport; mais entraver la marche ordinaire des travaux académiques, ce serait faire un acte injurieux pour la commission et même pour l'Académie que la commission représente. Le rapporteur, ainsi que M. le président, l'honorable chevalier Demichelis, au nom du bureau, appuya la proposition de M. Bonino. En conséquence, le secrétaire général, M. Garbiglietti, proposa de passer à l'ordre du jour pur et simple; mais M. Bertini s'opposa à ce que l'on allât au scrutin, se fondant sur ce que l'Académie n'était pas en nombre.

L'Académie a dû, en conséquence, remettre la délibération à la séance suivante.

Voilà donc comment la commission de Turin est récompensée d'un travail des plus assidus qui n'a pas duré moins de deux ans. Le sort de la syphilisation avait été mis entre ses mains avec confiance, dit-on, et au moment où elle vient faire connaître les résultats de recherches les plus consciencieuses, elle est obligée de repousser des ajournements et des propositions injurieuses pour sa loyauté, et que très-malheureusement, il faut bien le dire, M. le président a permis de discuter. Comment expliquer qu'un président laisse venir émettre et soutenir des propositions comme celle qui suit : *Moi, je suis le maître des faits que je vous ai présentés ; avant que vous les communiquiez à*

l'Académie, je veux, j'ai le droit de les réviser, car je suis trop intéressé à cette question.

Ce qui ressort de plus clair de toutes ces manœuvres, c'est qu'ici comme ailleurs, la syphilisation, qui fait beaucoup de bruit dans l'ombre, craint singulièrement le grand jour de la vérité, et franchement, c'est en cela seulement qu'elle n'est point absurde. Mais ce qu'il y a de triste, c'est qu'il est à craindre, dit-on, que l'Académie, pour ne pas blesser l'amour-propre d'un de ses membres, ensevelisse l'ouvrage de sa commission, qui intéresse la science et l'humanité, et aime mieux se déshonorer ainsi en bloc.

Veuillez agréer, etc. X....

Si nous n'avions pas eu sur la loyauté de M. Spérino les renseignements les plus favorables, toutes les manœuvres dont se plaint notre correspondant ne nous auraient nullement étonné, partant d'un syphilisateur; d'après les renseignements en question, notre opinion devait être un peu différente; nous n'accuserons donc pas trop sévèrement l'honorable syphilisateur de Turin, et nous attribuerons ce que sa conduite peut avoir d'anormal, moins à son caractère qu'à la situation fâcheuse dans laquelle il a eu le malheur de se placer par légèreté et de se maintenir par amour-propre. Quant à la crainte qu'exprime notre savant correspondant de voir l'Académie refuser la publication du rapport de la commission, ce serait un acte tellement inqualifiable, que nous ne saurions en aucune façon partager cette crainte ; d'ailleurs, la commission resterait toujours libre de publier le rapport en dehors de l'Académie, et la publication, où qu'elle se fasse, est tout ce que demande la science. H. DE CASTELNAU.

Séances de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

L'urgence de l'article qui précède nous oblige à remettre au prochain numéro l'appréciation des séances académiques, ainsi que le compte rendu de l'Académie des sciences.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. PIORRY.

Du traitement iodé dans la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire).

Tant que la science resta privée des données de percussion et d'auscultation si précises qu'elle possède aujourd'hui, la thérapeutique des maladies de poitrine se trouvait nécessairement abandonnée à tous les caprices d'un empirisme aveugle. Pour la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire) en particulier, ce fut un chaos épouvantable de prescriptions les plus variées et les plus contraires les unes aux autres. Dire tous les médicaments prétendus spécifiques, qui ont été tour à tour préconisés, abandonnés, puis remis en honneur contre cette terrible maladie, ce serait vraiment énumérer presque tous les agents de la matière médicale. C'est ainsi qu'une foule de substances ont été données à l'état aériforme : depuis la vapeur d'eau elle-même jusqu'aux vapeurs aromatiques de toutes espèces; depuis l'oxygène pur jusqu'au gaz sulfureux et au chlore; depuis enfin les cigarettes de jusquiam et de belladone jusqu'à celles de camphre, etc. C'est ainsi encore qu'on a prôné de même comme autant de médicaments spécialement curatifs de la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire): dans le règne minéral, le soufre, le mercure, l'arsenic, le sel marin, etc., etc.; dans le règne végétal, le lichen d'Irlande, le lierre terrestre, le marrube, le polygala, la pulmonaire (à cause de la ressemblance que ses feuilles, toutes tachetées de blanc, ont avec l'aspect marbré du poumon), la ciguë, la digitale pourprée, l'arnica, le quinquina, etc.; dans le règne animal, le mou de veau (comme si en mangeant du poumon nous avions là de quoi mieux refaire et mieux réparer le nôtre!), les colimaçons, la tortue, la vipère, etc., etc.

Au bout de tout cela, une seule chose restait malheureusement prouvée, nous voulons dire l'impuissance absolue de l'art, et le découragement des praticiens était encore augmenté dans le principe par le résultat des premières études anatomiques faites sur la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire), et qui portèrent seulement sur des cas où l'on ne reconnut la maladie que pour en constater le triste dénouement. Au père de l'auscultation était réservé, parmi ses autres gloires, le mérite d'apercevoir et de démontrer que la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire) peut aboutir à la guérison par un heureux travail de la nature dans certains cas très-rares, il est vrai, mais cependant bien réels et bien incontestables. A l'anatomie pathologique de destruction, dans le cercle de laquelle s'étaient bornées les recherches de ses prédécesseurs, et qui semblait interdire à tout jamais l'idée de la curabilité, Laënnec ajouta cette anatomie pathologique de restauration (comme l'appelle M. Cruveilhier), qui nous relève d'un semblable désespoir, et qui, en nous montrant ce que peut la nature agissant toute seule, nous donne le droit de penser que si jamais elle était secondée par un art suffisamment éclairé, les cas de guérisons deviendraient beaucoup plus nombreux. Tout en reconnaissant que l'art n'en était pas encore arrivé à ce point si désirable, Laënnec eut pour sa part une grande confiance dans l'air des bords de la mer dont il attribuait les salutaires propriétés aux émanations des plantes marines, de sorte même que pendant un temps, pour procurer artificiellement aux phthisiques de son hôpital la jouissance d'un air pareil, il voulut que ces malades-là fussent placés dans des salles particulières, dont le sol demeurât constamment jonché de varechs frais.

Indépendamment de la cicatrisation des pneumo-species (cavernes pulus), reconnue et proclamée par Laënnec, d'autres observateurs, après lui, constatèrent un autre mode de guérison qui consiste dans le passage des phymies (tubercules) à l'état de pétrification.

Soutenue désormais par cette consolante idée de la curabilité de la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire), la médecine renouvela d'ardeur pour la recherche d'un médicament capable de seconder d'une manière vraiment efficace les effets de la nature. Or, c'était précisément l'époque où l'iode, quoique à peine découvert, étonnait déjà le monde savant par ses merveilleux effets sur les ganglions lymphatiques engorgés, sur les affections dites scrofuleuses en général, etc. On conçoit, dès lors, comment ce fut surtout du côté de ce médicament ou de ces composés que se tournèrent les espérances des praticiens. Les vapeurs de varechs, que Laënnec faisait respirer à ses malades, et où il n'y a qu'une très-minime proportion d'iode, se trouvèrent avantageusement remplacées par des agents plus actifs de la médicamentation iodique : iode, iodure de potassium; protoiodure de fer tant préconisé par M. Dupasquier; eaux minérales iodées ; huile de foie de morue, etc.

A côté de l'iode, le chlore éleva aussi quelques prétentions, et l'on vit paraître dans les *Archives*, en novembre 1830, un mémoire de M. Cottereau, et en avril 1834 un autre mémoire de M. Toulmouche sur l'emploi du chlore gazeux dans la phthisie pulmonaire. Mais ces expériences n'eurent pas de suite, et d'ailleurs il leur manquait d'être appuyées sur des signes physiques et des observations exactes. Aucun travail sérieux, non plus, n'avait encore été fait en faveur de l'iode lui-même, lorsque M. Piorry entreprit à ce sujet les recherches suivies dont nous allons donner l'historique succinct, et qui l'ont amené à sa formule actuelle de traitement contre la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire).

Les premiers essais de M. Piorry portèrent sur l'iodure de

potassium. L'idée de cette indication lui fut suggérée par M. Veyne, son interne d'alors, qui, voyant quelques succès fort remarquables obtenus dans le service par l'emploi de l'iodure de potassium en cas d'exostoses, d'ulcération du nez, de pustules anciennes de cause syphilitique, etc., se demande si l'iodure de potassium, bon à tant de choses, ne pourrait peut-être pas servir aussi contre la phthisie elle-même. Ajoutez à cela le fait plus d'une fois déjà constaté par M. Piorry, que sous l'influence de l'iodure de potassium la santé s'améliore, et que la maigreur fait place à un centième degré d'embonpoint, et vous aurez les principales raisons qui décidèrent ce professeur à faire ces expériences, fort innocentes d'ailleurs, proposées par son élève. Or, dès cette année, il parut évident que sous l'influence de l'iodure de potassium, l'état général des phthisiques du service de M. Piorry, à l'hôpital de la Pitié, s'était amélioré, et il y en eut parmi eux qui sortirent dans un état infiniment meilleur que celui qu'ils offraient à leur entrée.

Cela se passait en 1842. La même année vit aussi paraître, dans la *Gazette médicale*, un mémoire de M. Gilbert Boissière, élève de Dupasquier, de Lyon, tendant à établir que le protoiodure de fer posséderait contre la phthisie-pulmonaire une efficacité réelle et véritablement curative. Mais sans nous arrêter ici à discuter l'enthousiasme exagéré dont ce mémoire est évidemment empreint, puisque M. Gilbert Boissière va jusqu'à conclure que, sous l'influence de cette nouvelle médicamentation, la résorption des tubercules s'accomplit, effet qui serait vraiment merveilleux, et à l'égard duquel il est permis d'être fort incrédule, nous nous bornerons à faire remarquer que, quand M. Piorry commença les essais dont nous venons de parler, il n'était point encore question du mémoire de l'élève de Dupasquier, et l'apparition de ce mémoire, loin d'arrêter les recherches de M. Piorry, ne fit que l'engager à les poursuivre avec plus d'ardeur.

Comme il le dit lui-même dans son *Traité de pathologie iartrique ou médicale,* M. Piorry reprit donc avec plus de suite en 1843 les tentatives de l'année précédente. Plus de 40 phthisiques furent soumis à l'emploi de l'iodure de potassium : ce médicament fut donné à la dose de 0,50 cent. à 3 grammes (moyenne 1 gramme) pendant un temps variable de 5 à 42 jours (moyenne 18 jours). Le résultat fut pour la plupart des malades une respiration plus facile, une expectoration moins gênée et plus rare, une toux moins fréquente, une plus grande somme de forces et voire même quelquefois de l'embonpoint à la place de la maigreur. Quelques-uns furent encore plus heureux, et le cas surtout où l'amélioration fut la plus sensible est celui-ci : Il s'agissait d'un homme d'une constitution robuste, d'un embonpoint peu ordinaire, n'ayant jamais toussé ni craché du sang, faisant bien toutes ses fonctions et se plaignant seulement d'une faiblesse assez considérable dans les jambes; grand fut l'étonnement de trouver une matité considérable dans la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse du même côté, avec un gargouillement des plus manifestes; cet homme fut mis immédiatement à l'iodure de potassium avec doses progressivement croissantes de 0,50 centig. à 3 grammes, et au bout d'un mois de ce traitement, il avait recouvré ses forces, la matité sous-claviculaire et sus-épineuse observée à droite avait considérablement diminué et tout gargouillement avait cessé de se faire entendre à ce niveau, seulement la respiration était notablement plus faible là que dans les autres endroits de la poitrine.

Dans quelques cas observés en ville, M. Piorry obtient pareillement des résultats satisfaisants. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, un malade portait au-dessous de la clavicule droite une vaste caverne entourée d'un tissu fortement induré; il avait en même temps tous les accidents de la fièvre hectique des auteurs, laquelle, suivant M. Piorry, serait due ici à la phymémie et à la pyémie chronique (transport de la matière tuberculeuse et du pus dans le sang); la mort paraissait devoir être très-prochaine; mais sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium combiné à la compression du thorax faite au niveau de la caverne, dans le but de favoriser mécaniquement le recollement des parois de cette caverne en les rapprochant, le tout continué pendant six mois, l'embonpoint reparut, les accidents généraux cessèrent, les symptômes de la caverne et de l'induration se dissipèrent presque complétement; les crachats, de grisâtres et d'épais qu'ils étaient, devinrent simplement muqueux et surtout moins abondants; en un mot, on pouvait dire que le malade avait presque miraculeusement passé de la mort à la vie. Ce mieux-être dura cinq mois, mais le malade ayant ensuite cessé tout traitement, il finit par retomber au bout d'un an dans le même état que la première fois, et cette rechute, il faut l'avouer, fut suivie de mort. Seulement, loin qu'on en puisse rien conclure contre l'efficacité du traitement employé par M. Piorry, cela prouverait en sa faveur, en ce sens qu'on n'en voit que mieux de quel danger imminent le malade avait été sauvé au premier abord.

Voici d'ailleurs, si l'on veut encore, un autre fait bien remarquable. Dans l'hiver de 1849, une dame de la Guadeloupe avait éprouvé d'énormes pneumorrhagies; elle portait au sommet du poumon gauche et dans un très-large espace une induration et des cavernes, elle expectorait abondamment des matières puriformes et éprouvait au plus haut degré tous les symptômes de la phymémie et de la pyémie chroniques (fièvre hectique des auteurs). En quelques mois, sous l'influence de l'iodure de potassium, cette dame se rétablit si bien, qu'en février 1851 il ne restait d'autres traces de sa terrible lésion qu'un peu de matité et du souffle bronchique, et cela sur le lieu où avaient existé les larges excavations; depuis, elle s'en est retournée dans son pays, et M. Piorry n'en a plus entendu parler.

Les choses en étaient là, lorsque vers le mois de mars 1850, une femme vint dans le service de M. Piorry, à la Pitié, pour se faire traiter de tumeurs et de fistules dites scrofuleuses, qu'elle portait au cou.

Comme la curation marchait trop lentement par les moyens ordinaires, M. Piorry voulut voir s'il ne pourrait pas la hâter par des applications de teinture d'iode; en conséquence, des topiques, composés avec ce liquide étendu de deux tiers d'eau, furent placés sur les engorgements cervicaux, le même liquide fut injecté dans les fistules dermo-ganglionnaires du cou; la guérison fut aussi complète que rapide. La malade présentait simultanément au sommet du poumon gauche, et cela dans une vaste étendue, de la matité avec résistance au doigt et des ronchus larges; elle expectorait des crachats puriformes, aussi l'avait-on mise à l'usage de l'iodure de potassium, lorsque la cicatrisation si prompte des fistules dites scrofuleuses, mais probablement plutôt tuberculeuses, dont nous avons parlé, cicatrisation dont l'effet était probablement dû à la teinture d'iode, fit tout à coup naître chez M. Piorry l'idée que la même substance, si elle était portée dans une caverne pulmonaire, pourrait peut-être en favoriser également la cicatrisation. Restait à savoir comment porter cette teinture d'iode dans le poumon. M. Piorry imagina, pour remplir ce but, de recourir à l'inspiration des vapeurs de teinture d'iode, réitérée un grand nombre de fois par jour, en même temps des frictions durent être faites à l'extérieur, sur la partie malade, avec la même teinture d'iode, étendue d'un tiers d'eau. Un succès inespéré fut le résultat apparent de cette médication : la matité se dissipa, les symptômes généraux se calmèrent, et cette femme sortit de l'hôpital au moins momentanément guérie.

Plusieurs autres pneumo-phymiques furent ensuite traités à son exemple, de la même manière; seulement, au lieu des vapeurs de teinture d'iode, on ne tarda point à employer les vapeurs d'iode simple, qui n'exigent pas la même élévation de température pour se dégager. Ce fut M. Chartroule, un des élèves de M. Piorry, qui lui proposa de faire cette substitution dont, au reste, l'idée n'était pas neuve, car M. Chevallier, père, avait déjà proposé, à une époque antérieure, ces inspirations d'iode, comme Cottereau celles de chlore. Quoi qu'il en soit, des résultats remarquables, des améliorations inespérées, quelques guérisons même continuèrent à être obtenues par M. Piorry, tant à l'hôpital que dans sa pratique particulière.

Ainsi, un horloger, âgé de soixante ans, présentait au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate à gauche de vastes cavernes entourées d'un tissu dur. Cet homme crachait des quantités considérables de pus, et ce fut une chose bien remarquable que de voir, à 48 heures de distance, et sous l'influence de la vapeur d'iode, diminuer d'une manière graduée et successive, l'espace occupé par la matité et de façon à ce qu'en moins de deux mois, ce malade très-amaigri, hypémique au suprême degré, revint complétement à la santé.

Une jeune demoiselle de Melun, adressée par l'honorable docteur Fautin, médecin de cette ville, à M. Piorry, présentait au sommet du poumon droit des indurations et des cavernes pneumophymiques très-manifestes; elle était hypémique et hydrémique, et expectorait des crachats puriformes; les menstrues avaient cessé sous l'influence des vapeurs d'iode, de l'iodure de potassium administré à l'intérieur, d'un régime réparateur et de bons soins hygiéniques. Cette demoiselle s'est rétablie, à ce point qu'au bout d'un an il restait à peine un peu de matité au sommet du poumon droit, et les évacuations périodiques avaient reparu et s'accomplissaient d'une manière régulière; aujourd'hui encore le mieux continue, selon toute probabilité, car s'il y avait eu une rechute, M. le docteur Fautin, qui est ami de M. Piorry, n'aurait pas manqué de l'en prévenir.

Un ouvrier bottier, entré au mois d'août 1849 à l'hôpital de la Pitié, était atteint de vastes indurations et d'excavations pulmonaires à droite et en haut; il expectorait des matières pyoïdes et nummulaires; un amaigrissement considérable avait lieu, et les autres symptômes de la physorémie chronique se dessinaient d'une manière évidente. Sous l'influence continuée de l'iodure de potassium et plus tard des vapeurs d'iode, cet homme ne présentait plus, au bout d'un an, aucune trace de ces accidents.

Une dame de Landrecies toussait depuis assez longtemps, et chaque jour elle voyait son embonpoint diminuer pour faire place à la maigreur. Elle vint vers 1851 à Paris pour consulter, et fut adressée par une de ses amies à M. Piorry, qui, lui trouvant une matité très-prononcée au-dessous de la clavicule droite avec expiration très-prolongée à ce niveau, la soumit aux vapeurs d'iode et à l'iodure de potassium pris intérieurement. Cette dame ne tarda pas à s'en retourner chez elle, avec recommandation, toutefois, de continuer quelque temps encore le traitement, quoiqu'elle parût tout à fait guérie.

M. Piorry a très-souvent encore l'occasion de voir une dame habitant Plaisance près Paris, chez laquelle, sous l'influence de préparations iodées qu'elle dut mettre en usage, il y a déjà 2 ans, se sont dissipés les signes matériels et les symptômes d'une induration tuberculeuse, existant alors au sommet du poumon droit.

Depuis 1851 que M. Piorry a quitté la Pitié pour venir comme professeur de clinique médicale à la Charité, ses résultats cliniques sont plus que jamais soumis au contrôle de tout le monde, praticiens et élèves, et il ne craint pas d'être démenti en affirmant que le traitement par l'iode n'a pas cessé un instant de lui donner des succès plus ou moins beaux.

C'est ainsi que l'année dernière (1852), le chef de clinique, M. le docteur Fremy, a fait un relevé des principaux phthisiques du service; et un mémoire fort intéressant, publié par lui à cet effet, établit positivement que sur un groupe de 35 malades, il y a eu 11 guérisons, 20 améliorations et pas une seule aggravation des accidents à la suite du traitement iodé. Nous renvoyons pour les détails au mémoire en question. Qu'on nous permette seulement de rappeler trois chapeliers qui, par un hasard singulier, se sont succédé au même numéro de lit à la Charité, dans le courant de l'année 1852, et qui, tous les trois, s'en sont retournés au bout de peu de temps en état de guérison au moins apparente; cependant, l'un d'eux surtout se trouvait dans un péril bien imminent de mort, lorsqu'il commença le traitement iodé; mais aussi il le suivait admirablement bien, à ce point qu'il avait imaginé de bourrer sa pipe d'iode, et qu'il la fumait presque avec autant de volupté que si c'eût été du tabac dont il était cependant très-grand amateur.

Cette année encore ne s'annonce pas sous de moins heureux auspices; et par exemple, ces jours derniers, on a pu voir sortir des salles de M. Piorry deux malades, l'un de la salle Saint-Charles, et l'autre de la salle Sainte-Anne, qui s'en retournaient tous deux en voie de guérison, bien que le jeune homme surtout fût entré avec de vastes cavernes sous les clavicules : si ces deux malades ont quitté l'hôpital, c'est d'ailleurs parce qu'eux-mêmes l'ont demandé, tant ils trouvèrent leur état considérablement amélioré.

En ville, où le traitement complet par l'iode est d'une application beaucoup plus difficile, à cause du mauvais vouloir des malades, ce traitement n'en a pas moins toujours donné à M. Piorry des résultats analogues à ceux de l'hôpital; témoin ce limonadier de la cour des Fontaines, qui, l'année dernière était abandonné de tous les médecins, et considéré comme bientôt perdu, et chez qui le traitement iodé a fait merveille, au point que cette année, s'il n'était pas tenu à certains soins hygiéniques particuliers, il croirait volontiers n'avoir été jamais malade; témoin encore un Anglais, négociant à Bordeaux, que M. Piorry faisait voir tout dernièrement à M. Abeille, et qui ne présente plus aujourd'hui qu'à peine une légère obscurité de son au-dessous de la clavicule gauche, là même où l'année dernière existait une assez large caverne externe d'un tissu fortement induré; sans compter que les forces du malade sont complétement revenues, et que son embonpoint ordinaire a repris la place d'une maigreur momentanée.

Mais comment est-on sûr des effets produits? Comment peut-on bien apprécier l'influence curative du traitement employé? C'est à l'organographisme, et à l'organographisme seul, on l'a déjà deviné, qu'il appartient d'en donner les moyens et de fonder ainsi la thérapeutique sur des bases véritablement solides.

ARISTIDE GLEIZE, *élève externe.*

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Notice historique sur l'opium indigène,

Par A. CHEVALLIER, *professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie nationale de médecine, du Conseil de salubrité, etc.*

(Suite et fin.)

12° En 1813, Palissot de Beauvais, de l'Institut, avait récolté de l'opium sur les pavots d'un jardin qu'il avait aux environs de Paris. Bosc, qui fait connaître ce fait, dit que son collègue lui en avait montré un morceau gros comme le pouce, et qu'à l'aspect et au goût il ne paraissait pas différer de celui du commerce.

13° En 1813 et en 1814, M. Denis de Montfort conseillait la culture du pavot pour en retirer et l'opium et la semence; il démontrait d'une manière positive qu'on pourrait retirer de cette culture deux récoltes : celle de l'opium et celle de la semence pour obtenir de l'huile d'œillette (*Bibliothèque physico-économique*).

14° En 1818, M. Mérat-Guillot, pharmacien à Auxerre, s'étant occupé de la culture du pavot, il récolta de l'opium qui, selon les dires de MM. Mérat et Delens, jouissait de toutes les propriétés de l'opium de l'Inde; son amertume était franche, il ne possédait cependant pas l'odeur vireuse de l'opium exotique.

15° En 1818, Vauquelin ayant soumis à l'analyse chimique des échantillons d'opium indigène qui lui avaient été remis, il reconnut que cet opium contenait les mêmes substances que l'opium d'Orient, et dans des rapports qui ne paraissaient pas différer de ceux qui existent entre les principes de l'opium du Levant : ainsi, il contient de la morphine, de l'acide mécanique, de la substance extractive, de la substance oléagineuse (*Annales de chimie et de physique*, t. 9, p. 282).

C'est dans ce travail que Vauquelin démontre que la découverte de la morphine n'était pas due à Stertuerner, mais à Seguin qui, en 1804, avait communiqué cette importante découverte à l'Institut.

16° En 1820, M. Jones Joung reçut de la Société d'encouragement d'Édimbourg la médaille d'or *Ibis* pour la publication des résultats qu'il avait obtenus de la culture du pavot. *Ces résultats prouvaient que l'extraction de l'opium par l'incision des capsules du pavot indigène peut être une opération très-avantageuse pour l'agriculture européenne.*

Des certificats délivrés à M. Joung par les principaux membres de la Société de médecine d'Édimbourg, attestaient que l'opium indigène qu'il avait obtenu était de beaucoup supérieur à l'opium exotique qu'on se procure par la voie du commerce.

17° En 1822, M. Lainé de Mellay fit connaître les résultats qu'il avait obtenus d'essais qu'il avait faits en Suisse sur la culture du pavot et la récolte de l'opium indigène dans le canton de Mellay, près Lausanne.

Ces essais, qui n'avaient pas été suivis avec les soins nécessaires, ne fournirent, après avoir employé 40 journées d'hommes et d'enfants, que 250 grammes d'opium. M. Lainé, en publiant ces résultats désastreux, faisait connaître l'intention qu'il avait de faire de nouvelles expériences; nous n'avons pu savoir quels furent les résultats de ces nouveaux essais. Ce qu'il y a de positif, c'est qu'une assez grande quantité d'opium recueilli par suite des expériences de M. Lainé de Mellay, avait été transmise à M. Cadet de Gassicourt par M. Eusèbe Salveste. M. Lainé de Mellay faisait observer qu'ayant fait la récolte des semences, il n'avait pas remarqué de diminution sensible 1° dans la quantité des semences contenues dans les capsules incisées pour obtenir le suc laiteux; 2° dans la proportion d'huile que fournissent les semences; il dit seulement que lorsque les capsules sont incisées trop profondément et qu'il survient de grandes pluies, les semences s'altèrent et pourrissent. Nous avons constaté que les pavots cultivés par M. Aubergier et desquels on avait extrait l'opium par incisions, donnaient autant de semences que les pavots qui n'avaient point été incisés, et que la semence des pavots incisés était aussi riche en huile que les semences des pavots non incisés.

18° En 1823, M. Ricart Duprat fit connaître à M. Robiquet qu'il avait retiré de la morphine du traitement des têtes de pavots récoltés dans un terrain assez maigre des environs de Toulouse, terrain qui n'avait pas été fumé.

300 têtes de pavots lui avaient fourni 15 décigrammes de morphine. A cette occasion, Robiquet rappelle que dès 1818, Vauquelin avait démontré que l'opium indigène contenait de la morphine.

19° Dans la même année, M. Tilloy, pharmacien à Dijon, avait, dans la séance de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, tenue le 16 avril 1823, annoncé qu'il retirait des capsules sèches de pavots de la morphine. On trouve dans le tome 13, p. 31 du *Journal de pharmacie*, les moyens qu'il indiquait pour obtenir cette morphine.

Nous avons, à plusieurs reprises et encore cette année 1851, mis en pratique les moyens publiés par M. Tilloy, mais nous n'avons pu obtenir, à l'aide des procédés décrits par ce savant, de la morphine des capsules sèches de pavots, tandis que nous avons pu en extraire des capsules vertes de pavots que nous avions apportées d'Auvergne (1).

20° Dans la même année 1823, MM. Cowley et Stains présentèrent à la Société d'encouragement de Londres, un mémoire sur la culture du pavot et la récolte de l'opium.

Cette culture ayant été mise en pratique sur deux hectares de terre qui fournirent 30 kilogrammes d'un opium égal en qualité au meilleur opium exotique.

Continuant leurs essais sur une plus grande échelle, ces expérimentateurs obtinrent 96 kilogrammes (2) d'opium qui furent vendus 3,552 francs.

MM. Cowley et Stains, qui avaient commencé les premières opérations en 1819, ont présenté en Angleterre à la Société d'encouragement, qui couronna leur mémoire, un appareil dit *scarificateur* à cinq lames, pour faire des incisions sur les têtes de pavots. Déjà Geoffroy, 1743, faisait connaître qu'en Asie on se servait d'un couteau à cinq lames.

MM. Cowley et Stains établissent que deux femmes qui ont été employées pendant neuf jours, ont récolté une livre et demie d'opium. Ces femmes étaient payées 1 schelling par jour (1 fr. 25 c.); selon eux, les frais de récolte s'élèvent à 12 schellings (15 francs) par livre d'opium.

21° En 1823, M. le professeur Carminati établissait, devant l'Institut royal des sciences de Milan, que la culture du pavot serait avantageuse, en ce qu'elle fournirait une huile utile dans l'alimentation, et de l'opium indigène qui pourrait remplacer l'opium exotique.

22° En 1824, M. Monticelli présenta à l'Institut royal d'encouragement de Naples, qui favorisait les recherches sur les moyens propres à remplacer les médicaments exotiques par des médicaments indigènes, *un mémoire sur la culture du papaver somniferum* et sur la *récolte de l'opium indigène*. 200 têtes de pavots lui avaient fourni, par incision, un peu plus de 16 grammes d'opium qui, pour le goût, l'odeur, la couleur fut reconnu supérieur à l'opium du commerce.

Reprenant les têtes incisées, les pilant selon les procédés des Égyptiens, portant à la presse, recueillant le suc et le faisant évaporer à une douce chaleur, il avait obtenu un opium de bonne qualité, dont il remit les échantillons à l'Institut royal de Naples pour qu'on en déterminât l'énergie.

M. Monticelli faisait observer qu'on pourrait obtenir de l'opium européen en aussi grande abondance qu'en Orient, où le pavot est cultivé depuis des siècles pour la récolte de l'opium; qu'en supposant que les qualités de l'opium indigène n'égalassent pas celles de l'opium exotique, il y aurait encore un grand avantage à le récolter et à l'employer.

23° En 1826, M. Petit, alors pharmacien à Corbeil, qui habite maintenant Milly (Seine-et-Oise), fit connaître qu'il avait obtenu de la morphine en traitant le pavot indigène qu'il avait cultivé.

Nous avions demandé, cette année, à M. Petit un échantillon du pavot indigène, mais l'époque de la saison étant trop avancée, M. Petit, qui n'en avait pas en réserve, ne put satisfaire à notre demande (1).

24° M. Caventou, en 1827, dans la séance de l'Académie nationale de médecine du 31 mars, établissait *qu'on pourrait retirer du pavot indigène toute la morphine nécessaire aux besoins de la médecine.*

25° En 1827, M. Mélier, d'après le dire de MM. Mérat et Delens, t. v, p. 190 du *Dictionnaire de matière médicale*, prétendait *que le suc laiteux recueilli des têtes de pavots cultivés dans le Midi de la France contient le quart de son poids de morphine.*

26° La même année 1827, M. Dronsart, docteur en médecine, présenta à l'Académie de médecine (31 décembre) un mémoire *sur les propriétés médicales de l'opium indigène*, mémoire dans lequel il fait connaître une partie des faits qui sont relatifs à la culture du pavot et à la récolte de l'opium indigène.

27° En 1828, la Société d'agriculture d'Erfurth ayant eu connaissance de la récolte de l'opium par M. Young, un essai fut fait en petit, à Hangon Salsa, par M. L. Erust. Cet essai ayant réussi, on croyait qu'on le continuerait en grand, cependant personne ne voulut rien tenter dans ces temps difficiles. Ce refus était basé sur la nouveauté et l'originalité de ces recherches. La société du commerce fit alors des essais à ses frais. Un membre de la Société désigna un champ. La récolte de l'opium se fit par des enfants, sous la surveillance d'un maître; on se servit, pour les incisions, d'un couteau à quatre lames; les gouttes du suc étaient enlevées à l'aide d'un pinceau; la masse du suc, recueillie chaque jour, fut reçue dans un vase de porcelaine à fond plat et évaporée lentement. Quelques onces de cet opium furent distribuées dans plusieurs hôpitaux pour être essayé, et il fut reconnu très-actif.

La culture fut continuée en 1829, en employant des pavots à fleurs blanches et à fleurs bleues; mais l'année fut mauvaise à cause des pluies; cependant l'opium obtenu était de bonne qualité. L'opium de la plante à fleurs bleues était plus riche en morphine que celui obtenu de la plante à fleurs blanches.

En 1829 et en 1830, M. Bittz continua cette culture; l'opium obtenu fut, soit à l'état d'opium, soit à l'état de préparations opiacées, essayé dans des maisons de santé à Erfurth, à Mulhausen, à Berlin, et son emploi fut trouvé très-satisfaisant.

M. Bittz reconnut, à la suite d'analyses multipliées, que l'opium obtenu du pavot à fleurs bleues est plus riche en morphine que l'opium exotique, faits qui déjà avaient été observés par Petit, Lintberg et John.

28° En 1828, le général Lamarque s'occupa en grand de la culture du pavot, il en fit semer dans des propriétés qu'il possédait à Eyres, près Saint-Sever (Landes). L'opium obtenu de ces semis fut soumis à l'examen de M. Caventou qui, après avoir fait l'analyse, déclara que cet opium contenait une très-grande quantité de morphine, 14 pour 100, chiffre qui, comme on le sait, fut contesté par notre collègue M. Payen.

29° En 1829 (le 19 février), le gouvernement espagnol autorisa la culture du pavot et la récolte de l'opium dans les îles Philippines, où son importation et son usage avaient été jusque-là interdits; mais l'autorisation accordée était restrictive; en effet, *tout l'opium recueilli dans ces îles devait être exporté et non consommé aux Philippines.*

30° En 1835, M. Prestrandra, pharmacien à Messine, ayant voulu prouver que l'opium récolté dans les environs de Naples était identique avec l'opium exotique, s'occupa de la culture du pavot, et il obtint, sur une surface de huit palmes (2), quatre-vingts grammes d'opium qui fut employé comme médicament par plusieurs praticiens qui en obtinrent des résultats semblables à ceux que l'on se procurait en faisant usage de l'opium exotique. Des essais chimiques faits sur cet opium, pour en séparer la morphine, firent connaître qu'il en contenait une quantité que M. Hennel a établi être de 7,57 pour 100.

31° En 1836, M. Dejon, pharmacien à la Ferté-Alep (Seine-et-Oise),

(1) La morphine n'existerait donc plus dans les têtes de pavots récoltés après leur maturité?

(2) La livre anglaise est plus faible que celle de Paris; 100 livres de Londres équivalent à 91 livres et demie de Paris.

(1) M. Petit pile la plante verte et laiteuse, il exprime le suc, le fait évaporer en consistance de bouillie; il traite cet extrait par l'alcool à 36°, il filtre, puis il fait évaporer de nouveau au bain-marie. Ce procédé que nous avons répété, ne nous a pas réussi.

(2) La palme a 9 pouces 2 lignes, soit 24 c. 8 m., près de 25 centimètres.

obtint, par suite d'incisions qu'il avait pratiquées sur 40 têtes de pavots, 20 grammes d'opium, qu'il avait adressé à M. Barruel. L'examen de cet opium démontra qu'il contenait de la *morphine* et de la *narcotine*.

32° En 1838, Brard, dans son *Dictionnaire* usuel de chimie, de physique et d'histoire naturelle, dit, page 412, *que l'on peut aussi retirer de l'opium des pavots de nos jardins; mais qu'il en faut beaucoup plus pour produire les mêmes effets qu'en employant l'opium oriental.*

33° En 1840, Jourdan, dans sa *Pharmacopée universelle*, t. II, p. 250, dit *que les capsules de nos pavots d'Europe peuvent aussi donner de l'opium, car elles contiennent tous les éléments de l'opium oriental, mais dans des proportions qui paraissent varier beaucoup, et sur lesquelles les chimistes qui s'en sont occupés tout récemment, ne sont pas d'accord entre eux.*

34° En 1843, M. Aubergier, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, se livra à la culture du pavot et à la récolte de l'opium indigène. M. Aubergier ayant continué ses expériences en 1851, et la récolte de l'opium ayant été faite devant nous à la fin de juillet 1851, nous en parlerons plus loin avec détail.

35° En 1843 et 1844, M. Hardy, directeur de la pépinière centrale d'Alger, s'occupa de la culture du pavot et de la récolte de l'opium.

Les produits obtenus par M. Hardy furent soumis à l'examen de l'Institut de France, qui nomma une commission chargée de l'examen de cet opium. Nous ne rapporterons pas ici (1) les savants rapports faits par la commission, qui établissait dans ses conclusions que les communications faites à l'Académie sont dignes d'intérêt, puisqu'elles présentent la probabilité d'une récolte avantageuse en Algérie, du moins quant à la bonne qualité des produits, et qu'elles offrent surtout une occasion très-favorable d'étudier et d'approfondir une question fort importante pour l'usage médical.

Les rapporteurs font toutefois observer qu'une expérience prolongée leur semble indispensable pour décider de l'opportunité de la culture du pavot somnifère sous le rapport économique.

36° En 1844, M. Simon fut envoyé par M. le ministre de la guerre pour cultiver le pavot et récolter l'opium en Algérie. Des mémoires et des produits furent de nouveau adressés à l'Institut par M. le ministre de la guerre. La commission se livra à l'examen des objets qui avaient été envoyés à l'Institut.

La commission, dans les conclusions d'un second rapport, établissait que, malgré des circonstances de température exceptionnelles et défavorables, la qualité de l'opium indigène s'était soutenue et même améliorée; qu'il était donc permis d'espérer que des résultats meilleurs encore pourraient être obtenus dans des conditions ordinaires, en continuant, avec des soins aussi bien entendus, ces intéressants essais de culture; qu'elle est portée à croire qu'on parviendrait ainsi à obtenir le résultat important de fournir à l'art médical un agent dont les propriétés utiles seraient garanties par la consistance de sa composition; que les efforts à faire pour atteindre un but aussi élevé lui paraissent très-dignes d'être encouragés.

Dans un rapport supplémentaire au premier, la commission est encore favorable à la culture du pavot.

Nous avons trouvé dans l'un des rapports : 1° *Un compte des dépenses faites en Algérie; A.* pour la culture en pavots d'un hectare de terrain; *B.* pour la récolte de l'opium; *C.* celle des semences;

2° *Une appréciation de la valeur en argent des produits récoltés* (opium, semences, tiges);

3° *Un résumé du bénéfice probable devant résulter de cette culture.*

Les prix de main-d'œuvre qui se trouvaient compris dans ce compte rendu nous ont paru tels, que le bénéfice fourni par la culture de l'opium en Algérie serait presque nul. Nous pensons que la culture du pavot et la récolte de l'opium pratiquées en France, avec les prix de main-d'œuvre que nous avons vu payer, donneraient des résultats bien plus avantageux.

37° En 1843 et 1844, M. de Pla présenta à la société médico-chirurgicale de Bruges, deux échantillons d'opium indigène, obtenus à l'aide d'incisions pratiquées sur les têtes de pavots blancs de la Belgique.

M. de Pla faisait connaître qu'il avait employé l'opium qu'il avait récolté comme succédané de l'opium exotique, aux mêmes doses et dans les mêmes circonstances, et que cet emploi avait donné les mêmes résultats que ceux fournis par l'opium exotique.

38° En 1844, M. Bonafous a cultivé, sous le climat de Turin, *le papaver somniferum*, il a fait connaître qu'il avait récolté, par suite de l'incision de 100 têtes de pavots, 50 grains d'opium qui lui ont fourni 3 grains et demi de morphine, soit 7 pour 100.

M. Bonafous dit que l'incision transversale des pavots qu'il a employée fournit une quantité de suc double de celle qu'on obtient par des incisions longitudinales; l'opium obtenu par M. Bonafous avait une saveur amère; il n'exhalait pas l'odeur vireuse de l'opium exotique.

(1) On peut consulter sur le sujet qui nous occupe, les *comptes rendus de l'Institut* des années 1843 et 1844.

39° En 1845, M. Merck, de Darmstadt, fit des expériences sur la culture du pavot. Ce savant nous a fait connaître les faits suivants :

En 1845, M. Merck ayant reçu de son commissionnaire à Constantinople, un petit paquet de semences de pavots cultivés dans les villages de l'Anatolie, pavots qui fournissent d'excellents produits en opium, puisque cet opium dont il avait reçu plusieurs caisses, lui avait donné de 12 à 13 pour 100 de morphine parfaitement pure, il profita des saisons de 1846 et de 1847, pour multiplier sa semence et pour exercer six petits enfants à la récolte de l'opium, afin de faire ensuite un essai plus en grand.

En 1848, il ensemença un champ d'environ 1250 mètres carrés avec les semences de pavot, et il eut le plaisir de voir réussir sa culture. Les têtes de pavots étaient plus grosses que des œufs de poule et ils fournissaient un bel aspect, les plantes ayant une hauteur de près de six pieds, les fleurs étaient de couleurs diverses. M. Merck espérait une belle récolte; mais cette culture attira la populace d'un des faubourgs de Darmstadt qui, enivrée de la révolution de 1848, ravagea cette plantation et la détruisit presque entièrement, de telle sorte que M. Merck ne put traverser que deux fois son champ avec ses petits recueilleurs, pour opérer la récolte de l'opium.

Ces jeunes ouvriers étaient munis d'un petit couteau qui était tellement construit qu'il était impossible que sa lame traversât les parois de la tête de pavot, et qui n'y produisait que de petites scissures d'où le suc laiteux s'échappait.

Ce suc était recueilli d'une autre manière qu'on ne le fait en Orient, M. Merck faisait faire par trois des enfants, à toutes les têtes de pavot dont les pétales étaient tombées, des incisions, et, au bout d'une demi-heure, les trois autres suivant les premiers, avec de petites spatules en acier, à l'aide desquelles ils recueillaient le suc laiteux qui était placé dans une petite capsule en ferblanc.

Le suc recueilli, qui d'abord était blanc, prenait une couleur brune et se séparait en deux parties : l'une brune, extractive, très-amère, et l'autre était une espèce de caoutchouc. Ces deux parties, mêlées ensemble avec une spatule, donnaient un produit qui avait alors l'aspect et la consistance d'un opium très-pur. Cet opium, analysé très-exactement, a fourni à M. Merck 16 pour 100 de morphine parfaitement pure.

M. Merck dit qu'il est nécessaire que les pavots soient semés en lignes, de manière qu'on puisse traverser les planches sans toucher les plantes avec le corps; que, sans cela, on perd beaucoup d'opium.

Ce savant termine sa lettre en nous faisant connaître que son fils, qui étudie en ce moment l'économie rurale, se propose, dès qu'il sera établi, de poursuivre ces expériences sur une grande échelle, et qu'il espère en tirer de bons résultats, *parce que les semences de pavot ne perdent rien de leur valeur et que la récolte de l'opium se paye par elle-même.*

40° En 1851, M. Gernelle, jardinier en chef de l'École de pharmacie de Paris, récolta, en juin 1851, sur quelques pieds de pavots plantés dans le jardin de l'École, deux échantillons d'opium : l'un d'eux provenait du *papaver oriental;* l'autre, du *papaver bracteatum.* Le premier de ces opium ne fournissait pas de *narcotine*, mais seulement des traces de *morphine;* le second a fourni pour 4 grammes 70 centigrammes d'opium sec, 30 centigrammes de *narcotine* et 3 décigrammes 5 centigrammes de morphine.

41° M. Calloud, d'Annecy, par une lettre du 2 novembre 1851, nous fait connaître qu'il s'est aussi occupé de la culture du pavot; il dit que conduit par les travaux du chimiste de Dijon, il a fait de nombreuses expériences qui souvent n'ont pas été suivies d'heureux résultats (1).

M. Calloud espère avoir mieux réussi cette année; il a découvert la thébaïne dans l'opium indigène; de plus il espère avoir trouvé le tour de main à l'aide duquel M. Tilloy obtient de la morphine des têtes de pavot.

42° M. Grandval, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, a aussi fait, en 1851, des expériences sur le pavot indigène. Frappé des inconvénients que présente l'opium exotique, inconvénients qui résultent, le plus souvent, des falsifications que dans le commerce on fait subir à ce produit, il a pensé qu'en traitant par l'alcool à 72 degrés les têtes de pavots blancs indigènes, récoltées avant leur état complet de maturité, comme cela se fait en Orient, il pourrait obtenir un extrait alcoolique qui, repris par l'eau, donnerait un produit dont les propriétés pourraient être analogues et comparables à celles de l'opium exotique.

Les essais faits par M. Grandval ont été couronnés de succès. Un médecin a constaté que 25 centigrammes de l'extrait de pavot indigène équivalaient à cinq centigrammes d'opium exotique. Ce médecin établit que l'extrait indigène possède les propriétés sédatives et narcotiques de l'opium étranger.

(1) On se rappelle que M. Tilloy a fait connaître qu'il retirait de la morphine des pavots secs; mais les travaux faits par MM. Barruel, Mohamed Cherkaoui et par d'autres chimistes, ceux que j'ai tentés moi-même, ne m'ont pas fourni de morphine, si ce n'est quand j'avais employé des têtes de pavots encore vertes.

M. Grandval, qui a préparé cet extrait dans le vide, a constaté qu'il contenait 15 pour 100 de morphine.

43° En 1852, M. le ministre de la guerre adressa à l'Académie de médecine deux échantillons d'opium récoltés en Algérie, le premier par M. Germain, colon du village de Montpensier; le deuxième, par M. Malval, cultivateur à Fonka.

M. le ministre envoya plus tard trois échantillons des opium récoltés dans la pépinière du gouvernement, en 1844, 1850 et 1851.

44° M. Meunier, fils, nous remit un échantillon d'opium qu'il avait récolté à Noiscil, et qui provenait d'un semis fait avec des semences provenant des cultures Aubergier. Cet opium contenait 12 pour 100 de morphine.

45° En 1825, M. Subsol, docteur en médecine, à Sainte-Eulalie, adressa à l'Académie de médecine un échantillon d'opium indigène.

Ce praticien, dans une lettre qu'il nous fit l'honneur de nous écrire le 26 décembre 1852, nous donnait les détails qui suivent :

1° Un are de terrain, bien employé, peut fournir 900 pieds de pavots;

2° Chaque pavot porte, en moyenne, 5 capsules;

3° Chaque capsule fournit 8 centigrammes d'opium;

4° Une personne qui s'occupe bien peut recueillir, en 12 heures, 33 grammes d'opium de consistance pilulaire;

5° L'opium coûterait, au producteur, le prix de 24 francs le kilogramme pour la récolte;

6° Les frais de culture s'élèvent à 7 fr. 60 cent. par are;

7° L'are produit 360 grammes d'opium.

M. Subsol, d'après ce qu'il a observé, établit que l'opium brut indigène, tel qu'il est livré au commerce, reviendrait, impôt compris, au cultivateur, à 47 fr. 18 cent., et que celui-ci pourrait le vendre de 50 à 55 fr.

Nous ne discuterons pas ces chiffres, mais nous pourrions demander à l'auteur si l'on a tenu compte : 1° de l'emploi du scarificateur à plusieurs lames; 2° de l'habileté qu'acquièrent les individus qui font la récolte de l'opium; 3° de l'habileté d'exécution, quand le propriétaire donne des primes à l'ouvrier ou à l'ouvrière la plus habile; 4°de la possibilité qu'il y a de récolter de l'opium et de la semence de pavots, avec laquelle on pressure, et de l'huile d'œillette et des tourteaux; 5° des produits alcalins qu'on pourrait retirer de la combustion de la plante sèche, etc. Quoi qu'il en soit, les recherches de M. Subsol présentent un vif intérêt, d'autant plus que l'opium envoyé par M. Subsol contenait 9 pour 100 de morphine.

46° M. Chevot, colon, a adressé, en 1852, un échantillon d'opium qu'il avait récolté à Bou Ismaël (Algérie); mais cet échantillon était trop minime pour le soumettre à un examen sérieux.

47° M. Geruelle a continué, en 1852, ses essais dans les jardins dépendant de l'École de pharmacie, il a retiré de nouveau de l'opium indigène ses pavots provenant de divers semis, mais l'opium recueilli n'a pas été examiné.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus des recherches que nous avons faites, et des conséquences que nous avons sollicitées de toutes les personnes que nous savions s'occuper et s'être occupées de la culture du pavot et de la récolte de l'opium indigène.

Maintenant, revenons à ce que nous avons vu chez M. Aubergier.

Ce savant s'était proposé de cultiver en grand le pavot pour en recueillir le suc, à la suite d'incisions longitudinales, opérées sur les capsules fournies par ce végétal, incisions qui ne pénètrant pas l'endocarpe, permettent de recueillir à la fois et le suc qui, par évaporation, donne de l'opium de bonne qualité, riche en morphine, et les semences avec lesquelles on prépare de l'huile d'œillette, huile qui, comme on le sait, est employée dans les arts et l'alimentation de la classe moyenne, et qui, souvent mélangée à l'huile d'olives, est servie sur la table des personnes fortunées (1).

Ayant suivi les travaux entrepris par M. Aubergier, j'ai constaté que les moyens mis en pratique par ses soins donnaient de bons résultats.

Deux ouvrières opérèrent devant moi de la manière suivante : la première faisait sur les têtes de pavots, à l'aide d'un instrument à quatre lames, des incisions longitudinales. Ces incisions, qui ne pénétraient pas l'endocarpe, donnaient lieu à l'émission d'un suc blanc que la seconde ouvrière, suivant la première, enlevait avec son pouce; elle mettait ensuite dans un verre placé dans la poche de son tablier, le suc qu'elle avait recueilli, en essuyant son pouce sur les bords de ce vase. Le suc, ainsi recueilli, coule sur les parois du verre et se réunit au fond.

Ces deux ouvrières, dans l'espace de 45 minutes, récoltèrent 30 grammes de suc de pavot; ce qui donne 40 grammes de suc par heure et 400 grammes pour 10 heures de travail.

Ces 400 grammes perdent, par la dessiccation à l'étuve, 264 grammes d'eau, et laissent 136 grammes d'opium plus sec que celui qui est livré au commerce. Ces ouvrières étant payées 60 centimes par jour, on voit qu'elles récoltent plus de 125 grammes d'une valeur de 4 francs, en ne portant le prix de cet opium qui est pur, qu'à 32 francs. On voit qu'il y a là, par suite du travail de deux ouvrières, un bénéfice de 2 francs 75 centimes par jour.

Nous avons vu qu'en faisant la récolte : 1° le matin, avant le lever du soleil; 2° le soir, après son coucher; 3° toute la journée, lorsque le temps est humide, on récoltait de plus grandes quantités de suc: En effet, deux filles de fermiers récoltèrent, de 4 heures du matin à 5 heures 10 minutes (en 70 minutes), 82 grammes de suc de pavot, et le soir, en 67 minutes, 86 grammes. Il est vrai que ces deux jeunes personnes étaient très-habiles pour exécuter cette opération.

Des femmes peuvent facilement faire ce travail, il faut cependant qu'elles fassent un apprentissage; elles deviennent alors plus habiles par la pratique; on les stimule en donnant de faibles primes à celles qui font la récolte la plus abondante.

Le suc récolté devant nous nous fut remis, il fut converti en opium qui nous a fourni 17,50 de morphine pour 100.

M. Aubergier a établi que le suc de l'opium était d'autant plus riche en morphine, que la récolte du suc de pavot était faite sur les têtes de pavots vertes. Ce qui vient à l'appui de ce qu'avance M. Aubergier, c'est que nous avons retiré de la morphine de têtes de pavots prises vertes et que nous n'avons pu en obtenir de têtes de pavots prises à l'état sec, et cependant, dans ce dernier cas, nous agissions sur deux kilogrammes de têtes de pavots bien desséchées.

M. Texier, dans une note adressée à l'Institut a fait observer que la récolte de l'opium peut être anéantie par les pluies.

Nous ferons remarquer ici que la méthode mise en pratique sous les yeux de M. Aubergier, ne présente pas cet inconvénient. En effet, le suc qui sort des têtes de pavots n'a pas le temps d'être entraîné par l'eau, il est presque de suite recueilli et mis à l'abri des intempéries.

Nous avons voulu savoir si les semences, comme l'avaient dit quelques auteurs, étaient aussi abondantes et fournissaient autant d'huile, lorsqu'elles étaient prises sur des pavots ayant été incisés, que sur les pavots qui ne l'avaient pas été. Les essais que nous avons faits nous ont démontré que le fait avancé n'avait rien d'inexact. Nous avons bien trouvé quelques légères différences, mais elles étaient si minimes que cela ne méritait pas qu'on s'en occupât.

On voit, d'après tout ce que nous venons de dire, qu'il y a 263 ans que Belon signalait, dans ses écrits, la possibilité qu'il y aurait de cultiver, en Europe, le pavot pour en extraire l'opium, et que ce n'est qu'en 1796, en ne tenant pas compte de ce qui a été dit de Boulduc et d'autres savants, que pour la première fois Ball présenta à une société savante de l'opium indigène récolté en Angleterre. On doit se demander, lorsqu'on a examiné les faits, si la culture du pavot et la récolte de l'opium deviendront une richesse nationale? et si les essais faits jusqu'ici auront des résultats favorables à l'agriculture.

Ce qui cependant nous effraie, c'est que l'opium indigène a rencontré quelques adversaires parmi des hommes instruits, qui se sont demandés si l'opium récolté dans nos climats contenait les mêmes principes que ceux qui constituent l'opium exotique? S'il jouit des mêmes propriétés? Déjà Vauquelin, Mérat et Delens, Loiseleur Deslongchamps, Dronsard, Delafolie, Savaresi, Saxe, Bretonneau, etc., ont répondu d'une manière affirmative.

Nous osons espérer que des essais cliniques, faits dans les hôpitaux, avec l'opium indigène, récolté par M. Aubergier, démontreront qu'on peut utiliser ce produit dans l'art médical et qu'alors la culture de l'opium deviendra, pour l'agriculture française, une nouvelle source d'industrie.

(1) On a voulu, en 1742, par suite de spéculations commerciales, attribuer à l'huile d'œillette des propriétés malfaisantes; mais l'abbé Rozier fit justice de cette calomnie qui fit proscrire l'usage de cette huile pendant 31 ans. On a essayé, en 1852, de faire la même manœuvre; on conçoit d'avance qu'elle ne pouvait réussir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur d'Haro, médecin cantonnal à Gange, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Coincy (Moselle).

2° Rapport de M. le docteur Fruchier sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Thoranne et Quinson (Basses-Alpes).

3° Rapport de M. le docteur Guichard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sainte-Claude, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Valfin.

4° Rapport de M. le docteur Balme-Dugaray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy, sur une épidémie qui a régné dans le village de Monac.

5° Un rapport de M. le docteur Fuget du Pouget, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

6° Semblable rapport sur le service de l'établissement thermal militaire de Vichy, par M. le docteur Barthez, médecin en chef.

7° Six lettres relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. le ministre de Russie en France adresse, de la part du maréchal prince de Varsovie, un second travail de M. le docteur Schetyrkin, médecin en chef de l'armée active en Pologne, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans ce royaume en 1852.

Lithotritie.

M. Bonnefin adresse une note *sur un procédé qu'il n'a trouvé décrit nulle part.* Nous n'avons pas bien pu saisir par la description en quoi consiste ce procédé.

Huiles de foie de morue.

M. Berthé adresse une nouvelle note sur l'analyse de ces huiles.

Urétrotome.

M. Mathieu adresse une note sur un instrument semblable à celui que M. Charrière a présenté dans la dernière séance, dont il déclare que la priorité lui appartient, et qui incise la muqueuse par un mécanisme à ressort analogue à celui du scarificateur.

Analyse du lait.

MM. Doyère et Poggiale adressent, sur ce sujet, une note que nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro.

Proposition tendant à modifier le règlement.

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et propose de modifier ainsi qu'il suit le règlement :

« Dans toutes les nominations faites en dernier ressort par l'Académie, lorsque dix membres se seront entendus pour proposer une liste particulière de candidats, cette liste sera adressée au président qui la communiquera à l'Académie, et qui en fera distribuer les copies en même temps que celle des autres listes. »

Après une courte discussion, l'Académie décide que cette proposition sera renvoyée à une commission qui en fera l'objet d'un rapport à l'Académie.

LECTURES.

Réunion immédiate.

M. le docteur Mattéi lit un mémoire sur les avantages de la réunion immédiate, qu'il préfère, dans presque tous les cas, à la réunion médiate, et qui réussit, dit-il, presque toujours quand elle est convenablement pratiquée. Il propose un nouveau procédé de suture qui peut s'enlever avant l'établissement de la suppuration.

Paralysie atrophique.

M. le professeur Cruveilhier lit, sur ce sujet, la première partie d'une note que nous ferons connaître quand la lecture en sera terminée.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'épreuve écrite pour le concours de l'agrégation en chirurgie a été faite hier. La question donnée aux candidats était ainsi conçue : *Anatomie chirurgicale de la glande parotide ; tumeurs de la région parotidienne.*

— C'est par suite d'une erreur typographique, que le nom de M. Durand-Fardel n'a pas figuré le sixième sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique de l'Académie. Dans le comité secret qui a suivi dans la séance publique d'hier, l'Académie a confirmé la liste dressée par la section. La nomination aura lieu dans la séance prochaine.

— Berlin et la Prusse viennent de perdre un des savants les plus remarquables de notre époque, à qui cette belle science d'hier, la géologie, doit de si grands progrès. M. Léopold, de Buch, est mort le 4 mars, dans un âge avancé.

— *Hygiène publique.* — On lit dans le *Moniteur :*

Le gouvernement se préoccupe, avec une active sollicitude, de tout ce qui peut intéresser le bien-être de la classe laborieuse. Avant-hier, M. le ministre de l'intérieur réunissait sous sa présidence les deux comités d'hygiène publique et des arts et des manufactures, pour leur soumettre l'importante question de la substitution du blanc de zinc ou blanc de plomb ou céruse dans les travaux de peinture des bâtiments. On sait que l'emploi de la céruse détermine assez fréquemment des coliques saturnines et des accidents de nature qui l'ont fait, à juste titre, considérer comme dangereux.

Après un exposé de l'affaire, qui a eu lieu par un rapport du directeur général de l'agriculture et du commerce, M. le ministre a prié les membres des deux comités, composés d'hommes éminents dans la science et dans l'industrie, d'étudier avec soins les intérêts si précieux qui s'attachent à cette grave question, et de faire connaître, avec la plus entière indépendance, leur opinion au gouvernement.

Cette commission, prise dans le sein de l'assemblée, et composée de MM. Magendie, membre de l'Institut, et professeur au collége de France ; Chevreul, membre de l'Institut ; Bussy, membre de l'Institut, directeur de l'École de pharmacie ; Legentil, père, ancien président du tribunal de commerce de la Seine ; Barbier, administrateur des douanes ; Davenne, directeur de l'assistance publique ; Regnault, directeur de la manufacture de Sèvres, membre de l'Institut ; Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été chargée de préparer les éléments de la discussion, qui s'ouvrira dans une quinzaine de jours.

— **Le bel établissement thermal et des eaux minérales de Château-Gonthier** (Mayenne), fondé par M. le docteur Henry Bayard, va être prochainement mis en vente, par suite du décès de son fondateur.

Cet établissement possède des bains médicinaux et autres de toute nature. Les eaux minérales ferrugineuses sont analogues aux eaux de Spa.

Cet établissement, le seul existant dans l'Ouest, est placé sur les bords de la rivière la Mayenne, à 44 kilom. d'Angers.

L'adjudication s'en fera le lundi 28 mars 1853, en l'étude de Me Sesboüé, notaire à Château-Gonthier.

S'adresser, pour tous renseignements, soit au notaire, soit à M. le docteur Camus, rue Coquillière, 20, à Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc., par M. le docteur Jamain, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. — 1 vol. gr. in-18 de 612 pag. avec 189 fig. dans le texte. 6 fr.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1853, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1852, et les formules des médicaments nouveaux, par M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. (13e année). — 1 vol. gr. in-12 de 320 pag. 1 fr. 25.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Mode d'action des anesthésiques par inspiration. Moyens de prévoir quels agents peuvent en jouer le rôle, d'en composer de nouveau, et de modifier leurs propriétés suivant les indications, par M. E. Robin, professeur de chimie. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. Broch. in-8° de 42 pages.

Le choléra, son traitement facile et infaillible mis à la portée de tout le monde, moyens de s'en préserver et de s'en guérir, par le docteur St. de Kalieky, hydrothérape. — 1 vol. in-8 de 76 pages, Paris, 1853. Prix : 2 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, no 19.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 31. 1re année. Samedi 12 Mars 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la ventilation dans les hôpitaux. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. PIORRY. Du traitement iodé dans la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire), par M. Aristide Gleize. (*Suite et fin.*). — HÔPITAL NECKER. M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Accidents cholériques. Guérison. Fièvre typhoïde ; péritonite ; mort ; perforation intestinale ; lombric dans le péritoine. — **CLINIQUE RURALE** : Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans, par M. MACARIO. (*Suite.*) — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 11 mars 1853.

De la ventilation dans les hôpitaux.

Deuxième article.

Des discussions animées se sont engagées au sujet des projets de chauffage et de ventilation de l'hôpital Laribois-sière, depuis la publication de mon premier article (samedi 5 mars). J'ai dû prendre la défense du projet adopté par le jury qui a prononcé entre les divers entrepreneurs, par la raison toute simple que j'ai fait partie de ce jury et de la majorité qui a donné la préférence au projet de MM. Thomas et Laurens.

Si je suis bien informé, il n'a été pris encore aucune résolution définitive à cet égard. Il est donc encore opportun d'éclairer l'opinion publique, et surtout les médecins, si fort intéressés dans cette affaire.

On m'a fait diverses objections. On m'a dit que le procédé de ventilation proposé par MM. Thomas et Laurens, n'ayant pas été appliqué *à Paris* dans un grand établissement public, il était tout naturel que l'administration se refusât à l'exécution d'un système qui présentait des éventualités. J'ai répondu que les effets des agents mécaniques proposés par ces ingénieurs étaient si connus, et que ces agents jouissaient d'une puissance si évidemment supérieure à celle qu'il sera utile d'appliquer, qu'il n'était pas nécessaire qu'il s'en trouvât un exemple à Paris même pour démontrer leur efficacité. La puissance des tarares est d'ailleurs suffisamment prouvée à Paris par leur emploi dans presque tous les grands ateliers métallurgiques de la capitale. On les voit fonctionner partout où de grandes masses d'air doivent être poussées avec violence par une multitude de conduits. Les ateliers de MM. Farcoz, Derosne et Cail, Decoster et autres ; les ateliers du chemin de fer du Nord en offrent des exemples frappants, et que chacun peut voir et apprécier.

D'ailleurs n'y a-t-il pas ce grand fait si patent de la distribution du gaz d'éclairage dans tout Paris, au milieu de difficultés bien autrement grandes que celles présentées par la ventilation d'un hôpital. Cette distribution s'opère à des distances énormes par des gazomètres dont l'action est bien moins énergique que celle des tarares soufflants.

S'il n'y a pas actuellement à Paris un grand établissement où l'action des tarares ait été appliquée à la ventilation proprement dite d'un lieu habité par un grand nombre d'hommes, du moins je suis en mesure de montrer les plans des appareils installés, depuis plusieurs années, à la cristallerie de Baccarat (Meurthe). Là, existe un vaste atelier de taille des cristaux, dans lequel travaillent sept cents ouvriers plongés dans une atmosphère saturée d'humidité. Ces ouvriers souffraient énormément de cet état de choses. On a profité de la puissance des deux turbines qui font mouvoir toutes les machines, pour faire tourner deux grands tarares. Ces tarares poussent dans l'atelier une énorme quantité d'air. Depuis ce moment, tout a changé de face dans l'atelier, au grand avantage des sept cents ouvriers qui s'y tiennent pour leur travail.

Je puis citer d'autres exemples d'après une imposante autorité. Dans une discussion élevée sur le même sujet dans le sein de la Société centrale d'agriculture, M. Dumas s'est exprimé de la manière suivante :

« On est exposé, dans l'emploi des procédés de ventilation, à d'assez graves erreurs. Ainsi je citerai l'exemple de ce qui a eu lieu pour la salle de l'Assemblée législative. En 1849, à l'époque où le choléra sévissait, on reconnut que la ventilation de la salle était défectueuse. Les appareils de ventilation fonctionnaient régulièrement et cependant le renouvellement de l'air était complétement nul. On constata que les appareils de deux sortes qu'on avait établis, les fourneaux d'appel et les *tarares aspirants*, par suite des faux courants qui s'étaient formés, rejettaient dans le jardin tout l'air qu'ils y avaient pris et ne ventilaient nullement la salle. Je conseillai d'y substituer le mode d'insufflation ; et, dès ce moment, le résultat fut très-satisfaisant.

« Ce qui m'avait porté à conseiller d'abandonner le système d'aspiration, c'est que j'avais été à même de reconnaître, en plusieurs circonstances, les bons effets de l'insufflation. Ainsi dans la salle de distribution des lettres à Londres, où 1500 personnes sont réunies, il n'y a pas la moindre odeur. Le ventilateur est placé dans un conduit ; l'air pénètre par quatre orifices pratiqués aux quatre coins dans le haut du local ; l'air vicié est ainsi foulé et contraint de sortir par les ouvertures du bas de la salle.

« En résumé, il y a dans la pratique une différence énorme entre les avantages de la ventilation par insufflation et de celle par aspiration. A dépense égale, le pre-

mier mode présente une sûreté qu'on ne trouve pas dans le second. En effet, il est évident que lorsqu'on emploie un ventilateur soufflant, l'air foulé entrant, il faut que l'air sorte. Quand, au contraire, on procède par aspiration, il s'établit, par les fissures du local, les joints de portes et fenêtres de faux courants qui ne contribuent pas au renouvellement de l'air. » (*Bullet. de la Société d'Agriculture*, n° 7, 1852, p. 416.)

Dans les discussions du jury, M. Regnault, son président, a cité un hôpital de Londres, dans lequel la ventilation *par insufflation* est appliquée avec un plein succès.

Qu'on me permette enfin d'appeler particulièrement l'attention des médecins sur ce point important : au moyen des tarares, et grâce à leur puissance, on peut aller puiser l'air destiné aux malades, non plus dans les caves ou dans les cours de l'hôpital, mais *aussi loin qu'on voudra*, de manière qu'en cas d'épidémie, par exemple, on pourra leur fournir un air entièrement neuf, puisé, soit à une grande hauteur dans l'atmosphère, au-dessus des brouillards et de la région des miasmes, soit loin de l'hôpital, dans une promenade publique, un jardin, sur un boulevard. Rien de plus facile, à l'Hôtel-Dieu, que de puiser l'air au haut de l'une des tours de Notre-Dame. A la Maternité, on pourrait le prendre sur la terrasse de l'Observatoire ou au centre du Luxembourg. Par ce seul fait, les conditions de salubrité d'un hôpital seraient complétement changées. Or, pour obtenir un si grand et si désirable résultat, il suffirait d'établir, dans un coin de l'hôpital, une petite machine à vapeur de la force de quelques chevaux, et de promener, dans toutes les parties de l'hôpital, des tuyaux analogues à ceux qui portent le gaz de l'éclairage. Chaque salle, chaque lit aurait *son bec d'air pur*, chaud en hiver, frais en été. Je laisse aux médecins le soin d'apprécier les immenses avantages qui résulteraient, pour les malades, de ces salutaires dispositions.

Mais il est démontré que des effets aussi complets ne pourraient être obtenus que par des *appareils soufflants ;* les divers *agents d'aspiration* n'y sauraient suffire.

Quant à la question d'économie, voici ce qui a été parfaitement démontré au jury : la ventilation de l'hôpital tout entier *ne coûtera rien* en hiver, par la raison qu'on utilisera, pour le chauffage, toute la chaleur de la vapeur qui aura fait marcher les machines ventilantes. Il en sera de même en été ; la ventilation *ne coûtera rien*, parce que la vapeur sera utilisée pour les bains, la buanderie, l'élévation de l'eau destinée au service de tout l'hôpital, etc.

Enfin, telle serait l'organisation de ce service si important, que, dans aucun cas, il ne serait ni ralenti, ni interrompu ; qu'on pourrait au contraire, au besoin, augmenter et doubler sa puissance, et que, dans tous les cas, on aurait constamment la mesure exacte des effets produits par le nombre des évolutions accomplies par les ailes des tarares. Avec le système de l'aspiration, on reste dans un doute fâcheux.

J'ignore quel sort aura, en définitive, la décision éclairée et consciencieuse du jury. Mais ce que je puis affirmer, sans craindre de recevoir un démenti de l'avenir, c'est qu'avant peu la ventilation des grands établissements, par le système des agents mécaniques soufflants, aura remplacé partout le système de l'aspiration, dont de grandes et solennelles expériences ont démontré jusqu'à l'évidence l'infériorité, infériorité sur laquelle le calcul et la théorie ne laissaient aucun doute.

Dès 1840, dans un grand travail sur le renouvellement de l'air dans les magnaneries, j'avais démontré cette vérité par trois séries d'expériences comparatives et concluantes qui avaient embrassé trois années successives. Toutes les études faites depuis cette époque n'ont fait que donner plus de poids à ma démonstration.

ROBINET, *membre de l'Académie de médecine.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. PIORRY.

Du traitement iodé dans la pneumo-phymie (phthisie pulmonaire).

(*Suite et fin. Voir le n° 30 du 10 mars.*)

Étant donnée une induration présumée tuberculeuse, soit au-dessus, soit au-dessous de la clavicule, car c'est là le siége d'élection des tubercules, on applique directement sur la peau une plaque de diachylon d'une étendue suffisante et l'on a soin de dessiner sur cette plaque la clavicule comme point de repère. L'interposition du morceau de sparadrap, sous le doigt qui percute ou sous l'oreille qui ausculte, est parfaitement insignifiante, et n'altère en rien les résultats de l'un et de l'autre mode d'exploration. Existe-t-il une matité bien limitée, on la circonscrit très-nettement à l'extérieur par des lignes noires, tracées sur la plaque de diachylon, et l'on note également les phénomènes stéthoscopiques qui s'observent au même niveau. Existe-t-il une caverne au milieu de l'espace mat, pour le faire ressortir davantage, le point occupé par la caverne est laissé en blanc, tandis qu'on ombre fortement à l'entour la matité qui l'environne. Quelquefois, au lieu d'une matité bien régulière et bien dure, il y a seulement une simple obscurité de son et assez mal limitée : on en reproduit encore les contours tels que la percussion les indique, et l'on ombre d'autant moins les points obscurs qu'ils se rapprochent davantage de la sonorité normale. Dans tous les cas, les résultats de l'auscultation sont couchés à côté de ceux du plessimétrisme sur la plaque de diachylon, qui devient dès lors la feuille de diagnostic du malade. On conçoit d'ailleurs qu'au lieu de se servir d'une plaque de diachylon, on pourrait dessiner les états organopathiques immédiatement sur la peau elle-même, ou bien encore sur la chemise du malade, sauf à les retranscrire ensuite sur une feuille de papier, où on les conserve, afin de les comparer à différentes époques du traitement.

Tout l'examen dont nous venons de parler est fait avec un soin extrême ; et pour que le diagnostic soit encore plus sûr, le chef de clinique, les élèves du service, tous ceux qui le demandent, sont appelés à vérifier les résultats du professeur. En outre, les jours suivants, on revient plusieurs fois de suite à l'examen du même malade, et de cette manière il n'y a guère d'erreur possible. Ajoutons qu'indépendamment des phénomènes de percussion et d'auscultation, on ne laisse pas que de consulter en même temps certains autres symptômes plus ou moins importants, tels que les pneumorrhagies antécédentes, la toux, les crachats nummulaires, les circonstances analogues de la maladie, son début et sa marche, les symptômes généraux qui l'accompagnent, etc. C'est ainsi que de tous les malades dont nous avons parlé, il n'y en avait pas un seul dont le diagnostic ne reposât au moins sur un signe réuni au cortége des signes fonctionnels ; et cela devait être, car autrement qu'aurions-nous pu conclure d'une thérapeutique qui n'aurait pas été basée sur un diagnostic positif ?

Il va sans dire que l'emploi du traitement iodé n'empêche pas le médecin de surveiller attentivement les symptômes qui coexistent avec la phthisie pulmonaire, et de leur donner, s'il le faut, des soins particuliers.

Ainsi, par exemple, une médication corroborante est en général des plus utiles pour les malheureux phthisiques ; mais elle sera d'autant plus nécessaire que l'individu se trouvera déjà plus affaibli.

C'est là une indication constante, et qu'il ne faut jamais perdre de vue, malgré les indications accessoires qui peuvent surgir et parfois réclamer, mais toujours passagèrement, l'emploi de moyens d'une nature toute contraire. Quelquefois, les antiphlogistiques devront être employés, soit dans certains cas de phthisie aiguë, soit en présence d'une pneumorrhagie assez considérable, soit enfin pour combattre les pleurésies partielles ou autres phlegmasies intermittentes; mais cette intervention de la médication débilitante ne doit avoir lieu que de loin en loin, et toujours dans une prudente mesure. Plus souvent, l'émétique sera utile pour faire expectorer les malades, et même indépendamment de toute complication grave tendant à obstruer les bronches. Pour peu qu'il y ait bronchorrhée, ce médicament devra, en général, être administré de temps à autre dans le courant du mal, à moins, toutefois, que le malade ne soit déjà dans un état d'hypémie trop considérable, qu'il n'ait une diarrhée excessive, ou enfin des vomissements fréquemment répétés. Pour ce qui est des vomissements, il y a une distinction importante à faire : car loin d'être toujours le résultat d'une gastrite, d'une souffrance prononcée de l'organe digestif, les vomissements des phthisiques ne sont le plus souvent que le résultat des quintes de toux et d'une action purement mécanique exercée alors par le diaphragme sur l'estomac; or, on conçoit que dans ce dernier cas les vomissements ne sont point une contre-médication à l'émétique. Mais en voilà assez pour faire comprendre, d'une manière générale, qu'indépendamment de la tuberculariſation pulmonaire elle-même, chaque état organopathique coexistant doit être pris en considération par le praticien; et sans nous arrêter davantage à décrire les soins qui conviennent à chacun de ces états, nous nous hâtons de revenir à la partie fondamentale de notre sujet qui est la médication iodée.

Le traitement complet par l'iode se compose, comme nous l'avons dit, de trois parties : 1° inspirations de vapeurs iodées; 2° iodure de potassium à l'intérieur; 3° frictions avec la teinture d'iode.

Divers appareils ont été inventés à plusieurs reprises pour l'usage des vapeurs iodées. C'est ainsi que, dans un temps, MM. Chartroule et Chevallier fils imaginèrent de fabriquer des cigarettes iodées qu'on faisait fumer aux malades. Un peu plus tard, M. Chartroule reconnaissant l'immense inconvénient qu'avaient ces cigarettes, de produire une fumée qui faisait beaucoup tousser les malades, entreprit de leur substituer un appareil analogue à celui dont Cottereau se servait pour les inspirations de chlore, et qui consiste en un simple flacon rempli d'une certaine quantité d'iode et muni supérieurement d'une double tubulure par où passent, d'une part un tube à air, et d'autre part un tube d'inspiration. Cet appareil a encore l'inconvénient d'être très-fatigant pour les malades et de les faire tousser, ce qui n'empêche pas cependant M. Chartroule de continuer à s'en servir encore aujourd'hui; et l'Académie de médecine, à laquelle il en a fait part, laisse toujours attendre le mémoire qui doit le juger. D'autres ont proposé de faire aspirer les vapeurs d'iode à l'aide d'une pipette, mais on conçoit que c'est là une méthode tout à fait détestable, etc. Bref, de tous les appareils inventés pour les inspirations de vapeurs iodées, le plus simple et le meilleur tout à la fois consiste dans un flacon de verre à large tubulure, c'est-à-dire un bocal ou une conserve de la capacité d'un à deux litres, au fond duquel on met quelques grammes d'iode. Afin de dégager de là une plus grande quantité de vapeurs d'iode, M. Charcot, interne lauréat de cette année, et chef de clinique nommé de M. Piorry, a proposé de mettre une lampe à esprit-de-vin sous le flacon. Mais si l'on fait attention que l'iode se volatilise très-bien à la température ordinaire, on verra qu'on ne gagne pas grand'chose à chauffer ainsi le vase qui le contient. Indépendamment du grand bocal, d'autres bocaux, mais plus petits (ou des soucoupes), également pourvus d'une certaine quantité d'iode, sont disposés, au nombre de trois ou quatre environ, autour du lit du malade, et assez bas pour qu'elles ne manquent pas de venir entourer celui-ci en se dégageant. Pendant la nuit, pour concentrer davantage ces vapeurs, on tient les rideaux du lit fermés, et le malade dort ainsi dans une atmosphère iodée. Mais le point essentiel, le point sur lequel il faut surtout insister, c'est l'inspiration fréquemment renouvelée, pendant le jour, des vapeurs d'iode qui se dégagent du grand flacon. On comprend pourquoi ce flacon doit être grand et à très-large tubulure : c'est afin que les vapeurs d'iode qui s'en dégagent arrivent à la bouche du malade, et soient mêlées d'une assez forte proportion d'air pour les rendre moins irritantes.

Une autre précaution essentielle à garder, c'est de ne pas faire plusieurs inspirations de suite, de peur qu'il n'en résulte plus d'excitation qu'il ne convient et que la douleur ne réveille la toux qui pourrait elle-même amener une pneumorrhagie; les malades devront donc ne faire qu'une seule inspiration chaque fois, mais très-profonde, de manière à porter dans les voies de l'air une grande quantité de vapeurs iodées, et cette inspiration sera renouvelée le plus grand nombre possible de fois par jour. Il n'y a pas longtemps que l'expérience a appris que si on fait des injections avec la teinture d'iode dans des cavités où existaient auparavant des tubercules, la guérison ne se fait pas généralement attendre. Or, on ne voit pas pourquoi ce qui réussit si bien pour d'autres organes ne réussirait pas aussi pour les poumons, et il est très-naturel, au contraire, de penser que les mêmes injections guériraient là les phymospécis (cavernes tuberculeuses) tout comme ailleurs. Peut-être donc qu'un jour viendra où le médecin sera assez adroit pour porter un trois-quart affecté dans les cavernes tuberculeuses des poumons (phymospécis pulmonaires) et injecter par cette voie de la teinture d'iode suffisamment étendue d'eau. En attendant cette heureuse audace, M. Piorry, ainsi que nous l'avons déjà dit, a imaginé, pour porter néanmoins une certaine dose de teinture d'iode jusque dans la profondeur des poumons phymospéiques, de l'y faire parvenir au moyen de la respiration, c'est-à-dire qu'il fait respirer, aux pauvres phthisiques porteurs de cavernes, les vapeurs qui s'élèvent d'un bocal dans lequel on a mis 100 grammes de teinture d'iode maintenue à une température de 60 degrés centigrades environ. On pourrait par conséquent admettre, au point de vue du traitement, deux époques bien distinctes de la phthisie pulmonaire : l'une où il n'y a que de simples engorgements tuberculeux et où conviendraient particulièrement les vapeurs d'iode; l'autre où il y a des cavernes et où les vapeurs de teinture d'iode semblent plus spécialement indiquées. Toutefois, il faut l'avouer, l'iode simple peut différer à toutes les périodes, et aussi s'en contente-t-on généralement pour toutes les époques du mal, vu le double avantage qu'offre d'ailleurs ce médicament d'être moins irritant que la teinture d'iode et de dégager des vapeurs à la température ordinaire, tandis que la teinture d'iode a besoin d'être chauffée.

On a accusé les vapeurs d'iode de produire des accidents. Le fait est que, dans le commencement de leur administration, elles paraissent en général augmenter les états organopathiques du malade; on observe l'apparition d'un catarrhe aculaire, d'un coryza et de céphalalgie; mais bientôt les symptômes, toujours très-légers, se dissipent et l'amélioration commence. Pour notre part, voici ce que nous avons observé depuis le commencement de cette année : la plupart des malades n'ont eu qu'un malaise momentané, âcreté et sécheresse de la gorge, ardeur dans le sternum, céphalalgie, etc.; chez quelques-uns, il est vrai, les vapeurs d'iode ont d'abord augmenté l'oppression, la toux et l'état de souffrance général, mais ils se sont ensuite habitués à ces vapeurs en les abandonnant quelque temps et puis y revenant peu à peu; enfin, certains malades ne s'en sont pas trouvés un seul instant incommodés et ils ont même trouvé tout d'abord qu'elles leur faisaient du bien.

Concurremment avec les inspirations fréquentes de vapeurs iodées, on emploie l'iodure de potassium qu'on administre à l'intérieur à une dose variable de 0,50 cent. à 3 ou 4 grammes suivant l'âge, le sexe, les forces et la tolérance du malade. Le seul cas qui contre-indique l'emploi de ce médicament est une diarrhée trop abondante, car l'iodure de potassium qui, dans les cas ordinaires, ne provoque nullement la diarrhée, pourrait ici

l'augmenter encore. Nous ne parlerons pas des autres accidents qu'on a reprochés à l'iodure de potassium et qui ne sont que des effets physiologiques de ce médicament, parfaitement semblables à ceux des vapeurs d'iode, si ce n'est qu'il y a souvent de plus des borborygmes et des coliques.

Enfin, une dernière partie du traitement iodé consiste dans des frictions au niveau de la partie malade avec la teinture d'iode étendue d'un tiers d'eau. Ces frictions seront renouvelées au moins chaque soir, et on évitera de les faire deux jours de suite exactement sur le même point, car il faut prendre garde d'enflammer la peau. Quant à l'époque où les frictions peuvent être avantageuses, ce n'est certainement pas dès le début du mal, mais seulement dans le cas de tubercules anciens et ramollis, alors que s'est établie, entre les vaisseaux des parois thoraciques et ceux du pourtour des masses affectées, cette communication anormale et bien mise au jour par M. Natalis Guillot.

Tel est le traitement iodé appliqué suivant la formule de M. Piorry. On conçoit qu'on pourrait l'étendre encore davantage à volonté et ajouter par exemple des bains iodés, des lavements iodés, etc.; mais ce serait vraiment le compliquer beaucoup pour n'y pas gagner grand'chose.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration ne se fait généralement pas attendre, et quelquefois au bout de 8, de 15 jours ou de trois semaines, rarement plus, on trouve déjà une diminution considérable dans l'étendue de l'espace malade dont l'organographisme avait permis de conserver le dessin exact. Cependant, il faut l'avouer, pour retirer tout le fruit qu'on peut attendre de ce traitement, en général il doit être continué avec la plus grande persévérance pendant plusieurs mois ou même des années entières. C'est le seul moyen d'obtenir des guérisons véritablement solides et définitives, autrement, alors même que la guérison eût été le mieux établie en apparence, les malades s'exposent à être obligés de revenir après plus ou moins longtemps au traitement qui les avait une première fois sauvés. Les cas plus favorables d'ailleurs pour la réussite du traitement iodé sont surtout ceux où le mal est circonscrit et médiocrement limité, et on l'a vu échouer même, lors du premier degré, quand l'infiltration tuberculeuse occupait une très-large surface; tandis que, au contraire, il a quelquefois compté des succès chez des malades parvenus à ce qu'on appelle la troisième période, mais chez qui les tubercules ne se trouvaient que dans une partie limitée.

Quant à la manière dont nous comprenons l'effet curatif du traitement iodé, nous ne pensons vraiment pas que ce soit en opérant la résorption des tubercules, le médicament capable d'opérer ce miracle est encore à trouver. Mais l'anatomie pathologique, avons-nous dit, a montré que dans quelques cas la guérison peut avoir lieu soit par suite de la cicatrisation des cavernes, après l'élimination de la matière tuberculeuse ramollie, soit par suite de la pétrification de cette matière. Il est permis de penser que là où le traitement iodé agit efficacement, c'est peut-être parce qu'il combat et éteint dans l'économie les conditions pathogoniques de la sécrétion tuberculeuse et apprête ainsi le développement des tubercules; soit mieux encore lorsque ces corps hétérologues sont déjà ramollis, parce qu'il active leur élimination par voie d'expectoration et favorise ensuite la cicatrisation des cavernes restées derrière eux.

Quel que soit son mode d'action, toujours est-il qu'aujourd'hui le traitement iodé constitue contre la phthisie le moyen par excellence. Les faits dont nous sommes servi pour établir sa supériorité sur toutes les autres méthodes actuellement connues, ont déjà été en grande partie cités dans le *Traité de pathologie iartrique* de M. Piorry ou dans son *Atlas de plessimétrisme*, et ces faits sont incontestables comme le plessimétrisme lui-même sur lequel ils reposent. Aussi n'est-il plus permis au médecin véritablement consciencieux de se croiser les bras devant la phthisie, et puisque le traitement iodé peut aider d'une manière quelquefois merveilleuse aux efforts curatifs de la nature, il doit au moins essayer de ce traitement qui, après tout, ne risque d'exposer en aucune façon d'empirer l'état du malade, alors même qu'il ne serait pas prouvé qu'il l'améliore presque toujours ou même qu'il guérit dans un certain nombre de cas. Et quand nous disons traitement iodé, nous ne prétendons point pour cela que le praticien ne doive pas remplir en outre les indications spéciales à tel ou tel cas donné. Loin de nous cette pensée, puisque au contraire nous avons déjà insisté, dans le courant de cet article, sur la nécessité de surveiller ici comme ailleurs chaque état organopathique particulier. Ce n'est pas M. Piorry qui peut jamais avoir eu l'idée d'opposer à la phthisie un traitement unitaire, seulement il est convaincu que contre cette terrible maladie qui moissonne avant le temps nos jeunes générations, la base du traitement doit toujours être la médication iodée; joignez à cela la médication corroborante, et toutes les autres indications ne sont plus qu'accessoires et accidentelles.

Attendu que la vérité est le premier devoir du médecin, nous nous empressons de rectifier une erreur importante commise par mégarde, dans le *Moniteur des Hôpitaux* du jeudi 10 mars 1853, à propos d'un relevé statistique fait l'année dernière, par M. Frémy, sur les phthisiques du service de M. le professeur Piorry. Nous avions dit que sur 35 phthisiques traités dans l'espace de sept mois, par la médication iodée, 11 avaient été guéris; mais en réalité il n'y a eu, sur 33 malades au lieu de 35, que 4 guérisons et 11 améliorations, le reste nul. Nous renvoyons d'ailleurs, comme nous l'avions déjà fait pour les détails, au relevé statistique de M. Frémy, imprimé l'année dernière, dans la *Gazette des Hôpitaux*. ARISTIDE GLEIZE, *élève externe*.

Hôpital Necker. — Service de M. HERVEZ DE CHÉGOIN. — M. FRÉMY, suppléant.

1° Accidents cholériques. — Guérison.

Les quelques cas d'affection choléri formes qu'on a observés dans ces derniers temps donneront peut-être quelque intérêt au fait suivant :

Le 1er février, est entrée dans le service de M. Hervez de Chégoin, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, n° 10, la nommée Lambert-Françoise, journalière, âgée de 49 ans.

Assez forte, quoique un peu maigre et sèche, elle est habituellement bien portante.

Jeudi, 28 janvier, sans cause connue, elle a été prise subitement, vers le milieu de la journée, d'une colique vive qui a donné lieu à une selle très-abondante, dont elle n'a pu indiquer ni la nature, ni l'aspect.

Soulagée complétement, elle put se remettre au travail, et le soir elle prit de bon appétit son repas, composé d'une soupe aux haricots et de pain.

A partir de ce moment, sentiment de pesanteur au niveau de l'épigastre, et pendant la nuit, selles nombreuses et très-considérables, précédées d'un seul vomissement. Les matières vomies étaient constituées en grande partie, dit la malade, par des grumeaux de pain non digérés, et les selles par un liquide couleur jaunâtre.

Les selles ont persisté jusqu'au 1er février, jour d'entrée de la malade, avec une fréquence très-grande, dix, quinze par jour, quoique moins considérables que la première nuit, mais elles ont perdu leur coloration jaunâtre pour devenir incolores, et dans la nuit du 30 au 31 elles ont présenté ce caractère particulier, de renfermer des grumeaux blanchâtres.

Le 30, la malade avait éprouvé, dans les pieds, ce qu'elle appelle elle-même des crampes, douleurs ayant le caractère de la contraction, si intenses qu'elles lui arrachaient des cris violents, et dont la durée totale, sous forme de trois accès, ne dépassa pas une demi-heure.

Du reste, concurremment avec ces symptômes, pas de phénomènes fébriles, mais sensation presque continuelle de froid; pas de céphalalgie; voix avec son timbre et sa force; sécrétion urinaire diminuée, mais non suspendue.

Quand nous voyons la malade, le 2 février, elle paraît pâle, affaissée, un peu froide.

On prescrit : riz ; sirop de coings ; lavement le 3 au matin. Depuis le lavement donné la veille, il n'y a eu que deux selles liquides assez abondantes, de couleur un peu jaunâtre, constituées probablement par la matière même du lavement. Le soir, pas de nouvelle selle, bonne physionomie, rétablissement complet.

Crampes, selles liquides, contenant des grumeaux blanchâtres; affaissement ; sensation de froid, voilà bien les caractères dont la réunion constitue, en grande partie, l'excrétion symptomatique du choléra.

Mais ici les selles cholériques n'ont été qu'un phénomène tout à fait transitoire, ainsi que les crampes, et l'affaissement, accompagné de froid, peut très-bien s'expliquer par l'affaiblissement des évacuations alvines considérables. La voix d'ailleurs n'a nullement été altérée, et la sécrétion urinaire a continué. Enfin, l'absence de phénomènes asphyxiques ne contribuait pas peu à détruire, chez cette malade, l'idée d'une affection véritablement cholérique, à laquelle on aurait pu croire au premier abord.

2° Fièvre typhoïde; péritonite; mort; perforation intestinale; lombric dans le péritoine.

Note recueillie par M. Alby, *interne du service.*

Les exemples de perforation intestinale à la suite de fièvre typhoïde ne sont pas extrêmement rares. Cependant le cas suivant d'une lésion de ce genre s'est présenté avec des particularités assez curieuses, pour que la relation en soit lue avec quelque intérêt.

La nommée Thomasset, Marie, âgée de 21 ans, domestique, d'un tempérament lymphatique sanguin, d'une constitution assez forte, est entrée, le 23 février 1853, à la salle Sainte-Adélaïde, lit N° 3.

Cette malade habite Paris depuis sept mois. Habituellement bien réglée, les règles auraient dû revenir ces jours derniers, à peu près au moment où la maladie a commencé.

Il y a huit jours, frissons irréguliers, céphalalgie, sentiment de fatigue, inappétence, pas de vomissements ni de diarrhée. La persistance des symptômes l'a obligée de garder le lit depuis huit jours, et dans cet intervalle elle a eu un épistaxis.

Au moment de son entrée, elle présente à peu près les mêmes symptômes ; pas de diarrhée, dit-elle, mais sensibilité vive de l'abdomen à la pression, surtout vers les fosses iliaques ; pas de taches.

Un peu de toux et quelques râles de bronchite des deux côtés de la poitrine.

Céphalalgie existant surtout dans le côté droit de la tête, et en arrière de l'oreille.

Pouls fébrile, fréquent, présentant de l'ampleur et une certaine force.

On prescrit trois pots de limonade, eau de Sedlitz et cataplasmes vinaigrés, camphrés sur le ventre ; diète.

L'état de la malade n'a pas paru se modifier sensiblement pendant quelques jours ; peut-être seulement la stupeur et l'aspect de la souffrance se sont-ils prononcés davantage. Du reste, il n'y a pas eu de nouvel épistaxis, et on n'a pas constaté de taches.

Mais le 2 mars, aggravation considérable des symptômes. Les douleurs du ventre sont si considérables, qu'elles arrachent des cris plaintifs à la malade : une pression légère l'exaspère.

Cessation de la diarrhée, mais pas de vomissements; langue sèche, couverte d'un enduit épais, blanchâtre et fendillé ; narines pulvérulentes ; décubitus dorsal ; figure grippée.

Opium, 0,10 en 2 pilules ; lavement laudanisé; onctions sur l'abdomen avec du laudanum ; bains.

Aspect de souffrance plus marqué encore ; figure rouge, injectée ; sueur froide sur le front et autour du nez ; narines pulvérulentes ; pouls très-fréquent, quoique ayant conservé une certaine force ; extrémités froides et bleuâtres ; pas de vomissements, pas de dévoiement, ventre toujours très-douloureux, soit spontanément, soit à la pression.

La mort a lieu le 3 au soir.

Autopsie le 5 au matin.

Péritonite générale. L'épiploon, les intestins sont baignés par un liquide purulent et légèrement agglutinés par quelques fausses membranes très-ténues, très-molles, au point de se rapprocher d'une solution un peu concentrée de gomme. En soulevant les anses intestinales, on trouve dans les flancs, et surtout dans le bassin, trois ou quatre verres de liquide purulent : dans ce liquide et entre les anses intestinales un lombric.

L'intestin, modérément distendu par des gaz, contient deux lombrics ; la muqueuse, qui a un aspect général de pâleur, ne présente que trois plaques de Peyer à l'état gaufré, sans trace d'ulcération, mais une perforation, ayant une circonférence d'une petite pièce de vingt centimes, et dont les bords, un peu injectés, indurés, indiquaient manifestement un travail d'ulcération, existe à quelques pouces de la valvule iléo-cœcale. Le cœcum et le gros intestin sont sains. C'est autour de la perforation que la surface péritonéale présente une couche un peu consistante, pseudo-membraneuse, mais qu'on détache très-facilement. Plusieurs ganglions mésentériques, en rapport de siége anatomique avec les plaques gaufrées et la perforation, sont très-engorgés ; à la coupe, on trouve du tissu ganglionnaire friable et un peu ramolli, divisé par fragments entre lesquels est interposée une matière purulente d'un aspect brun sale.

Foie et rate de volume et d'aspect normal.

Poumons sains : rien dans la plèvre.

Le cœur n'a pas été examiné.

CLINIQUE RURALE.

Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans,

Par M. Macario, *D. M. P., ex-député au parlement sarde, médecin à Sancergues* (Cher).

(Suite.)

§ IX. *Traitement.* — S'il est une maladie qui réclame les émissions sanguines, c'est à coup sûr la pneumonie. Elles sont ici doublement indiquées et par la nature même de l'inflammation, et par la nature même de l'organe qui reçoit, dans un temps donné, tout le sang que contient le corps entier. Or, quand un organe est malade, la première indication à remplir, c'est son repos absolu, s'il est possible. Le repos absolu est impossible ici, mais on peut diminuer le travail du poumon par la soustraction d'une certaine quantité de sang. Aussi la phlébotomie est-elle généralement employée seule, ou du moins comme le principal remède dans le traitement de cette affection. Les émissions sanguines sont, suivant les indications, secondées par les révulsifs ou les dérivatifs externes ou internes.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur la quantité de sang à soustraire. Les uns emploient la saignée d'une manière modérée, les autres la saignée à haute dose. M. Bouillaud, convaincu que la plupart des médecins ne tiraient pas une assez grande quantité de sang, dans un temps donné, aux péripneumoniques, a usé, et avec succès, des émissions sanguines réitérées ; il en a formulé les règles d'une manière rigoureuse. Cette méthode est connue sous le nom de méthode *jugulante* ou des *saignées coup sur coup*. On la trouve exposée dans tous les ouvrages didactiques. Cette méthode est absolument impraticable dans les campagnes, où il est impossible de voir les malades deux fois par jour pour, peu qu'ils soient éloignés. La méthode ancienne elle-même, qui consiste à répéter tous les jours la saignée pendant cinq à six jours de suite, et même davantage, ne peut pas être employée pour les mêmes motifs. Nous allons bientôt exposer notre méthode, la seule qui puisse

être adoptée dans les campagnes, et qui est d'ailleurs constamment couronnée de succès entre nos mains.

Une méthode moderne, prônée avec enthousiasme par les uns, dénigrée avec acharnement par les autres, c'est la méthode rasorienne, ou le traitement contro-stimulant par l'émétique à haute dose. Cette médication ne mérite ni l'éloge exagéré des uns, ni le dénigrement outré des autres. Nous l'avons expérimentée plusieurs fois avec succès; et combinée avec les émissions sanguines, elle est appelée à rendre de très-grands services à l'art de guérir. C'est alors le traitement mixte, celui que nous employons de préférence à tout autre. Nous allons le développer avec soin, car nous sommes intimement convaincu de son excellence.

Dès que nous sommes appelé auprès d'un malade atteint de pneumonie aiguë, nous débutons, quelle que soit la période de la maladie, à moins que le sujet ne soit plongé dans une grande prostration ou tout à fait désespéré (1), nous débutons, dis-je, par une large saignée que nous proportionnons, bien entendu, à l'âge, à la constitution du malade et à l'intensité de la maladie, mais, terme moyen, elle est de 600 à 800 grammes. Immédiatement après, nous prescrivons une potion stibiée (5 décigrammes d'émétique dans 400 grammes d'eau environ), à prendre par cuillerées de 2 heures en 2 heures; et pour peu que le point de côté soit violent, nous ordonnons une application de 12 sangsues *loco dolenti*. Le lendemain le malade est ordinairement mieux; nous réitérons néanmoins la saignée, à moins d'une très-grande amélioration dans l'état du malade, ce qui arrive quelquefois, surtout lorsque la pneumonie est légère. Cette seconde saignée est proportonnée à l'état de la respiration : plus la dyspnée est grande, et plus la saignée est considérable. Nous faisons continuer la potion stibiée et, s'il y a lieu, nous conseillons une nouvelle application de sangsues. Dès cette époque, nous cessons ordinairement de voir le malade, seulement nous recommandons aux parents de venir nous donner de ses nouvelles le lendemain. Il est très-rare que nous pratiquions une troisième saignée, et à plus forte raison une quatrième. Quelquefois le troisième jour nous faisons appliquer un large vésicatoire au dos, au niveau de l'inflammation. La potion contro-stimulante est ordinairement continuée.

Pour boisson, tisane de guimauve prise tiède et par gorgées fréquemment réitérées.

Maintenant, voici ce qui arrive sous l'influence de ce traitement : ordinairement, à mesure que le sang coule, on observe un amendement considérable des symptômes, surtout du côté de la respiration et du cerveau. La céphalalgie diminue d'une manière notable, et la respiration devient plus libre. Les premières cuillerées de la potion stibiée provoquent, dans la très-grande majorité des cas, des vomissements bilieux et des évacuations alvines abondantes de même nature, ce qui est pour moi d'un bon augure; puis la tolérance s'établit presque infailliblement; mais si elle ne s'établit pas, ce qui est extrêmement rare, à ce point que je ne l'ai peut-être pas vue trois fois ne pas s'établir, je remplace l'émétique par le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine obtenu par précipitation, et le malade reste trois ou quatre jours sans aller à la garde-robe. Je n'attache que peu d'importance à ce symptôme, car j'ai observé que la marche de la maladie n'en est nullement influencée. Je reconnais cependant qu'il serait utile d'administrer quelques lavements, pour entretenir la liberté du ventre, et je les conseille toujours, mais les paysans ont une répugnance extraordinaire pour ce genre de remède et n'en tiennent généralement aucun compte.

Avant de passer outre, une question : La saignée doit-elle être pratiquée indifféremment du côté du mal ou du côté opposé? Galien dit que si l'on saigne du côté où se trouve l'affection, on obtiendra sur-le-champ un grand succès. En faisant l'opération du côté opposé, le succès peut être nul, douteux ou ne se manifester que longtemps après, et ceci, dit-il, est conforme à ce qu'on nous enseigne, savoir : qu'un corps vivant peut être affecté de telle façon qu'on dirait que des pieds à la tête il se divise en deux parties égales.

Joseph Franck saigne d'abord du côté opposé au mal, dans le but d'opérer une révulsion; puis du côté de la maladie.

J'avoue que je n'attache aucune importance à ce lieu d'élection pour les saignées générales; mais il n'en est pas de même des saignées locales : celles-ci doivent toujours être pratiquées sur le côté douloureux.

Cent six de nos malades, c'est-à-dire le plus grand nombre, ont été saignés de une à trois fois. A plusieurs d'entre eux, j'ai prescrit en outre des applications locales de sangsues, un vésicatoire au niveau même du mal, et à tous l'émétique à haute dose ou plus rarement le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine. Sur ce nombre, 12 ont succombé; mais comme je l'ai déjà fait remarquer, en parlant du pronostic, quelques-uns de ceux-ci périrent par leur faute, c'est-à-dire à la suite d'écarts de régime ou de soins inintelligents. Six à peine succombèrent à la violence de la maladie et malgré un traitement rationnel.

Le tableau suivant indique le nombre des saignées et des émissions sanguines locales pratiquées à chaque malade.

1° Vingt-quatre sujets ne furent saignés qu'une fois. Parmi ces 24 malades, 2 eurent en outre un vésicatoire au dos; 4 autres, trois applications de sangsues; 9, deux applications de ces mêmes annelides, et parmi ces derniers, 2 eurent en outre un large vésicatoire appliqué sur le point correspondant au mal; enfin, 7 n'eurent qu'une application de sangsues.

Sur ce total de 24 malades, 5 sont morts; parmi ceux-ci, un était en même temps atteint d'une affection organique du cœur (36e *obs.*), et l'autre d'un catarrhe chronique datant de plus de vingt ans (35e *obs.*); chez le troisième, il y avait complication de grippe.

2° Soixante-neuf malades furent saignés deux fois; 33 d'entre eux eurent en outre une application de sangsues sur le côté douloureux. Chez 9 sujets, ces annelides furent appliquées deux fois, et chez 2 trois fois. Chez plusieurs d'entre eux, on posa en outre un vésicatoire. Chez 9 malades enfin, je fis placer un vésicatoire seulement sur les parois thoraciques, en arrière. Tous les 69 furent en même temps soumis au tartre stibié à haute dose. Sur ce nombre, 5 moururent, dont 2 par suite d'erreur de régime (26e *obs.*)

3° Onze malades furent saignés trois fois, 4 subirent en outre une application de sangsues; chez un autre, les sangsues furent appliquées deux fois, et chez 2 trois fois; à plusieurs d'entre eux, on appliqua en plus un vésicatoire; enfin, chez 3 sujets, on posa seulement un vésicatoire.

Tous prirent l'émétique à dose rasorienne. Sur ces 11 péripneumoniques, 2 succombèrent.

4° Enfin, il n'y a que 2 malades auxquels j'aie ouvert la veine 4 fois et appliqué 2 vésicatoires, de ces 2 malades un mourut, non de la fluxion de poitrine, mais de l'amyosthénie qui se déclara pendant la convalescence.

Une cinquième catégorie de pneumoniques, au nombre de 25, furent traités par les émissions sanguines locales seulement, combinées avec le tartre stibié à haute dose. Sur 20, il ne fut fait qu'une seule application de sangsues; sur ce nombre 4 succombèrent, mais 2 étaient à toute extrémité lorsque nous les vîmes pour la première fois (25e *obs.*), chez 2 autres, outre les sangsues, on appliqua un vésicatoire au dos.

Chez la malade de la 28e observation je fis appliquer les sangsues 2 fois, et au lieu de l'émétique, elle fit usage de l'oxyde blanc

(1) Il faut, dans ce cas, recourir à des médicaments plus ou moins toniques et stimulants. Le décocté de polygala séné, et le kermès donné à la dose de 3 à 4 décigrammes dans une potion gommeuse de 200 gr. sont parfaitement indiqués. L'emploi de ces médicaments est, suivant M. Andral, avantageux dans les cas où la pneumonie, encore à son premier degré, reste stationnaire, bien qu'il y ait plus de signes évidents de réaction, soit locale, soit générale. La même indication est encore plus manifestement utile dans le cas où, tout état inflammatoire ayant disparu, il ne reste plus dans le poumon qu'un engorgement sanguin ou séreux manifestement passif. Dans les expectorations difficiles, les mêmes moyens sont bons.

d'antimoine. La maladie eut chez elle une issue malheureuse; il y avait complication d'emphysème.

5° Chez 3 autres malades je fis également 2 applications de sangsues et poser en outre, sur le 7e, un vésicatoire.

Enfin, chez une dernière malade (15e *obs.*), les sangsues furent appliquées 5 jours de suite, et l'émétique fut porté à la dose de 6 et 8 décigr. par jour. Il m'a été impossible de saigner cette malade, car les veines manquaient complétement chez elle. La phlegmasie pulmonaire s'achemina, néanmoins, vers la résolution.

6° Nous rangeons dans une sixième catégorie les malades qui ne subirent aucune émission sanguine locale ou générale, et auxquels ne fut administré que le tartre stibié, d'après la méthode italienne. Quinze malades composent cette catégorie; chez 9 d'entr'eux, l'action de l'émétique fut secondée par l'application d'un vésicatoire au dos. De ces 15 malades, 3 moururent; un de ces 3 succomba quelques heures après ma visite, ce qui prouva qu'il était dans un état tout à fait désespéré. J'engage le lecteur à relire les 7e, 13e, 22e et 23e observations, qui mettront hors de doute, je l'espère, l'efficacité du tartre stibié dans le traitement de la pneumonie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mars 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Analyse du lait (résultats nouveaux).

MM. Doyère et Poggiale adressent une note intitulée : *Note sur la présence dans le lait, à l'état normal, d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée.*

Lorsqu'on a coagulé le lait par la présure, disent-ils, ou lorsqu'on l'a traité à froid par l'acide acétique, versé goutte à goutte jusqu'au point précis où la caséine est complétement coagulée, on obtient, par la filtration, un liquide qui passe avec beaucoup de facilité, quoiqu'il conserve toujours une teinte légèrement opaline. C'est le *sérum* ou *petit-lait*. Si on chauffe ce liquide jusqu'à l'ébullition, on le voit mousser très-fortement, et il s'y forme un précipité abondant, même dans la liqueur acide, mais qui n'atteint son maximum que lorsqu'on l'a rendue neutre par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque.

Le précipité qui se forme ainsi, par la chaleur, à 100 degrés, peut s'obtenir également par les acides sulfurique et nitrique, et surtout par l'acétate de plomb, l'azotate d'argent et l'alcool. En un mot, il présente les réactions les plus nettes de l'albumine de l'œuf, et de celles du sang et des autres liquides animaux. Aussi, l'un de nous a-t-il été conduit, dans un mémoire publié au mois de juin dernier (1), à admettre que l'albumine entre normalement dans le lait, qu'elle en forme l'un des principes constituants, au même titre que la caséine elle-même, et que certains laits, tels que ceux de la femme, de l'ânesse et de la jument sont caractérisés par la prédominance de l'albumine qui, souvent, même à l'état normal, en constitue presque exclusivement la substance azotée.

Mais l'albumine possède une propriété remarquable que M. Doyère n'avait pu examiner encore au moment où il publia son travail, faute d'avoir eu en sa possession les instruments nécessaires. C'est son pouvoir rotatoire, qui, suivant M. A. Becquerel, est à peu près égal à celui du sucre de lait (2). Cette étude prend un intérêt tout à fait actuel par l'usage que MM. Becquerel et Vernois viennent de faire du polarimètre pour l'analyse du lait, en employant une méthode presque identique avec celle que M. Regnault avait indiquée dans son *Traité de Chimie* (3). En effet, si ces deux auteurs se sont écartés de cette méthode, et de celle que M. Poggiale avait donnée il y a quatre ans, pour la détermination polarimétrique du sucre de lait, c'est uniquement en introduisant le sérum dans leur appareil sans en avoir précipité préalablement les matières albuminoïdes par l'acétate de plomb. D'ailleurs, on sait que l'albumine dévie *à gauche*, tandis que le sucre de lait dévie *à droite*. Pour que des résultats polarimétriques, comme ceux dont nous parlons, n'en fussent pas affectés d'une erreur *en moins* sur le sucre qui se retrouverait *en plus* sur la matière azotée, il faudrait donc, ou que l'albumine n'existât pas dans le lait, ou qu'elle y perdît son pouvoir rotatoire. D'un autre côté, cette erreur n'est point négligeable; car le principe coagulable, dont il s'agit, qui peut varier dans le lait normal des différentes espèces entre 5 et 33,5 pour 1000, offre des variations beaucoup plus élevées encore dans le lait d'une même espèce, pour des états physiologiques différents, MM. Becquerel et Vernois ont été les premiers à signaler comme très-dignes d'attention les différences considérables qui existent entre leurs résultats et ceux des auteurs qui les ont précédés, et il n'est pas sans intérêt de remarquer que ces différences sont précisément dans le sens que nous venons d'indiquer : des proportions beaucoup plus faibles pour le sucre de lait, et beaucoup plus fortes pour la caséine.

Les recherches auxquelles nous venons de nous livrer dans le laboratoire du Val-de-Grâce nous permettent d'annoncer que la matière albuminoïde du sérum qui se coagule par la chaleur dévie la lumière polarisée à gauche, comme l'albumine elle-même.

Nous avons fait deux séries d'expériences entièrement distinctes, l'une avec du lait pur extrait de la mamelle de la vache, sous les yeux de l'un de nous, l'autre avec du lait du commerce. Ils ont été l'un et l'autre l'objet des essais suivants :

A. Le lait a été traité à froid par l'acide acétique, et le petit-lait ainsi obtenu a donné dans le polarimètre, comme moyenne de 10 déterminations faites alternativement, par chacun de nous, et qui n'ont varié, au maximum, que de 0° 3 :

Lait pur.	1° 91
Lait du commerce.	1° 84

En rapportant ces déviations immédiatement au sucre de lait, et calculant avec elle sa proportion dans le lait contenant moyennement 876 parties d'eau et 124 de matières solides pour 1,000, on trouverait, d'après les coefficients donnés par M. Poggiale (1) :

	Dans le lait pur.	Dans le lait du commerce.
Sucre de lait.	33,80	32, 56

Or, on sait que les résultat moyens trouvés jusqu'ici par M. Poggiale annoncent 50 à 55 de sucre dans le lait normal, et ce principe du lait est celui qui varie le moins (2).

B. Le petit-lait a été rendu neutre par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque, et porté à l'ébullition, il s'est formé un précipité abondant. Le liquide refroidi et filtré ne donne plus qu'un précipité très-faible par l'acide nitrique, l'acétate de plomb, l'alcool. Introduit dans le polarimètre, il fournit les déviations suivantes :

Lait pur. . . .	2° 71	qui correspondent en sucre à	48, 07
Lait du commerce.	2° 40	—	42, 40

C. Le même liquide traité par l'acétate de plomb donne :

Lait pur. . . .	2° 76	correspondant à	50, 50
Lait du commerce.	2° 32	—	41, 00

Ainsi on voit apparaître nettement une influence rotatoire inverse de celle du lactose, et pareille à celle de l'albumine. Si elle est, en effet, produite par ce dernier principe, la proportion d'albumine que l'on déduirait des chiffres précédents serait, pour le lait pur, de 15° 20. Celle que M. Doyère avait trouvée dans le lait de vache normal (*Loc. cit.*, p. 252), étant comprise entre 10, 90 et 15 pour 1000.

D. Ces résultats nous paraissent décisifs; cependant il nous fallait une détermination directe du sucre, par un procédé chimique. Nous l'avons faite en précipitant l'oxyde de cuivre du tartrate de cuivre et de potasse,

(1) *Étude du lait au point de vue physiologique et économique*, 1re livraison, page 235.

(2) *Recherches physiologiques et pathologiques sur l'albumine du sang* et *des divers liquides organiques*, etc. Archives générales de médecine, t. XXII, p. 52. M. Becquerel annonce, dans ce travail, qu'un degré de son polarimètre équivaut à 8 gr. 800 d'albumine sèche. La même déviation, dans le même instrument, correspond à 11 gr. de sucre de lait (*Mémoire sur la composition du lait*, etc., extrait donné par le *Moniteur des hôpitaux* du 29 janvier 1853).

(3) *Cours élémentaire*, etc., t. IV, p. 463.

(1) *Cours de chimie générale*, par MM. Pelouze et Frémy, tom. 3, p. 827.

(2) On pourra signaler une différence entre ce chiffre et ceux du mémoire de M. Doyère; mais elle n'est qu'apparente, car ces derniers ne se rapportent pas au lactose normal $C^{24}H^{24}O^{24}$, mais bien à ce principe des hydratés par la chaleur, et réduit à la combinaison $C^{24}H^{19}O^{19}$, que les chimistes ont signalée, ou à une combinaison très-voisine. La présence de l'acide acétique ou de l'acétate d'ammoniaque, accélère beaucoup cette transformation, qui, pour le lactose pur, n'a lieu qu'à 150 degrés.

M. Doyère avait eu soin de faire remarquer cette circonstance (*Loc. cit.*, p. 248).

Le rapport des équivalents indiqués plus haut est celui de 360 à 315, ou de 8 à 7. D'un autre côté, le chiffre moyen du sucre obtenu dans le lait de vache par M. Doyère est de 43 pour 1000. En multipliant ce chiffre par $\frac{8}{7}$ il devient 49,2. On ne peut pas exiger une concordonne plus parfaite.

suivant le premier procédé de M. Poggiale. Les proportions trouvées ont été les suivantes :

Dans le lait pur.	52,80
Dans le lait du commerce	41,80

La légère différence en excès qui s'est manifestée dans les deux cas pourrait s'expliquer, indépendamment des erreurs d'observation, par ce fait que les liqueurs retiennent toujours quelques millièmes de la matière albuminoïde qui dévie à gauche.

E. Enfin il nous a paru curieux d'opérer par la synthèse, en mélangeant des dissolutions titrées de sucre et d'albumine. Nous croyons devoir signaler seulement l'expérience suivante :

Deux solutions, l'une de sucre marquant 2°,62 au saccharimètre et l'autre d'albumine marquant — 1°,7 ont été mélangées dans les proportions de 17 parties de la première pour 26 de la seconde. Le mélange soumis au saccharimètre, ramené préalablement à 0, a donné les teintes des deux moitiés du disque absolument identique. En faisant marcher l'instrument comme pour déterminer le sucre ou l'albumine, nous avons trouvé 0,0 ; +0,2 ; 0,0 ; — 0,1 ; +0,1, etc. La conséquence à laquelle nous eussions pu être conduits, c'eût donc été que le liquide renfermait tout au plus *quelques traces de sucre;* or, il avait été préparé directement par la pesée, en dissolvant 5 gr. 540 de lactose dans 100 grammes d'eau, et il contenait, par conséquent, 52,50 parties de sucre de lait pour 1000.

Ce résultat n'a rien que l'on ne dût attendre ; mais il montre bien ce que nous avons voulu signaler, à savoir : la présence *dans le sérum* d'une matière albuminoïde déviant la lumière polarisée en sens contraire du sucre de lait, c'est-à-dire *vers la gauche.*

Sur la multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du grand sympathique.

M. Cl. Bernard lit une note sur la multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du nerf grand sympathique, à l'occasion des communications faites dans l'une des précédentes séances par M. Budge (de Bonn) et M. Waller (de Londres), et relatives à l'influence de la portion cervicale du nerf grand sympathique sur la calorification et sur la circulation du sang dans la tête. Ces physiologistes ne paraissant pas, d'après leurs communications, avoir une connaissance complète de ses travaux sur ce sujet, M. Bernard s'est proposé, dans cette note, de rappeler ses expériences et les différents faits qui se rattachent à cette question.

En 1851, dit M. Bernard, MM. Budge et Waller reconnurent que dans son action sur la pupille, le filet céphalique du grand sympathique n'agit que comme un conducteur qui transmet une influence dont le point de départ est dans la moelle épinière. Cette opinion, que le grand sympathique tire son origine des mêmes centres nerveux que le système cérébro-rachidien, dont il ne serait en quelque sorte qu'une dépendance, est établie anatomiquement, et elle se trouve exposée dans les traités modernes d'anatomie. Mais MM. Budge et Waller ont eu le mérite de préciser expérimentalement, dans un point de la moelle épinière qu'ils ont nommée *région cilio-spinale*, l'origine spéciale de cette portion céphalique du nerf grand sympathique.

Dans un résumé imprimé aux Comptes rendus de la Société de biologie (novembre et décembre 1852), M. Bernard a fait connaître, de son côté, quelques-uns des résultats généraux de ses expériences entreprises depuis longtemps sur le grand sympathique, et il a fait voir que le rétrécissement pupillaire découvert par Pourfour-Dupetit, et que MM. Budge et Waller ont signalé comme conséquence de la destruction de la région cilio-spinale de la moelle épinière, aussi bien que de celles de la portion cervicale du grand sympathique, est loin d'être le seul phénomène qui se produise. J'ai montré, en effet, dit M. Bernard, que cette opération entraîne à sa suite, dans le côté correspondant, des désordres multipliés qui sont :

1° Le rétrécissement de la pupille ;

2° Le resserrement de l'ouverture palpébrale et en même temps une déformation de cette ouverture qui devient elliptique et plus oblongue transversalement ;

3° La rétraction du globe oculaire vers le fond de l'orbite ;

4° Le rétrécissement plus ou moins marqué de la narine et de la bouche du côté correspondant ;

5° Enfin une modification toute spéciale de la circulation coïncidant avec une grande augmentation de caloricité et de sensibilité dans les parties.

Tous ces phénomènes, ainsi que celui de la calorification, proviennent évidemment de la moelle épinière, puisqu'il a été établi que c'est elle qui est le centre d'origine du filet nerveux cervical sympathique, ce dernier n'étant par lui-même qu'un simple conducteur.

Quant aux expériences par lesquelles M. Waller s'est proposé d'établir qu'on peut, par le galvanisme, diminuer ou modifier l'activité de la circulation du sang, ainsi que la température des parties, et aux observations que ce physiologiste a mentionnées dans sa dernière communication, M. Bernard les avait faites avant lui.

M. Bernard termine en répétant que c'est à tort qu'on avait toujours signalé le rétrécissement pupillaire comme la conséquence spéciale de la destruction de la portion céphalique du grand sympathique. Je crois, dit-il, avoir prouvé le premier que cette distinction de l'influence, transmise par le filet sympathique, amène au contraire à sa suite une grande quantité de phénomènes très-différents, mais tous connexes et dépendant les uns des autres.

Recherches expérimentales sur la propagation de l'électricité dans les centres nerveux.

M. Bonnefin adresse un mémoire sur ce sujet.

Dans l'application de l'électricité par les appareils magnéto-électriques contre les maladies qui réclament ce moyen thérapeutique, agit-on sur les centres nerveux ? Par quelle voie agit on et quelles sont les conditions dans lesquelles son action s'exerce sur l'une ou l'autre partie de ces centres ? Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé de résoudre dans ce travail. Il résume le résultat de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Les nerfs et la moelle épinière ne sont pas parcourus autrement que les autres parties du corps, par les courants électriques des appareils magnéto-électriques.

2° L'électricité de la source indiquée agit sur les centres nerveux, par l'excitation des nerfs sensibles, situés aux points d'application des excitateurs, ou dans le voisinage de ces points, à une distance qui ne dépasse pas de beaucoup 15 centimètres au delà des points d'application, à moins d'être sur le trajet d'une zone peu étendue qui les joindrait.

3° Quand on veut agir sur les centres nerveux autrement que par la sensibilité, il est nécessaire d'en approcher les excitateurs.

4° Il est facile de prendre pour des excitations d'un nerf ou d'un organe par l'électricité des phénomènes qui n'appartiennent qu'à un nerf ou à un organe voisin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Hippolyte Rech, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, a été frappé de mort subite, mardi soir, au milieu de sa famille. Tous les soins qu'on lui a immédiatement prodigués sont restés impuissants.

— On nous écrit aussi de Montpellier que l'honorable doyen de la Faculté, qui vient de faire une maladie assez sérieuse, n'est entré que dans une convalescence longue et difficile.

— Depuis notre dernier bulletin, la maladie du célèbre professeur Orfila s'est considérablement aggravée. Son état inspire, depuis trois jours, des alarmes qui ne font que s'accroître de plus en plus. Au milieu d'un état assez compliqué, l'éminent malade est atteint d'une pneumonie pour laquelle il lui a été pratiqué une saignée, appliqué deux vésicatoires et administré des potions émétisées.

— L'état de notre savant maître, M. Louis, s'est au contraire notablement amélioré, et fait espérer une prochaine convalescence. M. Louis a pu prendre un bouillon aujourd'hui.

— Le corps de l'internat vient de perdre un de ses membres les plus distingués. M. Zapfle a succombé samedi dernier, à la suite d'une piqûre anatomique. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier. Des paroles de pieux regrets ont été prononcées sur sa tombe par M. Pidoux et par M. Edmond Rossen, interne des hôpitaux.

— Le conseil de la Faculté a tenu hier une première séance, relativement aux deux listes de présentation pour les chaires de thérapeutique et d'histoire naturelle. Trois rapports seulement ont été lus. Celui de M. Piorry sur M. Fleury, de M. Trousseau sur M. Pidoux, et de M. Cruveilhier sur M. Beau.

— Nous devons profiter de cette occasion pour annoncer que M. Lestiboudois, qu'on avait porté officieusement sur la liste des candidats à la chaire de botanique, ainsi que M. Chatin, n'a pas fait, plus que ce dernier, acte de candidature officielle. Les candidatures pour cette chaire sont donc réduites à six, en admettant que l'on prenne au sérieux la plus excentrique d'entre elles.

— Nous recevons aujourd'hui la nouvelle que trois cas de choléra ont été observés dans les hôpitaux de Londres. Ces trois cas sont encore loin de suffire pour qu'on puisse croire à l'invasion d'une épidémie. Notre correspondant nous tiendra au courant de ce qui pourra advenir.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 32. 1re année. Mardi 15 Mars 1853.

CABINET DE LECTURE PARISIEN

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28.**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Mort et funérailles de M. Orfila. — Séance du 9 mars de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Hôpital militaire d'Oran. De la psorenterie cholérique, par M. Cazalas. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A Deville. (*Suite.*) — **HYGIÈNE PUBLIQUE** : Appareil à air chaud, par le Dr F. Cadet-Gassicourt.

Paris, *le* 14 *mars* 1853.

Mort et Funérailles de M. Orfila.

Ce n'est pas sur une tombe encore fumante que nous essaierons d'apprécier la grandeur de la perte que viennent de faire la science et l'enseignement, par la mort de M. Orfila. Tout entier à l'émotion qu'a produite dans la Faculté et dans le corps médical un événement aussi fatal qu'imprévu, nous ne devons avoir de voix en ce moment que pour déplorer les rigueurs de la mort, et pour nous associer aux expressions de douloureux regrets qui retentissent autour de nous. Le temps, qui apaise les douleurs et les passions du cœur et qui rend ainsi à l'esprit toute sa sérénité, nous permettra d'accomplir plus tard une tâche maintenant impossible. Nous nous bornerons donc aujourd'hui à déposer simplement et pieusement nos hommages sur cette tombe qui couvre une grande injustice et une grande illustration, et qui ne nous rend en échange de ce qu'elle nous ravit qu'une de ces leçons aussi cruelles qu'elles sont stériles. H. de Castelnau.

Les immenses voûtes de Saint-Sulpice ont été beaucoup trop étroites aujourd'hui pour contenir ceux qui étaient venus rendre un dernier hommage à la mémoire de l'illustre défunt : étudiants, savants, artistes, célébrités de tous les genres s'y étaient donné rendez-vous. Après une imposante cérémonie, le char funèbre s'est dirigé vers le cimetière du Mont-Parnasse, suivi de deux à trois mille personnes environ. Six discours ont été prononcés sur la tombe : le premier par M. Bérard, au nom de la Faculté ; le second par M. Fr. Dubois, au nom de l'Académie de médecine ; le troisième par M. Perdrix, au nom de l'Association des médecins de la Seine ; le quatrième par M. Bussy, au nom de l'École de pharmacie ; le cinquième par M. Barth, au nom de la Société médicale d'émulation ; enfin, le sixième, au nom du corps des étudiants, par M. Fulgence Rouet, élève en médecine (2e année). Un ancien et illustre collègue de M. Orfila au Conseil de l'instruction publique, un homme en qui ont toujours brillé les plus belles qualités du cœur, M. de Salvandy, était venu jusqu'au cimetière pour dire un dernier adieu à l'éminent professeur ; l'étendue des premiers discours qui ont été prononcés ne lui a pas permis d'en attendre la fin. Nous ne pouvons rapporter aujourd'hui de tous ces discours que celui de M. Barth, l'un des plus brefs et des mieux sentis :

« Messieurs,

« L'homme éminent dont nous pleurons la perte a droit encore à quelques paroles de regrets et de reconnaissance.

« La Société médicale d'émulation a voulu lui adresser, par ma voix, un dernier hommage, et je remplis cette mission avec empressement, parce qu'elle me permet de joindre à ce témoignage public de haute estime, l'expression d'un sentiment personnel de gratitude et d'affectueux souvenir.

« C'est un éloge bien sincère et bien désintéressé que celui qu'on vient déposer au bord d'une tombe, et c'est ce qui m'encourage à dire de M. Orfila que peu d'hommes ont eu plus de titres à la considération générale.

« Partout où il a passé, dans sa carrière trop courte et pourtant si bien remplie, il a figuré avec distinction, avec éclat ; partout il a laissé un souvenir impérissable de ses hautes qualités.

« L'immense auditoire qui se pressait à ses cours est un témoignage irrécusable de l'esprit clair et lucide du professeur.

« L'établissement d'une clinique d'accouchement, la fondation du Musée Dupuytren, la création d'un autre musée qui porte son nom et qui, sous sa puissante impulsion, fut achevé dans l'espace de quelques semaines, sont des monuments qui attestent sa capacité comme administrateur et comme doyen de la Faculté.

« L'Académie a rendu un éclatant hommage à son mérite et à son talent, en l'appelant naguère encore à l'honneur de la présider.

« Dans le conseil supérieur de l'instruction publique, peu d'hommes ont rendu plus de services à la médecine : la France est couverte d'institutions qui lui doivent leur origine.

« Au sein du conseil des hôpitaux, personne n'a mieux servi la science et ceux qui la cultivent. Il suffit de rappeler l'énergique résistance avec laquelle Orfila combattit et fit rejeter, par une démission noblement proposée, une mesure des plus funestes aux vrais progrès de la médecine pratique.

« Comme président-fondateur de l'association de prévoyance, qui fut plus digne de la haute estime que lui a témoignée la Société, en le renommant chaque année comme par acclamation, et en lui conférant ainsi de fait une présidence perpétuelle, si quelque chose ici-bas peut mériter ce nom ?

« Tous ceux qui ont approché Orfila se rappellent avec admiration cette rare intelligence, cette prodigieuse activité, et cette exactitude merveilleuse dans l'accomplissement des nombreux devoirs de sa haute position.

« Au milieu de ses occupations multipliées, M. Orfila a su consacrer quelques moments à la Société médicale d'émulation, et la Société conserve un précieux souvenir de sa participation active à ses travaux. Elle s'honore de le compter au rang de ses membres et elle s'enorgueillit de pouvoir ajouter le nom d'Orfila aux noms illustres de Bichat, d'Alibert et de Larrey, ses fondateurs.

« Ces noms glorieux, espacés dans la vie d'une société, sont de puissantes conditions de prospérité et d'avenir. Pour celle que j'ai l'honneur de représenter ici, le souvenir d'Orfila, joint à celui de tant d'hommes célèbres qui lui ont appartenu depuis son origine, sera un puissant motif d'émulation, et comme une tradition de travail et d'ardeur scientifiques, qu'elle a mission de conserver et de transmettre à ses successeurs.

« Quel immense et imposant concours, messieurs, si toutes les sociétés de France, toutes les institutions qui ont reçu de M. Orfila quelque lustre ou quelque bienfait, se trouvaient réunies autour de sa tombe !... Toutes du moins s'associeront à nous dans l'expression de leur douleur, comme naguère dans le tribut de leur admiration et de leur reconnaissance...

« Et, puisqu'il faut mourir, heureuse, au moins, la destinée de celui qui a « pu recueillir tant de marques d'estime pendant sa vie, et qui inspire, « après sa mort, de si universels regrets. »

Séance du 9 mars de la Société de chirurgie.

(Rétrécissement de l'urètre. — Anus artificiel. — Ostéo-myélite.)

Deux mémoires intéressants ont été communiqués dans cette séance.

Le premier, par M. Alphonse Guérin, sur les rétrécissements de l'urètre, est le commencement d'une série de recherches entreprises par ce chirurgien. Ce travail a été renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner une communication du même auteur faite précédemment. Nous aurons donc l'occasion d'y revenir, lorsque le rapport sera lu devant la Société.

Le second travail n'a été lu qu'en partie. Il a pour titre : *Des injections des liquides alimentaires dans le traitement de l'anus artificiel.* L'auteur, M. Voillemier, qui se présente pour obtenir le titre de membre de la Société, a réuni une série d'intéressantes observations, qui nous paraissent offrir une haute importance au point de vue pratique; nous en donnerons le résumé.

A la fin de la séance, M. Chassaignac a communiqué une observation remarquable d'ostéo-myélite.

Un jeune garçon de 17 ans a été apporté à l'hôpital Saint-Antoine, présentant une inflammation phlegmoneuse de la jambe. Le diagnostic fut du moins ainsi porté au premier examen. La fluctuation devenant évidente, M. Chassaignac se décida à débrider. Mais quand les incisions eurent été faites sur le membre malade, on reconnut qu'en certains points on pouvait pénétrer jusqu'au périoste; alors on crut avoir affaire à une périostite. Puis quelques jours après survinrent des symptômes indiquant qu'il existait un épanchement purulent dans l'articulation fémoro-tibiale.

Des accidents généraux, d'une extrême gravité, menaçant les jours du malade, le chirurgien dut recourir à l'amputation de la cuisse.

A l'examen du membre amputé, on reconnut qu'il existait en effet un abcès intra-articulaire volumineux. Le cul-de-sac supérieur de la synoviale était déchiré, et le pus avait passé dans les muscles antérieurs de la cuisse.

Du reste, sur le tibia on ne reconnaissait, en aucun point, le décollement du périoste. La manière dont s'était formé l'abcès restait inconnue, lorsqu'en examinant attentivement la surface articulaire du tibia, M. Chassaignac aperçut sur quatre points des condyles une destruction complète du cartilage d'encroûtement. Les pertes de substance, arrondies, produites comme par un emporte-pièce, avaient un diamètre d'environ 5 millimètres chacune; en suivant, à l'aide de coupes verticales pratiquées avec soin, les altérations qui pouvaient se lier à ces destructions du cartilage, on reconnut que, dans toute la hauteur de l'épiphyse, le tissu de l'os était baigné de pus, suivant un trajet vertical partant des points précis sur lesquels manquait le cartilage. Puis le cartilage qui existe au point de jonction de l'épiphyse avec la diaphyse était également perforé, et on arrivait par cette nouvelle perte de substance jusque dans le canal médullaire, rempli de pus dans toute son étendue. L'abcès s'arrêtait en bas à l'union de l'épiphyse malléolaire.

On avait donc affaire à une ostéo-myélite, et les phénomènes inflammatoires pouvaient se relier, de même que l'abcès articulaire, à cette affection, qui devait être considérée comme la cause première de la maladie.

Cette opinion a été développée avec raison, suivant nous, par M. Chassaignac, qui a déjà réuni plusieurs observations de ce genre.

M. Roux n'a pas semblé partager cette manière de voir; il serait tenté de s'en tenir à une explication plus simple des phénomènes observés chez le malade de M. Chassaignac. Pour le savant professeur, il n'y aurait eu, dans ce cas, qu'un phlegmon composé de périostite ou accompagnant la périostite. Mais les détails fournis par M. Chassaignac ne nous paraissent pas devoir permettre cette interprétation, à laquelle M. Roux a néanmoins donné l'appui de sa longue expérience. Il y a, en effet, pour l'histoire des abcès sous-périostiques, des symptômes parfaitement appréciables, qui ont parfaitement manqué dans cette circonstance. Il est à regretter que l'absence de plusieurs des membres de la Société, qui se sont spécialement occupés de cette importante question de pathologie chirurgicale, n'aient pas permis à la discussion de prendre plus de développement. Du reste, M. Chassaignac, qui, ainsi que nous l'avons dit, possède plusieurs faits analogues, se propose de les réunir en corps de mémoire, pour en faire le sujet d'une communication plus complète; nous espérons donc que l'occasion se présentera de traiter de nouveau ce point encore si obscur de l'histoire des inflammations des os.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos 23 et 26.*)

Des kystes de la mamelle. — Il n'est pas rare de rencontrer, dans la glande mammaire, des tumeurs indolentes à marche chronique qui contiennent, dans leur intérieur, des liquides de nature variée : ces tumeurs sont désignées sous le nom de kystes.

Par leur origine et leur nature, elles peuvent appartenir à des classes pathologiques bien différentes : tantôt, dues à un simple épanchement sanguin résultant d'une lésion traumatique, elles sont quelquefois la conséquence d'un travail hypertrophique des lobules de la glande; mais fréquemment aussi, leur développement coïncide avec des altérations pathologiques plus graves, telles que le cancer. Enfin, elles peuvent être dues à la présence de parasites développés au sein de nos tissus, tels sont les kystes hydatiques.

Quelque variée que soit leur origine, ces tumeurs présentent, dans leur aspect et leur évolution, une analogie telle qu'on peut avec avantage, sous le point de vue pratique, les considérer comme formant un groupe naturel parmi les affections du sein. Néanmoins, dans la description que nous allons en tracer, nous ne pourrons nous dispenser de tenir compte de ces différences.

Anatomie pathologique (1° kystes hypertrophiques). — Parmi les kystes de la mamelle, les plus communs sont ceux qui résultent d'un travail hypertrophique dans les éléments glanduleux de cet organe; et suivant que cette hypertrophie porte plus spécialement sur le tissu glandulaire proprement dit, ou sur son squelette fibreux, les kystes peuvent se diviser en deux grandes catégories que M. Lebert désigne sous les noms de kystes clos et de kystes lacuneux.

Les kystes clos, dus à la distension anormale des culs-de-sac de la glande et des conduits galactophores, présentent dans leurs parois tous les éléments muqueux de la mamelle, et leur surface interne est ordinairement tapissée par un épithélium facile à reconnaître au microscope; leur forme et leur volume présentent de nombreuses variétés, tantôt simples ou uniloculaires; ils constituent parfois des espèces de grappes dont les grains sont appendus à une tige commune qui les fait communiquer ensemble.

Le contenu de ces kystes consiste tantôt en un liquide transparent et gélatineux, tirant un peu sur le jaune; tantôt en une matière brune et opaque, analogue au chocolat; tantôt enfin en une matière crèmeuse ou butyreuse dans laquelle on peut, à l'aide du microscope, reconnaître les éléments du lait.

Les kystes lacuneux, formés dans l'intervalle des lobules et des

granules de la glande, sont presque toujours multiples et beaucoup plus petits que les précédents. Leurs cavités irrégulières et anguleuses ont leurs parois constituées par la condensation du tissu cellulo-fibreux de l'organe ; leur surface interne ne présente aucune trace d'épithélium.

Ces kystes contiennent un liquide ordinairement jaunâtre et gluant, quelquefois poisseux et brunâtre, dans lequel on reconnaît les éléments altérés du sang.

2° *Kystes traumatiques.* — Une seconde variété de kystes mammaires est celle qui réside dans les larges interstices celluleux de la glande, et plus souvent encore dans le tissu cellulaire abondant qui sépare cet organe; soit de la peau, soit du muscle pectoral.

Leur cavité, toujours unique, est ordinairement formée de tissu cellulaire condensé et de caillots fibrineux, déposés sous forme de membranes à leur surface interne. Dans quelques cas même on a vu ces parois acquérir une consistance cartilagineuse ou même devenir le siége d'une véritable ossification. Le liquide contenu dans leur intérieur n'est autre que du sang dont les éléments ont, par le fait d'un séjour prolongé, subi diverses transformations. C'est tantôt une bouillie brunâtre, d'autres fois une sérosité plus ou moins limpide.

3° *Kystes complexes.* — Quand la glande mammaire est envahie par des productions cancéreuses, on voit souvent au milieu de la masse dégénérée des kystes simples ou multiloculaires, mais ces kystes ne sont qu'un épiphénomène de la maladie principale, et ne présentent aucun intérêt particulier.

4° *Kystes hydatiques.* — Les hystes hydatiques n'ont été que rarement observés dans la mamelle. Cependant les quelques observations que l'on en possède démontrent qu'ils peuvent s'y présenter avec tous les caractères qu'on leur reconnaît dans les autres régions. La coque de la tumeur, de nature fibro-celluleuse, et quelquefois analogue aux cartilages, semble formée aux dépens des parties environnantes, et contient dans son épaisseur des vaisseaux évidents.

Ces kystes, néanmoins, ne sont que faiblement unis aux tissus voisins, et le tissu cellulaire lâche et lamelleux qui les enveloppe rend ordinairement facile leur énucléation.

Leur intérieur contient des acéphalocystes, ou vers versiculaires sphériques, constitués eux-mêmes par une membrane molle et comme gélatineuse, renfermant un liquide transparent et limpide comme de l'eau distillée. Le volume et le nombre de ces globes hydatiques sont extrêmement variés : tantôt la cavité entière du kyste est remplie par une hydatide unique, le plus souvent elle en contient un grand nombre renfermées les unes dans les autres, ou simplement contiguës. Quand la tumeur est ancienne, on voit souvent le kyste rempli d'un nombre considérable d'hydatides flétries, dont la sérosité intérieure a disparu, et dont il n'existe plus que la membrane gélatineuse qui leur servait d'enveloppe.

L'intérieur de ces kystes peut aussi, sous l'influence d'un travail inflammatoire, sécréter un véritable liquide purulent.

Causes. — Les distinctions que nous avons établies entre les différentes espèces de kystes, dont le sein peut être le siége, indiquent suffisamment la diversité des causes qui peuvent leur donner naissance.

Les kystes traumatiques sont toujours le résultat de violences extérieures, qui ont déterminé dans les interstices celluleux de la mamelle un épanchement sanguin.

Ceux qui résultent d'un travail hypertrophique reconnaissent fréquemment des causes analogues, mais on les voit naître aussi sous l'influence de la puberté, de la grossesse, de la lactation ou de quelques troubles survenus dans les fonctions menstruelles. Les kystes concomitants des cancers se lient aux conditions encore mal définies qui provoquent le développement de ces dégénérescences ; enfin les kystes hydatiques paraissent, comme toutes les productions d'animaux parasites au sein de nos organes, provenir de germes spéciaux, dont l'introduction dans l'économie échappe encore à nos investigations.

Symptômes. — Quelles que soient leur nature et leur origine, les kystes de la mamelle ont toujours une évolution très-lente. A leur début, aucun signe particulier ne les distingue des autres engorgements chroniques, dont le sein peut être le siége. Ce sont d'abord de petites tumeurs dures, arrondies, indolentes, sans changement de couleur à la peau, et dont les malades ne reconnaissent l'existence que d'une manière fortuite. Après être restées longtemps stationnaires, ces tumeurs progressent peu à peu, leur volume augmente, c'est alors seulement que leurs caractères particuliers se prononcent et qu'il est possible de les reconnaître, pourvu toutefois que le kyste occupe une position superficielle.

Quand le kyste est uniloculaire, il apparaît sous la forme d'une tumeur ordinairement lisse et globuleuse, sans connexion intime avec les parties voisines.

Lorsque son volume égale celui d'un petit œuf, on peut souvent déjà y apercevoir de la fluctuation ; si même il est très-rapproché des téguments, et s'il renferme une sérosité limpide, on y reconnaît la transparence comme dans les hydrocèles.

Dans les kystes à loges multiples, au contraire, la tumeur est le plus souvent bosselée, sans fluctuation sensible, et donne aux doigts une sensation de fermeté, qu'avec une certaine expérience on peut distinguer assez bien de la dureté squirrheuse ou de l'élasticité encéphaloïde.

Enfin les kystes hydatiques, outre qu'ils ont en général une consistance moins ferme, qu'il est souvent possible d'y sentir la fluctuation, donnent, quand on les percute avec le bout du doigt, une sensation toute spéciale de frémissement qui suffit, lorsqu'elle existe bien franche, pour les faire reconnaître de toute autre espèce de tumeurs.

Diagnostic. — Ce que nous venons de dire des symptômes appartenant aux kystes du sein suffit pour faire présumer combien le diagnostic de ces maladies doit présenter d'incertitude : à part la fluctuation et la transparence, qui ne sont appréciables que dans des circonstances fort rares, tous les autres signes sont communs à la plupart des tumeurs chroniques de cet organe.

Aussi voyons-nous dans l'histoire de la science, que les chirurgiens les plus expérimentés ont à cet égard commis de fréquentes erreurs : tantôt des tumeurs diverses ont été prises pour des kystes ; tantôt, et bien plus souvent, des kystes en ont imposé pour des affections d'une autre nature et principalement pour des cancers.

Avec du soin, cependant, on pourra le plus souvent arriver à un diagnostic exact. En effet, si dans les symptômes offerts habituellement par les kystes, nous n'en trouvons aucun de pathognomonique, il est vrai de dire aussi que leur réunion complète ne se présente dans aucune autre maladie.

Les cancers, par exemple, peuvent bien comme les kystes affecter une marcher lente et chronique, leur forme peut être lisse et globuleuse, ou bien irrégulière et bosselée. Leur tissu peut présenter toutes les nuances de fermeté ou de mollesse; mais, à côté de ces phénomènes communs, on observe dans ces affections des douleurs lancinantes, des engorgements ganglionnaires, des altérations de la peau, qui n'existent point dans les kystes.

Il en est de même dans les tumeurs syphilitiques tertiaires : outre qu'elles sont ordinairement accompagnées de manifestations spécifiques dans d'autres points du corps, on voit toujours la peau participer à la maladie, et l'engorgement tendre au ramollissement et à la suppuration.

Il est moins facile, surtout au début, de distinguer les kystes des tumeurs hypertrophiques solides. Ces deux affections, en effet, ont le plus souvent une ressemblance extrême. Mais dans leur évolution, les tumeurs hypertrophiques solides ont toujours une marche plus lente que les kystes; leurs bosselures sont moins saillantes et le volume total de la tumeur n'acquiert que bien rarement d'aussi grandes dimensions.

Dans tous les cas, si le chirurgien conserve des doutes, une ponction exploratrice, faite avec un petit trocart, peut le tirer d'incertitude.

Pronostic. — Les kystes du sein ne constituent point par eux-

mêmes une maladie grave ; qu'ils soient traumatiques, hypertrophiques, ou formés par des hydatides, jamais on ne les voit compromettre directement la vie ; seulement, par le fait même de l'obscurité du diagnostic, leur présence inquiète vivement les malades. D'une autre part, sans donner lieu à des douleurs comparables à celles du cancer, ils déterminent souvent un certain degré de gêne, et par la dimension qu'ils peuvent acquérir, ils sont parfois un objet de difformité. Enfin, dans quelques cas rares, on les a vus s'ulcérer et donner lieu à une suppuration abondante et prolongée.

Traitement. — Les résolutifs intérieurs ou extérieurs sont impuissants à guérir les kystes du sein, mais si les ressources médicales sont d'un faible secours, la chirurgie peut toujours intervenir avec avantage ; il n'en est point des kystes comme des tumeurs hypertrophiques simples, où l'opportunité d'une opération est souvent fort contestable. Tandis, en effet, que les tumeurs hypertrophiques peuvent rester indéfiniment stationnaires, qu'elles peuvent disparaître spontanément, ou sous l'influence d'un traitement résolutif par les médicaments intérieurs, les topiques ou la compression, les kystes, non-seulement résistent à tous ces moyens, mais encore s'accroissent incessamment et sont susceptibles d'acquérir des dimensions telles, qu'ils deviennent gênants et nuisibles ; aussi, quand une fois l'existence de ces affections est bien établie, tous les praticiens s'accordent-ils à conseiller l'emploi des moyens chirurgicaux. Ces moyens, du reste, sont de plusieurs ordres : la ponction avec ou sans injection, l'incision et l'extirpation.

1° *Ponction.* — Dans les kystes uniloculaires, lors surtout que le liquide contenu dans leur intérieur est limpide et séreux, la ponction, suivie d'une injection de teinture d'iode, a donné des résultats favorables ; les choses se passent alors comme dans l'hydrocèle ordinaire, la ponction évacue le liquide, l'injection iodée détermine dans la cavité du kyste une inflammation qui provoque une sécrétion fibrineuse, et consécutivement l'occlusion et la disparition de la tumeur.

La ponction simple n'a qu'un résultat éphémère, le liquide ne tarde pas à se renouveler, et la compression elle-même, quelque méthodique qu'elle soit, n'en prévient pas ordinairement le retour.

Astley Cooper, cependant, en cite un cas remarquable.

Une jeune Irlandaise vint le consulter pour une tumeur qu'elle portait à la mamelle droite. Au centre de la tumeur on apercevait une fluctuation distincte, circonscrite de tous côtés par des tissus indurés ; Astley Cooper pratiqua dans cette tumeur une ponction à l'aide de la lancette, l'ouverture donna issue à une sérosité parfaitement limpide ; après la sortie du liquide il appliqua un emplâtre agglutinatif sur la plaie qui se cicatrisa sans l'emploi d'aucun autre moyen. Le kyste ne s'est pas reproduit, seulement la tumeur solide de la mamelle persista pendant un temps assez long, et finit elle-même par disparaître sous l'influence des bains de mer et des topiques adoucissants.

2° *Incision.* — En produisant l'évacuation du liquide, en permettant à l'intérieur du kyste de s'enflammer, l'incision détermine une guérison radicale, mais c'est à la condition que le kyste soit uniloculaire, ou que, s'il est multiple, toutes les loges qui le constituent soient scrupuleusement ouvertes. Cette opération guérit plus certainement encore que les injections iodées, mais elle a l'inconvénient d'être plus douloureuse, de laisser une large cicatrice, et d'exposer les malades aux accidents traumatiques, tels que l'érysipèle, le phlegmon diffus, *et cætera.*

C'est néanmoins une méthode utile et qui trouve fréquemment son application.

3° *Extirpation.* — Quand la glande est envahie dans une grande étendue, quand le kyste multiloculaire résulte de l'agglomération d'une multitude de petites alvéoles, les moyens précédents ne peuvent plus suffire, et l'extirpation de la tumeur est indiquée. Mais faut-il dans ces cas sacrifier la glande mammaire toute entière, ou doit-on n'enlever que la tumeur, en ménageant les tissus voisins ? Nous ne pensons pas que cette question doive être tranchée d'une manière absolue : les kystes hypertrophiques, les kystes hydatiques eux-mêmes, ont une certaine tendance à se reproduire quand on laisse subsister une portion de l'organe où ils se sont développés. Cette tendance, néanmoins, n'est pas telle qu'on doive sacrifier la glande mammaire toute entière : si la tumeur n'occupe qu'une petite portion de son étendue, l'avantage qui résulte de la conservation de cet organe contre-balance amplement les inconvénients d'une récidive très-problématique, aussi, croyons-nous convenable, dans ces circonstances, de ne sacrifier que strictement les parties malades ; mais, si la glande presque entière se trouvait englobée dans la tumeur, et qu'après l'extirpation il ne dût en rester que la cinquième ou sixième partie, il serait puéril d'en tenter la conservation.

Dr Alexis Favrot.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital militaire d'Oran.

De la psorenterie cholérique,

Par M. Cazalas, médecin en chef.

..... La plupart des maladies spécifiques ont deux ordres de lésions matérielles : 1° celles qui leur sont propres ; 2° celles qui leur sont communes avec d'autres affections.

Les premières, dont le mode de manifestation nous est inconnu, sont primitives, essentielles, unies par des rapports intimes, directs et immédiats à la cause spécifique de la maladie. Les autres, plus saisissables encore, sont secondaires, inconstantes, accidentelles, indirectes et résultent des troubles fonctionnels qui s'accomplissent durant la maladie. Les unes et les autres sont importantes à étudier : les premières, parce qu'elles sont l'effet direct et immédiat de la cause spécifique ; les autres, parce qu'elles se rattachent aux symptômes de la maladie et à ses complications.

L'affection cholérique ne fait pas exception à cette règle générale : elle est caractérisée anatomiquement, 1° par une lésion spéciale, tenant à la nature même de la maladie ; 2° par des lésions accidentelles causées par les troubles morbides variés qui l'accompagnent.

Toutes ces lésions ont été notées et plus ou moins étudiées par les auteurs qui se sont occupés de la matière ; mais elles ne me paraissent pas, quelques-unes au moins, avoir été envisagées dans leurs détails les plus essentiels et à leur véritable point de vue. On n'a pas assez distingué, ce me semble, les lésions qui relèvent directement du génie-cholérique de celles qui résultent de la phénoménisation morbide qui accompagne ou qui suit le choléra.

Essayons de soulever un coin du voile qui obscurcit cette question si importante et si difficile de physiologie pathologique.

Il n'existe, selon moi, qu'une seule lésion anatomique qui se rattache directement à la cause spécifique du choléra : *la psorenterie intestinale.* C'est elle qui constitue le caractère anatomique spécial, non-seulement du choléra, comme beaucoup de médecins le pensent, mais aussi de l'infection cholérique portée à un certain degré de puissance. Toutes les autres lésions, la coloration de la peau et de la muqueuse, l'aspect extérieur du cadavre, l'état des vaisseaux artériels et veineux, les congestions viscérales et membraneuses, sont l'effet des symptômes de la maladie, pouvant, par conséquent, varier à l'infini selon la rapidité de sa marche, la période où le malade succombe et la prédominance des phénomènes morbides du côté de tel ou tel appareil, de tel ou tel organe. Occupons-nous d'abord de la lésion essentielle du génie-cholérique ; c'est elle qui, à raison de son importance, a fixé mon attention d'une manière tout expresse.

Le docteur Wagner, savant professeur de l'Université de Vienne, en a fait une étude spéciale. MM. Czermak et Hyrtz

l'ont examinée au microscope. MM. Serres et Nonat en font le caractère anatomique spécial du choléra. Elle a été constatée par tous les médecins qui se sont livrés à quelques recherches d'anatomie pathologique. Son étude anatomique est donc très-avancée, cependant, comme on l'a toujours considérée comme l'effet du choléra, et non de l'influence cholérique, les descriptions que l'on en a données sont inexactes, et cette inexactitude vient peut-être de ce que, pour accommoder son évolution à la marche de la maladie, on a fait plier les faits aux exigences de la théorie.

Les médecins ne sont pas d'accord sur la nature de l'élément anatomique de l'éruption, ni sur son siége primitif, ni sur sa fréquence. La plupart la considèrent comme un gonflement anormal des plaques de Peyer et des follicules de Brunner, dont M. N. Guillot nie l'existence. MM. Serres et Nonat pensent qu'elle consiste en une tuméfaction des papilles intestinales.

Quelques auteurs la considèrent comme constante à la suite du choléra ; d'autres l'ont trouvée dans les proportions de moitié ou des deux cinquièmes. Quelques-uns la regardent comme accidentelle ; MM. Magendie et Velpeau comme accessoire et pouvant être produite par toute autre maladie, avec appel des fluides vers l'intestin.

Je m'abstiendrai, à ce sujet, de toute théorie, pour ne m'occuper que du côté pathologique de la question, et des faits qui s'y rattachent. Qu'importe, en effet, au point de vue de la thérapeutique, que l'éruption ait son siége primitif dans la muqueuse elle-même ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, dans les follicules ou les villosités? Ce qu'il y a d'utile surtout, c'est de connaître la marche de son évolution, ses rapports avec la cause et avec les symptômes de la maladie, de savoir enfin si elle constitue une lésion constante, spécifique, ou un phénomène accidentel de l'infection cholérique ou du choléra.

En 1849, au Val-de-Grâce, j'ai fait l'autopsie d'un assez grand nombre de cadavres cholériques ; l'éruption n'a jamais manqué. Au choléra de Mostaganem, en 1851, M. le docteur E. Cordier l'a trouvée chez tous les sujets cholériques dont il a examiné l'intestin. A Oran, en 1851, sur 32 autopsies, elle a été constante ; voici les données qu'elles nous ont fournies :

11 cholériques avaient succombé le 1er jour ; 9 le 2e ; 3 le 3e ; 2 le 4e ; 1 le 8e, 1 le 9e ; 1 le 10e ; 2 le 13e ; 1 le 18e ; 1 le 47e. 22 étaient morts à la période algide ; 5 à la période de réaction par suite de congestion cérébro-pulmonaire ; 1 par suite de variole survenue pendant la convalescence du choléra ; 1 par suite de scarlatine ; 1 par suite de dyssenterie ; 1 par suite de méningite et de fièvre intermittente ; 1 par suite de méningite et de diarrhée.

L'éruption n'a pas toujours été au même degré d'évolution (1) ; nous l'avons trouvée :

1° Chez les sujets morts le 1er jour : 2 fois au 1er degré ; 3 fois au 2e ; 5 fois aux 1er et 2e ; 1 fois aux 2e et 3e.	11
2° Le 2e jour : 2 fois au 1er degré ; 4 fois au 2e ; 1 fois aux 1er et 2e ; 2 fois aux 2e et 3e.	9
3° Du 3e au 8e jour : 3 fois au 1er degré, 1 fois au 2e ; 1 fois au 3e ; 1 fois aux 2e et 3e.	6
4° Du 9e au 47e jour : 2 fois au 1er degré ; 1 fois au 2e ; 2 fois aux 2e et 3e ; 1 fois aux 1er, 2e et 3e.	6
	32

Elle a été trouvée :

1° Chez les sujets morts pendant la période algide : 4 fois au 1er degré ; 8 fois au 2e, 1 fois au 3e ; 6 fois aux 1er et 2e ; 3 fois aux 2e et 3e.	22
2° Pendant la réaction, à la suite de congestion cérébro-pulmonaire : 3 fois au 1er degré ; 1 fois aux 2e et 3e.	4
3° Pendant la convalescence, par suite de variole : 1 fois aux 2e et 3e degrés.	1
4° Par suite de scarlatine : 1 fois aux 2e et 3e degrés.	1
5° Par suite de dyssenterie : 1 fois au 2e degré.	1
6° Par suite de méningite et de fièvre intermittente : 1 fois au 1er degré.	1
A reporter.	30

(1) *Voir* plus loin les caractères des trois degrés de l'éruption folliculeuse.

Report.	30
7° Par suite de méningite et de diarrhées : 1 fois au 1er degré. . .	1
8° Par suite de fièvre typhoïde : 1 fois aux 1er, 2e et 3e degrés .	1
	32

En résumant les faits précédents, nous trouvons :

Le 1er degré isolé, 9 fois ; le 2e degré, 9 fois ; le 3e degré, 1 fois ; les 1er et 2e réunis, 6 fois ; les 2e et 3e, 6 fois ; les 1er, 2e et 3e, 1 fois. — 32.

Ce n'est pas seulement sur les cadavres cholériques que l'éruption intestinale a été rencontrée ; je l'ai également observée, pendant l'épidémie et longtemps après, chez beaucoup d'individus morts par suite d'accidents ou de toute autre maladie que le choléra. Voici comment je suis arrivé à cette découverte, qui me paraît avoir une certaine importance et devoir, peut-être, concourir à la solution de plusieurs problèmes relatifs à l'histoire encore si obscure de cette maladie.

En 1849, au Val-de-Grâce, j'avais été frappé de la rapidité avec laquelle l'éruption intestinale se faisait chez les cholériques morts peu d'heures après l'invasion du choléra ; je pensais alors, comme tous les médecins, qu'elle était la suite et l'effet de la maladie.

Au mois d'avril 1851, après la suppression de nos écoles de médecine militaire, un ordre ministériel m'oblige à échanger mon poste du Val-de-Grâce contre celui de l'hôpital militaire d'Oran. Le mois de juin suivant, le choléra se déclare dans cette ville pour la 3e fois en moins de 2 ans, et y devient épidémique le 18 juillet. J'étais alors chargé de la direction du service médical de l'établissement.

Au début de l'épidémie, les exigences du service officiel, les obligations professionnelles en temps épidémique, la pénurie du personnel des sous-aides constituaient un obstacle absolu à toute investigation anatomo-pathologique. Quelques jours plus tard, les services mieux organisés et le chiffre des attaques quotidiennes moins élevé, j'ai pu me livrer à quelques observations nécroscopiques avec MM. *Driard* et *Krémer*, chirurgiens sous-aides, dont le zèle intelligent et le dévouement m'ont été d'un précieux secours sous le double rapport de la science et du traitement des malades.

Rappelant alors mes souvenirs de 1849, et surpris de l'état avancé de l'éruption intestinale chez ces sujets morts du choléra en quelques heures, il me vient à l'idée que la psorenterie pourrait bien être antérieure à l'apparition des symptômes cholériques, et que, s'il en était ainsi, elle devrait se retrouver chez les individus qui, soumis à l'influence de la constitution épidémique, auraient succombé par suite de toute autre maladie ou d'un accident quelconque. Après avoir communiqué cette réflexion à mes deux collaborateurs, il fut convenu, qu'à dater de ce jour, l'intestin de tous les hommes décédés par suite du choléra, d'une autre maladie ou d'un accident, serait examiné avec attention.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

Le pédicule, qui n'a été bien étudié que par MM. Lawrence et Jarjavay, doit être constant dans les cas les plus nombreux de sortie totale du testicule, et a permis à quelques chirurgiens, ignorant la nature de la lésion, de se livrer à la malheureuse tentative, quelquefois incomplétement accomplie, d'y placer une ligature pour faire tomber la tumeur extérieure (c'est-à-dire le testicule !). A l'état normal, il y a entre le testicule et l'épididyme un rétrécissement, un commencement de séparation dans la partie externe duquel pénètre même un cul-de-sac de la cavité vaginale. Lorsque, par suite de l'ulcération scrotale, le testicule s'échappe à l'extérieur, tandis que l'épididyme retenu

par ses adhérences reste dans le scrotum, ce rétrécissement normal persiste sous forme d'un gros et court pédicule qui unit intimement la tumeur extérieure à la tumeur intérieure, et leur donne, comme le dit très-bien M. Jarjavay dans une de ses observations, la forme d'une gourde. Naturellement, c'est autour de ce pédicule que le scrotum s'arrête dans son mouvement de retrait en arrière, et l'ouverture ulcérée en embrasse le pourtour. Ce pédicule est formé uniquement par la convexité postérieure du testicule, dans le point où elle s'enfonce dans le scrotum pour aller rejoindre l'épididyme ; il en résulte que lorsqu'on appliquait l'excision de la tumeur extérieure au ras du scrotum, à la lésion qui nous occupe, on n'enlevait pas absolument tout le testicule ; on en laissait une toute petite partie, celle qui constitue ainsi le pédicule ; à cela près, l'excision n'était en définitive qu'une castration.

Le scrotum nous présente un changement de forme et une ouverture ulcérée.

A propos du changement de forme, nous ne parlons plus de la tuméfaction qui a existé pendant les phénomènes précurseurs ; il s'agit ici de la hernie confirmée. Or, lorsque tout le testicule est sorti à l'extérieur et que la tumeur intérieure n'est pas trop considérable, le scrotum présente du côté affecté une diminution de volume ; il devient globuleux, ou plutôt la bourse de ce côté prend un aspect conique à base supérieure, analogue à celui que présente un scrotum dans lequel le testicule n'est jamais descendu. Il peut être d'ailleurs déformé par d'autres complications, des trajets fistuleux, etc.

L'ouverture scrotale qui embrasse le pédicule testiculaire ne paraît l'avoir jamais serré d'une manière notable. Elle peut être assez étroite, de manière à empêcher la rentrée de l'organe, surtout lorsque le testicule est très-épanoui au delà de son pédicule. Mais elle peut en général glisser assez aisément sur celui-ci, auquel elle n'adhère pas. La constitution des bords de cet anneau peut présenter trois variétés. Tantôt et toujours au début, c'est une solution de continuité ulcéreuse plus ou moins couverte de granulations à vif ; tantôt et fréquemment, quand la lésion est ancienne, ces bords s'épaississent, deviennent durs et résistants, et dans une de ses opérations, M. Syme se reproche de ne les avoir pas avivés, parce que le peu de vitalité de ces tissus endurcis lui a paru retarder un peu la guérison ; M. Goyrand, au contraire, à propos de son observation que nous avons rapportée dans l'histoire des hernies consécutives, se demande si réellement il a eu raison d'aviver les bords de l'anneau, puisqu'il ne pense pas qu'on puisse espérer une réunion immédiate entre une surface ainsi fraîchement avivée et la surface granulée du testicule. Tantôt enfin le pourtour de l'ouverture scrotale est pour ainsi dire cicatrisé, et l'on a presque pu le comparer alors au limbe du prépuce à travers lequel passe le gland ; dans ce cas exceptionnel et quel que soit le mode de traitement qu'on emploie, on peut avoir à se poser la question de savoir s'il ne serait pas utile ou même nécessaire d'aviver les bords cicatrisés de l'ouverture scrotale.

On le voit, la lésion ressemble de tout point à la hernie testiculaire consécutive et à la hernie traumatique, telles que nous les avons déjà étudiées dans les chapitres I et II. Il n'y a de différences que dans la sortie avec effort, dans ce fait que la tumeur, à part de rares exceptions, est granulée dès qu'elle arrive à l'extérieur, et dans cet autre, que l'épididyme forme à l'intérieur du scrotum une tumeur dure. Mais, quant à la tumeur extérieure, c'est identiquement la même chose dans tous les cas, c'est le testicule sorti à l'extérieur, à travers une ouverture scrotale, et dont la tunique albuginée est plus ou moins recouverte de granulations. La tumeur, par elle-même, est une lésion toute locale, ne retentissant pas plus loin, laissant les ganglions lymphatiques intacts, ne saignant pas, sécrétant du pus de bonne qualité, etc... On comprend qu'à l'époque où le nom de fongus était également donné et à cette lésion bénigne, et à certaines formes du cancer, il était important d'insister sur ces derniers signes négatifs, qu'il suffit aujourd'hui d'indiquer rapidement (*V.* pour quelques troubles fonctionnels l'alinéa *D* suivant).

Parcourons maintenant les observations que nous possédons, et nous allons voir qu'elles confirment la description que nous venons de donner. Remarquons avant tout que si plusieurs d'entre elles manquent de détails, c'est que les auteurs des observations avaient préalablement donné une description théorique des phénomènes, assez analogue à celle que nous venons d'exposer.

A. La *forme* du scrotum, conoïde ou globuleuse, n'est indiquée que dans deux observations dont une des deux nôtres.

Dans 17 cas, nous trouvons la description de la *surface* de la tumeur extérieure, et dans toutes elle est dite ou dessinée exactement convexe, dans tous les sens, excepté dans une observation où il est dit qu'elle avait la forme d'un champignon, et, par cette expression, on a voulu dire qu'elle était convexe par-dessus, concave par-dessous ; il est probable qu'on s'est trompé, car rien n'expliquerait cette exception unique. Dans 1 de ces 17 cas, la tumeur est décrite en forme de gourde ; dans 1 autre elle est dite chagrinée, mamelonnée ; dans 1, qui est celui dessiné par M. Curling, M. Jarjavay a cru voir à la surface un sillon qui lui donnerait un aspect bilobé, mais il est évident, d'abord, que ce sillon que nous n'y voyons pas, pour notre compte, ne prouverait rien, et puis qu'il serait difficile de comprendre comment un testicule, recouvert de quelques granulations à sa surface, pourrait être bilobé. Ainsi, uniformité de convexité et forme ovoïde, comme nous allons voir, voilà ce qui est signalé dans la plupart des observations.

A peu près constamment aussi, la surface est décrite comme granulée, et les six dessins surtout montrent très-bien ces petites granulations aplaties, identiques à celles qui existaient dans nos deux cas. Il n'y a donc pas cet aspect végétant, soit en choux-fleurs, soit avec des inégalités, qu'on retrouverait à coup sûr, si au lieu de granulations sessiles on avait affaire à de vraies végétations ; dans un seul cas, la tumeur est dite bosselée. Les exceptions à l'état granuleux de la surface sont rapportées dans trois des observations de M. Lawrence, qui sont assez remarquables à ce point de vue et à d'autres, pour que nous les donnions ici, d'autant plus qu'elles sont assez brèves.

18e *Observation.* — C'est la 4e observation de M. Lawrence, dans *Edinb. med. and surg. journal*, 1808.

Un Monsieur contracta une gonorrhée grave au mois d'avril 1807. Six semaines après, alors que les symptômes sérieux avaient cédé, un gonflement du testicule se montra soudain dans la nuit, accompagné de douleurs si poignantes, que le malade en était presque dans le délire. Les symptômes inflammatoires très-graves persistèrent longtemps malgré un traitement antiphlogistique, et les divers autres moyens employés. Au bout de trois semaines, un violent frisson saisit le patient, et une collection liquide apparaît près du milieu de la partie antérieure du testicule. Les symptômes inflammatoires diminuent, ainsi que le gonflement. Mais quoique les téguments soient minces, et que la fluctuation soit manifeste, le foyer ne paraît pas disposé à se vider seul.

On fait une ponction, laquelle donne issue à une cuillerée de matière épaisse. Quelques jours après, une matière blanchâtre, fibreuse, s'échappe brusquement à travers l'ouverture (c'était évidemment une partie du testicule recouvert par la tunique albuginée). Une autre ouverture se forme par ulcération à un quart de pouce environ de la première, et quand les deux n'en ont plus formé qu'une par leur réunion ultérieure, le fongus s'agrandit jusqu'au volume d'une noix (c'est-à-dire tout le testicule sort).

Le fongus est enlevé par excision au niveau du scrotum, sans aucune douleur. La partie enlevée, macérée dans l'eau, et attentivement examinée, a exactement l'apparence des tubes entortillés qui forment la partie glandulaire du testicule, tels qu'on les trouve dans les préparations détortillées de cet organe ; en sorte que nous devons assigner son origine à une protrusion de la substance de la glande.

On est obligé de répéter cette opération une seconde fois, après quoi les bords granulés du scrotum étant rapprochés par des emplâtres, se sont cicatrisés peu à peu.

Nous trouvons dans cette observation : un des cas exceptionnels, peut-être blennorrhagiques ; l'agrandissement de la tumeur par l'agrandissement de l'ouverture, et non autrement ; et l'existence des frissons précurseurs de l'abcès. De plus, le fait est caractéristique au point de vue de l'absence des granulations,

au moins au début, puisqu'il s'est *échappé brusquement une substance blanchâtre, fibreuse.*

19e *Observation.* — C'est la 5e observation de M. Lawrence (*loc. cit.*). William Mathews, 23 ans, est admis à l'hôpital Saint-Barthélemy en juillet 1802. Une grande dureté du testicule droit, accompagnée de beaucoup de douleur, survint, il y a 6 mois environ, pendant qu'il était à la mer. Quatre mois après, la peau s'ulcéra, la douleur disparut, et une excroissance dure, insensible, se projeta au delà de la surface du scrotum. Le patient l'enleva en la coupant graduellement, et les parties se cicatrisèrent en laissant une large cicatrice qui indique le lieu où siégeait la lésion. Le cordon spermatique, qui est sain, peut être suivi par en bas jusqu'à un dur noyau du volume environ de la dernière phalange du petit doigt, et fermement uni à la cicatrice.

Un mois environ après cette attaque dans le testicule droit, le testicule gauche fut attaqué de la même façon, et la marche de la lésion fut à peu de chose près la même, excepté qu'aucune partie du fongus ne fut enlevée par le patient.

A l'examen, on trouve que le cordon spermatique gauche, parfaitement sain, se termine dans un dur noyau (épididyme évidemment) duquel s'échappe à travers la peau une masse fongueuse (le testicule), ferme, environ du volume d'une noix, d'une couleur blanchâtre (tunique albuginée) à l'extérieur, et insensible au toucher. Ultérieurement, la couleur change sous l'application d'un cataplasme ordinaire, en une teinte d'un rouge pâle, et la surface prend une apparence granuleuse. Le liquide sécrété est très-peu abondant.

Au bout de quelque temps, la partie projetée est détruite par des applications répétées de nitrate d'argent, une cicatrice se forme, et l'individu est renvoyé parfaitement guéri. Pendant tout le temps de la durée de la lésion, la santé générale resta bonne, et dès que la peau fut ulcérée, le patient ne souffrit plus. Il avait perdu tout désir vénérien, du moment où le testicule gauche commença à se gonfler.

Voici l'un de ces cas curieux où les deux testicules ont été successivement attaqués. Nous y voyons, comme dans d'autres exemples, le patient se râcler le testicule par tranches, au point de finir par le faire disparaître complétement. Mais ce qui nous intéresse le plus, en ce moment, c'est l'absence de granulations, le fongus étant dur, insensible au toucher et blanchâtre à l'extérieur. La preuve en est bien positive, puisque les granulations, dont les périodes sont très-bien décrites, se sont formées sous les yeux des chirurgiens de la même façon, quoiqu'un peu plus lentement, qu'on les voit se former sur la tunique albuginée, à la suite des hernies traumatiques.

20e *Observation.* — C'est la 9e observation de M. Lawrence (*loc. cit.*). John Felton fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy à la fin de 1804. Environ 7 ou 8 mois auparavant, il avait contracté une chaudepisse qui fut suivie d'épididymite. Les parties se gonflèrent considérablement; le scrotum devint tout à fait étroit pour le contenu, et d'après le patient, *le testicule éclata à travers la peau.* Le fongus ainsi formé était d'abord très-douloureux quand il était pressé, et saignait par occasion; ceci disparut peu à peu, et les parties demeurèrent sans grand changement, pendant les 6 mois antérieurs à l'admission.

A l'entrée, le scrotum du côté affecté était très-induré et occupé par plusieurs petits noyaux durs. L'excroissance était parfaitement lisse, et sans aucune apparence de granulations. Elle était étroite à la base, et de là s'épanouissait à un volume considérable. La suppuration était en quantité à peu près celle d'un ulcère ordinaire, et la pression ne produisait aucune douleur.

L'emploi des sangsues et de lavages froids diminua les indurations environnantes, et le cordon put être senti dans un état élargi, mais non douloureux. Le nitrate d'argent fut frotté chaque jour sur la surface pendant quelque temps, mais ne produisit pas grand effet, généralement un peu de douleur, et parfois un peu d'écoulement de sang. Alors, des tranches furent coupées à la surface avec le bistouri, et cette opération fut accompagnée d'hémorrhagie, non de douleur.

Le volume de la tumeur paraissant toujours très-peu moindre, une forte ligature fut serrée à sa base, aussi fort qu'on put tirer. Ceci produisit de vives douleurs; en peu d'heures, mal au cœur avec douleur dans le cordon et les reins. On applique localement des cataplasmes et on donne à l'intérieur de petites doses de laudanum; la fièvre qui persistait céda aux moyens accoutumés. Environ une semaine ou une dizaine de jours après, le fongus (testicule), qui n'adhérait plus que par quelques fibres, fut enlevé par section. Peu après, cependant, une substance qui avait la même dureté que le premier fongus s'éleva de nouveau au-dessus du niveau du scrotum (c'était la petite portion du testicule formant le pédicule). Le nitrate d'argent fut appliqué franchement, et une pression locale, par un emplâtre adhésif, fut exercée à un aussi haut degré que la partie pouvait le permettre. Sous l'influence de ce traitement, une cure parfaite fut bientôt obtenue. Le scrotum reprit sa mollesse habituelle, la tuméfaction du cordon s'affaissa, mais toujours le testicule paraissait plus volumineux et plus dur que d'habitude. Un an après, le patient a été revu, et la partie continuait à être parfaitement bien.

L'excroissance était parfaitement lisse, cela dispense de toutes réflexions. Avec ces trois faits, plus celui dans lequel il est dit que *tout le corps du testicule* se projetait au delà du scrotum, plus le fait de Macartney, dans lequel *le testicule était sain,* et le fongus provenait de la tunique albuginée, il est difficile de comprendre comment M. Lawrence n'a pas vu de suite que le fongus bénin n'était qu'une simple hernie du testicule en nature, et non une protrusion des tubes séminifères à travers une ouverture de la tunique albuginée.

B. Le volume est ou passé sous silence, ou désigné par comparaison avec des objets connus. Deux fois seulement, la tumeur était petite (ou la hernie partielle), décrite dans un cas, comme une légère proéminence, et dans l'autre, comme ayant le volume d'une aveline. 6 fois le volume est comparé à celui d'une noix ordinaire; 4 fois à celui d'une grosse noix. Dans 4 cas, la tumeur est comparée à un œuf de poule plus ou moins gros. Une fois la tumeur est dite simplement volumineuse, une fois d'un volume considérable, et une fois comme faisant une saillie d'un pouce. Ainsi, dans la majorité des cas, le volume est celui d'une noix petite et grosse, ce qui, en tenant compte de l'augmentation produite par les granulations, est assez bien le volume ordinaire d'un testicule dans lequel l'aplatissement latéral a disparu. Cette uniformité, assez constante dans le volume de la tumeur, aurait dû, depuis longtemps, écarter de l'esprit des chirurgiens l'idée d'une excroissance fongueuse qui aurait dû nécessairement présenter bien plus de régularité.

C. La rougeur bien désignée dans quelques descriptions théoriques, avec sa teinte rose pâle au début, n'est presque pas décrite dans les observations. M. Jarjavay seul a insisté sur l'aspect gris piqueté de points roses, que la présence du pus baignant les sillons qui séparent les granulations, donne à la surface de la tumeur, lorsqu'elle n'est pas abstergée; il signale aussi un cas où la rougeur était foncée, brune. Pendant les premiers temps, comme dans le cas dessiné par A. Cooper, pl. 2, fig. 1, et dans 2 ou 3 autres cas, il se peut qu'une partie de la surface de la tumeur soit d'un blanc grisâtre, par incrustation de matière analogue à de la craie, ou tuberculeuse, qui n'a pas encore été expulsée, mais va finir par l'être bientôt.

D. La plupart des auteurs ayant dit dans leur exposé théorique que la tumeur était indolente, ne s'occupent guère plus de le répéter dans leurs observations. Seulement, nous trouvons, dans quelques-unes, des détails particuliers à ce point de vue. Ainsi, dans un cas de M. Jarjavay, la douleur n'avait pas disparu avec la formation de la hernie, et si l'on en croit le patient, le même fait se serait reproduit dans une des observations précitées de M. Lawrence. M. Philippeaux, dans une observation où la lésion tuberculeuse a été constatée par l'autopsie, parle par mégarde, sans doute, de douleurs lancinantes.

Dans le cas de Serre, dans les observations de M. Jarjavay et une des nôtres, nous retrouvons le signe précieux de la douleur énervante par la pression.

Enfin, dans l'observation de Serre, et dans une de celles de M. Jarjavay, nous trouvons un signe dont nous n'avons pas parlé dans notre description générale, quoiqu'il soit bien rationnel, parce qu'il n'est signalé que ces deux fois-là. Il s'agit de douleurs rénales, de tiraillements dans les cordons et vers les régions lombaires, allant au point, dans un cas, d'empêcher tout travail. Ce signe existe dans les tubercules du testicule en général; mais la douleur est-elle aggravée par le fait de l'existence de la hernie testiculaire? C'est là la question.

E. Le pédicule n'est décrit, nous le savons, que par MM. Lawrence et Jarjavay, et par conséquent n'est guère mentionné que dans leurs observations. Il est aussi parfaitement marqué dans

les six dessins publiés, que nous avons plusieurs fois cités déjà.

F. Quant à la tumeur intérieure, avec son volume, sa dureté, ses bosselures, ses rapports avec le cordon sain ou tuméfié, sa continuité avec le testicule extérieur, tout cela a été un peu négligé par les observateurs, dont l'attention a été généralement concentrée par la tumeur extérieure; néanmoins, nous la trouvons assez bien décrite dans 8 cas.

Il nous reste à parler maintenant de quelques complications de la lésion, et puis nous n'aurons plus à traiter que de sa marche, de ses conséquences, de son anatomie-pathologique, de sa nature et de son traitement. Le désir de faire un cadre bien complet, en rapport avec les méthodes généralement usitées, ne nous portera à faire ni un paragraphe de diagnostic différentiel inutile pour une lésion aussi évidente et toujours la même, ni un paragraphe de pronostic que nous avons traité chemin faisant, ou que chacun pourra faire aussi bien que nous.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Appareil à air chaud.

A l'époque de la seconde invasion du choléra-morbus asiatique à Paris, le conseil de salubrité pensa qu'il pouvait être opportun que l'administration municipale mît à la disposition des secours publics un appareil commode et de facile transport, pour réchauffer les malades au lit. On ne possédait alors, pour ce genre de chauffage que des moyens très-dispendieux. Nous en proposons un dont la simplicité écarte d'abord la difficulté pour le prix.

Notre honoré collègue, M. le docteur A. Devergie, essaya notre premier modèle d'appareil, dans son service de l'hôpital Saint-Louis; il l'expérimenta comparativement avec un autre qu'un de nos savants collègues, à la demande du conseil, avait présenté de son côté. Son appareil consistait principalement dans la mise en œuvre de l'ingénieuse idée de faire parcourir au courant d'air qu'entretiendrait une lampe à alcool, les deux surfaces d'une plaque de tôle horizontalement placée. Le procédé ne pouvait manquer de produire une chaleur intense de l'appareil et du courant d'air. M. le docteur Devergie lui reconnut cet avantage, et, en même temps, l'inconvénient de dépasser l'élévation de température désirable pour l'usage thérapeutique qu'on se proposait. Il fut à même de remarquer que cet instrument, de petit volume, avait nécessairement besoin d'un support étranger, qui contribuerait à rendre son maniement embarrassant au lit du malade.

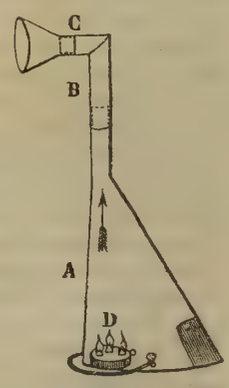
Sous ces différents points de vue, notre modèle, quoique l'appareil n'eût pas les proportions favorables que nous adoptâmes depuis cette épreuve, se trouva présenter d'assez bonnes conditions pour que la préférence se prononçât en sa faveur.

L'autorité pratique de M. le docteur Devergie décida d'autres praticiens à user du même procédé. Les hôpitaux de Saint-Louis, de Cochin et de Lourcine l'adoptèrent. La direction de l'Hôtel-Dieu, en vue d'une économie notable, modifia notre système, ou plutôt le réduisit à ce qui avait été notre première idée, à savoir un tuyau de poële, coudé à angle droit, dans lequel brûle une lampe à alcool. De prime-abord, cette disposition, en effet, peut paraître suffisante pour l'usage d'un hôpital, tous les lits se trouvant de hauteur et de largeur uniforme. Mais on put reconnaître qu'un tuyau cylindrique perdait trop aisément l'équilibre, par suite de la maladresse ou de la négligence des gens de service, et que la lampe, dans ce cas, pouvait occasionner des accidents plus ou moins fâcheux.

Notre appareil n'eut en lui-même, à la vérité, qu'une sorte de tuyau adapté au lit du malade, mais quelques détails de structure en règlent la commodité et la sûreté. Nous prétendons, du reste, à si petite part de mérite inventif pour avoir proposé ce moyen, que nous avons longtemps hésité à rien publier à ce sujet. Envisageant aujourd'hui la chose au seul point de vue utilitaire, nous estimons qu'il est bon de la répandre et de mettre chacun à même de la reproduire au besoin.

L'appareil est de métal et jusqu'à présent de tôle.

Il est composé des trois pièces suivantes :



1° un tuyau (A) largement évasé en forme de cône aplati verticalement sur l'une de ses faces. Le cône a 0^{m} 50 de hauteur, 0^{m} 35 de diamètre à sa base; 0^{m} 07 d'ouverture à son sommet; celle-ci est prolongée par un bout de tuyau cylindrique soudé, haut de 0^{m} 20; de sorte que cette première pièce a 0^{m} 70 de hauteur.

Près de sa base et du côté opposé à la face aplatie, le cône est percé d'une ouverture, destinée à l'introduction d'une lampe à alcool; cette ouverture est recouverte d'une bande de cuir fixée en rideau par deux écrous.

2° Un tuyau coudé (B); sa portion verticale emboite à frottement le sommet prolongé du cône, et permet d'allonger ou de raccourcir l'appareil sans le déranger; elle a 0^{m}25 de longueur. La partie horizontale du tuyau coudé à 0^{m}15.

3° Un ajoutage (C) long de 0^{m}20, dont une moitié est cylindrique et emboîte à frottement la partie horizontale du tuyau coudé; l'autre moitié libre se termine en cône ou entonnoir ouvert de 0^{m}15 de diamètre. Cet entonnoir fonctionne, dans l'intérieur du lit, comme bouche de chaleur qu'on peut à volonté rapprocher ou éloigner du malade, en profitant de la mobilité de la troisième pièce (C) sur la seconde (B).

Pour compléter la description, nous ajouterons qu'une anse de fer courbée en arc, et fixée par des anneaux, près de la base du cône, facilite le moyen de transporter à bras cet instrument dans lequel on place ses accessoires démontés, ainsi que la lampe et d'autres objets de secours.

Veut-on administrer le bain d'air chaud au malade alité? on pose le cône sur sa base, sa face verticale tournée contre le lit, et son sommet dirigé entre les draps débordés; les deux ajoutages ci-dessus décrits doivent être disposés, le premier à la hauteur du lit, le second dans la direction du malade. Cela fait, on allume la lampe qu'on introduit par la petite ouverture du bas, en ayant grand soin de pousser la lampe jusqu'à la paroi postérieure et verticale. La lampe portant trois becs, offre le moyen d'échauffer plus ou moins le courant d'air qu'elle entretient, selon qu'on allume les trois becs et qu'on élève les mèches, ou selon qu'on en allume deux ou même un seul; et pour exécuter ces modifications, on n'a pas besoin de déranger l'appareil.

On rend le bain d'air chaud plus général, au moyen de cerceaux voûtant les couvertures au milieu du lit.

Sur ce qui concerne l'emploi thérapeutique de ces bains d'air chaud, nous nous bornerons à reproduire textuellement ce que M. Alph. Devergie en a dit à ses élèves, dans une de ses leçons cliniques du mois de décembre dernier, à l'hôpital Saint-Louis.

« Cet appareil, imaginé par M. Cadet-Gassicourt en 1849, a été « utile à l'époque du choléra; depuis cette époque, toutes les « fois qu'une affection cutanée tend à disparaître, ou bien est « disparue, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, sans exclusion « même des érithèmes et des exanthèmes, je n'hésite pas à le « mettre en usage pour rappeler l'éruption. Il peut suppléer, « jusqu'à certain point, les bains de vapeur, dans les affections « synammeuses; il rend de réels services dans le traitement des « rhumatismes. »

Le Dr F. Cadet-Gassicourt, *Pharmacien.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 33. 1re année. Jeudi 17 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Une réponse de M. Trousseau. — Séances des Académies. — **MÉDECINE COMPARÉE** : Expériences faites sur le mouton avec l'insecte, l'échor, les croûtes et le sang d'animaux affectés de la gale, par M. HERHWIG. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : HÔPITAL MILITAIRE D'ORAN. De la psorenterie cholérique, par M. CAZALAS. (*Suite.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES** : Discours prononcés sur la tombe de M. Orfila.

Paris, le 16 *mars* 1853.

Une réponse de M. Trousseau.

Pendant que nous rendions les derniers devoirs au professeur éminent que la Faculté vient de perdre, M. Trousseau, dont nous avions avec étonnement constaté l'absence à la funèbre cérémonie, adressait, à notre article du 1er mars, une réponse.... sur papier timbré. Si cette réponse n'est pas la plus démonstrative, c'est du moins la plus commode. Elle est commode surtout en ce que la loi ne permet pas le compte rendu des procès en diffamation, et que nous serons, par conséquent, dans l'impossibilité de mettre sous les yeux de nos lecteurs les preuves que, si M. Trousseau a été diffamé dans notre article, il ne l'a été que par M. Trousseau lui-même. Mais nous avons le ferme espoir que ces preuves convaincront facilement les magistrats.

La loi nous défend de rendre compte du procès que M. Trousseau nous intente, elle ne nous défend point de tracer l'esquisse de la vie et des travaux scientifiques de l'habile artiste. Ce qui n'était pour nous qu'un simple projet devient un devoir après la réponse que vient de nous adresser M. Trousseau ; nous n'y faillirons pas, et nous osons espérer que la sympathie de tous les hommes qui conservent quelque respect pour la vérité et pour la dignité scientifiques, nous soutiendra dans cette tâche, pénible et périlleuse il est vrai, mais par cela même d'autant plus honorable. C'est le vendredi, premier avril, que M. Trousseau nous a donné rendez-vous dans l'enceinte de la 7e chambre de la police correctionnelle.

H. DE CASTELNAU.

Séances des Académies.

L'Académie de médecine voulant donner un témoignage de la part qu'elle prend au deuil de la famille de M. Orfila, a suspendu avant-hier tous ceux de ses travaux qui pouvaient être retardés, c'est-à-dire qu'elle s'est bornée au dépouillement de la correspondance et à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. Elle a décidé en outre, sur la proposition de M. Roux, qu'une députation se rendrait auprès de madame Orfila pour lui exprimer combien l'Académie s'associait à sa douleur et à ses regrets.

L'élection était prévue d'avance ; elle a donc produit peu de sensation. M. Requin n'a reçu en quelque sorte que l'investiture d'une place dont on le considérait comme depuis longtemps en possession. Si l'on avait consulté les besoins de la section plutôt que les antécédents scientifiques considérés d'une manière générale, peut-être aurait-on trouvé dans M. Barth plus de connaissances spéciales. Mais il y a longtemps déjà que l'Académie a abrogé en grande partie les distinctions établies par le règlement. Peut-être aurons-nous à nous occuper un jour de l'avantage et des inconvénients d'une telle abrogation. Quoi qu'il en soit, l'Académie ne pouvait faire un mauvais choix entre les six candidats portés sur la liste, et entre tous, celui qu'elle a fait est assurément un des meilleurs.

— L'Académie des sciences a reçu une communication intéressante de M. Jobert (de Lamballe). Nous la publierons *in extenso*.

H. DE CASTELNAU.

MÉDECINE COMPARÉE.

Expériences faites sur le mouton avec l'insecte, l'échor, les croûtes et le sang d'animaux affectés de la gale, par Herhwig.

La présence d'un insecte, connu sous le nom de *sarcopte,* à la surface du corps de l'homme et des animaux affectés de gale, est un fait acquis aujourd'hui à la science. Mais il est une question étiologique qui ne nous semble pas encore résolue, malgré les travaux publiés sur cette matière par des hommes recommandables, c'est celle de savoir si le sarcopte est la cause ou le produit de cette maladie vésiculeuse.

Nous nous proposons de publier dans ce journal quelques observations sur cet important sujet. Aujourd'hui nous rapporterons textuellement l'analyse d'un travail curieux de M. Herhwig, traduit de l'anglais par M. H. Bouley, et inséré dans le *Recueil de médecine vétérinaire.*

Quoique Linné (*Exanthemata viva, Upsal,* 1757) ait fait mention de l'insecte qui cause la gale, et que Wichman, dans ses causes de la gale, publiées à Hanovre en 1786 et 1791, ait déjà exprimé la conjecture que la gale du mouton et celle de l'homme sont les mêmes maladies, et que toutes deux sont produites par un insecte ; quoique Videbanlt, dans son traité pra-

tique sur le traitement de la gale, publié à Stettin, en 1790, ait clairement exprimé l'opinion qu'un insecte est la cause de la gale, cependant c'est à Woby, professeur vétérinaire à Wurtemberg, que revient l'honneur d'avoir démontré, d'une manière satisfaisante, la présence de l'insecte, et d'avoir fait connaître son histoire naturelle, ses caractères distinctifs, le siége qu'il occupe et le mode suivant lequel la maladie se propage. Woby fit connaître ses expériences dans l'ouvrage assez originalement intitulé : *Nature et traitement des moutons galeux,* publié en août 1812. Il dit dans cet ouvrage, p. 47, en parlant du mode suivant lequel l'insecte produit la gale, qu'il a souvent répété l'expérience de placer sur la peau des moutons sains quelques insectes qui, immédiatement, se sont mis à pénétrer dans le cuir, et que la gale s'est toujours déclarée après cette épreuve. Il ajoute que la maladie ainsi produite se guérit spontanément, lorsque l'expérience n'est faite qu'avec les insectes mâles, et qu'au contraire elle persiste obstinément et se propage de plus en plus par la production de nouveaux insectes, lorsque l'on se sert, pour la transmission, d'insectes des deux sexes ou d'insectes femelles fécondés et qu'enfin lorsqu'on a fait développer ainsi la gale, on peut la guérir complétement en détruisant tous les insectes sur l'animal infecté.

Il est incontestablement reconnu (au moins par les vétérinaires allemands) que ces observations présentent le plus haut intérêt, car elles donnent une démonstration de la nature et des causes de la gale, et mettent sur la voie du meilleur mode de traitement qui lui soit applicable. En outre, au point de vue de la police sanitaire, il est d'une grande importance de connaître le temps qui s'écoule entre le moment où les animaux ont été exposés à l'infection, et celui où la gale fait son apparition. Woby n'a pas traité de ce point dans son ouvrage ; mais les résultats de ses expériences fournissent les données nécessaires.

Comme ces expériences, dit Herhwig, sont les seules qui aient été faites sur ce sujet, je me suis décidé à les répéter avec l'intention, en les modifiant, de pousser plus loin mes investigations.

J'ai fait mes expériences au printemps de 1817, et dans l'été de 1827 et 1828, avec l'assistance des autres professeurs de l'École royale vétérinaire, et elles peuvent, par cette raison, mériter toute confiance.

I. Les trois moutons qui fournissent les éléments de l'infection avaient été achetés à un homme de Henningsdorf, à sept milles et demi de Berlin, et ils furent conduits à Berlin dans une charrette ; on les plaça chacun immédiatement dans une stalle séparée à l'École vétérinaire, et le soin de chacun fut confié à une personne spéciale. Ils avaient trois ans ; leur embonpoint était satisfaisant, et ils n'étaient affectés de la gale qu'à un degré modéré. Chacun d'eux présentait sur la peau des petits boutons, des croûtes, des places dépilées, et un certain nombre d'insectes qui, examinés sous le microscope, offrirent des caractères identiquement semblables à ceux que Woby a indiqués. On ignorait si ces animaux avaient contracté la gale spontanément ou par contagion.

II. Les trois moutons qui servirent à l'inoculation furent marqués 1, 2, 3. C'étaient de bons animaux de 4 ans, qui, au mois d'octobre, avaient été choisis dans un lot de 30 bêtes destinées à la boucherie ; le troupeau dont ils provenaient n'était pas affecté de la gale ; on les soumit à un examen minutieux et on les laissa en observation pendant quelque temps, afin de bien s'assurer qu'ils étaient parfaitement sains.

Chacun fut aussi placé dans une stalle séparée et confié à trois personnes différentes.

III. Six autres moutons, qui servirent à l'inoculation, furent choisis dans un troupeau d'animaux de race, appartenant à M. Grafen. On les distingua sous les numéros 4, 5, 6, 7, 8, 9. Il était à ma connaissance personnelle que depuis 5 ans, au moins, ils n'avaient eu ni la gale ni d'autres maladies de la peau, et au moment où l'expérience fut commencée, ils ne présentaient pas la plus légère trace de maladie. On les plaça aussi dans des stalles séparées, sous la surveillance d'une personne spéciale.

IV. On leur donna pour nourriture, par tête, trois livres d'excellent foin, et pour boisson de l'eau fraîche ; on eut soin d'entretenir sous eux une litière toujours fraîche et propre.

V. Chaque animal resta à demeure dans sa stalle. On ne l'en fit sortir que pour suivre journellement les effets de l'inoculation.

VI. L'opération et l'observation journalière des animaux furent faites par une personne spéciale pour chacun d'eux, afin que l'infection ne pût être communiquée d'un mouton à un autre.

VII. Depuis 2 ans au moins, il n'y avait pas eu un seul mouton affecté de la gale dans les bergeries de l'institution.

Inoculation par le moyen de l'insecte (faite sur les moutons 1 et 2). — Le 7 octobre, à 9 heures du matin, j'inoculai ces deux moutons de la manière suivante : une mèche de laine fut arrachée sur le milieu du dos, de manière à mettre à nu une place de $4/10^{es}$ de pouce de large, sur $8/10^{es}$ de long, et je mis en contact, sur cette place, une autre mèche de laine arrachée du cou d'un mouton galeux, laquelle renfermait des insectes vigoureux des deux sexes. La laine environnante fut alors rabattue sur la partie inoculée, et le mouton fut placé à part dans une stalle très-propre. Le lendemain, 8 octobre, on put reconnaître huit de ces insectes qui s'étaient faufilés dans la laine aux environs du point de l'inoculation. Les deux autres ne furent pas retrouvés.

La peau de l'endroit dépilé était plus rouge et plus chaude que dans l'état normal.

Le troisième jour (9 octobre), tous les insectes avaient disparu ; on ne peut en retrouver aucun sur la peau. L'endroit où l'expérience a été faite est couvert d'une mince croûte jaunâtre, qu'on peut détacher avec la pointe d'un bistouri, et qui laisse à nu la peau d'une couleur bleuâtre. Elle est le siége d'un peu de gonflement. Cette croûte ne paraît pas être le résultat de l'infection, mais bien de l'irritation produite par l'arrachement de la laine.

Du quatrième au sixième jour (c'est-à-dire du 10 au 12 octobre), même état apparent des parties.

Le septième jour (13 octobre), même état apparent, si ce n'est que la croûte est devenue plus brune et plus dure. Au voisinage de la partie dénudée, dans les endroits encore couverts de laine, il y a plusieurs petits points durs, superficiels, de $2/10^{es}$ de pouce de grandeur, d'une couleur bleuâtre, et qui paraissaient être le siége d'une inflammation commençante.

Le huitième et le neuvième jour (14 et 15 octobre), mêmes apparences que précédemment.

Le dixième jour (16 octobre), on trouve plusieurs insectes sous la croûte. La peau était plus dure, et tout autour du point dépilé, il y avait des petits boutons de gale, de couleur jaune-brunâtre. Les animaux manifestaient la sensation de prurit qu'ils éprouvaient en ces points, en essayant de se frotter, et lorsqu'on écorchait les parties avec l'ongle, ils démontraient le plaisir qu'ils éprouvaient par le mouvement bien connu des lèvres.

Du onzième au quinzième jour (du 17 au 20 octobre), les choses restent exactement dans l'état qui vient d'être dit, avec cette exception que la maladie est arrivée à un plus haut degré et s'est propagée davantage.

Les seizième, dix-septième et dix-huitième jours (du 21 au 24 octobre), l'étendue de la gale dans la partie, siége de l'inoculation, mesure environ 2 pouces carrés, et sur tous les points couverts de croûte, on trouve un nombre considérable d'insectes.

Du dix-neuvième au vingtième jour (du 25 au 27 octobre), la maladie continue à se propager.

Du vingt et unième au trente-deuxième jour (du 28 octobre au 7 novembre), la partie actuellement couverte de croûte est deux fois plus étendue que celle où l'inoculation a été faite.

Du trente-deuxième au trente-huitième jour (du 7 au 13 novembre), la gale continue à se répandre de plus en plus, au point que le trente-neuvième jour (14 novembre), elle avait envahi presque toute la région dorsale. Ses croûtes présentent une épaisseur et une couleur différente, suivant les régions du

corps. Elles sont principalement d'un jaune-brun, de l'épaisseur d'environ un 1/2 pouce, fermes et d'un aspect comme brillant qu'elles doivent à leur transparence. Elles sont assez fortement adhérentes à la peau, fendillées çà et là, et dans le fond des fentes on aperçoit les insectes comme dans leur nid. Il est assez particulier que nous ayons trouvé moins d'insectes après le sixième jour qu'avant. Les animaux furent traités avec le bain de Wolz. Le quarante-septième-jour (22 novembre), le bain fut employé une deuxième fois, et ces moyens suffirent pour guérir la gale sur les deux moutons.

Inoculation avec un seul insecte (faite sur le mouton n° 3). — Un insecte femelle, reconnaissable à ses huit pattes bien développées, et évidemment fécondé, comme l'indiquait la rondeur de son ventre, fut placé sur le dos du mouton n° 3. Le septième jour de cette inoculation, une petite tache un peu élevée, de la grosseur d'une tête d'épingle, un peu dure, mais sans changement de couleur et sans modification de la chaleur et de la sensibilité de la peau, apparut au lieu de l'insertion. Le huitième et le neuvième jour, cette tache était couverte d'une croûte très-petite, fortement adhérente à la peau. La peau, aux environs, était plus rouge et plus dure que dans l'état normal, sans trace d'inflammation.

Le dixième et le onzième jour, la croûte était détachée et laissait voir la peau humide et d'une couleur jaune sale. Le douzième jour, une nouvelle croûte était formée. Le treizième, cette croûte est plus large et plus consistante ; la peau qui l'environne est dure, rouge, enflammée, et lorsqu'on la frotte, l'animal manifeste du plaisir. Le quatorzième jour, mêmes apparences ; la croûte, soulevée avec des pinces, laisse voir au-dessous d'elle cinq petits insectes très-vivaces au milieu de l'humidité qui les baignait. Ils s'échappèrent dans différentes directions. L'insecte mère ne fut point retrouvé.

Le quinzième jour, une croûte plus épaisse est formée, comme enfoncée dans la peau. La peau environnante est dure, jaunâtre et très-sensible. On peut compter, dans différents points, huit insectes sur la peau.

Du seizième au dix-huitième jour, la croûte a augmenté en largeur et en épaisseur. Les modifications subies par la peau adjacente s'étendent sur une plus grande surface. Les insectes augmentent en volume, mais diminuent de nombre.

Du dix-neuvième au trente et unième jour, extension de la maladie, qui occupe une surface de 5 pouces de circonférence ; la gale est parfaitement déclarée. L'expérience fut terminée là, et le mouton soumis au bain de Wolz fut parfaitement guéri.

Inoculation avec la sérosité sécrétée au-dessous des croûtes de la gale. — En examinant le liquide inoculé, soit à l'œil nu, soit au microscope, on n'y découvrit aucune apparence d'insectes.

Une première inoculation, faite avec la lancette sous l'épiderme de la peau du dos d'un mouton, ne donna aucun résultat. Le vingt-sixième jour, toute trace de piqûre avait disparu, et la laine repoussait au point où on l'avait arrachée.

Mais une autre inoculation, faite avec le même liquide recueilli sous les croûtes d'un mouton affecté d'une gale très-invétérée, fit développer la gale. Le treizième jour de l'inoculation, bien que le liquide inoculé ne contînt aucun insecte, on découvrit au lieu de l'insertion de ce liquide, plusieurs acares de différentes grandeurs et parfaitement vivants. Du dix-septième au vingt-neuvième jour, les symptômes de la gale étaient parfaitement déclarés, et la surface de la peau envahie avait la largeur de la main de l'homme.

R.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital militaire d'Oran.

De la psorenterie cholérique,

Par M. Cazalas, médecin en chef.

(*Suite. Voir le n° 32 du 15 mars.*)

Le hasard nous permit bientôt de constater, par l'observation, la justesse d'une théorie à laquelle je n'attachai aucune importance, parce qu'elle n'avait jusqu'alors que l'industrie pour base.

1er *Fait.* Un sous-officier du 68e de ligne, âgé de 26 ans, en garnison à Mostaganem, était venu en témoignage à Oran. Quelque temps après son arrivée, il est atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, général et très-violent. Il entre à l'hôpital, dans mon service, dans un bâtiment complétement séparé du service des cholériques, le 12 août 1851, au moment où l'épidémie faisait encore, dans la ville et la garnison, un assez grand nombre de victimes. Les émissions sanguines et les autres moyens ordinaires de traitement diminuent promptement la douleur et la fièvre. Deux jours après le malade allait bien et touchait à la convalescence. Un de ses collègues va le voir le 14, lui porte quelques aliments qu'il mange sans faim vers 6 heures du soir. Une heure après environ, une indisposition se déclare, à 8 heures le malade était mort, sans avoir éprouvé ni crampe, ni cyanose, ni aucun autre symptôme propre au choléra. Le lendemain, à l'autopsie, nous trouvons dans l'intestin grêle 20 à 25 plaques elliptiques, faisant une saillie assez notable au-dessus du niveau de la muqueuse voisine, d'autant plus épaisses et rapprochées les unes des autres qu'elles étaient plus près du cœcum, et des milliers de corpuscules blancs, élevés, globuleux ou coniques, dont la confluence décroissait en partant de la région cœcale, pour augmenter de nouveau dans le duodénum, notamment au voisinage du pylore, recouvertes ainsi que les plaques par la muqueuse pâle et nullement altérée. Les plaques et les follicules avaient un développement aussi considérable que chez la plupart des cholériques morts plusieurs jours après l'invasion de la maladie. Le cœur offrait des traces manifestes d'une endocardite commençante qui, peut-être, n'a pas été complétement étrangère au résultat fatal et définitif.

Cette première observation devait encourager nos recherches, mais nous n'en acceptions les conséquences qu'avec une réserve extrême, car il était possible de supposer que l'indigestion susdite n'était autre chose que le choléra. Huit jours se passèrent sans autres décès que ceux occasionnés par la maladie épidémique.

2e *Fait.* — Un prisonnier arabe, entré le 17 avril dans le service chirurgical des consignés, meurt le 23 août suivant, sans aucun phénomène cholérique, dans un état de marasme avancé, par suite d'une cachexie scorbutique avec inflammation chronique de la muqueuse digestive. L'autopsie, faite le 24, à quatre heures du soir, nous révèle l'existence d'une lésion semblable à celle du cas précédent, avec cette différence que les boutons étaient plus larges et plus élevés, les plaques plus épaisses, peu saillantes et recouvertes sur la muqueuse plutôt pâle que rouge.

Cette 2e observation, déjà plus probante que la 1re, laissait encore des doutes dans nos esprits, parce que le malade était depuis longtemps à l'hôpital, et que nous n'avions pas été témoin des symptômes antérieurs à la mort.

3e *Fait.* — Le lendemain 24 août, un condamné, travaillant tous les jours depuis le début de l'épidémie, bien portant, fort et robuste, était logé au fort Lamoune où le choléra avait particulièrement exercé ses ravages depuis le 18 jusqu'au 24 juillet, et qui, dès lors, n'avait plus fourni que des cas accidentels et très-rares. Il était au travail depuis le matin. Vers neuf heures, une lourde et volumineuse pierre tombe sur sa tête. Il meurt subitement à la suite de la blessure. On transporte le cadavre à l'hôpital. Le lendemain, l'autopsie est faite ; nous trouvons une éruption intestinale analogue à celle des deux cas précédents quant au fond, et ne différant seulement que par sa forme et son degré d'évolution : les boutons, pour la plupart, étaient plus larges, plus saillants, offrant un point noir et une dépression marquée à leur partie centrale, semblables, à part le volume, aux pustules varioliques ou vaccinales, à une certaine période de leur développement ; les plaques, nombreuses et peu saillantes, offraient également à leur surface une foule de points noirs correspondant au centre des follicules agminés, et ayant la plus parfaite analogie avec ceux des follicules isolés. En examinant à la loupe, et même à l'œil nu, les follicules isolés et agminés, il était facile de s'assurer que les points noirs et les dépressions étaient l'effet d'ulcérations très-limitées de la muqueuse, pouvant donner passage à une soie de sanglier et même à un stylet très-fin. Et en plaçant la partie de l'intestin correspondant à ces follicules sur un corps résistant, sur la pulpe du doigt par exemple, et en opérant à la fois des deux côtés une traction ménagée, on voyait sortir, sous forme de jet, de chacun de ces petits pertuis, une gouttelette d'un fluide blanchâtre, d'une consistance gommeuse ; matière qui, examinée au microscope, laissait voir une foule de corpuscules ayant l'apparence des globules de mucus et de pus.

Ce fait ne nous permettait plus de douter de la possibilité du développement de la psorenterie cholérique, à divers degrés, avant l'apparition des symptômes du choléra.

4e *Fait.* — Un soldat hollandais, de la légion étrangère, entre à l'hôpital

le 19 juillet. Il succombe, sans aucun phénomène cholérique, le 30 août suivant, à la suite d'une hépatite chronique avec suppuration abondante du foie et formation d'un abcès considérable dans cet organe. A l'autopsie, faite le lendemain, nous trouvons : 1° la muqueuse de l'intestin grêle, rouge en quelques points et pâle en d'autres; 2° une éruption très-générale de boutons, les uns blancs, globuleux, assez saillants et sans altération notable de la muqueuse correspondante; les autres, mais nombreux, s'élevant à peine au-dessus du niveau de la surface intestinale, offrant aussi à leur centre une perforation de la muqueuse tendant à s'effacer en quelques points; 3° des plaques de Peyer, les unes à peine saillantes, d'autres ne dépassant pas le niveau de la muqueuse, peu sensibles, sans points noirâtres et sans traces de cicatrisation.

5e *Fait.* — Le jour même où le Hollandais succombait, un homme du même corps, fort, vigoureux, à bonne santé, se noie dans la mer en se baignant avec un officier dont il était l'ordonnance. On ne retrouve son cadavre que le 2 septembre suivant. On l'apporte à l'amphithéâtre; nous en faisons l'autopsie dans la même journée. Les corpuscules intestinaux étaient moins nombreux que dans les deux cas précédents; la plupart d'entre eux, ne dépassant pas le niveau de la muqueuse, étaient marqués par un point noir central, indice certain de la cicatrisation qui était en train de s'opérer; d'autres, plus saillants, ombiliqués et perforés; quelques uns enfin, petits, coniques, durs, sans altération sensible de la muqueuse correspondante. Avec de l'attention, on distinguait un certain nombre de plaques pointillées de rouge, ne dépassant pas le niveau des parties voisines, difficiles à reconnaître à cause de la coloration livide de toute la muqueuse digestive.

6e *Fait.* — Un frère de la congrégation de Saint-Joseph, attaché à l'école gratuite d'Oran, entre à l'hôpital le 27 février, pour une paralysie presque générale des mouvements et de l'intelligence, consécutive à une apoplexie cérébrale liée à une lésion organique du cœur, meurt, sans aucun signe cholérique, le 27 septembre suivant. Indépendamment des altérations du cœur et du cerveau, se rattachant à l'affection complexe qui avait causé directement la mort, nous trouvons, à l'autopsie, près de la valvule iléo-cœcale : 1° une foule de points noirâtres au niveau des follicules isolés et agminés; 2° quelques follicules isolés non suppurés, à peine saillants et paraissant se résoudre sans arriver à la période de suppuration.

7e *Fait.* — Un condamné au boulet de l'atelier Mers-el-Kébir, entre à l'hôpital d'Oran le 17 août, pour une dyssenterie grave. Il meurt par suite de cette maladie, sans aucun signe cholérique, le 9 septembre suivant. L'autopsie, faite le lendemain, nous révèle, en outre des lésions propres à la dyssenterie : 1° des follicules isolés, les uns peu saillants, opiacés, suppurés, perforés; d'autres situés particulièrement au duodénum, durs, coniques, non ombiliqués, paraissant se résoudre sans avoir suppuré; 2° six à sept plaques dans toute l'étendue de l'intestin grêle, pointillées de noir, plutôt au-dessous qu'au-dessus de la muqueuse voisine; 3° au milieu de la coloration lie de vin et comme scorbutique des tuniques intestinales, et de nombreux ulcères dyssenteriques, un assez grand nombre de follicules ombiliqués, peu élevés, perforés et à peine saillants au-dessus de la muqueuse généralement boursouflée.

9e *Fait.* — Un soldat du 2e chasseurs d'Afrique, entré à l'hôpital pour une dyssenterie, meurt par suite de cette maladie, sans aucun signe cholérique, le 21 septembre, époque à laquelle il n'y avait plus que de loin en loin des cas de choléra. L'éruption des follicules isolés était considérable. Les uns étaient saillants, coniques et durs; d'autres affaissés, larges et percés à leur centre d'une ouverture manifeste; la plupart ne dépassant pas le niveau de la muqueuse voisine, et offrant les traces évidentes d'une petite cicatrice. Les follicules du duodéuum, confluents, étaient pour la plupart à la première période de l'éruption : 27 plaques, dont une extrêmement large près de la valvule iléo-cœcale, existant dans toute la longueur de l'intestin; elles se distinguent toutes par un pointillé plus ou moins sensible, ne s'élevant pas au-dessus de la muqueuse voisine, et tendant généralement à s'effacer sous les valvules conniventes. Dans le gros intestin, indépendamment des lésions propres à la dyssenterie qui avait causé la mort, on découvrait à sa moitié supérieure, et surtout au cœcum, un grand nombre de follicules isolés, blancs, avec un point noir au centre, vides et ne dépassant pas le niveau de la muqueuse boursouflée.

10e *Fait.* — Un militaire du 9e de ligne succombe le 22 septembre, après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, par suite d'une hydropisie générale et d'un engorgement considérable des viscères de l'abdomen, consécutifs à une diarrhée et à une fièvre intermittente rebelle. Tout le tissu cellulaire était infiltré de sérosité; toutes les séreuses renfermaient une quantité plus ou moins considérable de liquide épanché. La masse intestinale était décolorée, baignée, macérée. On découvrait partout, dans l'intestin, les traces d'une éruption folliculeuse : dans l'intestin grêle, les follicules isolés, affaissés, cicatrisés, et 5 ou 6 plaques de Peyer, pointillées, ne dépassant pas le niveau de la muqueuse et en partie cachées par les valvules conniventes; dans le duodénum, quelques corpuscules durs et aplatis; dans le gros intestin, jusques environ la moitié de sa longueur, une multitude de points d'un blanc mat, entourés d'un cercle brun et pointillés de noir à leur partie centrale : c'étaient des follicules suppurés en voie de cicatrisation.

11e *Fait.* — Un Espagnol très-âgé, après avoir séjourné quinze jours à l'hôpital, meurt le 23 septembre, dans un état de marasme complet, de vieillesse, et par suite d'une lésion organique de l'estomac. Il n'avait éprouvé, durant l'épidémie, aucun signe de choléra. L'autopsie fait découvrir, à la région postérieure de l'organe gastrique, un ulcère très-étendu, intéressant la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent. Le duodénum est tapissé de corpuscules cholériques ombiliqués, perforés, laissant échapper chacun, à l'aide d'une légère pression, une gouttelette du liquide qu'ils renferment. C'est la première fois que nous avons trouvé les follicules du duodénum en pleine suppuration; jusqu'alors, ils s'étaient constamment montrés à l'état de crudité, plus ou moins saillants, toujours globuleux ou coniques. C'est à peine si l'on pouvait distinguer, dans l'intestin grêle, vers la fin de l'iléon, les cicatrices de quelques follicules isolés et suppurés, et 5 ou 6 plaques de Peyer, paraissant s'effacer après avoir subi la période de suppuration.

12e *Fait.* — Un Arabe, très-amaigri, détenu à la prison militaire, entre à l'hôpital le 10 septembre, atteint de cachexie scorbutique, d'ascite et d'anasarque avec engorgement chronique considérable des viscères abdominaux. Il succombe le 28, époque à laquelle on n'avait pas constaté, depuis quinze jours environ, de nouveaux cas de choléra. La cavité abdominale était remplie d'un liquide jaune et transparent; le feuillet pariétal du péritoine était rouge et adhérent aux intestins, vers la région iliaque gauche. L'intestin grêle, remarquablement court, présentait plusieurs rétrécissements dans son étendue. Le duodénum n'offrait aucune altération particulière. De la valvule iléo-cœcale à la fin de l'iléon, on comptait 13 plaques peu visibles, cachées en partie par les valvules conniventes, ne dépassant pas le niveau de la muqueuse voisine et semblant se résoudre sans avoir suppuré. Dans l'intervalle de ces plaques, on trouvait çà et là des follicules isolés, affaissés, vides, marqués d'un point noirâtre peu sensible. La partie supérieure du gros intestin offrait également un certain nombre de points noirs produits par l'ulcération des follicules et par des taches scorbutiques qui ne s'en distinguaient qu'avec peine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillons divers de remèdes secrets.

2° Approbation, par M. le ministre de l'Instruction publique, de la résolution prise par l'Académie de décerner, à l'avenir, des médailles aux médecins des épidémies et des établissements d'eaux minérales, comme on en décerne aux médecins vaccinateurs.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hémorrhagie intestinale.

M. Bonjean, de Chambéry, adresse une note sur la fréquence de l'hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde actuelle et sur l'utilité de l'ergotine contre cette hémorrhagie et les hémorrhagies en général.

Choléra.

M. le docteur Achille Bernstein, *médecin praticien au service de Russie*, résidant à Kerson, propose de détruire ou d'ébranler les miasmes de l'air qui produisent le choléra, en tirant *de forts coups de canon.*

Fièvre paludéenne.

M. le docteur Mouchet adresse un mémoire sur la fièvre paludéenne endémique à Bône (Algérie).

Abolition des facultés vocales.

M. Rouis, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Aumale, adresse une observation d'abcès du lobe cérébral antérieur gauche, avec abolition des facultés vocales.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce que plusieurs membres auraient proposé de suspendre les travaux de l'Académie à propos de la mort de M. Orfila. Mais l'ordre du jour portant la nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique, le bureau a pensé qu'on ne pouvait se dispenser de procéder au scrutin pour cette nomination. Après le vote, les travaux pourront être suspendus si l'Académie le désire.

Cette proposition est adoptée par l'Académie.

Nomination.

L'Académie procède au vote qui donne le résultat suivant :

Nombre de votants	77
Majorité.	39

Au premier tour de scrutin, les voix se répartissent ainsi qu'il suit :

MM.	Requin.	48 voix.
	Barth	10 .
	Moreau (de Tours).	8
	Sestier.	6
	Beau.	4
	Durand-Fardel	1

En conséquence, M. Requin est élu membre de l'Académie, sauf approbation de l'autorité supérieure.

L'Académie demande qu'il soit donné lecture des discours prononcés sur la tombe de M. Orfila; mais M. Bérard n'ayant pas apporté le sien, M. Frédéric Dubois est seul appelé à la tribune. Après la lecture de son remarquable discours, l'Académie décide, sur la proposition de M. Roux, qu'une députation de l'Académie se rendra auprès de M^me^ Orfila pour lui témoigner toute la part qu'elle prend au malheur qui vient de la frapper.

La séance est levée à 4 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mars 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Paralysie partielle.

M. Jobert (de Lamballe) communique une observation que nous publierons *in extenso*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Discours prononcés sur la tombe de M. Orfila.

Discours de M. Bérard :

Messieurs, il appartenait au doyen de l'École de rendre hommage à la mémoire de l'ancien doyen, de l'homme illustre dont la dépouille mortelle vient d'être déposée dans cette tombe. Ce devoir pieux, le chef de notre compagnie l'avait accepté lorsque j'ai demandé qu'il me fût permis de le remplir. Quel titre avais-je à cet honneur ? aucun. Mais la reconnaissance d'un disciple pour le maître qui l'a comblé de ses bienfaits peut usurper un privilége qui devait être réservé au talent et maintenant, à l'aspect de cette foule nombreuse et consternée qu'une même pensée a amenée dans ce champ du repos, j'hésite, je sens que ma parole ne pourra répondre à cette démonstration si éloquente de la douleur publique ;

La mort frappe sans relâche sur notre malheureuse compagnie ; elle enlève coup sur coup à l'enseignement ses plus glorieux représentants ; hier Richard ! aujourd'hui Orfila ! Ah ! cette perte est cruelle entre toutes celles qui ont porté le deuil dans nos âmes !

Élèves des écoles venez, avec nous pleurez sur cette tombe, pleurez !!.. cette parole si claire si instructive si pénétrante. Vous ne l'entendrez plus ! pleurez ! !.. ce maître que vous chérissiez et qui mettait son bonheur à orner votre intelligence ! vous l'avez vu pour la dernière fois !

Et vous, membres du corps médical, vous aussi, amis d'Orfila, qui ne vous séparez pas de nous à ce moment suprême, vous accorderez quelque témoignage de sympathie à l'expression de nos regrets, car nul ne se préoccupa, plus que lui, des intérêts moraux et professionnels des médecins, nul ne fut plus accessible aux charmes de l'amitié, nul ne fut plus fidèle à son culte.

Qu'il me soit permis de retracer en quelques mots les principaux accidents de cette vie si dignement, si utilement remplie.

Quelle belle vie, messieurs ! quelle félicité bien méritée ! Et cette félicité, Orfila ne la devait pas seulement à ses succès dans la carrière des sciences, de l'enseignement et de l'administration : l'amitié avait embelli sa vie.

Messieurs, il y a bientôt un demi-siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir à Paris entendre les leçons de quelques-uns des professeurs qui y brillaient à cette époque et dont la réputation était devenue européenne. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'École de médecine de Paris, d'être placé à la tête de l'administration de cette École, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration des hôpitaux de Paris, de siéger dans le conseil supérieur de l'instruction publique, de fonder une société secourable pour les médecins tombés dans la détresse ou pour les familles de ces médecins, de servir encore la science et l'humanité en instituant, de son vivant, des legs d'une singulière munificence ; il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant ; mais il lui était réservé, aussi, de boire à cette coupe amère que l'adversité tient en réserve à côté des heureux du jour !

Ce jeune homme c'était Orfila. Il était né à Mahon (île Minorque), le 24 avril 1787.

Les circonstances qui avaient préparé son départ pour la France montrent déjà cette nature exceptionnelle, cet amour de la science, ce goût passionné pour le vrai, qui le distingueront dans le reste de sa carrière. A Mahon, on veut le former à la *dispute*, mais il s'en dégoûte ; il sent qu'on fausse son esprit, et que la science doit reposer sur des bases plus solides. A Valence, en 1804, son maître lui enseigne *que l'air et l'eau sont des éléments !* Mais les noms des Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter son maître. Cependant l'Université de Valence était accusée d'insuffisance, et on menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournois scientifique entre ses élèves et ceux des Universités voisines. Orfila s'y présente, il fait triompher et cette Université qui ne lui avait rien enseigné, et ce maître qui, dans sa candeur, demandait à son élève : « Qui donc vous a appris tout cela ? » Le bruit de ce succès se répandit, et bientôt la junte de commerce de Barcelone envoyait en France le jeune Orfila, à titre de pensionnaire, pour y étudier la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts, mais la guerre allumée entre la France et l'Espagne, une guerre longue et acharnée, interrompit les communications entre la junte et son jeune pensionnaire. Et lorsque plus tard, celui-ci, mû par un sentiment d'exquise délicatesse, mettait à la disposition de ses anciens protecteurs ces trésors de la science qu'il avait amassés dans notre pays, la junte ruinée et disloquée ne pouvait plus donner suite à ses projets.

Mais déjà la France avait adopté cet enfant de l'Espagne. Que de séductions n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire. Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire ; Fourcroy lui avait confié le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique.

Bientôt Orfila ouvre un amphithéâtre particulier ; il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est dans ce modeste laboratoire qu'il va jeter les fondements d'une science nouvelle : la *toxicologie*.

Désormais la justice ne restera plus désarmée ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime ! Des réactions subtiles indiqueront les traces les plus fugitives du poison versé par une main criminelle ; elles en décèleront la présence alors même qu'il sera masqué par les aliments ou les boissons ; elles le poursuivront dans les humeurs animales et jusqu'au sein de nos tissus. Désormais aussi plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aura plus l'espoir de dissimuler. Pas un des livres publiés avant la toxicologie d'Orfila ne donnait la moindre idée des procédés délicats inventés par cet habile expérimentateur. On savait chercher certains poisons dissous dans l'eau distillée ; mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne les retrouvait plus. Il suffirait d'une telle découverte pour la gloire d'un savant ; elle lui donnerait encore des titres incontestables à la reconnaissance de la société.

Ce n'était que le prélude des succès qui attendaient M. Orfila. Sur la proposition de Hallé, l'auteur de la toxicologie avait pris place parmi les membres correspondants de l'Institut, et peu de temps après l'École ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans jamais la fatiguer, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédées depuis 1819 jusqu'à 1853.

Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'École. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé. « Ne vous y trompez pas, dit-il en prenant place, je ne suis pas « mieux, mais je n'ai pas voulu laisser échapper une occasion de rendre « service à la Faculté, en venant voter pour M. Orfila. » Sur quoi le vénérable Boyer prenant la parole : « J'étais irrésolu, dit-il, je ne le suis plus « et je voterai aussi pour M. Orfila. » Quelle nomination fut jamais mieux justifiée ! Quel succès égala jamais ce succès inouï dans les fastes de l'enseignement !

Les envieux (et, depuis longtemps déjà, Orfila avait mérité d'en rencontrer) se demandaient si, pour ce toxicologiste célèbre, la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute : le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il

choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain, les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivants, l'amphithéâtre était encore plein; il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre, et pendant les quatre années que M. Orfila professa la médecine légale et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale ! ! ! On se demande le secret d'une telle fortune professorale : ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage, ni dans la pompe du discours. L'élève pourra venir pendant quelques séances, pour entendre un professeur éloquent; mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret de M. Orfila; il visait à la clarté du langage et non à arrondir une période. Il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question; il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques; pour chaque proposition, il donnait la démonstration expérimentale, lorsque celle-ci était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile; sa voix, bien timbrée et puissante, pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre; il s'animait, se passionnait parfois dans les démonstrations, sans jamais cesser de se posséder. La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez M. Orfila.

Joignez à ces avantages des traits nobles et expressifs; l'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur charmante régularité.

Voilà bien des éléments de succès et ce n'est pas tout encore. La science faisait de nouveaux progrès, et cependant M. Orfila voulait en présenter chaque année le tableau complet aux élèves; il portait à cinq quarts d'heures la durée de ses leçons, et multipliait celles-ci, vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à 80 au lieu de 60. Pardon, Messieurs, pour la simplicité de ces détails. mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage, et ils avivent, chez les élèves qui m'écoutent, le sentiment de la perte irréparable qu'ils ont faite.

Quelle ambition ne serait satisfaite d'une telle carrière dans le professorat? Orfila ne rêvait pas d'autre gloire. Mais son mérite allait appeler sur lui les honneurs et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisants qui en sont trop souvent le cortége. Je ne sais s'il avait désiré le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat.

La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. L'illustre Antoine Dubois, promu au décanat, mais peu désireux de le conserver, prie M. Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre que M. Dubois s'exprime en ces termes : « M. le « ministre, je suis âgé, peu jaloux de conserver des fonctions administra- « tives, et je viens vous prier d'accepter ma démission de doyen. Per- « mettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je demande la place « vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée. Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue, il va devenir administrateur. Il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée; les soins du décanat ne compromettront point la régularité de son enseignement, car avant tout il est professeur; rien ne peut balancer dans son cœur, le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves, et s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sent qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout.

Les cours seront faits désormais avec régularité, les examens deviendront sérieux, les élèves prendront exactement leurs inscriptions; à la place de ce bâtiment mesquin, hideux, désigné sous le nom de *Clinique* sur les affiches des cours et qui n'en avait que le nom, va s'élever une construction élégante, régulière, spacieuse, où seront installées deux véritables cliniques, l'une de chirurgie, l'autre d'accouchements, institution précieuse où des médecins de toutes les parties du monde viennent aujourd'hui recueillir avec nos élèves les leçons du fils d'Antoine Dubois. Des salles de dissection nouvelles ont remplacé ces réduits fétides et insalubres où les plus laborieux de nos élèves compromettaient leur santé. Enfin, la création du Musée Dupuytren et d'un jardin botanique, la transformation de nos galeries où se trouvent accumulées, aujourd'hui, tant de richesses, voilà les fruits de l'administration de M. Orfila. Plusieurs fois, pendant une période de 17 ans, la Faculté exprima par ses votes qu'elle était reconnaissante des efforts du doyen. M. de Salvandy qui les avait généreusement encouragés, voulut les récompenser ensuite en donnant au musée anatomique de la Faculté le nom de l'administrateur habile qui lui avait fait subir une si heureuse transformation.

Dans le conseil des hôpitaux où Orfila avait été appelé, il donnait chaque jour de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce bon sens pratique qui formaient le caractère de son administration. L'existence des Cliniques, la pratique des autopsies pouvaient devenir et devenaient parfois l'occasion de conflits entre le conseil des hospices et la Faculté. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas la fermeté, et on le vit dans une occasion envoyer au ministre de l'Intérieur sa démission qui ne fut pas acceptée.

L'Académie de médecine n'a point perdu le souvenir des luttes que M. Orfila a dû soutenir dans son sein. Naguère encore, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière, et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eu à résoudre. Mais une voix éloquente vous dira bientôt ce que fut Orfila dans les discussions de l'Académie, et comment, élevé au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une assemblée. C'est à un autre ami d'Orfila, que je laisserai le soin de dire ce qu'a produit la Société de prévoyance, fondée par l'ancien doyen; pensée charitable et généreuse, nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du corps médical.

Enfin Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire. Le roi l'avait appelé dans le conseil supérieur de l'instruction publique. Enfin, alors qu'il organisa les écoles préparatoires, il fit goûter au ministre ces réformes intelligentes, qui devaient rendre les examens plus probants et rehausser la valeur du diplôme de docteur en médecine.

Ce serait un touchant épisode que le récit de ses liaisons avec un jeune artiste de son pays et une famille distinguée qu'il avait connue à Nantes. Passionné pour les arts, il avait uni son sort à une jeune personne aussi remarquable par ses talents que par les grâces de son esprit et l'amabilité de son caractère. Son salon était le rendez-vous d'une société d'élite dans laquelle il avait étendu le cercle de ses amitiés.

Qui n'eût porté envie à cette existence? Mais avant de prononcer sur le bonheur d'un homme, il faut attendre sa mort. La révolution de février éclata. L'un des premiers actes du nouveau gouvernement fut la destitution du doyen de la Faculté de Paris. Les infortunes s'enchaînent comme les événements heureux.

Après avoir remplacé le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration. Orfila ne voulut pas répondre : les merveilles qu'il avait fait éclore, dans l'intérêt des études, étaient là et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science, lorsque depuis longtemps sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

Il parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse, chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion !

Orfila chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès d'enseignement qu'il a obtenus jusque dans sa dernière leçon; dans l'affection des élèves, qui ne lui a jamais manqué; dans la société des amis, qui tous, s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé. Mais, à cette nature active, il fallait encore un autre élément : il le chercha, il le trouva dans les douceurs de la bienfaisance. On sait la munificence des legs qu'il a destinés à l'École de médecine, à l'Académie et à d'autres établissements.

D'un bout de la France à l'autre, les médecins ont accueilli par leurs acclamations cet acte d'une libéralité qui aura peu d'imitateurs. Messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait, lorsque j'entendais M. Orfila annoncer qu'il donnait de son vivant, pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés. Il me semblait voir dans ce langage trop confiant une sorte de défi jeté à la destinée humaine. Hélas ! la mort devait frapper le donateur avant la réalisation légale du bienfait. Les adresses de félicitations que la province lui fait parvenir encore aujourd'hui, c'est sur sa tombe qu'il faudra les déposer !

Orfila avait fait sa leçon la veille du jour où il a pris le lit pour ne plus s'en relever. Cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué, mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout. C'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Son poumon droit s'était pris d'emblée; l'affection s'offrit de suite avec un caractère de gravité qui en fit prévoir l'issue funeste. Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris; de tous côtés on se porte à sa maison : amis, médecins, élèves; ceux qui arrivent interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent.

Pour exciter une telle sollicitude, il fallait qu'il y eût chez Orfila autre chose que les qualités de l'homme public ou du savant. Demandez à ceux qui l'ont vu dans son intérieur. Ils vous diront comment Orfila savait se faire aimer : un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaîté, des dispositions bienveillantes, faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

La situation d'Orfila empira ; je n'essaierai pas de peindre la douleur de sa famille éplorée ; le dévoûment et le courage de la compagne de sa vie. Il avait demandé et reçu, trente-six heures avant sa mort, les secours de la religion.

Le samedi, à neuf heures et demie du matin, il rendait le dernier soupir.

Mais le nom d'Orfila ne sera pas rayé de la liste des médecins français. Déjà la Faculté de médecine de Paris a conféré le titre de docteur à un neveu de notre grand toxicologiste, et il portera dignement le nom de l'homme célèbre auquel il a prodigué, pendant ces tristes journées, tous les soins de la piété filiale.

Orfila, maître vénéré, tu m'as accueilli dès mes premiers pas dans la carrière que tu avais parcourue avec tant d'éclat ! tu as soutenu mon courage dans ces luttes difficiles qui devaient un jour me faire asseoir à tes côtés ! Tes bontés pour moi furent inépuisables ; accepte avec indulgence ce témoignage bien incomplet de ma reconnaissance. Adieu, Orfila, adieu !

Discours de M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie :

Messieurs,

L'Académie de médecine tout entière se sentira cruellement frappée dans la personne de M. Orfila.

Elle vient de perdre un de ses plus illustres membres, un de ses plus beaux ornements.

Cette lumière, tout à l'heure encore si vive, si resplendissante, vient de s'éteindre à jamais.

Aussi, messieurs, dans ce profond accablement où nous plonge une mort aussi soudaine qu'imprévue, dans cette consternation générale, les paroles que je vais faire entendre au nom de l'Académie ne seront-elles que l'expression d'une douleur commune, et comme la première explosion des regrets de tous ceux qui ont connu M. Orfila.

Ce dernier coup, messieurs, ravive pour ainsi dire toutes nos douleurs ; dans le court espace de moins d'une année, nous avons vu successivement tomber autour de nous : MM. *Rochoux*, *Récamier*, *Dizé*, *Castel*, *Réveillé Parize*, *Richard*, *Devilliers* et *Andral père* ; une tombe était à peine fermée qu'une autre était ouverte. Puisse la mort se lasser de frapper dans nos rangs !

C'est que lui aussi, M. Orfila, appartenait à cette génération qui nous a précédé dans la science.

De soixante et dix membres nommés en 1820, pour composer l'Académie de médecine, cinq seulement restaient parmi nous ; M. Orfila était un de ces glorieux débris, et il était le moins âgé des survivants, comme en 1820 il avait été le plus jeune de ses soixante-neuf collègues !

Génération d'hommes éprouvés, éminents, qui sont tombés comme une moisson, afin de faire place à une autre.

Telle est, messieurs, la destinée des êtres vivants ; mais du moins, dans cette carrière semée de tant de débris, il est d'honorables souvenirs qui se dressent pour ainsi dire devant les nouvelles générations, comme pour leur servir d'exemple et de guides.

Il est de grandes mémoires qui surgissent du sein de cette poussière comme pour l'ennoblir et commander nos respects.

Ainsi, messieurs, le nom de M. Orfila, le nom du créateur de la toxicologie, de l'éminent jurisconsulte médical, du grand et intègre administrateur, restera à jamais parmi nous comme une des gloires les mieux acquises de notre temps.

Vous me permettrez, messieurs, de remettre à une autre époque la tâche de vous exposer tous les incidents, toutes les phases de cette existence si laborieuse, si utile et si bien remplie ; de vous dire comment, né loin de la France, M. Orfila était d'abord venu, au nom de son gouvernement, compléter parmi nous ses études médicales ; comment, ayant fait ensuite de notre pays sa patrie adoptive, il y était resté pour le doter de ses nombreux travaux, pour se placer au nombre des classiques les plus renommés, et pour entrer dans ses écoles comme l'un de ses plus illustres professeurs.

Et la France, messieurs, n'avait pas été ingrate pour lui pendant cette première partie de son existence, nous l'avions vu arriver à une sorte de dictature médicale.

Doyen de la Faculté de médecine de Paris, il était à la fois l'administrateur de ce grand corps et l'un des maîtres les plus suivis et les mieux écoutés.

Successeur de Cuvier au conseil de l'Instruction publique, il y défendait les intérêts du corps médical et veillait à sa dignité.

Membre du conseil général des hospices, il y exerçait une tutelle active et bienfaisante sur tous les chefs de service.

Membre de notre Académie, il participait à son administration, plaidait pour elle devant les tribunaux, et l'éclairait de ses lumières dans les grandes discussions.

Fondateur et président perpétué de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, il tendait à toutes les infortunes une main protectrice et secourable.

Mais une grande catastrophe politique enveloppant M. Orfila dans le désastre général, était venu le précipiter de cette haute position si justement, si noblement acquise.

Il aurait pu, il aurait dû dès lors se reposer sous sa gloire, rester le professeur chéri des élèves, et contempler avec mépris l'ingratitude de quelques-uns et la malveillance de quelques autres.

L'Académie, d'ailleurs, comme pour le venger d'odieuses persécutions, s'était empressée de l'élever à l'honneur insigne de la présider ; elle avait voulu montrer à tous que M. Orfila avait conservé l'estime de ses collègues et de tous les honnêtes gens.

Mais, messieurs, il est de ces natures exquises et délicates, qui, par cela même qu'elles aimaient éperdûment la gloire, qu'elles s'enivrent de triomphes longtemps disputés, se sentent mortellement blessées dès que viennent les jours de revers, d'injustice et de disgrâce.

Et M. Orfila était de ce nombre. Le vautour, depuis 1848, était attaché à sa proie.

Et cependant, messieurs, alors que par un triste retour des choses humaines, il lui fut donné de mieux connaître les hommes qu'il ne l'avait fait peut-être au temps de sa prospérité, il s'était vu entouré de nouveaux et nombreux amis, et ceux-ci étaient d'autant plus surs que, méconnus en d'autres temps, ils lui étaient venus quand il ne pouvait plus rien faire pour eux.

Mais il n'a pu se consoler, en vain il en appelait lui-même à sa haute raison.

En vain il avait répondu à l'expansive amitié et aux applaudissements des élèves, par un redoublement de zèle et d'activité dans son enseignement.

En vain il s'intéressait plus que jamais à nos discussions académiques et il y prenait la plus grande part.

Sa blessure était saignante, et c'est de lui, surtout, qu'on aurait pu dire :

Hæret latere lætalis arundo !

Ses amis le voyaient dépérir avec une mortelle inquiétude, effrayés qu'ils étaient de ces alternatives de maladies soudaines et de rétablissements incomplets.

Un voyage aux Pyrénées avait paru fortifier un moment cette constitution si douloureusement ébranlée.

Et c'est surtout ici, messieurs, que nous devons admirer cette généreuse nature, ce noble caractère de M. Orfila ; lui aussi sentait le besoin de distraire son âme, d'arracher sa pensée à ces tristes et sombres préoccupations ; mais si d'autres pour cela en appellent à des excès que le plus souvent on ne pourrait avouer, lui va se jeter dans des *excès* inouis de désintéressement, de bienfaisance et de philanthropie.

De son vivant, il conçoit et réalise l'idée de distribuer, par une sorte de testament anticipé, des libéralités dont on ne pourrait trouver d'exemple que dans le testament de *Lapeyronie*.

Tous les corps savants, l'Académie de médecine en tête, y auront une part ; l'Association de prévoyance n'est pas oubliée, que dis-je ? elle représentera en quelque sorte la famille de M. Orfila ; si en effet, l'Académie de médecine, toujours désireuse de bien placer ses récompenses, ne trouvait point de concurrents dignes de ses rénumérations, ce n'est point la famille de M. Orfila qui viendrait redemander à l'Académie les fonds que celle-ci n'aurait pas décernés ; c'est à l'Association de prévoyance que ces fonds seraient dévolus.

Heureuse combinaison ! qui, du moins pour M. Orfila, ne permettra pas qu'on vienne changer en une amère dérision le titre si bien mérité de *Bienfaiteur de l'Académie !*

Hélas, messieurs, il y a peu de jours encore, nous étions à nous demander si, par une distinction toute particulière, nous ne devions pas inscrire le nom de M. Orfila sur une table de marbre blanc et non sur nos tables de marbre noir !

Qui aurait pu, en effet, nous faire présager une mort aussi prochaine ? nous qui venions d'entendre cette parole si claire, si vive et plus vibrante que jamais, dans une récente discussion ? nous qui, demain peut-être, tournerons encore nos regards sur la place qu'il laisse vide, tant son souvenir nous est présent !

Ce nom, messieurs, sera donc inscrit comme les autres, sur nos tables de marbre noir ; placé à côté de ceux des *Portal*, des *Itard* et des *Capuron*, ce sera un nom de plus ajouté à cette liste funéraire : mais l'Académie n'oubliera pas que M. Orfila avait voulu faire, pendant sa vie, ce que les autres s'étaient réservés de faire après leur mort.

Adieu donc, Orfila ! adieu illustre et regrettable collègue ! adieu pour la dernière fois ! que ton ombre se console ; ta mémoire ne périra pas, elle vivra dans les annales de la science, dans le cœur de tous tes amis, et longtemps encore tu seras l'entretien d'une ardente et studieuse jeunesse ! ! !

Discours de M. Perdrix :

Le très-honorable secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, a porté la parole au nom de cette grande institution, fondée par l'illustre défunt. Mais l'émotion éprouvée par M. Perdrix a été telle, qu'elle l'a empêché de donner à son discours une forme qui permette de le reproduire.

Discours de M. Bussy, au nom de l'École de pharmacie :

Messieurs,

Cette tombe, si inopinément ouverte, ne se refermera pas pour toujours sur la dépouille mortelle de notre éminent confrère, sans que l'École de pharmacie, elle aussi, n'ait payé à sa mémoire le tribut de douleur et de regrets qu'elle lui doit.

M. Orfila appartenait à l'École de pharmacie; il lui appartenait, par sa position officielle de délégué de la Faculté de médecine, il lui appartenait surtout par la nature et par la direction de ses travaux, par le concours actif qu'il lui a prêté pendant plus de trente années, par les liens d'une estime et d'une affection réciproques, dont les témoignages honorables survivront au triste événement qui nous réunit, et rappelleront aux générations futures des étudiants et des professeurs de notre école, l'intérêt que M. Orfila prenait au perfectionnement des sciences qu'on enseigne.

Ce n'est pas, messieurs, en présence de la douleur unanime, et si vivement sentie, de tous ceux qne la reconnaissance ou l'amitié réunit autour de ce cercueil, qu'il serait opportun d'apprécier en détail les immenses travaux et les grands services rendus par l'homme dont nous déplorons la perte; mais qu'il nous soit permis de rappeler en peu de mots ce qu'il a fait pour cette branche des sciences médicales qu'on désigne sous le nom de pharmacie.

Ce fut dans le laboratoire de Vauquelin, directeur de l'École de pharmacie, que M. Orfila puisa les premières notions de chimie.

Toute sa longue carrière scientifique fut presque entièrement consacrée à l'application des connaissances acquises près de cet illustre maître, qu'il devait remplacer un jour avec tant d'éclat comme professeur de chimie à la Faculté de médecine.

Il s'appliqua particulièrement à la recherche et à l'étude des poisons. Dès son début, il chercha à coordonner les matériaux épars et incomplets qui existaient alors sur la toxicologie, il y ajouta le résultat de ses innombrables expériences et des recherches de toute nature qu'il entreprit sur ce vaste sujet; il en fit un corps de doctrine, une véritable science qui relève de la chimie sans doute, mais qui possède cependant des procédés et des méthodes d'investigation qui lui sont propres.

Il ne suffisait pas à M. Orfila d'avoir créé une science en quelque sorte nouvelle, il ne lui suffisait pas de la propager par un enseignement qui a été l'un des plus brillants et des plus suivis de la Faculté, il fallait encore assurer cet enseignement dans l'avenir; mais on ne peut espérer de rencontrer fréquemment dans le même homme des connaissances profondes en anatomie et en physiologie unies à l'habitude des vivisections et à celle des manipulations chimiques indispensables pour mener à bonne fin les plus simples recherches sur les poisons.

Pour résoudre le problème, il fallut le diviser.

Il y a dans la toxicologie deux points de vue très-distincts: l'un qui comprend les symptômes de l'empoisonnement, les lésions des tissus et le traitement médical; l'autre, plus exclusivement chimique, comprend la recherche et la détermination de la substance toxique, soit pour éclairer le traitement par l'indication de contre-poisons appropriés, soit pour diriger les poursuites de la justice ou pour former l'opinion du jury.

Cette dernière partie de la toxicologie est, comme nous l'avons dit, plus particulièrement du ressort de la chimie et des sciences naturelles. Les pharmaciens, obligés par leur profession, à connaître, à manipuler journellement les substances toxiques, en possession de laboratoires et d'appareils de chimie, sont naturellement désignés pour des recherches de cette nature.

M. Orfila, trouvant dans les écoles de pharmacie tous les éléments nécessaires à l'enseignement de la toxicologie chimique, a cherché à l'introduire dans ces établissements : il y a réussi.

C'est avec sa coopération, avec l'appui qu'il nous a donné, que des chaires de toxicologie et de chimie légale ont été instituées dans les diverses écoles de pharmacie.

Cet enseignement assure aujourd'hui à la société et à la pratique médicale une suite d'hommes instruits, sur le zèle et l'expérience desquels elles auront droit de compter.

Par un dernier témoignage de l'intérêt qu'il portait aux études pharmaceutiques, et aux élèves qui s'y vouent, M. Orfila a fondé à notre École un prix pour la solution d'une série de questions pathologiques, de pharmacie pure ou de chimie appliquée à l'extraction de principes actifs de médicaments, pour l'analyse des humeurs normales de l'économie, et pour celles des produits pathologiques qui se forment dans des conditions déterminées, enfin pour le perfectionnement des moyens d'analyse des eaux minérales.

Ce prix fondé à perpétuité, et qui, suivant le vœu du fondateur, devra toujours porter sur des objets pris dans le cercle que nous venons d'indiquer, sera, n'en doutons pas, un puissant moyen d'émulation pour la jeunesse de nos écoles. Il sera pour la médecine, et en particulier pour la pathologie, une source nouvelle de perfectionnement et de progrès.

Unissant la pratique à l'enseignement, joignant l'exemple au précepte, M. Orfila a été pendant de longues années l'interprète le plus accrédité de la science auprès des tribunaux. Nous avons tous présentes à l'esprit ces dépositions émouvantes qui captivaient l'attention non-seulement des jurés et des magistrats, mais qui, franchissant l'enceinte de la Cour d'assises, tenaient le public et la France entière suspendus aux lèvres de l'expert, alors que, déjouant les combinaisons les mieux calculées en apparence, il faisait passer sous les yeux de l'auditoire ces taches accusatrices extraites du parenchyme même des organes de la victime. Appelé quelquefois à partager ses travaux, nous avons pu être témoin du zèle, de l'ardeur juvénile qu'il y apportait, et du courage qu'il mettait à défendre ce qu'il croyait être la vérité.

Depuis plusieurs années, cependant, M. Orfila avait renoncé aux expertises légales, mais par des motifs étrangers à la science et sans avoir rien perdu toutefois des brillantes qualités qui ont été jusqu'à son dernier jour l'heureux privilége de cette nature d'élite.

Hier encore, il trouvait le secret d'intéresser l'Académie de médecine sur la composition de l'opium, et la savante assemblée, captivée longtemps par le charme de cette parole animée, était loin de prévoir qu'elle entendait pour la dernière fois le professeur éloquent auquel nous rendons aujourd'hui un dernier hommage, l'ami généreux de la jeunesse studieuse, le protecteur éclairé de la science, qui emporte dans la tombe notre affection et nos regrets.

Discours de M. Barth :

Nous avons déjà donné ce discours.

Discours de M. Fulgence Rouet, au nom des élèves en médecine :

Messieurs,

Il y a peu de temps encore, et dans cette même enceinte, j'élevai la voix devant vous pour exprimer, au nom de mes condisciples, la part qu'ils prenaient à la douleur causée par la mort d'un de leurs professeurs les plus illustres, M. Achille Richard.

Aujourd'hui, la Faculté de médecine prend de nouveau le deuil, et les étudiants en médecine viennent en foule, sur cette tombe, rendre les derniers devoirs à leur premier maître.

M. le professeur Orfila, en effet, messieurs, était chargé de prendre le jeune homme à son entrée dans la carrière médicale; de guider ses premiers pas au milieu des difficultés nombreuses qu'elle présente; mais, en outre, il devait s'adresser à une autre classe d'élèves qui lui demandaient le dernier mot de la science.

Après avoir vieilli au milieu des élèves, sa santé devint chancelante, et cette année, comme s'il eût eu un pressentiment de sa fin prochaine, il fit connaître ses dernières volontés et légua, aux étudiants en médecine, une partie de sa fortune pour l'agrandissement du Musée d'anatomie de l'École.

Aussi, pleins de reconnaissance pour son dévouement, ses élèves se pressent sur sa tombe et lui assurent une place dans la postérité, en donnant, et d'une voix unanime, au musée qui doit être fondé, le nom de Musée Orfila.

— Le jury du concours pour trois places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux est ainsi composé :

Juges : MM. Bérard, Roux, Laugier, Manec, Cullerier, Bouillaud, Cazalis.

Suppléants : MM. Malgaigne, Sandras.

— La Faculté de médecine de Montpellier a porté sur la liste des candidats à la chaire d'anatomie, les trois noms suivants :

En première ligne,		M. Benoît;
2°	—	M. Lacauchie;
3°	—	M. Rigaut.

— M. Paulet vient d'être nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Payer, candidat à la chaire d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine de Paris, a déclaré renoncer à cette candidature.

— M. Houel ayant à suivre à la fois le concours pour le bureau central des hôpitaux et pour l'agrégation, s'est également retiré de ce dernier concours.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 34. 1re année. Samedi 19 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : La syphilisation à l'Académie royale de Turin. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HOTEL-DIEU. M. JOBERT. Paralysie partielle par compression partielle de la moelle. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CLINIQUE RURALE** : Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans, par M. MACARIO. (*Suite et fin.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : HÔPITAL MILITAIRE D'ORAN. De la psorenterie cholérique, par M. CAZALAS. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 18 mars 1853.

La syphilisation à l'Académie royale de Turin.

Les craintes qu'avait exprimées notre correspondant de Turin et que nous nous sommes refusé à croire fondées ne se sont point réalisées en effet : la lecture du grand travail de la commission a été commencée. D'après les quelques détails que nous transmet notre excellent correspondant, on pourra juger de l'extrême longanimité de la commission qui dans un cas a poussé la complaisance jusqu'à pratiquer sur un même individu 577 inoculations, dont 163 ont donné lieu à des chancres ! Ce fait dispense de tout commentaire et nous laissons la parole à notre savant confrère :

La séance du 4 mars ayant contrasté par ses débats orageux avec les séances paisibles de la docte compagnie, qui ont lieu chaque semaine, M. le président décida qu'une assemblée extraordinaire aurait lieu le 7 pour fixer le jour de la discussion : dans cette séance, M. Spérino renouvela ses demandes ; mais après quelques remarquables paroles de M. le professeur Demaria, l'ordre du jour pur et simple proposé par M. Garbiglietti fut mis aux voix et adopté. Il fut ensuite décidé que la lecture du rapport de la commission serait commencée le 10 courant, où elle a eu lieu, dans la salle des expériences de physiologie du collége Saint-François-de-Paule, au milieu d'un grand concours de médecins et d'étudiants.

Après un discours préliminaire de M. le président, chevalier Demichelis, M. le rapporteur de la commission, le docteur Freschi a déroulé son travail dont le volume considérable a causé un premier étonnement. Dans cette première séance, il a été lu trois articles du rapport, et dans la séance suivante, qui a eu lieu le 13, on a lu le quatrième et la moitié du cinquième.

Après quelques généralités et quelques aperçus historiques tendant à faire connaître les efforts de quelques novateurs pour renverser les anciennes doctrines syphilitiques, M. Freschi a consacré le premier article du rapport à l'indication des malades choisis par la commission pour sujets d'expériences, lesquels se montent à 54 dont 53 ont été syphilisés et 1 abandonné à lui-même sans subir de traitement.

L'article deuxième est consacré d'abord à montrer, à l'aide de tableaux comparatifs, l'influence des tempéraments et des constitutions individuelles sur le plus ou moins prompt développement des produits de l'inoculation syphilitique, étude qui n'avait point été faite par M. Spérino. Ensuite la commission a traité de la *cure préliminaire* que M. Spérino fait ou ne fait pas subir à ses malades avant de les syphiliser. Cette circonstance a semblé passablement surprendre l'auditoire, qui ne paraissait pas s'expliquer comment M. Spérino pouvait croire un traitement utile dans certains cas, si la syphilisation guérit si bien, et comment, le croyant utile, il l'a seulement permis sur 21 des 53 malades expérimentés. Ce traitement préliminaire a quelquefois duré 18 jours. Cette contradiction n'a pas été la seule qu'ait signalée le rapport. Tandis que dans quelques cas M. Spérino faisait suspendre la syphilisation à l'apparition du moindre *procès* inflammatoire, d'autres fois il la faisait commencer ou continuer pendant qu'il existait une fièvre continue ou intermittente, ou une inflammation locale ou un état inflammatoire général. Le bonheur a voulu que, dans ces cas où M. Spérino s'est mis en contradiction, les accidents qu'on aurait dû redouter, d'après lui-même, ne se sont point manifestés.

Dans l'article 3, le rapport traite des diverses méthodes d'inoculation, du choix du pus et des régions du corps inoculées. M. le rapporteur a commencé par rappeler les paroles de M. Spérino qui, le 23 mai 1851, disait à l'Académie qu'en faisant 2 ou 3 piqûres à la fois et les renouvelant une ou deux fois par semaine, il aurait obtenu de merveilleux triomphes de syphilisation complète chez 52 prostituées. Or, deux mois après, cette méthode était par lui trouvée pleine d'inconvénients : elle retardait la syphilisation et la guérison même des symptômes actuels, et il lui substituait la méthode des inoculations nombreuses et rapprochées, préconisée par le *roi de la syphilisation*, dans les *Archives générales de médecine* de Paris, et dont il fait lui-même bientôt après tous les éloges à M. Diday. Mais les désillusions sur la substitution n'ont pas tardé à venir à leur tour, et parmi tous les faits qui ont contribué à la faire naître, la commission cite celui d'un malade chez qui, en six mois, on a pratiqué cinq cent septante sept inoculations, dont 163 ont donné lieu à des chancres et un grand nombre à des pustules. Or, la maladie primitive, qui avait d'abord diminué, s'exaspéra comme de plus belle après le 130e chancre, et malgré cette recrudescence, les inoculations ne purent produire de résultats positifs pendant quarante jours successifs. Après ces quarante jours, la maladie primitive s'aggravant toujours, on revint à la méthode des inoculations peu nombreuses et l'on obtint de nouveau des chancres ! ! Que conclure de ce triste fait et de beaucoup d'autres analogues, quoique moins frappants ? Il n'est aucun médecin sensé qui ne réponde facilement à cette question.

Dans l'article quatrième, M. le rapporteur passe en revue les produits des inoculations distinguées en chancres, en pustules et en résultats négatifs. Ces résultats divers, additionnés, don-

nent la somme totale des inoculations pratiquées, et sont successivement considérés sous les différents rapports suivants :

1° Quant à leur développement plus ou moins prompt;
2° Quant à leur nombre;
3° Quant à leur forme et à leurs dimensions;
4° Quant à l'espace qu'ils occupent;
5° Quant à leur marche et à leur durée;
6° Quant à l'ordre de leur succession (1).

Toutes ces conditions sont résumées dans des tableaux comparatifs qui d'un seul coup d'œil portent la lumière et la conviction dans tous les esprits.

Enfin, dans l'article cinquième, dont la lecture n'a pas été terminée dans la séance du 13, on étudie les accidents morbides soit *syphilitiques,* soit *communs* qui se manifestent pendant la syphilisation. Nous avons entendu seulement de cet article ce qui se rapporte : 1° à la fièvre ou continue, effet des inoculations, ou intermittente, conséquence des influences locales; 2° à l'inflammation exagérée soit des chancres artificiels, soit des divers organes de l'économie; 3° au phagédénisme, état sur lequel la commission a recueilli d'importantes observations, et qu'il a envisagé sous de nouveaux points de vue.

En attendant que je puisse vous fournir des détails sur ces divers points, je dois vous signaler la satisfaction que tout le monde a éprouvée dans cette séance, combien la commission a été approuvée de la marche qu'elle a adoptée et qui est de procéder toujours par des examens comparatifs de faits qui ne laissent place ni à aucune question, ni à aucune opinion divergente; ce travail, au dire de tous les auditeurs, est on ne peut plus honorable pour le rapporteur et pour l'Académie de Turin. — Au reste, tout en démontrant l'erreur profonde de la prétendue doctrine syphilitique, la commission s'est constamment tenue dans un point de vue supérieur à toute question personnelle, et elle a évité avec le plus grand soin de blesser la susceptibilité très-grande de M. Spérino, ce qui donne un nouveau mérite à son travail.

On dit qu'il ne faudra pas moins de cinq ou six nouvelles séances pour lire seulement le rapport; car si l'on voulait y joindre la lecture de toutes les observations particulières, quinze séances seraient peut-être nécessaires. Vous voyez que si mission a été jamais consciencieusement remplie, c'est celle de la commission de syphilisation.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Jobert.

Paralysie partielle par compression partielle de la moelle.

(*Communiqué à l'Académie des sciences.*)

Dans l'observation que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, il m'a paru très-intéressant de suivre la compression dans ses effets si opposés, suivant qu'elle s'éloignait ou se rapprochait de l'extrémité céphalique du prolongement nerveux rachidien.

Il est, en effet, curieux de voir la paralysie directe de la moelle épinière cesser à la manière de celle qui est déterminée par un nerf comprimé. Les effets de cette compression sont par conséquent tout à fait mécaniques, et ne sont immédiatement dangereux, qu'autant qu'ils sont le résultat d'une pression exercée sur l'un des points où la moelle ne peut cesser un instant son travail vital sans danger de mort. C'est ainsi que la compression de la moelle dans l'endroit d'où partent les nerfs qui se rendent au bras n'amène que la paralysie de celui-ci.

Au contraire, lorsque l'influence mécanique a lieu, comme chez notre malade, dans le voisinage de l'origine des nerfs qui fournissent l'aliment vital au cœur et aux organes de la respiration, la mort arrive promptement.

Observations. — Périostite vertébrale cervicale. Compression latérale du côté gauche de la portion cervicale de la moelle. Paralysie directe. Cessation de la paralysie par l'ouverture de l'abcès. Mort prompte par la compression de l'extrémité céphalique de la moelle épinière. — Sterner (Catherine), âgée de 24 ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1853 : elle paraît bien constituée, est d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique.

Il y avait au moins un an que cette malade se plaignait de douleurs dans le cou et d'une gêne dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête. Ces souffrances allèrent en augmentant, les ganglions cervicaux s'engorgèrent.

D'abord isolés et mobiles, ils se sont groupés et soudés entre eux dans l'espace de deux mois. L'aggravation de ces symptômes fut bientôt suivie d'une plus grande gêne dans les mouvements de la tête, et c'est alors qu'on vit paraître une tumeur volumineuse sur la partie latérale gauche du cou.

Plusieurs mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle ressentit des fourmillements dans le bras gauche, et peu à peu se dessinèrent tous les symptômes de la paralysie de ce membre. Cette paralysie la força à entrer dans un hôpital où elle reçut les premiers secours de la chirurgie. Le chirurgien de cet établissement fit cesser la compression par l'ouverture de l'abcès. La plaie resta fistuleuse, les douleurs du cou ne cessèrent pas, et les mouvements demeurèrent difficiles.

En sortant du premier hôpital, après six semaines de séjour, elle entra à l'Hôtel-Dieu, où elle succomba à de nouveaux symptômes de compression de la moelle épinière.

Voici dans quel état se trouvait la malade le 16 janvier :

1° Elle était d'une pâleur extrême et anémique ;

2° Elle portait au côté gauche du cou une tumeur volumineuse, tendue, chaude, rouge violacée, présentant une petite ouverture fistuleuse;

3° La déglutition est normale;

4° Les mouvements de rotation de la tête sur l'axis sont abolis;

5° La flexion et l'extension sont très-douloureuses et presque impossibles;

6° Des douleurs lancinantes, profondes et une céphalalgie intense accablent la malade; elle est sous l'influence d'un mouvement fébrile.

Comme on le voit, la situation était alarmante, et je m'efforçai de combattre les accidents par une médication locale et générale. C'est pour faire cesser l'inflammation et vider le foyer que je fis une large incision à la tumeur : du pus et un sequestre sortirent par la plaie. La portion d'os était de la grosseur du bout du doigt; elle était formée de tissu excessivement raréfié et friable.

Le soir, la céphalalgie et la fièvre, quoique moins intenses, persistaient.

Le 18, la céphalalgie n'a pas cessé, la face est rouge, la bouche est amère et la fièvre continue.

Les 19, 20, 22, 24 et 26, la malade s'alarme sur sa position, et est persuadée qu'elle ne guérira pas. Le 27, cette femme a été prise, pendant la nuit, d'un délire vague; cependant, elle reconnaît tout le monde.

L'autopsie est faite trente-deux heures après la mort. Le cadavre est sans roideur et n'offre aucune trace de putréfaction. Le cerveau contient dans les ventricules un peu plus de sérosité que d'habitude. On rencontre çà et là sur la pie-mère quelques tâches sanguinolentes qui pénètrent la substance cérébrale sans l'altérer. Cette dernière présente du piqueté à la coupe. Les organes thoraciques sont sains, les poumons sont gorgés de sang à leur partie postérieure, et cependant ils crépitent.

Les viscères abdominaux sont également gorgés de sang et n'offrent pas d'autre particularité. Le côté droit du cou ne présente rien de particulier.

Le côté malade laisse voir un foyer placé en avant du muscle trapèze remontant jusqu'à l'apophyse mastoïde.

(1) Nous espérons que notre habile correspondant tâchera de se procurer et voudra bien nous transmettre tous ces détails d'un haut intérêt pour l'histoire de la syphilis. (*Note du rédacteur en chef.*)

Les scalènes sont en partie refoulés, en partie détruits. Autour de la poche les tissus sont indurés. Çà et là quelques brides nerveuses et vasculaires la traversent, les vaisseaux carotidiens ont été déplacés et rejetés en dedans.

La partie profonde du foyer est représentée par la 2e, 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales altérées à des degrés variables.

L'axis est divisé immédiatement en arrière de son apophyse articulaire gauche. Cette perte de substance porte sur l'arc latéral de la vertèbre; le tissu osseux est nécrosé, très-friable. Cette altération se prolonge à 2 centimètres en arrière de la solution de continuité.

L'arc de la 3e vertèbre cervicale est presque entièrement détruit du côté gauche, il en reste à peine 1 1/2 centimètre. L'apophyse articulaire a disparu. Le tissu osseux y présente les mêmes altérations que sur l'axis; cette altération se prolonge jusqu'à l'apophyse épineuse.

En avant, le col de l'apophyse transverse et le pédicule qui la supporte sont également altérés; le trou de conjugaison n'existe plus.

La 4e vertèbre cervicale n'a pas de solution de continuité. L'apophyse articulaire n'a pas de périoste. L'articulation de la 4e avec la 5e vertèbre est altérée, il n'y a plus de cartilages. La facette articulaire de la 5e vertèbre cervicale est érodée; son articulation avec la 6e est envahie. Ces diverses lésions circonscrivent une excavation dont les méninges forment le fond; ces membranes sont épaissies, noirâtres et baignées de pus; la moelle a sa couleur normale. Du côté droit l'axis seul est fracturé, la solution de continuité a lieu à la partie la plus postérieure de l'apophyse articulaire, elle comprend 3 ou 4 millimètres de la surface articulaire. L'atlas et les articulations sont sains.

Cette observation est remarquable par la marche de la maladie, la variété des symptômes et les troubles fonctionnels qui se sont fait connaître à diverses périodes de l'altération qui mérite de fixer sérieusement l'attention des pathologistes.

Et d'abord, il est impossible de ne pas arriver de suite à la connaissance d'une périostite vertébrale, suivie de graves lésions ayant leur siége dans les articulations des masses apophysaires, les arcs et les apophyses cervicales transverses, lesquelles ont été érodées, nécrosées et partiellement détruites.

Ce que j'ai pu découvrir à l'autopsie se retrouve constamment aussi dans les périostites des os longs et courts. Ne voit-on pas, en effet, ces os se nécroser, s'ulcérer, et les articulations avoisinantes s'enflammer? Toutes ces lésions se sont retrouvées sur la pièce dont il s'agit.

L'examen de ces altérations fait voir que la périostite vertébrale est accompagnée de douleurs violentes, comme dans les inflammations du périoste des membres, de phlogose des parties environnantes, en particulier, des glanglions et des articulations de la colonne vertébrale. C'est la même gravité, c'est la même fâcheuse terminaison pour cette ostéite vertébrale, que pour les ostéites aiguës des membres.

Mais ce qui intéresse surtout dans cette observation, c'est le trouble provoqué par la compression de la moelle épinière, survenue à différentes reprises.

Nous voyons sur notre malade deux compressions partielles, exercées à des hauteurs différentes, et avec des résultats entièrement dissemblables. C'est là, je crois, un exemple unique de deux compressions partielles sur le même malade.

Il n'est pas besoin de rappeler que d'abord la compression du cordon de la moelle épinière a produit la paralysie du bras, qui a cessé après l'évacuation du pus. On voit donc la paralysie directe se produire sans que le membre, du côté opposé, eût offert le moindre changement dans la sensibilité et la myotilité. Il n'est pas commun de voir des lésions de ce genre, et des exemples de paralysies directes, sans doute, parce qu'il est très-rare que l'altération ou la compression se borne à un point limité de la moelle épinière, et voilà pourquoi la paralysie est si rarement directe. Toutefois, la paralysie directe est parfaitement en rapport avec les connaissances anatomiques.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons la moelle épinière comprimée par du pus, sans danger pour son organisation intime. Plusieurs fois j'ai observé des paralysies mécaniques, si l'on peut s'exprimer ainsi, déterminées par la compression de cet organe, par ce liquide. Ce cordon nerveux a été comprimé par des pus pendant six mois, chez un jeune homme affecté d'incurvation tuberculeuse de la colonne vertébrale; la paralysie disparut aussitôt que le foyer s'ouvrit spontanément. Rien ne s'habitue mieux, par conséquent, à la compression exercée par un liquide, que la moelle épinière. La compression ne gêne donc alors que momentanément les fonctions de la moelle, qui n'en continue pas moins à porter son heureuse influence vitale sur tous les autres organes, à l'exception de celui où se rendent les nerfs qui partent du point comprimé. Nous voyons la vie se terminer rapidement chez notre malade, par une seconde compression exercée sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière pendant un mouvement de la tête, et nous voyons la mort arriver après quelques convulsions, et non instantanément, à la manière d'une lumière que l'on souffle, comme cela a été dit dans la première observation dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie. Quoique la vie n'ait pas disparu sans orages, il est évident que pendant la compression exercée par le mouvement de la tête sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière, la mort est devenue inévitable; le point comprimé se trouvant dans le voisinage de l'endroit si ingénieusement appelé le *nœud vital* par M. Flourens.

Ce nouveau fait vient confirmer et corroborer les expériences de ce savant physiologiste, puisqu'il démontre que si la compression s'était exercée sur un point plus élevé de la moelle épinière, l'instantanéité de la mort eût été la même que chez la première malade qui fut le sujet d'une communication à la savante compagnie.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

§ 5. *Complications.* — Quoique peu nombreuses, elles méritent de nous arrêter un instant. Nous ne parlons ici que des complications locales, car les observations sont trop incomplètes au point de vue dès complications générales ou à distance, pour que nous puissions en traiter. Cependant nous pouvons signaler, sans trop nous avancer, et ce qui est important pour une lésion de nature tuberculeuse, que dans la majorité des cas, il n'y a pas complication de tubercules pulmonaires au moins notables; la constatation du fait dans un petit nombre de cas, et en son absence le grand nombre de guérisons obtenues après castration et excision ou sans cela, le prouvent d'une manière assez positive. A un point de vue analogue, nous n'avons qu'à mentionner la coexistence de prétendues taches, pustules et ulcères syphilitiques, dans les deux cas que nous avons examinés précédemment, parce que cette coexistence, en supposant que les lésions fussent syphilitiques, ce qui n'est pas démontré, avait porté à soupçonner à tort une origine syphilitique à la lésion testiculaire.

On pourrait, à la rigueur, considérer, comme complications, quelques-unes des particularités que nous avons décrites dans l'étude des phénomènes; ainsi : la présence d'une tumeur intérieure constituée probablement presque toujours par un engorgement tuberculeux de l'épididyme, et aussi la tuméfaction de la tumeur extérieure, venant à acquérir jusqu'au volume d'un œuf. Nous en avons assez parlé pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Dans un cas de M. B. Cooper, il y avait, en même temps que la hernie, un rétrécissement urétral, sous l'influence duquel la lésion était peut-être survenue, mais qui paraît en tout cas, par suite probable de l'irritation de l'urètre, avoir amené une exacerbation, alors que par le repos (nous n'avons aucune raison

d'accepter que les mercuriaux aient eu réellement quelque action) il y avait déjà tendance à une guérison spontanée (V. *obs.* 22).

Il y a dans le mémoire de M. Lawrence un cas de complication assez intéressante, par un kyste séreux placé derrière l'épididyme, et qu'on avait pris pour le testicule, tandis que la tumeur extérieure était considérée comme un fongus.

Le saignement de la surface, dont l'absence avait été considérée comme un signe de diagnostic différentiel important avec le fongus cancéreux, n'a jamais été constaté par aucun chirurgien. Une fois seulement, un patient a dit qu'il y avait eu un peu de saignement dès le début, et il est assez probable, si le fait est vrai, que le sang venait plutôt de l'ouverture scrotale que du testicule même, car précisément dans ce cas, il n'y avait pas d'abord de granulations extérieures.

Après avoir rapporté l'observation que nous avons insérée plus haut, prise dans le service de M. Laugier, M. Jarjavay, continuant l'hypothèse de M. Lawrence, se demande si la substance testiculaire sortie à travers une prétendue ouverture de la tunique albuginée ne pourrait pas être entraînée et détruite, comme dans les cas rapportés par Bertrandi, J.-L. Petit et Swédiaur. Cett explication est au moins inutile pour rendre compte du cas en question, car la réduction du testicule à un noyau arrondi et dur après la guérison, s'explique d'une manière bien autrement positive, par ce fait que le patient s'était amusé à se couper des tranches de son testicule, alors que celui-ci était hernié. Rien, dans ce que nous connaissons jusqu'à présent, n'autorise à accepter l'opinion de Bertrandi, qu'un testicule puisse se vider par le simple fait de son exposition à l'extérieur; dans tous nos cas où le patient ou bien le chirurgien n'ont pas cautérisé, lié ou coupé partiellement ou totalement le testicule sorti, celui-ci est resté intact après la guérison. Il est clair cependant que si le testicule hernié renfermait des tubercules dans son intérieur, rien n'empêcherait ces tubercules de se ramollir et d'occasionner la fonte ou la perte du testicule, comme dans le cas de Swédiaur; mais le fait de la sortie du testicule n'aurait rien à voir dans cet autre résultat qui ne serait qu'une complication. En particulier, la surface extérieure de la tumeur peut suppurer tant qu'elle voudra; la suppuration n'amènera aucune destruction. Cependant, 2 faits parmi nos 33 observations sembleraient contredire ceci. Dans l'un, qui est de M. Duncan, il est dit que de petites parties bourbeuses se détachaient de la surface de la tumeur; mais il est évident que ces expressions se rapporteraient plutôt à des fragments tuberculeux encore adhérents, qui finissaient par se séparer. Le second, qui appartient à M. Jarjavay, et que nous allons rapporter presque intégralement à propos de l'anatomie pathologique, est plus explicite : dans l'intervalle des granulations, à leur base, on trouvait des plaques d'un blanc jaunâtre, adhérentes quoique mobiles. Il est fort probable que c'étaient là des restes de la tunique albuginée, envahie par les granulations; rien ne prouve que ce fussent des escarres, car, outre que l'on pourrait supposer aussi que c'étaient des produits tuberculeux ou purulents épaissis, et en admettant même que ce fussent des escarres, il n'y aurait rien de bien étonnant à ce que des granulations, se développant avec une certaine rapidité, amenassent la mortification de quelques fragments de la tunique albuginée qui n'auraient pas eu le temps de disparaître par absorption. Ce serait tout au plus un de ces cas à l'aide desquels on aurait pu, à l'époque où l'exfoliation était admise, chicaner en faveur de l'exfoliation, comme avec les cas de Gooch et de M. Pichot, que nous avons rapportés à propos des hernies traumatiques et consécutives. La suppuration à la surface du testicule hernié ne nous paraît donc pas susceptible d'amener la destruction du testicule. Tout au plus le travail qui l'accompagne peut-il substituer à la tunique albuginée une couche plus épaisse constituée par le tissu des granulations, ou même produire quelque sécrétion plastique au sein de la substance testiculaire, ainsi que nous l'avons dit en cherchant à nous rendre compte de l'accroissement de volume de la tumeur extérieure. Ces explications auraient pu aussi bien trouver place dans le paragraphe des *conséquences* de la lésion que dans celui de ces *complications*

Nous avons vu que la tumeur sort brusquement dans plusieurs cas, et qu'ensuite elle ne change guère; elle persiste telle quelle, sauf la possibilité d'une certaine augmentation de volume par une des causes que nous venons de rappeler. Ou bien, le testicule ne sort que lentement, et par suite la tumeur peut paraître augmenter dans les premiers temps; mais si on y prend garde, on pourra constater que c'est là une sortie graduelle d'une tumeur qui existait déjà dans le scrotum; ce qui était intérieur devient extérieur, ce que démontre bien dans sa marche la *pl.* 2, *fig.* 1, d'A. Cooper; mais il n'y a pas une poussée nouvelle, une production constante de parties qui n'existaient pas avant, un accroissement par addition nutritive, par croissance, comme cela arrive pour les végétations fongueuses. Et cependant, un détail mentionné dans plusieurs observations pourrait faire illusion à cet égard; alors que le patient ou le chirurgien même coupaient des tranches plus ou moins épaisses du testicule, ou bien après des cautérisations plus ou moins superficielles, la tumeur se trouvait momentanément réduite dans son volume; mais elle le reprenait bientôt par suite d'une production nouvelle de la surface détruite. Rien n'est plus simple que d'expliquer cette particularité, sans avoir à admettre pour cela que la masse de la tumeur fût de nature végétante. Il y a des granulations à la surface de la tumeur; si vous les détruisez par cautérisation ou excision, elles se reproduiront, absolument comme elles le feraient à la surface d'une plaie simple, dans des conditions pareilles. Mais malgré que ce fussent là de bien bonnes conditions pour que les granulations superficielles, en se reproduisant, prissent un caractère végétant, nous ne retrouvons dans aucune observation ce fait, qui, s'il se fût présenté, n'aurait rien prouvé d'ailleurs; toujours, dans ces cas de reproduction des granulations superficielles, le travail de reproduction est allé jusqu'à refaire le volume premier, et puis les choses paraissent en être restées là, sans accroissement ultérieur.

Nous avons eu occasion de parler déjà d'une complication assez intéressante, mais que certaines personnes ont supposé être plus commune qu'elle ne l'est réellement, puisque nous ne la retrouvons que dans une seule des observations de M. Lawrence; nous voulons parler de trajets fistuleux existant près de la tumeur dans le scrotum. Plus d'une fois, il s'est fait préalablement à la formation de la hernie, ainsi que nous l'avons vu, plusieurs ouvertures; mais elles se sont réunies en une seule, pour favoriser la sortie de la hernie ou son augmentation, au lieu de faire des trajets fistuleux distincts.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE RURALE.

Histoire générale de la pneumonie aiguë, d'après des observations toutes recueillies sur des paysans,

Par M. Macario, *D. M. P., ex-député au parlement sarde, médecin à Sancergues* (Cher).

(Suite et fin.)

7° Enfin, dans une septième catégorie, je place les malades traités par l'oxyde blanc d'antimoine exclusivement. Ceux-ci ne sont qu'au nombre de 4. De ces 4 pneumoniques, 1 seul perdit la vie. Chez les 3 qui guérirent, je fis en outre appliquer un large vésicatoire sur le thorax en arrière; chez 2, la pneumonie était arrivée au deuxième degré; et chez le 3e, c'était un enfant âgé de 6 mois, elle n'était qu'au premier degré. Chez le sujet qui succomba, la pneumonie n'était également qu'au premier degré. Je ne le vis qu'une fois, et ce n'est que longtemps après que j'appris sa mort.

Il résulte donc que dans la grande majorité des cas nous pratiquons, aux malades atteints de l'inflammation aigüe du parenchyme pulmonaire, deux saignées et une ou deux applications de sangsues sur le point de côté, et quelquefois, un vésicatoire au niveau du mal, lorsque la fièvre a perdu de son intensité et

que la phlegmasie paraît tenter à se résoudre. Il est rare que nous fassions plus de deux saignées, et cela pour des raisons excellentes. D'abord, parce que deux suffisent généralement, et ensuite, parce que dans les campagnes il est souvent impossible de visiter les malades plus de deux fois, soit à cause de leur éloignement et des occupations du médecin, soit pour des raisons d'économie.

Tel est le traitement que nous suivons le plus généralement, et ce n'est qu'exceptionnellement que nous employons le traitement contro-stimulant seul, sans recourir en même temps aux émissions sanguines. Nous n'agissons de la sorte que lorsque la maladie date de plus de 8 jours, soit parce qu'alors l'état des malades ne comporte plus l'ouverture de la veine, soit parce que les malades et leurs parents s'opposent énergiquement à la saignée, convaincus, qu'ils sont, que celle-ci est nuisible après le sixième ou le septième jour de la maladie. Il nous arrive quelquefois de vaincre ce préjugé, mais la plupart du temps nous échouons contre leur opiniâtreté. C'est alors que nous administrons le tartre stibié seul ou combiné, soit avec les émissions sanguines locales pour lesquelles ils ont moins de répugnance, soit avec les vésicatoires, soit enfin, avec ces deux moyens à la fois.

Nous avons l'habitude de poser les vésicatoires sur les points mêmes qui correspondent à la lésion pulmonaire, car il nous semble qu'ils agissent bien plus énergiquement qu'aux membres inférieurs où quelques praticiens, à l'exemple de Baglivi, ont pour coutume de les appliquer.

D'où naissent chez les paysans les préjugés contre les saignées tardives? Évidemment de quelque doctrine médicale. Ne sait-on pas, en effet, que les anciens et même quelques modernes praticiens sont d'avis qu'il est dangereux de saigner dans la pneumonie et la pleurésie après le cinquième ou, tout au plus, le sixième jour? Pringle défend expressément d'ouvrir la veine dès que les crachats caractéristiques de la pneumonie ont commencé à se montrer, funeste erreur qu'il importe de combattre à outrance dans l'intérêt de l'humanité. Galien avait déjà établi un principe général que l'on devait recourir à la saignée, quel que fût le jour de la maladie, fût-ce le vingtième, toutes les fois qu'elle était indiquée. On doit donc saigner dans toutes les périodes de la pneumonie, lorsque celle-ci est franche et que les symptômes de réaction sont bien développés, fût-ce même dans la troisième période, car il manque souvent des signes certains pour la caractériser, de sorte que tout en croyant avoir affaire à une pneumonie au troisième degré, on peut n'avoir affaire, en réalité, qu'à une pneumonie au deuxième degré. Dans tous les cas, lorsqu'il y a doute il faut toujours saigner, car ainsi faisant, on a tout à gagner et rien à perdre. En effet, si la pneumonie n'est qu'à son deuxième degré, on peut sauver le malade, et si elle est au troisième on ne risque toujours rien, attendu que le malade est voué à une mort certaine (1).

Les saignées chez les paysans doivent être copieuses, justement parce qu'on les pratique en très-petit nombre, et la veine doit être piquée de manière que le sang jaillisse fortement. Nous avons pour habitude de tirer chez un sujet jeune et robuste 500 à 700 grammes de sang dans la première saignée, et 400 à 500 dans la seconde, suivant l'état de la respiration. Les paysans supportent très-bien les fortes émissions sanguines, quoi qu'en dise le docteur Munaret dans son spirituel et excellent ouvrage *du médecin des villes et du médecin des campagnes;* je parle du moins des paysans du centre de la France. Il faut cependant éviter la syncope que Quarin regarde comme très-dangereuse dans la pneumonie. M. Andral n'a pas vérifié ce fait, ni moi non plus.

Le flux menstruel ne contre-indique pas les émissions sanguines générales. Je m'en suis cependant abstenu chez la malade de la 5e observation, heureusement la maladie se termina par résolution, mais je ne commettrai plus une pareille erreur. Attendre que le flux menstruel soit passé pour combattre par la saignée une grave phlegmasie du poumon, c'est la rendre presque nécessairement mortelle. Notre manière de voir à cet égard est fortifiée par celle de De Hacer et de Frank (Andral, *Cliniq. méd.*).

Le tartre stibié, que j'associe constamment aux émissions sanguines, ne m'a jamais offert le moindre danger; aussi je l'emploie hardiment, qu'il y ait diarrhée ou constipation. Souvent ces symptômes dépendent d'un embarras gastro-intestinal que l'émétique fait disparaître. Au début, avons-nous dit, ce sel provoque des vomissements et des selles abondantes. Ce n'est pas là un mauvais signe; je le regarde, au contraire, comme très-favorable; la tolérance ne tarde pas à s'établir. Il n'est pas nécessaire, il ne faut même pas ajouter de l'opium à la potion stibiée, de crainte d'empêcher la salutaire révulsion qu'elle opère tout d'abord. Depuis longtemps j'administre l'émétique seul dissout dans de l'eau simple, par la raison que l'opium pourrait s'opposer à la puissante action révulsive du médicament sur le tube digestif, qui est, à mon sens, très-salutaire. Je ne veux pas nier par là toute action occulte ou spécifique de cette substance dans la guérison de la péripneumonie; mais je ne puis l'admettre seule. Toujours est-il que les vomissements et les selles sont très-utiles dans le traitement de cette maladie. Il faut bien se donner de garde d'arrêter la diarrhée qui en résulte ordinairement, car il y a du danger à le faire, et elle s'arrêtera d'ailleurs spontanément. Une fois, c'était au début de ma pratique, je voulus l'arrêter avec un lavement laudanisé; j'y réussis malheureusement, mais le malade succomba. Cette mort me pèse toujours sur la conscience. Immédiatement après la suppression des selles, le malade éprouva un phénomène singulier, il lui semblait que ses jambes lui entraient, lui remontaient dans le ventre. C'était un jeune homme de 20 et quelques années. Son observation n'a pas été recueillie.

Quant aux vésicatoires, je n'approuve pas la crainte de quelques praticiens sur l'action que ces révulsifs exerceraient sur l'état général en augmentant les symptômes de réaction. Je n'ai jamais vu survenir des accidents par leur emploi. Il est vrai de dire que je ne les conseille qu'après avoir ouvert la veine, après la deuxième saignée ordinairement; ils hâtent alors la résolution de la phlegmasie du poumon d'une manière merveilleuse et s'opposent à son passage à l'état chronique. J'ai dit plus haut que je n'ai jamais vu survenir d'accidents à la suite des vésicatoires : je me trompe; deux fois j'ai éprouvé une très-grande difficulté à tarir la suppuration provoquée par ces topiques irritants; elle a été longue, opiniâtre et abondante; les malades s'épuisèrent d'une manière notable, et l'amyosthénie coïncida avec la suppuration et l'épuisement des malades (1re et 2e *obs.*).

Maintenant, je le demande, où est la nécessité d'épuiser les malades par des nombreuses saignées, puisque deux, ou tout au plus trois, suffisent ordinairement pour les ramener à la santé? A quoi bon, dès lors, la méthode des saignées coup sur coup? Dans quel but les flots de sang versé par les médecins italiens, dans le traitement des maladies aiguës et particulièrement de la pneumonie? Lors d'un voyage en Piémont, en 1849, je fus vraiment effrayé du nombre incroyable de saignées que j'ai vu pratiquer dans les maladies aiguës, par les médecins piémontais. Ce fut un trait de lumière pour moi : de ce moment, me fut expliquée la mort prématurée d'un grand nombre de mes camarades d'enfance, moissonnés à la fleur de l'âge, non certes par la maladie, j'en suis maintenant convaincu, mais par le traitement antiphlo-

(1) Le docteur Upshub de Norfolk prétend avoir guéri 7 pneumoniques arrivés à la période suppurative, par l'iodure de potassium à la dose d'un gramme et demi, en 24 heures, dans une infusion. Il pense, en outre, que ce sel est indiqué chez les sujets anémiques ou présentant des phénomènes typhoïdes, lorsque l'élément inflammatoire a été abattu par les antiphlogistiques, et que la période suppurative commence. Il reconnaît cette période à la dépression subite des forces vitales, à la mollesse du pouls, à une respiration bronchique accompagnée de râle muqueux (*Medical Examiner*).

Sans révoquer en doute la véracité de l'auteur, nous craignons cependant qu'il ne se soit laissé abuser dans son observation. Jusqu'à présent, la pneumonie au troisième degré a toujours été au-dessus des ressources de l'art, et des simples assertions ne suffisent pas pour établir un fait aussi extraordinaire que celui que nous venons de signaler (*Gaz. des hôp.*). Quoi qu'il en soit, il n'y a rien à risquer en essayant l'iodure de potassium dans la troisième période de la pneumonie.

gistique, beaucoup trop énergique, avec lequel on a coutume de la combattre. Je fais des vœux ardents pour qu'une si funeste médication ne tarde pas à faire place à un traitement plus modéré et plus rationnel.

Certes, personne n'en doute, les médecins italiens et particulièrement les médecins piémontais sont très-savants et très-instruits, mais ils subissent encore, hélas! le joug de la doctrine de Thomassini et de Broussais. Il est urgent de le secouer dans l'intérêt de l'humanité.

Traitement des complications. — Ce traitement varie suivant la nature des complications. Dans les pneumonies bilieuses ou compliquées d'embarras gastrique, soit bilieux, soit suburral, il faut débuter par les vomitifs. Le tartre stibié remplit ici un double but, mais il pourrait arriver que cet agent thérapeutique ne provoquât aucun vomissement. Il faudrait alors recourir à l'ipéca ou au sulfate de cuivre à la dose de 1 centigramme.

Dans la pneumonie compliquée de bronchites (broncho-pneumonie, pneumonie catarrhale), la médication antiphlogistique réussit, mais après une ou deux potions stibiées, j'ai coutume d'administrer l'oxyde blanc d'antimoine, à la dose de 3 à 4 grammes, dans un demi-litre d'eau à prendre par cuillerées d'heure en heure. Il m'a semblé observer que cette préparation antimoniale exerce une action spéciale sur l'inflammation des bronches.

La pneumonie compliquée de symptômes typhoïdes ne s'est présentée que 3 ou 4 fois à mon observation. Le traitement a été à peu près le même que si elle avait été franche. La médication antiphlogistique fait ordinairement disparaître les symptômes typhoïdes en même temps que la phlegmasie du poumon. Mais on conçoit que si ces symptômes sont portés à un très-haut degré, c'est-à-dire à un état réel d'adynamie ou d'ataxie, comme lorsqu'il y a pétéchies, gangrène, hémorrhagie, etc.; on conçoit, dis-je, qu'il faille alors changer de traitement et recourir aux toniques, aux antiputrides et aux antispasmodiques, tels que les acides végétaux, le quinquina, la liqueur anodine d'Hoffmann, le vin de Malaga, etc., etc. Nous n'avons jamais eu occasion d'observer de ces cas qui doivent être très-rares. Lorsque la pneumonie complique la coqueluche, j'additionne à la potion stibiée un peu de belladone.

Une fois, l'inflammation du poumon était compliquée d'un rhumatisme articulaire aigu. Au traitement ordinaire de la pneumonie, j'ajoutai le nitre à haute dose et le malade guérit très-promptement.

Une autre fois, nous avons vu la pneumonie compliquée d'emphysème. C'est chez la malade qui fait le sujet de la 28e observation. Je ne connais pas de traitement particulier à lui opposer. La malade succomba.

Avant de finir, disons un mot des soins hygiéniques que recommandent les auteurs. La chambre du malade doit être suffisamment grande et aérée, et il importe d'y entretenir une température constante et un peu élevée; peu de monde et une faible lumière autour du malade, calme de l'esprit et repos du corps, silence complet. Le lit du pneumonique ne sera pas surchargé de couvertures; le malade sera à demi assis dans son lit. Diète absolue durant les premiers jours.

Tous ces conseils sont excellents, assurément; mais ils ne peuvent être suivis dans les campagnes. On voit bien que les auteurs avaient en vue, lorsqu'ils écrivaient, les malades des hôpitaux ou de la classe aisée où ces conseils peuvent être plus ou moins exactement exécutés. Mais comment procurer à des paysans pauvres une chambre suffisamment grande et entretenue à une température élevée, lorsque cette chambre est petite et ne reçoit la lumière que par la porte? et dans les cas où il existe une croisée, la porte est à chaque instant ouverte et fermée pour donner entrée et sortie aux habitants. Ce n'est pas tout: le plus souvent, la porte demeure constamment entr'ouverte pour empêcher l'âtre de fumer, car toutes les cheminées fument dans les campagnes.

Le silence n'est pas plus aisé à obtenir, car la famille n'a généralement qu'une chambre pour s'abriter, où les enfants crient, vocifèrent et font un tintamarre infernal. Quant au calme de l'esprit, comment l'obtenir, je vous le demande, lorsque le malade n'a que ses bras pour nourrir sa famille? tout au plus si le médecin peut faire observer la diète pendant quelques jours. Heureusement que toutes ses règles, quoique très-utiles, ne sont pas indispensables. Ce qui le prouve, c'est que la guérison des pneumoniques est la règle, et la mort une très-rare exception.

Dr M. Macario.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital militaire d'Oran.

De la psorenterie cholérique,

Par M. Cazalas, médecin en chef.

(*Suite. Voir le* n° 33 *du* 17 *mars.*)

Jusque-là j'avais suivi et dirigé moi-même les recherches anatomo-pathologiques dont je viens de consigner les résultats. Dans les derniers jours de septembre, ayant été chargé, avec le concours de M. Kremer, d'une inspection médicale dans les colonies agricoles de la province, M. Driard a bien voulu, durant notre absence, poursuivre seul nos expériences.

En arrivant à Mostaganem, le 6 octobre, le choléra régnait dans cette ville et particulièrement dans l'enceinte de l'hôpital militaire. Je fais part de ma première observation à M. le docteur E. Cordier, chargé du service des cholériques, et le prie de diriger son attention vers ce point d'anatomie pathologique, afin de déterminer si l'éruption intestinale des cadavres non cholériques, durant l'épidémie, était un phénomène particulier à la ville d'Oran.

De retour à Oran, M. le docteur Tassard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Mostaganem, qui avait suivi avec soin la marche de l'épidémie dans la ville et dans la garnison, ayant eu connaissance d'une communication que j'avais faite à ce sujet à l'Académie de médecine, et du désir que j'avais exprimé à M. Cordier, me donnait, le 29 octobre, les renseignements suivants :

13e *Fait.* — « Deux cas, qu'un malheureux hasard vient de me fournir, « tendent à confirmer complétement vos idées à ce sujet. Les 26 et 27 oc- « tobre, époque d'une nouvelle recrudescence de choléra parmi nous, on « apporta à l'amphithéâtre de notre hôpital deux sujets morts : l'un « assassiné et l'autre suicidé. A l'autopsie, il me vient à l'idée de vérifier « le point qui se rattache à votre première communication; et je vous dirai « que, s'il est des faits qui puissent se rendre probables, ce sont bien ces « deux qui ont eu pour témoins MM. Pingrenau, chirurgien en chef, et de « Potor, aide-major de l'hôpital. L'intestin grêle, sain d'un bout à l'autre, « présentait, dans toute son étendue, une psorenterie des mieux caracté- « risées, confluente chez l'un vers la partie supérieure, et chez l'autre à la « portion voisine du cœcum. Je m'abstiens de réflexion sur ces deux faits « qui sont des plus probants; je ne désire qu'une chose, c'est qu'ils puissent « vous servir pour les travaux que vous pourriez entreprendre sur ce sujet « aussi aride que difficile.... »

14e *Fait.* — Dans un travail particulier sur le choléra de la subdivision de Mostaganem, en 1851, M. le docteur Pingrenau, connaissant la nature et le but de nos recherches, dit à ce sujet : « Cette éruption folliculeuse, « en général fort répandue dans l'intestin grêle, s'est présentée plusieurs « fois à l'état naissant sur des sujets qui avaient succombé, pendant l'épi- « démie, à d'autres maladies ou à la suite d'accidents.... »

15e *Fait.* — M. le docteur Cordier, en éveil sur la question depuis mon passage à Mostaganem, après avoir suivi pas à pas la marche du choléra jusqu'à la fin de l'épidémie, a bien voulu me communiquer, dans une lettre du 2 janvier suivant, le résultat de ses recherches : « Le travail que je vous « envoie, dit il, se compose de 82 autopsies. Il a été commencé le 12 octobre « et se termine le 26 décembre. Le dernier cas de choléra a eu lieu le 29 « novembre et le dernier décès le 4 décembre. Sur ces 82 autopsies, 63 se « rapportent à des sujets atteints et morts du choléra; chez tous, j'ai « trouvé l'éruption de corpuscules blancs, si constants dans cette affection. « Les 19 restants sont relatifs à des malades morts durant l'épidémie, par « suite de maladies diverses tout à fait étrangères au choléra. Parmi « ces 19 sujets, 13 n'ont présenté que les lésions anatomiques de la « maladie qui avait été la cause de la mort; aucune éruption folliculeuse « propre au choléra n'a pu être constatée. Les 6 autres ont offert, entre « autres altérations de l'affection primitive, l'éruption folliculeuse spéciale

« du choléra. Chez les 13 sujets où aucune lésion cholérique n'a été trouvée, « 3 ont succombé par suite de phthisie pulmonaire ; 2 par suite de fièvre « typhoïde ; 1 par suite d'affection cérébrale ; 7 par suite d'affections di- « verses. Les 6 premiers sont morts du 17 octobre au 20 novembre ; les « autres, du 21 novembre au 5 décembre, alors que l'épidémie était à peu « près éteinte. Sur les 6 malades morts par suite d'une affection étrangère « au choléra et qui ont néanmoins offert l'éruption cholérique, se trouvent, « 1° un soldat du 68e de ligne, entré à l'hôpital pour une maladie cérébrale, « et mort le 13 octobre ; 2° un militaire du 4e chasseur d'Afrique, mort « le 23 octobre, par suite d'un empoisonnement involontaire, occasionné « par la teinture de cantharide ; 3° un homme du 68e de ligne, apporté du « village du Pont-du-Chélif, atteint d'une fièvre pernicieuse et mort le 25 « octobre, époque d'une recrudescence épidémique ; 4° un soldat du « 1er bataillon léger d'Afrique, récemment arrivé de Tiaret avec un offi- « cier dont il était l'ordonnance, il se fait sauter la cervelle le 26 octobre ; « 5° un Espagnol, habitant le quartier de la marine, assassiné dans la nuit « du 26 octobre ; 6° enfin, un autre Espagnol, depuis longtemps à l'hôpital « pour une affection chronique du tube digestif, mort par suite de cette « maladie, le 30 octobre, sans aucun phénomène cholérique.

« Maintenant, ajoute-t-il, quelle conséquence tirer de ces observations ? « A mon avis, ces faits sont intéressants, et de plus, favorables aux con- « clusions de votre première communication à l'Académie. Tout en regret- « tant d'avoir commencé ces observations aussi tard, et en réservant au « jugement définitif, je crois que ces recherches, pour aboutir à un résultat « désormais incontestable, doivent avoir lieu sur une grande échelle. « Les jalons sont posés ; c'est donc un sujet à soumettre aux travail- « leurs.... »

Les faits observés et recueillis par MM. Cordier, Pingrenau et Tassard, en donnant une nouvelle valeur à nos premières recherches, démontrent au moins que ce n'est pas à Oran seulement que l'éruption intestinale peut exister, non-seulement chez les individus morts du choléra, mais aussi chez les sujets qui, soumis pendant plus ou moins de temps à l'influence cholérique, ont succombé à la suite d'une maladie ou d'un accident quelconque. Les nombreuses exceptions observées à Mostaganem par le docteur Cordier ne paraîtront extraordinaires à personne, en se rappelant : 1° que le choléra, dans cette localité, n'a pour ainsi dire régné que dans l'enceinte de l'hôpital, et fort peu dans la ville et dans la garnison ; 2° que les observations de M. Cordier n'ont commencé que le 12 octobre, c'est-à-dire peu de temps avant l'époque à laquelle tous les malades de l'hôpital, à l'exception des cholériques, ont été transportés dans une caserne éloignée (le 7 novembre) ; 3° qu'enfin la plupart des sujets qui font l'objet de ces observations, n'ayant pas été traités au centre du foyer épidémique, peuvent n'avoir pas été soumis, ou qu'à un faible degré, à l'influence du génie cholérique.

Revenons maintenant aux faits recueillis et observés à Oran par M. Driard d'abord, et puis par nous :

16e *Fait.* — Un maréchal-ferrant du 2e chasseur d'Afrique, lymphatique, à poitrine étroite mais assez fort, entre à l'hôpital le 29 septembre, dans un état complet d'ivresse. Il meurt le lendemain à 6 heures du matin. On découvre dans l'intestin grêle : 1° une éruption considérable de follicule isolés plus ou moins volumineux, blancs-jaunâtres, durs, saillants, coniques, très-confluents près de la valvule iléo-cœcale, et diminuant de nombre à mesure qu'on s'en éloigne ; 2° 25 ou 30 plaques épaisses, élevées au-dessus de la muqueuse voisine, à bords bien limités et à surface chagrinée. Aucun des follicules agminés ou isolés n'offre la dépression ni le point noir que l'on retrouve généralement à une période avancée de l'éruption.

17e *Fait.* — Dans les mois d'octobre, de novembre et de décembre, nous trouvons sur plusieurs cadavres morts par suite de maladies diverses, l'éruption cholérique de follicules isolés et agminés, à divers degrés d'évolution, mais le plus souvent à la période de cicatrisation ; et quelquefois, chez le même sujet, on distinguait aisément les degrés de crudité, de ramollissement et de cicatrisation. Chez d'autres individus, nous n'avons rencontré aucune trace de psorenterie cholérique. Sur un sujet mort par suite de colite chronique avec engorgement considérable des viscères abdominaux, il existait à l'intestin une vingtaine de plaques, offrant le pointillé ordinaire des plaques que l'on a comparées à la peau du mouton fraîchement rasé.

18e *Fait.* — Le 24 janvier 1852, un homme, entré depuis quelques jours à peine à l'hôpital, meurt par suite de pleurésie et d'hépatite chronique. Nous trouvons à l'autopsie un abcès du foie ouvert dans la poitrine, un épanchement considérable de matière séropurulente dans la cavité pleurale du côté droit, une perforation du parenchyme pulmonaire, établissant une communication facile entre le foyer hépatique et les bronches. L'intestin ouvert, on distingua dans toute son étendue des taches noires en grand nombre, les unes isolées, les autres rapprochées sous formes de plaques ; elles résultaient de la cicatrisation des follicules ulcérés de Peyer et de Brunner.

19e *Fait.* Le 26 janvier, un condamné du fort Lamoune est porté à l'hôpital pour une fracture des os du crâne avec enfoncement des fragments. Il meurt quelques heures après son entrée. Indépendamment de lésions traumatiques qui avaient causé la mort, nous trouvons, dans l'instestin grêle et dans la position supérieure du gros intestin, une éruption cholérique très-prononcée. Les follicules isolés, très-nombreux partout, étant les uns blancs, coniques, durs, saillants ; d'autres, plus volumineux, ombiliqués et laissant échapper, par la pression, une gouttelette de liquide purulent ; quelques-uns enfin, ne dépassant pas le niveau de la muqueuse voisine, marquée par un point noirâtre, signe manifeste d'une cicatrisation récente. Les plaques, en grand nombre aussi, offraient la même variété d'évolution éruptive ; quelques-unes étaient saillantes et le follicule en suppuration ; mais la plupart étaient au niveau de la muqueuse voisine et pointillées.

20e *Fait.* — Un soldat du 11e léger, arrivé de France, en novembre, meurt le 4 février suivant, par suite de tuberculisation pulmonaire et de laryngite chronique. En outre des lésions du poumon et du larynx propres à ces maladies, on découvre de nombreuses ulcérations dans toute la longueur de l'intestin, mais sans aucune lésion folliculeuse pouvant être rattachée à l'infection cholérique.

21e *Fait.* — Le 25 février, un Arabe meurt dans mon service, à la suite d'une péritonite suraiguë consécutive à une affection cancéreuse de l'épiploon de l'intestin et du foie. Nous avons rencontré, à l'autopsie, à la fin de l'iléon, quelques cicatrices noirâtres des follicules isolés et quelques plaques de Peyer pointillées de noir.

22e *Fait.* — Le lendemain 26, un Espagnol, détenu à la prison civile, succombe à l'hôpital par suite d'une méningite aiguë cérébro-rachidienne. Nous trouvons, à l'autopsie, une lésion de la même nature, mais moins sensible que la précédente.

23e *Fait.* — Le même jour, un convalescent de l'hôpital, mangeant la demi-portion, meurt subitement à la suite d'un refroidissement. Nous ne découvrons, à l'autopsie, aucune lésion intestinale cholérique.

24e *Fait.* — Le 12 mars, est mort à l'hôpital, par suite d'une dyssenterie typhoïde, un zouave âgé de 22 ans, sortant, peu de jours auparavant, de l'hôpital d'Alger où il avait été soigné pour une variole confluente. A l'autopsie, nous trouvons les lésions ordinaires de l'affection complexe qui avait été la cause de la mort ; mais nous n'avons rien découvert qui pût faire supposer une infection cholérique antérieure.

25e *Fait.* — Dans la nuit du 25 au 26 mars, un Arabe meurt subitement, à l'hôpital, d'une laryngite œdémateuse. L'examen microscopique du cadavre nous révèle, dans l'intestin, la présence de plaques pointillées de noir, de follicules isolés, cicatrisés ; et au voisinage de la valvule cœcale, quelques follicules durs et paraissant se résoudre. Le gros intestin, jusqu'au milieu de sa longueur, était comme criblé de petits pertuis, les uns encore ouverts, d'autres en voie de cicatrisation, et beaucoup encore durs, blancs et globuleux.

26e *Fait.* — Le 17 août, un condamné de Mers-el-Kébir meurt subitement en arrivant à l'hôpital, par suite d'une violente congestion cérébro-pulmonaire consécutive à un accès pernicieux. Une éruption folliculeuse au 1er degré, paraissant récente ou se terminer par résolution sans ramollissement préalable, existait dans toute l'étendue de l'iléon.

27e *Fait.* — Depuis le mois d'août 1852 jusqu'à la fin de l'année, nous avons encore trouvé, sur quelques sujets morts par suite de maladies diverses ou d'accidents, des traces plus ou moins évidentes de l'éruption cholérique.

Les faits précédents peuvent être résumés de la manière suivante :

1° Durant l'épidémie de 1851, l'éruption cholérique n'a jamais totalement manqué chez aucun des sujets examinés, morts par suite de toute autre maladie que le choléra.

2° Depuis le 1er octobre jusqu'à la fin de décembre de la même année, elle a fait défaut seulement 3 fois.

3° Depuis le mois de janvier 1852 jusqu'à la fin de l'année, elle a été constatée quelquefois ; elle a manqué souvent, notamment chez les sujets arrivés depuis peu de France en Algérie ; quelquefois elle a été douteuse.

4° Aux premiers temps de l'épidémie, elle se montrait généralement au premier degré de son évolution ; quelquefois au premier et au deuxième ; rarement au deuxième seulement, et jamais au troisième.

5° Vers la fin de l'épidémie seulement, elle a paru au troisième degré, tantôt en même temps que le premier, plus souvent avec le deuxième, mais jamais seul.

6° Depuis la fin de l'épidémie, le premier degré seul a encore été trouvé quelquefois, mais exceptionnellement; le deuxième degré est devenu presque aussi rare que le premier; et c'est surtout depuis le mois de janvier 1852 que le troisième est devenu fréquent, tantôt seul, quelquefois avec le premier ou avec le deuxième, et de loin en loin avec les deux degrés réunis.

Une éruption intestinale ayant de l'analogie avec celle du choléra a été signalée à la suite de plusieurs autres maladies. Elle existe quelquefois, dit-on, après la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la méningite, le typhus, la fièvre jaune et la peste. Elle constitue le signe anatomique spécial, et à peu près constant, de la fièvre typhoïde. La psorenterie typhoïde, la seule bien connue et bien étudiée jusqu'à présent, se distingue de l'éruption cholérique par des caractères bien tranchés, mais mal définis, que nous allons examiner tout à l'heure; et pour mieux faire saisir cette différence, nous allons généraliser les observations qui précèdent, et préciser, autant que possible, les caractères de cette lésion cholérique, à ses diverses périodes éruptives.

Dans le choléra, de même que dans la fièvre typhoïde, les follicules isolés et agminés s'altèrent simultanément, et l'altération des premiers ne diffère nullement de l'altération des autres par sa nature intime, mais uniquement à cause de leur siége et de leur isolement. L'altération des follicules, qu'ils soient isolés ou agminés, étant la même, faire l'histoire de l'éruption d'un follicule, c'est faire celle de l'éruption de tous les autres follicules. Je prendrai donc un follicule isolé, et je suivrai avec soin les diverses phases de son évolution éruptive dans le choléra. Quelques mots suffiront ensuite pour bien faire comprendre les caractères particuliers des plaques.

L'éruption cholérique, dont l'évolution a la plus grande analogie avec celle des pustules de la variole et de la vaccine, peut être divisée en trois périodes ou degrés distincts : 1° crudité; 2° ramollissement et suppuration, 3° cicatrisation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Chailly est assurément un des écrivains médicaux qu'on lit avec le plus d'agrément; il n'est guère possible de parcourir un de ses *produits* sans y trouver quelque chose de piquant, de neuf ou d'imprévu, quand ce n'est pas quelque chose d'imprévu, de piquant et de neuf tout à la fois. Mais le coquet auteur, à mesure qu'il grandit, fait comme les jolies femmes et ne se prodigue plus. C'est à peine si chaque signe du zodiaque nous apporte maintenant un article de lui. En voici un cependant dans lequel, parmi des fleurs sans nombre, se trouve la suivante, qui, de même qu'un bon sonnet, vaut à elle seule un long poëme :

« Ces tentatives » (l'introduction des branches du céphalotribe) « furent presque exemptes de douleur; mais si la femme eût été plongée dans le sommeil éthéré, ces difficultés m'auraient vivement inquiété; j'aurais craint de produire, par mes efforts, *des douleurs* VIVES *dont la femme* N'AURAIT PAS EU CONSCIENCE. »

Cette chute vraiment piquante et imprévue nous a rappelé le mot charmant d'une femme presqu'aussi spirituelle que M. Chailly. Le médecin d'icelle cherchait la cause d'un de ces malaises sans nom, et que pour cela on nomme nerveux, qui forment les neuf dixièmes des maladies des femmes dans la clientèle civile. Le médecin ni la cliente ne pouvant mettre la main sur aucune bonne explication : « Il faut croire, dit l'ingénieuse femme, que pendant les couches de ma fille, *j'aurai eu bien de l'émotion, sans m'en apercevoir.* » Il n'y a que M. Chailly et les femmes nerveuses pour trouver des mots pareils.

— Voici une anecdote qui ne vaut guère la peine d'être racontée, tant elle rentre dans la catégorie des petites ficelles aussi innocentes que connues, aussi connues que tolérées dans la vie sociale en général, et dans la vie médicale en particulier; nous ne l'aurions certainement pas racontée sans la tenace insistance d'un bienveillant confrère.

Mercredi soir nous assistions aux Français à la première représentation d'une charmante petite pièce que tout Paris applaudira, *les Souvenirs de voyage.* Dans un entr'acte, un mien voisin, médecin fort distingué, nous adresse la parole, et en nous indiquant une loge : — Voyez-vous notre confrère X... ? me dit-il. — Oui. — Où pensez-vous qu'il soit en ce moment? — Pardieu! il n'y a pas grand frais d'imagination à faire; je vois bien qu'il est auprès d'une charmante actrice, auprès de laquelle il est même assez empressé et qui ne paraît pas trop désolée de son voisinage. — Eh bien! vous n'y êtes pas. — Je ne vous comprends plus.— Mon ami X... (vive les amis pour les indiscrétions!) est en ce moment à Neuillly auprès d'un malade. Il n'y a qu'une heure nous étions à la même table, qu'il a quitté sur le reçu d'une lettre, qu'entre ses mains un grand esclave blanc.... — Mais vous, dis-je à mon charitable interlocuteur, qui avez aussi quitté la même table, êtes-vous bien aux Français en ce moment? — Ah! je dois vous avouer que non. A l'heure qu'il est je prépare mon concours; mais du moins je suis parti sans ambassade; c'est une circonstance atténuante.

— Nous avions été mal informé quand nous avons annoncé la retraite de M. Payer. L'honorable compétiteur persiste, quant à présent du moins, dans sa candidature.

— C'est par erreur aussi que M. Rigault a été porté comme troisième candidat sur la liste de la Faculté de Montpellier. La Faculté n'en a porté que deux.

— *Concours pour l'agrégation en médecine.* — Les argumentations ont commencé aujourd'hui. MM. Blain des Cormiers et Milcent ont soutenu leurs thèses. Cette épreuve continuera dans l'ordre suivant :

Le lundi 21 mars, MM. Bouchut et Leudet.
Le mercredi 30 mars, MM. Léger et Empis.
Le vendredi 1er avril, MM. Lasègne et Gubler.
Le lundi 4 avril, MM Frédault et Aran.
Le mercredi 6 avril, MM. Delpech et Hérard.
Le vendredi 8 avril, M. Tholozan.

— Il paraît que le rédacteur un peu poétique, mais honorable, qui nous avait remplacé, disait-on, à la *Gazette des hôpitaux*, en a déjà assez de son association avec la rédaction anonyme de l'estimable feuille. M. Marchal (de Calvi) a fait annoncer officiellement et publiquement qu'il renonçait à l'honneur de collaborer à la rédaction de la *Gazette.* Quelques curieux demandent si c'est M. *le secrétaire de la rédaction* qui remplace M. Marchal; d'autres, plus curieux encore, voudraient savoir qui est ce *secrétaire de la rédaction*, et quelles sont au juste ses fonctions. Il y a des gens vraiment bien indiscrets.

— Le département de la Seine va, dit-on, affecter une somme assez considérable pour l'organisation des conseils d'hygiène, organisation qui serait très-prochaine.

— M. le docteur Noble, médecin en chef de l'hospice de Versailles depuis 40 ans, vient de mourir à l'âge de 71 ans. Il emporte avec lui les regrets de toute la population, à laquelle il avait donné, pendant sa vie, les preuves d'un constant dévouement.

— C'est demain soir samedi que la Faculté de Paris présentera la liste des candidats à la chaire de thérapeutique et de matière médicale. On ne sait pas si la liste se composera de deux ou de trois noms.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la maladie scrofuleuse, par le docteur Vincent DUVAL, directeur des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, lauréat de l'Institut, directeur de l'établissement orthopédique de Chaillot.—A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19, et chez l'auteur, quai de Billy, 8 *bis*. —1 vol. in-8°. Prix : 8 fr.

De la décomposition putride, thèse par M. Henri-Edmond ROBIQUET, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris, 2e édition.— Broch. in-8°.—A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

Les vrais principes de la matière médicale et de la thérapeutique, par M. le docteur PIDOUX, médecin de l'hôpital de Bon-Secours.—Brochure in-8°. — Chez BÉCHET jeune, rue Monsieur-le-Prince, 22, Paris.

Iconographie ophthalmologique ou description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par J. SICHEL, docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris, officier de la Légion d'honneur, médecin-oculiste des maisons impériales d'éducation de la Légion d'honneur, etc. — Quatrième livraison in-4°, Paris, 1853. Prix : 7 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 35. 1re année. Mardi 22 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : La syphilisation à l'Académie royale de Turin. — Séance du 16 mars de la Société de chirurgie. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HOPITAL DE LA PITIÉ. M. VALLEIX. Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie, par M. A.-H. Margerie. (*Suite et fin.*) — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE : HÔPITAL MILITAIRE D'ORAN. De la psorenterie cholérique, par M. CAZALAS. (*Suite.*) — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

AVIS.

Nous prions ceux de nos abonnés dont le prix de l'abonnement doit être touché à domicile, de vouloir bien donner les ordres nécessaires pour que nos traites, dans le cas où ils seraient absents, soient payées à présentation. Cette précaution nous évitera des frais de retour en pure perte. — Nous rappelons à nos lecteurs qu'en attendant d'autres avantages que nous espérons pouvoir leur offrir prochainement, nous délivrerons gratuitement à toutes les personnes qui se présenteront avec le prix d'un abonnement d'un an, la première partie des Leçons cliniques sur les affections cancéreuses *par M. Maisonneuve. Les souscripteurs qui auront reçu cette première partie auront également droit aux livraisons suivantes, dont l'ensemble formera un traité pratique complet des maladies cancéreuses.*

Paris, le 21 mars 1853.

La syphilisation à l'Académie royale de Turin.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Puisque vous trouvez de l'intérêt à l'analyse des laborieuses recherches de la commission de Turin, permettez-moi de vous tenir au courant des séances extraordinaires consacrées à la lecture de son vaste travail. J'ai lieu de croire que les faits que j'ai à vous communiquer aujourd'hui ne vous paraîtront pas moins intéressants que ceux dont je vous ai déjà entretenu. Du moins, l'intérêt qu'ils ont inspiré ici n'a-t-il fait que s'accroître de plus en plus.

Mais avant d'entrer dans des détails sur ces faits nouveaux et importants, permettez-moi de vous dire, ce que vous n'apprendrez point, je pense, avec trop de déplaisir, que l'opinion publique, à mesure que la lecture du rapport avance, fait de plus en plus justice de cette utopie qu'on a désignée sous le nom de syphilisation. Du reste, tous les hommes sages et modérés plaignent M. Spérino de la position fâcheuse dans laquelle il s'est placé vis-à-vis de la science, du public et de lui-même. Mais cette position n'appartient pas seulement à M. Spérino, et l'on doit regretter que ce soit aussi celle de notre gouvernement. En effet, le ministre de l'Intérieur, après avoir permis à la commission d'assister dans le syphilicôme aux inoculations qu'on y tentait, après avoir pressé même cette commission de lui remettre son travail qu'il voulait adresser au préfet de police de Paris, et en avoir reçu la réponse officielle que le rapport serait présenté sous peu de jours, le ministre, dis-je, sans attendre ce rapport, et malgré ceux de l'Académie de Paris et de la commission du préfet de police de la même ville, vient de permettre à M. Spérino d'ouvrir au syphilicôme un cours public de syphilisation, qui a commencé le 3 de ce mois. Vous comprenez comment le public a accepté cet enseignement d'une méthode justement condamnée comme pernicieuse et immorale. Mais ce qui a séduit le ministre, c'est, à ce qu'il paraît, le beau volume publié par M. Spérino. Comment des hommes étrangers à la science pourraient-ils s'imaginer que dans un ouvrage aussi volumineux on ne trouve que des erreurs, des illusions, des utopies? Quoi qu'il en soit, le cours est commencé : mais, malgré les soins dont M. Spérino entoure les élèves qui vont le visiter, ceux-ci se laissent peu séduire, et le sympathique intérêt avec lequel ils suivent la lecture du rapport à l'Académie prouve suffisamment qu'ils tomberont difficilement dans les erreurs de la syphilisation.

Ces détails exposés, je reprends l'analyse du rapport de la commission.

Ainsi que je vous l'ai dit, l'artice 5 traite des accidents *communs* et des accidents *syphilitiques* observés pendant la syphilisation. Ce qui restait à lire de cet article ne nous a rien présenté de saillant.

L'article 6 est relatif à l'application du virus vénérien sur les muqueuses intactes, ulcérées ou taillées avec l'instrument. Cet article est peu important, puisqu'il se résume dans ce fait, que les applications, de quelque façon qu'on les ait faites, n'ont jamais produit ni chancres ni pustules (1).

L'article 7 est consacré à l'étude des méthodes de traitement employées pendant la syphilisation, et que le rapporteur divise en trois catégories, savoir : 1° *traitement local* (cautérisations avec ou sans opérations chirurgicales); 2° *traitement antiphlogistique* (seul ou associé au traitement local); 3° enfin *traitement mixte* (c'est-à-dire administration des antisyphilitiques après la syphilisation et l'usage du traitement antiphlo-

(1) Nous ne partageons pas entièrement l'avis de notre savant correspondant. Des observations ou des expériences bien faites et prouvant que du virus vénérien peut être déposé sur les muqueuses saines ou dénudées, sans y produire ni chancres ni pustules, auraient au contraire une grande importance pour l'histoire de la syphilis. Pour ces raisons et pour bien d'autres, tous les partisans du progrès doivent vivement désirer que le travail de la commission de Turin soit publié intégralement. (*Note du rédacteur en chef.*)

gistique et du traitement local). Or, voici des chiffres qui ne manqueront pas d'intérêt :

1° Sur un total de 53 malades plus ou moins syphilisés, la méthode antiphlogistique a dû être employée concurremment chez 45 ;

2° Le traitement local, seul ou associé à la méthode antiphlogistique, chez 38 ;

3° Enfin, l'iode et le mercure sont devenus nécessaires dans 11 cas. De tels résultats dispensent de longs commentaires.

L'article 8, qui me semble aussi d'un grand intérêt, traite de la *durée* des accidents primitifs, secondaires et tertiaires, à partir de l'entrée au syphilicôme des femmes syphilisées. La lecture de cet article a d'ailleurs fait une profonde impression sur l'auditoire, et vous le comprendrez sans peine :

Les chancres primitifs, traités d'abord par la syphilisation, sont au nombre de *trente-neuf* (39) ;

Les *récents* ont eu une durée moyenne de *cent quatre-vingt-huit jours* (188) ;

Les *chroniques*, une durée de *trois cent septante-sept jours* (377) ;

Les *bubons*, abcédés ou non, ont duré, terme moyen, 210 jours ;

Les *tubercules muqueux*, 155 jours,

Les *accidents constitutionnels*, particulièrement les chancres secondaires ou serpigineux, 306 jours ;

Les *syphilides*, 220 jours ;

Enfin, les quelques accidents tertiaires observés ont duré moyennement 360 jours.

Un cas de *chancres primitifs* INDURÉS et de *bubons virulents*, laissé sans aucun traitement, a *parfaitement* guéri sans accidents ultérieurs, en trois mois environ.

Quels raisonnements atteindraient l'éloquence de ces chiffres !

La marche, la durée, la terminaison des divers accidents primitifs, envisagées d'une manière générale dans l'article précédent, sont étudiées particulièrement dans l'article 9. Il ne sera pas inutile, à ce propos, de rappeler ce que disait M. Spérino dans la séance de l'Académie du 23 mai 1851. « *Tous les chancres* primitifs récents, pas trop étendus, observés chez les « femmes soumises aux expériences, disparurent *en peu de jours*, après l'inoculation de quelques chancres nouveaux. » A cette assertion, voici ce que répondent les expériences de la commission :

Sur 20 cas de chancres primitifs *récents*, l'un n'était pas guéri au bout de *trois mois*, quoiqu'on lui eût associé 42 chancres d'inoculation, et les 19 autres ont eu une durée de 107 jours, quoique au moment de leur cicatrisation chaque malade eût subi, en moyenne, 100 chancres d'inoculation !

En parlant des accidents primitifs chroniques, M. Spérino disait en 1851 : « Des chancres chroniques très-étendus, existant « depuis *deux*, depuis *quatre ans*, ayant résisté aux mercuriaux, à l'iodure de potassium, à beaucoup de cautérisations...., etc., se cicatrisèrent promptement après un petit « nombre d'inoculations. »

Voici ce que répondent les faits observés par la commission :

Pas un chancre chronique, sur *dix* observés, ne s'est cicatrisé pendant la syphilisation ; *toujours* on a dû recourir, après plusieurs mois d'inutile attente, aux méthodes ordinaires de traitement. Le nombre de chancres inoculés à chaque malade, avant d'en venir à ces méthodes, a été, terme moyen, de *quatre-vingt-neuf* (89 !), et la durée des chancres traités a été de 411 jours !

Relativement aux bubons, M. Sperino disait en 1851 : « De « vastes et profondes plaies inguinales se cicatrisèrent promptement après l'inoculation ; de plus, chez une femme affectée de « chancre primitif à la fourchette, de deux bubons inguinaux « dans lesquels la fluctuation indiquait une collection purulente « abondante, j'ai vu, en peu de jours, le pus être résorbé, après « l'inoculation de quelques chancres sur l'abdomen. »

Voyons ce que répondent les *neuf* cas de bubons observés par la commission :

1° La durée moyenne de ces bubons, soignés en même temps par les autres moyens curatifs, a été de *sept mois* environ ;

2° Le nombre des chancres inoculés jusqu'au moment de la cicatrisation des bubons, a été de 63.

L'article 10 est consacré à l'étude des tubercules plats. La durée moyenne de cet accident a été de cinq à six mois, et ce nombre de chancres inoculés au moment de son entière disparition, de 80 environ.

La séance d'hier s'est terminée par la lecture de l'article 11. Dans cet article, il est question des excroissances contre lesquelles la syphilisation s'est montrée complétement impuissante. Voici les trois conclusions par lesquelles la commission termine cet article :

1° Des excroissances siégeant à la vulve, à l'anus, au vagin, n'ont pas été guéries, ni même en quoi que ce soit modifiées, par la syphilisation ;

2° Cette pratique, continuée pendant des mois entiers, loin d'empêcher, a au contraire favorisé le développement des végétations chez des femmes infectées pour la première fois et qui n'en avaient jamais eu ;

3° Pendant la syphilisation, les excroissances augmentent, se multiplient, se reproduisent ; tandis qu'elles guérissent ensuite par l'excision ou les cautérisations profondes.

Ici s'est arrêtée la lecture, dans la séance dont je viens de vous retracer le résumé. Quoique nous ayons encore des faits intéressants à apprendre, on peut dire que la question de la syphilisation est dès maintenant jugée à Turin, par l'Académie et par tout le monde. Plusieurs académiciens à qui j'ai eu l'honneur d'en parler m'ont dit que toute discussion serait inutile sur des faits aussi accablants ; d'autant plus inutile que le rapporteur ne discute jamais les opinions ni les idées des syphilisateurs : il accepte les faits qu'ils ont publiés et les promesses qu'ils ont faites, et contrôle les uns et les autres par d'autres faits comparatifs dont il indique avec soin toutes les circonstances. C'est là, je crois, le meilleur moyen d'enterrer une théorie qui se prétend basée sur des faits et des expériences d'une précision telle que celle à laquelle pourrait prétendre une théorie physique ou mathématique. Que dire d'une théorie qui, entre autres faits, nous montre le suivant :

Une femme entre à l'hôpital pour un chancre primitif vulvaire non induré ; on la syphilise pendant *six mois*, et on lui donne pendant ce temps 311 chancres artificiels, dont plusieurs larges et de longue durée ; pendant la syphilisation, cette femme, d'un tempérament bilieux-sanguin, est atteinte d'une congestion inflammatoire du foie avec ictère, qui dure 40 jours ; après cette maladie, on continue à l'inoculer, et elle guérit enfin de son chancre vulvaire, mais avec le secours des méthodes ordinaires de traitement. Voilà quels faits honteux pour la science et terribles pour l'humanité, renferme le rapport de la commission académique de Turin ! X....

Séance du 16 mars de la Société de chirurgie.

(Tumeur érectile traitée par la vaccination. — Traitement de l'anus contre nature.)

M. Chassaignac, au commencement de la séance, a présenté une jeune enfant, âgée d'un an environ, qui offre une tumeur érectile veineuse du volume d'une moitié d'œuf de poule, siégeant sur la partie latérale droite de la poitrine. Le chirurgien veut tenter d'obtenir la guérison de cette maladie à l'aide de la vaccination. Déjà M. Marjolin a présenté à la Société une jeune fille qui était aussi affectée d'une tumeur de même nature, envahissant la presque totalité du cuir chevelu. Chez cette malade, la vaccination a parfaitement réussi.

La petite fille de M. Chassaignac présente actuellement, disséminés autour de la tumeur, une vingtaine de boutons en pleine suppuration. Nous aurons soin de donner la suite de cette intéressante observation.

M. Michon a donné ensuite lecture des conclusions d'un mémoire de M. Hervez de Chégoin sur les tumeurs du sein. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission.

Après un rapport verbal sur une brochure de M. Nivet intitulée : *Note sur le goître estival épidémique et variqueux, observé dans le département de Puy-de-Dôme*, et une courte discussion sans importance sur ce rapport, M. Voillemier a terminé la lecture de son travail sur les injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre nature.

Ainsi que nous l'avons dit, dans notre précédent compte rendu, le travail de M. Voillemier est essentiellement pratique. Mais à ce mérite, l'auteur a associé celui d'exposer avec lucidité et un remarquable talent d'observation, les différentes expériences qu'il a entreprises pour résoudre les questions qu'il s'était posées.

On sait que dans certains cas d'anus contre nature, la nutrition devient insuffisante, au point d'altérer considérablement la santé et même de compromettre la vie.

En 1842, M. Voillemier eut la pensée d'utiliser, dans ces cas, la partie inférieure de l'intestin chez les individus malades, et de rétablir en partie, par des injections alimentaires, la continuité, si l'on peut ainsi dire, des fonctions du tube digestif. La première expérience fut faite, à l'Hôtel-Dieu, sur une malade couchée dans le service du professeur Roux. La malade, affectée d'une maladie du cœur, fut emportée, et l'expérience, toute incomplète qu'elle fût, permit cependant d'apprécier l'utilité de la méthode. Des expériences faites sur des animaux vinrent corroborer les espérances qu'avaient fait naître ces premiers résultats. Depuis ces expériences, une occasion d'appliquer les injections alimentaires s'étant offerte dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker, M. Voillemier obtint un résultat des plus satisfaisants. Les modifications produites dans la digestion stomacale par ces injections sont des plus importantes à signaler.

Dans les deux cas rapportés par M. Voillemier, comme chez les animaux soumis aux expériences, les matières qui s'échappent rapidement par l'orifice supérieur de l'anus contre nature, très-liquides, âcres et à peine élaborées, commencent à séjourner plus longtemps dans l'intestin, deviennent plus épaisses, plus homogènes, dès qu'on fait usage des injections alimentaires dans le bout inférieur.

M. Voillemier a fait ressortir, après les avoir étudiées avec beaucoup de sagacité, les applications comme moyen thérapeutique. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans tous les détails qu'il a donnés. Mais nous ne terminerons pas cette rapide appréciation sans reproduire les préceptes que donne M. Voillemier, relativement aux indications et à l'emploi de la méthode qu'il a si bien expérimentée.

Les injections alimentaires, dit-il, doivent être faites avec quelques précautions.

Le bout inférieur de l'intestin étant reconnu, on introduit dans la cavité une sonde ordinaire du n° 12, et on la fait pénétrer dans la longueur de 2 décimètres ; à son extrémité libre, on adapte une seringue pleine de bouillon ou de toute autre matière alimentaire que l'on voudra injecter ; puis, cette injection est faite très-doucement, pour ne pas exciter de contractions de la part de l'intestin. Lorsque la seringue est vidée, il ne faut pas retirer la sonde, parce que le mouvement antipéristaltique de l'intestin chasserait une grande partie des matières injectées. On doit fermer avec le doigt l'extrémité de la sonde, que l'on n'enlèvera qu'après une ou deux minutes.

Il serait superflu d'insister sur le choix des substances à injecter. On emploiera d'abord du bouillon, puis des potages et plus tard de la viande réduite à l'état pulpeux. Dans l'emploi de ces divers aliments, le praticien devra surveiller avec le plus grand soin la tolérance de l'intestin, afin de ne pas exciter par trop de précipitation des susceptibilités organiques qui pourraient rendre ensuite impossible l'emploi du seul moyen qui puisse assurer l'existence des malades.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié.—M. Valleix.

Considérations nouvelles sur le diagnostic de la pleurésie.

(*Suite et fin. Voir le n° 15 du 3 février.*)

Une des circonstances les plus propres à jeter de l'obscurité sur le diagnostic de la pleurésie est, sans contredit, la coïncidence d'une pneumonie ; pour donner une idée des difficultés qui, en pareille occurrence, peuvent se présenter au praticien, nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'histoire d'un malade actuellement couché dans nos salles.

Ce malade est d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle ; les conditions hygiéniques dans lesquelles il est placé ne laissent rien à désirer, il mène une vie réglée et ne fait pas d'excès.

Il y a quinze jours environ, après avoir porté un fardeau pesant, il s'est senti atteint d'une soif très-vive qu'il a essayé d'apaiser en buvant une grande quantité d'eau mêlée de vin. Le même jour, dans le courant de l'après-midi, il a été pris d'un frisson intense avec brisement dans les membres, il a été contraint de se mettre au lit.

Les jours suivants il a été en proie à des frissons alternant avec des accès de chaleur, néanmoins il a continué de se livrer à ses travaux habituels.

Cinq jours seulement après l'invasion des premiers phénomènes morbides se sont successivement déclarés un point de côté, de la toux, de l'oppression, une fièvre intense et des symptômes généraux qui l'ont forcé d'entrer à l'hôpital.

Nous l'avons trouvé, à l'heure de la visite, dans un profond accablement : la face était pâle et exprimait une grande anxiété, la respiration était fréquente et souvent entrecoupée par les quintes d'une toux pénible et douloureuse.

Le côté gauche de la poitrine présentait dans toute son étendue la sonorité qui est le propre de l'état de santé ; le côté droit, sonore depuis la clavicule jusqu'à la deuxième côte, offrait, à partir de ce dernier point jusqu'à la partie inférieure du thorax, une matité assez marquée à la vérité, mais accompagnée cependant d'un certain degré d'élasticité ; en arrière et du même côté la percussion faisait découvrir à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate une matité absolue, avec défaut d'élasticité, qui se continuait jusqu'à la limite inférieure de la poitrine.

La matité qu'on trouvait sous l'aisselle avait les caractères de celle qui existait à la partie antérieure du thorax.

L'oreille, appliquée sur la poitrine, en avant et du côté droit, percevait, à partir du niveau supérieur de la matité, une respiration bronchique aussi intense en haut qu'en bas : le bruit de la voix faisait naître, avec les phénomènes de la bronchophonie, des vibrations de la paroi thoracique ; des bulles de râle crépitant, remarquables par un certain degré de sécheresse, éclataient pendant l'inspiration.

Sous l'aisselle on découvrait les mêmes signes, avec cette différence que la respiration bronchique était plus forte et plus superficielle ; en arrière, cette respiration bronchique avait plus d'intensité à la partie supérieure qu'à la partie inférieure de la poitrine, elle offrait un timbre aigre et légèrement argentin. Lorsqu'on faisait parler le malade, on entendait une voix claire, saccadée et chevrotante, on constatait au niveau de la limite supérieure de la matité des vibrations qui manquaient entièrement au niveau de la limite inférieure.

Les crachats formaient une masse visqueuse et adhérente au vase, qui, opaline en certains points, transparente en d'autres, n'avait aucune des nuances de coloration qu'affecte la matière de l'expectoration dans la pneumonie.

Le pouls régulier, mais faible, donnait 112 pulsations par minute. Il existait un abattement que nous attribuâmes plutôt à une prostration qu'à un anéantissement des forces.

Nous prescrivîmes une saignée de 300 grammes, une application de ventouses scarifiées et des boissons émollientes.

Le lendemain, il ne s'était pas manifesté d'amélioration dans l'état du malade, le pouls avait conservé la même fréquence et la matité la même étendue. L'insuccès des émissions sanguines, l'affaissement dans lequel le malade continuait d'être plongé semblaient devoir exclure l'idée d'une médication énergique ; nous ne pensâmes pas, néanmoins, qu'il fallût abandonner la maladie à elle-même, nous prescrivîmes, en même temps qu'une potion stbiiée, une nouvelle application de ventouses scarifiées.

Au moment de la visite suivante, nous trouvâmes le malade dans un état satisfaisant ; le point de côté avait disparu, la matité s'était restreinte aux deux tiers inférieurs de la poitrine, le pouls avait pris de la force.

Nous eûmes recours de nouveau à la potion stibiée : l'amélioration fit de nouveaux progrès.

Aujourd'hui, le malade conserve la même pâleur de la face, il affecte le décubitus dorsal ; il peut se mettre et rester quelque temps sur son séant sans qu'il en résulte une extrême fatigue ; la matité de la partie antérieure de la poitrine ne commence plus qu'à partir de la quatrième côte ; celle de la partie postérieure, limité au tiers inférieur du thorax, donne au doigt qui percute une légère sensation d'électricité. La respiration bronchique ne se fait plus entendre, comme au début de la maladie, dans un point éloigné de l'oreille, elle s'accompagne de quelques râles humides. Tout, en un mot, annonce la résorption rapide d'un épanchement à l'intérieur de la plèvre.

En arrière, de même qu'en avant, on perçoit de la bronchophonie et des vibrations thoraciques.

D'après les détails auxquels nous nous sommes arrêté, il est facile de reconnaître que notre malade a présenté en même temps deux affections distinctes, consistant : l'une, dans un épanchement pleurétique ; l'autre, dans une pneumonie.

Il est assez rare que des épanchements pleurétiques considérables viennent compliquer l'inflammation du poumon : lorsque cette complication se produit, les symptômes de la pneumunie, qu'il a été donné quelquefois de constater dans les commencements de la maladie, perdent peu à peu de leur évidence, et finissent par disparaître entièrement, effacés par les phénomènes qu'entraîne avec elle la pleurésie. Dans le cas qui nous occupe, nous avons trouvé le côté droit de la poitrine envahi en arrière par un épanchement abondant, libre en avant, et donnant par l'auscultation et par la percussion des signes qui, comparés avec les signes perçus au niveau de la paroi postérieure du thorax et du même côté, nous ont permis d'établir assez facilement le diagnostic des deux affections simultanément existantes.

La pneumonie, aussi bien que la pleurésie, s'accompagne d'un point de côté ; ce point de côté, dans l'une et l'autre maladie, résulte de l'inflammation de la plèvre.

La matité qui, de même que le point de côté, se présente à la fois dans la pneumonie et dans la pleurésie, revêt des caractères différents, suivant qu'elle est en rapport avec la première ou avec la seconde ; dans la pleurésie, elle atteint rapidement le plus haut degré d'intensité : le doigt qui percute ne perçoit en rien la sensation d'élasticité dont il trouve quelques vestiges dans la pneumonie.

Les altérations de la respiration qui surviennent pendant le cours des deux affections ont leur siége dans les grosses bronches ; on les désigne sous le nom de respiration bronchique, bien qu'elles offrent des différences assez tranchées pour qu'il soit possible de distinguer si elles se rattachent à une pneumonie ou à une pleurésie. Existe-t-il une pleurésie ? La respiration bronchique a un caractère aigre et argentin ; très-prononcée au niveau de la limite supérieure de la matité, elle devient de plus en plus faible, et s'éloigne de plus en plus de l'oreille, à mesure que l'on se rapproche de la base de la poitrine ; quand au contraire existe une pneumonie, la respiration bronchique se fait entendre également forte, également superficielle dans toute l'étendue occupée par la matité ; elle se rapproche sensiblement de la respiration caverneuse ; le souffle dans lequel elle consiste paraît entrer dans l'oreille.

Il est des circonstances dans lesquelles la voix égophonique et la voix bronchophonique tendent en quelque sorte à se confondre l'une dans l'autre ; c'est ainsi que, dans certaines pneumonies, on trouve un bredouillement analogue à la voix de polichinelle, bredouillement dont la véritable nature et la véritable signification se reconnaissent aux vibrations qu'il détermine en traversant les parois de la poitrine.

Si, après le parallèle que nous venons de faire, et dans lequel nous avons résumé les considérations développées plus haut, on se reporte aux divers phénomènes observés chez notre malade, il sera impossible de commettre aucune méprise et de méconnaître l'existence simultanée d'une pneumonie et d'une pleurésie.

Examinons ce qui s'est passé. Des frissons, un état général de malaise, de l'oppression se sont déclarés et, le jour même de leur apparition, ont nécessité le repos au lit. A la suite de ces accidents, le malade a pu trouver en lui assez d'énergie pour reprendre pendant quelques jours ses occupations habituelles ; néanmoins, il est arrivé un moment où, vaincu par une aggravation survenue tout à coup dans les symptômes qu'il éprouvait, il a été contraint de se rendre à l'hôpital. Il n'est pas douteux que dans l'origine les phénomènes morbides aient été réduits à ceux de la pleurésie ; les symptômes généraux de cette affection, à l'encontre de ce qui a lieu dans la pneumonie, peu intenses au début, se sont atténués, dans l'espace d'un temps assez court, au point d'enlever à l'inflammation les caractères de gravité apparente qu'elle présente ordinairement. A un moment donné, une pneumonie est venue compliquer la pleurésie et s'est révélée dès son origine par des signes sthétoscopiques et plessimétriques qui, d'abord limités à la partie antéro-latérale de la poitrine et surtout prononcés au niveau de la région axillaire, se sont étendus en arrière et ont acquis un degré d'évidence de plus en plus marqué, à mesure que s'est résorbé l'épanchement interposé aux feuillets de la plèvre. Aujourd'hui, les effets immédiats de la pleurésie ont disparu ; on reconnaît de la manière la plus manifeste que la pneumonie a envahi la partie postérieure du poumon droit.

Nous terminerons ces considérations par quelques remarques qui rentrent indirectement dans notre sujet.

Malgré l'amélioration obtenue à l'aide de la médication que nous avons mise en usage, la simultanéité de deux affections aussi graves que le sont la pneumonie et la pleurésie, l'état de faiblesse du malade, doivent inspirer de sérieuses inquiétudes sur le dénouement définitif des accidents morbides.

A l'exemple de Laënnec et de M. Louis, nous avons allié les émissions sanguines avec l'émétique administré à doses élevées. L'application des ventouses scarifiées, dont nous avons eu plus d'une fois l'occasion de constater les bons effets dans la pleurésie, a été suivie des résultats favorables que nous en attendions. Le tartre stibié n'a pas provoqué de vomissements ; il est remarquable que, malgré la tolérance de ce médicament, l'état de faiblesse du malade n'ait pas diminué dans la mesure que nous aurions pu espérer. A.-H. Margerie.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

On peut considérer comme complication les cas rares où les deux testicules ont été affectés successivement et se sont herniés l'un après l'autre. Nous savons que deux faits de ce genre ont été observés par M. Lawrence, et nous en avons rapporté comme type un cas dans lequel nous remarquons, en outre, que les désirs vénériens ont disparu dès que le second testicule a été pris. Cette dernière particularité ne se retrouve pas dans le cas un peu analogue de M. Duncan, cas qui mérite, sous bien des rapports, d'être transcrit ici.

21e *Observation* empruntée au *Lond. and Edinb. Monthly Journal*, 1845, p. 537.

A. S., âgé de 28 ans, est admis à l'Infirmerie royale d'Édimbourg, le 30 mars, avec un fongus du testicule gauche; la portion sortie est du volume d'une grosse noix et paraît comprendre la plus grande partie, si ce n'est la totalité du testicule. Le fongus a tous les caractères décrits par M. Lawrence.

La maladie a commencé il y a 4 mois. Le testicule devint douloureux et se tuméfia au point d'acquérir le volume du poing; les téguments devinrent adhérents et s'ouvrirent au bout de 2 mois environ; il y eut un petit écoulement purulent. La protrusion fongoïde pour laquelle il est admis se forma alors, et depuis ce moment la douleur diminua beaucoup. De petites parties bourbeuses ont été parfois détachées du fongus.

Le testicule droit avait été malade antérieurement et il n'en reste plus de traces.

Opération facile par le procédé de M. Syme. Il survient un peu d'œdème inflammatoire qui cède rapidement sous des ponctions des téguments et des fomentations. Le troisième jour, les fils sont coupés et les parties soutenues par des bandelettes. Il n'y a qu'union partielle par première intention, mais pas de tendance à la sortie de la protrusion. Le 10 mai, l'opéré sort parfaitement guéri depuis quelque temps.

L'individu dit avoir autant de désirs vénériens que deux ans avant toute lésion des deux testicules. D'après une communication faite depuis par lui, M. Duncan est assez incliné à croire que ses pouvoirs civils ont en effet été constatés.

Le testicule droit avait été détruit antérieurement, sans que la lésion qui a amené ce résultat soit définie. Le testicule gauche est affecté ensuite et les pouvoirs générateurs ont persisté après la guérison. Le cas paraît concluant à M. Duncan, et de fait il est très-satisfaisant. Néanmoins, des faits rapportés par M. Ricord à l'Académie de médecine, lors de la discussion sur la présentation de M. Malgaigne, sembleraient prouver que des rapports sexuels analogues à ceux qui avaient lieu antérieurement peuvent persister pendant un temps assez long chez des individus qui ont perdu leurs deux testicules. Cette question de la persistance ou de la non-persistance des fonctions, alors que le testicule est affecté de tubercules, et puis quand à cette lésion première s'ajoute la hernie de l'organe, a été beaucoup agitée avec des idées théoriques tout à fait préconçues. Nous ne trouvons rien autre dans toutes nos autres observations à ce sujet : deux observations seulement; dans l'une, les fonctions ont disparu avant même que la hernie du second testicule fût effectuée; dans l'autre, après qu'un premier testicule a été détruit, après que le second s'est hernié, et a été ultérieurement guéri, l'aptitude aux rapports sexuels est restée la même qu'antérieurement. Nous pourrions, nous aussi, nous livrer à des investigations théoriques et supposer que cette différence dépend peut-être d'une différence dans la nature de la lésion, ou bien, si la lésion est toujours de nature tuberculeuse, d'une différence dans le siége, le nombre, l'étendue des tubercules, dans la présence ou l'absence de produits plastiques au sein de la substance testiculaire, etc. Nous pourrions, nous aussi, dire là-dessus des choses très-rationnelles; mais nous aimons mieux laisser toute la décision à des observations ultérieures.

Nous avons dit que le testicule, en sortant hors du scrotum, était accompagné de sa tunique albuginée intacte ou recouverte de granulations, mais, en tout cas, sans solution de continuité. Cependant, la tunique albuginée peut être ouverte, non pas spontanément comme le voulait Bertrandi et comme nous ne le trouvons dans aucune observation, mais parce que patient ou chirurgien l'ont détruite par des cautérisations ou des incisions. Nous trouvons ceci dans les cas nombreux où le chirurgien, ignorant la nature de la lésion, a cautérisé avec force ou excisé à une ou plusieurs reprises, une fois même par tranches; nous le trouvons même dans trois cas, deux de M. Lawrence, qui sont, chose curieuse, les deux dans lesquels les deux testicules ont été successivement affectés chez le même individu, un de M. Jarjavay, dans lequel les patients se sont amusés à se couper le testicule hernié par tranches, comme ils auraient fait d'une verrue. Cette ouverture accidentelle de la tunique albuginée est une complication sérieuse, parce qu'elle peut amener la perte de tout le testicule, soit qu'il ait été détruit complétement par le fait, soit que la portion laissée se détruise ensuite par suppuration ou autrement, ce qui n'est cependant pas le fait obligé, comme nous l'avons vu en parlant des hernies traumatiques.

§ 6. *Marche et conséquences.* — Après avoir noté le marche bénigne et le peu de complications sérieuses de la tumeur que nous étudions, M. Lawrence avait déjà déclaré, sans le prouver, qu'à son avis la tumeur *pouvait guérir spontanément,* quoique *après un temps très-long.* Ceci semblerait indiquer qu'antérieurement à la publication du mémoire de M. Lawrence, on aurait observé quelques cas de guérison spontanée et que la possibilité du fait faisait partie de l'ensemble des notions répandues à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, au commencement de ce siècle, sur la tumeur testiculaire en question. Déjà même, dans le travail de M. Lawrence, on retrouve des observations d'après lesquelles, nonobstant la prétendue utilité dont auraient été certaines applications caustiques ou styptiques, on pourrait reconnaître une guérison probablement spontanée. On le pourrait d'autant mieux, si l'on compare à ces faits l'observation du cas prétendu syphilitique de Serre de Montpellier, rapporté plus haut; ici, après beaucoup d'hésitations, la guérison se faisait toute seule et était déjà assez avancée; le chirurgien, presque comme pour qu'il ne fût pas dit que la guérison se fût faite sans lui, se met alors à employer des applications styptiques, le nitrate d'argent qui *force,* dit l'observateur, le testicule à rentrer dans le scrotum. En vérité, le nitrate d'argent n'a pas eu grand mérite à *forcer* de rentrer un testicule qui rentrait tout seul et était déjà notablement rentré! Et cette observation sert tout simplement à montrer avec quelle facilité on peut de bonne foi se faire illusion sur la valeur des moyens que l'on met en usage.

Mais voici qui est plus clair. M. Brodie et plusieurs autres repoussent les opérations chirurgicales; ils emploient des applications styptiques locales, et, ce qu'ils vantent surtout, le mercure à l'intérieur. Ce que le mercure à l'intérieur peut faire contre une lésion mécanique comme l'est une hernie, nous n'entreprendrons pas de le dire, vu que nous ne le comprenons guère. En tout cas, la tumeur guérissait. Puis, M. Bransby Cooper acceptant les mêmes données, vient signaler aussi des succès constants. A l'appui, il cite des observations dans lesquelles les prescriptions faites montrent des exemples de cette polypharmacie que rien, si ce n'est l'usage, ne justifie, et qui est un vice grave de presque toute la chirurgie et de la médecine anglaises. Mais, au moins, allez-vous penser que c'est pendant que le patient est drogué *intus et extra,* que la guérison se fait. Pas du tout; dans deux cas sur trois, la guérison survient et assez rapidement, alors que des complications imprévues viennent faire suspendre les drogues, alors qu'on ne fait plus rien! La guérison s'est faite spontanément. Jugez-en par la lecture des observations elles-mêmes, qui ont été bizarrement choisies, on le voit, pour prouver l'utilité de la médication.

21e *Observation.* — *Hernie scrofuleuse du testicule, guérie spontanément.* — Observation de M. B. Cooper, *Lond. Med. Gaz.*, vol. 43 ou 8 de la nouvelle série, 1849, p. 268.

Patrick Sullivan, âgé de 22 ans, tailleur, marié, d'apparence strumeuse et mal portant, est admis à Guy's Hospital, le 5 juin 1841, portant une large excroissance provenant du testicule.

Dix jours avant son admission, il avait consulté un médecin qui avait placé une ligature autour de l'excroissance, mais il fut bien vite obligé de l'enlever, à cause de la douleur et de l'irritation qu'elle produisit.

M. B. Cooper pensa qu'il faudrait enlever le testicule; mais comme l'individu avait mauvaise santé et présentait en particulier des éruptions qui pouvaient faire soupçonner une affection syphilitique, on le soumit à un traitement interne en particulier anti-syphilitique. Tous les jours, du mercure à l'intérieur, et d'un autre côté, quelques grains d'iodure de potassium. La salivation vient au bout de quelques jours. Peu de jours après, complication d'érysipèle de la face. Lorsque ces deux complications se trouvent guéries, on examine *le testicule qui avait été négligé pendant ce temps;* on le trouve *tout à fait guéri,* l'excroissance ayant complétement disparu.

Il est bon de dire que dans sa description théorique,

M. B. Cooper a noté que les *granular swellings* sont des lésions strumeuses qu'il décrit comme appendice à propos des lésions strumeuses du testicule. Il ajoute qu'il s'est toujours bien trouvé de l'emploi du mercure dans ces cas, bien qu'il reconnaisse qu'en général le mercure paraisse peu indiqué dans les affections strumeuses. Or, la simple lecture de l'observation précédente montre que ce n'est pas dans ce cas que M. B. Cooper peut dire qu'il s'est bien trouvé de l'emploi du mercure, puisque la hernie est rentrée et s'est cicatrisée spontanément, alors qu'elle était négligée par suite de complications et qu'on ne donnait plus de mercure. La guérison a dû même se faire assez rapidement, car il est peu probable qu'une salivation récente et un érysipèle de la face, traités avec soin, aient duré plus d'un mois à un mois et demi, et que lorsqu'ils ont disparu on a trouvé le testicule cicatrisé.

22e *Observation.* — *Hernie scrofuleuse du testicule,* observation de M. B. Cooper (*loc. cit.*).

Un officier de l'armée portait une affection du testicule depuis plus de deux ans. Au moment où il vint consulter M. B. Cooper, il était très-alarmé de ce que le testicule avait éclaté de dedans en dehors.

Traitement. Mercure, iodure de potassium, black-wash, position couchée sur le dos, bonne nourriture. Bientôt la bouche se prit et les granulations s'abaissèrent au niveau de la peau. On suspendit le mercure. On n'avait pas plutôt cessé, que les granulations devinrent de nouveau abondantes, *avec douleur le long du canal déférent.* Le patient fut alors interrogé avec plus de soin sur l'origine du mal, et fit connaître qu'il avait quelque difficulté à uriner. Il avait un rétrécissement de l'urètre. Il fut traité pour cette dernière lésion, et pendant le temps nécessaire pour la guérir, le testicule se cicatrisa complétement.

Ici, si nous prenions le commencement de l'observation au pied de la lettre, il semblerait que le mercure aurait produit un certain bénéfice dès l'abord; mais si nous examinons plus attentivement, cette illusion elle-même disparaît. Il est vrai qu'il y a eu coïncidence de traitement mercuriel et de diminution de la tumeur; mais en même temps le malade, soumis à un bon régime diététique, est resté couché sur le dos, et le testicule était pansé régulièrement, n'importe que ce fût avec le black-wash, toute autre lotion tenant le testicule en état de propreté en aurait certainement fait autant. Or, nous avons vu que les hernies traumatiques et consécutives du testicule guérissaient très-bien par le repos horizontal seul et par de simples pansements; dans des cas de M. Lawrence, nous avons vu survenir, dans les mêmes conditions, des guérisons attribuées, il est vrai, à des applications styptiques ou à la compression avec des emplâtres. Bien mieux même, l'observation de M. B. Cooper nous montre que la guérison se fait seule, sans mercure, sans iode, sans black-wash. Que voyons-nous en effet? Le patient avait un rétrécissement dont une irritation probable, produite peut-être par l'iode, a retenti sur le cordon et sur le testicule du côté duquel il y a eu exacerbation. On traite le rétrécissement, et, pendant ce temps, le testicule qu'on néglige se guérit tout seul!

Le *temps* nécessaire pour cette guérison, quoiqu'il ne soit pas indiqué, n'a pas dû être bien long non plus, car il a dû à peine falloir un mois et demi à deux mois pour dilater un rétrécissement urétral. Nous en avons une preuve, du reste, dans une troisième observation de M. B. Cooper; ici, malheureusement, aucune complication n'est venue faire suspendre le traitement qui a été continué tout le temps et pouvait faire illusion chez les personnes qui ne se doutaient pas de la facilité avec laquelle la plupart, si ce n'est toutes les hernies testiculaires, guérissent spontanément; la guérison s'est faite en deux mois.

Dans les deux observations précédentes, nous avons indiqué seulement en résumé les prescriptions médicamenteuses, pour ne pas nous engager ici dans une discussion sur la polypharmacie anglaise, discussion que nous aurons occasion de faire dans un autre moment.

Ainsi, ce n'est pas seulement d'après des vues théoriques que nous affirmons la facilité de la guérison spontanée des hernies tuberculeuses testiculaires en tant que hernies; ce n'est pas seulement par analogie, qui aurait pu suffire d'ailleurs entre cas identiques, avec les hernies traumatiques et consécutives. Nous avons des faits très-positifs, ceux de M. B. Cooper en première ligne, tels que nous venons de les rapporter, et ceux de M. Lawrence, dans lesquels on avait cru pouvoir attribuer la guérison à des applications styptiques ou à la compression. Nous avons l'opinion de M. Lawrence lui-même, opinion qui, chez un chirurgien d'un talent aussi éminent, n'a pas dû être émise sans que certains faits, quoiqu'ils ne soient pas mentionnés, eussent été observés. Nous avons le fait à prétendue origine syphilitique de Serre de Montpellier, dans lequel on se figurait que l'or, bien innocent de la chose, à coup sûr, avait amené la guérison. Nous avons l'anatomie pathologique de MM. Syme, Goodsir, Jarjavay et Robin, nous montrant à la surface de la tumeur le tissu parfaitement sain des granulations normales. Nous avons les observations de MM. Syme, Duncan et Lawrie, dans lesquelles la face profonde de lambeaux du scrotum disséqués et rapportés sur la tumeur, lui ont adhéré rapidement, comme ils auraient adhéré à toute autre surface saine couverte de granulations, comme cela a eu lieu entre les mains de M. Malgaigne, dans deux cas de hernies consécutives que nous savons d'un autre côté se guérir très-bien spontanément; puisque le testicule est recouvert de granulations saines, pourquoi, dès qu'elles sont mises dans de bonnes conditions, ces granulations ne se cicatriseraient-elles pas ici comme partout? En un mot, nous avons surabondance de preuves.

Mais au moins, la guérison spontanée va-t-elle exiger cette longue période de temps que craignait M. Lawrence? Pas du tout: le temps nécessaire va être très-court et à peu de chose près le même que celui que nous avons trouvé pour la cure spontanée des hernies traumatiques et consécutives. Ainsi, dans un cas de M. Lawrence, soi-disant sous l'action des styptiques, au fond par le simple repos, la guérison s'est faite en six semaines; et nous venons de voir, par les observations de M. B. Cooper, que cela ne demande guère que de six semaines à deux mois de repos.

Pourquoi alors, dira-t-on, voyons-nous dans plusieurs des observations publiées, la hernie persister pendant des mois, jusqu'à cinq, six mois, sans montrer aucune tendance à la guérison spontanée? Pourquoi? C'est bien simple; cela tient au peu de gravité de la lésion qui permet à des patients négligents à l'excès, de ne pas s'en préoccuper et de continuer leurs travaux même assez pénibles. Dès lors, nous avons à invoquer ici les mêmes raisons que nous avons développées à propos de la persistance des hernies consécutives. La station debout, le poids du testicule supérieur à celui du scrotum, et qui tend à le faire saillir de plus en plus, les frottements sur la surface des granulations, les frottements répétés entre l'anneau scrotal et le pédicule de la tumeur, etc., rendent bien suffisamment compte de la chose. En vérité, ce qu'il y aurait de plus curieux, c'est que la cicatrisation se fît au milieu de pareilles conditions. Mais, tenez les patients couchés en repos sur le dos, tenez le testicule propre, prévenez les frottements et le contact de corps irritants par un pansement simple, et vous verrez la cicatrisation se faire.

Cependant, l'hésitation au point de départ, que nous avons signalée déjà dans certains cas de hernies consécutives, se présentera assez souvent ici suivant bien des probabilités, et si l'on tient compte surtout qu'il s'agit de sujets scrofuleux. Nous avons assez traité à ce propos ce point de la question pour n'avoir plus besoin d'y revenir. A l'appui, nous pouvons rappeler le cas prétendu syphilitique de Serre, dans lequel aucun changement n'est d'abord survenu pendant plus de quarante jours, malgré l'emploi de l'or qu'on supposait avoir fait merveille; il n'est pas dit dans l'observation que le repos absolu ait été gardé, et c'est peu probable, car si nous admettons dès les commencements une certaine hésitation à ce que le travail de cicatrisation se déclare, rien cependant ne permet de supposer que, dans de bonnes conditions, cette hésitation puisse durer aussi longtemps.

Ce fait de la guérison spontanée avait si bien échappé aux auteurs, que pas une seule des observations dans lesquelles elle

est survenue ne mentionne d'une manière nette le résultat définitif. Cependant, d'après les expressions employées par les auteurs, par exemple celles-ci : la tumeur s'abaisse jusqu'au niveau du scrotum, et d'après quelques autres détails, il est permis de conclure provisoirement que, le plus souvent, le testicule *rentre* (expression employée par M. Serre) et se trouve, après cicatrisation, renfermé dans le scrotum à la cicatrice extérieure duquel il continue à adhérer plus ou moins. Aucune observation ne mentionne, comme pour certains cas de hernies consécutives, la persistance au dehors du testicule que recouvrirait seulement une membrane cicatricielle nouvelle. Tous ces détails ne pourront être éclaircis que par des observations ultérieures.

Lorsque, par suite de la négligence des patients, la lésion persiste, entraîne-t-elle après elle des conséquences bien fâcheuses? Les observations sont muettes sur ce point. A coup sûr, ce silence, joint aux opinions des auteurs et au nom de fongus bénin qu'on avait donné à la tumeur, permettent de répondre négativement. Néanmoins, nous trouvons signalées des douleurs rénales, des tiraillements dans le cordon et vers la région des lombes, dans deux observations, une de M. Lawrence, une de M. Jarjavay ; cette particularité pourrait n'être la conséquence que de la tuméfaction de l'organe, car on la retrouve très-bien dans les cas de tubercules testiculaires non compliqués de hernies. De plus, dans le cas de M. Jarjavay, les phénomènes ont été s'aggravant au point d'obliger le patient à suspendre tout travail. Il y a lieu de supposer que c'est là une chose exceptionnelle, car tous les auteurs s'accordent sur ce fait, que la lésion est parfaitement indolente. En tout cas, des observations nouvelles pourront seules décider la question.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital militaire d'Oran.

De la psorenterie cholérique,

Par M. Cazalas, médecin en chef.

(*Suite. Voir le n° 34 du 19 mars.*)

1re *période. — Crudité.* — A ce degré, le follicule est tuméfié, enflammé, blanchâtre ou grisâtre, opaque ou demi-transparent, conique ou globuleux, dur ou ne s'écrasant qu'à l'aide d'une assez forte pression, d'un volume variable entre celui d'un grain de millet très-petit et celui d'une grosse tête d'épingle. Au début de l'éruption, la granulation est petite, élastique, demi-transparente. A mesure qu'elle s'accroît, elle devient opaque et friable. Elle peut se résoudre sans se ramollir ; alors, tout en conservant sa consistance (quand elle n'augmente pas), son volume diminue peu à peu jusqu'à sa disparition totale, et la muqueuse qui la recouvre ne subit généralement aucune altération notable. Mais, si au lieu de se résoudre, le follicule ainsi altéré passe à la 2e période, cette transformation a lieu, d'une manière insensible, par une augmentation régulière de son volume, de son opacité et de sa friabilité ; et alors, du moment où le ramollissement se produit, la muqueuse correspondante commence à s'altérer. En général, le follicule, à l'état de crudité, semble adhérer plus ou moins intimement à la muqueuse; cependant, dans un grand nombre de cas, il nous a été facile d'enlever la membrane, la granulation restant fixée et comme implantée au tissu cellulaire sous-jacent. Cette séparation nous a paru s'opérer facilement ; tant que le follicule est duvet, l'adhérence ne se produira qu'au début du ramollissement : phénomènes qui doivent faire supposer que le siége de cette granulation est dans le tissu cellulaire sous-muqueux et non dans le corps de la muqueuse elle-même. Quelquefois, la muqueuse qui recouvre le follicule altéré au premier degré semblait anémique ; d'autres fois, mais rarement, elle avait une coloration rosée ou même rouge; mais dans la plupart des cas, sa couleur, son épaisseur et sa consistance étaient sensiblement normales ; et nous pouvons dire, d'une manière très-générale, qu'un commencement d'altération de la muqueuse sus-folliculaire est un signe du passage de l'éruption de la 1re à la 2e période.

Le nombre des follicules isolés altérés est infiniment variable, mais toujours beaucoup plus grand que dans la fièvre typhoïde. Ordinairement confluents, vers la valvule iléo-cœcale, ils vont en s'éclaircissant jusqu'à la fin du jéjunum, pour se multiplier de nouveau au voisinage du pylore. Dans le cœcum, ils sont aussi généralement très-rapprochés ; et ils diminuent d'ordinaire de nombre, à mesure qu'on s'en éloigne, pour disparaître presque toujours vers le milieu du gros intestin. Nous n'en avons rencontré que rarement à l'œsophage et à l'estomac.

L'éruption semble débuter vers la valvule du cœcum, et en général elle est d'autant plus avancée que l'on s'en rapproche davantage.

La muqueuse qui recouvre les follicules altérés, et qui est soulevée par chacun d'eux, est plus ou moins rugueuse à la vue et au toucher.

La confluence extraordinaire de l'éruption cholérique, le faible volume des follicules, l'isolement facile de la muqueuse, sains ou sans altération notable, sont des caractères suffisants pour la distinguer de l'éruption folliculeuse typhoïde, dont les corpuscules sont moins rapprochés, plus volumineux ; où le corpuscule qui les recouvre s'altère plus ou moins, peut-être, dès le début de l'éruption, et où le tissu cellulaire voisin des follicules altérés participe promptement au travail pathologique.

Le nombre des plaques altérées peut varier, comme dans l'affection typhoïde, depuis 4 ou 5, jusqu'à 20, 30 et même davantage. Le nombre des follicules altérés dans chaque plaque est également très-variable, et depuis 20 jusqu'à 200 et même plus, nous avons compté pour ainsi dire tous les chiffres intermédiaires. Tous les follicules de chaque plaque sont en général à peu près au même degré d'altération. Les plaques sont elliptiques et placées au bord libre de l'intestin ; elles occupent ordinairement la moitié de la longueur de l'intestin grêle, notamment le dernier tiers de l'iléon ; elles sont souvent presque confluentes au voisinage du cœcum ; elles font à peu près toujours une saillie sensible au-dessus du niveau de la muqueuse voisine, mais elle est généralement très-faible et jamais aussi prononcée que dans la fièvre typhoïde. La muqueuse qui les recouvre n'offre le plus souvent aucune altération notable, si ce n'est un peu de rougeur, du moment où le ramollissement folliculeux commence. Chaque follicule forme une légère saillie au milieu de la plaque, et le nombre ordinairement considérable de ces petites tumeurs donne à la plaque un aspect inégal, rugueux et chagriné qui la distingue de la plaque typhoïde gaufrée qui est friable, presque unie, et dont le tissu cellulaire sous-jacent est transformé, dans toute son étendue, en une matière homogène d'un blanc mat, jaunâtre ou rougeâtre, semblable à une couche épaisse d'albumine, formant un relief considérable et sans organisation apparente.

Dans les plaques cholériques, la muqueuse inter-folliculaire est ordinairement saine ; elle n'est ni rouge, ni ramollie, ni hypertrophiée, ou du moins ses caractères sont accidentels et jamais très-prononcés ; tandis que dans la fièvre typhoïde, tout le fragment nombreux qui tapisse la plaque, ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux, sont plus ou moins altérés, ramollis, hypertrophiés ou ulcérés : de là les plaques dures ou molles, gaufrées ou réticulées. Dans la fièvre typhoïde, la saillie des plaques est ordinairement uniforme, générale, formée par tous les tissus qui la constituent ; dans le choléra, au contraire, elle n'est pour ainsi dire formée que par le gonflement de chaque follicule enflammé, la muqueuse et le tissu cellulaire inter-folliculeux ne s'altérant que peu ou pas du tout.

Les follicules des plaques peuvent à ce degré, comme les corpuscules isolés, se résoudre sans se ramollir, et la résolution alors s'opère par le même procédé.

Il est extrêmement rare de ne pas trouver, chez le même sujet, des follicules isolés et des plaques ; et, généralement, l'altération des uns et des autres est à peu près au même degré ; cependant nous avons rencontré plusieurs fois les plaques au

premier degré de l'éruption, et les follicules isolés au deuxième, et *vice versâ*.

La première période de l'éruption cholérique se rencontre surtout au début des épidémies, soit sur les sujets morts du choléra, ou sur ceux qui ont succombé par suite d'un accident ou d'une autre maladie ; et il est extrêmement probable que, par des recherches nécroscopiques nouvelles, on la trouvera également, avant l'invasion des épidémies de choléra, sur les sujets morts par suite de maladies des sens. En 1851, à Oran, nous l'avons notée au milieu de l'épidémie, à la fin et même quelquefois longtemps après. Nous pouvons donc dire, d'une manière générale, que, très-probablement, elle précède l'apparition des épidémies, qu'elle doit être à son maximum de fréquence à leur début, qu'elle doit diminuer à mesure qu'on avance, qu'elle tend à disparaître à la fin ou quelque temps après et tandis que l'on retrouve encore fréquemment la deuxième et surtout la troisième période.

2° *période. — Ramollissement et suppuration.* — Nous avons vu que l'éruption cholérique au premier degré pouvait se résoudre sans aller plus loin ; mais, dans la plupart des cas, sans doute, elle passe à la deuxième période. Ce passage insensible a lieu, généralement, de la manière suivante : le follicule grossit, prend l'aspect d'un tubercule blanchâtre ou rougeâtre, devient plus opaque, plus saillant, plus large, plus friable et plus mou, se déprime à son centre, et la muqueuse qui recouvre son sommet, saine ou pâle jusqu'alors, s'enflamme elle-même, rougit, se ramollit, s'ulcère et se perfore de dehors en dedans pour donner passage à la matière ramollie du follicule qui paraît tombé en suppuration.

Dans le choléra, la perforation de la muqueuse, très-étroite, occupe toujours, et exclusivement, le sommet de chaque follicule, elle semble n'avoir lieu qu'après la formation d'un adhérent intime entre la tumeur et la membrane, car le follicule se vide par ce petit pertuis sans s'infiltrer en aucune façon dans les tissus muqueux et cellulaires qui le touchent. C'est sans doute à ce mode de perforation, à cette ouverture si étroite, et à l'absence de toute inflammation dans les tissus voisins qu'il faut attribuer cette délimitation si bien tranchée de chaque petite tumeur isolée ou agminée. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, l'inflammation atteint non-seulement le follicule, mais aussi les tissus muqueux et cellulaire voisins, qui sont rouges, hypertrophiés et ramollis ; l'ulcération, toujours plus large, s'étend au delà de la circonférence en follicules ; le fluide mucopurulent s'infiltre dans les tissus qui l'avoisinent, les membranes s'ulcèrent régulièrement, se gangrènent, et le travail destructeur va souvent jusqu'à la tunique musculaire, et quelquefois même jusqu'au péritoine ; ce qui n'arrive jamais dans le choléra.

Autour de l'ulcération cholérique, toujours si étroite et régulière, l'injection vasculaire est très-limitée ; dans la fièvre typhoïde, au contraire, les bords de l'ulcère constamment plus large sont à peu près toujours rouges ou noirâtres de déchiquetée.

Le follicule cholérique, plus volumineux, plus saillant, plus large, plus opaque qu'à la première période, se déprime à son centre en se perforant ; une fois la perforation accomplie, il conserve son caractère ombilique jusqu'à son affaissement complet ; un point rouge ou noirâtre, bien caractérisé, indique le siége et l'étendue de l'ulcère. La perforation de la muqueuse, entièrement limitée au sommet du follicule, a un diamètre à peine suffisant pour donner passage à une soie de sanglier ou à un stylet très-fin ; elle ne semble se produire que pour l'évacuation du fluide folliculeux ; car, du moment où le vide est complet, la cicatrisation commence ; et, par l'introduction d'un stylet dans cette cavité anormale, il est facile de s'assurer que le décollement ne dépasse pas la circonférence du follicule, que l'orifice ne s'agrandit jamais comme dans la fièvre typhoïde, que l'ulcération n'atteint jamais les tuniques musculeuse et péritonéale.

Le follicule ramolli et la muqueuse perforée, le liquide s'échappe peu à peu et le foyer se vide lentement ; mais si l'on vient à opérer une traction modérée de chaque côté d'un follicule ramolli et encore plein, la matière qu'il renferme jaillit tout d'un coup sous la forme d'une petite gouttelette de mucus ou de pus. Pendant cette opération, la rougeur des bords de l'ouverture s'efface plus ou moins complétement pour reparaître ensuite comme la tache de l'exanthème ribialique quand elle a été pressée par le doigt.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Samedi, la Faculté de médecine a dressé la liste de présentation pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale. Après un grand nombre de tours de scrutin qui seraient assez amusants à raconter, les trois noms suivants sont sortis de l'urne :

Pour la première place, un scrutin de ballotage a donné 14 voix à M. Grisolle et 9 à M. Tardieu.

Pour la seconde place, un scrutin de ballotage a donné 13 voix à M. Tardieu et 10 à M. Beau.

Pour la troisième place, il n'y a eu qu'un scrutin qui a donné 17 voix à M. Beau, 4 à M. Monneret, une à M. Cazenave et une à M. Fleury.

Dans un temps où la fantaisie joue un grand rôle, il n'y a rien d'étonnant que M. Tardieu, qui est sans doute loin de manquer de mérite, mais dont les travaux sont encore d'un assez faible poids, se trouve entre M. Grisolle et M. Beau, et avant des hommes comme MM. Cazenave, Guérard et Fleury, Cicéron prescrit de mettre les bons arguments au commencement, les médiocres au milieu et les très-bons à la fin. La Faculté a suivi les préceptes de Cicéron en les appliquant aux candidats, à cela près qu'elle a renversé les extrêmes et que les moyens seuls ont gardé leur place. Au reste, la majorité qui a placé M. Grisolle au premier rang est probablement assez imposante pour que la Faculté n'ait pas à craindre une de ces nominations que les hasards de la vie pourraient seuls expliquer.

— Les nouvelles que nous avons reçues de Londres ne mentionnent aucun nouveau cas de choléra dans les hôpitaux. Il est donc à peu près certain maintenant que nous serons, au moins pour cette année, à l'abri du fléau.

— L'état sanitaire de la cité s'est d'ailleurs considérablement amélioré. Le nombre des fièvres typhoïdes reçues dans les hôpitaux pendant les derniers jours de la semaine dernière, dépasse à peine le chiffre normal.

— Le concours pour trois places de professeurs suppléants à l'école du Val-de-Grâce s'est terminé par la nomination de MM. Tholozan, pour l'hygiène, la médecine légale et la clinique médicale ; Legouest, pour l'anatomie, la médecine opératoire et la clinique chirurgicale ; Coulier, pour la chimie et la pharmacie.

— Les journaux quotidiens rapportent le fait suivant :

Au cinquième étage d'une maison de la rue de la Limace, demeurait, depuis plus de 25 ans, un homme qui occupait un petit cabinet dont le loyer ne s'élevait qu'à 60 francs par an. Dans le quartier, on le désignait sous le nom du *Docteur noir*. Son teint basané, ses cheveux noirs et crépus lui avaient valu cette dénomination. C'est qu'en effet il était médecin. Né à Corfou (Grèce), il était venu à la suite d'un chargé d'affaires de ce pays, et, depuis longues années, on le connaissait dans le quartier des Halles, où il donnait ses soins aux malheureux. A en juger par ses vêtements, par le dénûment de son cabinet, on pouvait croire que le docteur était dans une position bien voisine de la misère. Il n'en était cependant pas ainsi.

Depuis plusieurs jours, le sieur X... n'avait pas été vu par ses voisins, qui, inquiets, allèrent prévenir le commissaire de police du quartier. Ayant fait ouvrir la porte du cabinet, ce magistrat trouva le docteur étendu sans vie sur son grabat ; et M. Robertet, médecin, constata, sur la réquisition du commissaire, que le sieur X... avait succombé à une congestion cérébrale.

Un lit, formé de quelques planches et d'un mauvais matelas, quelques livres grecs annotés, formaient tout le mobilier du *Docteur noir* ; mais dans un vieux coffret caché sous un tas de débris de bois et de chiffons, le commissaire découvrit une somme de 3,000 fr. en pièces d'or et quantité de titres de rentes étrangères.

Sa famille étant restée inconnue, ce qui a été trouvé chez lui a été, aux fins de droit, remis à M. le juge de paix de l'arrondissement.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 36. 1re ANNÉE. Jeudi 24 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HOPITAL DE LA PITIÉ. M. GENDRIN. Leçons cliniques sur l'hystérie, par M. A.-H. Margerie. (*Suite.*) — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — THÉRAPEUTIQUE : De l'usage en thérapeutique du suc gastrique des animaux, par le Dr Lucien CORVISART. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 23 mars 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous avons demandé bien souvent que les discussions importantes ne fussent pas improvisées à l'Académie, et que les rapports ou les lectures qui y donnaient lieu fussent imprimés une semaine à l'avance. Mais l'excès en tout est un défaut ; deux mois intercalés entre une lecture et une discussion, c'est vraiment trop, au moins des trois quarts. L'embarras de M. Cazeaux, qui passe pour ne point manquer de mémoire, l'a bien prouvé : l'honorable académicien s'était fait inscrire pour adresser quelques critiques au rapport de M. Depaul ; il a franchement déclaré que le temps lui avait fait oublier les points sur lesquels ses remarques devaient porter. Il s'est en conséquence borné à exposer une variante légère de l'opinion de M. Depaul, touchant les indications du seigle ergoté, restant d'accord avec le rapporteur sur la généralité des opinions émises par celui-ci, et notamment sur cette proposition, que l'introduction du seigle ergoté dans la pratique des accouchements a été plus nuisible qu'utile.

Cette proposition est-elle bien démontrée ? certes, il est difficile d'en douter, quand on voit deux hommes comme MM. Cazeaux et Depaul d'accord à cet égard, et quand tous deux surtout ne font qu'exprimer l'opinion de MM. P. Dubois et Danyau. La grande autorité elle-même de MM. Villeneuve et Chailly ne nous paraît guère de nature à affaiblir le degré de confiance que doit inspirer l'unanimité de MM. Cazeaux, Danyau, Depaul et Dubois. Et cependant l'opinion formulée par M. Depaul est tellement contraire à l'opinion généralement admise, à la pratique généralement adoptée, qu'elle a excité l'étonnement chez la plupart des auditeurs, académiciens ou non, et même, chez quelques-uns, des signes manifestes d'incrédulité. Nous-même, nous l'avouons, et cela tient sans doute à notre peu d'expérience en obstétrique, nous-même nous avons partagé d'abord l'étonnement général ; nous avons tant de fois vu prescrire et nous avons tant de fois prescrit impunément, dans les hôpitaux, le seigle ergoté, qu'il n'a fallu rien moins que notre entière confiance en MM. Depaul, Cazeaux, Danyau et P. Dubois, pour nous faire partager leurs craintes sur les dangers de ce médicament. Si ces craintes sont aussi fondées que nous sommes maintenant disposé à le croire, il faut donc que ceux qui les ont fait naître exposent en détail tous leurs motifs, car l'observation seule de M. Maslieurat-Lagemard, quoique ayant une certaine valeur, ne saurait suffire pour convaincre ceux qui ne veulent être convaincus que par les faits. M. Depaul a commencé cette tâche dans sa réponse à M. Villeneuve. Nous publierons dans notre prochain numéro cette réponse, ainsi que les intéressantes remarques de M. Cazeaux.

Parmi les faits étranges dont l'histoire des plaies de tête est parsemée, particulièrement l'histoire des plaies de tête par armes à feu, un des plus étranges est sans contredit celui qui a été communiqué dans la dernière séance de l'Académie par M. Viard, de Montbard. Il faut espérer que la commission nommée ne jettera pas ce fait dans les oubliettes, et qu'elle en fera l'objet d'un rapport sérieux. Mais il serait fort à désirer aussi que l'individu qui a fourni le sujet de l'observation intéressante de M. Viard pût être observé assez longtemps pour que la science possédât l'histoire complète de ce fait inusité.

M. Flandin a communiqué un travail où se trouvent exposés un ensemble de faits et d'opinions trop importants pour que nous tentions d'en faire l'appréciation à une première audition. Nous attendrons donc le rapport dont cette communication sera l'objet. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs tout ce qu'elle renferme d'important.

M. Gimelle a terminé la séance un peu brève d'hier, en lisant un rapport sur un fait également plein d'intérêt communiqué par M. Hutin, dont l'Académie a déjà eu plusieurs occasions d'apprécier le bon esprit.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir le n° 29 du 8 mars.*)

Après la terminaison des attaques cloniques, il survient ordinairement quelques changements dans les accidents continus de la maladie ; par le seul fait de la manifestation d'un accès, des points hypéresthésiques, lorsqu'il en existe, peuvent changer de

place ou même disparaître entièrement; l'anesthésie, quand elle n'est pas complète, le devient presque toujours, puis rentre peu à peu dans ses proportions ordinaires. Dans quelques cas, certaines parties perdent la sensibilité, d'autres la recouvrent, de telle sorte que les accès d'hystérie, tantôt modifient simplement les accidents continus dans leur intensité, tantôt les diminuent ou les augmentent sous le rapport de leur nombre.

Les modifications imprimées aux phénomènes permanents de l'hystérie ne sont nullement en rapport, comme on pourrait le penser, avec la violence des attaques, elles résultent uniquement du seul fait de l'attaque, et se produisent aussi bien au même degré après des attaques légères qu'après des attaques graves. Il arrive fréquemment de rencontrer des hystériques qui, la veille du jour où on les voit, ont une attaque très-fugace; cette attaque, exclusivement caractérisée par la sensation rapide et passagère de l'ascension d'une boule sous le sternum et par de légers mouvements convulsifs dans les muscles dévolus à la respiration, a été suivie, malgré sa faible intensité, des changements les plus marqués dans les symptômes continus de l'hystérie : le côté gauche de la face, dont on avait remarqué l'état d'anesthésie, est redevenu sensible, tandis que le côté droit a été frappé d'insensibilité; un point hypéresthésique occupait à gauche l'angle inférieur de l'omoplate, on cherche vainement ce point hypéresthésique, il s'est déplacé et s'est porté au niveau de l'omoplate du côté droit.

Les attaques cloniques de l'hystérie peuvent laisser subsister quelques phénomènes qui sont passagers comme elles, mais qui néanmoins se prolongent dans leur intervalle. Lorsqu'elles atteignent une grande violence, le lendemain et même les jours suivants, on trouve les malades en proie à une fatigue et à un abattement qui ne reconnaissent pas d'autre cause que la lassitude déterminée dans l'appareil actif de la locomotion par l'énergie exagérée et la multiplicité des contractions musculaires, lassitude analogue à celle que produisent des mouvements volontaires forcés. Fréquemment aussi, dans les premiers jours qui suivent l'accès, les malades se plaignent de douleurs céphalalgiques obtuses ou de douleurs fixes et névralgiformes; ces douleurs se manifestent tantôt sur le vertex, tantôt dans la région frontale, au-dessous de la racine du nez; dans certains cas, elles consistent en des douleurs névralgiques et lancinantes qui occupent un côté de la face; dans certains autres, elles imitent les douleurs profondes de l'orbite qui appartiennent à la migraine. Chez quelques femmes se déclarent des douleurs érodantes ou des élancements au niveau de la partie externe de la mamelle, région qui paraît être le siége de prédilection des douleurs consécutives aux accès d'hystérie.

A la suite des attaques cloniques, légères ou intenses, on observe constamment un phénomène organique qui n'appartient pas exclusivement à l'hystérie, et qu'on retrouve dans les autres névroses, nous voulons parler de la sécrétion d'une grande quantité d'urine claire et aqueuse.

Telles sont, en résumé, les variétés principales que présentent les attaques cloniques de l'hystérie; mais à ces seules variétés ne se bornent pas, comme nous l'avons du reste indiqué plus haut, les différentes formes de la maladie qui comprend encore les formes extatique et douloureuse : ces dernières, qu'il nous reste à décrire, en se combinant avec les attaques cloniques, impriment aux manifestations de l'hystérie les aspects les plus variés et les plus divers.

La forme extatique a pour caractère, d'une part, la suspension, à des degrés différents, de toutes les fonctions de la vie de relation, survenant fréquemment d'une manière instantanée, assez souvent néanmoins d'une façon progressive; de l'autre, la conservation de la régularité des actions contractiles dans le système musculaire, conservation à la faveur de laquelle l'hystérique, qui est frappée d'extase, reste souvent dans la position où elle se trouve au moment de l'invasion de l'accès. Les muscles n'étant pas paralysés, la malade ne s'affaisse pas sur elle-même. Dans quelques cas, l'interruption des mouvements s'accompagne de l'immobilité qui est le propre de l'extase cataleptique; dans quelques autres, elle a lieu sans que les muscles maintiennent les différentes parties du corps dans une attitude fixe et permanente : les membres entrent dans un état de relâchement qui ne va pas à la vérité jusqu'à déterminer une chute, mais qui s'oppose entièrement à ce qu'ils conservent, de même que dans la catalepsie, les positions diverses qu'on essaie de leur donner.

Quelques hystériques continuent les actes de locomotion commencés avant l'accès : on les voit se diriger vers le but qu'elles se proposaient d'atteindre, sans qu'il survienne aucune irrégularité dans l'exécution des mouvements; leur démarche n'a rien d'insolite, quelquefois cependant elle devient précipitée et se complique de gestes maniaques. Il est vrai de dire pourtant que le plus souvent les malades frappées d'extase restent dans la position qu'elles affectent à l'instant où l'attaque les surprend.

Comme c'est plus particulièrement dans l'état de repos que se manifestent les accès extatiques, les hystériques qu'on a le plus souvent occasion d'observer lorsqu'elles subissent l'influence de ces accès, sont ordinairement placées sur leur lit ou sur un siége : tout à coup elles demeurent complétement immobiles, leurs yeux deviennent fixes et paraissent arrêtés sur un point déterminé; cet état de fixité des yeux n'est nullement, comme on pourrait le croire, en rapport avec la perception d'un objet extérieur. La physionomie porte l'empreinte d'une inertie singulière. Aucun mouvement ne se passe dans la face. La respiration est presque toujours accélérée. Dans ces conjonctures, vient-on à adresser la parole aux malades? elles n'entendent pas et, lorsqu'au bout d'un certain temps elles recouvrent la faculté auditive, elles ne donnent aucune réponse aux questions qu'on leur fait. Il en est qui émettent des sons vagues et confus, il en est d'autres qui prononcent des paroles articulées et expriment les idées par lesquelles leur esprit est traversé; à cette dernière particularité se reconnaît la forme extatique délirante. Nous avons vu une hystérique qui, pendant ces accès, apercevait, à travers la fenêtre située en regard de son lit, un être imaginaire placé sur le toit d'une maison voisine; elle faisait la conversation avec lui et restait étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle.

Dans quelques circonstances, les malades continuent avec une remarquable précision, pendant le cours de l'extase, les mouvements qu'elles étaient en voie d'exécuter. Nous pouvons, à ce sujet, citer l'exemple d'une femme que nous avons eue dans nos salles, il y a 15 ans environ; cette femme était fréquemment prise de ses accès au moment de la visite, au moment de travaux de broderie qui faisaient son occupation habituelle; on la voyait, malgré l'état d'extase dans lequel elle était tombée, continuer de broder; venait-on à interposer un corps opaque entre ses yeux et l'objet qu'elle tenait entre les mains, elle poursuivait sa tâche, et exécutait d'une manière précise des mouvements automatiques qui, à n'en pas douter, s'accomplissaient sans le concours de la vision.

C'est, en général, dans les formes multiples de l'extase hystérique, et en particulier dans la forme délirante, que se trouvent les variétés de l'hystérie qu'on a décrites comme des phénomènes surnaturels; à ces variétés se rapportent de toute évidence les phénomènes du somnambulisme et du somnambulisme magnétique. Il n'est pas de médecin, pour peu qu'il ait eu une longue et vaste pratique, qui ne puisse raconter les faits les plus singuliers et les plus curieux au sujet de l'extase hystérique.

L'extase hystérique à forme délirante a pour résultat ordinaire de transporter, en quelque sorte, les malades dans un monde imaginaire, et de les entraîner dans des relations sensorielles diverses, mais toujours corrélatives à la situation fictive que leur crée le travail de l'esprit. Les mouvements extérieurs paraissent déterminés par l'influence instinctive d'une impulsion étrangère à la volonté, ils participent quelquefois de la forme convulsive : on rencontre des hystériques qui, en même temps qu'elles entretiennent la conversation avec des êtres imaginaires, sont emportées par un mouvement continu de rotation sur elles-mêmes; il en est qui, plongées dans une sorte de contemplation admirative et devenues insensibles au contact des corps environnants,

ne cessent pas cependant de marcher au milieu de l'appartement dans lequel elles se trouvent, et vont se heurter contre les objets qu'on met sur leur passage aussi bien que contre les meubles placés sur leur chemin.

Les facultés intellectuelles des femmes hystériques, pendant la durée des attaques extatiques, s'exercent évidemment d'une manière anormale sur des idées antérieurement acquises et sur des idées que l'imagination colore, mais qui, pour la plupart, n'ont aucun rapport avec les impressions extérieures ; les fonctions de la vie réelle et de la locomotion sont suspendues, ou bien elles se font sans régularité, sous l'influence d'une impulsion qui a sa source ailleurs que dans la volonté ; c'est ainsi que chez certaines malades les formes de l'extase peuvent varier avec chaque accès. Il y a là un fait exceptionnel : dans la plupart des cas, les attaques se montrent constamment les mêmes chez les mêmes malades.

On trouve des hystériques qui n'ont jamais que des accès extatiques ; on en rencontre d'autres qui ont tantôt des accès cloniques, tantôt des accès extatiques ; il en est chez lesquelles l'extase commence ou finit constamment par une attaque clonique.

Dans les attaques convulsives et extatiques, il y a le plus ordinairement, et l'on pourrait dire presque constamment en ce qui concerne les seules attaques extatiques, suspension complète des facultés de la mémoire, relativement à ce qui s'est passé dans l'accès ; lorsque la malade est rentrée dans son état normal, ses souvenirs portent uniquement sur les circonstances qui ont précédé l'invasion de l'attaque.

Il n'est pas sans exemple que des hystériques, pendant l'extase, racontent d'une manière très-exacte tout ce qui tient à leur santé, donnent sur leurs maladies, quelque anciennes qu'elles soient, des notions très-précises, et décrivent les symptômes qui s'y rattachent avec beaucoup plus de netteté que dans les intervalles des attaques. Des faits de ce genre se sont produits dans des accès d'extase provoqués par les pratiques du magnétisme, et ont contribué à accréditer les croyances qui sont aujourd'hui si généralement répandues sur la puissance des somnambules lucides.

Nous pouvons, pour notre part, rapporter à ce sujet l'histoire d'une malade que nous avons vue en consultation, avec Broussais et Récamier : c'était une femme hystérique à un très-haut degré ; toutes les fois qu'elle éprouvait la plus légère commotion, qu'elle entendait un bruit extraordinaire, qu'elle apercevait une personne dont elle n'attendait pas la venue, elle tombait immédiatement dans l'extase, et, pendant tout le temps qu'elle demeurait en cet état, faisait la conversation avec une ou deux des personnes qui se trouvaient dans l'appartement, sans paraître avoir conscience de la présence des autres. Elle rapportait avec une merveilleuse lucidité toutes les circonstances de la maladie dont elle était atteinte.

Quand nous la vîmes pour la première fois, elle fut prise d'un accès d'extase au moment où elle finissait à peine de nous saluer ; elle se mit aussitôt en devoir de nous faire le récit de sa maladie, et remonta jusqu'à l'origine des premiers désordres survenus dans sa santé ; tout à coup elle interrompit une de ses phrases et s'écria en nous serrant la main : « *Tu me guériras.* » Elle avait l'habitude de tutoyer ainsi les médecins appelés auprès d'elle, et de leur adresser la même allocution.

Nous lui posâmes plusieurs questions ; elle nous répondit avec beaucoup de netteté et de précision. Elle rédigea, à notre demande, l'exposé de sa maladie : il est encore entre nos mains.

Les odeurs même les plus faibles ; les vapeurs qui s'exhalaient d'allumettes soufrées, au moment où on venait de les enflammer ; les émanations qui s'échappaient d'un flacon contenant de l'eau de Cologne ou de l'eau de fleurs d'oranger suffisaient, par leur action sur la membrane olfactive, pour tirer cette malade de l'extase.

Aussitôt que cessaient ses attaques, elle reprenait la conversation au point où elle l'avait laissée ; c'est ce qui arriva lors de notre première visite. Dès que l'accès eut pris fin, elle continua l'accueil qu'elle nous avait fait à notre arrivée, en nous remerciant de nous être déplacé pour venir la voir.

Elle avait quelquefois, mais très-rarement, des attaques cloniques ; comme il a été dit plus haut, elle tombait en extase sous l'influence des impressions extérieures les plus légères. Elle habitait rue du Bac ; les fenêtres de l'appartement qu'elle occupait donnaient sur les jardins des frères de l'ordre Saint-Lazare. Un jour de fête religieuse, nous nous trouvions près d'elle ; le bruit inattendu que causa l'explosion d'une fusée la jeta dans une attaque, au milieu d'un mot qu'elle prononçait ; nous fîmes apporter une substance odorante, et nous la rappelâmes à son état de connaissance ordinaire : elle reprit le mot qu'elle avait laissé inachevé et continua la conversation.

On rencontre souvent des accès d'extase imparfaite ; ils sont toujours, pour le praticien, un sujet de doute et d'embarras. Certaines femmes passent insensiblement de l'état de santé à l'état d'extase ; dans le cours de la conversation, leur imagination s'exalte, la puissance de leurs facultés semble s'accroître, quelque chose d'insolite apparaît dans leur physionomie extérieure ; néanmoins, on hésite à croire qu'elles subissent l'effet d'une véritable attaque.

L'exaltation de l'intelligence et de la sensibilité, en dehors des accès, permet facilement de comprendre comment peut s'effectuer, d'une manière presque imperceptible, le passage à l'état d'extase peu marqué.

Il est des hystériques qui, pendant leurs accès, recouvrent la sensibilité dans des points du corps où elle était abolie ; d'autres qui la perdent dans des points où elle était intacte. On en voit d'autres, et celles-là se présentent assez fréquemment, qui acquièrent une sensibilité exagérée sur certaines parties, et par là la faculté de pouvoir être tirées de leur situation anormale ; c'est ainsi que la malade dont nous avons parlé tout à l'heure percevait assez vivement les impressions olfactives, sous la seule influence de l'extase, pour qu'il devînt facile, au moyen de l'action d'une substance odorante, de la ramener aux conditions de l'équilibre habituel de son système nerveux.

L'exagération de sensibilité à laquelle nous faisons allusion se manifeste, chez un grand nombre d'hystériques, sur la région frontale ou au niveau de l'épigastre ; cette circonstance suffirait à justifier, si elles n'étaient d'ailleurs souvent couronnées de succès, les pratiques qu'on met fréquemment en usage pour rappeler les malades à la connaissance, pratiques qui consistent, comme on sait, à exercer des pressions sur le front ou sur le creux épigastrique.

Il est assez commun de trouver des femmes dont les yeux deviennent tellement irritables, au simple contact de la lumière, qu'ils restent fermés pendant toute la durée de l'extase ; si, dans ces conditions, on permet l'accès de quelques rayons, en entr'ouvrant les paupières, des mouvements spasmodiques éclatent aussitôt, et les malades sortent de leur attaque.

A. H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite.*)

§ 7. *Anatomie pathologique.* — Les détails dans lesquels nous sommes déjà entré nous rendent facile l'examen anatomo-pathologique. Nous pouvons même résumer le fait en peu de mots : nous allons trouver tout simplement le testicule ; au centre, la substance testiculaire saine ou imprégnée de quelques produits plastiques ; à l'extérieur, la tunique albuginée plus ou moins altérée, ou même absorbée par la base des granulations ; dans les organes voisins, en particulier dans l'épididyme qui en est le siége habituel, des dépôts tuberculeux. Il va nous suffire

de rappeler les travaux déjà publiés sur cette question, en négligeant maintenant toutes les observations contraires, et puis de développer ce résumé.

A M. Lawrence revient le mérite d'avoir le premier constaté la présence des vaisseaux séminifères sains au milieu de la tumeur extérieure. Sans doute Callisen avait déjà dit toute la vérité confirmée par le fait de Macartney, en racontant que des granulations purement développées sur la surface extérieure de la tunique albuginée donnaient au testicule une apparence de ce qu'on appelait alors lipôme, et en avait signalé la bénignité. Sans doute, les faits de granulations se montrant dans les cas de testicules exposés par suite de l'opération de l'hydrocèle étaient connus et montraient quelque chose d'analogue. Sans doute, plus tard, Serre de Montpellier, sans en avoir senti l'importance, avait constaté l'analogie entre son fait de fongus traumatique et son autre fait de fongus prétendu syphilitique. Sans doute, en dernier lieu, M. Jarjavay avait aussi instinctivement compris l'analogie, dans son erreur de distinction entre les fongus superficiels et les fongus parenchymateux. Mais l'analogie, disons plus, l'identité entre les diverses espèces de hernies testiculaires n'avait pas été formulée, car c'est nous qui venons l'annoncer pour la première fois. Depuis le premier travail publié sur cette question jusqu'à aujourd'hui, on n'avait pas fait un pas en avant de M. Lawrence. Il restait debout uniquement un fait si évident, qu'on comprend à peine comment d'autres théories ont pu être proposées et adoptées; ce fait était la présence des tubes séminifères sains au milieu de ce qu'on appelait fongus bénin du testicule. M. Syme, en venant publier les résultats de l'examen de M. Goodsir; M. Jarjavay, en publiant les résultats de l'examen de M. Robin, n'ont fait qu'ajouter une confirmation de par l'examen microscopique de la structure. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que les conséquences pratiques si incontestables qui découlaient de ce simple fait n'aient été tirées que si tard par M. Brodie, qui rejette les opérations chirurgicales; par M. Syme, qui propose une pure opération autoplastique.

Les détails anatomiques donnés par M. Lawrence sont si évidents, si positifs, que nous ne comprenons pas encore en ce moment, autrement que par le piége tendu par le traducteur de Bertrandi et une préoccupation théorique, que l'idée de fongus ait pu persister ainsi. Examinons en effet ce qu'en dit M. Lawrence et nous trouvons : 1° le fait de Macartney, dans lequel le testicule est sain, et de simples granulations revêtent la surface extérieure de la tunique albuginée; 2° un fongus adhérant à la partie supérieure du testicule (hernie partielle) et dont la moitié de l'épaisseur vers le testicule était composée par la substance testiculaire naturelle et normale; 3° un fait tout pareil; 4° un autre plus clair encore, où *tout le corps du testicule* formait une excroissance se projetant au delà du niveau du scrotum; 5° un cas où on détruit la tumeur par la cautérisation, et à l'autopsie on trouve le testicule entièrement détruit; 6° un cas où la tumeur enlevée consistait en toute la substance glandulaire du testicule lui-même; 7° un cas où la tumeur se forme par issue d'une substance dure, indolente; 8° puis tous les cas que nous avons précédemment cités textuellement, en particulier les trois dans lesquels le testicule était sorti avec sa tunique albuginée blanche, non encore recouverte de granulations, et surtout celui dans lequel les granulations se sont formées sous les yeux du chirurgien. Joignez à cette énumération les cas de guérisons spontanées, et vous avez là le résumé *textuel* de *toutes* les observations de M. Lawrence, au point de vue anatomique. En vérité, à part l'examen microscopique de MM. Goodsir et Robin, et à part quelques effets particuliers de la lésion tuberculeuse première, nous serions nous-même bien embarrassé d'y ajouter quelque chose.

Nulle part, dans aucune observation, nous ne trouvons décrite la prétendue ouverture de la tunique albuginée à travers laquelle se serait faite la protrusion de la substance glandulaire, ni la solution de cette difficulté à laquelle on n'avait pas réfléchi, bien qu'elle en valût la peine, à savoir comment la substance glandulaire *saine* avait pu se dégager des cloisons fibreuses qui la subdivisent en pyramides, et plus encore, comment ces cloisons, dépendance et prolongements intimes de la tunique albuginée, avaient pu se dégager de cette tunique pour accompagner la substance glandulaire dans le cas décrit et *dessiné* par M. Jarjavay! Dans les descriptions théoriques, oh! la chose ne fait pas de doute; comme si cela était, comme si cela avait été constaté, l'ouverture de la tunique albuginée est décrite parfaitement. Et puis viennent les théories, de superbes théories, ma foi! sur le gonflement de la substance glandulaire, sur l'addition que vient faire au volume la fameuse substance jaune, sur la résistance de la tunique albuginée, sur sa rétractilité lorsqu'elle est *enflammée!* comme cela arrive pour tous les tissus blancs, sur la comparaison avec la hernie du cerveau, à travers une perte de substance du crâne, etc. Tout cela est parfaitement dit, admirablement rationnel. On avait oublié une seule chose, c'était de constater d'abord le fait sur lequel on bâtissait de si belles théories, et d'en donner connaissance au lecteur par une simple et toute petite observation. Or, en fait d'observation de ce genre, nous n'avons pas été assez heureux pour en trouver une seule. Nous nous trompons, nous en avons une dans laquelle l'ouverture de la tunique albuginée est décrite, mais pour bonne raison, c'est qu'on l'avait produite par un caustique. Voici cette observation qui est celle de M. Philipeaux, que nous avons plusieurs fois citée déjà, et qui nous intéresse tant sous d'autres rapports.

23e *Observation.* — *Hernie tuberculeuse du testicule*, observation recueillie par M. Philipeaux, dans le service de M. Bonnet, de Lyon. *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 245.

Un homme de 43 ans entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 17 novembre 1847. Il n'avait pas eu de maladies vénériennes, ni de ganglions engorgés. Dix-huit mois auparavant, il avait fait une chute de dessus un cheval, qui le traîna quelque temps à terre, d'où résulta une forte contusion du côté gauche du scrotum. Il survint une orchite et une inflammation suppurative des bourses. Le pus se fit jour à l'extérieur par deux trajets fistuleux, et le tout tendait à la cicatrisation, lorsqu'une seconde contusion vint susciter une inflammation si forte, que le scrotum se mortifia, et que par la suite une tumeur apparut au dehors.

A l'entrée du malade, la tumeur située au niveau du testicule gauche a le volume d'un gros œuf; une partie fait saillie à l'extérieur, à travers une large ulcération qui avait détruit le côté externe et inférieur du scrotum. Cette portion extérieure avait la forme d'un champignon rouge et couvert de fongosités; d'une dureté médiocre, elle sécrétait, par sa surface, un pus blanchâtre d'assez bonne qualité. Il était impossible de reconnaître l'épididyme qui était englobé dans la tumeur. Le canal déférent était gros et volumineux. Il y avait quelques douleurs lancinantes (?).

Contre l'opinion générale qu'il s'agissait d'un squirrhe (!) du testicule, M. Bonnet diagnostiqua une hernie de la substance propre du testicule, à travers une ulcération de la tunique albuginée. On éloigna par suite l'idée de la castration, et on résolut de faire disparaître les végétations au moyen de la cautérisation, espérant qu'on pourrait ensuite faire rentrer le testicule à sa place ordinaire, en lui faisant, au moyen de la suture, une nouvelle cavité dans le scrotum.

En décembre, application du chlorure de zinc. Les escarres étant tombées, on soumet le patient à l'action du chloroforme; alors M. Bonnet dissèque la peau et réunit les lambeaux par suture enchevillée, au-devant du testicule, en éprouvant toutefois une certaine difficulté. La réunion ne se fait pas; la tumeur reparaît à l'extérieur; la suppuration devient fétide, il survient du dévoiement, et le malade meurt le 2 janvier 1848.

A l'autopsie, on trouve de la substance *tuberculeuse* : 1° dans la cavité du canal déférent, à sa partie inférieure, près de l'épididyme; 2° dans l'épididyme, qui est d'ailleurs entouré de tissu lardacé; 3° dans les vésicules séminales et la prostate. Sur la surface extérieure du testicule, il n'y a plus de tunique albuginée; on ne devait plus s'attendre à la trouver simplement éraillée, car la cautérisation et la suppuration avaient dû singulièrement la faire disparaître; on la retrouvait en partie sur le côté externe, libre et flottante. La coupe de ce testicule montra un tissu sain, seulement modifié par une inflammation chronique. Le testicule droit était sain.

Nous avons exposé ailleurs le résumé de l'anatomie pathologique de MM. Syme et Goodsir; nous n'avons pas besoin d'y revenir.

Quant à celle de MM. Jarjavay et Robin, la voici tout entière dans le résumé de l'observation suivante, que nous empruntons à M. Jarjavay.

24e *Observation. — Hernie scrofuleuse du testicule. Archives générales de médecine,* 1849, p. 148.

Un homme lymphatique, âgé de 30 ans, avait eu antérieurement deux blennorrhagies, dont la dernière avait laissé à sa suite une légère blennorrhée. Sans cause appréciable, tout à coup, une tuméfaction se déclara dans les bourses, sous forme d'une bosselure bien distincte qui siégeait sur le testicule gauche. Repos; cataplasmes. Un mois plus tard, tuméfaction plus prononcée à la partie antérieure des bourses; cette tuméfaction devient de plus en plus rouge, douloureuse, saillante. Ouverture spontanée par laquelle il s'écoule du pus; deuxième perforation spontanée; les deux se réunissent, et l'orifice large qui en résulte permet l'irruption d'une grosseur rouge, chagrinée, qui prend un développement très-rapide. Les douleurs sont calmées par l'apparition du fongus; des tiraillements se font sentir dans le cordon et vers la région lombaire; ils sont si pénibles à la fin, que le malade ne peut plus vaquer à ses occupations.

Lorsque le patient est soumis à l'observation de M. Jarjavay, on remarque sur les bourses, à gauche et séparée du scrotum par une base rétrécie, une tumeur en gourde, dont la partie antérieure est formée par le fongus, et est plus volumineuse que la partie postérieure formée par le scrotum et les débris du testicule. Le fongus est oblong, d'un rose piqueté reposant sur un fond gris; il n'est pas saignant; les sillons qui séparent les bourgeons sont remplis de pus. Le testicule présente le volume de la pulpe du doigt, et se trouve en arrière de la tumeur. L'épididyme est très-dur, très-volumineux. La compression sur les débris du testicule, sur le fongus, provoque les mêmes douleurs que celle qui est exercée sur la glande séminale du côté droit. L'état général est bon; les ganglions de l'aine ne sont point engorgés.

Castration. Guérison rapide.

Anatomie pathologique (En grande partie faite par M. Robin, et consignée *loc. cit.* p. 141-143, et dans la *Gazette des Hôpitaux* avec les dessins). La tumeur est du volume d'un petit œuf de poule, ferme et consistante, elle est recouverte à sa périphérie par des granulations analogues à celles que présentent les bourgeons charnus des plaies qui suppurent. Cependant, la forme n'est pas complétement arrondie; des dépressions existent çà et là, correspondant à des plaques d'un blanc jaunâtre, adhérentes, quoique mobiles. Ces plaques ressemblent à des parties sphacélées, et ne sont autre chose, en effet, que des lambeaux frappés de mort. Le scrotum présente une perforation parfaitement arrondie, dont les bords ont l'aspect du limbe d'un prépuce. Les veines des téguments sont variqueuses.

Une coupe, faite suivant le grand diamètre de la tumeur, permet de voir : 1° une couche corticale pâle; 2° un noyau moins dense, plus foncé en couleur, où domine cependant un aspect jaunâtre, comme aussi dans la couche enveloppante. Des artères, des veines volumineuses partent de ce qui reste du testicule, traversent cette masse, s'irradient en se capillarisant, vers la périphérie. Des prolongements fibreux très-denses, très-larges, se détachant de la tunique albuginée, leur servent de support. Il reste du testicule une portion grosse comme la pulpe du doigt indicateur, conservant tous les caractères d'un testicule sain, et parcouru par des artères et des veines non dilatées (1). La tunique fibreuse qui correspond à cette partie ne présente aucune altération. Au niveau du pédicule du fongus, la tunique est épaissie, se recourbe en dehors, de manière à circonscrire un infundibulum, et se perd insensiblement sur la périphérie de la masse morbide. La tunique vaginale n'a plus de cavité, les deux parois étant unies par des adhérences aisées à déchirer.

Par l'examen microscopique, on trouve : 1° dans la couche corticale, des capillaires, des fibres de tissu cellulaire et des éléments fibro-plastiques, et une matière unissante, homogène, très-dense, parsemée de granulations moléculaires abondantes, que l'auteur insinue être la fameuse matière jaune d'A. Cooper; 2° dans le noyau, des canalicules spermatiques plongés au milieu d'un magma jaunâtre.

L'épididyme est considérablement augmenté de volume; il est dur, compacte; une injection au mercure (il n'est pas dit par quel procédé elle a été pratiquée) n'a pu pénétrer au delà de la queue de l'épididyme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Pour que le lecteur comprenne de suite de quoi il s'agit dans cette phrase, et dans celle analogue mentionnée dans la description des phénomènes, disons que ce que M. Jarjavay appelle ici testicule, par opposition au fongus extérieur, n'est que la petite portion du testicule restant dans le scrotum, que nous avons décrite à propos du pédicule.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'usage en thérapeutique du suc gastrique des animaux.

Par le Dr Lucien Corvisart.

Après avoir annoncé (6 septembre 1852) à l'Académie des sciences qu'il était possible d'administrer avec succès aux malades, dont l'estomac ne digère point des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux, ou ce suc gastrique lui-même, soit à l'état de liquide, soit à l'état de poudre; je me consacrai entièrement à plusieurs séries de recherches expérimentales.

La thèse que va soutenir, pour le concours de professeur agrégé à Paris, le docteur *Hérard,* sur un sujet qui comprend mes recherches, m'obligea, pour fournir quelques notes (1), de hâter de plusieurs mois la rédaction d'un travail tout en train, et dont j'avais relégué la partie bibliographique pour la fin.

Je n'étais pas sans avoir lu la plupart des auteurs qui ont fait des expériences sur la digestion; ils n'ont point eu les mêmes idées que moi. Ayant lu très-spécialement *Spallanzani,* j'avais négligé de lire l'introduction du traducteur *Sennebier,* ministre du saint Évangile, et qui, bien qu'étranger à notre art, aurait mérité toute l'attention des médecins curieux de ses progrès.

Si l'auteur ou le traducteur eussent été médecins, nul doute qu'il ne m'eût point été donné, après 70 ans d'intervalle, de développer les résultats utiles que la connaissance de la digestion permet aujourd'hui d'obtenir.

Voici ce passage de *Sennebier :*

Expériences sur la digestion, Spallanzani; introduction de Sennebier. Genève, 1783, page 87.

VII. *Importance des recherches sur le suc gastrique.*— Il est aisé de voir à présent combien il importerait aux médecins de connaître à fond le suc gastrique, de l'examiner dans les diverses maladies de l'estomac, de suivre sur leur table, avec le suc gastrique des animaux ou celui de l'homme, les corps qui, en s'unissant avec lui, favoriseraient sa force dissolvante ou la retarderaient, procureraient ainsi de mauvaises digestions ou pourraient les faire finir à sa volonté, mais il faudrait, pour cela, faire une analyse bien autrement étendue que celle qu'on trouve dans ce livre.... J'invite les médecins à suivre ce travail curieux et je souhaiterais que M. Scopoli voulût achever ce qu'il a si bien commencé (2).

VIII. *Des maux de l'estomac.* — Les maux de l'estomac, relatifs à la digestion, ne peuvent provenir que de la quantité ou de la qualité des sucs gastriques : s'ils sont mauvais ou peu abondants, loin d'avoir une bonne digestion, on aura une digestion ébauchée, une vraie indigestion; on en est bientôt averti par l'angoisse et la fatigue qui l'accompagnent, par les vents qui se développent, par la nature des excréments que l'on rend, et l'état où se trouve le corps. Les convalescents digèrent mal : à ces deux égards, la qualité des sucs gastriques ne sera viciée que par un mal organique de l'estomac ou par des maux universels qui changent l'économie animale, et que le médecin exercé ne manquera pas de reconnaître.

La petite quantité des sucs gastriques se fera de même remarquer par la lenteur des digestions, et l'on pourra distinguer ces cas des précédents, parce que la digestion, quoique lente, sera toujours bien faite et ne sera pas accompagnée des symptômes désagréables qui suivent la précédente.

Il est évident que lorsque les sucs gastriques seront viciés par une suite du dérangement de l'économie animale, ils ne pourront être rétablis que par le rétablissement de la machine, qui pourra seule produire des sucs gastriques mieux appropriés à leur office. Alors on pourra tout au plus pallier le mal par le choix des aliments les plus digestibles, par leur petite quantité, et par l'essai de quelques remèdes accommodés à l'état soupçonné ou découvert des sucs gastriques.

Si le vice des sucs gastriques est plus particulier, s'il tient davantage à leur sécrétion immédiate, il serait possible que les toniques, en donnant de l'énergie aux vaisseaux qui finissent l'élaboration des sucs, leur rendissent leur première efficacité, mais j'éloignerais l'usage des spiritueux qui sont plus propres à racornir les vaisseaux délicats qu'à les fortifier. Je préférerais l'usage des corps résineux ou savonneux, qui sont déjà des dissolvants plus universels, qui semblent avoir plus d'analogie avec les sucs qui doivent s'unir avec la bouillie digérée, et qui sont plus propres à faciliter la dissolution des corps gras et salins.

Ce qui me semble fonder ce soupçon, c'est que le suc gastrique s'unit efficacement à la bile dans l'estomac de quelques animaux qui digèrent très-vite, pour opérer leur digestion. On l'observe dans les gallinacés, les corbeaux, les hérons : il est vrai que le suc de l'homme n'y paraît pas mêlé, mais connaissant un dissolvant analogue à ceux que la nature emploie, ne serait-ce pas être sourd à l'instruction de la nature, que de re-

(1) *Voir* cette thèse, mars 1853.

(2) Je n'ai pu retrouver la trace du travail dont parle Sennebier. L. C.

fuser l'essai de ce moyen. On pourrait, par exemple, employer la bile des animaux, soit par extrait, soit autrement.

Mais je ne propose ici que des idées, les médecins jugeront de leur solidité.

Je n'ignore pas que la bile n'est point antiseptique, qu'elle ne caille pas le lait, comme le suc gastrique, mais elle est d'une nature neutre, et comme il paraît que la partie antiseptique du suc gastrique vient de la partie huileuse et non de la partie saline, il en résulterait que la bile, unie en petite quantité au suc gastrique, revêtirait bientôt son antisepticité, et lui communiquerait sa force dissolvante, qui dépend uniquement de ce qu'elle a de savonneux.

Eh! pourquoi n'avaler pas dans ces cas le suc gastrique de quelque animal, celui de quelque oiseau de proie ou des corneilles qu'il est si facile de se procurer? Il pourrait donner une nouvelle force à celui qu'il trouverait dans l'estomac.

Je ne me dissimule pas la légèreté de ces idées; le suc gastrique n'est pas un suc simple, il se forme par la réunion des fluides qui transsudent dans les artérioles, de ceux qui se filtrent dans l'œsophage et qui sortent de la bouche, de sorte que le vrai suc gastrique est un mélange de tous ceux-ci, d'où il résulte qu'il n'y a que l'état d'une parfaite santé qui puisse fournir ce suc parfait; mais rien n'empêche qu'on n'y puisse suppléer par les moyens que j'indique, en supposant qu'ils aient quelque valeur.

Il paraît du moins assez démontré que les sucs gastriques de tous les animaux ont assez d'analogie entre eux; ils sont au moins tous antiseptiques.

Ainsi, ce remède serait moins un remède qu'un moyen de plus pour digérer ce qu'on a mangé, et une addition de sucs gastriques dont la quantité n'est pas suffisante dans l'estomac.

Je croirais de plus que le suc gastrique des corneilles, qu'on peut se procurer si facilement par les moyens que M. Spallanzani indique, serait peut-être celui qui conviendrait le mieux, parce que c'est celui qui me paraîtrait avoir le plus d'analogie avec le suc gastrique de l'homme. Cette idée n'est plus seulement une chimère de mon cerveau, elle a été réalisée par un disciple de M. Spallanzani à Paris.

M. Mongiardini a fait avaler, avec succès, du suc gastrique de corneille à une personne qui digérait mal; mais il faut plusieurs expériences répétées pour déterminer les cas et la manière d'administrer ce remède.

Parce que j'ai le regret de n'avoir point lu plutôt la préface de *Sennebier, je ne veux pas avoir celui de n'être que le second à rendre hommage aux vues profondes de* Sennebier, *et à une tentative hardie de* Mongiardini. *Pourquoi donc une pareille découverte est-elle restée inachevée dans son application?*

C'était fatal. Les causes qui ont dû paralyser toute tentative se lisent tout entières dans les découvertes plus récentes. On ignorait trop.

On ignorait que les seuls aliments azotés, et non les autres, étaient digérés par le suc gastrique; et que chacun d'eux avait ses conditions spéciales de bonne digestion (1).

On n'avait point encore nettement démontré que le suc gastrique de l'homme agissait comme celui des animaux.

On ignorait encore si le résultat de la digestion des aliments azotés est une division, une dissolution ou une transformation.

On ignorait que toute sécrétion de l'estomac n'est pas du suc gastrique, qu'on pût obtenir ce suc autrement que par le procédé des éponges introduites dans l'estomac.

On ignorait certaines propriétés du suc gastrique qui font, par exemple, qu'une température de 50° centig. détruit, dans ce liquide, toute propriété digestive.

On croyait avoir dans l'estomac d'une *corneille,* avec quelques grammes de liquide, un agent d'une énergie digestive supérieure à celle de tout autre suc.

Enfin, on ignorait qu'on pût, par l'art, rendre les sucs gastriques de tous les mammifères toujours *comparables*, et d'une puissance graduée comme celle d'une pile.

Qu'on pût avoir du suc gastrique de mouton à profusion, et d'une énergie égale à celui de l'homme ou du carnivore. C'est, en effet, presque toujours ce suc gastrique purifié qui a servi dans les essais que j'ai tentés.

On ignorait, enfin, à quelles doses et dans quels cas, *en général,* on doit l'administrer.

(1) *Voir* mon mémoire, albumine, Acad. des sciences, 16 août 1852, et thèse du Dr Hérard.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Echantillons de remèdes secrets.

2° Rapport sur une épidémie dyssentérique qui a régné dans l'arrondissement de Vannes, par M. Closmadeuc, médecin des épidémies de cet arrondissement.

3° Echantillon d'une source d'eau minérale sise à Siradan (Hautes-Pyrénées).

4° Rapport de M. le docteur Cholette sur une épidémie de dyssenterie qui a régné à Marson (Marne), et autre rapport de M. Foucault sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné à Champroisy (Marne).

5° Rapport de M. le docteur Rue sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Châteauroux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Éthérisation.

M. le docteur Delabarre fils adresse un Mémoire sur l'éthérisation, pour faire suite à ses précédentes communications.

Collodion.

M. Rogé adresse une nouvelle formule pour préparer le collodion :

Fulmi-coton.	30 grammes.
Éther sulfurique.	500 —
Alcool	30 —

Mêlez, puis ajoutez :

Térébenthine de Venise. . . .	16 grammes.
Huile de ricin.	8 —
Éther sulfurique	8 —

Ces trois substances sont mises dans un flacon, et quand la dissolution est terminée on l'ajoute à la quantité de collodion indiquée ci-dessus.

Extirpation du premier métacarpien.

M. Viard, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Montbard, adresse une observation d'extirpation du premier métacarpien pour une carie des os métacarpiens.

Plaie de tête.

Le même médecin adresse une observation de plaie de tête par arme à feu. L'étrangeté de cette observation nous engage à la reproduire textuellement.

Le 11 décembre 1852, je fus requis par la justice pour visiter un homme qui venait de se tirer un coup de pistolet; et voici le résultat de mon examen :

Il existe à la région temporale droite, à 4 centimètres de l'angle externe de l'œil et à son niveau, une plaie de la grandeur d'une pièce de 50 centimes; ses bords sont contus et noircis par la poudre; les tissus de la partie droite de la face, surtout du bas de la joue, sont fortement gonflés; les paupières sont aussi tuméfiées et ecchymosées, et la paupière inférieure est légèrement renversée en dehors; les conjonctives oculaire et palpébrale sont le siége d'un kémosis considérable. Le globe oculaire est poussé en avant et paraît plus volumineux; il peut exécuter des mouvements bornés en haut, en bas et en dedans, mais il est impossible de faire tourner l'œil en dehors; la pupille est dilatée et immobile; le malade voit difficilement, car il peut à peine distinguer l'ombre d'une main qui passe entre le jour et son œil.

Les autres sens sont intacts; il n'y a aucune lésion du mouvement ni du sentiment.

Un stylet mousse, introduit dans la plaie, pénètre perpendiculairement à la surface cutané, jusqu'à 5 centim. sans rencontrer aucun obstacle.

Pouls à 64, peu développé; affaissement et stupéfaction générale; le malade ressent quelques douleurs sourdes dans la tête; il répond à voix basse aux questions qu'on lui adresse.

Le pistolet est un de ceux appelés *coup de poing*.

Voici quel a été mon diagnostic : la balle, pénétrant perpendiculairement dans le crâne, vis-à-vis la scissure de Sylvius, a passé par cette scissure sans causer de grands dommages, et comme elle n'était pas poussée par une impulsion bien forte, elle a été arrêtée par le bord externe de la petite aile du sphénoïde, près de l'apophyse clinoïde antérieure; dans tous les cas, elle n'a pas atteint la ligne médiane, car il n'existe aucun signe de lésion de l'appareil olfactif.

Dans son trajet, la balle a lésé le nerf moteur oculaire externe, le ganglion ophthalmique, le moteur oculaire commun, le pathétique et le nerf optique, car il y a paralysie complète des deux premiers, et seulement paralysie incomplète des autres.

13 décembre. Le blessé va très-bien, ne ressent aucune douleur, se promène dans la chambre; le pouls n'a pas changé. Pour tout traitement, on se borne à de l'eau fraîche sur l'œil et à un pansement simple de la plaie.

14 décembre. Les choses ont changé de face ; le malade a eu des frissons pendant la nuit, des envies de vomir ; la langue est blanche, la tête est plus lourde et plus douloureuse ; le pouls est resté à 64 ; la tuméfaction de la joue et des paupières a beaucoup diminué, mais la vision ne s'opère pas mieux.

20 sangsues aux apophyses mastoïdes, et une bouteille d'eau de sedlitz pour le lendemain matin.

J'ai proposé, le premier jour, l'extraction de la balle, au moyen du trépan, mais l'absence des parents a fait rejeter cette opération.

15 décembre. Tous les symptômes de réaction ont disparu, et le malade est très-calme ; il se lève et demande à manger.

Depuis ce jour, je n'ai plus revu le blessé, mais j'ai su par le médecin qui lui donnait ses soins, qu'il avait toujours été de mieux en mieux, et que le dixième ou douzième jour, il était parti pour Châlons, lieu de sa résidence ; une lettre de lui, reçue huit jours après son départ, annonçait que la guérison se soutenait, mais que l'œil droit n'avait pas recouvré la vision.

Certes, voilà un cas bien extraordinaire et bien rare, et comme il en existe fort peu dans la science. Plusieurs auteurs disent bien qu'un corps étranger peut séjourner dans la substance cérébrale, sans causer la mort, mais ils ne citent aucun fait, du moins je n'en ai trouvé aucun. En 1848, interne dans le service de M. le professeur Roux, j'ai observé plusieurs plaies de tête, avec pénétration dans le crâne du projectile ; eh bien ! toutes ont entraîné la mort dans un temps plus ou moins rapproché. Dans le cas que je viens de rapporter, non-seulement la balle ne cause pas la mort, mais ne détermine même aucun accident, car on ne peut compter comme tels les quelques symptômes de réaction survenus trois jours après ; ils peuvent même être attribués à des influences étrangères, comme l'émotion produite par l'arrivée des parents. Il est certain que le projectile a dû causer peu de désordres dans la substance cérébrale, et tout porte à croire qu'elle s'est arrêtée près de l'apophyse clinoïde antérieure, car si elle eût pénétré plu loin, il est impossible qu'elle n'eût pas déterminé d'autres accidents que la perte de l'œil.

J'ai déjà dit que j'avais, le premier jour, proposé l'opération du trépan, et que l'absence des parents avait empêché de l'accepter ; quelques jours après, on me laissa à peu près libre d'agir comme je le voudrais, mais, en présence du calme du blessé, j'hésitai et je voulus, au moins, m'étayer de l'opinion d'un homme haut placé dans la science, pour le malade d'abord, ensuite pour ma satisfaction personnelle ; je m'adressai à M. Roux qui me donna le conseil de pratiquer immédiatement l'opération du trépan, pour extraire la balle, après avoir préalablement déterminé, avec soin, le siége précis de cette dernière au moyen d'un stylet mousse introduit dans la plaie ; mais je ne vois plus le malade, et on sait, du reste, que pour guérir il s'est passé de notre intervention.

Maintenant, on peut se demander si ce corps étranger, logé dans la substance cérébrale ne pourra pas, plus tard, déterminer des accidents graves et même la mort ; quant à moi, je serais assez porté à me prononcer pour l'affirmative.

Le 16 février 1853, une nouvelle lettre nous annonce que le blessé est complétement guéri, et qu'en outre l'œil malade était revenu presque à l'état normal.

Modification du règlement.

M. le président propose à l'Académie, au nom du conseil d'administration, d'approuver la liste suivante de commissaires chargés de faire un rapport sur la proposition de M. Malgaigne, tendant à modifier le règlement : MM. Baillarger, Bégin, Bousquet, Malgaigne, Gaultier de Claubry, Cazeaux, Adelon, Renault, Guéneau de Mussy, Boutron. Cette liste est adoptée. Le président et le secrétaire se joindront aux membres dont elle se compose.

Poisons organiques.

M. le docteur Flandin adresse une note intitulée : *Nouvelle méthode d'analyse pour les recherches des poisons organiques.*

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer cette communication au prochain numéro.

Discussion sur le seigle ergoté.

Le défaut d'espace nous oblige également à renvoyer cette discussion au prochain numéro.

RAPPORTS.

Plaie du sinus longitudinal supérieur.

M. Gimelle lit le rapport suivant sur une observation de lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur, communiquée par M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides.

Le sieur Kreps, âgé de 35 ans, reçut en 1806, à la bataille d'Iéna, deux blessures graves à la tête : l'une qui divisa les deux lames externes de l'os frontal, dans une étendue transversale de 5 à 6 centimètres ; l'autre qui fractura comminativement et enfonça la partie supérieure des deux pariétaux, obliquement d'avant en arrière et de droite à gauche, dans une étendue de 8 ou 9 centimètres, de manière à croiser le sinus longitudinal supérieur sous un angle de 45°. Malgré la gravité de ces blessures, ce militaire, non-seulement ne perdit pas connaissance, mais il conserva assez de sang-froid pour faire le mort pendant un temps assez long, jusqu'à ce que l'ennemi eût quitté le champ de bataille ; il se releva ensuite et se rendit à l'infirmerie, puis dans divers hôpitaux, où, au bout de dix mois, il obtint une guérison qui s'est soutenue pendant quarante ans, sans que le blessé, malgré une intempérance presque habituelle, ait éprouvé d'autres accidents que des éblouissements et des tintements d'oreille lorsque la température était chaude ou lorsqu'il se livrait à un exercice violent.

Quarante ans après, Kreps, invalide depuis longtemps, s'étant livré, selon son habitude, à des libations copieuses, tomba dans une carrière. Cette chute causa une fracture simple de la cuisse gauche, dans son tiers inférieur ; une fracture de la 7e côte droite dans sa partie moyenne, et une plaie contuse, transversale, sous le menton, de 3 centimètres d'étendue. Kreps, qui avait perdu connaissance au moment de la chute, recouvra ses facultés à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides, et son état, grâce au traitement énergique auquel il fut soumis, eut les résultats les plus satisfaisants pendant dix-huit jours. A cette époque, se déclara une pleuro-pneumonie du côté de la côte fracturée ; la fièvre et les efforts de la toux déterminèrent une congestion cérébrale que vint compliquer encore un érysipèle qui, des membres supérieurs, se porta au cuir chevelu, sans qu'on pût lui attribuer d'autre cause que l'existence, en ce moment, de plusieurs autres cas de ce genre dans les salles de l'infirmerie. Un abcès consécutif à cet érysipèle se manifesta dans la région parotidienne droite ; son ouverture donna issue à une petite quantité de pus ; à la partie supérieure de la tête correspondante à la blessure des pariétaux, se présenta une tumeur fluctuante, œdémateuse, douloureuse à la pression, qui fut prise pour un abcès et ouverte avec le bistouri ; cette ouverture ne donna qu'une petite quantité de sang noir. L'exploration du fond de cette plaie fit reconnaître à M. Hutin que le sang provenait de l'intérieur du crâne, et qu'il filtrait par une ouverture qui existait vers le milieu de la cicatrice osseuse de la plaie de 1806, dans un point correspondant au côté gauche du sinus longitudinal, quoiqu'il fût impossible au chirurgien de déterminer quel était le vaisseau lésé. Un léger tampon de charpie suffit pour s'opposer à l'écoulement du sang, et au bout de trois jours l'hémorrhagie avait cessé. Un mois après la chute, et dix jours après le développement de la pneumonie et de l'érysipèle, Kreps succomba aux accidents déterminés par ces deux complications, sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme d'épanchement intra-crânien.

L'autopsie fit reconnaître une adhérence intime des téguments du crâne aux cicatrices osseuses du coronal et des pariétaux. A la cicatrice correspondante au pariétal droit, existait une perte de substance osseuse d'un centimètre de longueur sur deux millimètres de largeur, à travers laquelle les téguments du crâne avaient contracté une adhérence intime avec la dure-mère, de manière à ce qu'une traction exercée soit sur les téguments, soit sur la dure-mère, entraînait la partie opposée. La boîte osseuse coupée, on constata une adhérence complète de la dure-mère à la cicatrice bi-pariétale ; la face interne des deux pariétaux présentait une saillie d'un centimètre, dans toute l'étendue de la cicatrice qui était le résultat de la plaie reçue en 1806 ; à l'extrémité gauche de cette saillie s'était formée une épine osseuse ayant 4 millimètres de hauteur sur 7 de largeur ; elle correspondait au côté gauche du sinus longitudinal ; ce dernier, qui ne contenait qu'une petite quantité de sang, était perforé d'arrière en avant, et de gauche à droite, par l'épine osseuse dont nous venons de parler, et cette perforation avait donné lieu à un décollement de la dure-mère, dans une étendue d'environ 3 centimètres, décollement qui, par son côté interne, correspondait à une petite perte de substance dans la cicatrice du pariétal gauche, à travers laquelle le sang s'était porté au dehors, pour former la tumeur que M. Hutin avait prise pour un abcès. La suture bi-pariétale était ossifiée dans toute son étendue.

Dans les réflexions dont M. Hutin fait suivre cette observation, il se demande s'il était possible d'éviter la méprise qui lui a fait prendre une tumeur sanguine pour un abcès ? Si l'on se rappelle que, pendant les vingt jours qui suivirent la chute, Kreps n'a présenté aucun symptôme de congestion cérébrale ; que ce n'est qu'après plusieurs jours d'une pleuro-pneumonie grave survenue dix-huit jours après la chute, en même temps qu'un érysipèle s'était déclaré sur les membres supérieurs et sur la tête, lorsque déjà un abcès s'était formé sur la région parotidienne droite, que la congestion cérébrale se déclara et que la tumeur sanguine apparut sur le sommet de la tête, vous penserez sans doute, avec votre commission, qu'il était extrêmement difficile, sinon impossible, d'en reconnaître la nature, et que, dans tous les cas, la légère hémorrhagie qui en a suivi l'ouverture n'a eu aucune conséquence fâcheuse pour le blessé dont l'état a éprouvé, d'après M. Hutin, une légère amélioration immédiatement après.

Recherchant la cause de la blessure du sinus longitudinal, par la lame osseuse intra-crânienne que nous avons décrite, M. Hutin pense qu'elle doit être attribuée à l'ébranlement causé par la chute de Kreps dans la carrière, dont la violence a pu causer un déplacement des parties, et porter

le sinus à gauche sur cette lame. Tout en admettant la possibilité d'un déplacement par une commotion aussi violente, vos commissaires pensent que la congestion des vaisseaux du cerveau a produit une augmentation de volume du sinus ; que l'érysipèle du crâne communiquant à l'intérieur, par les deux ouvertures dont nous avons parlé, a déterminé un ramollissement des tissus qui en forment les parois, et que, dans ces conditions, la lame osseuse, qui dans l'état normal était sur le bord, a pu, dans l'état de dilatation et de ramollissement, user les parois de ce vaisseau et pénétrer dans son intérieur, à la suite des secousses causées par une toux violente. Cette opinion nous paraît d'autant plus probable que, pendant vingt jours après sa chute, Kreps n'a éprouvé aucun symptôme de congestion cérébrale, et que cette dernière n'a apparu qu'à la suite de la pleuro-pneumonie et après l'érysipèle de la tête.

Comme vous avez pu en juger par les détails ci-dessus, l'observation de M. Hutin est extrêmement curieuse, en ce qu'elle prouve : 1° qu'un homme peut éprouver une fracture comminative avec enfoncement des os du crâne dans une étendue considérable, sans perdre connaissance ; 2° que la guérison de ces blessures peut s'opérer sans accidents graves pour le blessé, quoiqu'il existe une perte de substance dans les os du crâne, à travers laquelle les téguments de la tête ont contracté des adhérences avec la dure-mère ; 3° qu'un homme peut conserver pendant plus de quarante ans, dans une vieillesse très-avancée, une saillie intérieure et accidentelle des os du crâne d'un centimètre de hauteur sur dix centimètres de longueur, croisant et comprimant le principal vaisseau veineux, sans éprouver d'accidents sérieux, quoique cet homme se livre habituellement à des excès de liqueurs alcooliques.

Remercîments à l'auteur. (Adopté.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur DE CASTELNAU, *Rédacteur en chef du* Moniteur des Hôpitaux.

Nous recevons à l'instant de M. Sperino la lettre suivante qu'une impartialité peut-être exagérée nous engage à insérer, mais que notre devoir nous ordonne de faire suivre de quelques réflexions.

Monsieur,

Dans le n° 30 de votre journal (10 mars), vous avez inséré une correspondance de Turin signée X., qui, si je la laissais passer sans réponse, pourrait donner lieu aux plus étranges suppositions sur ma manière d'agir envers la Commission chargée d'étudier la syphilisation et l'Académie elle-même. Comme cette lettre n'a pu partir que de la plume d'un homme trop bien informé pour dénaturer si habilement les faits, je me vois forcé d'y répondre, quelque répugnance que j'éprouve à entamer une polémique avec un homme qui se cache honteusement sous le voile de l'anonyme.

Je vais d'abord rétablir les faits dans leur simplicité et leur vérité.

J'ai fait à l'Académie, dans sa séance *secrète* du 4 mars, à laquelle assistaient un très-petit nombre de ses membres, les trois demandes suivantes :

1° Que la partie du rapport de la Commission relative aux observations fût déposée sur le bureau de la présidence, afin que je pusse les lire à mon aise et faire les observations que je croirais à propos ; car ces faits m'appartiennent, et la commission les a reçus de moi et acceptés comme conformes à ses notes. Je lui ai soumis ma rédaction ; il ne me paraît donc pas que j'aie commis une outrecuidance en demandant de prendre connaissance de la sienne.

2° Que j'eusse la parole après la lecture du rapport, afin que s'il contenait quelques erreurs de faits involontaires, je pusse les faire remarquer avant qu'il ne fût imprimé.

3° Que les séances eussent lieu à trois ou quatre jours d'intervalle (et non à quatre ou cinq, comme le dit votre correspondant), afin que messieurs les académiciens eussent le temps de peser gravement chacune des questions, avant de porter leur jugement, et en outre parce qu'il n'y avait plus lieu à décréter l'urgence de la lecture, continuée tous les jours, d'un rapport qui est long de 890 pages, d'après ce que le rapporteur a dit à l'Académie depuis, à savoir que le président de la commission administrative de Paris avait annoncé la fin du travail de cette commission ; car il devenait alors inutile de lui communiquer ces faits. Il y avait urgence trois mois avant, et alors notre commission annonçait son rapport pour le mois de décembre, et il s'est écoulé depuis deux mois et plus sans qu'elle se préoccupât de la question d'urgence. Il me paraissait donc que cette dernière demande, pas plus que les autres, n'avait rien d'*injurieux*, d'*illégal*, ni d'*inconvenant* pour la commission, paroles que l'on met dans la bouche de M. le chevalier Bonino, et qu'il n'a pas prononcées.

Voilà les faits tels qu'il se sont passés.

Maintenant je donne un démenti formel à votre correspondant, lorsqu'il dit que j'ai avancé que j'avais reçu de M. Mêlier des lettres annonçant que le rapport de la commission de Turin était connu et avait été fabriqué à Paris, que j'ai travaillé dans l'ombre : mes expériences ont été publiques, et je les continue encore dans un cours public que je fais dans le syphilicôme, avec l'autorisation du gouvernement ; en outre, j'ai si peu manœuvré dans l'ombre, que c'est moi qui ai demandé la publicité des séances dans lesquelles l'Académie discuterait la question de la syphilisation ; je suis donc bien loin d'avoir cherché à étouffer le rapport de la commission.

Je n'ai jamais craint le grand jour ; je marche loyalement devant moi, et tant que mon honnêteté ne sera attaquée que par un M. X..., elle ne perdra rien, je l'espère, dans l'estime de mes confrères et des hommes consciencieux et impartiaux.

Turin, 15 mars 1853. L. SPERINO.

La sentiment profond d'impartialité dont nous nous efforcerons de ne nous jamais départir, ne nous aurait cependant pas suffi pour nous faire insérer la lettre qu'on vient de lire, sans les témoignages honorables que nous avons reçus touchant le caractère de M. Sperino. Nous l'avouerons sans peine, quand nous considérons l'origine immorale, les exploits déplorables et le but honteux de la syphilisation, nous nous empêchons difficilement de classer ceux qui en pratiquent les manœuvres, parmi les exploiteurs ou les fous, qui ne doivent attendre de nous, aux termes de notre programme, que les ménagements imposés par le respect de la loi. Toutefois, lorsque des témoignages honorables nous le permettront, nous serons toujours heureux de faire des exceptions à notre règle générale, et nous en faisons volontiers une en faveur de M. Sperino. Mais nous devons exprimer le regret qu'il ait glissé dans sa lettre quelques expressions, que les communications, faites en termes très-convenables, de notre correspondant ne nous paraissent nullement justifier.

Au fond, cette lettre ne touche en rien aux faits observés par la commission, et comme le principal mérite des communications de notre correspondant consiste dans la narration de ces faits, la question scientifique n'en reste pas moins dans l'état où la commission l'a placée, et où l'avaient placée avant la commission de Turin, l'Académie de Paris, la commission préfectorale, et, plus que tout cela, les premières notions de la science et le simple bon sens. H. DE CASTELNAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Faculté a procédé hier à l'élection des candidats à la chaire d'histoire naturelle, qui doivent figurer sur la liste de présentation. Après trois tours de scrutin, qui tous ont donné 11 voix à M. Martins, 11 voix à M. Moquin-Tandon, et un billet blanc, M. P. Dubois, président de l'assemblée, a déclaré avoir voté pour M. Moquin, qui a été ainsi placé le premier sur la liste. M. Martins a été placé le second, et M. Charles Robin le troisième.

— Le Conseil académique a fait la présentation suivante pour la chaire de thérapeutique :

En première ligne, M. Grisolle (18 voix sur 20 ; une à M. Cazenave et une à M. Monneret).

En seconde ligne, M. Tardieu (15 voix contre 5 données à M. Monneret).

En troisième ligne, M. Monneret (13 voix contre 7 données à M. Beau).

D'après l'imposante majorité réunie par M. Grisolle, dans la double présentation, on ne peut guère douter que M. le ministre, qui n'aime pas, dit-on, les coups d'éclat, ne fixe son choix sur ce candidat, dont le mérite et le caractère honoreront également la Faculté de Paris.

— MM. Bérard et Bounaud, qui n'ont pas accepté de faire partie du jury pour le concours des chirurgiens du bureau central, ont été remplacés par MM. Morel-Lavallée et Legendre. On croit que MM. Malgaigne et Laugier se retireront également ; le jury devra donc être encore modifié.

— La question du chauffage et de la ventilation de l'hôpital du Nord a été tranchée de manière à satisfaire tous les partisans du progrès. L'autorité supérieure a décidé que la moitié de cet établissement serait chauffée par le système Duvoir, tandis que dans l'autre moitié, on appliquerait le système Farcoz. Les travaux vont reprendre immédiatement, et l'hôpital pourra être, dans peu de mois, mis en pleine activité. Nous devons nous féliciter d'avoir été, en cette circonstance, l'organe que M. Robinet a choisi, pour répandre, sur une question difficile, des lumières qui n'ont pas médiocrement contribué au résultat obtenu.

— Trois cas de choléra, dont deux assez graves, ont été observés à l'hôpital Cochin ; mais tous se sont terminés par la guérison.

— L'Académie n'a reçu, concernant les sciences médicales, d'autre communication que celle de M. Flandin que nous reproduisons au compte-rendu de l'Académie de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 37. 1re année. Samedi 26 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance du 23 mars de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : HÔPITAL MILITAIRE D'ORAN. De la psorenterie cholérique, par M. CAZALAS. (*Suite.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Séance du 23 mars de la Société de chirurgie.

(Cas rares de fracture de la colonne vertébrale. — Phénomènes curieux de sensibilité. — Hémostatiques ; application au traitement des anévrysmes. — Ponctions exploratrices.)

La Société n'a pas eu depuis longtemps de séance mieux remplie.

Une première communication, faite par M. Huguier, est relative à une fracture extrêmement rare de la colonne vertébrale ; nous donnons un extrait suffisamment étendu de l'observation pour qu'on s'en fasse une idée exacte, ainsi que l'exposé de quelques expériences dont ce fait a été l'occasion sur l'influence de l'électricité dans la paralysie traumatique.

Un jeune homme, âgé de 26 ans, fit une chute à la renverse sur des décombres, il tomba sur la région dorsale et perdit connaissance. Il y eut immédiatement paralysie de la sensibilité et de la motilité.

Pas de déformation de la colonne vertébrale, aucune plaie, seulement douleur vive au niveau de la 3e vertèbre lombaire augmentant par la pression ; intelligence parfaite ; plaintes continues ; immobilité absolue des membres inférieurs. La paralysie s'étend à toute la région fessière en arrière ; elle est limitée en avant au pli inguinal.

La vessie est distendue par l'urine que le malade ne peut expulser ; la défécation est aussi impossible.

Le malade vécut jusqu'au 7 février et mourut avec des escarres, de la diarrhée, etc.

A l'autopsie, on reconnut les faits suivants :

1° *Examen de la colonne vertébrale.* Après avoir enlevé les parties molles de la région postérieure de la colonne vertébrale, on trouve qu'à la région dorsale il y a trois vertèbres, la 10e, la 11e et la 12e, dont les apophyses épineuses sont déplacées, déjetées à droite et à gauche et plus éloignées l'une de l'autre qu'elles ne devraient l'être ; cependant on ne trouve pas encore de fracture ; le reste de la tige osseuse en arrière est sain ; seulement le sacrum est altéré superficiellement sous les vastes escarres qui occupaient la région sacrée. En examinant alors la colonne vertébrale en avant, on trouve que le corps de la 12e vertèbre dorsale a presque disparu et est remplacé par une saillie séparant l'un de l'autre le disque inter-vertébral inférieur de la dernière vertèbre dorsale et le disque supérieur de la première lombaire. Une fissure occupant la partie moyenne de l'enveloppe aponévrotique qui revêt cette saillie laisse voir une fracture par écrasement occupant tout le corps de la 11e vertèbre, moins les parties latérales qui ont à peu près leur hauteur normale, tandis que la partie moyenne a perdu une bonne moitié de sa hauteur. Le corps de la 10e vertèbre est aussi fracturé en avant, mais presque sans déplacement.

2° *Examen de la moelle et de ses enveloppes.* Au-dessous et au-dessus de la fracture, la moelle est saine, il n'existe dans sa gaîne qu'un peu de sérosité légèrement teinte de sang. La queue de cheval est saine, les nerfs qui la constituent sont intacts. Au niveau de la fracture on trouve une saillie en arrière de toute l'épaisseur de la moelle, laquelle est arquée au lieu d'être verticale. En plaçant le doigt à ce niveau, on trouve que cette courbure est due à la saillie du corps de la vertèbre fracturée. De plus, la moelle est déchirée dans sa partie postérieure et cette portion déchirée a l'aspect d'un détritus blanchâtre ; au niveau de cette même portion, l'arachnoïde présente une déchirure pouvant admettre l'extrémité du petit doigt.

M. Landry, interne à l'hôpital Beaujon, a électrisé plusieurs fois le malade : nous consignons les observations qu'il a faites. Les membres inférieurs sont absolument privés de mouvements ; les muscles du ventre se contractent volontairement depuis les orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse ; les contacts, les piqûres d'épingle, les températures ne sont nullement appréciés.

A partir du tiers supérieur de la cuisse, toutes ces sensations, quoique obtuses, sont conservées.

L'insensibilité de la jambe est telle, qu'en y enfonçant une aiguille à acuponcture et en la mettant en contact avec l'appareil électrique de Breton frères, le malade n'éprouve aucune douleur, aucune sensation locale, mais il dit qu'il sent remuer ses orteils et ses pieds, et il indique effectivement la direction des mouvements que les contractions des muscles de la jambe leur impriment sous l'influence de l'électricité. Pour éviter toute erreur, on fit bander les yeux du patient et on répéta plusieurs fois les mêmes manœuvres avec un succès complet.

On essaya aussi de mouvoir le pied ou la jambe sans remuer la cuisse ; le malade, qui ne sentait nullement le contact de la main, indiquait très-exactement la direction du mouvement imprimé.

Ces expériences, faites le 3 janvier, furent reprises le 11 janvier ; mais alors le malade n'appréciait plus aucun des mouvements imprimés au pied ou à la jambe ; la contractilité électro-musculaire était sensiblement affaiblie. On n'obtenait, quelque procédé qu'on mît en usage, que quelques contractions fibrillaires assez énergiques, mais incapables de mouvoir le membre. Les contractions n'étaient pas plus vigoureuses lorsqu'on agissait directement sur les nerfs.

Les mêmes expériences, répétées le 7 février, donnèrent encore de moindres résultats, c'est-à-dire que les contractions fibrillaires étaient presque imperceptibles.

Nous avons donné avec assez d'étendue cette observation qui

nous a paru doublement intéressante au point de vue 1° de la lésion osseuse, car c'est un fait presque unique de fracture double du corps des vertèbres à la suite d'une chute; 2° des phénomènes remarquables que nous avons rapportés et qui semblent confirmer ce qui a été dit récemment sur l'existence d'une sensation particulière d'activité musculaire qui paraît être essentiellement distincte des autres sensations cutanées ou profondes.

— Une deuxième communication a été faite par M. Lallemand. Le vénérable professeur, à peine remis d'une longue et douloureuse maladie, a raconté les expériences qu'il a faites, avec M. Pravaz à Lyon, sur la coagulation du sang dans les artères. On sait toutes les tentatives faites pour obtenir la guérison des anévrysmes par l'électricité. Ce procédé dangereux, d'une application excessivement délicate, ne paraît pas devoir être considéré comme capable de se substituer aux moyens employés jusqu'à ce jour.

M. Pravaz avait eu la pensée, il y a quelques années, d'agir directement sur le sang et de le coaguler à l'aide d'un agent chimique efficace et dont l'emploi fût exempt de danger. Depuis longtemps déjà, ce chirurgien avait abandonné les recherches commencées dans ce sens, lorsqu'il fut invité à les reprendre par M. Lallemand. C'est le résultat de ces expériences que communique M. Lallemand. Jusqu'à ce jour, le procédé n'a été mis en usage que sur des animaux, mais avec un succès très-remarquable.

Le sel choisi par M. Pravaz est le perchlorure de fer concentré au maximum. Pour l'introduire dans l'intérieur de l'artère, il se sert d'une seringue dont le piston pénètre en tournant à la manière d'une vis. L'extrémité de la seringue est excessivement déliée et peut être introduite dans la canule d'un troquart ayant à peine le diamètre d'une aiguille. En faisant marcher le piston, on fait sortir régulièrement, par chaque tour, deux gouttes de liquide coagulant.

L'artère carotide ayant été mise à nu sur un mouton, on exerça en haut et en bas une compression pour isoler et rendre immobile la colonne de sang qu'elle contenait, et 4 gouttes de perchlorure de fer furent poussées dans l'artère.

Immédiatement après l'opération, l'artère devint plus consistante; puis, après quelques instants, elle offrit la dureté d'une olive. Quatre minutes après l'injection, on abandonna la compression. Le sang ne reprit pas son cours. Deux mois après, on abattit l'animal, et l'on reconnut que l'artère était parfaitement oblitérée par un caillot consistant du volume d'un pois.

Par l'insufflation, il fut impossible de faire passer de l'air à travers le vaisseau

Sur des chevaux, cette expérience fut répétée. On introduisit 6 gouttes de perchlorure de fer; la compression fut abandonnée après 4 ou 5 minutes, et constamment le résultat a été le même. Le sang a d'abord pris plus de consistance, puis successivement est devenu de plus en plus résistant.

Malgré l'affluence du sang lancé avec force par le cœur, le caillot n'a jamais cédé.

Sur les chevaux, l'artère examinée peu de minutes après l'opération terminée a présenté les caractères suivants :

Un caillot consistant remplissait l'artère ; la tunique interne du vaisseau présentait comme des stries longitudinales et des rides transversales dans ces saillies et ces dépressions ; le caillot s'implantait solidement, ce qui semble expliquer sa résistance à l'impulsion du cœur.

Sur un cheval sacrifié dix jours après, on a trouvé un caillot brun très-foncé situé au niveau même de la ponction ; le caillot se terminait, en haut et en bas, par une pointe plus prolongée à la partie supérieure.

Comme on le voit d'après ce récit, les études sur cet intéressant sujet sont à peine ébauchées. Pour M. Lallemand, cependant, le pas fait est déjà immense, et il n'hésite pas à en préjuger, pour la nouvelle méthode, un glorieux avenir. C'est, suivant l'expression du professeur, une voie nouvelle ouverte dans la thérapeutique des anévrysmes qui devra avoir, sur cette partie de l'art de guérir, une influence égale à celle que la lithotritie a exercé sur les affections calculeuses.

Pour nous, sans oser nous mettre à la suite de cet enthousiasme que nous admirons chez le savant dont l'âge ne saurait émousser la vive imagination, tout en admettant qu'il soit possible que nous assistions à la naissance d'une découverte qui pourra être une des nouvelles gloires de la chirurgie moderne, nous ne pouvons cependant nous dissimuler tout ce que ces expériences présentent d'imparfait. Nous appelons donc, sur cette intéressante question, les méditations et les recherches des physiologistes, et nous remercions l'honorable chirurgien à qui nous devons la bonne fortune de cette communication, qui ne manquera pas sans doute de donner lieu, dans un temps prochain, à des expériences et à une discussion également dignes d'intérêt.

Pour terminer enfin cet aperçu sur la séance de la Société de chirurgie, signalons une discussion à laquelle, pour notre part, nous ne pouvons jamais assister sans éprouver un certain sentiment de surprise pour quelques-uns des membres de la Société. Il semblerait qu'il existe un parti pris de repousser la lumière que peut amener, dans l'histoire si obscure des tumeurs, l'emploi judicieux du microscope. Sans nier, ce qui serait absurde, les résultats premiers que peuvent fournir, pour le diagnostic, les études cliniques et physiologiques, nous ne pouvons cependant méconnaître, dans un grand nombre de cas, l'insuffisance de ces seules données, et nous acceptons comme un bienfait très-possible les travaux micrographiques modernes. Les ponctions faites en vue d'analyser la nature d'une tumeur douteuse, avant d'adopter tel ou tel traitement, peuvent sans doute offrir des inconvénients ; mais il faut avouer que ces inconvénients peuvent être largement rachetés par la précision qu'elles donneraient au diagnostic, si les espérances qu'ont fait naître les récents travaux des micrographes venaient à se réaliser.

Nous résumerons donc en quelques mots la discussion à laquelle nous faisons allusion :

Les ponctions exploratives doivent être considérées comme très-utiles, et même indispensables dans certains cas. Elles ont besoin d'être rendues plus parfaites, pour que leur emploi soit moins susceptible d'être suivi d'accidents.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital militaire d'Oran.

De la psorenterie cholérique,

Par M. Cazalas, médecin en chef.

(*Suite. Voir le n° 35 du 22 mars.*)

Le fluide folliculeux est plus ou moins épais, plus ou moins coloré ; il paraît séro-muqueux si on l'examine avant la perforation naturelle de la muqueuse, il prend ensuite un aspect muco-purulent, et il semble avoir, à part la quantité, la plus grande analogie avec les liquides variolique et vaccinal. Examiné avec un faible microscope, le seul à notre disposition, il nous a semblé contenir du mucus et du pus.

Le follicule, une fois ramolli, le liquide qu'il contient nous a paru ne jamais se résorber. Le foyer ne se vide qu'à la suite de l'ulcération et de la perforation de la muqueuse. A mesure que la suppuration s'opère, la tumeur s'affaisse ; quand l'écoulement est terminé, elle s'efface totalement, et il ne reste plus à sa place qu'une tache rouge ou noirâtre qui persiste longtemps.

Le ramollissement des follicules et l'ulcération de la muqueuse suivent la même marche que l'éruption, ils commencent, généralement, vers la fin de l'iléon ou au cœcum, puis s'étendent au colon et au jéjunum, et bien plus tard au duodénum. La suppuration est plus rare au gros intestin et surtout au duodénum que dans l'iléon et le jéjunum. Les tumeurs conservent très-longtemps dans les deux premiers les caractères de la première période, et la résolution semble s'y opérer fréquemment sans atteindre au degré de ramollissement.

De même que dans la fièvre typhoïde, le ramollissement nous a paru commencer par les follicules isolés, et puis par les plaques.

La deuxième période de l'éruption cholérique est rarement isolée dans l'intestin du même sujet. Nous ne l'avons trouvée seule que 9 fois sur 32, et encore dans la plupart des autres était-il facile de découvrir çà et là quelques follicules à l'état de crudité ou des ulcères en voie de cicatrisation. Le plus souvent elle existe avec la première période, quelquefois avec la troisième et assez souvent avec les deux. Nous ne l'avons trouvée que rarement au début de nos premières observations; elle est devenue moins rare à mesure qu'on s'éloignait des premiers temps de l'épidémie; elle était très-fréquente et à peu près constante à la fin et les mois suivants.

Il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de déterminer le temps nécessaire à l'éruption pour passer de la première à la deuxième période; sans doute il est très-variable, et il paraît être assez long.

Au deuxième degré, il est très-facile de distinguer le follicule cholérique des tumeurs ou ulcérations typhoïde, tuberculeuse et dyssenterique. 1° *Dans le choléra :* confluent remarquable de l'éruption comme à la première période; orifice de l'ulcère extrêmement étroit, à bords toujours unis et à peine injectés; ulcère ne dépassant jamais le sac folliculeux ou la couche cellulaire qui semble lui servir de matrice. 2° *Dans la fièvre typhoïde :* ulcérations peu larges, arrondies, profondes, aussi étendues que le follicule et même davantage; bords de l'ouverture inégaux, irréguliers, boursouflés, ramollis, rouges, grisâtres, ardoisés ou même noirs, atteignant toujours la tunique celluleuse, très-souvent la couche musculaire et quelquefois le péritoine, au point de déterminer une perforation intestinale, une communication entre l'intérieur de l'intestin et la cavité de l'abdomen; ce qui n'arrive jamais dans le choléra. 3° *Dans la phthisie pulmonaire :* ulcérations très-larges, peu nombreuses, à bords noirâtres; liquide de nature tuberculeuse; tubercules aux glandes mésentériques et dans d'autres organes. 4° *Dans la dyssenterie :* ulcérations siégeant exclusivement au gros intestin, larges, rouges, profondes, à bords épais, infiltrés.

Les plaques cholériques se distinguent aussi facilement des plaques typhoïdes. Dans les premières on remarque autant de petites ulcérations qu'il y a de follicules engorgés, la partie de la muqueuse intermédiaire restant saine; tous ces petits ulcères, limités au sommet de chaque follicule, sont complétement indépendants les uns des autres, et le liquide de l'un ne se mêle jamais à celui de son voisin; la muqueuse qui tapisse la plaque ne se ramollit jamais dans toute son étendue, on ne la trouve jamais ni indurée, ni fortement hypertrophiée, elle ne tombe jamais en gangrène; la plaque ne forme jamais une saillie considérable, et jamais il ne survient de perforation intestinale à son niveau; quand la suppuration n'a pas encore eu lieu, si l'on opère une traction ménagée sur la partie de l'intestin où siége la plaque, on voit sourdre de chaque follicule agminé une gouttelette de liquide semblable à celui des follicules isolés, et du moment où l'évacuation est complète, les petites tumeurs s'affaissent, et la plaque se trouve de suite à peu près au niveau de la muqueuse voisine. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, le liquide de chaque follicule s'infiltre dans les tissus muqueux et cellulaire voisins, toutes les tuniques intestinales participent plus ou moins à l'état phlegmasique des follicules; ce qui donne généralement à chaque plaque un aspect uniforme, blanchâtre, jaunâtre, rougeâtre ou noirâtre. La muqueuse qui recouvre les plaques se ramollit et s'ulcère dans toute ou du moins dans une grande partie de son étendue, et la plaque se détache en totalité ou en partie, sous forme d'un escarre qui frappe non-seulement la muqueuse, mais encore les couches celluleuse et musculaire, quelquefois même le péritoine; d'où résulte une perforation complète de l'intestin; ce que l'on n'observe jamais dans le choléra.

3e *période.* — *Cicatrisation.* — A mesure, ai-je dit, que le fluide muco-purulent s'échappe du foyer qui le contient, le follicule isolé ou agminé s'affaisse, les bords de l'ulcère se rapprochent, se réunissent et la cicatrisation s'opère. Quelquefois nous avons pu, pour ainsi dire, saisir au début de la cicatrisation, le moment où la cicatrice, encore imparfaite, se laissait aisément déchirer par la plus légère traction. La tache rouge ou noire que l'on observe au sommet de chaque follicule en suppuration existe encore après la cicatrisation, mais l'étendue et l'intensité de la coloration diminuent peu à peu jusqu'à sa disparition totale qui n'a lieu, évidemment, que bien du temps après, puisque nous en trouvons encore les traces douze ou quinze mois après la fin de l'épidémie de 1851.

Cette troisième période de l'éruption cholérique est donc caractérisée par des taches, situées à la place des follicules isolés, rouges ou noirâtres, petites, ne faisant aucune saillie au-dessus de la muqueuse; par des plaques offrant un pointillé noirâtre que l'on a comparé, avec raison, à la peau du mouton fraîchement rasé. On distingue bien plus aisément les taches des plaques que celles des follicules isolés, et cette circonstance tient sans doute, au moins en partie, à leur confluence, car il est rare qu'avec de l'attention on ne découvre pas des taches isolées, en même temps que des plaques pointillées.

On rencontre, de temps en temps, sur des sujets morts par suite de maladies diverses, des plaques pointillées, semblables à celles qui résultent de l'infection cholérique. Elles ont été signalées par plusieurs auteurs, étudiées et décrites particulièrement par M. le professeur Forget. Les opinions sont divisées sur leur nature. Certains médecins ne voient en elles qu'une variété de leur état normal; pour d'autres, la cause en est bien incertaine. Ceux-ci la considèrent comme l'altération folliculeuse initiale de la fièvre typhoïde; et ceux-là, comme la résolution de leur éruption; quelques-uns, enfin, comme la cicatrisation des plaques à la suite de la même affection.

Il est évident que ces points noirs, qui contrastent si remarquablement avec la coloration physiologique de la muqueuse voisine, ne constituent pas une variété de l'état normal, et qu'ils sont, au contraire, l'effet d'une altération des follicules agminés. Il est évident qu'ils ne peuvent être le signe d'une tuméfaction morbide initiale des follicules, car tant qu'il n'y a que gonflement, leur partie centrale ne se colore jamais. Il est évident qu'ils ne peuvent être l'indice de la résolution des follicules engorgés sans ramollissement; car on voit, chaque jour, ce phénomène s'opérer sans laisser à sa suite aucun caractère semblable.

Mais puisque les points noirs des plaques de Peyer, comme d'ailleurs les taches des follicules isolés ne peuvent se produire sans un travail pathologique, puisque l'éruption folliculeuse, ne dépassant pas la première période de son évolution, est incapable de les faire naître, on est nécessairement forcé d'admettre qu'ils sont le produit d'une altération morbide du follicule et de la muqueuse qui les recouvre. Il est donc certain que les plaques pointillées et les taches isolées que l'on trouve chez certains sujets morts à la suite d'un accident ou d'une maladie quelconque, sont l'effet de la tuméfaction et du ramollissement antérieur des follicules, avec ulcération et perforation de la tunique muqueuse correspondante.

Ce fait, qui ne me paraît pas contestable, une fois admis, il s'agit de déterminer les conditions pathologiques ou les maladies capables de produire cette altération morbide. Eh bien! nous ne connaissons, jusqu'à présent, que l'infection typhoïde et cholérique, la fièvre typhoïde et le choléra susceptibles d'amener ce résultat. Mais si dans la fièvre, les ulcérations des follicules isolés sont beaucoup plus larges et moins confluentes que les taches qui nous occupent; si l'ulcération de la muqueuse qui tapisse les plaques est le fait général, et l'ulcération partielle des fragments muqueux qui recouvre le sommet de chaque follicule, une exception très-rare, il est évident que si les plaques pointillées sont quelquefois consécutives à la fièvre typhoïde, ce ne peut être que dans des cas bien peu fréquents. A la suite du choléra, au contraire, l'ulcération de la muqueuse de chaque plaque n'est jamais générale; elle ne frappe jamais que le frag-

ment muqueux qui recouvre le sommet des follicules, et la cicatrice qui en résulte après l'écoulement du liquide muco-purulent constitue des tâches noirâtres absolument semblables à celles dont il est ici question. Il est donc extrêmement probable, sinon certain, que les plaques pointillées que l'on rencontre parfois sur le cadavre en temps ordinaire, et que l'on rattache à une variété de l'état normal ou de la fièvre typhoïde, sont fréquemment, si ce n'est toujours, l'effet et le signe d'une éruption cholérique antérieure, ayant parcouru, avec ou sans choléra, les diverses périodes de crudité, de ramollissement, de suppuration et de cicatrisation.

Il serait curieux et intéressant de pouvoir remonter à l'époque où les plaques pointillées ont été observées pour la première fois, et de noter, avec exactitude, leur degré de fréquence et de rareté après les épidémies de choléra et de fièvre typhoïde, relativement à la rareté ou la fréquence de la même lésion pathologique dans les lieux où le choléra n'a jamais régné et où la fièvre typhoïde ne se rencontre que par exception. A Oran, par exemple, où la fièvre typhoïde est une maladie tout à fait accidentelle, nous trouvons, depuis l'épidémie cholérique de 1851, sur beaucoup de sujets morts par suite des affections les plus diverses, ces plaques pointillées, ces taches isolées qui résultent évidemment d'une affection cholérique.

C'est là un point curieux de l'histoire du choléra et des plaques pointillées ; il n'est pas possible de lui donner, dans l'état actuel de la science, une solution définitive; car l'induction ne permet pas seule d'affirmer que le fait n'est pas spécial à l'Algérie ou aux pays chauds. J'appelle donc de tous mes vœux, sur lui, l'attention des médecins de la France et des autres pays, menacés peut-être en ce moment d'une nouvelle invasion cholérique.

A la question que je viens de traiter, s'en rattache tout naturellement une autre, moins importante peut-être, mais qui néanmoins mérite, ce me semble, de nous arrêter un instant.

La lésion intestinale que je viens de décrire est-elle exclusivement du domaine du choléra épidémique, ou bien est-elle également le signe anatomique spécial du choléra sporadique?

Les faits manquent actuellement pour la solution définitive de ce problème ; et pourtant il est permis de croire que le choléra sporadique, absolument semblable par sa nature et ses suites à ces cas de choléra isolés qui ne manquent jamais d'être le triste prélude des épidémies, s'accompagne, comme le choléra épidémique, de l'éruption folliculeuse intestinale. L'illustre professeur Andral rapporte un fait qui vient à l'appui de cette proposition : « Une femme, dit-il, meurt du choléra sporadique le seizième « jour de la maladie. A l'autopsie, on constate, vers la valvule « iléo-cœcale, un assez grand nombre de plaques de Peyer « pointillées et noires, sans saillie aucune. » Les cas de choléra sporadique n'étant presque jamais mortels, de même que les premières attaques qui devancent toujours l'apparition d'une épidémie, la science est encore à faire sur ce point d'anatomie pathologique. Et, en supposant que l'on produise un certain nombre de faits négatifs, il est prudent de ne les accepter qu'avec défiance, car il doit arriver quelquefois, surtout quand de loin on entend parler des ravages cholériques, que l'on met sur le compte du choléra les morts subites causées par d'autres affections. Qu'il nous soit permis de rapporter ici, en passant, un exemple assez remarquable d'une erreur de ce genre.

Un homme entre au Val-de-Grâce, dans mon service et après ma visite du soir en février 1849, époque à laquelle on commençait à signaler çà et là quelques effets de l'influence cholérique. Il avait joui jusqu'alors d'une excellente santé. Il est pris tout d'un coup, et sans cause connue, de vomissements incessants qui persistent malgré les moyens les plus énergiques mis en usage jusqu'à la mort, qui arrive dans la première partie de la nuit. Le chirurgien de garde, et la méprise était fort excusable, prend ces symptômes alarmants pour ceux du choléra et les traite, avec intelligence, comme tels. Le lendemain, à l'autopsie, faite avec tous les soins qu'exige la singularité de l'attaque, au lieu des lésions anatomiques propres au choléra, nous trouvons à l'origine pylorique de l'estomac une tumeur cancéreuse énorme et les tissus environnants tellement engorgés, que toute communication entre l'organe gastrique et le duodénum était interrompue. C'est cette tumeur et non le choléra qui avait été la cause de la mort.

Avant de quitter le terrain de l'éruption cholérique, je demande la permission de faire une excursion sur le domaine de quelques autres affections, paraissant avoir, sous ce rapport, une certaine analogie avec le choléra ; elle ne sera pas longue et elle pourra offrir quelque intérêt.

On est fréquemment surpris de la période avancée de la psorenterie intestinale chez des sujets morts peu après l'invasion de la fièvre typhoïde. Et pour donner l'explication de ce phénomène, on se contente de dire : « Elle a marché plus vite que de coutume. »

Je crois avoir suffisamment démontré que l'invasion cholérique était généralement, si ce n'est toujours, antérieure à la maladie; qu'elle est l'effet immédiat et direct de l'influence cholérique et non du choléra. Eh bien! il est extrêmement probable qu'il n'en est pas autrement pour la fièvre typhoïde. J'ai vu à Saint-Jean-Pied-de-Port, en 1843, un militaire mort dans mon service par suite d'une perforation intestinale. Cet homme, en détachement dans un poste à une distance de 4 à 5 lieues de la ville, était indisposé depuis 2 ou 3 jours à peine ; il arrive à l'hôpital après avoir fait ce trajet à pied, son sac et son fusil sur le dos. Lorsqu'il est soumis à notre observation, les phénomènes typhoïdes étaient encore si obscurs, qu'aux yeux des deux sous-aides qui suivaient ma visite, mon diagnostic : *fièvre typhoïde,* était au moins téméraire. Le lendemain, une péritonite suraiguë se déclare et le malade succombe en peu de temps. L'autopsie nous révèle une perforation intestinale et des ulcérations larges et profondes, évidemment antérieures à l'apparition des premiers symptômes typhoïdes.

Au moment où j'écris ces lignes, je vois, à l'hôpital d'Oran, un officier fort et robustes, entré huit jours auparavant pour une fièvre rémittente si bénigne que toute idée d'affection typhoïde avait été écartée jusqu'à la veille. Une péritonite suraiguë se déclare subitement, et le malade meurt le lendemain. Nous trouvons à l'autopsie une perforation arrondie au fond d'une plaque de Peyer et de nombreuses ulcérations profondes des follicules isolés des plaques.

Ces faits, rapprochés de beaucoup d'autres semblables dont j'ai été témoin et des observations de la même nature rapportées par les auteurs, doivent faire supposer que l'éruption folliculeuse de la fièvre typhoïde est, au moins dans un grand nombre de cas, antérieure à la maladie, et qu'elle a un rapport bien plus intime avec l'infection typhoïde qu'avec la maladie elle-même.

L'induction peut encore nous conduire plus loin sans dépasser les limites du possible ni même peut-être celles des probabilités. D'un côté, les lésions anatomiques du typhus, de la fièvre jaune et de la peste, n'ont été, jusqu'à présent, étudiées que d'une manière bien superficielle et bien incomplète. Ne parviendra-t-on pas, à l'aide d'une expérimentation sérieuse et sévère, à découvrir une lésion intestinale propre à chacune de ces maladies et à démontrer que cette lésion est plutôt l'effet de l'influence épidémique que de la maladie elle-même? S'il en était ainsi (et cette proposition ne paraîtra pas contraire à la raison, en se rappelant les résultats des premiers essais tentés déjà par les médecins à ce sujet), ces maladies viendraient se ranger tout naturellement à côté de la fièvre typhoïde et du choléra. D'une autre part, l'éruption intestinale établit quelques rapports entre la variole et le choléra ; mais il existe entre ces deux affaires une différence remarquable que je ne dois pas oublier de noter en passant : dans le choléra, l'éruption spécifique est antérieure à l'invasion de la maladie cholérique; dans la variole, au contraire, l'éruption variolique n'a lieu que du troisième au quatrième jour de la fièvre varioleuse. La rougeole, la scarlatine et quelques autres fièvres éruptives présentent, sous ce rapport, les mêmes phénomènes que la variole.

Si donc les faits se passent dans le typhus, la fièvre jaune et la peste comme dans le choléra, l'éruption deviendra peut-être un jour le point de départ d'une nouvelle classification des fièvres continues, qui se diviseront tout naturellement en deux catégo-

ries : 1° celles dont l'éruption spécifique est généralement antérieure à la maladie et dont la marche n'a aucun rapprochement avec son développement; 2° celles dont l'éruption spécifique est généralement consécutive à l'invasion des phénomènes morbides et dont la marche a une liaison intime et nécessaire avec son évolution. L'éruption spécifique des fièvres de la première catégorie aurait son siége dans l'organe cutané interne et particulièrement dans la muqueuse digestive; l'éruption des fièvres de la deuxième catégorie aurait lieu dans l'organisation externe de la peau.

En multipliant les recherches nécroscopiques au début, pendant, à la fin et après les épidémies; en examinant alors, avec soin, non-seulement les sujets morts par suite des affections épidémiques, mais encore ceux qui auront succombé à la suite d'une autre maladie ou d'un accident, on parviendra aisément à déterminer ce qu'il y a de fondé dans cette proposition, à laquelle je n'attache d'ailleurs que l'importance que mérite une hypothèse probable, ayant quelques faits, l'analogie et l'induction pour base.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 22 mars 1853.

Nouvelle méthode d'analyse pour la recherche des poisons organiques,
par M. le docteur FLANDIN.

I. On sait où en est arrivée la toxicologie en ce qui concerne les poisons inorganiques. Elle les retrouve partout et toujours, pour ainsi dire; elle les retrouve non-seulement sur les points où ils ont été déposés et où ils ont séjourné soit extérieurement, soit intérieurement, mais jusque dans les organes profonds où ils ont été portés par l'absorption; elle les retrouve non-seulement dans le cadavre quelque temps après la mort, mais jusque dans les débris de la putréfaction, ou dans le sol des cimetières, dix ans et plus après la sépulture.

II. En est-il, en sera-t-il de même pour les poisons organiques? Voici les principes que j'ai posés dans de précédentes communications faites à l'Académie :

1. Les poisons sont des matières inassimilables;
2. Ils pénètrent dans l'organisme par absorption;
3. Ils agissent par action de présence.

Si ces principes sont exacts, il est une conséquence qui s'en déduit rigoureusement : les matières inassimilables toxiques, quelles qu'elles soient, doivent se retrouver en nature dans les organes de l'économie avec lesquels elles ont été mises en contact, ou dans lesquels elles ont été transportées par absorption.

III. Pour les poisons inorganiques, l'expérience l'a montré, il n'y a pas d'exception à la règle. Pour les poisons organiques la démonstration reste encore à faire.

IV. Une grave autorité en toxicologie, le professeur Christison, s'est exprimé comme il suit au sujet de l'opium, le poison qui figure au premier rang dans les statistiques criminelles de l'Angleterre (1).

« Il peut être établi comme règle générale, que dans l'empoisonnement par l'opium, le médecin juriste, *par les meilleures méthodes d'analyse aujourd'hui connues*, ne peut guère donner une preuve satisfaisante, en ce que le plus souvent il ne peut fournir aucune preuve du tout de l'existence du poison dans les matières provenant de l'estomac....

« Dans un cas publié par le docteur Bright, d'après l'expérience de M. Walwe, de Londres, il fut reconnu que les matières retirées de l'estomac une demi-heure seulement après qu'une once et demie de laudanum avait été ingéré par une personne à jeun, *n'exhalaient pas même l'odeur de l'opium*....

« Dans le cas d'une jeune femme dont l'estomac fut vidé par la pompe gastrique, quatre heures après un empoisonnement par deux onces de laudanum, je n'ai pu, en traitant avec soin les matières évacuées, obtenir que des indications incertaines de la présence de la morphine et de l'acide méconique, tant par l'amertume de l'extrait que par la réaction imparfaite donnée par l'acide nitrique et par le perchlorure de fer....

« Dans un troisième cas, où l'estomac fut vidé deux heures après l'ingestion de 7 drachmes (28 grammes) de laudanum, on ne put constater, dans les matières extraites, ni l'odeur de l'opium, ni la moindre indication de la présence des principes immédiats de cette substance. »

V. En reprenant les paroles du professeur Christison, quelles sont *les meilleures méthodes d'analyse, aujourd'hui connues,* pour retrouver l'opium, et, en général, les principes immédiats organiques? Elles consistent (je ne puis et ne veux les rappeler ici que très-succinctement), elles consistent à traiter les matières suspectes soit par l'acide acétique, soit par l'alcool, à filtrer le liquide, à l'évaporer jusqu'à consistance d'extrait, à reprendre cet extrait par l'eau seule ou par l'eau acidifiée, à décolorer par le noir d'os, ou à précipiter (autant qu'il se peut) les matières animales par divers agents (le sous-acétate de plomb, l'acide sulfhydrique, le nitrate d'argent, la noix de galle, l'alcool, la gélatine, le tannin), pour essayer, en définitive, sur la partie extractive ainsi obtenue, divers réactifs, tels, par exemple, que l'acide azotique et le perchlorure de fer, quand il s'agit de saisir le principe immédiat essentiellement actif de l'opium, la morphine.

VI. Quels sont les résultats donnés par ces méthodes d'analyse, dans les cas d'empoisonnement? Il faut bien le dire, ils sont nuls. A un expert qui demandait à un célèbre toxicologiste français, quel procédé il conviendrait de suivre pour retrouver les poisons végétaux dans un cas d'expertise judiciaire, le toxicologiste répondait, et consciencieusement il était obligé de répondre : TOUTE RECHERCHE EST INUTILE.

VII. Oui, toute recherche serait inutile, si l'on persistait à n'employer que les méthodes d'analyse proposées jusqu'à ce jour. Par ces méthodes, en effet, on n'isole pas le poison, on n'agit pas directement sur lui par les réactifs, on ne peut donc en constater les propriétés caractéristiques.

VIII. En cherchant à me rendre compte, au point de vue des applications médico-légales, de la nature des matières animales, il m'a paru qu'elles pouvaient se réduire :

1° A des matières protéiques ou albumineuses;
2° A des matières colorées;
3° A des matières grasses.

IX. Or, premièrement, les matières protéiques ou albumineuses sont facilement coagulables, et, sous cet état, elles deviennent insolubles dans l'eau, dans l'alcool, dans les acides, etc.; secondement, les matières colorées ou colorantes sont facilement modifiées, dénaturées par divers agents acides ou alcalins : la chaux et la baryte anhydre, par exemple, sans parler de la chaleur; troisièmement, les matières grasses sont faciles à séparer de toute autre espèce de matière, par deux agents d'un grand emploi en chimie organique, l'alcool et l'éther.

X. Une matière inorganique étant mêlée à des matières organiques, rien de plus simple que de l'y découvrir : on brûle la matière organique, on fait passer le principe inorganique à l'état de composé soluble dans le charbon, et on l'extrait par l'eau. Le procédé de carbonisation et d'incinération par l'acide sulfurique, que M. Danger et moi avons communiqué à l'Académie pour sa recherche des poisons minéraux, est fondé sur ces données extrêmement simples.

XI. Mais si le corps ou l'espèce qu'il faut séparer des matières animales est lui-même combustible ou essentiellement modifiable par la chaleur, quel détour prendre pour l'enlever au mélange qui l'enveloppe et en décèle jusqu'aux propriétés toxiques?

Au-dessous de 100 degrés, ai-je dit plus haut, la chaleur coagule les matières albumineuses ou protéiques, qui de la sorte deviennent insolubles dans l'eau, dans l'alcool et dans les acides, etc.

La chaux et la baryte anhydres produisent le même effet; et, de plus, elles brûlent ou modifient profondément les matières colorées ou colorantes.

L'alcool et l'éther ont une affinité spéciale pour les matières grasses, et l'on peut se servir alternativement de l'un ou de l'autre pour isoler ces matières, ainsi que les cires et les résines.

Ces faits étant constatés, et l'expérience m'ayant montré que la plupart des principes immédiats organiques sont inaltérables à 100 degrés, voici la méthode analytique générale à suivre pour séparer les bases organiques alcaloïdes (morphine, strychnine, brucine, etc.) des matières animales.

Procédé. Mêlez à ces matières douze pour 100 de leur poids de chaux ou de baryte anhydre, et broyez le tout ensemble dans un mortier; chauffez à 100 degrés jusqu'à dessiccation parfaite, puis porphyrisez, soit avec le pilon, soit avec une machine spéciale mieux appropriée à cette opération, ici très-essentielle; repressez la matière pulvérulente, et jusqu'à trois fois, par l'alcool anhydre bouillant, et filtrez après refroidissement.

Le liquide qui s'échappe rapidement du filtre est à peine coloré; il ne contient que le principe ou les principes immédiats cherchés, et les matières grasses ou résineuses solubles dans l'alcool.

Distillez ou faites évaporer lentement l'alcool, et reprenez le résidu sec et froid par l'éther, pour enlever les matières grasses. Si le principe immédiat cherché n'est pas soluble dans l'éther (morphine, strychnine, bru-

(1) Pour les deux années 1837 et 1838, dont M. Christison a donné, dans son livre (*on poisons*), les relevés statistiques officiels, il y a eu, en Angleterre, 186 empoisonnements par l'arsenic, et 193 par l'opium.

cine), il reste isolé dans le liquide, et on peut le séparer par la filtration ou par simple décantation. S'il est soluble dans l'éther, il faut reprendre soit le résidu alcoolique, soit le liquide éthéré, par un dissolvant spécial des bases organiques, l'acide acétique, par exemple, et précipiter ultérieurement la base cherchée par l'ammoniaque. Dans ce dernier cas, le chimiste se guidera d'après la nature et les propriétés connues des corps qu'il s'agit d'isoler ou de découvrir. Je ne décris ici qu'une méthode générale d'analyse, méthode essentiellement applicable à la séparation et à la détermination des espèces en chimie organique.

J'ai mêlé à 100 grammes de matière animale un seul grain ou cinq centigrammes de morphine, de strychnine, de brucine, et en opérant comme il vient d'être dit, j'ai pu retirer du mélange, et à l'état de pureté absolue, des quantités pondérables de chacun de ces principes immédiats toxiques.

Au lieu de strychnine, de morphine, de brucine, j'ai ajouté aux matières animales de l'opium brut, du laudanum, une décoction de noix vomique ou de fausse angusture, et j'ai pu de même isoler définitivement, et à l'état pur, les principes immédiats toxiques sur lesquels se portaient mes recherches.

J'ai fait plus : pour m'assurer que le procédé était d'une application directe et sûre à la toxicologie légale, j'ai empoisonné des animaux avec les plus faibles doses possibles d'opium et de morphine, de noix vomique et de strychnine, de fausse angusture et de brucine, et il m'a été possible de retrouver le poison dans les matières de l'estomac et des intestins, et quelquefois même dans les organes où il avait été entraîné par l'absorption.

Dans une expérience spéciale, j'ai mêlé intimement 2 grains ou 10 centigrammes de morphine à 100 grammes de chair, et j'ai abandonné les matières à la putréfaction pendant deux mois. Au bout de ce temps, et en opérant toujours par la méthode indiquée, j'ai retrouvé plusieurs centigrammes de morphine dans le détritus animal.

Conclusion. — Des recherches et expériences relatées dans cet extrait, il résulte donc :

1° Qu'il n'est pas impossible de retrouver les principes immédiats organiques toxiques dans les cas d'empoisonnements criminels ;

2° Que ces principes peuvent être retrouvés, soit sur les points avec lesquels ils ont été mis en contact, soit dans les organes où ils ont été portés par l'absorption ;

3° Qu'une putréfaction, même avancée, des matières animales auxquelles ils ont été mêlés, n'en entraîne pas infailliblement la destruction ou la décomposition.

Ainsi, s'il m'est permis de reproduire, sous forme de conclusion, la proposition émise à la première page de cet extrait :

Les poisons organiques, de même que les poisons inorganiques, sont des matières inassimilables ;

Ils pénètrent dans l'organisme par absorption ;

Ils agissent sur l'économie par *action de présence*, et se retrouvent par conséquent dans les organes de la victime après la mort.

Discussion sur l'application du seigle ergoté dans l'art obstétrical.

M. Villeneuve a rédigé une note qu'il ne peut venir lire lui-même et dont M. le secrétaire donne lecture. Voici en résumé ce qu'elle contient :

Sur les 7 cas dans lesquels M. Maslieurat a administré le seigle ergoté, dit M. Villeneuve, les 6 premiers ont pour sujet des femmes de 22 à 25 ans, dont quelques-unes en travail depuis 36, 40 et même 48 heures, avec présentation de la tête, étaient sans douleurs depuis 7, 8 et même 10 heures. La dose de seigle ergoté qu'il leur a administrée a été de 1 à 2 grammes, souvent donnée en deux fois et à une certaine distance. La femme chez laquelle ce moyen a eu l'action la plus prompte a été délivrée au bout d'une demi-heure. Chez les autres, il n'aurait agi qu'au bout de 3 à 6 heures. Aucune de ces femmes n'a éprouvé le moindre inconvénient et toutes ont donné le jour à des enfants bien portants.

L'effet de ce moyen, excepté dans un seul cas, a été généralement tardif, et tellement, qu'on peut douter qu'il ait eu une action dans la plupart des autres cas, puisque la délivrance ne s'est opérée qu'au bout de plusieurs heures de l'administration qui en a été faite. D'ailleurs, aucun des enfants dont les mères avaient pris du seigle ergoté n'en a éprouvé de mauvais effets.

Quant à la septième observation rapportée par M. Maslieurat, celle où il s'agit d'une rupture de la matrice survenue après une administration du seigle ergoté, M. Villeneuve s'étonne que M. Maslieurat accuse le seigle ergoté de ce malheur, et il déclare s'en constituer le défenseur. Il rappelle que cette femme faible, habituellement souffrante, en travail depuis quarante-huit heures, n'en a éprouvé que de très-légers effets, et que les quelques faibles douleurs qui sont survenues n'ont pas eu plus d'intensité que celles qui avaient eu lieu spontanément. Il y a donc loin de là à ces douleurs vives, incessantes, qui résultent souvent de l'administration de l'ergot, et durant lesquelles l'utérus, en quelque sorte surminé, reste dans un état de contraction permanente. Et pourtant personne n'a vu survenir, durant ce summum d'action, la déchirure de l'organe ainsi surexcité. Tous les auteurs qui ont parlé des ruptures spontanées de l'utérus, pendant la parturition, établissent qu'elles sont dues surtout à une perte de consistance, à une altération générale ou partielle des parois de l'organe. Or, n'est-on pas en droit de croire, dans le cas présent, à une préexistence d'une pareille altération ? C'est ce que M. Villeneuve croit pouvoir déduire des faits à lui connus et des citations des auteurs qui prouvent que cet accident n'est pas très-rare. D'ailleurs, cet accident fût-il très-rare, du moment où il est démontré que la rupture de l'utérus peut avoir lieu spontanément et dans des circonstances diverses, pourquoi cette femme qui en réunissait quelques-unes n'en aurait-elle pas été atteinte comme tant d'autres qui n'avaient pas pris d'ergot ?

Passant ensuite au travail du rapporteur, M. Villeneuve s'étonne que M. Depaul préfère le forceps au seigle ergoté, lorsque, par suite d'une trop longue inertie de l'utérus, on ne peut plus s'attendre à une délivrance spontanée. Il croit dans ces cas, avec la plupart des auteurs, à la supériorité du seigle ergoté.

D'après tout ce que je viens de dire, dit en terminant M. Villeneuve, je suis le partisan de l'emploi obstétrical du seigle ergoté donné seulement, bien entendu, dans les cas qui en permettent l'usage et que saura toujours apprécier tout praticien instruit et judicieux.

M. Depaul. Je regrette que notre très-honorable collègue, *M. Villeneuve*, ne soit pas présent à la séance. J'aurais été heureux de lui dire, en réponse à l'allusion par laquelle il a cru devoir faire précéder la communication qu'il vous a adressée, à l'occasion de mon rapport sur le travail de M. Maslieurat, qu'il s'est entièrement mépris sur mes habitudes scientifiques.

Personne, plus que moi, n'est disposé à reconnaître l'autorité de son expérience. Je sais toute la déférence qui est due à son caractère et à une longue carrière, si honorablement parcourue ; aussi peut-il être sûr qu'il ne m'en coûterait nullement de modifier mes opinions, et d'accepter celles qu'il défend depuis si longtemps, si elles ne me paraissaient contraires à ce qu'une observation rigoureuse, d'accord d'ailleurs avec le raisonnement, m'a appris devoir être la base d'une bonne pratique.

Je maintiens donc sans réserve, à l'égard du seigle ergoté, les propositions consignées dans mon rapport, et je demande à l'Académie la permission de lui montrer que les arguments de notre collègue ne sont pas de nature à diminuer leur valeur.

La discussion actuelle n'a rien de commun avec celle qu'il a déjà soutenue, il y a longues années (1831), dans cette même enceinte, contre *M. Capuron*. Ce savant et regrettable confrère refusait à l'ergot de seigle toute espèce d'action sur la contractilité de la matrice, et l'on sait que, sous ce rapport, rien n'a pu ébranler ses convictions. Il est resté seul de son opinion jusqu'à son dernier jour. Je crois, au contraire, avec tous ceux qui ont examiné, sans idée préconçue, que cette action est incontestable dans le plus grand nombre des cas, et c'est précisément dans l'étude attentive des phénomènes qui la caractérisent, que je trouve le motif de la réserve qu'il faut mettre à la faire intervenir.

Quoique la manière d'agir de ce médicament soit aujourd'hui généralement connue, j'ai besoin de la rappeler en peu de mots ; car c'est par elle que je me propose de démontrer, contrairement à la manière de voir de *M. Villeneuve*, que le seigle ergoté peut devenir funeste pour la mère, et surtout pour l'enfant, même dans les cas où l'on ne s'est pas écarté des règles, d'ailleurs si judicieuses, consignées par lui, dès 1827, dans une excellente monographie.

L'utérus, comme chacun sait, possède deux espèces de contractilités bien distinctes : l'une connue sous le nom de contractilité organique, a pour caractère d'être intermittente, de s'accompagner d'une douleur plus ou moins vive, et pour but de vaincre des résistances diverses qui s'opposent à l'expulsion de l'œuf, en commençant par celle que la nature a placée à l'orifice utérin ; l'autre, qu'on désigne sous le nom de contractilité de tissu, et qui n'est qu'une propriété de rétraction, en vertu de laquelle les parois utérines reviennent sur elles-mêmes, à mesure que la cavité de l'organe se débarrasse des différentes parties qui constituent l'œuf humain.

Or, pour que cette expulsion se fasse sans danger, soit pour la mère, soit pour l'enfant, il faut que cette double propriété s'exerce avec une certaine régularité, et dans des limites qu'on retrouve, en effet, chez la plupart des femmes. Mais on peut voir déjà, dans l'étude attentive de ce qui se passe dans ces cas réguliers, la preuve de ce que peuvent produire de fâcheux l'exagération ou la diminution de l'une ou l'autre de ces propriétés contractiles. Si on examine surtout ce qui est relatif à l'enfant, il est facile de voir que même alors il est entouré de dangers, auxquels il n'échappe que parce qu'ils sont de courte durée et séparés par des intervalles suffisamment longs, pour que les circulations utérine et utéro-fœtale aient le temps de reprendre leur régularité complète. C'est dans les résultats fournis par l'auscultation qu'on trouve la preuve de ce que j'avance,

et l'Académie doit être fière de devoir à un de ses membres, *M. de Kerkaradec*, l'un des premiers travaux relatifs à cette utile application de la découverte de *Laënnec*.

Si on applique l'oreille, et surtout le stéthoscope, sur l'utérus d'une femme en travail et dans le moment de la contraction, on est généralement frappé des modifications que subit le souffle utérin; il change de timbre, s'affaiblit et disparaît même le plus souvent, pour reparaître lorsque les parois de la matrice redeviennent souples et dépressibles. C'est là une preuve des changements temporaires apportés dans la circulation utérine.

Si, dans les mêmes conditions, on recherche ce que devient la circulation fœtale, voici ce qu'on observe en général. Les battements du cœur qu'on venait de trouver forts et réguliers, et avec leur fréquence normale, commencent habituellement par devenir plus précipités, puis ils s'affaiblissent et se ralentissent quelquefois, jusqu'à disparaître entièrement pendant quelques secondes, pour reprendre bientôt, lorsque la contraction a cessé, leur rhythme régulier. Les mêmes phénomènes se produisent, avec une intensité variable, pendant toute la durée du travail qui, enfin, se termine en général, grâce aux temps de repos dont j'ai parlé, par la naissance d'un enfant vivant.

Mais, lorsque l'utérus se contracte sous l'influence du seigle ergoté, les conditions sont bien différentes et les dangers bien plus pressants. Cet agent n'augmente pas seulement l'intensité de la contractilité organique, il en rapproche les manifestations, et de plus il a une action des plus évidentes sur la contractilité de tissu; de telle sorte que, dans beaucoup de cas, il n'y a pour ainsi dire plus un instant de repos. Les circulations utérine et utéro-fœtale se trouvent, d'une manière presque permanente, soumises à la fâcheuse influence dont j'ai parlé. Qu'on examine l'utérus, même dans l'intervalle des douleurs, on le trouvera dur et fortement rétracté. Si quelque chose étonne, c'est que le nombre des enfants qui naissent morts ne soit pas plus considérable. Au reste, cet état particulier, ordinairement créé par le seigle ergoté, mais qui n'est pas constant, peut se produire quelquefois spontanément et conduire à des résultats analogues.

J'en ai dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre comment la vie du fœtus pouvait être compromise, surtout si vous ajoutez que, dans l'état de rétraction où se trouve l'utérus, le placenta et le cordon sont exposés à des compressions plus directes. Voilà la véritable explication de la mort des enfants dans les cas dont je parle, et je ne pense pas qu'il faille faire intervenir une compression exercée directement par les parois utérines sur le fœtus, et qui, seule, en dehors de toute autre influence, serait capable de le tuer en suspendant d'une manière mécanique les battements de son cœur.

A l'époque où M. *Villeneuve* publia ses premières recherches sur l'emploi du seigle ergoté, l'auscultation n'avait pas encore été appliquée à l'obstétrique, et je comprends qu'il n'ait pas pu tirer parti des résultats importants qu'elle fournit; mais aujourd'hui qu'en France, qu'en Allemagne, en Angleterre et presque partout, elle a été l'objet de recherches nombreuses et de travaux importants, il n'est plus possible de ne pas la faire intervenir dans la question qui nous occupe. Elle seule peut donner des notions exactes sur l'état de l'enfant; et aujourd'hui, on peut avancer hardiment que le toucher et l'auscultation sont deux modes d'investigation d'une égale importance qu'il faut faire intervenir dans tous les accouchements, si on veut convenablement remplir sa mission, en veillant avec une égale sollicitude sur la vie de la mère et sur celle de l'enfant.

En disant que l'action du seigle ergoté ne dure pas au delà d'une heure et demie, notre honorable collègue ne détruit en rien la valeur des observations qui précèdent. Ce temps est plus que suffisant pour placer l'enfant dans les conditions les plus graves et même pour le tuer. Une demi-heure, quelques minutes suffisent dans certains cas. Je sais bien que M. Maslieurat a pu le donner six fois chez des femmes qui étaient primipares, et que chez toutes l'accouchement s'est fait sans accidents pour la mère et pour l'enfant. Je connais encore un bien plus grand nombre de faits dans lesquels le résultat a été tout aussi favorable. Mais les cas heureux publiés par les divers auteurs seraient encore trois fois plus nombreux que je n'en persisterais pas moins dans ma prudente réserve; et je ne vois pas pourquoi, puisqu'il y a danger réel dans un certain nombre de cas, et puisqu'on peut le conjurer en s'adressant à un autre moyen, on ne prendrait pas ce dernier parti.

Mais si je n'admets pas que le seigle ergoté soit inoffensif pour l'enfant, même quand il n'est administré que dans les conditions qui ont été si bien précisées par notre collègue, je ne puis être davantage de son avis quand il le regarde comme ne pouvant avoir aucune influence fâcheuse sur la mère. Il se trompe évidemment, quand il déclare que nul n'a vu la rupture de la matrice se produire par l'effet de ce médicament. Quoi qu'il en ait dit, la 7e observation de M. Maslieurat me paraît avoir encore conservé toute la valeur que j'ai cherché à lui donner. On peut bien dire qu'on a vu souvent la matrice se déchirer sans que de la poudre d'ergot eût été donnée; que certaines femmes sont plus exposées, par leur état général et par l'état particulier de leur utérus, à ce terrible accident : cela est vrai et je ne le conteste pas; mais cela n'empêche pas que l'action du seigle ergoté ne puisse devenir la cause déterminante; et encore ici le raisonnement est d'accord avec les faits.

En laissant de côté tous les cas dans lesquels le seigle ergoté a été intempestivement administré, dans lesquels il y avait quelque vice de conformation ou une présentation vicieuse, et ceux dans lesquels un col rigide était à peine dilaté, je pourrais en citer plusieurs où, dans des conditions en apparence favorables, le même accident s'est produit. Je me contenterai de rappeler succinctement les deux suivants :

Je fus appelé, il y a quelques mois, dans un village voisin de Paris, pour voir une dame déjà mère de deux enfants dont elle était accouchée à terme très-heureusement. Elle était à la fin d'une troisième grossesse, et en travail depuis 22 ou 23 heures, lorsqu'on me fit demander. La tête se présentait en grande partie engagée dans l'excavation pelvienne. Le col était souple et déjà assez grandement ouvert. Les contractions, après avoir été énergiques, se ralentirent, et ce fut dans la prévision d'une application de forceps qu'on pensait pouvoir être nécessaire, qu'on avait réclamé ma présence. En attendant mon arrivée, le confrère qui était près de cette dame crut devoir administrer deux grammes de seigle ergoté qui ranimèrent les contractions et les rendirent presque continuelles. Après environ 40 minutes de leur action, elles se suspendirent de nouveau et on vit apparaître les phénomènes généraux les plus graves. La force s'altéra profondément; le pouls devint petit, extrêmement fréquent; la respiration pénible, etc. J'arrivai sur ces entrefaites, et il me fut facile de soupçonner, avant d'avoir touché, l'accident qui s'était produit. La tête ne fut plus trouvée dans l'excavation; mais mon doigt reconnut une large ouverture sur la face antérieure de l'utérus, à travers laquelle la tête et une partie du tronc avaient passé dans la cavité péritonéale. J'introduisis la main et pus faire la version sans trop de difficulté. L'enfant était mort; la mère succomba quelques heures après. Elle était d'une constitution robuste et d'une santé habituellement bonne.

Il y a quelques semaines à peine, j'ai eu occasion de voir un cas à à peu près semblable chez une pauvre femme de la rue Saint-Jacques, qui portait une déviation considérable de la colonne vertébrale, mais qui avait un bassin plutôt large qu'étroit, et qui était accouchée une première fois à terme sans difficulté. La sage-femme qui l'assistait, trouvant que les choses ne marchaient pas assez vite, quoiqu'il y eût à peine quelques heures que le travail était commencé, fit prendre 2 grammes de seigle ergoté; la dilatation du col ayant alors environ 3 centimètres de diamètre. Bientôt l'utérus devint dur et tendu avec des exacerbations fréquentes, mais une heure après il s'affaissa, cessa de se contracter, et l'on vit apparaître tous les autres phénomènes qui caractérisent les ruptures de cet organe. Appelé dans ces circonstances, je trouvai une perforation énorme de la paroi postérieure et s'étendant jusqu'au col; une grande partie de l'enfant avait passé dans le péritoine. La version offrit quelques difficultés, cependant je parvins à extraire un enfant mort assez volumineux. Quelques heures après, une grande partie du paquet intestinal s'échappa à travers la plaie et jusqu'au dehors de la vulve. J'en fis la réduction assez difficilement, mais la malade succomba dans la soirée.

Voyons maintenant si, quand l'utérus est sous l'influence du seigle ergoté, on ne peut pas se rendre compte de l'accident dont il s'agit : il est évident qu'une compression même modérée, si elle est permanente et prolongée, peut amener, chez certaines femmes, une altération, une désorganisation plus ou moins avancée dans le tissu comprimé, et que sous l'influence de cette altération, des perforations et des ruptures pourront se produire à l'occasion de causes très-variables et des simples contractions utérines en particulier. Eh bien! j'ai fait voir que tel était précisément le résultat du médicament dont il est question; l'utérus fortement rétracté, et en général d'une manière permanente, subit, de la part de l'enfant qui tend à être expulsé, des pressions plus fortes en certains points que dans d'autres, et peut ainsi être partiellement altéré dans sa consistance.

Par tout ce qui précède et par beaucoup d'autres considérations que je ne puis développer, pour ne pas abuser des instants de l'Académie, je me crois autorisé à maintenir la proposition suivante de mon rapport qui a paru beaucoup trop radicale à notre collègue : « A part les indications qui naissaient de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de la suppression complète du seigle ergoté. »

Il est d'ailleurs un moyen qui peut le remplacer dans la plupart des cas, et sur l'appréciation duquel je regrette de me trouver encore en désaccord avec M. *Villeneuve*. Je veux parler de l'application du forceps. Il nous a fait un tableau un peu exagéré de l'effroi que l'annonce de cette petite opération, ordinairement si simple dans les cas où on pourrait songer au seigle ergoté, jetait dans les familles et l'esprit des patientes. A part quelques très-rares exceptions, on peut dire qu'il est très-facile de la faire accepter.

Tout cela dépend un peu de la confiance qu'on inspire, de la manière dont on s'y prend, du calme et de la simplicité avec laquelle on procède aux quelques préparatifs qui sont nécessaires. Une application de forceps, quand le col est complétement dilaté et la tête profondément engorgée, est en général facile et peu douloureuse. Elle permet d'extraire l'enfant dans un espace de temps fort court, et ne compromet que très-rarement, entre des mains habiles, soit la vie de l'enfant, soit la santé de la mère. Je n'hésite donc pas à répondre à la question qui m'a été si directement adressée par notre collègue. Oui, dans un cas où je pourrais songer au seigle ergoté ou au forceps, je donnerais la préférence à ce dernier, car j'ai la conviction qu'il est moins dangereux.

Mes recherches sur l'auscultation m'ont depuis longtemps conduit à établir, qu'avant de prendre un parti, il fallait s'assurer de l'état de la circulation fœtale, et repousser *constamment* le seigle ergoté lorsque celle-ci avait déjà subi quelques troubles notables ; que, dans les circonstances rares où il pourrait y avoir quelque avantage à préférer la poudre d'ergot, il fallait, après l'avoir administrée, se livrer à de fréquentes explorations avec le stéthoscope, et se tenir prêt à faire intervenir le forceps dès qu'on aurait bien apprécié certaines modifications dans les battements du cœur fœtal. Je crois donc que notre collègue a tort de vouloir dissiper les scrupules, salutaires à mon sens, qui sont nés dans l'esprit de *M. Maslieurat*. Lorsque, dans les conditions dont nous parlons, on a donné du seigle ergoté, il est du devoir du médecin de ne plus quitter la femme et d'exercer une surveillance indispensable.

M. Cazeaux. Je regrette vivement que deux mois se soient écoulés depuis la lecture du rapport de M. Depaul, car l'Académie a probablement oublié tout ce que ce travail contenait de remarquable, et moi-même, qui avais demandé la parole, je me souviens à peine des points sur lesquels je voulais fixer l'attention, et pourtant les observations de M. Lagemard et les judicieuses remarques dont M. Depaul les avait fait suivre, étaient de nature à soutenir une discussion pleine d'intérêt.

Je partage à peu près toutes les opinions de M. le rapporteur. Il en est une, cependant, qui vient de me rappeler la lettre de M. Villeneuve, et sur laquelle je demande à l'Académie la permission de faire quelques observations.

Je pense, comme M. Depaul, qu'on a singulièrement abusé du seigle ergoté, et, grâce à cet abus, ce médicament me semble avoir été beaucoup plus nuisible qu'utile dans la thérapeutique obstétricale. Cependant, ce n'est pas une raison pour être aussi absolu que l'a été M. le rapporteur, et pour le proscrire à peu près complétement de la pratique. Il est un cas, en particulier, dans lequel, contrairement à l'avis de M. Depaul, je le crois éminemment utile. La résistance du périnée devient assez souvent, on le sait, une cause de dystocie. Dans ces cas, et quel que soit d'ailleurs l'état des contractions utérines, notre collègue préfère l'application du forceps à l'administration de l'ergot de seigle : je ne saurais admettre complétement cette opinion.

Lorsque la tête du fœtus est ainsi arrêtée sur le périnée, depuis un temps assez long, pour inspirer à l'accoucheur quelques craintes sérieuses, il est très-important, avant de prendre un parti, de faire bien attention à l'état des contractions. Ou bien, en effet, malgré la lutte qu'il a eu à soutenir, l'utérus conserve encore toute son énergie primitive, et les contractions sont encore ce qu'elles étaient au début. Ou bien, épuisé par une résistance trop opiniâtre, l'organe s'est peu à peu affaibli, les contractions, d'abord énergiques, sont languissantes, faibles et séparées par de longs intervalles. Gardez-vous, dans le premier cas, de donner le seigle ergoté, car c'est alors qu'il pourra avoir pour la mère, et surtout pour l'enfant, toutes les conséquences fâcheuses dont notre collègue a si bien indiqué le mécanisme. La matrice fait évidemment tout ce qu'elle peut faire, et ce serait folie que de chercher à augmenter son action. Bien probablement, elle serait encore impuissante à vaincre une difficulté qui ne tient pas seulement à la résistance du périnée, mais aussi à la flexion exagérée de la tête. C'est ici au forceps qu'il faut de suite avoir recours.

Mais il n'en est pas de même dans le second cas. Le périnée ne résiste peut-être que parce que les forces sont trop affaiblies, et on a toute raison de penser qu'en réveillant leur énergie première, elles suffiront à la terminaison du travail. C'est ce qu'on observe dans bien des cas,

Je ne me dissimule pas, pourtant, que dans quelques autres, les contractions, après l'administration du médicament, sont encore inefficaces, et l'accoucheur est obligé d'avoir recours au forceps. Mais je m'empresse d'ajouter que, même dans ce dernier cas, on a sagement fait d'administrer l'ergot avant d'appliquer le forceps. Eût-on pu prévoir l'insuccès du médicament, on eût dû encore le faire prendre à la malade. Il permettra, en effet, à l'accoucheur, d'opérer dans des conditions beaucoup plus favorables. Avant lui, en effet, l'utérus était dans une inertie incomplète, et la terminaison immédiate du travail exposait la femme à une inertie complète et à toutes les conséquences fâcheuses qu'elle peut entraîner. Avant lui, le dégagement de la tête par le forceps eût été facile, sans doute, mais celui des épaules, auquel l'utérus inerte serait resté étranger, eût offert les difficultés et entraîné des lenteurs très-préjudiciables à l'enfant : avant lui, enfin, les tractions faites à l'aide du forceps n'auraient pas été aidées par l'action de la matrice, l'accoucheur aurait eu aussi beaucoup plus de peine, et les compressions, alors inévitables, auraient pu être plus fâcheuses.

L'administration préalable du seigle ergoté me paraît prévenir tous ces dangers. En réveillant toute l'énergie de la matrice, il vient en aide aux efforts de l'accoucheur qui se borne alors à diriger la tête plutôt que de pratiquer sur elle de fortes tractions : il rend beaucoup plus facile le dégagement des épaules qui, probablement, s'opérera spontanément : enfin, il prévient presque sûrement l'inertie consécutive à l'accouchement, inertie à laquelle vous auriez été exposé, si vous aviez désempli l'organe avant d'avoir ranimé sa contractilité organique.

Pour toutes ces raisons, je crois donc très-utile l'emploi du médicament, dans ce cas particulier, et je pense que M. le rapporteur a été un peu trop absolu, en disant qu'on peut toujours lui substituer le forceps avec avantage.

M. Depaul. Je n'ai presque rien à répondre aux observations que vient de présenter *M. Cazeaux;* car elles sont la confirmation et le développement des opinions que j'ai cherché à faire prévaloir. Je ne suis pas étonné qu'il les ait un peu oubliées; six ou sept semaines ont séparé la lecture de mon rapport de la discussion; d'ailleurs, dans un travail où j'avais à m'occuper de questions si diverses et si importantes, je devais me borner à indiquer les points principaux, et j'ai eu soin de faire remarquer que je n'avais pas eu l'intention de traiter, d'une manière complète, de l'emploi du seigle ergoté, pas plus que de l'opération césarienne ou des autres questions soulevées dans le mémoire de *M. Maslieurat;* mais je suis complétement de son avis, en ce qui touche l'utilité du seigle ergoté, comme moyen préventif de certaines hémorrhagies. J'ai réservé ces cas, quand j'ai dit que je mettais hors de cause les fausses couches et les hémorrhagies.

Dans un autre rapport que j'ai eu l'honneur de lire l'année dernière devant l'Académie et où je m'occupais surtout de certaines hémorrhagies, j'ai été plus explicite encore, puisqu'on peut y lire la phrase suivante : « Peut-être même conviendrait-il de poser en principe que son administration (du seigle ergoté) devrait toujours avoir lieu peu d'instants avant la terminaison du travail. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le jury du concours pour les chirurgiens du bureau central des hôpitaux est enfin constitué, après avoir été modifié beaucoup plus encore que nous ne l'avions prévu. Il se compose de : MM. Cullerier, Roux, Maisonneuve, Huguier et Cazalis, *juges;* et de MM. Richet et Moissenet, *suppléants.*

— L'administration des hôpitaux a fait procéder, mardi dernier, à la distribution des prix des internes en pharmacie. Voici les noms des lauréats :

Prix de la 1re division. — Médaille d'argent : M. Roussel (Louis-Charles-Désiré).

Accessit (livres) : M. Henry (Emmanuel-Ossian).

Mentions honorables : M. Memminger (Frédéric-Guillaume).

Prix de la 2e division : M. Mathieu-Sicaud (Emmanuel).

Accessit (livres) : M. Dunaud (Alexandre).

Mentions honorables : MM. Hottot (Ernest-Louis), et Cohade (Achille-Joseph-Adrien).

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui prendront un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 38. 1re année. Mardi 29 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : La syphilisation à l'Académie royale de Turin. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HOPITAL DE LA PITIÉ. M. VALLEIX. Leçon clinique sur un cas de purpura hemorrhagica terminé par la mort, par A. H. Margerie. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 28 mars 1853.

En rendant compte de la leçon d'ouverture du cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, nous avions cru voir dans le discours de M. le professeur Trousseau des attaques directes non-seulement contre des doctrines, mais contre des personnes qui nous sont chères ; la vivacité de l'attaque expliquait la vivacité de la réplique. Depuis lors, des médecins en qui nous avons toute confiance nous ayant assuré que nous nous étions mépris sur la pensée de M. Trousseau, nous sommes heureux de ce témoignage et nous l'acceptons pleinement. Aussi, tout en réservant les questions de doctrine, nous repoussons comme loin de nos intentions ce qu'on a regardé à tort comme une personnalité blessante. En combattant vivement les principes que nous croyons avoir été professés par M. Trousseau, nous n'avons jamais entendu dépasser les limites de la critique scientifique et porter atteinte au caractère ou à l'honorabilité de ce professeur.

H. DE CASTELNAU.

La syphilisation à l'Académie royale de Turin.

A Monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur le rédacteur,

Je vous ai laissé sous l'impression d'un fait qui, à lui seul, serait presque suffisant pour faire juger la syphilisation ; mais la continuation de la lecture du rapport de la commission, de même que ce qui avait précédé, nous a montré que ce fait était loin d'être le seul.

Dans l'article 12, auquel nous nous étions arrêtés, la commission a étudié la marche, la durée et la terminaison de différents cas de syphilis secondaire et tertiaire traités par la syphilisation. Ces cas, abstraction faite des tubercules muqueux et des excroissances, étudiés dans le précédent article, sont au nombre de 28, que le rapporteur a exposés dans tous leurs détails ; je vous en transmets les principaux.

A. Chancres secondaires. — M. Sperino avait annoncé dans son discours que de vastes *chancres secondaires* du pharynx, même des chancres serpigineux du genou s'étaient promptement cicatrisés après la cinquième inoculation, et qu'il était aussi parvenu, par cette pratique, à calmer des douleurs ostéocopes. A cette assertion, la commission répond :

1° Que, dans les sept cas de chancres secondaires qu'elle a observés, la syphilisation n'a pas été seule employée, mais qu'en même temps il a été fait usage, soit des méthodes curatives générales ou locales communes, soit du traitement spécifique ;

2° Que, dans aucun de ces cas, la guérison n'a été prompte ;

3° Que, dans trois cas, les chancres persistaient après plusieurs mois, quoique les inoculations fussent déjà nombreuses, et qu'ils ne se cicatrisèrent qu'après l'usage de la médication iodée ou mercurielle ;

4° Que, dans deux cas, on a vu les chancres s'étendre, ainsi que des chancres serpigineux, malgré la syphilisation, tandis que les méthodes ordinaires triomphèrent de la maladie dans l'un et l'autre cas ;

5° Que la durée moyenne des chancres secondaires et serpigineux a été de 10 mois, et que le nombre moyen de chancres inoculés, avant la guérison des premiers, a été de 45.

B. Syphilides. — M. Sperino avait annoncé que la syphilisation faisait disparaître *assez vite* les syphilides. La commission a observé 10 cas de ces affections. Deux de ces cas (syphilis serpigineuse de la face) prirent cette forme après deux mois de syphilisation ; puis, ils durent être traités avec les méthodes ordinaires.

— Un cas très-léger de *corona veneris* exigea, pour guérir, *quatre* mois de temps et 37 chancres d'inoculation. Dans quatre cas de syphilide tuberculeuse, voici ce que le rapport de la commission relate : Chez une malade, la syphilisation n'empêcha pas la réapparition des tubercules ; chez une seconde malade, qui succomba, la syphilisation portait un tel dommage à l'économie, qu'on fut obligé de la suspendre avant la mort ; chez une troisième malade, la syphilide disparut, mais après avoir persisté pendant plusieurs mois, et après qu'on eut administré à la malheureuse patiente 141 chancres ; enfin, dans le quatrième cas, la maladie empira constamment pendant la syphilisation ; on arriva jusqu'au 100e chancre d'inoculation ; à ce moment, il se manifesta une congestion phlogistique du foie avec ictère, et ce fut pendant le traitement dirigé contre cette complication que la syphilide disparut. L'influence de la méthode antiphlogistique s'est montrée d'une manière plus prononcée encore dans un cas de syphilide populo-squammeuse, dans lequel une pneumonie s'étant développée pendant qu'on pratiquait sans succès la syphilisation, la maladie guérit avec la pneumonie, traitée par les moyens usités en pareils cas. Chez une malade atteinte de syphilide squammeuse, la syphilisation fut obligée de se déclarer impuissante ; la maladie alla constamment en s'aggravant, et la patiente quitta l'hôpital dans un état squelettique.

Enfin, le dernier cas de syphilide est celui qui met, en quelque sorte, le plus fortement en évidence l'impuissance de la syphilisation. C'est dans ce cas que la malade, atteinte d'une syphilide populo-pustuleuse singulière, subit 577 inoculations dont 163 donnèrent lieu à des chancres; les pustules, non-seulement ne disparurent pas, mais elles devinrent plus graves et plus abondantes, et il s'y joignit des tubercules vénériens à la vulve, dont il n'existait pas de traces à l'entrée de la malade dans l'hôpital. C'est alors qu'on employa, pendant trois mois, les iodiques et les mercuriaux combinés, et la malade guérit complétement.

Dans dix cas d'altérations diverses du tissu osseux, la syphilisation se montra complétement impuissante; tous guérirent ensuite avec les moyens ordinaires employés, soit concurremment, soit consécutivement à la syphilisation. Je crois devoir vous transmettre les conclusions de la commission sur ce point important.

1° La syphilisation, non-seulement ne guérit pas les douleurs ostéocopes qui existaient déjà, mais elle n'empêcha ni leur aggravation, ni leur retour dans des parties qu'elles avaient déjà occupées, ni leur envahissement sur des parties jusque-là respectées, ni enfin la production d'altérations manifestes du tissu osseux.

2° Les périostites et les périostoses ne furent nullement influencées en bien, et elles continuèrent leur marche et déterminèrent la nécrose et la carie, malgré les inoculations.

3° Les remèdes antisyphilitiques ont guéri toutes ces affections, que la syphilisation n'avait pu modifier.

La même inefficacité de la syphilisation a été observée dans *deux* cas d'adénites profondes, dans *trois* cas d'alopécie et dans *un* cas d'iritis. Tous ces faits, exposés dans tous leurs détails par le rapporteur, ont produit une vive sensation dans l'assemblée.

L'article 13 est une sorte de résumé général, dans lequel le rapporteur établit la comparaison entre les méthodes générales de traitement de la syphilis et la prétendue méthode nouvelle. Après avoir établi en principe qu'une méthode, pour être proclamée supérieure aux autres, doit posséder les trois avantages de produire des guérisons plus *sûres,* plus *rapides* et plus *durables*, il rappelle les faits suivants, observés par la commission dans les cas traités par la syphilisation.

Durée moyenne des *chancres primitifs : huit* mois;

Des *bubons : sept* mois;

Des *tubercules muqueux : cinq* à *six* mois;

Des *chancres secondaires : dix* mois;

Des *syphilides* et autres accidents secondaires : *sept* à *huit* mois;

Des *accidents tertiaires* divers : *douze* mois.

Or, à ces chiffres, outre l'expérience de chacun, le rapporteur oppose ceux qui ont été publiés par le docteur Liljovach, premier médecin du roi de Suède, et qui se trouvent consignés dans les tables statistiques du grand hôpital militaire de Stockholm, lesquelles comprennent les observations des malades traités pendant une période de vingt années, de 1822 à 1841 inclusivement.

Dans ces tables, comprenant le résumé de 4361 maladies syphilitiques diverses, et traitées les unes par la méthode mercurielle, les autres par des moyens ordinaires, on trouve, en s'en tenant aux faits observés pendant les cinq dernières années seulement, les résultats suivants :

Dans 2052 cas de syphilis de toute nature, la durée moyenne a été de 43 jours, et le nombre de récidives de 90.

En distinguant, dans les trois dernières années, les maladies primitives des maladies secondaires, et faisant les trois catégories suivantes : 1° *symptômes de maladies primitives* (438 cas); 2° *formes primitives proprement dites* (711 cas); 3° *formes secondaires* (98 cas); on trouve que 670 malades ont été traités par les rafraîchissants; 459 par ces moyens associés à d'autres, les mercuriels exceptés; enfin, dans 118 cas seulement, on a fait usage du mercure.

La durée moyenne a été celle-ci :

1° Symptômes de maladies primitives : *vingt-cinq* (25) jours;

2° Formes primitives proprement dites : *cinquante et un* (51) jours;

3° Symptômes secondaires : *soixante-quatorze* (74) jours.

Vingt-six récidives seulement furent observées pendant ces trois ans.

Le rapporteur a encore établi des comparaisons avec d'autres statistiques dressées en Italie et en Angleterre, et qui toutes donnent des résultats non moins défavorables à la syphilisation. Les conclusions générales, tirées par la commission, de tous ces faits sont trop faciles à deviner pour qu'il soit nécessaire de les reproduire.

L'article 14 du rapport se compose d'un tableau récapitulatif qui permet d'embrasser, dans un seul coup d'œil (1), le résumé de tous les faits observés par la commission. On y voit que sur 54 cas de maladies syphilitiques diverses, 45 malades figurent parmi les guéries, 6 parmi les non guéries et 3 parmi les mortes. Des 45 guéries, 31 étaient atteintes de symptômes primitifs seuls ou accompagnés d'accidents secondaires: 14 étaient atteintes de symptômes secondaires ou tertiaires existant ensemble ou séparément. Des 6 cas non guéris, 2 appartenaient aux symptômes primitifs seuls (chancres), et les 4 autres à des accidents primitifs, secondaires et tertiaires réunis. Les 3 malades qui ont succombé étaient atteintes toutes les trois d'accidents secondaires et tertiaires.

Là se termine, monsieur le rédacteur, la première partie du rapport consacrée à l'étude des 54 cas observés par la commission. Dans la seconde partie, le rapporteur étudie la syphilisation considérée comme moyen préventif, et examine le principe fondamental de cette prétendue méthode. Je vous adresse ci-joint un résumé de cette partie du rapport. X...

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Valleix.

Leçon clinique sur un cas de purpura hemorrhagica terminé par la mort.

Le malade qui va faire aujourd'hui l'objet principal de notre entretien était couché au n° 35 de la salle Saint-Raphaël. Il était arrivé à l'âge de 30 ans, il présentait les apparences d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin. Il avait joui constamment d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 25 ans; à partir de cette époque, il avait éprouvé des troubles cérébraux qui s'étaient principalement manifestés par des étourdissements et des perturbations temporaires de l'intelligence.

Six mois environ avant la maladie à laquelle il a succombé, il avait perdu une place qu'il occupait depuis longtemps dans une administration privée et s'était vu condamné à une inactivité forcée; réduit à user d'une nourriture mauvaise et insuffisante, tourmenté par un profond chagrin et par de continuelles inquiétudes, il était tombé dans un désordre qui allait parfois jusqu'aux limites de l'aliénation mentale.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris d'un frisson intense, puis d'une chaleur vive et cuisante à laquelle avait succédé un grand état de faiblesse; contraint de se mettre au lit il avait été atteint, deux jours après, de vomissements bilieux, et s'était aperçu de la présence, à la surface de la peau, de taches d'un rouge foncé; ces taches étaient répandues en plus grand nombre sur les membres supérieurs que sur les autres parties du corps.

Le 12 janvier, il avait été transporté à l'hôpital.

Le 13 au matin, à l'heure de la visite, nous le trouvâmes dans le décubitus dorsal : sa physionomie exprimait l'anxiété, ses

(1) Notre correspondant a eu la bonté de nous adresser un exemplaire de ce tableau, imprimé dans le bulletin de l'Académie; si cela nous est possible, nous le mettrons sous les yeux de nos lecteurs, après l'avoir fait traduire.

yeux étaient hagards. Le visage offrait une coloration rouge et violacée; le globe oculaire était envahi, dans une grande portion de son étendue, par une ecchymose sous-conjonctivale que séparait de la cornée un espace circulaire occupé par une injection capillaire très-abondante. Sur toute la face antérieure du tronc, on trouvait une teinte d'un rouge vif, uniforme, mais cependant plus prononcée au niveau des épaules que dans les autres points, cette teinte existait pareillement sur la face postérieure du corps, avec cette différence que d'une part elle était moins marquée et que de l'autre elle affectait une nuance violacée très-distincte.

Sur les épaules, les bras, les jambes et la poitrine, on voyait des taches dont la dimension moyenne égalait celle d'une lentille; elles étaient saillantes et arrondies; elles se faisaient toutes remarquer, quel que fût d'ailleurs leur diamètre ou leur degré de saillie, par une couleur bleu ardoisé qui tranchait avec la teinte pourprée de la surface sur laquelle elles étaient disséminées.

A côté de ces taches, on en découvrait quelques-unes qui consistaient uniquement dans un piqueté très-fin, elles avaient une teinte purpurine légèrement violacée; non plus que les taches saillantes, elles ne disparaissaient sous l'influence de la pression, Il n'en était pas de même de la teinte rouge uniforme de la peau, celle-ci s'effaçait momentanément sous la pression du doigt et se reproduisait rapidement ensuite.

De larges plaques violacées étaient répandues à la face postérieure du corps.

La langue humide et souple était en partie recouverte d'un enduit blanchâtre qui permettait de distinguer l'injection violacée dont elle était le siége.

Sur les piliers du voile du palais, on apercevait deux petits caillots de sang. La coloration rouge foncé de la gorge ne s'accompagnait pas de tuméfaction.

Le ventre était tendu et douloureux à la pression. Depuis quatre jours il n'y avait pas eu de garde-robes.

Le foie remontait jusqu'au niveau de la sixième côte, par sa limite inférieure il dépassait de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, il avait acquis une sensibilité anormale.

L'exploration assez rapide à laquelle nous nous sommes livré, touchant l'état de la rate, ne nous a rien fait découvrir du côté de cet organe.

La respiration était gênée et anxieuse, au point de présenter les caractères d'une véritable oppression.

Les urines du malade étaient fortement colorées par un sang noir et diffluent, on ne trouvait au fond du vase aucun dépôt de fibrine. Il y avait eu expectoration d'un liquide dont l'apparence et les qualités physiques se rapprochaient de celles des urines. Ce liquide remplissait à peu près la capacité d'un demi-verre, il ne contenait pas de caillots.

Le pouls, dur et élevé, avait conservé sa régularité, il donnait 108 pulsations par minute. La peau était chaude et sèche. L'examen attentif du cœur ne révélait l'existence d'aucune anomalie, l'oreille ne percevait pas la plus légère trace de bruit de souffle.

Le mal de tête, qui avait marqué l'invasion de la maladie, avait perdu de son intensité; il n'y avait pas d'étourdissements; l'intelligence était un peu obtuse, les réponses aux questions adressées étaient vagues et difficiles.

La faiblesse du malade ne lui permettait pas de se tenir sur son séant.

Notre prescription fut la suivante : limonade nitrique, lavements froids, extrait de ratanhia en pilules, extrait gommeux d'opium à la dose de cinq centigrammes, saignée de deux cents grammes.

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un liquide noir et diffluent, à sa partie moyenne s'agglomérèrent des filaments dont l'ensemble donna lieu à un caillot irrégulier, qu'on pourrait, avec assez d'exactitude, comparer à une espèce de houpe blanchâtre.

Pendant le cours de la journée, la coloration générale de la peau prit peu à peu une teinte plus foncée, celle de la face postérieure du tronc passa successivement au violet et au bleu ardoisé. Il se déclara une sueur abondante, elle fut sui vie d'une éruption miliaire. Une prostration profonde ne tarda pas à se manifester; l'oppression qui existait déjà s'accrut pendant la nuit, le malade succomba.

L'autopsie eut lieu 30 heures après la mort. Nous trouvâmes toute la partie postérieure du corps envahie par une coloration d'un bleu très-intense; les téguments de la paroi antérieure de l'abdomen, ceux de la moitié antérieure de la verge étaient verdâtres; les uns et les autres avaient déjà éprouvé un commencement de putréfaction. On voyait à la surface du cou, des taches d'un rouge brique, au niveau desquelles l'épiderme pouvait être facilement détaché. Quand aux taches qui ont été décrites, elles persistaient avec les mêmes caractères que pendant la vie. Les points de la peau dont la couleur disparaissait sous la pression avaient une teinte violacée.

Des incisions pratiquées sur le derme mirent en évidence une infiltration sanguine limitée à la partie la plus superficielle de son tissu; cette infiltration avait environ un millimètre d'épaisseur; au-dessous d'elle, le chorion, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, avait conservé sa coloration naturelle. Partout où se trouvaient les taches qui s'étaient formées pendant la vie, le derme était infiltré, jusqu'à sa face profonde, par un sang bleu noirâtre, qu'il était impossible de faire disparaître par la pression.

A la partie postérieure du tronc, la peau offrait dans toute son épaisseur une infiltration qui s'arrêtait à la naissance du tissu cellulaire sous-cutané.

Les organes internes étaient dans l'état suivant : le poumon gauche, libre dans sa portion inférieure et dans sa portion moyenne, adhérait fortement par son sommet à la paroi thoracique. De même que le poumon droit, il était noirâtre et livide : on exprimait sans peine de son parenchyme le sang dont il était imprégné, son segment postérieur était le siége d'un engouement très-prononcé, néanmoins il surnageait facilement, son segment antérieur était crépitant. On remarquait dans le lobe supérieur quelques tubercules grisâtres.

Un léger épanchement sanguinolent occupait les cavités pleurales. Le péricarde contenait quelques cuillerées de sérosité mêlée de sang.

Les cavités du cœur renfermaient une faible quantité de sang fluide; le ventricule droit présentait à l'état rudimentaire un caillot très-mince qui, situé au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, se prolongeait dans l'oreillette. La membrane interne de l'aorte avait une couleur rouge-brique.

Le foie était plus volumineux que dans l'état normal, il affectait une teinte jaunâtre marbrée de rouge; en quelques points, sa surface était tâchée par des ecchymoses qui s'étaient faites au-dessous de la membrane séreuse. La vésicule biliaire recélait à son intérieur un liquide noirâtre peu abondant.

Le volume de la rate avait atteint des proportions dignes d'être notées, il se mesurait par une longueur de 10 centimètres et par une largeur de 7 centimètres. Le tissu de l'organe, devenu très-friable, était imprégné d'un liquide noirâtre.

Les reins, de même que le foie et la rate, offraient un accroissement remarquable dans leurs dimensions habituelles; leur coloration, à l'extérieur, n'avait rien de particulier; à l'intérieur, elle était d'une nuance plus intense que dans les conditions ordinaires; toute leur substance, quoique fortement injectée, n'avait rien perdu de sa consistance et de sa fermeté. De petits caillots s'étaient déposés dans les bassinets, quelques-uns d'entre eux se prolongeaient jusque dans les calices, ils adhéraient intimement à la surface du rein dont il était difficile de les séparer; on reconnaissait manifestement dans leur épaisseur des traces d'organisation commençante. La vessie était remplie d'une urine sanguinolente, semblable à celle que le malade avait rendue pendant la vie; il n'existait ni déchirure, ni ulcération, ni ecchymose de la

muqueuse vésicale ; à la naissance du canal urétral, on remarquait une tâche de couleur rouge foncé.

Tous les organes, autres que ceux dont nous venons de parler, étaient le siége d'une congestion très-considérable. Certaines portions du tube digestif avaient une couleur rouge livide. Les matières contenues dans l'intestin paraissaient, au premier abord, en raison de leur coloration verte très-foncée, ne pas être mêlées de sang, un examen attentif ne tardait pas à démontrer qu'elles contenaient une certaine quantité de ce liquide ; elles communiquaient une teinte rouge à l'eau dans laquelle elles étaient plongées.

Le cerveau, fortement injecté, était exempt d'ailleurs de toute lésion anatomique. On ne rencontrait dans sa substance ni ecchymose, ni déchirure.

A. H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite. Voir les numéros* 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 32, 34, 35.)

On le voit, l'anatomie pathologique de ce qu'on a appelé à tort fongus bénin du testicule, comprend les détails suivants :

A. La tumeur est essentiellement constituée par le *testicule* lui-même, qui est venu faire saillie à l'extérieur à travers une ouverture ulcérée du scrotum. La substance testiculaire reste saine, les tubes séminifères restent sains, comme dans notre observation prise dans le service de M. Morel, ou bien dans l'intérieur, entre les tubes séminifères ou leurs contours, est déposée une substance plastique organisée, après avoir été sécrétée comme le sont les produits appelés à tort ou à raison inflammatoires, la substance dite jaune, qui n'a rien de plus particulier ici que dans tout autre organe, et si l'ensemble du tissu épaissi a une couleur jaune, cela tient tout simplement à la couleur normale jaune un peu rougeâtre. Ces produits plastiques, qui contribuaient probablement à donner plus de volume à la tumeur dans notre cas observé dans le service de M. Lawrence et dans d'autres analogues, peuvent avoir été sécrétés antérieurement à la sortie de l'organe, ou l'être après, ainsi que nous avons eu occasion de le faire observer.

L'attention des observateurs a été si peu appelée sur la cause tuberculeuse, la question des tubercules testiculaires est si nouvelle et si peu connue en général, même aujourd'hui, que les observations ne mentionnent pas la présence ou l'absence de tubercules ; dans une seule de celles de M. Lawrence, on trouve indiqué qu'il y avait un abcès au sein de la substance testiculaire. Dans nos deux cas à nous, il n'y avait de tubercules que dans l'épididyme, et non dans la substance du testicule. Or, et ceci pourra paraître hasardé seulement pour ceux qui ne connaissent pas encore complétement la question des tubercules testiculaires, il est permis de présumer que tel a été et tel sera généralement le cas.

En effet, les produits tuberculeux, dans l'appareil générateur de l'homme, se déposent, pour la grande majorité des cas, dans l'épididyme seul. Viennent ensuite les cas où l'on trouve des tubercules à la fois dans l'épididyme et dans le testicule, et alors dans ce dernier assez volontiers, sous forme de granulations semi-transparentes multiples, ainsi que nous l'avons dit dans l'historique à propos du travail de M. Curling. Bien plus rarement nous trouvons le tubercule sous cette forme appelée par M. Ricord *phthisie génitale*, c'est-à-dire envahissant tout l'appareil génital, et remarquable surtout dans le canal déférent, les vésicules séminales, la vessie même, en ce que le produit est déposé à la surface même de la muqueuse. Nous avons, quelques-uns, signalé et décrit ce fait à la Société anatomique, fait que bien des bons observateurs, en particulier M. Lebert, si exact cependant en général, n'ont pas mentionné. Enfin, à notre avis du moins, les cas dans lesquels le tubercule est sécrété dans le testicule seul sont de tous les plus rares.

On le voit, nous ne nous sommes pas trop avancé en disant que probablement, dans la grande majorité des cas de hernies tuberculeuses testiculaires, on trouverait des tubercules dans l'épididyme seulement. Bien plus, on pourrait se demander si le testicule est exposé à faire hernie au dehors dans toutes les formes de tubercules testiculaires que nous venons d'énumérer. Pour nous, nous croyons peu à la formation d'une hernie dans les cas où l'ulcération du scrotum provient d'une bosselure tuberculeuse du testicule même. Nous pourrions apporter de puissants motifs à l'appui de notre opinion, mais nous passons outre, parce qu'en définitive ce ne serait là qu'une présomption. Si nous en appelons aux faits constatés, nous n'en trouvons que trois suffisamment explicites : les deux nôtres, dans lesquels il n'y avait de tubercules que dans l'épididyme seul, et celui de M. Philipeaux, dans lequel il y avait à la fin une phthisie génitale.

Une question grave, sérieuse, importante au point de vue du traitement, et qui a été déjà agitée par les plus grands chirurgiens, se présente ici : Un testicule, un épididyme, qui ont été le siége de dépôts tuberculeux, ont-ils pour toujours perdu leur fonction ? Ceci est important pour l'épididyme surtout, non-seulement parce qu'il est le plus souvent affecté par le tubercule, mais encore parce qu'il se compose d'un seul canal ; et s'il est oblitéré, ou interrompu, ou détruit, à sa partie inférieure, par un noyau tuberculeux siégeant dans sa queue ou globus minor, le testicule auquel il appartient, bien qu'il soit sain par lui-même, ne servira plus à grand'chose.

Eh bien ! restreignant la question en ce moment, pour cette raison et pour d'autres, à l'épididyme seul, nous sommes à notre aise pour affirmer qu'il n'y a rien encore de positif à ce sujet, rien de démontré dans la science. La question tout entière est à examiner, et de par les recherches anatomo-pathologiques, et de par les observations cliniques. Pour les partisans de l'autorité; gens enchantés que le voisin les dispense de penser, l'embarras doit être grand ici. Sir A. Cooper est d'avis que les fonctions se rétablissent ou peuvent se rétablir. M. Brodie ayant trouvé de la matière tuberculeuse dans l'intérieur même du canal épididymaire, dit qu'elles ne se rétablissent pas. Eh bien ! partisans de l'autorité, pour lequel vous déciderez-vous ? Hippocrate dit oui, Galien dit non. Voilà qui devient embarrassant. Un chirurgien formé directement par A. Cooper soutiendra naturellement l'opinion de son maître, et de même pour M. Brodie ; cela coule de source ; pure affaire d'habitude. Mais les autres ? La belle chose, en vérité, que l'autorité en matière scientifique !

Cependant, nous ne pouvons pas nous passer d'une solution au moins provisoire. Si nous faisions un paragraphe de bavardage intitulé *pronostic,* nous ne pourrions pas faire un pas sans cette solution. En parlant du traitement, nous allons aussi plusieurs fois nous heurter contre elle. Voyons donc un peu, et après avoir constaté qu'il n'y a pas de solution définitive ; cherchons si, pour une approximation probable, et à défaut de démonstrations, nous ne pourrions pas trouver quelques raisonnements assez satisfaisants. Car enfin, voici un cas qui se présente à vous à l'instant même ; c'est un patient qui réclame du soulagement ; vous avez à choisir entre deux méthodes différentes de traitement : dans la première on tente de conserver l'organe ; dans l'autre on l'enlève. Pour se décider en faveur de la première, il ne suffit pas de la tendance vague et non raisonnée que chacun a naturellement à conserver un organe important ; il faut encore savoir si par cet essai conservateur on n'expose pas le patient à des accidents sérieux, et si, en définitive, il y a espoir sérieux de conserver l'organe attaqué.

Or, à ce point de vue restreint, nous pouvons nous arrêter provisoirement, sous toutes réserves, à une opinion assez raisonnable : c'est que les fonctions peuvent se rétablir. Beaucoup de faits tendraient à donner quelque appui à cette opinion ; ainsi, les quelques guérisons obtenues par M. Lawrence, sans castration ; les guérisons obtenues par MM. Brodie, Curling, B. Cooper

et quelques autres ; les succès des opérations de M. Syme, et surtout le seul fait où la question du rétablissement des fonctions ait été soigneusement examiné, celui de M. Duncan. Il est vrai que nous avons contre, le fait de M. Lawrence, dans lequel les deux testicules ayant été successivement affectés, dès que le second testicule a été pris, avant même qu'il fût hernié, les fonctions génitales étaient supprimées ; nous avons également contre, le fait de M. Jarjavay, dans lequel l'injection mercurielle n'a pu dépasser l'épididyme. Dans cette incertitude, nous n'allons pas nous appuyer sur les vagues banalités des ressources que possède la nature, quoiqu'il y ait là un petit côté qui a bien sa valeur ; nous ne nous laisserons pas entraîner non plus par le désir exclusif de faire de la conservation quand même. Nous allons invoquer surtout l'analogie.

M. Brodie dit avoir observé de la matière tuberculeuse dans le canal épididymaire ; ce n'est plus une opinion, c'est un fait, et venant surtout de M. Brodie, nous l'enregistrons à peu près comme si nous l'avions vu nous-même. Maintenant arrive l'opinion. Il doit en résulter, dit M. Brodie, la cessation des fonctions : c'est assez probable ; acceptons donc, quoique déjà il fût possible de faire une petite réserve. Qu'est-ce que cela prouve ? Que dans les cas vus par M. Brodie, il y aurait eu cessation de fonctions, que cela peut arriver dans certains cas, et voilà tout. Mais cela ne prouve pas que ce soit la règle. Bien au contraire, l'analogie dit non. Car, dans les organes glanduleux, le tubercule se dépose plutôt dans les interstices des organes glanduleux que dans leur intimité même. Si donc le tubercule vient à être expulsé et si la guérison survient, tout en acceptant des exceptions, nous reconnaîtrons de préférence, provisoirement comme règle générale, le rétablissement des fonctions, comme cela est peut-être prouvé par le fait de M. Duncan. Et si, au lieu de tubercule, nous n'avions affaire qu'à une simple sécrétion plastique dont les produits sont infiltrés et très-susceptibles de résorption, nous accepterions la même solution bien plus hardiment et même alors avec bien moins d'exceptions encore.

Nous ne faisons que toucher en passant à cette importante question qui appartient à l'histoire générale des tubercules testiculaires, et ne pouvons par conséquent exposer, encore moins développer toutes les autres raisons à l'appui de l'opinion que nous acceptons. Cependant il y en a une que nous devons signaler, parce qu'elle appartient essentiellement à notre sujet même. Des renseignements que nous possédons, il semble résulter que la hernie du testicule survient plutôt quand il y a peu de noyaux tuberculeux. Or, ceci devient très-important ; par exemple, si le tubercule ne s'est déposé qu'en un seul noyau vers le globus major seul de l'épididyme, on comprend très-bien que lorsque ce noyau sera vidé, et si de nouveaux dépôts tuberculeux ne se forment pas, la fonction de l'organe testiculaire pourra rester intacte.

B. L'état de la *tunique albuginée* va nous prendre moins d'espace pour le décrire que n'en a exigé l'examen du testicule.

Le testicule, même dans le groupe de hernies que nous étudions, peut sortir avec sa tunique albuginée blanche et intacte ; les faits probants sont consignés plus haut et nous n'avons pas besoin d'insister. C'est l'exception.

A peu près toujours, la tunique albuginée est recouverte de granulations au moment même où la hernie survient. Cela tient, nous le savons, à ce qu'elle est restée quelque temps plongée dans le foyer morbide, ou à ce qu'elle a été déjà exposée au contact de l'air dans le scrotum, à travers l'ouverture ulcérée encore trop petite néanmoins pour permettre la hernie. Ces granulations sont identiques aux granulations de toutes les surfaces suppurantes ; nous n'avons pas besoin de répéter à cet égard les résultats de l'examen microscopique fait par MM. Goodsir et Robin. Dans les premiers temps, elles n'occupent dans un état très-rabougri que la surface de la tunique albuginée.

Rien ne prouve, dans les observations connues, qu'elles aient jamais pris un développement végétant, quoiqu'il n'y ait rien d'impossible, à coup sûr, à ce que cela survienne parfois. Lorsqu'elles persistent longtemps et sont excitées par des frottements répétés, elles prennent du volume, deviennent plvs vasculaires, plus nombreuses et s'étendent surtout par leur base qui finit par envahir et dénaturer toute la tunique albuginée. Elles forment alors cette couche corticale boursouflée, plus ou moins épaisse, décrite par MM. Syme et Jarjavay, et dont on trouve déjà l'indication vague chez M. Lawrence, entourant le centre qui renferme les tubes séminifères.

Il serait possible que lorsqu'elles envahissent toute la tunique albuginée, dans un moment de développement brusque, elles pussent étouffer, mortifier des fragments superficiels de cette membrane et que l'on eût à expliquer ainsi les petites plaques blanches signalées dans un cas par M. Jarjavay. Mais ce fait et quelques autres, indiqués en passant dans l'étude des autres hernies, ne permettent pas d'accepter comme règle que la tunique albuginée s'exfolie, car à peu près constamment les granulations poussent sur la surface même de la membrane, sans en expulser aucune couche mortifiée.

Dans les premiers temps de leur existence, surtout dans les moments qui précèdent la formation de la hernie, alors qu'on aperçoit la tumeur qui se présente à l'ouverture scrotale, comme dans le cas dessiné par A. Cooper, nous savons qu'elles peuvent être pendant quelque temps incrustées de matière tuberculeuse qui se détache bientôt.

Les faits de guérison spontanée, les succès de l'autoplastie par le procédé de M. Syme, montrent qu'ici, de même que dans les hernies traumatiques et consécutives, les granulations sont susceptibles de cicatrisation, soit par dessiccation propre, soit en s'unissant avec les surfaces voisines, comme dans ce qu'on appelle réunion immédiate secondaire.

Dans l'observation de M. Jarjavay, nous trouvons que les cloisons envoyées par la tunique albuginée dans l'intérieur de la substance testiculaire, sont hypertrophiées et contribuent aussi pour leur part à l'augmentation du volume de la tumeur. Il est curieux que M. Jarjavay décrive si bien ces cloisons et n'en tire pas la conclusion forcée, que la tunique albuginée est nécessairement sortie avec le testicule.

C. Le *pédicule* de la tumeur a exactement la même constitution que la tumeur elle-même. Y a-t-il un pédicule distinct dans le cas de hernie partielle, de sortie seulement d'une petite portion du testicule ? Ce n'est pas démontré. Cependant nous avons, en faveur de l'existence du pédicule, le fait de la présence sur la partie extérieure de granulations qui donnent à celle-ci plus de volume et un aspect comme si elle s'épanouissait au delà du niveau du scrotum. Nous pourrions peut-être aussi invoquer la figure 4, planche 1, d'A. Cooper, représentant une hernie partielle sur laquelle on voit la continuité manifeste, intime de la partie herniée avec la partie du testicule restée en dedans, et à leur jonction, un rétrécissement aussi marqué que l'est celui qui, à la verge, marque les limites de la couronne du gland. Mais il faut se défier un peu de la fantaisie des artistes. Exemple : dans les dessins publiés par M. Jarjavay dans la *Gazette des Hôpitaux*, la tumeur non coupée est représentée avec sa forme ovoïde, par conséquent aussi convexe dessus que dessous, et sur la coupe cette même tumeur est représentée convexe en dessus et *concave* en dessous, comme un champignon !

D. Si nous avions plus d'observations détaillées, nous aurions à examiner ici un point important, celui concernant l'état des *parties voisines*, l'épididyme, avec ses tuméfactions et ses dépôts tuberculeux, le cordon testiculaire, la tunique vaginale à coup sûr détruite dans la hernie complète, et qui a dû jouer un grand rôle au début, le scrotum, etc. Mais pour tout cela, nous serions exposé, ou bien à entrer dans les généralités de l'étude des tubercules testiculaires, ou à avancer des choses non encore démontrées. Outre quelques petits détails épars çà et là, comme par exemple le kyste séreux pris pour le testicule pendant la vie, dans une des observations de M. Lawrence, nous n'avons que trois observations sur lesquelles nous pourrions nous appuyer, une de M. Jarjavay, celle de M. Philipeaux et une des nôtres. Ce n'est pas assez. D'ailleurs ces observations sont con-

signées tout au long dans ce travail, et chacun en pourra tirer un aussi bon parti que nous pourrions le faire.

E. Nous ne pouvons pas mieux terminer cette anatomie pathologique qu'en rapportant ici un de ces faits de hernie cérébrale, qui ont la plus grande analogie avec les hernies testiculaires. Cette comparaison a toujours frappé l'esprit des observateurs qui l'ont constamment citée, à propos du soi-disant fongus bénin, mais en ont mal compris l'analogie. L'observation suivante, prise par nous dans le service de M. Gay à Londres, montre qu'en effet des tumeurs assez analogues aux hernies testiculaires peuvent se former au crâne. Cela est évident. Dès qu'il y a solution de continuité aux os et aux téguments du crâne, le cerveau tend à faire hernie, bien plus encore que le testicule à travers le scrotum; si alors la dure-mère est intacte, et le fait est incontestable dans le cas ci-après, elle sera repoussée au-devant de la hernie cérébrale, et comme elle forme une membrane fibreuse, dure, blanche, peu vasculaire par elle-même, offrant de grandes analogies avec la tunique albuginée, elle se comportera naturellement comme cette dernière, lorsqu'elle sera exposée à l'extérieur, et la tumeur herniaire, dans ses caractères extérieurs, offrira de grandes analogies dans les deux cas.

25e *Observation.* — *Tumeur granuleuse du crâne, par suite de hernie du cerveau, recouvert de la dure-mère, à travers une perforation du pariétal gauche.*

Une petite fille, âgée de 3 ans, a été admise, le 6 décembre 1852, à Free hospital, Grosvenor ward, dans le service de M. Gay.

Quelques minutes avant, elle était tombée sur le pavé, la tête la première, d'une fenêtre d'un deuxième étage. Elle était froide, insensible, le pouls à peine perceptible; la face était pâle, les pupilles étaient dilatées, quoique l'iris fût encore légèrement sensible à l'action de la lumière; il y avait diminution des pouvoirs musculaires du côté gauche, et cependant, il n'y avait pas de contusion de la face. On remarquait du gonflement sur le pariétal gauche, à l'angle postéro-supérieur duquel on constatait l'existence d'une fracture avec dépression, admettant l'extrémité du doigt. Trois heures après son admission, l'enfant vomit une certaine quantité de sang.

M. Gay, arrivant sur ces entrefaites, pratiqua deux incisions formant ensemble un angle ouvert par en bas, et enleva alors avec de fortes pinces une portion d'os irrégulièrement triangulaire. Un peu de sang s'écoula; en l'essuyant, on constata que la dure-mère était lisse à sa surface, et ne paraissait pas avoir été blessée. Pansement avec un morceau de lin mouillé.

L'enfant passa la nuit tranquillement.

Pendant les trois jours suivants, elle parut reprendre toute sa connaissance par moments, la rétine devint plus sensible à l'action de la lumière, l'espèce de résolution du côté gauche cessa, au point qu'au quatrième jour, l'enfant se servait déjà de sa main gauche.

11 décembre. Les urines n'étaient pas rendues aisément, et cela produisit quelque agitation. On fut obligé de sonder pendant quelques jours.

25 décembre. Quoique l'enfant reste pâle et avec un pouls faible, elle a recouvré à peu près toute sa connaissance, ne souffre pas et mange bien. D'après sa manière de se conduire, on constate qu'elle a perdu la vue; les pupilles sont toujours partiellement dilatées. A travers la plaie du cuir chevelu, s'est faite graduellement une projection d'une masse fongueuse, rouge et granulée. Une douce pression est employée pour en prévenir le développement ultérieur.

Vers les derniers jours de décembre, la vue s'est peu à peu rétablie, la tumeur granuleuse est devenue moindre, et la cicatrisation commence à se faire sur les bords de la plaie.

Tels sont les renseignements que M. Lane, House-Surgeon de Free hospital, a bien voulu me communiquer.

Lorsque j'examine l'enfant, dans les premiers jours de janvier 1853, elle est d'une santé assez satisfaisante, quoique pâle, à chairs molles, et d'une constitution assez faible. Toutes ses fonctions s'exécutent assez bien, elle est debout toute la journée, va, court, mange comme toute autre enfant; elle est seulement un peu triste. Elle n'offre d'autre lésion que celle du crâne.

A moitié chemin ou un peu au-dessus, entre l'oreille gauche et le sommet de la tête, correspondant par conséquent à la partie un peu postéro-supérieure du pariétal gauche, est une solution de continuité assez irrégulière des téguments; elle est la conséquence des deux incisions pratiquées par M. Gay, mais s'est bien déformée; l'angle supérieur s'est arrondi et se continue avec les côtés devenus courbes, de manière à constituer sans interception, par leur réunion, une convexité regardant par en haut. Le lambeau triangulaire de la base s'est raccourci, racorni, et ne forme plus maintenant, vers la partie inférieure de la solution de continuité, qu'une sorte d'échancrure à concavité inférieure; le tout limite une solution de continuité qui a environ et à peu près également 5 centimètres, aussi bien en largeur qu'en hauteur. Un commencement de travail cicatriciel se remarque sur quelques points du pourtour, en particulier en bas et en avant.

Cette solution de continuité comprend toute l'épaisseur du cuir chevelu, et laisse à découvert, en haut et en arrière, une portion d'os à nu, dans tout le reste de son étendue, une tumeur granuleuse. Les bords, dans la partie postéro-supérieure, en sont adhérents à l'os, dans la partie inférieure correspondant au lambeau triangulaire primitif rétracté, sont un peu décollés; et en haut et en avant sont bien plus décollés encore, et soulevés par une partie de la tumeur granuleuse, qui ne se montre pas à l'extérieur, comme nous allons voir. Ils sont d'ailleurs recouverts de granulations d'assez bonne nature, et ne suppurent guère, puisqu'au moment où je prends cette observation dans le courant de la soirée, le morceau de lint avec lequel on a pansé dans la matinée, est presque sec et très-adhérent à ces bords, beaucoup moins à la tumeur granuleuse.

Nous venons de dire que par en haut et en arrière de la solution de continuité, une portion d'os est à découvert. Cette portion très-blanche, entièrement dénudée de péricrâne, sèche et sonore sous la percussion, a la forme et les dimensions d'une esquisse du pourtour d'un haricot un peu petit, vu par sa face, la convexité dirigée en haut et en arrière, la concavité embrassant en bas et en avant une petite partie de la tumeur granuleuse. Sur cette dernière concavité, l'os cesse, car c'est là que se trouve l'ouverture osseuse produite par la fracture et l'enlèvement, dès le premier jour, du fragment osseux isolé. A peu près vers le milieu de sa longueur, cette portion d'os dénudé présente une fissure presque verticale, d'une longueur d'un centimètre au moins, la divisant en deux moitiés presque égales, et paraissant se continuer au delà, par-dessous les téguments; si l'on vient à presser sur l'os dénudé avec l'extrémité dénudée d'un stylet, on produit un léger mouvement entre les deux parties osseuses que sépare cette fissure. Il y a évidemment là une portion osseuse mortifiée que la profonde fissure sépare en deux.

Tout le reste de la solution de continuité est comblé par une tumeur mollasse, régulièrement convexe, qui est plus étendue que ne semblerait au premier abord l'indiquer sa saillie libre, car elle est placée en partie sous les téguments de la partie antéro-supérieure de la solution de continuité, téguments qu'elle soulève d'une manière régulièrement convexe, dans une étendue de près de 2 centimètres de largeur. On peut aisément se figurer ceci, en notant que la perte de substance du pariétal a laissé une ouverture qui ne correspond pas exactement à la solution de continuité des téguments, mais est un peu plus antérieure, et est partiellement cachée en avant par les téguments; par suite, la tumeur qui sort à travers l'ouverture osseuse, a sa partie antéro-supérieure recouverte par les téguments qu'elle soulève, et tout le reste, en arrière, est complétement libre et à découvert. La consistance de toute cette tumeur est molle, exactement de la mollesse de la substance cérébrale. Par le toucher, on constate qu'elle est constamment agitée par des battements isochrones aux pulsations du cœur; à la vue, ces battements sont toujours sensibles, mais avec des différences; quelquefois ils sont très-faibles; mais par moments, par exemple, sous mes yeux, un peu après que la tumeur a été soustraite, depuis quelques instants, à la douce pression du pansement, et est restée un peu exposée à l'air extérieur, ces battements deviennent, surtout dans la portion libre de la tumeur, extrêmement marqués. Il ne m'a pas été possible de constater s'il y avait des mouvements de soulèvement et d'abaissement, comme c'est probable, correspondant avec les phénomènes respiratoires; la respiration de la petite blessée est d'ailleurs faible et assez lente. La base de la tumeur est circonscrite par l'ouverture osseuse du pariétal à travers lequel elle s'échappe, et la tumeur s'épanouit au delà, de sorte que le point culminant de sa convexité est à peu près à 2 centimètres de hauteur au delà du niveau de la surface externe du pariétal. L'examen et la pression de la tumeur, naturellement indolente, n'occasionnent aucune douleur. Par une douce pression, on arrive à réduire presque complétement la tumeur sans produire aucun accident apparent.

La portion, qui est presque entièrement découverte dans la solution de continuité des téguments, est presque lisse à sa surface extérieure, ou à peine parsemée de larges soulèvements arrondis, très-peu marqués, sous forme de larges granulations aplaties. La teinte générale en est grisâtre, un peu translucide, rosée dans les points qui sont presque granulés, et parcourue de quelques stries rouges arborisées qui annoncent la présence de vaisseaux. La consistance en est un peu plus ferme que celle de l'ensemble de la tumeur, et la surface ne paraissant pas, ou à peine, sécréter du pus, en est assez peu humide. Il n'y a pas de doute que cette couche extérieure est tout simplement la dure-mère un peu vascularisée, épaissie, boursouflée, et en même temps ramollie, devenue plus transparente, et offrant une légère tendance à former des granulations, par suite de son

exposition à l'extérieur ; l'état intact et lisse de la dure-mère au moment de l'opération, et la projection graduelle de la tumeur, se faisant sous les yeux du chirurgien, mettent le fait hors de toute contestation. Quant au reste, ou à l'intérieur de la tumeur, son mode de formation, ses battements, sa consistance, sa réductibilité, montrent qu'elle est formée par une hernie cérébrale à travers l'ouverture osseuse du pariétal, hernie qui a soulevé au-devant d'elle la dure-mère altérée, dont elle est coiffée.

Si l'on suppose qu'un large fragment d'une tumeur herniaire testiculaire un peu granuleuse ait été coupé et reporté sur le crâne, à part les battements et la consistance moindre, on aura exactement l'apparence de la tumeur du crâne que nous venons de décrire. Nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur cette analogie qui saute aux yeux et n'avait été jusqu'alors qu'instinctivement comprise, mais mal interprétée. Quant au cas de la jeune enfant, dont la guérison sera évidemment contrariée pour longtemps par la nécessité de l'expulsion des portions osseuses necrosées, nous le suivrons avec soin et tiendrons les lecteurs au courant de ce qui adviendra. En ce moment, on se contente avec raison d'un pansement simple, exécutant en même temps une douce pression sur la tumeur qui n'augmente plus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

ARRÊTÉ RELATIF AUX CAISSES D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE A EMBARQUER SUR LES BATIMENTS DE L'ÉTAT.

Le ministre de la marine et des colonies,

Vu le règlement du 23 mars 1837 relatif aux caisses d'instruments de chirurgie à embarquer sur les bâtiments de l'État;

Considérant que ce règlement a déjà été modifié d'une manière notable par une décision ministérielle du 13 février 1851 ;

Considérant d'ailleurs qu'il importe de compléter les dispositions réglementaires qui s'appliquent à cette partie du service ;

Le conseil d'amirauté entendu,

Arrête :

TITRE PREMIER. — *Service des bâtiments destinés à faire campagne.*

Art. 1er. Tout officier de santé entretenu de la marine, embarqué en qualité de chirurgien-major à bord d'un bâtiment de l'État, à voiles ou à vapeur, autre que les stationnaires sur les ports et rades, doit être pourvu d'une caisse entière d'instruments de chirurgie dont la composition sera conforme à la nomenclature annexée au présent règlement.

Le couvercle de la caisse sera garni d'une plaque ou d'un écusson en cuivre, sur lequel devra être gravé le nom de l'officier de santé propriétaire de la caisse.

Dans le cas prévu par le premier paragraphe de l'art. 6, tout chirurgien entretenu, embarqué en second, doit être pourvu également d'une caisse entière d'instruments.

Art. 2. Si, au moment de son premier embarquement dans l'une des dispositions prévues à l'art. 1er et à l'art. 6, un officier de santé *entretenu* est propriétaire d'une caisse composée comme il est dit à l'article précédent, il lui est accordé, *une fois pour toujours,* une indemnité représentative de cette caisse, qui est déterminée suivant le prix résultant du marché de la marine.

Cette indemnité lui est payée d'après le procès-verbal de l'examen de sa caisse par le conseil de santé de la marine.

Ce procès-verbal est dressé en triple expédition ; la première reste aux archives du conseil de santé, la seconde est annexée au mandat comptable.

La troisième expédition est transmise au commissaire aux armements, qui, après avoir fait mentionner l'allocation payée sur le double du rôle d'équipage du bâtiment, le fait passer à l'officier d'administration de ce bâtiment pour que ce dernier fasse la même mention sur le rôle d'équipage du bord ; cette expédition est, s'il y a lieu, présentée ensuite à la commission supérieure, chargée de s'assurer que l'armement est au complet.

Art. 3. Si l'officier de santé, dans la position ci-dessus indiquée, n'est pas propriétaire d'une caisse entière d'instruments de chirurgie, ou si celle dont il est pourvu n'a pas été reconnue admissible par le conseil de santé, il lui en est accordé une, sur la proposition écrite de ce conseil et l'autorisation du préfet maritime.

La caisse est délivrée des magasins des hôpitaux maritimes, et elle devient alors la propriété de l'officier de santé.

Cette délivrance est constatée par un certificat de l'agent comptable des hôpitaux, qui est dressé en double expédition, et visé par le commissaire de la marine chargé de ce détail.

Les formalités indiquées dans le dernier paragraphe de l'article précédent sont également à observer à l'égard de la seconde expédition de ce certificat.

Art. 4. Lorsqu'un officier de santé *entretenu* est embarqué de nouveau en qualité de chirurgien-major, il doit obtenir du conseil de santé la certification que la caisse entière d'instruments dont il est pourvu est complète et en bon état.

Le certificat est délivré en deux expéditions, dont l'une est conservée aux archives du conseil de santé ; l'autre reçoit la destination prévue au troisième paragraphe de l'art. 2.

Si le conseil de santé ne juge pas la caisse complète ou en bon état, il en rend compte au préfet maritime qui ordonne, s'il y a lieu, la délivrance d'une caisse neuve des magasins des hôpitaux, et la valeur en est précomptée sur les appointements qui sont dus au chirurgien-major, ou sur les sommes qui peuvent lui être payées, comme aux autres officiers du bord, à titre d'avance de campagne.

Art. 5. Lorsqu'un officier de santé auxiliaire est embarqué, en qualité de chirurgien-major, sur un bâtiment de l'État, à voiles ou à vapeur, autre que les stationnaires sur les ports et rades, il est délivré, des magasins des hôpitaux, une caisse entière d'instruments de chirurgie, qui est portée sur l'inventaire du bord, à la charge dudit chirurgien-major.

Cette même délivrance, assujettie aux mêmes formes, est également faite aux officiers de santé auxiliaires qui se trouvent placés dans la position prévue au premier paragraphe de l'art. 6.

Art. 6. En temps de guerre, à bord des vaisseaux et des frégates de tous rangs, le second chirurgien entretenu ou auxiliaire doit être pourvu, comme il est dit aux art. 1 et 5, d'une caisse complète d'instruments de chirurgie.

Le bon état de la caisse, au moment de l'embarquement, est constaté par le conseil de santé dans les mêmes formes que pour les chirurgiens-majors.

Le chirurgien-major doit veiller à ce que cette caisse soit entretenue avec soin. Il s'assure mensuellement de l'état dans lequel elle se trouve.

TITRE II. — *Bâtiments à voiles ou à vapeur stationnaires sur les ports et rades.*

Art. 7. Une demi-caisse d'instruments de chirurgie, dont la composition doit être conforme à la nomenclature annexée au présent règlement, est embarquée sur chacun des bâtiments susmentionnés ; elle est délivrée des magasins des hôpitaux et portée sur l'inventaire du bord, à la charge du chirurgien-major, *entretenu ou auxiliaire*, qui demeure responsable des instruments.

Dans le cas où, par suite de circonstances particulières, le conseil de santé jugerait nécessaire de faire embarquer une caisse entière sur l'un des bâtiments désignés au présent titre, il en fera la demande au préfet maritime, qui statuera.

Si un officier de santé *entretenu*, destiné comme chirurgien-major sur un bâtiment stationnaire, a déjà été embarqué en cette qualité, et s'il possède une caisse en bon état, la demi-caisse n'est point fournie des magasins des hôpitaux.

TITRE III. — *De l'indemnité d'entretien et de réparation des caisses et demi-caisses d'instruments.*

Art. 8. Les caisses d'instruments de chirurgie dont les officiers de santé sont pourvus, et les caisses et demi-caisses qui leur ont été confiées, doivent être entretenues par eux avec le plus grand soin.

A raison de l'obligation qui leur est imposée, ils ont droit à une indemnité mensuelle fixée ainsi qu'il suit :

Huit francs pour l'entretien d'une caisse entière ;

Trois francs pour l'entretien d'une demi-caisse.

Art. 9. Cette indemnité se décompte par jour. Elle est acquittée, soit au débarquement, dans un port de France, de l'officier de santé responsable, soit au désarmement du bâtiment.

Le payement a lieu par les soins de l'agent comptable des hôpitaux, sur la présentation des deux pièces ci-après :

1° Certificat de présence à bord portant décompte de l'indemnité, délivré par l'officier d'administration du bâtiment et visé par le commandant ;

Et 2° Certificat du conseil de santé à qui la caisse a été présentée, constatant qu'elle est en bon état d'entretien.

L'officier d'administration du bâtiment annote sur le rôle d'équipage la date de la remise de la première de ces pièces, en indiquant la période décomptée et la somme y afférente.

Art. 10. En cas de décès à la mer d'un officier de santé pourvu d'une caisse d'instruments, si le bâtiment navigue en escadre ou en division, le

commandant supérieur désignera, sur la demande du commandant du bâtiment, un chirurgien-major pour certifier, de concert avec l'officier chargé du détail à bord, l'état dans lequel se trouve la caisse d'instruments du chirurgien décédé.

Si le bâtiment navigue isolément, cette attestation sera délivrée par l'officier en second, conjointement avec le deuxième officier de santé du bord, ou, à défaut, avec l'officier d'administration; elle sera visée en outre par le commandant.

L'officier d'administration recueillera l'attestation délivrée, et lors du retour en France, il l'adressera, avec la première pièce mentionnée à l'art. 9, au commissaire des hôpitaux, pour que l'indemnité acquise soit décomptée et ordonnancée au profit des héritiers.

Art. 11. Dans le cas où un officier de santé pourvu d'une caisse d'instruments est *transbordé*, en cours de campagne, d'un bâtiment sur un autre, l'officier d'administration du bâtiment qu'il quitte lui délivre la première pièce mentionnée à l'art. 9.

TITRE III. — *Dispositions générales.*

Art. 12. Si, par suite de la capture ou du naufrage du bâtiment, le chirurgien-major perd tout ou partie des instruments compris dans la caisse ou la demi-caisse qui est sa propriété ou qui lui a été confiée sur inventaire, cette perte doit être constatée, à bord, dans la forme ordinaire, et sur la proposition du conseil de santé du premier port de relâche, approuvée par le préfet maritime; le remplacement en est opéré, aux frais de l'État, dans les mêmes nombres et espèces.

Art. 13. Le payement de l'indemnité fixée par l'art. 2, ou la délivrance d'une caisse complète d'instruments de chirurgie dans le cas prévu par l'art. 3, est annotée par le commissaire aux armements, sur le livret de l'officier de santé entretenu.

Art. 14. Lorsqu'un officier de santé entretenu, qui doit se trouver placé dans l'une des positions prévues à l'art. 1er et à l'art. 6, est embarqué ailleurs que dans le port auquel il appartient, il doit, s'il n'est pas porteur de son livret, remettre au conseil de santé une déclaration *signée de lui*, faisant connaître s'il a déjà reçu soit une caisse entière d'instruments, soit l'indemnité représentative. Cette déclaration et, s'il y a lieu, une note de l'agent comptable des hôpitaux indiquant la nature de l'allocation au lieu d'embarquement, sont transmises aux commissaires des hôpitaux du port auquel appartient l'officier de santé, afin qu'il soit pris note de la nouvelle allocation.

Ces pièces sont communiquées au conseil de santé.

Art. 15. Dans le cas où la composition des caisses de chirurgie aura reçu des modifications importantes par suite de l'adoption d'instruments nouveaux ou du perfectionnement de ceux qui sont compris dans la nomenclature, les officiers de santé rembarqués doivent être pourvus de la caisse modifiée.

Il leur sera tenu compte de la plus-value qui pourrait résulter du prix de la nouvelle caisse comparé soit au prix de la précédente, soit au montant de l'indemnité qui la représente.

Art. 16. Toutes les dépenses relatives à la délivrance de caisses entières d'instruments de chirurgie, au payement des indemnités ci-dessus mentionnées, etc., sont acquittées sur les fonds du service des hôpitaux.

Art. 17. Le règlement en date du 23 mars 1837 est et demeure abrogé.

Paris, le 23 mars 1853. THÉODORE DUCOS.

— Un décret, en date du 19 mars, crée pour le service des hôpitaux de la marine et pour celui des bâtiments de la flotte un corps d'infirmiers permanents qui fera partie de l'armée de mer, et fixe les conditions d'admission et le traitement de ces infirmiers.

Dans cette création, on a eu pour but de remplacer un certain nombre de condamnés aux travaux forcés qui, depuis l'existence des bagnes, remplissaient dans les hôpitaux de la marine, les fonctions d'infirmiers servants.

— Le concours pour trois places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux a commencé samedi. Les candidats ont eu pour sujet de la composition écrite la question suivante : *Quels sont les cas dans lesquels le chirurgien doit ou peut pratiquer l'ablation des affections cancéreuses? Quels sont les cas dans lesquels l'opération est contre-indiquée?*

— M. le docteur Mélier est depuis 15 jours à Marseille, où il est chargé, par M. le ministre de l'Intérieur, de l'Agriculture et du Commerce, de mettre en harmonie l'institution des quarantaines et les règlements qui s'y rattachent avec les résolutions adoptées par le Congrès sanitaire international, résolutions qui ont déjà reçu la sanction ou l'adhésion de la plupart des gouvernements européens.

— La Société de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1853, la question suivante :

1° De l'accouchement prématuré artificiel;

2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer;

3° Quel est le meilleur moyen de le terminer.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques et avant le 1er septembre 1853, terme de rigueur, à M. le docteur H. Meli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, n° 15, à Marseille.

— Un prix de 20 guinées a été fondé par lord Saint-Léonard's, chancelier d'Irlande, en faveur du meilleur essai sur la folie hypocondriaque.

Ce prix vient d'être décerné à M. le docteur Joseph Williams, par l'Académie de chirurgie de Dublin.

— On écrit de Nantes, 9 février :

« Un des hommes le plus justement entouré de l'estime générale de ses concitoyens, l'un des membres les plus appréciés dans la Faculté de médecine de notre ville, M. Maisonneuve père, vient, à la suite d'une courte maladie, de terminer sa longue et honorable carrière. »

— On écrit de Nîmes, 22 mars :

« Le corps médical de notre ville vient de faire une nouvelle perte. Le docteur Jarras a succombé vendredi dernier à une longue maladie qui l'a enlevé à un âge où il pouvait encore utiliser, au profit de sa nombreuse clientèle, une science incontestée, un jugement sûr et une longue expérience. »

— M. Réveilhe, nommé médecin en chef des hospices de Nîmes, en remplacemect de M. Martin, décédé, a été installé, jeudi dernier, dans ses nouvelles fonctions.

— Un médecin distingué de Turin, M. le professeur Riberi, sénateur du royaume, vient d'être décoré par S. M. l'empereur des Français de la croix de commandeur de la Légion d'honneur.

— Il est question de promulguer en Angleterre une loi qui rendra la vaccine obligatoire. Il paraîtrait que les parents seront tenus de faire vacciner leurs enfants à un âge prévu par la loi.

— Le docteur Forbes Winslow a été élu président de la Société médicale de Londres.

— Le comité consultatif d'hygiène publique du ministère de l'Intérieur, consulté sur la question de savoir « si la peste à l'état sporadique existe en Turquie et en Égypte, a cru devoir répondre de la manière suivante :

Il résulte des documents et des renseignements reçus ou recueillis par le comité consultatif d'hygiène publique de France :

1° Que la peste à l'état sporadique n'existe ni en Turquie, ni en Égypte, ni en Syrie;

2° Que les administrations sanitaires de la Turquie et de l'Egypte, quoique susceptibles de quelques améliorations de détail, présentent cependant à l'Europe des garanties suffisantes pour admettre que l'existence de la peste ne peut échapper à leurs investigations;

3° Que les rapports des médecins sanitaires français en Orient mettent hors de doute la non-existence de la peste sporadique dans le Levant;

4° Que, dans l'intérêt urgent et considérable des relations internationales et du commerce maritime, il serait très-désirable que les gouvernements européens adoptassent, à l'égard des provenances de l'Orient, un système sanitaire en harmonie avec les faits démontrés par la science et par l'observation.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis des maladies vénériennes, *de leur doctrine et de leur traitement*, par A. BERTHERAND, médecin principal des armées, etc., in-8° de 400 pages. Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 5 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui prendront un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 39. 1re année. Jeudi 31 Mars 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie de médecine. — La syphilisation à l'Académie royale de Turin. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HOPITAL DE LA CHARITÉ. Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique, par M. CRUVEILHIER. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 30 mars 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Cette séance a été à peu près entièrement remplie par la lecture de M. le professeur Cruveilhier, dont nous publions aujourd'hui la première partie. La discussion de cet important travail a été renvoyée à la prochaine séance. D'ici là, nous espérons pouvoir le mettre entièrement sous les yeux de nos lecteurs.

La fin de la séance a été occupée par un comité secret dans lequel l'Académie a décidé, à l'unanimité moins une voix, sur le rapport conforme de M. Fr. Dubois, que M. Paul Dubois appartiendrait désormais à la section d'accouchements. Puisque cette permutation peut être agréable à M. Dubois et à l'Académie, nous ne saurions nous en chagriner ; le principe des permutations étant adopté, nous pensons qu'il sera certainement impossible d'en jamais faire une plus heureuse application. Mais ce principe lui-même est-il bon? On connaît d'avance notre réponse à cet égard. — Quoi qu'il en soit, les candidats accoucheurs n'ont qu'à rengaîner leurs prétentions. Les voilà dispensés pour longtemps, suivant toutes probabilités, de faire des visites de sollicitation.

H. DE CASTELNAU.

La syphilisation à l'Académie royale de Turin.

DEUXIÈME PARTIE DU RAPPORT.

Avant de publier le résumé de cette seconde partie du rapport que nous adresse notre savant correspondant, nous lui demanderons la permission de l'abréger un peu et surtout de supprimer certains noms que nous honorerions beaucoup trop en les citant, à un titre quelconque, dans nos colonnes. Notre honorable correspondant ignore sans doute que la syphilisation, réduite chez nous aux abois par le jugement de la science et le mépris public, n'a plus d'espoir que dans les charlatanismes de toute nature, y compris celui du papier timbré ; il serait donc par trop heureux pour elle qu'on lui fournît l'occasion de recourir à ce procédé, pour faire savoir qu'elle respire encore et qu'elle est toujours disposée à recevoir les offrandes des passants crédules. Nous demanderons également à notre savant correspondant la permission de lui adresser quelques mots touchant ce qu'a dit M. le rapporteur de la saturation syphilitique.

Monsieur le rédacteur,

Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous l'annoncer, la seconde partie du rapport est consacrée à l'étude de la syphilisation considérée comme moyen préventif.

Dans le premier article de cette seconde partie, M. le rapporteur examine le principe fondamental de la syphilisation et établit la classification des syphilisées.

D'après les syphilisateurs, le mot *syphilisation* représente un état de *saturation syphilitique* qui donne, lorsqu'il est acquis, l'immunité contre les infections ultérieures. Mais combien de chancres faudra-t-il donner à un individu, ou pendant combien de temps faudra-t-il lui en donner, pour lui procurer l'immunité ? M. Spérino, dans son discours de mai 1851, disait qu'après 8 ou 10 inoculations, on ne pouvait plus produire que des papules, et que, bientôt après, les inoculations donnaient un résultat négatif. Cette méthode lui avait réussi jusqu'alors chez 52 prostituées. Plus tard, on annonça ailleurs que la syphilisation s'acquérait en raison du nombre des chancres donnés simultanément ou successivement, et voilà que M. Spérino trouve mauvaise la méthode qui lui avait si bien réussi et qu'il adopte celles des nombreuses inoculations. La commission a dû suivre ces méthodes, et accepter les classifications adoptées par M. Spérino, savoir : les femmes syphilisées complétement (1re catégorie) ; les quasi-syphylisées (2e catégorie) ; les syphilisées incomplétement (3e catégorie). Dans la première catégorie se trouvent les femmes chez lesquelles, après plusieurs chancres inoculés, on essaya, sans succès, tous les modes d'inoculations ; dans la deuxième, les femmes chez lesquelles les inoculations avec résultat négatif ne furent pas jugées suffisamment répétées pour que M. Spérino pût espérer de les croire à l'abri de contagions ultérieures ; enfin, dans la troisième catégorie furent placées les femmes chez lesquelles on ne put jamais obtenir cette sorte d'épuisement de l'action du virus. Le rapporteur a montré, par des raisons et des comparaisons qui n'ont pu laisser de doute dans l'esprit de personne, que cette classification ne repose sur aucune donnée certaine, et que rien n'établit la réalité de cette syphilisation prétendue préventive.

Dans un second article, le rapport a rendu compte des recherches que la commission a faites, dans le but de savoir si la prétendue saturation syphilitique était plutôt obtenue par des chancres larges ou peu nombreux, ou par des chancres nombreux et petits. Mais le résultat de ses investigations a nécessairement encore été négatif, puisqu'elle a vu que, dans certains cas où l'inoculation, plusieurs fois négative, aurait pu faire croire à la

saturation, tout à coup cette inoculation donnait de nouveau des résultats positifs, et ainsi de suite.

Le rapporteur, dans l'article 3, a étudié la question, si intéressante, de la *susceptivité individuelle* à contracter la syphilis par inoculation, comparée à la syphilisation. M. Spérino avait annoncé que chez les femmes ayant été affectées déjà de chancres primitifs, de chancres vastes surtout, depuis des années, l'inoculation n'avait plus de prises, ces femmes se trouvant déjà naturellement saturées par les infections antérieures. Mais la commission a, au contraire, observé, dans *sept cas* de chancres chroniques datant de plusieurs mois et même d'années entières, que l'inoculation produisit des chancres d'autant plus vastes, que les chancres primitifs étaient eux-mêmes plus larges et plus nombreux; dans quelques cas même, on observa le phagédénisme et la gangrène, dès les premières inoculations, comme cela est d'ailleurs arrivé dans la catégorie des chancres primitifs récents. En outre, dans quelques cas de ces derniers chancres, on n'a pu faire réussir qu'un petit nombre d'inoculations, tandis qu'on en a fait réussir par centaines dans les cas de chancres chroniques. Toutes ces différences sont rapportées, par la commission, aux degrés divers de *susceptivité* des différents individus.

Dans l'article quatrième, le rapporteur examine si l'ordre de succession des accidents inoculés, si la décroissance progressive des chancres avaient lieu tels que les ont annoncés les syphilisateurs : 45 cas pour la première question, 39 pour la seconde, observés journellement, donnent un démenti formel à ces assertions; ces cas sont résumés dans des tableaux comparatifs.

Les cicatrices de syphilisation et leurs inconvénients sont l'objet de l'art. 5; je crois qu'il est inutile d'insister sur ce point, que tout le monde comprendra sans commentaires.

L'article 6 indique le nombre de femmes qui sont rentrées au syphilicôme, après en être sorties complétement ou incomplétement syphilisées, ainsi que les affections qui ont donné lieu à la rentrée. Le nombre en est de 29 sur 53. Un tableau, dressé par le rapporteur, montre : 1° Que le nombre des rentrées surpasse celui des femmes, parce que quelques-unes rentrèrent plusieurs fois; 2° que le temps moyen écoulé entre la sortie et la rentrée est de *six* mois, tandis qu'il a été de *dix* mois dans un cas abandonné à lui-même sans traitement. Chez les 29 femmes rentrées une ou plusieurs fois, on a constaté 49 cas d'accidents primitifs et 15 cas de symptômes secondaires et tertiaires, isolés ou réunis. 25 de ces femmes ayant été traitées par les méthodes ordinaires, la commission cessa d'en prendre note, et quant aux autres, traitées de nouveau par la syphilisation, la commission en observa trois et déclara par lettre officielle, à M. Spérino, qu'elle ne voulait pas prendre la responsabilité de l'expérience tentée sur la quatrième.

Dans l'article 7, M. le rapporteur explique les différences qu'il y a entre certains diagnostics de la commission et ceux de M. Spérino, sur quelques affections constatées chez les femmes rentrées au syphilicôme; M. Spérino soutenant que ces affections n'étaient que de simples ulcérations, et ne s'étant rendu au diagnostic de ses collègues que dans les cas seulement où l'inoculation ayant été tentée, est venue démontrer la nature syphilitique d'une manière irrécusable. Mais le diagnostic de la commission n'est guère moins certain dans les autres, qui étaient tous très-caractérisés.

Dans l'article 8, M. le rapporteur a déroulé toutes les fâcheuses conséquences qu'entraînerait l'application de la syphilisation comme moyen préventif. Je regrette que cet article, qui a fait une sensation profonde, soit peu susceptible d'analyse. Pour en donner une idée, il faudrait presque le reproduire textuellement.

Enfin, dans l'article 9, se trouvent le résumé général substantiel et les conclusions du rapport. Je me contente de vous transmettre ces dernières.

1° La syphilisation, appliquée seule ou avec une quelconque des médications déjà usitées, est une pratique longue, douloureuse, non exempte d'inconvénients, et qui peut même déterminer directement ou indirectement des accidents morbides graves;

2° La syphilisation ne saurait être considérée comme une méthode curative des accidents syphilitiques qui, pendant qu'on l'emploie, non-seulement quelquefois ne guérissent pas, mais encore se prolongent et s'aggravent;

3° La syphilisation ne préserve nullement de l'action ultérieure du virus syphilitique.

Après ces conclusions se trouve encore un petit appendice dont le principal but est de faire connaître au public que les observations publiées dans le dernier ouvrage de M. Spérino, et que ce médecin donne comme ayant été contrôlées et approuvées par la commission, ne l'ont été aucunement; M. le président l'a déclaré à M. Spérino par une lettre officielle en date du 13 août 1852, dans laquelle il lui fait défense de déclarer le contraire. Cette lettre a été lue par le rapporteur en pleine séance et a causé une sensation que vous pouvez deviner.

Tel est, en résumé, ce rapport, signé des cinq commissaires de l'Académie.

Lorsque la lecture a été terminée, M. Spérino a immédiatement demandé la parole. Mais M. le président l'a prise d'abord; il a fait un petit discours de circonstance ayant surtout pour but de remercier et de louer la commission de son travail; puis, il a proposé à l'Académie de voter l'impression du rapport pour que chacun pût se mieux préparer à la discussion.

M. Spérino prit la parole pour s'opposer à l'impression, disant que le rapport avait altéré, falsifié les faits; que c'était un réquisitoire contre lui, et comme médecin et comme citoyen, etc.

Un des commissaires, M. le professeur Demaria, repoussa énergiquement les accusations de M. Spérino; il déclara que la syphilisation avait seule été mise en cause devant l'Académie, et nullement l'honneur de M. Spérino; que la commission avait éprouvé le regret d'être obligée de renverser l'édifice qu'il s'était plu à édifier; mais qu'elle avait dû tenir un langage conforme aux faits. Qu'en suivant ces principes, la commission pourrait, elle aussi, se croire offensée dans son honneur par la publication qu'a faite M. Spérino dans son ouvrage des mêmes faits, exposés sous un jour tout différent de celui sous lequel les présente le rapport, et qui est le seul véritable.

Après cette courte allocution, couverte d'applaudissements, M. Spérino a déclaré consentir à la publication du rapport, mais à la condition qu'il ne serait distribué qu'aux seuls membres de l'Académie, et qu'on ne le livrerait au public que lorsque celui-ci pourrait recevoir en même temps la réponse qui doit en être la réputation.

L'Académie ne s'étant pas trouvée en nombre, à la fin de la séance, pour prendre une décision, le vote a été renvoyé au lendemain, et l'impression du rapport a été adoptée presque à l'unanimité, moins les cinq commissaires qui ont jugé convenable de s'abstenir.

X....

(Nous renverrons à un prochain numéro les quelques mots que nous avons à dire sur la saturation syphilitique.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.

Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique,

Par M. Cruveilhier.

(*Lu à l'Académie impériale de médecine.*)

Je viens entretenir l'Académie d'un fait relatif à une espèce de paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science, et qui n'a pas encore sa place dans les cadres nosologiques. C'est cette espèce de paralysie qui a été décrite par M. Aran dans les *Archives générales de médecine,* sous le titre de *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (*atrophie musculaire progressive*) et par M. Thouvenet dans sa dissertation inaugurale, sous le titre de *Paralysie musculaire atrophique.*

Le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a pour

sujet un malade qui est resté dans mon service, à l'hôpital de la Charité, depuis le mois de juillet 1850, jusqu'au moment de sa mort, qui a eu lieu le 12 février 1853, malade qui a été soumis à l'observation d'un très-grand nombre d'élèves et de médecins, et que je présentais à toutes les personnes qui me faisaient l'honneur de suivre ma visite, comme le type d'une espèce de paralysie musculaire générale qui avait pour principe, non le centre nerveux céphalo-rachidien, mais les muscles eux-mêmes, dont l'atrophie précédait la paralysie, ou plutôt marchait parallèlement avec elle. C'est l'exposition détaillée de ce fait, aussi complète qu'il m'a été donné de la faire, et sous le rapport clinique et sous le rapport de l'anatomie pathologique, qui va faire l'objet principal de cette lecture.

Mais je demande à l'Académie la permission de faire précéder la description de ce fait de deux autres observations sur le même sujet, également accompagnées d'autopsie, qui m'avaient permis d'établir cliniquement, depuis 1848, l'existence de cette forme si remarquable de paralysie, sous le titre de *paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire.*

La première observation que j'aie faite sur la paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire remonte à 1832 ; c'est chez une dame âgée de 40 ans, veuve d'un général, femme aussi remarquable par son esprit que par sa belle constitution, que j'avais eu occasion de rencontrer souvent chez des amis communs. C'était comme médecin consultant que j'étais appelé auprès de cette malade, qui avait pour médecin ordinaire M. Fournier, ancien chirurgien des écuries du roi.

Je trouvai cette malade affectée d'une paralysie musculaire générale, laquelle avait beaucoup plus porté sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Les muscles avaient subi une atrophie remarquable, surtout ceux de la paume de la main et ceux de l'épaule, le deltoïde en particulier. La malade ne pouvait, en aucune façon, se servir de ses membres supérieurs pour les usages ordinaires de la vie, mais elle pouvait encore marcher sans appui dans son appartement. La face avait beaucoup perdu de son expression, et bien évidemment les muscles qui l'animent avaient notablement perdu de leur faculté contractile. L'articulation des sens était lente, monotone, incomplète.

Mais ce qui fixa surtout mon attention, c'est qu'à côté de cette altération si profonde et si générale de la myotilité, le sentiment avait conservé toute son intégrité dans toutes les parties du corps, que l'organe du tact, aussi bien que les organes des sens, jouissait de la sensibilité la plus exquise ; en outre, la malade avait conservé toute la plénitude de ses facultés intellectuelles et affectives, ce qui différenciait complétement cette affection de la paralysie des aliénés, à laquelle j'avais pensé au premier abord. Toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient d'ailleurs avec la plus grande régularité.

Je diagnostiquai donc, comme mon confrère, une paralysie musculaire générale par lésion de la moelle épinière, paralysie dont le siége devait être plus particulièrement dans les faisceaux antérieurs de cet organe ; tous les moyens empiriques et rationnels dirigés contre les lésions encore si peu connues du tissu propre de la moelle furent successivement et inutilement employés : la paralysie du mouvement alla toujours croissant. Au bout d'un an, à dater de ma première visite, aucune locomotion spontanée ne fut plus possible, la paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, à ceux de l'articulation des sons, et même aux muscles du larynx. Les muscles essentiels de la respiration, diaphragme et intercurrents, furent envahis à leur tour, et au milieu de cette abolition graduelle et générale de la myotilité qui avait enlevé successivement à cette malheureuse dame et les moyens de locomotion et les moyens d'expression de sa pensée, le sentiment conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité ; l'intelligence fut également respectée jusqu'au dernier moment et se manifestait par le regard, par les mouvements des yeux, dont les muscles propres avaient conservé toute leur contractilité, et par un mouvement de tête affirmatif et négatif ; et les fonctions nutritives avaient conservé toute leur plénitude.

Il était aisé de prévoir que cette malade succomberait tôt ou tard par le plus léger obstacle à l'inspiration, et en effet, un matin on la trouva morte dans son lit.

Nous obtînmes l'autopsie. J'avais diagnostiqué, avec tous les médecins qui avaient été successivement appelés auprès de cette malade, une lésion profonde de la moelle épinière. Quelle ne fut pas ma stupéfaction, en trouvant la moelle épinière parfaitement intacte, de même que toutes les parties constituantes de la masse encéphalique, cerveau, cervelet, isthme de l'encéphale.

Quoi ! me disais-je, tout un système locomoteur est paralysé, depuis les muscles des membres jusqu'aux muscles de la respiration, de la phonation, de l'articulation des sons, et rien, absolument rien au centre nerveux céphalo-rachidien ! Jamais, je l'avoue, je n'ai été plus porté à accuser d'impuissance l'anatomie pathologique dans certaines affections des centres nerveux ; mais, comme nous allons le voir, ce n'était pas l'anatomie pathologique qui était en défaut, mais bien l'observation, et c'était ailleurs qu'aux centres nerveux qu'il fallait chercher le point de départ de cette paralysie musculaire.

Ce fait était resté gravé dans mon esprit en caractères ineffaçables, car je ne pouvais me contenter du titre de *névrose*, qui lui avait été imposé par les médecins témoins de cette autopsie. Le trait caractéristique de cette maladie, que je n'avais vue décrite nulle part, savoir, l'abolition successive de la myotilité dans tous les instruments actifs de la locomotion, avec persistance pleine et entière du sentiment et de l'intelligence, me paraissait constituer une maladie toute spéciale, et je suis persuadé qu'il y avait là pour l'anatomie pathologique une série intéressante de recherches.

Et, chose bien remarquable, pendant les huit années que j'ai rempli les fonctions de médecin à l'hôpital de la Salpêtrière, où j'ai vu tant de paralysies de toute espèce, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas semblable, ce qui me paraît établir que la paralysie progressive générale du mouvement est une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte, et nullement de la vieillesse, et qu'à moins de localisation de la paralysie sur un membre ou sur une fraction de membre, les malheureux qui en sont affectés succombent dans l'espace d'un nombre plus ou moins considérable d'années, par suite de la généralisation de la maladie.

C'est seulement à l'hôpital de la Charité que j'ai retrouvé la paralysie graduelle du mouvement, avec intégrité parfaite du sentiment et de l'intelligence. J'en avais déjà observé plusieurs exemples, mais qui étaient restés stériles, faute d'autopsie, lorsque le fait suivant qui, comme on va voir, présentait trait pour trait les caractères de la maladie dont je viens de tracer l'histoire, me permit de déterminer que c'était, non aux centres nerveux, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'il fallait chercher les causes de cette paralysie, que je caractérisai du nom de *paralysie du mouvement par atrophie musculaire primitive ou idiopatique.* Voici cette observation :

Legrand (Adolphe), berger, âgé de 18 ans, est porté le 30 mai 1848 à l'hôpital de la Charité, et couché dans mon service, salle Saint-Ferdinand, n° 10. Voici quel était son état :

Amaigrissement extrême, membres supérieurs et inférieurs excessivement grêles ; cette gracilité tient non-seulement à l'absence complète de graisse sous-cutanée, mais bien plus encore à l'atrophie du système musculaire, atrophie musculaire qui est générale et occupe les muscles du tronc aussi bien que ceux des extrémités, les membres inférieurs aussi bien que les membres supérieurs.

Cette atrophie s'accompagne d'une paralysie générale du mouvement, complète pour un grand nombre de muscles, incomplète pour d'autres. Les muscles de la face participent à cette atrophie et à cette paralysie : aussi la face est-elle sans aucune expression, ce qui donne à Legrand un air hébété ; un seulement de la face a été en partie respecté, c'est l'orbiculaire des paupières, encore sa contraction est-elle très-incomplète, car les bords libres des paupières ne peuvent pas arriver au contact.

Le malade est condamné à garder le lit dans une immobilité presque absolue ; ses mouvements sont extrêmement limités et

très-incomplets, et ce n'est qu'avec un grand effort et en projetant violemment en avant la partie supérieure de son corps, qu'il peut se mettre sur son séant; les membres supérieurs sont incomplétement paralysés, et il peut encore s'en servir pour prendre ses repas, mais à l'aide de l'artifice suivant : il embrasse de la main gauche le coude du membre supérieur droit demi-fléchi : il le rapproche du tronc, le soulève un peu pour rapprocher la main droite de la bouche, pendant que par un mouvement combiné il incline la tête à droite, de manière à pouvoir saisir entre les dents les aliments préalablement placés dans la main de ce côté.

Certains mouvements des membres supérieurs sont plus faciles : c'est ainsi qu'il peut, par une impulsion brusque, projeter ces membres derrière la tête. Les muscles extenseurs des doigts, de la main et de l'avant-bras sont complétement paralysés; les deux dernières phalanges des doigts sont dans un état de demi-flexion permanente, qui dénote la paralysie du muscle inter-osseux; ce muscle, de même que ceux des éminences thénar et hypothénar, semble manquer complétement. Les fléchisseurs des doigts conservent encore une légère contraction qui permet au malade de saisir et de maintenir quelque objet dans la main.

Les membres inférieurs partagent à un degré à peu près égal l'atrophie et la paralysie des membres supérieurs. J'ai voulu voir si ce malade pourrait se soutenir dans la position verticale; en conséquence, deux infirmiers se lèvent et le soutiennent par les épaules; mais à peine essaie-t-on de l'abandonner à lui-même, que ses muscles inférieurs fléchisssent sous lui, le tronc et la tête s'inclinent en avant, absolument comme ils le feraient sur un cadavre. Au milieu de cette altération si profonde et si générale de l'appareil de la locomotion, tous les organes de la sensibilité avaient conservé la plénitude de leur action; l'intelligence était pleine et entière, le malade rendait parfaitement compte de son état; les fonctions nutritives s'exerçaient avec la plus grande régularité.

Malgré l'observation précédente, qui m'avait démontré l'intégrité parfaite du centre nerveux céphalo-rachidien, observation dont je ne pouvais méconnaître l'identité avec le fait actuel, je ne pus encore me défendre de la pensée que nous avions affaire ici à une altération profonde des faisceaux antérieurs de la moelle; je ne pouvais me résigner à admettre qu'une lésion aussi générale du système locomoteur s'expliquât autrement que par une lésion central du système nerveux.

En conséquence, je prescrivis deux cautères à la nuque, des frictions sur la colonne vertébrale et sur les membres avec une mixture ammoniacale, des ventouses sèches et scarifiées le long du rachis. Je priai M. Duchemin d'essayer l'électricité. Les muscles extenseurs de la main et des doigts restent complétement insensibles aux courants électriques les plus considérables; à peine quelques mouvements sont-ils provoqués dans les muscles extenseurs des orteils. Des contractions électriques sont produites dans les autres muscles à des degrés divers, toujours proportionnellement aux mouvements volontaires dont ils sont le siége.

Les choses en étaient là, lorsque, onze jours après son entrée, le 11 avril, ce malade fut pris d'une variole des plus confluentes, à laquelle il succomba le 22, dans la période de suppuration.

Ouverture du cadavre. Rien, absolument rien dans la masse encéphalique et dans la moelle, comme dans le cas précédent. Dès lors, ayant acquis pour la seconde fois la certitude que la source de cette paralysie musculaire était ailleurs qu'au centre céphalo-rachidien, je compris que j'avais à en chercher la cause, ou dans les nerfs musculaires, ou dans les nerfs eux-mêmes.

Dans ce but, je fis transporter le sujet à la Faculté, dans mon laboratoire particulier, où je fis disséquer par plusieurs aides tous les muscles des membres et du tronc. Je reconnus que tous les muscles étaient atrophiés à des degrés divers, que les uns avaient encore leur couleur presque naturelle, c'étaient ceux que l'observation clinique nous avait montrés jouir de leur contractilité; d'autres, d'une couleur rose pâle, ailleurs d'une couleur jaune pâle, jaune peau de daim, jaune de bois, mais qu'un très-grand nombre de ces muscles avaient passé à l'état graisseux. Du reste, tous ces muscles, prodigieusement réduits dans leur volume, mais ayant conservé leur forme normale, étaient parfaitement distincts les uns des autres; la disposition fasciculée y était évidente. Je fus surtout frappé d'une chose, c'est que non-seulement les muscles, même congénères et mêmes voisins les uns des autres, étaient inégalement affectés, mais encore que tous les faisceaux qui entrent dans la composition de chaque muscle n'avaient pas subi l'atrophie au même degré; ainsi, dans le même muscle, à côté de faisceaux rouges, se trouvaient des faisceaux d'un rose pâle, et même des faisceaux graisseux; l'indépendance de nutrition et d'action de chaque faisceau musculaire était aussi parfaitement démontrée que l'indépendance de chaque muscle; il était évident que l'atrophie n'envahissait pas les muscles en masse, mais bien isolément et successivement chacun des faisceaux de chaque muscle. Il me parut également évident que l'atrophie musculaire présentait dans ce cas deux degrés bien distincts; premier degré : l'*atrophie par macilence*, qui réduit le poids de la masse des muscles au cinquième, au dixième, et même peut-être au vingtième de son poids et de son volume ordinaires, sans altérer sa structure, et seulement avec diminution notable dans l'intensité de sa coloration rouge; deuxième degré, l'atrophie par transformation graisseuse, laquelle ne s'emparait du muscle que lorsqu'il avait subi le premier degré; un degré intermédiaire serait la décoloration du muscle, qui présente une teinte rose pâle à la manière des muscles de la vie organique.

Voici nominativement l'état des muscles chez ce sujet et plus particulièrement des membres supérieurs.

Muscles de l'épaule. Le sous-scapulaire a été respecté, les sus-épineux et sous-épineux atrophiés complétement; *au bras,* sont également atrophiés complétement, le deltoïde, le biceps, le coraco brachial, le triceps brachial, le brachial antérieur, le grand pectoral; le petit pectoral seul est à peu près intact.

A *l'avant-bras,* tous les muscles de la région postérieure sont atrophiés complétement; — il en est de même des muscles de la région externe, long et court supinateurs, et radius; — les muscles superficiels de la région antérieure, rond pronateur, radial antérieur et petit palmaire complétement atrophiés et graisseux; couches profondes complétement atrophiées.

Quant aux membres inférieurs, le muscle triceps fémoral est le seul qui soit graisseux; — quelques faisceaux des fessiers sont jaunes, le reste est rose pâle; — à la jambe, je n'ai noté que trois muscles graisseux, les deux péroniers et le fléchisseur propre du gros orteil.

Après avoir étudié le système musculaire chez ce sujet, je m'étais proposé d'étudier à fond le système nerveux, et plus particulièrement les nerfs musculaires, que j'étais porté à considérer comme le point de départ de l'atrophie. Je voulais suivre les nerfs, d'une part depuis leur origine à la moelle jusqu'aux grands plexus nerveux de chaque membre, d'une autre part, de ces plexus jusqu'au moment de leur pénétration dans les muscles jusque dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes. Je voulus, pour cet objet, soumettre le cordon nerveux à l'action de l'acide nitrique étendu afin de bien distinguer la névrosine de la fibre nerveuse elle-même, que je soupçonnais devoir être atrophiée.

L'entraînement de mes occupations ne m'ayant pas permis de mettre de suite ce projet à exécution (à mon grand regret le sujet fut enlevé), je constatai seulement qu'à la simple vue les nerfs des membres atrophiés paraissaient aussi volumineux que de coutume, que les nerfs musculaires, au moment de pénétrer dans les muscles atrophiés, présentaient, à peu de chose près, leur volume normal.

Tel est, messieurs, le résultat de cette seconde autopsie, confirmative de la première pour ce qui est de l'intégrité du cerveau et de la moelle, et démontrant en outre que c'était, non au centre nerveux céphalo-rachidien, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'était la cause de leur paralysie, que cette cause était l'atrophie musculaire, dont les degrés divers montraient exactement les degrés de la paralysie.

Qu'il me soit permis de le dire, parce que c'est la vérité, c'est de l'époque de cette dernière autopsie (avril 1848) que date la détermination de cette espèce de paralysie, et sa séparation définitive d'avec les paralysies qui ont leur principe au cerveau où à la moelle épinière. N'est-il pas évident que l'observation clinique toute seule ne pouvait établir que la forme symptomatique de la maladie? Sans doute elle pouvait, et elle l'avait déjà fait, tracer avec une grande fidélité les caractères propres à cette espèce de paralysie, établir sa marche graduelle et progressive, sa localisation dans quelques cas, comme aussi sa généralisation, qui n'a, pour ainsi dire, d'autres limites que celles de l'appareil de la locomotion; elle pouvait encore établir sa connexion avec l'émaciation atrophique des membres, atrophie qui marchait constamment avec elle, la précédant peut-être au lieu d'en être la conséquence éloignée, comme dans les paralysies ordinaires; d'une autre part, l'électricité, la galvanisation localisée, employée avec tant de talent par M. Duchenne, pouvaient constater que la contractilité musculaire électrique diminuait dans la même proportion que la contractilité volontaire et s'éteignait avec elle; mais seule l'anatomie pathologique pouvait donner un corps à cette forme symptomatique, et dire au pathologiste : « Cette paralysie progressive du mouvement, partielle ou générale, qui « simule les paralysies par lésion de la moelle, a pour *siége*, « pour point de départ, non la moelle épinière, non l'encéphale, « mais bien les muscles eux-mêmes. La *nature*, la *cause organique* de cette paralysie, c'est *une atrophie musculaire*, « atrophie poussée jusqu'à la destruction complète de la fibre « musculaire, jusqu'à son remplacement par du tissu adipeux. « Tout le temps qu'existera une fibre musculaire intacte, ou « encore capable de contraction, l'action musculaire pourra « s'exercer; sans doute, on rencontre l'atrophie musculaire « à la suite des paralysies du mouvement par lésion des centres « nerveux; mais il y a cette énorme différence que dans les paralysies ordinaires l'atrophie musculaire est consécutive à la « paralysie, tandis que dans la paralysie dont il s'agit, l'atrophie « est primitive ou idiopathique. »

Aussi, messieurs, est-ce depuis avril 1848, époque de la dernière des deux autopsies dont je viens de faire la description, autopsie dont je me plaisais à exposer les résultats toutes les fois que j'en trouvais l'occasion, que les faits du même genre ont pu être interprétés. Ce n'est que par suite de la détermination de la nature organique de cette paralysie, que j'ai pu parler dans mes leçons, dès mon cours d'été de 1848, à l'occasion de la classe des atrophies, de l'*atrophie musculaire primitive ou idiopathique*, comme cause d'une espèce particulière de paralysie; que M. Duchenne a pu présenter à l'Institut, au commencement de 1849, un mémoire intitulé : *Atrophie musculaire avec transformation graisseuse*, reconnaissant loyalement, à la tête de son travail, que c'était à une autopsie dont je lui avais communiqué les résultats qu'il devait la connaissance de ce fait d'anatomie pathologique. C'est encore par suite de la détermination de la nature organique de cette paralysie, qu'en septembre 1850 M. Aran, à qui M. Duchenne avait communiqué les résultats de l'autopsie dont je viens de parler, a pu réunir dans un excellent travail, sous le titre d'*Atrophie musculaire progressive*, un grand nombre de faits du même genre recueillis à l'hôpital de la Charité; que M. Thouvenet, mon interne, qui m'avait demandé un sujet de travail pour le concours des hôpitaux, a recueilli dans ses services tous les faits du même genre qui s'y sont présentés, et rédigé un travail qui a fait ensuite le sujet de sa thèse, soutenue sous ma présidence, en décembre 1851, sous le titre de *Paralysie musculaire atrophique*.

Mais une lacune grave existait dans l'anatomie pathologique de cette affection : c'était la connaissance de l'état anatomique de la partie périphérique du système nerveux. Je voyais bien dans l'atrophie graduelle des muscles une cause suffisante de la paralysie graduelle du mouvement; mais que sont les muscles sans les nerfs qui les animent? et je disais sans cesse que nous n'avions pas encore le dernier mot de cette paralysie; que j'avais la certitude que le centre nerveux céphalo-rachidien y était étranger, mais que je n'avais nullement la même certitude quant aux cordons nerveux eux-mêmes. J'avais surtout exprimé ma pensée à cet égard à M. Thouvenet, et c'est sans doute cette pensée qui l'a inspiré, lorsqu'il a soutenu que cette maladie était une paralysie qu'il a décrite sous le titre de *paralysie musculaire atrophique*, en opposition avec M. Aran, qui l'a désignée sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et qui proteste formellement contre toute assimilation entre la maladie qu'il décrit et la paralysie. On va voir que cette protestation était un peu prématurée.

Il existait donc une grande lacune dans l'anatomie pathologique de cette maladie, à savoir, l'état des cordons nerveux intermédiaires à la moelle et aux muscles. C'est cette lacune que l'observation que je vais présenter à l'Académie avec les pièces anatomiques à l'appui est destinée à combler. La première et la deuxième autopsie avaient démontré l'intégrité du centre nerveux céphalo-rachidien dans la paralysie musculaire générale progressive, avec intégrité du sentiment et de l'intelligence; la deuxième autopsie avait démontré une cause matérielle ou du moins probable de cette paralysie dans l'atrophie de la fibre musculaire elle-même, qui passait successivement par tous les degrés de l'atrophie jusqu'à son dernier terme, la transformation graisseuse. La troisième autopsie va démontrer que l'atrophie musculaire n'est pas la cause organique première de la maladie, mais qu'elle n'en est elle-même qu'un effet, dont la cause est dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, en sorte que la maladie que je décris va être définitivement placée dans la classe des paralysies, sous le titre de *paralysie progressive du mouvement, par atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux*.

Je ferai précéder la description de l'autopsie de l'observation du malade qui en est le sujet, et je demande pardon des détails très-circonstanciés dans lesquels je vais entrer, car cette observation peut être considérée comme un type du genre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales,

Par le Dr A. Deville.

(*Suite. Voir les numéros* 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 32, 34, 35, 38.)

§ 8. *Nature de la lésion.* — Sous ce titre, nous trouvons deux questions importantes : 1° la lésion est une hernie pure et simple du testicule lui-même, et non un fongus; elle est le plus souvent due à une affection tuberculeuse antécédente.

1° La lésion est une hernie pure et simple du testicule lui-même. En vérité, nous aurions été bien malheureux, si, dans tout ce travail qui donne en même temps la description aussi complète qu'on peut la faire aujourd'hui des trois principales formes des hernies testiculaires, nous n'avions pas démontré cette vérité. On ne peut pas nous contester qu'il en fût ainsi dans nos deux observations; or, l'une d'elles est diagnostiquée par M. Lawrence lui-même. D'ailleurs, des 6 dessins publiés qui existent dans la science, tous, avec des nuances dans le volume et quelques autres minimes détails, se rapportent identiquement à nos deux observations, à la suite desquelles on pourrait les mettre l'un ou l'autre, sans que personne eût rien à redire. Sans tout cela, avec les observations même de M. Lawrence, nous nous serions chargé de faire presque toute l'histoire de la lésion, telle que nous venons de l'écrire. A chaque pas, sur tous les détails, nous avons montré l'identité de la lésion en elle même, avec les hernies traumatiques et consécutives. C'est assez insister, nous le pensons. Oui, tout ce qu'on a décrit sous le nom de *fongus bénin*, de *granular swelling*, sous toutes leurs formes, ne sont que des *hernies testiculaires*, non des hernies, des protrusions de la substance glandulaire seule, telles que les avait entendues M. Curling, sous ce nom, mais des hernies vraies du testicule lui-même, revêtu de sa tunique albuginée qui se recouvre de granulations sur sa surface extérieure.

2° La lésion est le plus souvent due à une affection tubercu-

leuse antécédente. Par suite de l'état incomplet de la plupart des observations précitées, et par suite de la nouveauté de la question des tumeurs testiculaires, ceci aura paru et pourra encore paraître moins clair à quelques personnes. Il n'est même pas bien sûr que nous n'en ayons pas scandalisé quelques-unes, par cette assertion lancée ainsi dès l'abord. Nous n'en persistons pas moins à soutenir cette assertion que nous n'avons pas lancée légèrement. Dans les questions de fait, nous nous appuyons sur des faits, comme dans les questions de raisonnement, nous nous appuyons sur des raisonnements aussi serrés que nous pouvons les déduire, sans arguties. Or, il s'agit ici d'une question de fait, quand les faits ont été convenablement observés, et de raisonnement, quand les faits sont évidemment incomplets, quand surtout ils ont été observés sous l'impression de préoccupations théoriques erronées.

Comme faits, nous avons les deux nôtres, et c'est déjà quelque chose, celui de M. Philipeaux, et à la rigueur le dessin d'A. Cooper; nous avons la sortie de matière analogue à de la craie, dans une des observations de M. Lawrence.

Comme raisonnement, à part quelques exceptions, nous sommes inattaquable pour la masse de nos observations. Prenez la description théorique qu'ont donnée tous les auteurs qui ont écrit sur le fongus bénin, des phénomènes de début, montrez-la à ceux qui connaissent ce que c'est que le tubercule testiculaire; parlez-leur d'une lésion qui survient sans cause connue dans la grande majorité des cas et chez des individus dits lymphatiques, qui marche lentement sous forme de bosselures multiples et indolentes, dont l'une finit par s'enflammer (le reste persistant dans son indolence) et par ulcérer le scrotum, sans même fournir d'écoulement liquide parfois, qui ne se complique ni de douleurs lancinantes, ni d'engorgements ganglionnaires, et vous verrez s'ils ne vous y mettent pas l'étiquette, sans hésiter. Comment, dira-t-on, en présence d'un fait aussi palpable, aussi évident que l'existence de tubercules, vous voulez que nous admettions qu'il y avait des tubercules, dans les cas où les auteurs des observations n'en ont pas parlé? Nous ne voulons rien du tout; nous constatons seulement ce qui est. Mais, tenez, à la même époque où ces observations ont été prises, un des plus habiles, des plus illustres observateurs de notre grand siècle, A. Cooper, a certainement bien des fois vu, touché, extirpé même des testicules tuberculeux, et cependant, il n'a pas su les voir, et a décrit la lésion dans les inflammations chroniques où vous en retrouverez l'histoire, à ne pas vous y méprendre. Or, si A. Cooper a pu laisser passer sans notice textuelle ou à peu près, les tubercules testiculaires, il n'y a rien d'étonnant à ce que ses contemporains en aient fait autant.

Au reste, la question est bien simple. Prenant d'une part les phénomènes de début du prétendu fongus bénin, et d'autre part, la marche bien connue des tubercules testiculaires, il est aisé de voir qu'il y a identité complète de phénomènes; cela posé, cette identité incontestable reconnue, il nous suffirait d'avoir, dans un seul fait anatomo-pathologique de soi-disant fongus bénin, prouvé que le gonflement antécédent est tuberculeux, pour que nous ayons le droit d'en tirer la conclusion que nous avons émise. Or, nous avons démontré que nous avions plusieurs faits indéniables.

D'ailleurs, depuis que les idées françaises sur les tubercules testiculaires, fécondées ensuite par les travaux des chirurgiens et anglais et français, ont pénétré en Angleterre, l'histoire des fongus bénins a été faite comme appendice à l'étude de la lésion tuberculeuse, par tous les auteurs qui reconnaissent ainsi implicitement la vérité du fait que nous avançons; ainsi a fait M. Brodie, ainsi a fait M. B. Cooper. Et cette reconnaissance implicite n'a pas peu de valeur, dans un pays où la question des tubercules testiculaires a été accueillie avec assez d'objections et de difficultés.

Maintenant, nous avons fait assez nos réserves en commençant, et à propos du paragraphe des causes, pour que l'on ne puisse pas nous accuser d'être exclusif. Nous admettrions volontiers, si on nous le prouve, que parmi nos 33 observations, il pourrait y en avoir quelques-unes qui ne soient pas relatives à des lésions tuberculeuses. Mais nous maintenons que dans la majorité de nos cas, l'origine était tuberculeuse. Si la preuve en question nous était fournie, nous élaguerions tout simplement, malgré leur grande analogie avec les autres, les observations un peu différentes, et nous n'en conserverions pas moins notre titre de *hernies testiculaires tuberculeuses;* nous n'en dirions pas moins : Voici un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des tubercules du testicule.

§ 9. *Traitement.* — C'est une chose bien triste, que de parcourir nos observations au point de vue du traitement qui a été employé, maintenant que nous savons que la tumeur extérieure est tout simplement le testicule, parfaitement sain le plus souvent; c'est encore bien plus triste, lorsque l'on songe que les auteurs n'ont rapporté qu'une faible partie de leur pratique dans leurs observations textuelles, et qu'ils déclarent, sans en fournir d'autres observations, que les mêmes moyens leur ont souvent *réussi!* C'est une véritable extermination. Sur nos 33 cas, 11 fois, au moins, nous trouvons que la castration complète a été pratiquée, 2 fois du moins, la tumeur a été détruite par les caustiques, 1 fois par la ligature, qui a été essayée et a dû être enlevée, ou complétée par excision dans trois autres cas, 5 fois au moins par cette castration déguisée qu'on appelle excision. Ces malheureux testicules, ils payaient cher leur équipée au dehors! Mais quoi! c'étaient des fongus, et à ce titre, ils méritaient bien d'être détruits. Au milieu de cette triste énumération, nous trouvons néanmoins trois ou quatre cas de M. Lawrence, où on avait heureusemcnt laissé la guérison se faire toute seule, en l'aidant peut-être par l'action de quelques styptiques ou de la compression; nous trouvons le cas de Serre, de Montpellier, où la guérison a été spontanée, car on nous permettra, après ce que nous avons dit, de compter l'or pour peu de chose à ce point de vue; nous trouvons les cas plus positifs de M. B. Cooper. Nous arrivons enfin aux vues plus justes et si naturellement déduites des prémisses déjà posées de MM. Brodie et Syme. Dès ce moment, et malgré quelques cas contraires, la pratique s'était profondément modifiée en Angleterre.

En France, il est extraordinaire qu'à part le cas de Serre, celui que nous avons observé chez M. Morel, et ceux de M. Jarjavay, personne n'ait jamais parlé d'une lésion aussi caractérisée, et qui, certainement, ne doit pas être rare. Veut-on que nous disions à cet égard toute notre pensée? Eh bien! nous pensons qu'en France la tumeur, malgré ses caractères si tranchés, a été prise d'habitude pour un cancer, et a été traitée comme telle par la castration. C'est ici, comme pour toutes choses, ainsi que le disait M. Malgaigne; nous avons tous besoin qu'on nous apprenne à voir. Les bubons ont dû exister de tout temps avec la syphilis, et cependant on n'en parle pas dans les premières descriptions de la syphilis, même pendant longtemps; à ce propos, faisons remarquer le singulier sophisme devenu une loi acceptée généralement, par une étrange aberration des idées, et qui fait dire par presque tout le monde : apparition de la syphilis au xv^e^ siècle, au lieu de dire première description de la syphilis. La morve, chez l'homme, existait avant qu'on ne l'eût décrite, et passait inaperçue; il en était de même pour la fièvre typhoïde, pour la paralysie générale des aliénés, pour le testicule syphilitique, etc., etc.... Nous n'en finirions pas, si nous voulions faire l'énumération rien que des faits de ce genre, découverts, dit-on, décrits, disons-nous, dans le cours du grand siècle au milieu duquel nous vivons. De même, pour la hernie testiculaire; elle n'était pas décrite; on la voyait en France sans y prendre garde; on avait bien entendu parler d'une protrusion de la substance testiculaire à travers la tunique albuginée, telle que l'avaient décrite les chirurgiens anglais, mais on y croyait peu. Le respect que l'on avait, à juste titre, pour le grand talent de ces chirurgiens, empêchait de nier la chose, dont on se contentait de s'occuper à peine. Il est tout simple alors qu'en France, jusqu'à M. Jarjavay, on n'ait pas publié d'erreurs sur cette lésion, parce qu'on ne risque guère de se tromper sur une question dont on ne s'occupe pas.

Chacun comprendra qu'un vain désir de faire un cadre méthodique ne nous excuserait pas, si nous venions à parler davantage de toutes ces méthodes qui consistent à détruire ou enlever le testicule, excisions partielles ou générales, ligatures, cautérisations, castration, sauf une petite réserve que nous faisons provisoirement en faveur de la castration, dans quelques cas rares. Il est évident, aujourd'hui, que nous savons à quoi nous avons affaire, et à part exception, le rôle du chirurgien doit consister uniquement à obtenir ou favoriser la guérison spontanée, ou peut-être à réintégrer le testicule par une espèce d'autoplastie.

A. Mais, auparavant, une question se présente : Ne pourrait-on pas *prévenir* la formation de la hernie ? Nous pensons que si, dans la grande majorité des cas, si ce n'est dans tous. Déjà, en 1843, M. Curling faisait remarquer que, depuis quelques années, les cas de *granular swelling* devenaient plus rares, et il l'attribuait à ce que l'on connaissait mieux les lésions du testicule, et que par suite on les traitait plus convenablement. Cette vue très-juste de M. Curling peut être étendue plus loin. Dès l'instant que la lésion dont nous nous occupons est une simple hernie de l'organe, il est évident que l'on peut à peu près toujours, si ce n'est toujours, la prévenir. Il est certain que le simple repos au lit et des ponctions judicieuses, lorsqu'une bosselure molle doit inévitablement s'ouvrir, de manière à empêcher une trop grande ulcération de la peau, suffiront le plus souvent. A ce propos, il est bon de rappeler que M. Vidal (de Cassis) établit, comme règle générale, que les bosselures tuberculeuses doivent être ainsi traitées par le repos, et de simples ponctions étroites avec la pointe de la lancette, lorsqu'elles menacent de s'ouvrir; et nous avons pu pour notre compte constater, dans son service de l'hôpital du Midi, les excellents résultats qu'il retire de cette sage pratique. Presque à coup sûr, de petites ponctions de ce genre, faites à temps, préviendront toute formation ultérieure de hernie. Si, sauf exception, par négligence due, soit au patient, soit au chirurgien, la peau s'était largement ulcérée, il serait encore bien simple de prévenir la formation de la hernie, au moyen de bandelettes entourant le scrotum, et agissant par compression sur le testicule, par traction sur le scrotum, ou mieux encore, surtout dans les cas de hernies imminentes, au moyen de la suture sèche telle que nous l'avons décrite au chapitre des hernies consécutives. Nous n'avons pas besoin d'insister davantage; il aurait suffi même de poser l'indication en peu de mots.

Mais, pour une raison ou pour l'autre, la hernie s'est faite, et un patient se présente au chirurgien, avec la tumeur extérieure que nous connaissons maintenant. Le chirurgien a alors à sa disposition le pansement simple; ce pansement, plus l'emploi de quelques moyens propres à ramener le scrotum au-devant du testicule; le pansement avec des styptiques; les incisions simples de Delpech; le procédé autoplastique de M. Syme. Ici, notre tâche est presque complétement accomplie dans l'étude que nous avons faite des hernies consécutives, dont presque tout le paragraphe *traitement* pourrait en vérité être rapporté en ce moment d'une manière textuelle.

B. Pansement simple. — Il pourrait très-bien être en général suffisant, puisque nous avons vu qu'au milieu des bonnes conditions que prouve le seul repos au lit, la guérison spontanée se fait très-bien dans une période de six semaines à deux mois. Cependant, l'addition d'un des moyens suivants étant sans inconvénients, et devant très-probablement hâter la guérison, il sera bon de les employer concurremment.

C. Ces moyens (*bandelettes et suture sèche*) n'ont plus besoin d'être décrits. Ils ont chacun une qualité dominante, les bandelettes comprimant mieux le testicule, la suture sèche attirant mieux en avant les bords de l'ouverture scrotale; ils peuvent donc satisfaire à des indications variées, et être employés isolément ou concurrement, suivant le cas.

D. Les *styptiques*, les mercuriaux, le black-wash (mélange de 15 grains de calomel dans une once d'eau de chaux, et puis étendu d'eau ordinaire), ne nous paraissent guère indiqués. A moins de preuves nouvelles un peu plus sévères que celles données jusqu'à présent, en faveur de leur utilité, nous avouons ne voir aucune raison pour les employer. Si nous acceptions la pratique d'un bon nombre de chirurgiens qui prodiguent le nitrate d'argent, et qui, parce que cet agent est très-utile pour *quelques* cas de granulations végétantes, ou au contraire paresseuses, l'emploient sans raison pour *toutes* les granulations, nous pourrions aussi avoir une démangeaison de l'employer, et de forcer, par son aide supposé, à rentrer dans le scrotum un testicule qui rentre tout seul. Jusqu'à preuve contraire, le nitrate d'argent ne nous semble pas devoir être d'une utilité sérieuse.

E. Incisions simples. — Dans quelques cas de hernies consécutives, où il y a eu grande destruction du scrotum, nous avons pensé que le scrotum pourrait éprouver une certaine difficulté à être ramené au-devant du testicule; alors, nous croyons qu'il pourrait se présenter des cas où la suture sèche serait grandement aidée par les deux incisions simples que Delpech avait pratiquées à un autre point de vue. Dans les hernies tuberculeuses, le cas ordinaire n'est plus le même; peu ou point du scrotum a été généralement détruit; les difficultés ne seront donc pas les mêmes, et par suite il nous semble qu'ici ces incisions seront bien rarement utiles. Cependant, on pourrait imaginer des cas où le scrotum a été notablement ulcéré, où le testitule hernié serait très-épanoui, où les granulations très-développées lui auraient donné un assez fort volume, et où peut-être les deux incisions pourraient rendre service. En tout cas, nous ne les emploierions que si, par extraordinaire, les moyens précédents devenaient infructueux, après un emploi persévérant de trois à quatre semaines, ce qui est peu probable. Une incision, la plus simple de toutes, est toujours une incision, et peut avoir, surtout sur le scrotum, des conséquences fâcheuses; elle ne doit être pratiquée que dans les cas de nécessité.

F. Ceci peut être dit, à plus juste titre encore, de l'*opération autoplastique.* A. Cooper avait déjà songé, d'une manière secondaire, il est vrai, à écorcer seulement les granulations, en respectant la tunique albuginée, et à ramener ensuite le scrotum par-dessus, à l'aide de la suture. Cela ne diminue en rien le mérite de M. Syme, qui a le premier constaté la nature vraiment saine des granulations, l'a démontrée par ses succès, et a formulé un procédé opératoire régulier. Seulement, si nos prévisions, fondées sur des bases bien solides, ne nous trompent pas sur l'efficacité du pansement simple avec quelques moyens additionnels, nous avouons notre répugnance à recourir même à l'opération de M. Syme.

Si nous envisageons, en effet, les quatre observations (deux de M. Syme, une de M. Duncan, une de M. Lawrie) que nous possédons sur cette opération, nous trouvons que la guérison a exigé 24, 23, 21 et 20 jours, mettons trois semaines en terme moyen. Or, nous avons vu que la guérison spontanée est obtenue en six semaines ou deux mois, et il est probable que la durée sera bien moindre par l'emploi des moyens que nous proposons; supposons quelques jours de plus que par l'opération de M. Syme. Eh bien ! la question est de savoir si, pour quelques jours de plus ou de moins, cela vaut la peine de courir les chances d'une opération. Nous ne le pensons pas, et dans cette appréciation, l'insuccès de M. Goyrand, dans un cas de hernie consécutive, mérite d'être tenu en ligne de compte.

Au reste, pour que le lecteur puisse juger en toute connaissance de cause, dans l'état actuel des choses, voici les deux observations de M. Syme.

26e *Observation.* — André Ayton, 26 ans, est admis à l'Infirmerie royale d'Édimbourg, pour une excroissance du testicule, du volume à peu près d'une aveline.

Le 15 janvier, M. Syme incise les téguments autour du fongus, et étend les incisions en haut et en bas, pour donner au tout une forme elliptique. Les téguments sont alors disséqués de chaque côté, rapprochés par-dessus l'excroissance, et maintenus unis par trois points de suture; le scrotum est en outre maintenu par des bandelettes et un bandage. Dès l'abord, on put penser que la réunion s'était faite complétement par première intention; mais une partie de la plaie suppura, sans montrer néanmoins la moindre tendance à la reproduction de la protrusion. Guéri et renvoyé le 9 février, après avoir été gardé quelques jours, pour que la cicatrisation fût bien complète.

27e *Observation.* — William Smith, 38 ans, a été admis à l'Infirmerie royale d'Édimbourg, pour un fongus du testicule de grande dimension, qui *comprenait en fait presque tout le testicule*, en sorte qu'il ne restait plus rien dans le scrotum que le cordon et l'épididyme.

15 octobre. Opération semblable à la précédente, excepté que, par suite du plus grand volume de la tumeur, on disséqua plus loin les téguments. Une réduction complète fut obtenue.

Aucun symptôme fâcheux ne survint; après 15 jours, la cure aurait pu être considérée comme presque complète, et M. Syme croit qu'elle l'aurait été, si le bord épais et induré des téguments, qui entouraient la base du fongus, avait été resséqué au moment de l'opération. Une semaine après, la guérison était complète.

G. Enfin la *castration* se présente en dernier lieu. La castration! pourront dire quelques-uns, après ce que vous avez vous-même dit contre la malheureuse extermination des testicules! — Eh oui! la castration, dans des cas très-exceptionnels, mais possibles, appliquée au traitement, non pas de la hernie testiculaire, mais de la lésion tuberculeuse qui l'a produite et que la hernie complique. La guérison se réduit à ceci : Y a-t-il des cas, tout exceptionnels qu'ils soient, où des tubercules testiculaires exigent la castration? Oui, répondrons-nous, quoique cela soit rare. Or, si nous justifions notre affirmative, personne ne pourra contester que si la castration est indiquée dans des cas où il n'y a pas hernie, elle l'est encore plus dans des cas analogues présentant de plus la complication de la hernie. Ceci va faire l'objet d'une discussion qui composera notre quatrième chapitre. — Nous nous contenterons de ces généralités, parce qu'il s'agit ici de ces cas qu'on pourrait appeler cliniques, qui doivent être pesés chacun individuellement et doivent, en général, être examinés avant toute opération, par plusieurs médecins expérimentés, appliquant, à leur appréciation, tout ce que les données théoriques et l'expérience pratique personnelle peuvent fournir.

Nous ne parlons pas du traitement général et hygiénique qui est si important. Il est absolument le même que pour les tubercules testiculaires. Par conséquent, nous sortirions par trop des limites de notre sujet, si nous cherchions en ce moment à indiquer, dans le gâchis des moyens préconisés à cet égard, ceux si nombreux qui peuvent en effet rendre de grands services. Au fait, c'est le traitement des scrofules en général.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 *mars* 1853. — Présidence de M. NACQUARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Ampliation du décret portant approbation de la nomination de M. Requin.

2° États de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Flechelle adresse une description d'un matelas, d'un brancard, d'une baignoire et d'un lit utiles dans l'accouchement et dans certaines opérations chirurgicales.

Vaccine.

M. Renault, vice-directeur, ainsi qu'il s'intitule, des vaccinations du département de l'Orne, adresse une copie des notes sur la vaccination, adressées par lui aux maires et curés de son département et des départements voisins.

LECTURES.

Paralysie atrophique.

M. Cruveilhier termine la lecture du travail qu'il a rédigé sur cette maladie.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance, et l'Académie se forme en comité secret à 4 heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— On lit dans la *Gazette médicale* de Strasbourg :

« M. Trousseau a pris possession de la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, vacante par la démission de M. Chomel. Avec la plupart des journaux de médecine de Paris, nous avons toujours pensé que M. Trousseau convenait mieux à la chaire de matière médicale qu'à celle de clinique. Son discours d'ouverture nous confirme dans notre opinion. C'est une apologie de l'empirisme brut et une déclaration de guerre aux doctrines de l'école anatomique de Paris; nous doutons fort qu'il soit du goût de la majorité des professeurs de cette Faculté. Cette première leçon a valu à M. Trousseau une critique incisive de la part de M. de Castelnau, dans le *Moniteur des Hôpitaux*, critique à laquelle M. Trousseau a répondu par une citation devant la police correctionnelle. En spectateurs impartiaux, nous ne pouvons prendre parti ni pour l'un, ni pour l'autre. Lorsque la clinique, au lieu de rechercher tous les modes d'investigation, la physiologie, aussi bien que l'anatomie pathologique et l'expérience, ne s'appuie que sur l'anatomie pathologique, elle fausse la science; elle la détruit en n'ayant recours qu'à l'empirisme. »

La dernière phrase de cette note, évidemment écrite dans un esprit d'impartialité, semblerait indiquer que nous aurions défendu une doctrine qui s'appuierait exclusivement sur l'anatomie pathologique. Tous ceux qui nous font l'honneur de nous lire savent le contraire, et n'ignorent pas que, sous ce rapport, nous ne sommes pas même entièrement d'accord avec ce qu'on appelle l'école de Paris, qui n'est cependant pas exclusivement anatomo-pathologique. Nous espérons que notre honorable confrère de Strasbourg voudra bien nous justifier, auprès de ses lecteurs, de l'opinion qu'ils pourraient nous attribuer.

— Nous n'apprendrons sans doute rien de bien nouveau à nos lecteurs, quand nous leur dirons que les hommes plus ou moins savants qui aspirent aux chaires professorales ne s'en tiennent pas toujours pour y arriver, aux seuls moyens dont la connaissance s'acquiert dans les laboratoires, dans les amphithéâtres, dans les salles d'hôpital, ou dans les bouquins, j'entends dans ceux d'Hippocrate, de Galien et de Paracelse. Nous leur raconterons cependant, en deux mots, une anecdote qui met en évidence un procédé assez piquant, sinon assez neuf, pour être signalé aux modestes praticiens philosophes qui ne cherchent, dans les luttes scientifiques, que des études de mœurs, et aux jeunes candidats qui viennent y apprendre la stratégie de cette guerre à part.

A propos des dernières présentations, un officieux entremetteur se rend chez un juge, célèbre aux titres les plus divers : — Mon cher professeur, lui dit-il après les compliments d'usage, je viens vous demander votre voix pour M. X***, dont vous connaissez tout le mérite présent, et surtout le grand mérite à venir. — Ah! que je suis désolé, mon cher.... que vous arriviez si tard. J'ai promis ma voix à M. Z***. — Quel fâcheux contre-temps, en effet. Mais, dites-moi, avez-vous donné à M. Z*** votre parole d'honneur? — Il n'a pas été question de parole d'honneur; je lui ai donné ma parole purement et simplement; je lui ai promis de voter pour lui, et voilà tout. — Oh! mais, dans ce cas, c'est à merveille; il y a moyen de nous entendre, et voici comment : vous donnerez à mon ami X*** votre parole d'honneur, et vous conserverez à M. Z*** votre parole ordinaire. — C'est-à-dire que je ne voterai pas pour lui? — Bien entendu.

Pour rendre justice à chacun, nous devons dire que le professeur illustre aux titres les plus divers n'a pas entièrement goûté le raisonnement de l'ingénieux entremetteur.

— Si la chronique dit vrai, un autre personnage célèbre par des titres moins nombreux, mais peut-être plus recommandables, se serait trouvé, toujours à propos des candidatures, dans une position bien digne d'intérêt.

Un candidat (ce sera si l'on veut bien, M. A...) qui avait éprouvé en province des malheurs inattendus, était venu trouver le personnage en question pour lui exposer ses griefs et ses titres et invoquer sa puissante intervention. — Vos griefs me paraissent fondés et vos titres excellents; vous pouvez compter que je ferai tout ce qui dépendra de moi pour qu'on fasse droit aux uns et aux autres.

Arrive un second candidat qu'on pourra désigner par M. B...; celui-ci n'avait éprouvé qu'un demi-malheur; mais il y était tout aussi sensible qu'à un malheur entier, et il s'empressa de venir réclamer l'appui du personnage qu'il supposait devoir être indigné d'une telle injustice. D'ailleurs il était entouré d'une artillerie de recommandations qui lui donnait de l'aplomb, cas il savait que le personnage n'est pas de la première bravoure devant cette artillerie-là. — Ne pensez-vous pas, lui dit-il, en l'abordant par un exorde *ex abrupto*, ne pensez-vous pas avec MM. tels, tels, tels et tels, que c'est une injustice révoltante de n'avoir pas préféré mes titres à ceux de M. un tel? — Sans aucun doute, répondit le personnage; vos titres sont évidemment au-dessus de ceux de tous vos compétiteurs. — Je puis donc compter sur votre appui et m'en autoriser? — Parfaitement. — Plein de confiance, l'heureux compétiteur s'en va faire valoir ses titres sur la foi de cette promesse, et pour ainsi dire au nom du haut personnage. Après maintes visites, il tombe enfin sur un juge qui lui exprime sa surprise de l'appui du prétendu protecteur. M. A... sort de chez moi, dit le juge indiscret; il s'est recommandé de la même autorité que vous, et m'a raconté exactement les mêmes choses. — Est-il possible! s'écrie M. B... — Cela est très-certain. — Je veux en avoir le cœur net. — Sur ce, il part comme un trait, va quérir deux témoins, et se rend chez l'éminent personnage qu'il somme de déclarer lesquels il préfère des travaux de M. A... ou de M. B... On dit que le spirituel interrogé avait envie de répondre : Je ne les préfère ni les uns ni les autres. Mais un compétiteur flanqué de deux témoins est un objet très-peu rassurant. Aussi le personnage s'est-il empressé, toujours d'après les on dit, de déclarer que, sans contredit, les travaux de M. B... étaient de beaucoup supérieurs à ceux de M. A..., ce qu'il proclamerait hautement, partout où besoin serait.... à moins cependant que M. A... ne se présentât avec une escorte de trois témoins.

— Nous sommes obligé de renvoyer le compte rendu de l'Académie des sciences à notre prochain numéro.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 40. 1re année. Samedi 2 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie des Sciences. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hopital Cochin. M. Maisonneuve. Désarticulation complète de la mâchoire inférieure, par le Dr Alexis Favrot. — Hopital Beaujon. M. Robert. Rétrécissements de l'urètre. Valvule du col vésical. Abcès urinaire, etc., par M. Aristide Gleize. — Note sur les eaux gazeuses rendues toxiques par les siphons de plomb, par M. A. Chatin. **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 1er *avril* 1853.

Séance de l'Académie des sciences.

Cette séance a été l'une de celles où les communications médicales ont occupé la plus large place. Les deux plus importantes sont celles de MM. Flandin et Sédillot; relatives, la première à la recherche des poisons organiques; la seconde, à l'opération de la gastrotomie. Nous avons déjà publié textuellement le travail de M. Flandin; nous nous proposons d'en faire autant de celui de M. Sédillot. On sait les efforts persévérants de cet habile professeur pour faire passer dans la pratique chirurgicale une opération que la généralité des chirurgiens s'obstine à repousser. L'observation nouvelle que publie M. Sédillot contribuera-t-elle plus que les précédentes à lui faire atteindre le but qu'il se propose? Cela nous semble douteux. Ce n'est pas que cette opération n'ait en sa faveur plusieurs bonnes raisons que M. Sédillot fait très-bien valoir avec le talent qui lui est habituel; mais elle est du nombre de celles qui *à priori* excitent plutôt de l'éloignement que de la sympathie, et que le succès pourrait seul faire accueillir plus favorablement. Au reste, M. Sédillot n'est homme à se décourager, et s'il y a réellement un progrès dans l'innovation qu'il a imaginée, on peut être assuré que ce progrès marquera sa place dans la science.

M. Delioux, qui paraît avoir adopté pour spécialité l'étude des effets thérapeutiques des agents de la matière médicale, et qui tente assez souvent des applications nouvelles de ces agents, a imaginé d'employer les injections iodées au traitement de la dysenterie. Cette application ne paraît point *à priori* plus hasardeuse que plusieurs de celles qu'on a déjà tentées. Les douze faits cités par M. Delioux sembleraient même prouver que ces injections ont en grande partie répondu aux espérances de l'expérimentateur. Toutefois, la démonstration est loin d'être complète : la dysenterie est une maladie si différente d'elle-même que douze cas de guérison pris isolément ne sauraient être suffisants pour mettre en évidence l'efficacité d'une médication : il est telles conditions où l'eau albumineuse, même une simple tisane, c'est-à-dire à peu près l'expectation, suffit parfaitement pour obtenir des guérisons aussi satisfaisantes.

Un correspondant un peu fécond des sociétés savantes, M. Michel de Strasbourg, a communiqué un fait d'anatomie pathologique qui, vu son isolement, ne peut être, mais c'est déjà quelque chose, qu'une pierre d'attente ajoutée à l'édifice scientifique.

Quant à la communication de M. Guépin de Nantes, sur les fonctions du cristallin, une lecture, sans doute trop rapide quoique attentive, ne nous a pas permis d'en bien saisir la portée ni le but.

Nous sommes toujours embarrassé pour parler de M. Marshall-Hall. Comment concevoir qu'un homme qui a une position scientifique aussi éminente s'obstine à entretenir l'Académie des sciences de singularités, nous avons presque dit d'excentricités, qu'on pardonnerait à peine à un mesmérien ou à un syphilisateur! Il serait sans doute fort intéressant de savoir l'opinion de M. Marshall-Hall touchant l'influence des nerfs pneumo-gastriques, diaphragmatiques, etc., sur le vomissement; mais tant que cette opinion ne se fonde sur aucune expérience nouvelle, sur aucune observation précise, elle est du nombre de celles qui ne devraient jamais franchir l'enceinte du foyer où elles sont écloses.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Désarticulation complète de la mâchoire inférieure.

Nous venons d'assister à une de ces opérations, qui font époque dans les annales de la science, non-seulement parce qu'elles réalisent un progrès remarquable en médecine opératoire, mais surtout en ce qu'elles créent une ressource précieuse contre des maladies considérées jusqu'à présent comme incurables.

Une jeune fille de 17 ans, à laquelle M. Maisonneuve avait pratiqué déjà l'amputation de toute la moitié latérale gauche de la mâchoire inférieure pour un ostéosarcôme, revint après 18 mois réclamer de nouveau les secours de la chirurgie pour une affection semblable qui envahissait actuellement toute la partie latérale droite de cet os.

La nature bien connue de cette tumeur ne permettait pas de compter sur les moyens médicaux. D'un autre côté, la médecine opératoire ne pouvait désormais intervenir qu'en sacrifiant tout ce qui restait de l'os maxillaire; jusqu'à présent les chirurgiens les plus hardis avaient reculé devant une semblable opération :

Comment, en effet, remplacer les importantes fonctions de l'os maxillaire dans l'acte de la mastication, de la déglutition, de la phonation. Et comment empêcher la langue, dont les insertions antérieures seraient détruites, d'être entraînée vers le pharynx et de produire la suffocation? Et, d'une autre part, n'y avait-il pas imprudence grave à soumettre un malade à de pareilles chances dans le but de détruire un mal qui, dans les idées du plus grand nombre des chirurgiens, doit récidiver fatalement toutes ces objections. M. Maisonneuve les a posées, sans détour, mais daas une discussion savante et serrée il a su les détruire l'une après l'autre. Si la chirurgie, dit-il, ne connaît point encore de mutilation semblable opérée par la main du chirurgien, si, par conséquent, l'expérience de nos devanciers ne peut rien nous apprendre à cet égard, il existe des faits plus ou moins analogues de résection partielle, d'ablation presque totale dans lesquelles les parties les plus importantes de l'os maxillaire ont été détruites, et cela sans que la vie ait été compromise. C'est ainsi qu'on a vu longtemps aux Invalides un vieux soldat, dont la mâchoire inférieure avait été emportée en grande partie par un boulet de canon; Dupuytren, Lisfranc, Gensoul et plusieurs autres, ont augmenté avec succès des portions considérables de l'os maxillaire.

D'un autre côté, s'il est vrai que les cancers soient presque fatalement soumis à la récidive, les progrès récents de l'anatomie pathologique ont démontré que parmi les affections considérées comme cancéreuses, il en existait chez lesquelles la récidive n'était point un indice d'infection générale, et qu'une ablation complète pouvait détruire radicalement; telles sont surtout les tumeurs dites sarcomateuses ou fibro-plastiques.

Hors, telle est précisément la nature de celle que porte cette jeune fille.

Appuyé sur ces considérations, il ne croit pas devoir refuser à la malade le bénéfice d'une ressource ultime.

Déjà, dans l'opération antérieure, toute la partie latérale gauche avait été enlevée, la cicatrice nette et régulière était à peine perceptible, toutes les branches du nerf facial avaient été conservées. M. Maisonneuve crut ne pouvoir mieux faire que de suivre le même procédé pour la désarticulation de la moitié latérale droite. En conséquence, il incisa d'abord sur la cicatrice médiane la lèvre inférieure et les parties molles du menton, puis dirigeant son incision parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'à son angle, il divisa tous les tissus jusqu'au corps de l'os, qu'il mit à découvert, et dont il détacha les parties molles, plutôt avec les doigts qu'avec le bistouri.

Il ne se servit de cet instrument que pour couper les insertions du muscle masséter et du ptérygoïdien interne; avec les ciseaux mousses, il divisa le tendon du muscle temporal, puis, au moyen d'un mouvement de bascule, il fit saillir en avant le condyle, ouvrit la capsule et termina l'opération en détachant le périoste qui recouvre le bord postérieur de la branche verticale de l'os.

Dans cette manœuvre rapide, il n'y eut d'ouvert qu'un seul vaisseau de quelque importance, l'artère dentaire inférieure; elle seule, exigea une ligature, aussi la malade ne perdit-elle qu'une petite quantité de sang. Les parties molles furent ensuite rapprochées au moyen de la suture entortillée, aucune précaution spéciale ne fut prise pour retenir la langue en avant, la cicatrice de l'opération pratiquée sur le côté gauche suffisant à cet objet.

Cette opération a été exécutée devant un nombreux concours de notabilités médicales, parmi lesquelles nous avons surtout remarqué M. Hubbenet, médecin de l'empereur de Russie. Les pièces anatomiques ont été examinées avec soin, et ont en tout point confirmé l'exactitude du diagnostic.

Elles ont été déposées entre les mains de M. le docteur Houel, conservateur du musée Dupuytren, qui assistait à l'opération.

Dr Alexis Favrot.

Hôpital Beaujon. — M. Robert.

Rétrécissements de l'urètre. — Valvule du col vésical. — Abcès urinaire, etc.

Le 28 juillet 1852, M. Guil****, principal clerc d'avoué, âgé d'environ 30 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, vint pour la deuxième fois à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, afin de s'y faire traiter d'une affection des organes génito-urinaires datant déjà de plusieurs années.

Dès l'âge de 18 ans (1840), cet homme contractait une première chaudepisse qui fut bientôt suivie de plusieurs autres à divers intervalles. L'une de ces dernières, qu'il eut à l'âge de 23 ou 24 ans (c'était une chaudepisse cordée), résistait opiniâtrement aux moyens antiphlogistiques ordinaires; il s'impatienta et entreprit de la couper par des injections avec le nitrate d'argent à haute dose. Il assure n'avoir jamais fait aucun effort pour rompre la corde. Au bout de trois jours, tout écoulement avait disparu. Le malade ne sait d'abord quels remercîments adresser à la médication héroïque qui l'avait si rapidement guéri.

Malheureusement un rétrécissement de l'urètre se formait sur ces entrefaites, soit en dépit, soit à cause même de ces injections avec le nitrate d'argent à haute dose. Le malade s'aperçut d'abord qu'il était obligé de se livrer à des efforts plus grands qu'à l'ordinaire pour expulser l'urine, et que, malgré ces efforts, le jet du liquide, notablement diminué en vitesse et en quantité, sortait quelquefois bifurqué ou d'autres fois en tournoyant à la manière d'une vrille pour aller ensuite tomber sur les pieds du malade. Ajoutons que la vessie, fatiguée de ces efforts de contraction, ne se vide bientôt plus qu'incomplétement à chaque mixtion, et alors le besoin d'uriner se fit sentir plus souvent que dans l'état naturel.

Deux ans après, l'augmentation progressive de ces accidents finit par inquiéter sérieusement le malade, et pour empêcher du moins le mal d'aller plus avant, il entreprit de passer de temps à autre dans son urètre une bougie en gomme élastique de 1 millim. à 1 millim. et demi tout au plus, mais c'était le numéro le plus fort qui pût alors entrer.

Il suivait assez bien cette pratique depuis près de quatre années et sans autres accidents malgré certains écarts de régime, lorsqu'au commencement de février 1852, à la suite d'un coup, disait-il, il eut une orchite qui laissa à la surface des testicules et surtout du gauche en arrière et en bas, une petite tumeur dure, bosselée, inégale, pour laquelle il vint me consulter. N'examinant que cette tumeur, je crus à une épididymite par suite de blennorrhagie, et j'adressai ce malade à M. Robert. Celui-ci reconnut en effet là immédiatement la queue de l'épididyme indurée; la tête elle-même était aussi d'ailleurs le siége de nodosités semblables à celles de la queue, mais seulement moins volumineuses. Quelle était l'origine de cette induration de l'épididyme? L'examen de l'urètre avec une bougie à boule très-fine vint aussitôt le démontrer. Trois fois la boule se trouve arrêtée en différents endroits par des rétrécissements dont le plus profond surtout parut fort résistant.

Six semaines plus tard, le malade venait demander à être reçu dans le service de M. Robert. Mais, durant cet intervalle et avant de s'en rapporter à l'expérience du chirurgien de Beaujon, il alla consulter successivement plusieurs autres hommes de l'art et d'abord M. Denonvilliers.

Pour M. Denonvilliers, les rétrécissements de l'urètre étaient peu de chose; ce qui le préoccupa surtout, ce fut la tumeur dure, bosselée, inégale, étalée à la face postérieure et inférieure du testicule gauche avec apparition, par intervalle, de douleurs lancinantes assez vives. N'étant pas bien sûr, au premier abord, si c'était à un cancer du testicule ou à un accident syphilitique qu'il avait affaire, il se servit comme pierre de touche du traitement par l'iodure de potassium à la dose de 0,50 centig. pris à l'intérieur. Quoi qu'il en soit, le malade se trouva atteint pour la première fois, au 1er mars 1852, d'une rétention complète d'urine dont les antiphlogistiques les plus puissants purent seuls

triompher. Un peu plus tard encore, il éprouvait, surtout dans la portion périnéale de l'urètre fortement boursouflée, de violentes douleurs qui l'empêchaient de marcher ou même de se tenir assis!

Cela étant, il vint trouver M. Ricord qui, par des sangsues au périnée, des bains de siége, des cataplasmes émollients et narcotiques et des lavements de même nature, obtint en quelques jours un amendement notable dans la tuméfaction de la portion périnéale de l'urètre. Après cela, M. Ricord examinant le testicule gauche, crut à un sarcocèle syphilitique avec albuginite consécutive; en conséquence, il fit prendre au malade 3 grammes d'iodure de potassium par jour, mais sans aucun résultat. Quant aux rétrécissements de l'urètre, M. Ricord ne songea même pas à les rechercher au milieu des accidents particuliers qui attiraient alors toute son attention. Le malade fut bientôt las du régime de l'hôpital du Midi et il revint chez lui considérablement amaigri, atteint d'une forte fièvre et souffrant de nouveau du périnée.

M. Mercier, appelé auprès du malade en ville, constata comme M. Robert trois rétrécissements de l'urètre et de plus une valvule très-manifeste au col de la vessie. Quant à la tumeur dure et bosselée située en arrière et en bas du testicule gauche, M. Mercier ne vit là qu'un simple engorgement de l'épididyme, dû peut-être à une cause syphilitique et pouvant par conséquent légitimer la continuation de l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Enfin, nous avons dit que le malade souffrait toujours au périnée, cette douleur ne tarda point cependant à diminuer d'acuité, et en même temps elle se circonscrivit de telle manière, que le malade pouvait en indiquer le trajet précis à gauche de la portion périnéale de l'urètre. Mais il dit tout cela fort vaguement alors ou même n'en parla point du tout d'abord; il se plaignit seulement de souffrir au périnée, surtout quand il voulait s'asseoir, mais il n'insiste point sur l'existence exclusive de la douleur à gauche; et, faute d'avoir éveillé l'attention de M. Mercier sur ce point, celui-ci crut qu'il s'agissait là d'une simple inflammation de l'urètre en arrière des rétrécissements, inflammation qui est fort ordinaire en pareille circonstance. Avant tout, M. Mercier songea d'abord à dilater le canal. Puis bientôt comme une bougie de 3 millim. et demi à 4 millim. passait déjà assez facilement, il crut que le temps était venu d'opérer la valvule du col vésical. Mais apprenant que le malade avait déjà consulté M. Robert, il lui conseilla d'entrer pour cette opération à l'hôpital Beaujon, vers la fin du mois d'avril 1852.

Le malade y resta cette première fois sept à huit semaines, pendant lesquelles M. Robert jugea plus convenable d'exercer sur les rétrécissements de l'urètre la dilatation la plus grande possible avant de rien faire pour le col vésical. M. Mercier, comme on l'a vu, avait dilaté à près de 4 millim. M. Robert poussa graduellement la dilatation jusqu'à 7 millim. ou 7 millim. et demi; ce fut là le dernier terme auquel il parvint.

Pendant qu'on s'occupait de cette dilatation du canal, les douleurs du côté gauche du périnée, un instant assoupies, ne tardèrent pas à se réveiller avec une certaine vivacité et le malade en avertit aussitôt le chirurgien. Au niveau de la tubérosité ischiatique gauche était une tumeur grosse comme une petite noix, arrondie, légèrement ovoïde, parfaitement lisse, très-dure bien que paraissant céder profondément sous le doigt, enfin libre de toute adhérence avec la peau qu'on peut faire glisser en tous sens à sa surface. L'acuité des symptômes qui accompagnaient cette tumeur pouvait très-bien la faire prendre, au premier abord, pour un produit de nature inflammatoire. Mais une application de quinze sangsues n'ayant produit aucun effet, on examina de nouveau avec beaucoup d'attention et l'on vit que cette tumeur se continuait par en haut avec un cordon dur, cylindrique, douloureux à la pression comme la tumeur elle-même, remontant le long de la face interne de la branche ischio-pubienne et venant aboutir d'autre part à gauche de l'urètre vers le niveau de la courbure sous-symphysienne du canal. Ce trajet, depuis l'ischion jusqu'au-dessous de la symphyse du pubis, est précisément, comme on sait, celui du corps caverneux. M. Robert eut pour un moment l'idée d'une induration syphilitique du corps caverneux, et en conséquence il essaya du traitement par l'iodure de potassium pris à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour. Cette médication fut encore sans effet; et alors on dut se demander si, au lieu de tout ce qui avait été supposé jusque-là, il ne s'agissait point en réalité de quelque infiltration urineuse dans le corps caverneux ou dans la gaîne du muscle ischio-caverneux qui l'accompagne, hypothèse d'autant plus vraisemblable à nos yeux qu'après la cessation de l'iodure de potassium pris à l'intérieur, la tumeur devint moins grosse et presque indolente à mesure que l'urètre se dilatant davantage, le malade faisait de moins grands efforts pour uriner. Cependant l'opinion de M. Robert était encore indécise, lorsque des affaires de famille forcèrent tout à coup le malade de quitter Paris pour quelque temps.

Pendant son séjour à la campagne, tout alla très-bien, au grand étonnement du malade; mais à peine était-il rendu à Paris et aux habitudes de cette ville, qu'il se vit de nouveau contraint par l'inflammation de rentrer à l'hôpital Beaujon, comme nous l'avons dit, le 28 juillet 1852.

A cette époque, la tumeur de la région ischiatique était revenue à son premier volume et le malade se plaignait plus que jamais d'y éprouver, pendant les efforts de la mixtion, une douleur brûlante comme si quelque liqueur corrosive se fût élancée du côté gauche du canal jusque dans cette tumeur, à travers le cordon dur et arrondi que nous avons dit la relier à l'urètre. En même temps que cette sensation douloureuse se faisait sentir, la tumeur, au dire du malade, devenait plus grosse et plus saillante sous la peau. M. Robert ne douta plus cette fois d'une infiltration urineuse dans la gaîne du muscle ischio-caverneux. Quant à l'explication de ce phénomène, elle se trouvait tout naturellement dans ce fait souvent observé : qu'à la suite des rétrécissements de l'urètre, une inflammation ulcérative se développe derrière l'obstacle et permet ainsi le passage de l'urine à travers la déchirure du canal au milieu des tissus ambiants. Fallait-il inciser l'abcès urinaire ainsi formé dans le cas actuel? M. Robert voulut essayer d'abord s'il ne pourrait pas obtenir la cicatrisation du trajet fistuleux à l'aide de sondes fixées à demeure dans la vessie : on mit cette méthode en pratique dès le 29 juillet 1852, c'est-à-dire le lendemain même de la rentrée du malade à l'hôpital. Pendant deux ou trois jours, l'urètre menaça de ne pouvoir point supporter cette sonde qui produisait des douleurs extrêmement vives et tant étaient grands d'ailleurs les efforts pour la mixtion que, malgré la sonde, une partie de l'urine s'échappant entre elle et les parois du canal, venait encore grossir l'abcès urinaire. Le malade s'avisa alors d'uriner en se couchant sur le côté gauche dans l'espérance que la sonde, appuyant alors sur l'extrémité béante de la fistule, empêcherait ainsi mécaniquement les infiltrations de se faire, et en effet, à partir de ce moment, le malade n'éprouva plus pendant la mixtion ces vives douleurs qui du fond de l'urètre produisaient des élancements jusqu'à l'extrémité fermée de la fistule urinaire. Le malade garda ensuite sa sonde à demeure pendant quinze jours, et quand M. Robert la lui retira, la tumeur de la région ischiatique gauche, diminuée à peu près de moitié, était devenue presque complétement indolente à la pression ou au milieu des efforts; le cordon de communication de cette tumeur avec l'urètre était aussi devenu insensible au doigt qui même n'en sentait plus que très-difficilement la place. Néanmoins une deuxième sonde fut mise à demeure, mais elle s'écailla promptement et le malade dut la retirer au bout de huit jours. On la remplaça par une troisième que le malade ne put pas supporter plus de deux jours, à cause des violentes douleurs qu'elle lui occasionnait surtout la nuit, et d'ailleurs elle s'était bouchée par suite des dépôts calcaires formés dans la vessie. En la retirant, le malade fit sortir une grande quantité de matière purulente. Néanmoins, il voulut essayer d'une quatrième, et il la garda tout un jour et une nuit, malgré les plus vives douleurs; mais cela n'aboutit qu'à déterminer de la fièvre, une plus grande difficulté dans la mixtion, de nouvelles douleurs dans tout le trajet

de l'abcès urineux déjà tant de fois signalé, et surtout une violente inflammation du testicule du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à celui où avaient toujours eu lieu jusque-là les accidents. Ceci se passait le 26 août 1852. Après une huitaine de jours de durée, l'orchite disparut sous la simple influence du repos et des applications résolutives.

Le 6 septembre 1852, voici les symptômes qu'on constata chez notre malade. Il urine très-fréquemment, surtout pendant le jour. La mixtion se fait toujours avec des efforts plus ou moins considérables, et depuis le 1er mars 1852, le malade pisse rarement avec jet, presque toujours en bavant et quelquefois même goutte à goutte. La vessie ne se vide jamais complétement. Les urines rendues sont tantôt plus, tantôt moins chargées de mucus et de pus. Chaque fois que le malade se sonde, indépendamment des rétrécissements de l'urètre, il se trouve encore arrêté au col de la vessie par une douleur plus ou moins vive et par une espèce de bride transversale qui fait éprouver à sa sonde un soubresaut considérable avant d'entrer dans la vessie. Des érections fréquentes fatiguent beaucoup le malade. Assez souvent, pendant la nuit, il se réveille au milieu d'une éjaculation et celle-ci lui fait éprouver une jouissance exagérée approchant de la douleur. Il déclare ne plus sentir comme autrefois en urinant des infiltrations se faire dans l'abcès urineux ; mais cependant tout n'est évidemment pas encore fini de ce côté, car la tumeur existe encore, quoique plus de moitié moins grosse, et son cordon de communication avec l'urètre se sent encore un peu dur sous le doigt qui l'explore. Une bougie à boule de 5 millim. 1/3, introduite dans l'urètre, franchit sans peine les deux premiers rétrécissemenis. Le troisième seul, qui s'est toujours montré le plus rebelle à la dilatation, l'arrête un instant, et quoiqu'il finisse par céder, la bougie y reste toutefois assez fortement serrée. Quant à la profondeur de ce rétrécissement fibreux, on s'assure qu'il siége immédiatement en avant de la portion membraneuse à son point de jonction avec le bulbe. Lui seul se trahit à l'extérieur par une induration transversale de l'urètre à son niveau ; et il faut prendre garde de confondre cette induration avec le point où commence le trajet fistuleux dont nous avons déjà tant de fois parlé. En effet, outre que ce dernier point est situé non plus sur le canal même, mais à sa gauche, il est encore placé plus en arrière que le rétrécissement, ainsi qu'on s'en assure très-bien en suivant à l'extérieur le trajet de la bougie à boule dans le canal. Nous avons déjà dit qu'à chaque cathétérisme pratiqué par le malade, suivant lui l'instrument se trouvait arrêté au col de la vessie par une douleur plus ou moins vive, et qu'ensuite pour entrer dans la vessie il lui fallait éprouver un soubresaut considérable ; M. Robert voulut s'assurer par lui-même de l'exactitude de ces détails, au moyen de la sonde à brusque courbure de M. Mercier : effectivement, sitôt qu'on arrive au col de la vessie le malade accuse une excessive sensibilité, et en même temps il y a un moment d'arrêt pendant lequel le talon de l'instrument heurte évidemment contre un obstacle ; après quoi, si l'on abaisse fortement le pavillon de la sonde pour en relever le bec, non-seulement on sent, mais encore on voit, tant ce phénomène est marqué, un soubresaut qui précède immédiatement l'entrée dans la vessie. En faisant ensuite exécuter à l'instrument un mouvement de rotation autour du col, on s'assure ainsi qu'il n'existe pas de tumeur faisant saillie à la face interne de la vessie. Mais sitôt qu'on veut sortir l'instrument de ce viscère, le même obstacle qui gênait à l'entrée se retrouve encore, et en tournant alors le talon de la sonde en haut on peut, si je puis parler ainsi, la mettre à cheval sur l'obstacle. Quant à la nature de cet obstacle, on s'assure qu'il ne dépend point d'une altération de la prostate ; celle-ci, en effet, examinée par le toucher rectal, ne se montre point hypertrophiée, il y a seulement une induration très-marquée des lobes latéraux de cet organe et surtout du lobe gauche, mais cette condensation du tissu prostatique n'est pas accompagnée d'un épaississement sensible. En résumé, l'obstacle signalé constitue une de ces valvules musculaires urétro-vésicales, cemme les appelle M. Mercier, valvules que cet auteur explique par une contraction permanente des fibres musculaires du col de la vessie longtemps irritées en vertu de l'inflammation développée par derrière les rétrécissements de l'urètre. L'existence de l'obstacle valvulaire une fois démontrée, M. Robert se demanda naturellement si ce n'était point là, suivant l'idée de M. Mercier, le plus grand obstacle à l'émission de l'urine ; et si l'on fait attention à l'extrême difficulté que le malade avait pour uriner avec un urètre dont le rétrécissement le plus serré admettait cependant encore une bougie à boule de 5 millim. 1/3, on concevra que cette opinion offrait assez de probabilité. Aussi l'incision de cette valvule, d'après le procédé de M. Mercier, fut-elle aussitôt décidée sur les instances mêmes du malade et malgré la cystite du col dont il était alors atteint.

Le 8 septembre 1852, M. Robert procède à l'opération. Le diamètre considérable de l'instrument, relativement au calibre du canal, en rend l'introduction très-douloureuse pour le malade. Mais ce qu'il importe surtout de noter, c'est un temps d'arrêt assez long éprouvé au col de la vessie. En effet, l'induration considérable de la région prostatique qui en fait une sorte de plancher résistant et fort, peu compressible, empêche qu'on donne à l'instrument toute la bascule possible, et cela rend inutiles les premières tentatives de M. Robert pour franchir l'obstacle valvulaire. Mais l'idée lui vint alors de déprimer préalablement cet obstacle avec la sonde à brusque courbure de M. Mercier, qui n'a pas un aussi fort diamètre que l'autre instrument, et ensuite, reprenant celui-ci, il passe cette fois outre sans trop de difficulté. On sait que l'instrument dont se sert M. Mercier pour inciser les valvules musculaires urétro-vésicales a la forme de son cathéter explorateur coudé ; dans l'épaisseur de la tige, tout près de l'angle de la courbure et dans le sens de la concavité, se trouve une lame mobile pouvant faire saillie à volonté. L'instrument étant introduit dans la vessie et le bec dirigé en bas derrière la valvule musculaire, l'opérateur fait saillir la lame et la fait mouvoir d'arrière en avant et réciproquement de manière à inciser la bride dans toute sa hauteur. L'opération terminée, une forte sonde est aussitôt mise à demeure pour empêcher la réunion des bords de la plaie, et le malade rend immédiatement une assez grande quantité de sang mêlé à l'urine. M. Robert ordonne que pour prévenir la formation et le séjour de caillots sanguins, on fasse un quart d'heure après une injection d'eau tiède dans la vessie. Cette injection entra très-bien, mais pour la faire ressortir on dut à plusieurs reprises déboucher les yeux de la sonde avec un mandrin ; l'eau injectée sortit ensuite fortement colorée en rouge et entraînant avec elle une grande quantité de caillots sanguins. Tilleul or. s. ; diète.

9 septembre. Le malade a gardé hier, jusqu'à 4 heures du soir, la sonde qu'on lui avait mise à demeure, et durant l'intervalle, il s'est fait faire plusieurs injections d'eau tiède dans la vessie. Ce matin, M. Robert lui en fait une qui ressort sans entraîner de caillots sanguins et à peine colorée. L'urine de la nuit est elle-même très-peu teinte de sang. Ajoutons que cette urine a été rendue à *gros jet et sans le secours de la sonde*. Cependant une douleur très-vive n'a pas cessé de régner dans tout l'urètre, au périnée, dans le bas-ventre, aux aines et jusque dans les cuisses ; toute la peau est très-chaude ; le pouls est plein et fréquent ; quoique la langue reste large et humide, il y a eu plusieurs fois des envies de vomir.

10 septembre. Les accidents d'une fièvre traumatique, légère d'ailleurs, se continuent ; pour ne point parler de la douleur locale, toute la peau est encore chaude, le pouls plein et fréquent, le malade paraît fort abattu ; il a été pris hier, dans la soirée, d'un frisson intense, suivi de vomissements qu'on dut arrêter à l'aide de la glace administrée à l'intérieur. La tumeur, située à gauche du périnée, et que nous avons, on se le rappelle, considérée comme un abcès urinaire, a beaucoup augmenté de volume et est redevenue le siége de violentes douleurs. Chaque fois que le malade a uriné, il a rendu en même temps une assez forte proportion de sang ; mais M. Robert regarde ceci plutôt comme une crise salutaire, que comme un accident fâcheux. Deux injections d'eau tiède, poussées ce matin dans la vessie

pour la bien laver, soulagent beaucoup le malade. Des fomentations émollientes sont appliquées sur tout le bas-ventre et le périnée. L'eau de seltz est ordonnée contre les vomissements. En même temps le tilleul est remplacé, comme tisane, par de la gomme édulcorée avec le sirop de groseilles.

11 septembre. Le malade a encore eu hier soir un léger frisson, mais les vomissements n'ont pas reparu, et ce matin son état général est incomparablement meilleur que celui de la veille. Mais au lieu de la facilité de la mixtion qui avait existé immédiatement après l'opération, le malade est obligé, comme auparavant, de faire de très-grands efforts, et encore l'urine ne coule-t-elle que goutte à goutte et mêlée de sang. Un autre résultat des difficultés de la mixtion est de faire renaître, chez le malade, le sentiment d'infiltration dans l'abcès urinaire, sans compter que celui-ci grossit fur à mesure et devient plus douloureux chaque jour. M. Robert fait une injection d'eau tiède dans la vessie, et il invite ensuite le malade à se servir d'une sonde pour uriner, afin que ses efforts pour chasser l'urine ne ramènent pas d'écoulement sanguin. Bouillons, potages.

12 septembre. Il n'y a eu plus du tout de fièvre; cependant le malade se plaint d'avoir passé une mauvaise nuit : c'était continuellement, dit-il, des envies d'uriner si impérieuses, qu'elles ne lui donnaient pas toujours le temps d'introduire une sonde, et alors tous ses efforts aboutissaient à peine à l'émission de quelques gouttes d'urine rouge et très-épaisse, en même temps il éprouvait dans l'abcès urinaire des douleurs très-aiguës. Examiné ce matin, cet abcès présente déjà un commencement de fluctuation. Les urines laissent déposer du pus. Quant à la quantité de sang mêlé à l'urine, ce n'est presque plus rien, et l'eau tiède qu'on injecte dans la vessie en ressort à peine colorée en rouge. Des cataplasmes émollients sont appliqués sur le périnée. Le malade est maintenu avec bouillons et potages et à l'abstinence de vin.

13 septembre. Ce matin à 5 heures, le malade a vu tout à coup sortir par le méat urinaire une certaine quantité de sang, et ayant alors essayé d'uriner avec une sonde, il a même dû se faire faire une injection d'eau tiède dans la vessie, pour déboucher les yeux de cette sonde, fermés aussitôt par des caillots de sang. Cela n'a pas empêché le malade d'aller au bain, mais outre que l'hématose y a continué, il a dû en sortir assez promptement, à cause des vives douleurs qu'il éprouvait, d'une part au col de la vessie, et d'autre part, surtout dans la tumeur du côté gauche du périnée. La fluctuation, dans cette tumeur, est actuellement très-manifeste. M. Robert y plonge aussitôt le bistouri, et l'on en voit sortir un flot de pus, ayant une odeur urineuse très-marquée, ce qui prouve qu'il s'agissait bien là, en effet, d'un abcès urinaire, comme le chirurgien de Beaujon l'avait annoncé.

L'ouverture faite à cet abcès devra être, pendant un certain temps, maintenue béante à l'aide d'une petite mèche, et en outre, pour s'opposer à l'issue de l'urine à travers la fistule ainsi produite, il faut que le malade ait soin de toujours uriner avec une sonde.

14 septembre. L'ouverture de l'abcès urinaire a beaucoup soulagé le malade, qui se trouve bien désormais et demande à manger. Pour remédier à l'urgence des besoins d'uriner, qui ne donnaient pas toujours au malade le temps de se sonder, M. Robert lui introduit une sonde de moyen calibre, destinée à être gardée à demeure. Une portion.

23 septembre. On supprime les cataplasmes et les mèches; car il n'y a plus de suppuration, les parties avoisinant la plaie ne sont plus enflammées, et l'induration a complétement cessé dans toute l'étendue de la fistule urinaire, si ce n'est en bas, où il reste un petit noyau dur et de forme ovoïde, comme vestige ineffaçable de l'ancienne tumeur. Chaque fois que le malade fait des efforts pour uriner ou pour aller à la selle, une certaine quantité d'urine, s'échappant entre la sonde et les parois de l'urètre, passe dans la fistule et vient se traduire à l'extérieur par un suintement très-manifeste. Il y a de temps à autre des douleurs dans le bas-ventre et dans la profondeur du canal. Les urines sont très-claires, alcalines, laissant déposer une quantité notable de pus; la sonde qu'on avait mise à demeure est retirée toute calcinée à son extrémité vésicale, et cependant on la remplace par une autre d'un volume plus considérable.

11 octobre. Le malade maigrissait et s'ennuyait beaucoup, sa fistule urinaire ne se fermait pas, enfin même avec sa sonde à demeure il pissait toujours fort mal et avec un très-petit jet; ces diverses raisons l'engagèrent à demander sa sortie momentanée. Pour être plus sûr de l'obtenir, il prétexta des affaires de famille.

12 octobre. Avec l'hôpital, le malade a abandonné une grosse sonde qu'il avait jusque-là gardée à demeure; mais son essai pour se passer dorénavant de tout instrument de ce genre n'a pas été heureux, car, privé de ce secours, il ne parvient à uriner qu'au prix des plus grands efforts, et encore la plus grande partie du liquide passe-t-elle à travers l'ouverture, pourtant bien petite, de la fistule, tandis que le reste s'écoule par le canal en bavant et presque goutte à goutte. Quant à la cause de ce phénomène, M. Mercier croit qu'il dépend d'un reste de valvule au col vésical; mais nous ne saurions partager cette manière de voir : en effet, depuis l'opération, il n'y a plus d'obstacle sensible; de ce côté, les instruments de cathétérisme n'éprouvent plus comme autrefois un soubresaut avant d'entrer dans la vessie; on ne sent plus rien qui les arrête au col; le malade vide d'ailleurs maintenant bien sa vessie, et les envies d'uriner sont beaucoup moins fréquentes. Reste donc, suivant nous, comme la seule cause probable, pour ne pas dire évidente, le rétrécissement le plus profond de l'urètre, rétrécissement éminemment rebelle à la dilatation, et que déjà l'on franchit difficilement aujourd'hui avec une sonde moitié moins grosse que celle qui était gardée la veille à demeure. En attendant que le malade se décidât à rentrer à l'hôpital, je lui conseillai de se servir d'une sonde de moyen calibre chaque fois qu'il aurait besoin d'uriner, et cela dans un double but, à savoir : 1° d'empêcher l'urine de passer à travers la fistule où elle aurait été un obstacle continuel à la cicatrisation; 2° de maintenir autant que possible l'urètre dans un certain degré de dilatation permanent. Ajoutons que, comme il nous paraissait y avoir en même temps catarrhe de la vessie avec atonie des fibres musculaires de cet organe, nous recommandâmes vivement au malade le repos, une excellente nourriture, de la tisane de quinquina, enfin du sirop de bourgeons de sapin au baume de Tolu.

25 octobre. La vessie a recouvré toute son énergie. Il n'y a plus de catarrhe. Le malade, dont le visage était extrêmement pâle et amaigri, a repris de l'embonpoint et des couleurs. Il n'éprouve plus aucune souffrance physique. La fistule urinaire a été maintenue ouverte extérieurement; mais peut-être à l'intérieur se trouve-t-elle au moins en partie fermée? car la nuit précédente, le malade ayant été réveillé par une envie d'uriner si pressante qu'il n'a pas eu le temps de se sonder, l'urine est sortie à gros jet par le méat urinaire et sans une seule goutte de perdue par la fistule.

Quoi qu'il en soit, le malade s'était engagé sur ces entrefaites auprès de M. Weirthember; mais celui-ci ayant exigé que, dans l'intervalle d'une séance d'électricité à l'autre, le malade ne prît point de sonde pour uriner, il y eut de nouveau, vers la fistule urinaire, de ces sentiments d'infiltration dont nous avons déjà parlé, et en peu de jours ils se produisit un abcès, lequel étant ouvert par le bistouri, donna encore issue à un mélange de pus et d'urine comme la première fois. Le malade abandonna donc M. Weirthember et fut dès lors bien averti de ne plus uriner sans sonde.

24 novembre. Le malade vient pour la troisième fois à l'hôpital, impatienté qu'il est de ne pas encore oser uriner sans se sonder. La semaine dernière, à la suite du coït plusieurs fois répété, et chaque fois sans émission de sperme au dehors, dans le moment même de l'éjaculation, ce sperme paraît avoir passé en partie dans la fistule urinaire; du moins celle-ci s'est enflammée de proche en proche, et son extrémité extérieure, qui s'était rebouchée, a formé une tumeur chaude, douloureuse, d'abord tendue, puis bientôt fluctuante, d'où le malade a fait sortir lui-même, avec une lancette, une certaine quantité de matière.

Aujourd'hui, l'orifice cutané de la fistule est de nouveau refermé, mais nous n'osons espérer qu'il en soit de même de son orifice urétral ; elle ne cause d'ailleurs plus ni gêne ni douleur au malade. Passant à un autre ordre de faits, nous trouvons que tous les signes fonctionnels et physiques se réunissent pour prouver l'état sain du col et la disparition complète de l'obstacle valvulaire depuis son incision, et cependant, chaque fois que le malade a essayé d'uriner sans sonde, il n'a pas mieux réussi qu'auparavant ; ajoutez à cela, comme nous l'avons déjà dit, que le sperme se trouve arrêté dans l'urètre, au moment même de l'éjaculation, pour ne sortir que quelques instants après et seulement goutte à goutte ; vous verrez qu'en définitive l'obstacle n'existe évidemment pas au col de la vessie, mais bien dans l'urètre, et que tout le mal actuel gît, non pas dans une valvule qui a disparu tout entière, mais bien dans un rétrécissement des parties profondes de l'urètre. C'est le rétrécissement fibreux dont nous avons déjà longuement parlé, et dont, à l'aide de la bougie à boule, on vérifie de nouveau aujourd'hui la situation précise à 14 centimètres du méat urinaire.

25 novembre. M. Robert entreprend de fendre le rétrécissement avec son urétrotome ou scarificateur à deux lames latérales. La contraction spasmodique de l'urètre empêchant tout d'abord l'instrument d'entrer avec sa gaîne enveloppante, M. Robert ôte celle-ci et arrive alors, sans trop de difficulté, jusque vers la portion membraneuse ; mais là, malgré le petit volume auquel il a été réduit, l'instrument se trouve arrêté encore une fois par le spasme musculaire ; de telle sorte qu'après plusieurs tentatives modérées, M. Robert craignant de faire quelque fausse route, s'il poussait trop fortement le bout terminal du scarificateur qui est en acier et très-mince, ajourne l'opération jusqu'à ce que le bout inflexible ait été remplacé par un bout en caoutchouc élastique vulcanisé.

26 novembre. A la suite des manœuvres infructueuses de la veille, manœuvres qui avaient agi d'une manière extraordinaire sur son moral, le malade a été pris presque aussitôt de frisson et de vomissements sous des apparences si effrayantes qu'on alla bien vite chercher l'interne de garde. Ce matin, les vomissements sont arrêtés, ainsi que les crampes d'estomac, mais la peau reste encore chaude, le pouls fréquent, et le malade paraît tout abattu.

30 novembre. Depuis que le malade connaît l'instrument avec lequel on doit l'opérer, il ne mange plus, ne dort plus, maigrit à vue d'œil, et son moral est tellement abattu qu'il finit par demander en toute grâce à sortir quelque temps de l'hôpital.

14 décembre. Le malade vient pour la quatrième fois dans le service de M. Robert, bien décidé à s'y faire opérer sur-le-champ, seulement comme il craint surtout la douleur, il demande qu'on lui fasse respirer un peu de chloroforme. Cette consolation lui est accordée, et l'on est tout étonné de voir que, sous l'influence de l'agent anesthésique, l'instrument entre cette fois dans l'urètre sans qu'il soit besoin de le dépouiller de sa gaîne enveloppante. Au premier arrêt éprouvé par la boule destinée à servir de guide pour indiquer le rétrécissement, M. Robert tire les lames du scarificateur, placées immédiatement en avant de cette boule, et les fait agir d'arrière en avant sur cet obstacle. Mais voilà qu'en explorant ensuite le canal pour s'assurer si la coarctation a été suffisamment divisée, le chirurgien se trouve arrêté encore un peu plus loin par une nouvelle coarctation. On s'assure alors, par le toucher rectal, que le rétrécissement scarifié est situé dans la région bulbeuse, mais qu'à la région membraneuse il en reste un deuxième, qui est précisément celui-là seul qu'on avait eu en vue dans l'opération. Sur ces entrefaites, l'anesthésie avait cessé, et en même temps la contraction spasmodique du canal s'était reproduite, mais pour en triompher, il suffit encore une fois de quelques inspirations de chloroforme. Fur à mesure que la sensibilité s'affaiblissait, l'instrument gagnait du terrain, et bientôt la boule de repaire s'arrêta devant le deuxième rétrécissement, qui fut alors largement incisé d'arrière en avant, de la même façon que le premier. Immédiatement après cette deuxième scarification, une bougie à boule d'un certain calibre parcourut librement toute l'étendue du canal. Mais, par un nouvel exemple bien remarquable de spasme musculaire, un instant plus tard, l'action du chloroforme se trouvant épuisée, la même bougie fut arrêtée au-devant de la portion membraneuse. Une bougie même plus petite ne passa pas davantage. Pour faire céder cette espèce de rétrécissement spasmodique, M. Robert essaya de le franchir d'abord avec les bougies les plus fines, et en augmentant successivement le volume des instruments introduits, il vint en effet à bout de passer une sonde de moyen calibre, que le malade dut garder à demeure afin de maintenir les lèvres des solutions de continuité écartées pour l'établissement d'une cicatrice intermédiaire destinée à agrandir d'autant le calibre de l'urètre. On a sans doute remarqué que nous nous étions assez longuement étendu sur les effets du chloroforme chez notre malade, mais nous ne pouvions moins faire pour un moyen qui paraissait devoir être si merveilleux pour éviter au malade la douleur de ces opérations, et pour permettre aux instruments une bien plus grande liberté d'action.

15 décembre. Le malade, contre toute attente, n'a pas éprouvé le moindre accident. Il ne souffre même pas du canal, si ce n'est dans les points incisés. Il n'a perdu que fort peu de sang, et une injection d'eau tiède, qu'on lui pousse ce matin dans la vessie, ressort à peine colorée en rouge. Pendant la nuit, il n'a pas pu résister au désir de voir le résultat de l'opération, il a ôté un instant sa sonde, et l'on se figure aisément sa joie en voyant qu'il pissait alors comme il ne l'avait pas fait depuis plus de huit mois. Bouillons. Potages.

20 décembre. Le malade cesse de garder la sonde à demeure, seulement, de peur que la fistule urinaire ne soit pas encore cicatrisée à l'intérieur comme à l'extérieur, il devra avoir, pendant quelque temps encore, la précaution de se sonder pour uriner.

25 décembre. Le malade urine à merveille sans sonde et sans que la moindre goutte de liquide s'échappe par l'ancienne fistule, de sorte qu'il y a tout lieu de croire que celle-ci est entièrement cicatrisée. Le malade, enchanté de son état, ne veut pas rester davantage à l'hôpital, et M. Robert lui conseille, en partant, de se panser chaque matin et de garder, pendant cinq minutes environ, une bougie de moyen calibre destinée à maintenir le nouveau calibre du canal et à assurer ainsi la guérison.

4 janvier 1853. Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade a beaucoup fatigué, il a aussi fait quelques excès d'un autre genre. Sous cette influence, tout le canal est devenu tellement douloureux qu'il n'a plus le courage de se cathétériser tous les matins avec une bougie, comme le lui avait conseillé M. Robert. Le bas-ventre est aussi très-sensible profondément. Les urines sont troubles et floconneuses. La mixtion se fait beaucoup plus fréquemment. Cependant le malade continue de très-bien pisser. Mais un inconvénient qui l'afflige beaucoup, c'est que le matin surtout, ses urines s'écoulent d'elles-mêmes, malgré tous ses efforts pour les retenir. Je lui conseillai le repos, des cataplasmes sur le ventre, des bains, etc. Mais il n'en fut rien, attendu que, et suivant lui, ces phénomènes étaient dus à un affaiblissement occasionné par un long usage des antiphlogistiques. Le fait est que le simple repos et un bon régime ne tardèrent pas à le délivrer de cette incommodité.

Aujourd'hui, 20 mars 1853, le malade se trouve tellement bien, tant comme état général que comme état local, qu'il vient de partir pour l'Amérique du Sud. Il a pris plus d'embonpoint qu'il ne s'en était jamais encore vu. Il ne souffre plus d'aucun point de la vessie ni de l'urètre. Les urines sont très-belles. La vessie les retient très-bien ou les chasse avec force au gré du malade. Le jet de liquide est aussi gros que rapide, et la mixtion, qui n'est d'ailleurs pas plus fréquente qu'à l'état normal, s'effectue sans effort ni douleur. Une bougie à boule, introduite dans l'urètre, ne rencontre plus d'obstacle là où étaient autrefois les rétrécissements. La valvule du col vésical n'a pas non plus récidivé. Enfin, aucun accident n'a jamais reparu du côté de la fistule urinaire décidément guérie. Le malade, en un mot, se trouve complétement guéri de tous les accidents qui menaçaient d'empoisonner pour toujours son existence.

ARISTIDE GLEIZE, *élève externe.*

Note sur les eaux gazeuses rendues toxiques par les siphons de plomb.

Il semble qu'une vaste conspiration soit ourdie pour empoisonner la population par les composés saturnins. C'était naguère le cidre qui causait les accidents les plus graves dans les quartiers populeux ; aujourd'hui, ce sont les eaux gazeuses qui vont répondre l'intoxication plombique au milieu des classes aisées.

M. Robert, chirurgien de l'hôpital Reaujon, fit acheter, vers la fin de l'été dernier, un certain nombre de bouteilles d'eau gazeuse, dite eau de seltz, munies d'un siphon métallique plongeant jusqu'au fond du vase. Des circonstances particulières firent qu'on les garda 10 à 15 jours avant de la boire. Frappé, lorsqu'il voulut en faire usage, par leur saveur styptique particulière, il pensa qu'elles contenaient peut-être du plomb. La bouteille entamée, qu'il confia à mon examen, contenait assez de plomb, dissous à la faveur de l'acide carbonique, pour fournir, par l'hydrogène sulfuré, une couleur noire immédiate, et après dépôt, un précipité de 24 centigr. de sulfure de plomb, soit environ 36 centigr. pour la bouteille entière! Cette énorme quantité de substance toxique dit à quels accidents M. Robert a dû à sa sagace défiance d'échapper, et quelle est l'étendue des dangers que d'ignorants ou cupides industriels font courir à la sûreté publique.

La cause pour laquelle ces eaux contenait du plomb, était tout entière dans la nature du tube plongeant dans le liquide, tube qui, par économie sans doute, est fait de ce métal, au lieu de l'être d'étain, ou ce qui serait mieux, de verre.

Peu de jours après la constatation du fait dont M. Robert nous avait fourni les éléments, nous trouvions avec M. Bussy, chez divers débitants du faubourg Saint-Germain, des bouteilles à siphon métallique et à eau plombifère : nous procédâmes à leur saisie. L'attention de M. le préfet de police se trouva ainsi appelée sur une boisson dont la consommation, devenue tout à fait de mode, a pris surtout un grand développement pendant la saison chaude. La répression, croyons-nous, fut complète.

Mais voici que certains indices nous font craindre que les bouteilles à siphon de plomb ne soient sur le point de revenir avec les beaux jours, et nous regardons comme un devoir d'éveiller sur ce point l'attention publique.

Nous ne doutons pas que des coliques, mises l'année dernière sur le compte du cidre, ou dont les causes seront restées ignorées, n'aient été déterminées par des eaux gazeuses, contenant du plomb comme celles fournies à M. le chirurgien Robert, et dont M. Bussy et nous opérâmes la saisie. Aussi dirons-nous aux médecins, afin qu'ils le répètent au public : Gardez-vous des eaux gazeuses ou de seltz dont les bouteilles sont munies de tubes de plomb, et supposez, pour votre sûreté, que ce métal forme tous les tubes métalliques plongeant dans les bouteilles d'eau gazeuse, de limonade, etc., vous affirma-t-on qu'ils sont d'étain ou d'argent.

A. Chatin, *professeur à l'École de pharmacie.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mars 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Nouvelle méthode pour la recherche des poisons organiques.

M. Flandin lit un mémoire sur ce sujet. Nous l'avons déjà publié textuellement.

Séance du 28 mars 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Gastrotomie.

M. Sédillot adresse une nouvelle observation de gastrotomie. Cette observation étant très-étendue, et son importance étant assez grande pour qu'il soit utile de la publier textuellement, nous la renvoyons à un prochain numéro.

Injections iodées dans le traitement de la dysenterie chronique.

M. Delioux, médecin en chef de la marine, adresse l'extrait d'un mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de la dysenterie chronique.

En considérant les succès nombreux qui ont couronné la pratique des médecins qui ont osé projeter la teinture d'iode à la surface des membranes les plus délicates et les plus irritables, telles que la plèvre et le péritoine, je me suis demandé, dit l'auteur, si l'on ne réussirait pas également en cherchant à modifier, à l'aide du même agent, les lésions qui entretiennent la diarrhée et la dysenterie. Pour résoudre cette question, voici la formule de lavement que l'auteur a adoptée :

Teinture alcoolique d'iode	10 à 20 gr.
Iodure de potassium	1 à 2
Eau	200 à 250

L'iode est ainsi maintenu en dissolution par l'iodure alcalin.

M. Delioux fait administrer préalablement un lavement émollient pour vider l'intestin, afin que l'injection iodée agisse immédiatement et avec toute son énergie sur la muqueuse.

Il a commencé ses essais avec de petites doses de teinture d'iode ; mais après s'être assuré de l'innocuité de l'injection, il a élevé progressivement la dose de teinture. Cette dose peut être portée hardiment jusqu'à 30 grammes.

La plupart du temps, les lavements iodés ne déterminent que peu ou point de coliques. Il arrive parfois qu'après le premier ou le second, les déjections alvines augmentent pour diminuer ensuite en changeant de caractères ; d'autres fois elles diminuent ou se suppriment immédiatement. Sur douze cas mentionnés dans le mémoire, l'affection intestinale a été notablement amendée ou guérie dix fois ; deux fois il y a eu insuccès, mais non aggravation.

Pour prémunir les malades contre la possibilité des effets irritants des lavements iodés, M. Delioux prescrit toujours simultanément un lavement laudanisé qui doit être administré dans le cas où le premier provoquerait trop de coliques ; le plus souvent cette seconde prescription n'a pas besoin d'être remplie, et si l'on est forcé d'y avoir recours, c'est avec la certitude de remédier à des accidents qui n'ont jamais présenté de gravité.

L'auteur résume ainsi son travail :

1° La teinture d'iode, à la dose de 10 à 30 grammes, maintenue soluble dans l'eau à la faveur de 1 à 2 grammes d'iodure potassique, est bien supportée par le gros intestin ; et dans les cas où elle détermine des coliques ou de la diarrhée, ces accidents sont passagers, cèdent à l'opium et n'indiquent pas une irritation assez vive pour inspirer des craintes sur le résultat de ce mode de traitement.

2° Dans la dysenterie chronique, les lavements iodés paraissent susceptibles de modifier topiquement la lésion intestinale, de réagir favorablement sur elle, consécutivement à l'absorption de l'iode, et ainsi de prendre rang au nombre des méthodes thérapeutiques qui peuvent être instituées dans le traitement de cette maladie.

3° Enfin, l'absorption de l'iode, à la surface du gros intestin, étant démontrée par ces expériences, l'introduction des médicaments iodiques dans l'organisme, par voie d'injection rectale, mérite, en certains cas, d'être essayée dans les maladies qui en réclament l'emploi.

Lésion de l'oreille interne dans la surdi-mutité.

M. Michel, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, communique un cas de vice de conformation inconnu, des canaux semi-circulaires des deux côtés, chez un sourd-muet de naissance.

Ayant eu l'occasion d'étudier les cavités auditives d'un jeune sourd-muet de naissance, voici les détails que M. Michel a constatés :

1° *Oreille externe* des deux côtés : rien à noter.

2° *Oreille moyenne* des deux côtés : très-régulièrement conformée, sans mucus intérieur. La corde du tympan existe.

3° *Oreille interne :* 1° *Oreille droite osseuse.* — *a.* Le canal vertical semi-circulaire supérieur n'a que son ouverture antérieure et des traces de son ouverture postérieure dans le vestibule. Sa moitié postérieure manque. — *b.* Le canal vertical postérieur n'a pas d'ouverture commune avec le précédent ; son ouverture labyrinthique existe seule et conduit dans un prolongement terminé en cul-de-sac du tiers environ du canal total. — *c.* Le canal horizontal manque tout à fait ; il est représenté par une exagération en ce sens de la cavité vestibulaire. Le limaçon et le conduit auditif interne sont normaux, ainsi que la membrane de la fenêtre ronde.

4° *Oreille interne gauche.* — *a.* Canal vertical supérieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques, le tiers moyen de sa circonférence manque. — *b.* Canal vertical inférieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques, la supérieure commune avec la postérieure du précédent ; la demi-circonférence moyenne n'existe pas. Le canal horizontal est remplacé, comme dans l'oreille droite, par une exagération vestibulaire ; seulement, ici, on voit un grain osseux naître de la paroi inférieure du vestibule et marquer la trace

de la séparation des ouvertures de ce canal. Rien à noter dans le vestibule, le limaçon, le conduit auditif interne et la membrane de la fenêtre ronde.

5° *Oreille interne membraneuse* des deux côtés. — Je n'ai trouvé que des portions de canaux membraneux très-courtes, mais bien conformées ; il en était de même de l'utricule vestibulaire.

Nerfs auditifs un peu plus durs que d'habitude, sans altération microscopique du tube nerveux.

Examen microscopique. — 1° D'une portion du canal vertical supérieur (partie antérieure), longue de 5 millimètres, tubulée, transparente, ouverte à ses deux extrémités. Au point de vue histologique, elle se composait : *a*, d'une substance translucide grenue, analogue à la substance inter-cellulaire des cartilages ; çà et là se trouvent semées sur la surface interne quelques cellules rondes, pâles, de 1/10 à 1/60 de millimètre, transparentes et ne laissant voir aucun contenu, même sous l'influence de l'acide acétique. Est-ce un épithélium ? Je n'oserais l'affirmer. On ne trouvait de tubes nerveux qu'au niveau de l'extrémité ampullaire, ainsi que des capillaires sanguins de 1/100 de millimètre de diamètre.

2° Lame spirale membraneuse du limaçon. Elle est formée d'une substance analogue à celle des canaux semi-circulaires membraneux, et sur elle, près de son insertion sur la lame des contours, on observe une foule de petites lignes terminées en pointes analogues, comme aspect, à des touches de piano placées les unes à côté des autres. Ces lignes pointues mesurent 1/100 de millimètre de largeur, et sous l'influence de l'acide acétique, ces pointes s'arrondissent et s'isolent très-nettement. Cet examen microscopique a été fait avec un grossissement de 300 à 400 diamètres.

Ce fait prouve que la surdité congéniale coïncide avec un vice de conformation borné uniquement aux canaux semi-circulaires, toutes les autres parties de l'oreille étant dans une intégrité complète, même à l'examen microscopique.

De quelques effets physiologiques de la cataracte.

M. Guépin adresse sur ce sujet la note suivante :

Chez les personnes qui ont été opérées de la cataracte, soit par extraction, soit par abaissement, l'œil se modifie avec une plus grande facilité sous l'influence de la pression. Ne faut-il pas en conclure que le cristallin, quels que soient ses autres usages, est aussi un diaphragme solide destiné à maintenir l'œil dans son état ?

M. Guépin se demande si les savants qui se sont occupés à déterminer les indices de réfraction des humeurs de l'œil, ne se sont jamais trompés. N'y a-t-il pas, dit-il, sous ce rapport, des différences et des similitudes qui sautent aux yeux, selon les cadavres humains sur lesquels on expérimente.

L'humeur vitrée ne peut-elle pas quelquefois remplacer le cristallin ?

M. Guépin rapporte plusieurs cas d'opérations à la suite desquelles les opérés ont pu voir également bien des deux yeux.

M. Guépin compte plusieurs cas d'enfants qui lisent sans lunettes après avoir été guéris à l'aide de la méthode du broiement-extraction qu'il emploie très-souvent, ainsi que la kératonyxis chez les jeunes sujets nés aveugles ou devenus tels dans les premières années de la vie.

L'auteur conclut en disant qu'il serait utile d'ajouter de nouveaux faits à ceux qui précèdent, afin de déterminer d'une manière absolue, par l'observation et par l'expérience, l'étendue des fonctions du cristallin et de l'humeur vitrée.

Mal de mer.

M. Marshall-Hall annonce que dans un voyage qu'il a fait de Liverpool aux États-Unis, il a étudié le mal de mer et qu'il a tiré de ses observations les conséquences suivantes :

« Tous les phénomènes de cette maladie me conduisent à croire que c'est la moelle épinière qui est le centre nerveux, et que ce sont le nerf pneumogastrique et les nerfs diaphragmatiques, intercostaux et abdominaux qui sont les nerfs eisodiques et exodiques, qui présentent en leur liaison avec ce centre, l'origine et les *courses* d'action catastaltiques et diastaltiques dans cette circonstance. »

L'auteur continue avec la même clarté trois pages durant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'épidémie de fièvres intermittentes qui a régné cet hiver dans la circonscription de Bone, en Algérie, a dû faire rentrer en France plusieurs régiments, avant l'expiration du temps qu'ils devaient passer en Afrique. M. Maillot, inspecteur du service de santé des armées, vient d'être chargé d'une mission pour étudier l'état sanitaire des régiments dont il s'agit, et pour éclairer l'administration sur les mesures à prendre pour soustraire les militaires à l'influence persévérante du mal dont ils ont subi l'atteinte. Les troupes que M. Maillot va visiter tiennent garnison à Perpignan et à Marseille.

— On lit dans le *Moniteur :*

« La situation des hôpitaux militaires de Paris attirait depuis quelque temps l'attention du ministre de la guerre, qui, tout en reconnaissant que le nombre des malades ne dépassait pas celui des années précédentes à pareille époque, y voyait cependant grandir la proportion des fiévreux, et apparaître surtout un nombre inusité d'affections typhoïdes plus ou moins graves.

« Cette situation comportait un examen approfondi auquel ont reçu ordre de se livrer deux inspecteurs, membres du conseil de santé des armées, MM. Begin et Michel Levy, et il résulte du compte rendu de leur visite dans les hôpitaux, que les militaires atteints de fièvres typhoïdes sont, pour la plupart, en convalescence, et que, si quelques-uns présentent encore des symptômes sérieux, on peut considérer la marche de l'affection comme décroissante, attendu que depuis plusieurs jours les entrées aux hôpitaux sont moins nombreuses et les cas graves en moindre proportion. »

— M. le professeur Dubois est en veine de succès : après avoir obtenu sans opposition une permutation que l'on croyait devoir être très-douteuse, il vient de recevoir sa nomination d'accoucheur de l'impératrice, titre qui ne lui revenait pas moins, d'ailleurs, par droit de conquête que par droit de naissance.

— Il nous a été démontré que la deuxième anecdote que nous avons reproduite dans notre dernier numéro et qui court le monde scientifique, n'a rien de fondé. Nous sommes heureux d'avoir fourni aux personnes qui pouvaient s'y croire intéressées l'occasion de détruire un bruit assez répandu et non moins désobligeant.

— On lit dans le *Moniteur :*

« La ville de Mulhouse est une de celles qui ont répondu à l'appel du gouvernement, en créant, avec le secours de l'État, un établissement modèle de bains et lavoirs publics, gratuits et à prix réduits. L'établissement fondé à Mulhouse a coûté 48,088 fr., dont le tiers a été pris à la charge du trésor. Il est maintenant en pleine activité, et nous sommes heureux d'annoncer qu'il réalise tous les avantages qu'on en attendait. »

— *L'Heraldo medico* du 24 mars nous arrive entouré d'une bande noire en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. Orfila. La première page presque tout entière est occupée par un article biographique de l'habile rédacteur en chef de ce journal, M. Guttierrez de la Vega.

— A l'exemple de l'intelligent et bienfaisant gouvernement de Sardaigne, celui d'Autriche, nous écrit-on, vient de nommer une commission chargée d'étudier les causes du goître et du crétinisme, qui font des ravages considérables en Styrie. Nous répétons depuis longtemps qu'il est peu de questions, à notre avis, que des recherches rigoureuses puissent autant éclairer que celle du goître et du crétinisme. Il serait digne de notre administration de ne pas se laisser devancer, dans cette grande voie d'études hygiéniques, par les gouvernements voisins, et de confier, à une commission composée d'hommes sérieux et instruits, une mission qui n'a pu être remplie par des efforts isolés.

Souscription pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

La commission instituée pour aviser aux moyens d'offrir à M. Orfila un témoignage de gratitude du corps médical à l'occasion des actes de haute libéralité qu'il venait d'accomplir en faveur de la science et de la profession, s'est réunie le samedi 26 mars.

La mort ayant changé malheureusement la nature de l'hommage à rendre, la commission a décidé que la souscription serait continuée à l'effet d'élever un monument à la mémoire de l'illustre professeur.

Les souscriptions seront reçues, comme par le passé, dans les bureaux de tous les journaux de médecine ; et chez M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, membre trésorier de la commission.

Le président de la commission,
BÉRARD.

AVIS. — Les personnes qui désirent faire un cours à l'École pratique, pendant le semestre d'été, sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres, aura lieu lundi prochain 4 avril, à midi, à la Faculté de médecine.

— L'espace nous manque pour reproduire le rapport de la commission chargée d'étudier la question du blanc de zinc et de la céruse.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 41. 1re année. Mardi 5 Avril 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la suppression des fabriques de céruse. — **HYGIÈNE PUBLIQUE.** — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HOPITAL DE LA CHARITÉ. Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique, par M. CRUVEILHIER. (*Suite.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : HÔPITAL MILITAIRE D'ORAN. De la psorenterie cholérique, par M. CAZALAS. (*Suite et fin.*) — **CHIMIE MÉDICALE** : De l'existence de l'ammoniaque dans les eaux, dans les plantes et dans l'atmosphère. — **CORRESPONDANCE.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 4 avril 1853.

De la suppression des fabriques de céruse.

Nous publions ci-dessous le rapport adressé à M. le ministre de l'Intérieur sur la question de la suppression des fabriques de céruse, question sur laquelle nous avons eu déjà l'occasion de dire notre avis l'année dernière. Cet avis, qui n'était et qui ne devait pas être formulé d'une manière aussi directe que le rapport rédigé par la commission d'hygiène publique et des arts et manufactures, était néanmoins basé sur des principes généraux assez nettement exposés pour qu'on en pût tirer les conséquences applicables, aussi bien à la fabrication de la céruse qu'à toute autre industrie insalubre. Ces principes diffèrent assez à quelques égards de ceux qui se trouvent émis dans le rapport à M. le ministre, pour que nous croyons utile de présenter quelques remarques sur ces derniers, après avoir déclaré toutefois que le vague avec lequel le rapporteur les a exposés ne nous donne pas la certitude de les avoir parfaitement compris.

M. le ministre, dit le rapporteur, avait donné à la commission la mission de rechercher « si la prohibition *absolue* de la céruse *est utile* et *possible*. » Il est fort douteux que M. le ministre ait posé la question dans ces termes ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que le rapport ne renferme pas une réponse à cette question. Nous n'avons donc pas à examiner si cette réponse est ou non justifiée. Elle était d'ailleurs facile, en supprimant de la formule dont s'est servi M. le rapporteur, le mot *absolue*, auquel ni M. le ministre, ni l'administration n'ont jamais pu songer. Mais, abstraction faite de ce mot, qui pourrait nier que la prohibition de la céruse ne soit utile? Quant à la question de possibilité, elle n'est pas plus malaisée à résoudre que toutes les questions d'expropriation pour cause d'utilité publique.

La question que s'était posée M. le rapporteur n'ayant point été résolue, examinons celles dont il a réellement donné la solution.

La première et la plus importante est renfermée dans la première conclusion, qui dit « qu'il n'y a pas lieu d'interdire la fabrication de la céruse. »

Sur quels motifs se fonde cette conclusion? Sur les deux suivants : 1° la fabrication par suite de certains perfectionnements est devenue, dans la plupart des fabriques (1), à peu près insalubre ; 2° l'administration doit prendre des mesures pour que ces perfectionnements soient adoptés dans toutes les usines.

Nous sommes disposé à croire à la légitimité du premier de ces deux motifs ; cependant, il serait peut-être prématuré de se prononcer à cet égard d'une manière définitive ; ceux qui ont souvenance de la discussion provoquée à l'Académie des sciences, par le rapport de M. Combes sur l'une des fabriques de Lille, seront sans doute de cet avis.

Quant au second motif, il est évident qu'il ne serait admissible qu'autant que l'administration aurait en effet les moyens d'appliquer les *mesures efficaces* qu'on lui conseille de prendre. Or, en quoi consistent ces mesures ? M. le rapporteur n'a pas jugé utile de le dire ; mais il a rappelé du moins « qu'elles portaient sur les procédés de fabrication et sur des *précautions personnelles* imposées aux cérusiers. Quiconque s'est trouvé en rapport avec les ouvriers sait jusqu'à quel point on peut compter sur des mesures hygiéniques dont l'application leur est personnelle. Il n'est personne qui ne sache que, dans de telles conditions, l'ouvrier ne sera jamais protégé efficacement, s'il n'est préservé contre sa propre incurie ; ajoutons qu'il en est de même de beaucoup d'individus qui n'appartiennent pas à la classe ouvrière. Le but des lois et des mesures de salubrité, et le devoir de ceux qui les font et qui les appliquent, est précisément, dans le plus grand nombre des circonstances, de protéger les citoyens contre leur propre ignorance ou leur propre incurie. Dans tous les cas, à supposer que les perfectionnements de fabrication dont on parle aient toute l'efficacité qu'on leur attribue, le moins qu'il y avait à conseiller à l'administration, c'était de faire suspendre le travail dans les fabriques où l'état sanitaire des ouvriers viendrait à démontrer que ces procédés n'y sont qu'incomplétement appliqués.

Cette triste vérité, que « une des lois du travail de l'homme, est de s'exercer (2) trop souvent dans les conditions les plus défavorables à la santé, etc., » n'était guère utile à rappeler dans le rapport. Lorsque des travaux insa-

(1) Peut-être aurait-il été utile d'indiquer ces fabriques, qui sont, si nous sommes bien renseigné, au nombre de *trois* en France.

(2) Le travail, pas la loi.

lubres sont indispensables à la marche du mécanisme social, l'administration, de même que la science, doit en gémir; mais lorsqu'un travail insalubre peut être remplacé par un travail salubre, la science et l'administration ont le droit et le devoir d'intervenir; c'était là tout ce qu'il fallait rappeler. Plus il y a de travaux qui s'exercent au détriment de la santé, plus on doit être heureux d'en assainir, ne fût-ce même qu'un seul.

Voilà pour ce qui concerne la fabrication de la céruse.

Quant à la question de l'emploi de cette substance toxique, M. le rapporteur fait observer « que les raisons sanitaires qui pourraient justifier l'interdiction de la céruse dans les travaux de peinture, s'appliqueraient, avec non moins de force, aux diverses préparations saturnines usitées dans les arts, dans l'industrie, dans l'économie domestique, et dont il est impossible de calculer l'influence sur la santé publique. »

Cette remarque, qui n'est pas complétement vraie (1), ne peut qu'obscurcir la question sur laquelle l'administration demande à être éclairée. De ce que toutes ou presque toutes les préparations de plomb sont plus ou moins malfaisantes, on n'en saurait sans doute conclure qu'une d'entre elles ne puisse être prohibée, soit d'une manière absolue dans sa fabrication, soit d'une manière relative, dans une ou dans plusieurs de ses applications. C'est là justement le cas de la céruse. S'il est vrai, et ni M. le rapporteur ni personne ne pense à le nier, s'il est vrai que l'*emploi* de la céruse ait une influence très-fâcheuse sur la santé publique; s'il est vrai que cette substance puisse être remplacée par une substance peu ou point malfaisante, l'indication est d'abord de faire disparaître la céruse des arts industriels, en attendant que les progrès de la science permettent d'en faire autant d'une ou de toutes les autres préparations saturnines.

Pour rendre plus évidente la nécessité d'une telle mesure, M. le rapporteur, au lieu de déclarer que les malheurs causés par les *préparations* plombiques sont incalculables, aurait peut-être pu rechercher quel était approximativement le nombre des victimes que fait en France l'usage de la céruse. Le résultat auquel il serait arrivé n'aurait sans doute pas atteint une exactitude mathématique; mais des recherches faites avec intelligence auraient certainement conduit à une approximation qui eût suffi our montrer l'étendue du mal, et pour éclairer réellement M. le ministre sur le parti à prendre afin d'y porter emède.

Nous n'étendrons pas davantage ces remarques au point de vue hygiénique. Nous pensons qu'elles sont plus que suffisantes pour démontrer que le rapport qu'on va lire ne répond que d'une manière fort imparfaite aux désirs de l'administration. Nous n'y ajouterons qu'un mot, relativement à une des considérations du rapport sur lesquelles on a cru pouvoir s'appuyer pour repousser la prohibition de l'emploi comme de la fabrication de la céruse, et même de toute industrie insalubre en général. « Nous ne pouvons, toutefois, dit le rapporteur, nous empêcher de faire remarquer dans *quelle voie fâcheuse* la suppression d'une industrie, *même insalubre*, pourrait entraîner le gouvernement, et *quel précédent périlleux* une telle mesure pourrait créer. »

Nous savons que les gouvernements ont été, jusqu'à ce jour, beaucoup trop timides, sinon beaucoup trop négligents, relativement à l'amélioration et même à la suppression des industries insalubres; mais c'est cette négligence ou cette incurie qui est un précédent *périlleux*, et non celui que craint M. le rapporteur; celui-là, au contraire, bien loin d'être un précédent périlleux, serait un des exemples les plus utiles, et par celà même les plus honorables qu'un gouvernement puisse laisser à ses successeurs.

Nous ne dirons rien de la question financière et de la question légale, qui sont plutôt mentionnées que traitées ou éclaircies dans le rapport. Ces questions n'auront pas de peine à trouver ailleurs plus de lumières, et du reste, quand M. le ministre a posé la question hygiénique, il était sans doute fixé sur les deux autres.

H. DE CASTELNAU.

(1) Il ne serait pas possible de prétendre que le maniement des vernis, du plomb métallique ou des divers alliages de ce métal soit aussi insalubre que celui de la céruse. La remarque n'est guère applicable qu'à l'usage du minium.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Rapport aux comités des arts et manufactures et d'hygiène publique réunis en commission, sous la présidence de M. le ministre de l'Intérieur, sur la question de la suppression de la fabrication et de l'emploi du blanc de plomb, par une sous-commission composée de MM. Chevreul, Magendie, Regnault, Seguier, Bussy, Legentil, Barbier, Davenne et Tardieu, rapporteur.

Les deux comités réunis des arts et manufactures et d'hygiène publique sont appelés à donner leur avis sur une des plus graves questions que puisse leur soumettre la haute confiance de M. le ministre de l'intérieur : la suppression de la fabrication du blanc de plomb et de l'emploi de cette substance dans l'industrie et dans les arts.

Chargée de préparer vos délibérations, la commission dont j'ai l'honneur d'être l'interprète a pensé qu'elle devait avant tout s'efforcer de préciser l'objet et le but de votre mission. Cette tâche était rendue facile par l'exposé qui vous a été fait au nom de l'administration et par les paroles de M. le ministre, qui traçaient nettement la ligne de conduite si prudente que le gouvernement se propose de suivre dans cette affaire.

En effet, il ne s'agit plus d'établir la prééminence du blanc de zinc sur le blanc de plomb, et de favoriser ou d'étendre ses applications industrielles. Vous avez à rechercher si la prohibition absolue de la céruse est utile et possible, et la question se présente à la fois sous trois faces distinctes : au point de vue sanitaire, au point de vue industriel, commercial et financier, au point de vue du droit et de la légalité.

En appelant avant tout votre attention sur le côté hygiénique de la question, M. le ministre avait clairement fait comprendre que la fabrication et l'emploi du blanc de plomb ne devaient être proscrits qu'en raison des dangers qu'ils pouvaient offrir pour la santé de certaines professions.

Votre commission, s'associant à cette pensée, a dû rechercher tout d'abord si ce danger était tellement certain, tellement grand, tellement inévitable qu'il n'y eût d'autre remède à lui opposer que la prohibition; mais, tout en s'attachant à ce point culminant, elle a cru devoir vous présenter en même temps, dans leur ensemble, les considérations qui peuvent éclairer les autres parties de la question soumise à votre examen.

1° *Hygiène.* Les préparations de plomb, et notamment la céruse, constituent un poison subtil et lent qui, introduit par le simple contact ou par les voies respiratoires au sein de l'organisme, y détermine les accidents les plus funestes et peut causer la mort.

C'est là un fait constant, qu'il ne faut ni dissimuler ni amoindrir, qu'il convient, au contraire, de rappeler au début de cette discussion; car il marque le but que la science doit s'efforcer d'atteindre, et inspire au gouvernement, soucieux de protéger la santé des classes ouvrières, ces vues philanthropiques que les comités réunis dans cette circonstance tiennent tous deux à honneur de seconder par leurs travaux.

Mais, en même temps, il faut se garder d'exagérer l'insalubrité que peuvent offrir les industries qui préparent ou emploient le plomb, et ne pas oublier qu'une des lois du travail de l'homme est de s'exercer trop souvent dans les conditions les plus défavorables à la santé et au bien-être physique. Ce n'est pas ici le lieu de passer en revue les diverses professions insalubres; il est cependant permis de dire qu'un grand nombre portent en elles des causes de maladies non moins graves et surtout plus difficiles à éviter que celles qui travaillent le plomb.

Pour ces dernières, qui doivent seules nous occuper, il est une distinction capitale à faire entre les dangers de la fabrication et ceux de l'emploi des préparations saturnines. Cela est d'autant plus important que la vérité, sur ce point, est loin d'être suffisamment connue, et que les préjugés qui l'obscurcissent ont jusqu'ici résisté même à l'autorité des faits.

A. La *fabrication* de la céruse reste, en effet, pour le plus grand nombre, la plus périlleuse des industries ; et, par malheur, cette opinion est encore aujourd'hui trop justifiée par le chiffre des malades que certaines usines livrent, chaque année, à l'assistance publique.

Les statistiques des hôpitaux de Paris, recueillies depuis quatorze ans, quelque inexactes, quelque insuffisantes qu'on les suppose, témoignent hautement des dangers auxquels sont exposés les cérusiers employés dans certaines fabriques.

Si la mortalité, celle du moins qui est accusée dans les relevés des établissements hospitaliers, a réellement diminué parmi eux dans les quatre dernières années, les affections saturnines ne les ont guère frappés en moindre proportion, et sont encore, relativement, trop communes, si on a égard au nombre des ouvriers cérusiers du département de la Seine. Mais, en même temps, un autre fait ressort des données statistiques fournies par les rapports annuels de l'un des membres du conseil de salubrité de la ville de Paris, M. Chevalier, dont le nom restera attaché à cette partie de l'histoire de l'hygiène professionnelle ; c'est la différence considérable qui existe entre le chiffre des malades provenant des deux principales fabriques du département, différence qui n'est pas seulement en rapport avec le nombre d'ouvriers employés par chacune d'elles, mais qui tient aux procédés suivis dans l'un et l'autre établissement. La différence est plus marquée encore, si on compare ce qui se passe aux environs de Paris, avec l'état actuel des choses, soit dans les usines du département du Nord, soit à l'étranger, en Angleterre, par exemple.

Les rapports si intéressants du conseil central d'hygiène et de salubrité de la ville de Lille font foi d'un fait désormais acquis et qui doit dominer toute cette question, c'est que la fabrication de la céruse ne fait plus une seule victime dans les usines convenablement établies, et que des années entières se sont écoulées sans qu'un ouvrier y ressentît les atteintes de l'empoisonnement saturnin.

Ce grand et heureux résultat ne doit pas être attribué à quelques circonstances fortuites il est le fruit légitime et constant de perfectionnements introduits dans cette industrie, sous la double pression des efforts incessants de l'administration, et surtout de la concurrence salutaire du blanc de zinc.

Pour n'avoir pas atteint la dernière limite, ces améliorations n'en sont pas moins de nature à rassurer complétement sur les effets de la fabrication de la céruse.

Nous n'avons pas à exposer ici en quoi consistent ces perfectionnements, qui portent à la fois sur les procédés de fabrication et sur les précautions personnelles imposées aux ouvriers : qu'il suffise de dire que, substituant presque partout les machines à la main de l'homme, et les appareils clos à l'exploitation à l'air libre, ils ont principalement pour but de mettre l'ouvrier à l'abri des poussières de plomb ; parfaitement connus aujourd'hui, ils ont passé dans la pratique, et s'il reste encore quelque chose à faire, il serait extrêmement difficile (1) d'arriver à une réforme complète.

En résumé, la fabrication de la céruse, dangereuse seulement par l'imperfection des procédés employés, n'offre plus aujourd'hui aucune cause réelle d'insalubrité qui puisse être de nature à justifier la suppression de cette industrie. Il serait sans raison comme sans justice de fermer, comme compromettant la santé des ouvriers, des usines où dans toute une année on n'en rencontre pas un seul atteint d'affection saturnine. Il appartient d'ailleurs à l'autorité supérieure de rendre la fabrication absolument sans danger, en imposant aux fabricants et aux cérusiers, par des règlements formels, l'adoption des moyens de préservation que la science indique et que l'expérience a déjà consacrés.

B. En ce qui touche *l'emploi* des préparations de plomb, la question n'est peut-être pas tout à fait aussi simple, et doit rester, jusqu'à un certain point, distincte. En effet, le blanc de plomb employé par les peintres n'est pas seul en cause. Les raisons sanitaires qui pourraient justifier l'interdiction de la céruse dans les travaux de peinture, s'appliqueraient, avec non moins de force, aux diverses préparations saturnines usitées dans les arts, dans l'industrie, dans l'économie domestique, et dont il est impossible de calculer l'influence sur la santé publique.

Aussi est-ce là un sujet d'étude digne d'être signalé à toute l'attention des administrateurs et des savants, et dans lequel la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb n'a fait qu'ouvrir la voie. Quoi qu'il en soit, c'est sur ce point que doivent presque exclusivement porter nos observations. Les peintres, qui sont au nombre de 6,000 environ à Paris, ne figurent dans les statistiques des affections saturnines que pour un cinquième environ.

Ces chiffres sont sans doute fort au-dessous de la réalité ; car les peintres en bâtiments forment une classe d'ouvriers assez aisés, qui, pour la plupart, soit en raison de leurs ressources personnelles, soit par les soins des entrepreneurs, soit encore par l'assistance des sociétés de secours mutuels, se font rarement soigner à l'hôpital. Mais là encore il faut reconnaître que la négligence des précautions les plus simples est la principale source des accidents, et que le grattage, notamment, qui constitue l'opération la plus nuisible, pourrait perdre une partie de ses inconvénients à l'aide de certains moyens préventifs, tels que le mouillage à l'eau seconde des surfaces peintes, etc., etc. Il est vrai que là où il s'agit d'un travail isolé, l'ouvrier ne peut être protégé contre sa propre incurie par les prescriptions tutélaires de l'administration ; mais il ne demeure pas moins certain que le danger peut encore, même de ce côté, être jusqu'à un certain point atténué.

D'ailleurs, un remède plus certain existe aujourd'hui et peut être considéré comme éprouvé : c'est le blanc de zinc, dont l'innocuité ne saurait être proclamée trop haut (1), et qui a déjà remplacé en partie la céruse dans les travaux de bâtiments. L'hygiène ne peut qu'applaudir à ce progrès.

Là se borne sa mission, puisque, d'une part, les moyens existent de neutraliser les effets délétères de la peinture au blanc de plomb, et que, d'une autre part, ceux-ci tendent à disparaître radicalement, avec la substance qui les produit, devant la supériorité hygiénique du blanc de zinc.

Pour tous les autres usages des préparations de plomb, vernis, couleurs diverses, émaux, poteries, verres et cristaux, mastics, caractères d'imprimerie, etc., leur fabrication ou leur emploi, sans être exempts d'inconvénients, ne paraissent pas présenter assez de danger pour qu'il ne soit pas permis de compter sur les moyens préservatifs généraux actuellement connus. Par ce double motif, on le voit, au point de vue de l'hygiène, l'emploi de la céruse ne peut pas plus être proscrit que la fabrication.

2° *Intérêts commerciaux et financiers.* — Nous avons dû nous attacher, avant tout, à rechercher jusqu'à quel point l'hygiène pouvait être intéressée dans le projet soumis à votre examen. Mais il est un autre ordre de considérations qui ne sauraient être passées sous silence, et qui, bien que subordonnées à la question sanitaire, doivent exercer une influence puissante sur la décision du gouvernement.

Nous avons vu déjà que les préparations de plomb, autres que la céruse, ne pouvaient être, quant à présent, remplacées dans un grand nombre de leurs applications industrielles ou artistiques. Il y a là une nécessité dont il est impossible de ne pas tenir compte.

Il n'est pas permis davantage de ne pas se préoccuper de la situation que ferait au commerce la prohibition de la céruse, même pour le seul emploi de la peinture en bâtiments. L'accord qui existe entre la majorité des fabricants de blanc de plomb et ceux qui exploitent le zinc, ne doit pas faire illusion sur ce point ; on ne peut, en effet, s'abuser sur les conséquences immédiates, inévitables de la suppression de la première industrie et du monopole accordé à la nouvelle. Les effets d'une telle perturbation seraient incalculables ; car le commerce se trouverait dans la dépendance de la production et de l'exploitation du zinc, d'où l'abus des contrefaçons qui, dès aujourd'hui se fait déjà sentir, l'avilissement de la qualité des produits, et, par suite, peut-être, l'abandon des travaux de peinture, que l'art et l'industrie trouveraient mille moyens de remplacer.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que, grâce à la protection qui lui a été accordée, grâce à la différence des droits perçus (puisque le zinc n'acquitte qu'un droit de 10 centimes, alors que le plomb est imposé à 5 fr. les 100 kilog.), grâce enfin à des avantages reconnus, le blanc de zinc occupe déjà une place importante, qui n'est pas moindre du tiers de la consommation, et que ses progrès toujours croissants continueront de s'accomplir sans que l'équilibre commercial en soit rompu.

Enfin, il est une observation dont la commission a dû se préoccuper. Le trésor retire 1 million des droits perçus sur le plomb, et ne peut renoncer à cette source du revenu public, même pour la portion qui provient spécialement de la céruse. En outre, la France, liée par des traités internationaux, reçoit la céruse des Pays-Bas et de la Sardaigne, et les plombs de l'Espagne. Ces conventions ne pourraient se rompre sans d'énormes difficultés et sans jeter le pays dans cette guerre de tarifs et de représailles, qui, elle aussi, a ses dangers et ses désastres. En présence de ces motifs, il faudrait, pour persévérer dans le projet de suppression de la céruse, l'évidence d'un dommage réel et considérable pour la santé publique.

3° *Légalité.* — Il serait superflu, après l'exposé si lucide et si précis qui vous en a été fait, d'insister sur les difficultés de droit qui viennent s'ajouter aux précédentes considérations.

Nous laissons à des autorités plus compétentes le soin d'éclairer ce point particulier qui, à lui seul, soulève de si graves problèmes. Nous ne pou-

(1) Le rapporteur a sans doute voulu écrire *facile* au lieu de *difficile ;* car, telle qu'elle est, la phrase ne se comprend guère. Mais si on remplaçait un des mots par l'autre, la phrase est plus intelligible, elle est aussi beaucoup moins vraie.
(*Note du rédacteur*).

(1) Cette innocuité tient à la difficulté avec laquelle l'oxyde de zinc fortement calciné se dissout dans les acides faibles ; elle n'existe pas pour les sels de zinc solubles et les combinaisons de ce métal qui sont facilement attaqués par les acides.

vons, toutefois, nous empêcher de faire remarquer dans quelle voie fâcheuse la suppression d'une industrie, même insalubre, pourrait entraîner le gouvernement, et quel précédent périlleux une telle mesure pourrait créer.

Conclusions. — Si les considératisns que nous venons d'avoir l'honneur de présenter aux deux comités réunis reçoivent leur approbation, nous leur proposerons, au nom de la commission, de transmettre à M. le ministre l'avis suivant :

1° Il n'y a pas lieu d'interdire la *fabrication de la céruse,* les perfectionnements introduits dans cette fabrication lui ayant enlevé, d'une manière à peu près complète, son insalubrité et ses dangers ; mais il importe que l'administration prenne des mesures efficaces pour que ces perfectionnements soient adoptés dans toutes les usines, et que celles-ci soient l'objet d'une surveillance spéciale.

2° Il n'y a pas lieu d'interdire l'*emploi* de la céruse dans les travaux de peinture; car certaines précautions peuvent mettre, jusqu'à un certain point, les ouvriers à l'abri des poussières de plomb, et, d'ailleurs, pour cet usage particulier, la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb tend à s'opérer naturellement. L'appui du gouvernement et la différence des droits perçus sur le plomb et sur le zinc favorisent cette transformation, sans perturbation violente, sans atteinte portée à la liberté du commerce.

3° L'interdiction de la *fabrication* et de l'*emploi* de la céruse dans les arts et dans l'industrie aurait, de plus, l'inconvénient de susciter les plus graves difficultés, au point de vue de l'état des finances et de la légalité.

Ce rapport est adopté à l'unanimité, et il est décidé que la sous-commission, à laquelle s'adjoindront MM. Gilbert et Isabelle, architectes, se chargera de rédiger, dans l'intérêt de la santé des ouvriers :

En ce qui concerne la *fabrication* de la céruse, le projet d'un règlement et d'une instruction qui soient d'une application pratique ;

En ce qui concerne l'*emploi* de la même substance, un projet d'instruction à répandre à un grand nombre d'exemplaires, afin de propager la connaissance des moyens préservatifs et d'en recommander l'usage aux ouvriers, et, s'il y a lieu, un projet de dispositions réglementaires.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.

Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique,

Par M. Cruveilhier.

(*Lu à l'Académie impériale de médecine.*)

(*Suite. Voir le n°* 39.)

Observation. — Lecomte (Prosper), âgé de 32 ans, saltimbanque, est entré dans mon service, en juillet 1850, avec une paralysie musculaire atrophique déjà en grande partie généralisée. Il fait remonter à deux ans environ, au mois de septembre 1848, l'origine de sa maladie, dont il accuse une nuit passée à la belle étoile sur un pavé boueux dont il n'était séparé que par une toile humide. Il se réveille tout engourdi du côté droit sur lequel il était couché, va se réchauffer dans une auberge, et retrouve bientôt toute la liberté du sentiment et du mouvement.

Trois semaines après, il éprouve un sentiment de faiblesse dans la main droite, une grande difficulté à saisir les objets, à tirer son mouchoir de sa poche, et de ce moment il ne lui fut plus possible de jouer du cornet à piston. Il assure d'ailleurs qu'à cette époque tous les mouvements du membre supérieur droit autres que ceux de la main, comme aussi tous les mouvements du reste du corps étaient parfaitement libres, si bien qu'il put continuer sa profession, qui l'obligeait à de très-grandes fatigues, et nommément à passer souvent les nuits en plein air, exposé au froid et à l'humidité, avec ou sans barraque mal jointe.

Pendant un an, l'affaiblissement de la myotilité fut borné à la main ; au bout de ce temps, à la suite d'une nuit froide et humide passée à la belle étoile, Lecomte, jusque-là infatigable, éprouva une assez grande faiblesse dans les muscles inférieurs, et plus particulièrement dans les genoux. Depuis cette époque, il ne lui fut plus possible de supporter sans fatigue une longue marche ; il tombait souvent par le fait du moindre obstacle. Cependant, au mois de novembre 1849, il put encore faire sept lieues à pied en neuf heures. Ce tour de force fut le dernier : vaincu par la maladie, il se décida à venir à Paris à la fin de décembre 1849, entra à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans le service de M. Andral, en sortit au bout de trois mois pour y rentrer de nouveau, et fut définitivement reçu dans mon service, en juillet 1850, salle Saint-Ferdinand n° 8, où il est resté jusqu'à sa mort.

Voici quel était son état :

La face est très-peu mobile, elle est sans expression, ou plutôt elle n'a qu'une expression, celle du sourire sardonique, qui est permanent, indépendant de la volonté, bien que la volonté puisse l'exagérer ; les muscles de la face ont évidemment perdu une partie de leur contractilité ; le muscle le plus affaibli est sans contredit l'orbiculaire des lèvres ; le frontal orbiculaire des paupières et les zygomatiques sont à peine affectés ; les muscles moteurs de l'œil jouissent de toute l'intégrité de leurs mouvements. Le malade se plaint de frémissements, de soubresauts aux lèvres, aux joues et aux paupières. Ces frémissements correspondent à des contractions fibrillaires visibles pour l'observateur.

L'articulation des sons est très-altérée ; la parole est lente, faible, mal articulée, nasonnée, gutturale ; le malade n'a qu'un seul ton dans la voix ; il assure que la défectuosité dans l'articulation des sons a débuté avec sa maladie ; les joues sont souvent mordues dans l'acte de la mastication.

La langue est bien plus profondément affectée dans sa myotilité que les muscles de la face ; elle ne peut pas être portée au dehors, et c'est en grande partie à son défaut d'action qu'est due l'imperfection dans l'articulation des sons ; elle est d'ailleurs, comme les muscles faciaux, sans cesse agitée de frémissements fibrillaires.

La déglutition se fait mal, péniblement, avec effort, les mouvements des mâchoires, au contraire, sont faciles, vigoureux, rationnels.

La respiration est moins profonde que dans l'état régulier ; le malade a le sentiment d'une respiration incomplétement accomplie, car souvent il provoque le bâillement pour se donner le bien-être d'une respiration complète.

Voici d'ailleurs l'état des membres.

Membres supérieurs. — Le *membre supérieur droit,* par lequel a débuté la maladie, est atrophié dans toutes ses régions, mais d'une manière inégale ; l'atrophie musculeuse est surtout remarquable à la main : il n'y a plus d'éminence thénar ni d'éminence hypothénar ; on dirait que la peau de ces régions est collée aux os correspondants ; les muscles interosseux semblent également manquer dans les espaces intermétacarpiens ; tous les doigts, moins l'index qui est dépourvu de toute espèce de mouvement, se fléchissent et s'étendent encore, mais très-imparfaitement ; l'extenseur et l'abducteur du pouce sont très-prononcés ; les contractions des muscles extenseurs et fléchisseurs de la main sont si faibles, que la main tombe par son propre poids dans le sens de l'extension ou de la flexion, malgré la contraction des muscles antagonistes.

Le mouvement de supination de la main est à peu près impossible ; le malade dit que c'est le premier mouvement qui lui ait manqué.

Les muscles qui meuvent le bras sur l'épaule sont singulièrement affaiblis, surtout le deltoïde, qui est très-mince, et ne peut en aucune manière porter le bras dans l'abduction.

Le *membre supérieur gauche,* qui est un peu moins atrophié que le droit, jouit de tous ses mouvements, mais à un faible degré.

Les *membres inférieurs* ne sont pas sensiblement atrophiés et jouissent de tous leurs mouvements, mais ils sont notablement affaiblis ; le malade peut se tenir dans la position verticale ; il me répète souvent que lorsqu'il est debout, immobile, il se sent très-solide, qu'il n'éprouve nullement de sentiment de lassitude dans les jambes, et que, sans la fatigue des reins, il resterait plusieurs heures dans l'attitude verticale ; ce qui, pour le dire en passant, établit que la station verticale ne nécessite pas, dans les membres inférieurs, une aussi grande dépense de force musculaire qu'on le croit généralement. Une fois Lecomte resta debout adossé à un poêle, pendant quatre heures consécutives, sans accuser la moindre fatigue.

Sa progression, dont il m'a rendu plusieurs fois témoin, était curieuse : il marchait lentement, le tronc fortement incliné en avant ; les bras pendants au-devant de lui, réunis par les mains sur la ligne médiane pour lui servir de balancier ; et néanmoins il était titubant, menacé à chaque instant de perdre l'équilibre ; il tombait souvent, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté, et il raconte parfaitement que lorsqu'il tombe, ce n'est point par faiblesse, mais par perte de l'équilibre. C'est au moment du réveil, et lorsqu'il commence à marcher, qu'il éprouve le sentiment de la plus grande débilité ; plus il marche, plus il sent ses forces augmenter.

Du reste, le malade peut encore s'habiller seul, marcher sans point d'appui, porter les aliments à sa bouche.

Tel était l'état du système musculaire de Lecomte au moment de son entrée.

En opposition avec cette décadence progressive des organes actifs de la locomotion, la sensibilité tactile est aussi développée que possible ; les organes des sens spéciaux sont d'une délicatesse remarquable ; les fonctions nutritives s'exécutent de la manière la plus régulière ; j'en excepte l'acte de la déglutition qui est laborieux et souvent incomplet.

L'intelligence, les facultés affectives sont dans l'état d'intégrité le plus parfait ; j'ai rarement rencontré un malade qui m'ait rendu un compte aussi net de ses moindres impressions. Il résumait lui-même son état en ces termes :

« Je ne suis pas malade, mais les forces me manquent; j'ai bon appé-
« tit; je n'ai d'autre incommodité que ma faiblesse, qui augmente tous
« les jours, et qu'un grand sentiment de lassitude dans tous les membres;
« ce sentiment, je l'ai à toute heure, surtout au moment du réveil. »

Mais un phénomène sur lequel le malade aurait appelé mon attention, si déjà elle n'y avait pas été dirigée par des faits antérieurs, c'est le frémissement, tremblement ou tremblotement fibrillaire de tous les muscles de l'économie, tremblement dont j'ai déjà dit un mot à l'occasion des muscles de la face et de la langue. Qu'on me permette les détails dans lesquels je vais entrer à ce sujet, car ce tremblement fibrillaire est un phénomène que j'ai constamment observé dans les premières périodes de la maladie, phénomène qui apparaît le premier en même temps que le sentiment de faiblesse musculaire, et qui ne cesse entièrement dans un muscle que lorsque la dernière fibre musculaire a disparu sous l'influence de l'atrophie. Ce frémissement musculaire est à son apogée au moment où le travail atrophique du muscle est à son maximum de développement. Je n'oserais affirmer que ce phénomène soit pathognomonique, mais ce qui me paraît certain, c'est qu'il n'existe d'une manière aussi prononcée, aussi persistante et aussi générale dans aucune autre espèce de névrose ou de paralysie musculaire.

Pour l'observateur, ce sont de petits soubresauts rapides comme l'éclair, ou plutôt comme ceux qui résulteraient d'un petit choc électrique: ces soubresauts affectent tantôt une fibre ou un faisceau isolé, d'autres fois des groupes de faisceaux. J'ai vu chez Lecomte le tremblement fibrillaire occuper le chef coracoïdien du biceps tout entier, et le chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien.

Du reste, ces secousses convulsives, électriques, sont d'autant plus intenses que le muscle est plus vigoureux; elles s'affaiblissent à mesure que le muscle s'atrophie, et dans la proportion de cette atrophie; elles s'éteignent dans les muscles complétement atrophiés, mais elles subsistent tout le temps qu'il reste une fibre musculaire à détruire. Je me suis plusieurs fois assuré que ces frémissements cessaient complétement pendant la contraction volontaire.

Le malade a la conscience de ces mouvements fibrillaires qui parcourent successivement toutes les parties du corps; il n'en résulte pour lui aucune sensation douloureuse, excepté lorsqu'il a froid. Il lui semble, dit-il, que toutes ses chairs dansent; il compare cette sensation à celle qui résulterait d'un courant d'eau froide qui coulerait sous la peau et qui la détacherait des chairs subjacentes; et lorsque le malade eut été soumis à de faibles courants électriques, il la comparait à celle produite par l'électricité. J'ignore si ces tressaillements fibrillaires persistaient pendant le sommeil; ce qu'il y a de certain, c'est que dans l'état de veille ils étaient permanents, incommodes, mais nullement douloureux. « Cela m'épuise, mais cela ne me fait pas de mal », m'a répété plusieurs fois le malade.

Indépendamment de ces frémissements fibrillaires partiels, isolés, limités à quelques fibres, à quelques faisceaux, ce malade éprouvait à d'assez longs intervalles un tremblement général extrêmement considérable analogue au frisson, avec tremblement d'un violent accès de fièvre, tremblement nullement douloureux, n'ayant aucun des caractères de la crampe musculaire, crampe musculaire que je n'ai jamais observée dans cette maladie. Ce tremblement était ordinairement provoqué par le froid; il pouvait l'être par de fortes contractions volontaires, par un effort énergique pour imprimer un mouvement quelconque soit à un membre, soit à la colonne vertébrale, et, je le répète, ce tremblement ne s'accompagnait d'aucun sentiment douloureux; le malade pouvait en outre déterminer à volonté un tremblement considérable des mâchoires, en faisant effort pour les écarter; alors la mâchoire inférieure était portée brusquement, involontairement en avant, sous l'influence des muscles ptérygoïdiens externes; c'est alors que commençait un tremblement très-violent, par lequel la mâchoire inférieure était alternativement abaissée et relevée, absolument comme pendant le tremblement de l'accès fébrile le plus intense.

Il y avait donc chez Lecomte deux espèces de tremblements musculaires: le tremblement fibrillaire partiel, isolé, et le tremblement général occupant un chef de muscle, un muscle tout entier, plusieurs muscles, et même les muscles de tout le corps. Ces deux espèces de tremblements étaient involontaires, mais les uns et les autres pouvaient être provoqués: le mouvement fibrillaire par une faible contraction volontaire, le tremblement général par la contraction avec effort violent d'une région du corps, surtout par la contraction des muscles extenseurs de la colonne vertébrale. Du reste, jamais de crampes, jamais de douleurs, jamais de fourmillements, jamais de secousses brusques, de résistances convulsives des membres.

Depuis le mois de juillet 1850 jusqu'en janvier 1853, l'atrophie et la paralysie musculaires allèrent toujours croissant.

A l'époque de son entrée, Lecomte pouvait encore marcher sans point d'appui; il pouvait s'habiller et manger sans secours étranger; bientôt il ne put marcher que les mains appuyées sur le dos d'une chaise à laquelle il imprimait un mouvement de rotation en l'inclinant alternativement à droite et à gauche: il aimait à rester plusieurs heures de suite debout, immobile, avec le point d'appui de sa chaise; il y serait resté, disait-il, toute la journée, s'il n'eût éprouvé, soit aux genoux, soit aux articulations tibio-tarsiennes, une sensation incommode qu'il caractérisait par le mot de déboîtement. Mais à partir du mois de novembre 1851, toute progression devient impossible, non pas qu'il ne puisse se soutenir sur les membres inférieurs; il le pouvait encore lorsqu'il était appuyé contre un mur et immobile; les membres inférieurs conservaient assez de force musculaire pour suffire à la station et même à la progression; mais le malade expliquait parfaitement qu'il ne le pouvait, à cause de la paralysie des membres supérieurs qui ne lui permettait pas de conserver l'équilibre.

Depuis cette époque on était obligé de le faire manger et boire comme un enfant au maillot. Voici quel était son état en janvier 1853, un mois avant sa mort.

Décubitus dorsal permanent presque dans la position assise. Il lui est impossible de changer spontanément de position dans son lit, bien qu'il puisse mouvoir à volonté et soulever les membres inférieurs, qui ne sont qu'affaiblis.

Tous les jours il aime à rester assis dans un fauteuil pendant plusieurs heures.

L'atrophie n'a fait aucun progrès du côté de la face, sauf dans l'orbiculaire des lèvres, qui me paraît complétement paralysé, et dans la langue, qui l'est presque complétement.

Les membres supérieurs ne jouissent que de mouvements extrêmement limités dans quelques-unes de leurs articulations; les deux mains sont complétement paralysées, à l'exception du pouce de la main droite, qui peut encore exécuter les mouvements d'extension et d'abduction, et des trois derniers doigts de la même main, qui jouissent d'un très-léger mouvement de flexion; la paralysie des muscles interosseux a pour conséquence la flexion permanente des deux dernières phalanges sur les premières. Point de mouvement ni dans l'articulation radio-carpienne ni dans l'articulation du coude; le bras écarté du tronc peut s'en rapprocher; abduction volontaire impossible.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que le membre supérieur gauche est plus profondément affecté que le droit, bien que la paralysie ait débuté par ce dernier.

Les membres inférieurs, qui ont conservé des mouvements assez étendus, ne partagent pas l'état atrophique des membres supérieurs; les mouvements d'extension des orteils manquent seuls; aussi, tandis que le frémissement musculaire a complétement disparu dans les membres supérieurs, il persiste avec beaucoup d'intensité dans les membres inférieurs, et aussi dans les parois abdominales.

Les mouvements de la tête sont faibles, mais ils existent dans tous les sens: il faut, pour qu'ils s'exécutent, que la tête soit à peu près en équilibre sur la colonne vertébrale; encore le malade ne peut-il les graduer, le poids de la tête l'entraînant toujours dans un sens ou dans un autre. Aussi lorsque la tête est fortement renversée en arrière, il lui est extrêmement difficile et souvent impossible de la ramener en avant, et lorsqu'elle est fortement inclinée en avant sur le sternum, il ne peut en aucune manière la relever, et il aurait été infailliblement suffoqué, si on l'avait abandonné à lui-même dans cette attitude. Il ne peut respirer librement que lorsqu'il est assis, la tête soutenue et légèrement inclinée soit à droite, soit à gauche.

Les muscles de la déglutition, de l'articulation des sons, et même ceux de la phonation et de la respiration sont de plus en plus envahis; le malade ne peut en aucune façon avaler sa salive, qui découle continuellement de la bouche, dont la lèvre inférieure est pendante; depuis un an au moins il ne pouvait plus prendre d'aliments solides, non qu'il ne puisse les diviser avec les dents, car il écrase les aliments les plus durs, mais bien parce que la déglutition buccale ne peut plus s'effectuer, vu la paralysie presque complète de la langue. Deux fois il a failli être asphyxié, une fois par une carotte, une autre fois par une pomme de terre engagée dans le pharynx, d'où le chirurgien de garde, qui heureusement se trouvait dans la salle, a pu les extraire avec ses doigts. J'ai donc dû réduire la pitance de ce malheureux aux soupes très-épaisses ou à viande hachée menu et convertie en bouillie avec de la sauce et du pain.

Pour que la déglutition puisse s'accomplir, il faut que l'infirmier chargé du soin de le faire manger (car j'ai déjà dit qu'on le nourrissait comme un enfant au maillot), il faut, dis-je, que l'infirmier enfonce très-profondément la cuiller jusque dans le pharynx; alors le malade serre fortement, par une espèce de mouvement convulsif, cette cuiller entre ses dents, si bien qu'on a été obligé de substituer une cuiller de fer à la cuiller d'étain, qui était hors de service au bout de quelques jours. Le malade fait alors des efforts de déglutition et sur la cuiller et sur le bol alimentaire, qu'il avale d'autant plus facilement que celui-ci est plus considérable. La cuiller retirée, le malade continue à faire des efforts répétés de déglutition, et finit quelquefois par avaler la totalité du bol alimentaire; mais le plus souvent une partie de ce bol rétrograde et tombe sur la bavette de taffetas gommé dont on était obligé de le garnir. Le malade a d'ailleurs un très-grand appétit,

et avale quatre énormes soupes par jour, indépendamment de la viande hachée.

La déglutition des liquides est plus difficile que celle du bouillon ; il en revient toujours une bonne partie, aussi est-on obligé de placer un vase sous son menton pour recevoir le liquide rétrograde qui découle à flots de la bouche. Il est bien évident que le premier acte de la déglutition, l'acte buccal, ne s'accomplit pas du tout à cause de la paralysie de la langue et des lèvres, et que l'acte pharyngien n'est qu'affaibli.

L'articulation des sons, qui était devenue de plus en plus inintelligible, est complétement nulle, et le malade n'exprime ses besoins que par un mouvement de tête, par les yeux, dont les muscles propres conservent toute leur myotilité, par la contraction des zygomatiques, et par un son de voix inarticulé, guttural, nasonné, extrêmement faible.

La respiration, très-incomplète, ne paraît plus se faire que par le diaphragme, dont la contraction se manifeste par le soulèvement et l'écartement des cinq dernières côtes. Le malade, dont l'intelligence a conservé toute sa plénitude, a beau, sur ma demande, s'épuiser en efforts pour faire de profondes inspirations, jamais je n'ai pu obtenir ni le moindre soulèvement, ni le moindre abaissement en masse de la cage thoracique ; tout le jeu de la respiration paraît se faire à la base de la poitrine, aux dépens du diaphragme et des muscles des parois abdominales.

Il était évident que ce malheureux était à chaque instant menacé d'asphyxie, soit pendant l'acte de la déglutition, soit à l'occasion de la moindre bronchite, vu l'impossibilité où il serait de se débarrasser des mucosités dont la bronchite entraînerait la sécrétion ; et en effet, le 15 janvier dernier, Lecomte ayant été pris de la grippe régnante, les voies aériennes se remplirent de mucosités, la respiration devint difficile, et le 12 février on le trouva mort dans son lit.

Autopsie. — J'ai fait porter le corps dans mon laboratoire à la Faculté : l'artère aorte a été injectée ; tous ou presque tous les muscles ont été disséqués par les soins de M. Géry, mon interne. Les centres nerveux ont été examinés avec le plus grand soin, les nerfs principaux disséqués et en dehors des muscles et dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes ; puis les nerfs ont été soumis à l'action de l'acide nitrique étendu. Voici le résultat de mes observations.

Et d'abord, disons que comme cause de mort nous avons trouvé une bronchite générale ; qu'en outre les deux lobes inférieurs des deux poumons avaient subi l'altération que j'ai coutume d'appeler *pneumonie œdémateuse*, espèce de pneumonie dans laquelle le poumon engoué plutôt qu'induré, mais fragile et se déchirant aisément par la pression du doigt, est pénétré d'une sérosité qui semble combinée avec son tissu et lui donne une certaine mollesse ; c'est, je crois, la même altération que M. Piorry a décrite sous le nom de *pneumonie hypostatique*.

Je vais maintenant exposer les particularités que m'a offertes le système musculaire, pour m'occuper ensuite du système nerveux.

Système musculaire. — Membres inférieurs. — Tous les muscles du *bassin* et de la *cuisse* sont parfaitement sains ; à la jambe, les trois muscles de la région antérieure, jambier, extenseur commun des orteils et extenseur propre du gros orteil, sont grêles, pâles dans toute leur longueur, et ont subi l'atrophie graisseuse à leur partie supérieure.

Les muscles de la région postérieure de la jambe sont amaigris, mais sains dans la couche superficielle comme dans la couche profonde ; le soléaire seul a subi la tranformation graisseuse dans ceux de ses faisceaux postérieurs qui sont intermédiaires aux deux lames aponévrotiques.

Au pied, le corps charnu du pédieux semble avoir complétement disparu ; les muscles de la région plantaire, les interosseux, sont amaigris, un peu décolorés, mais sains.

Membres supérieurs. — Aucun muscle des membres supérieurs n'a été complétement étranger à l'atrophie ; mais toutes les régions n'ont pas été également affectées. Dans chaque région, il est des muscles qui ont été plus particulièrement envahis ; enfin, dans chaque muscle tous les faisceaux n'ont pas été altérés au même degré.

Or, en classant ces muscles suivant l'ordre, le degré de l'atrophie, les muscles intrinsèques de la main occupent le premier rang. En deuxième ligne viennent les muscles de l'épaule ; en troisième ligne, les muscles de l'avant-bras ; en quatrième ligne, les muscles du bras.

Muscles de la main. — Entrons dans quelques détails : bien qu'il n'existe plus d'éminence thénar ni d'éminence hypothénar, tous les muscles de ces deux règions existent et sont parfaitement distincts, mais réduits à des couches très-minces, les uns d'un rose pâle, les autres d'une couleur jaune peau de daim. Les muscles du thénar et de l'hypothénar sont d'ailleurs beaucoup moins profondément affectés que les interosseux, parmi lesquels je range l'adducteur du pouce ; lesquels muscles interosseux ont subi l'atrophie à son maximum d'intensité et sont passés en grande partie à l'état graisseux.

J'ai étudié d'une manière plus particulière l'adducteur propre du pouce, qui était réduit à une lame mince, et qui m'a présenté tous les degrés de l'atrophie graisseuse : le maximum occupait la partie inférieure des muscles sur tous les muscles internes de cette partie inférieure.

Muscles de l'avant-bras. — Tous atrophiés, dans leur volume, dans leur couleur, dans leur structure ; ceux de la face postérieure, aussi bien que ceux de la face antérieure.

Muscles du bras. — Les muscles biceps, coraco-brachial et brachial antérieur ont considérablement diminué de volume ; leur couleur est rose pâle, mais ils sont bien fasciculés. Le brachial antérieur est le plus atrophié de tous les muscles de cette région, et le triceps brachial est celui qui l'est le moins.

Muscles de l'épaule. — Les muscles de l'épaule ont subi une atrophie beaucoup plus complète que les muscles de l'avant-bras et surtout que ceux du bras. Le deltoïde est réduit à une couche mince, mais inégale, qui présente tous les degrés de l'atrophie, depuis la couleur rose pâle jusqu'à l'atrophie graisseuse. C'est ce muscle qui a été l'objet d'un examen microscopique, lequel a permis de découvrir l'état graisseux, commençant là où l'œil ne démontrait pas encore la présence de la graisse.

Le sus-épineux et le sous-épineux sont tellement atrophiés qu'on dirait qu'ils ont été enlevés, et que leur forte aponévrose de continuité est appliquée immédiatement sur la surface osseuse correspondante. Le petit rond est moins atrophié que le sous-épineux. Le sous-scapulaire est moins atrophié, quant au volume, que le sus-épineux et le sous-épineux, mais il est plus complétement atrophié quant à l'état graisseux. J'ai étudié d'une manière toute particulière le muscle sous-épineux qui présentait tous les degrés de l'atrophie, des faisceaux rose pâle, mais bien fasciculés, et nullement graisseux à côté des faisceaux graisseux dans toute leur longueur, de faisceaux qui n'étaient graisseux que dans une moitié de leur longueur, au voisinage de leurs insertions.

Muscles du tronc ; région postérieure. — Trapèze un peu amaigri, mais sain quant à la coloration et à la consistance dans la partie claviculaire ou descendante, pâle et aminci dans sa partie horizontale, presque complétement atrophié dans sa partie ascendante, qui présente des fibres musculaires très-rares, largement espacés, soutenus par la charpente celluloso-fibreuse des muscles. *Muscle angulaire* parfaitement sain, tandis que le *rhumboïde* est réduit à quelques fibres pâles, formant une couche non continue comme la partie ascendante du trapèze. Il y a là atrophie par absorption. *Petit dentelé*, partie supérieure saine, ainsi que les muscles de la région cervicale postérieure, lesquels sont amaigris, mais sains de couleur et de texture.

Muscle grand dorsal. — Très-atrophié dans sa partie dorso-lombaire qui est représentée par une couche mince, constituée par des faisceaux musculeux pâles largement espacés, soutenu par une membrane celluleuse qui n'est autre chose que la charpente du muscle. Le grand dorsal est beaucoup moins atrophié dans sa partie axillaire. Le grand rond était parfaitement conservé à gauche, tandis qu'à droite il était en partie atrophié.

Les muscles des gouttières vertébrales sont amaigris, mais parfaitement sains.

Région antérieure et déclive du tronc. — Grand pectoral sain, mais amaigri à divers degrés. Petit pectoral beaucoup plus atrophié que le grand pectoral, surtout en bas, au voisinage de ses insertions costales.

Les muscles des parois abdominales sont parfaitement sains ; aussi leurs insertions costales, qui se font par de grosses digitules, contrastent-elles d'une manière remarquable et avec les insertions costales du grand dorsal, qui sont jaune pâle et excessivement minces, et avec celles du grand dentelé, qui présentent la même disposition.

Le grand dentelé est un des muscles les plus atrophiés du tronc ; ses faisceaux supérieurs sont les seuls qui présentent l'aspect musculaire ; le reste de ce muscle est constitué par quelques faisceaux jaunes peau de daim, soutenus par la charpente fibro-celluleuse du muscle.

Ces muscles intersectés sont notablement amaigris, mais d'ailleurs présentant leur couleur naturelle. Le diaphragme m'a paru parfaitement sain.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital militaire d'Oran.

De la psorenterie cholérique,

Par M. Cazalas, médecin en chef.

(*Suite et fin. Voir le n° 37 du 26 mars.*)

Des faits et des considérations que je viens d'exposer, on peut déduire les conclusions suivantes :

1° L'éruption intestinale, telle qu'elle vient d'être décrite, est le caractère anatomique spécial de l'infection cholérique ;

2° Elle est au moins aussi constante dans le choléra que les éruptions de la variole et de la fièvre typhoïde dans ces maladies ;

3° Si des médecins ne la signalent que dans les 2/5^es^ ou la moitié des cas, c'est apparemment parce que leur investigation a été trop superficielle et nullement à cause de son absence ;

4° Elle ne se retrouve pas seulement sur les sujets cholériques, mais encore chez la plupart des individus qui, durant une épidémie de choléra, après avoir été soumis un certain temps à l'influence épidémique, ont succombé par suite de toute autre maladie ou d'un accident ;

5° Elle n'est donc pas seulement le caractère anatomique spécial du choléra, mais aussi celui de l'intoxication ou de l'infection cholérique ;

6° Chez les cholériques, elle est très-généralement, si ce n'est toujours, antérieure à l'invasion de la maladie, et l'altération des plaques de Peyer n'est pas plutôt le signe de la deuxième période, que la lésion des follicules isolés n'est celui de la première.

7° Son existence n'entraîne pas nécessairement l'invasion du choléra ; elle est le signe anatomo-pathologique de l'infection morbide, comme l'affaiblissement musculaire et du pouls, etc., est un des symptômes les plus essentiels.

8° Il est possible que le choléra se déclare chez un individu, sans éruption préalable, de même que les fièvres typhoïdes et varioleuses se montrent quelquefois sans l'éruption qui les caractérise ; mais les cas de cette nature, dans le choléra, sont au moins aussi rares que dans les deux autres maladies.

9° Tant que l'éruption est à la période de crudité, elle peut se résoudre sans arriver au ramollissement ; mais, une fois ramollis, les follicules suppurent nécessairement.

10° Elle peut parcourir toutes ses périodes jusqu'à la cicatrisation, sans invasion du choléra ; et celui-ci peut se déclarer, chez un sujet, à tous les degrés de son évolution.

11° Sa marche est généralement en rapport avec l'ancienneté de la constitution cholérique de l'atmosphère ; elle n'a aucune relation nécessaire avec les diverses phases de la maladie, et bien que tous les degrés de son évolution puissent se rencontrer à tous les temps de l'épidémie, la période de crudité domine au début, le ramollissement et la suppuration plus tard, la cicatrisation à la fin et après.

12° On découvre indistinctement le ramollissement et la suppuration chez les sujets morts en quelques heures, et la crudité chez ceux qui ont résisté plusieurs jours ou plusieurs semaines aux étreintes du mal.

13° Quelle que soit la confluence des follicules et des plaques, l'éruption intestinale ne paraît avoir aucune influence notable sur la manifestation ni sur la prédominance de tel ou tel symptôme, sur la marche ni sur la terminaison de l'affection cholérique : car on trouve fréquemment cette confluence considérable à la période de suppuration, chez des sujets morts, sans phénomènes cholériques, à la suite d'une autre maladie ou d'un accident, tandis que l'on rencontre un grand nombre de cas de choléra mortels avec une psorenterie discrète, et à la première période ou même, dit-on, sans éruption aucune.

14° L'éruption cholérique ne paraît avoir aucune influence remarquable sur les coliques, les tranchées, les crampes intestinales, la diarrhée ni les vomissements ; car elle parcourt, chez beaucoup d'individus, toutes les périodes de son évolution, sans la manifestation sensible d'aucun de ces symptômes, et les coliques, les vomissements et les selles diarrhéiques se montrent indistinctement chez les cholériques, quelles que soient la période, la confluence de l'éruption et l'ancienneté de l'épidémie ; car le choléra entraîne la mort en quelques heures, ou parcourt lentement et régulièrement ses périodes, que l'éruption soit confluente ou discrète, à la première ou à la deuxième période de son évolution ; car enfin, la mort arrive avec de la diarrhée, des coliques ou des vomissements plus ou moins intenses, que l'éruption soit discrète ou confluente, à la période de crudité ou à celle de suppuration.

15° Ce n'est pas l'éruption des follicules et des plaques qui fournit la matière des vomissements et des selles riziformes qui constituent un des symptômes les plus importants et un des phénomènes les plus curieux du choléra ; car ces vomissements et ces selles manquent quelquefois dans les cas les plus foudroyants, tandis qu'on trouve ensuite, à l'autopsie, une éruption folliculeuse confluente, et à la deuxième période de son évolution ; car les vomissements et les selles riziformes sont fréquemment très-abondants, tandis que l'éruption est discrète et à la période de crudité. Cette matière s'exhale, de la surface de la muqueuse digestive, par un mécanisme dont le procédé nous échappe. L'éruption et cette exhalation intestinales sont sans doute, l'une et l'autre, l'effet d'un effort critique de la force médicatrice de la nature, pour débarrasser l'organisme de la cause morbifique spéciale qui l'enchaîne.....

CHIMIE MÉDICALE.

De l'existence de l'ammoniaque dans les eaux, dans les plantes et dans l'atmosphère.

Résultats de plusieurs expériences chimiques de MM. VIALE, *professeur de clinique médicale; et* LATINI, *professeur de pharmacie à l'Université de Rome.*

Il semblait résulter des analyses exécutées jusqu'à ce jour, que la présence de l'ammoniaque, constante dans le règne animal, est purement accidentelle dans les végétaux. On cite, au nombre des rares substances végétales ayant fourni ce corps, les fleurs du sureau et du sorbier, d'après l'Hierne ; les graines de quelques plantes et l'écorce du malambe, d'après Vauquelin.

L'existence de l'ammoniaque dans les eaux passait également pour un fait exceptionnel ; elle n'avait été nettement constatée que dans les eaux pluviales.

Des recherches nombreuses nous ont démontré : 1° que l'ammoniaque existe dans l'atmosphère et dans les différentes eaux ; 2° que sa présence dans les plantes est aussi constante que dans les matières animales.

Toutes les eaux, toutes les plantes soumises à notre examen nous ont donné cet alcali ; nous l'avons en outre constamment retrouvé dans les feuilles, dans l'écorce et dans les racines d'un végétal quelconque.

Nous nous sommes assurés, par des expériences répétées :

1° Qu'il existe dans les plantes un sel ammoniacal ; 2° que l'acide avec lequel l'ammoniaque s'y trouve combiné est un acide organique.

Personne n'ignore que, par la distillation sèche, les substances animales fournissent de l'ammoniaque ; les substances végétales, de l'acide pyroligneux. Ces deux corps si différents, l'un électro-positif, l'autre électro-négatif, ont même été regardés comme propres à caractériser chimiquement les deux règnes.

Nous avons prouvé, par des expériences multipliées, que l'ammoniaque est un produit constant de la décomposition des matières, soit animales, soit végétales, au contact des oxydes métalliques, alcalins ou terreux ; que ce corps est toujours contenu dans l'acide pyroligneux ; que, lors de la distillation sèche des végétaux, il s'en volatilise une certaine quantité, de telle sorte que l'acide pyroligneux du commerce n'est autre chose qu'un pyrolignite acide d'ammoniaque. Nous avons cru reconnaître également que les exhalaisons qui se dégagent des substances organiques en putréfaction sont de nature ammoniacale ; qu'elles consistaient en combinaisons de matières grasses ou huileuses avec l'ammoniaque, combinaisons que l'on pourrait considérer comme des savons volatils.

Nos expériences nous montrent donc que l'azote ne saurait caractériser les substances animales au point de vue de leur com-

position élémentaire. Ce principe, commun aux deux règnes, préexisterait même dans le règne végétal; il s'y trouverait sous forme d'ammoniaque combinée avec un acide; l'alcali passerait du règne végétal au règne animal, et celui-ci le restituerait au premier, soit par les excrétions, soit par la mort.

Après avoir reconnu l'existence de sels ammoniacaux dans les deux règnes, dans les eaux de toute nature, à la surface du sol et dans l'atmosphère, on arrive à comprendre comment le gaz ammoniac, le plus léger de tous les gaz si on en excepte l'hydrogène, peut s'élever jusque dans les plus hautes régions atmosphériques, et comment il s'y trouve combiné avec le gaz acide carbonique, pour lequel il a une grande affinité.

Nous avons constaté que les sous-sels alcalins et terreux, placés dans certaines conditions, ont la propriété de dégager l'ammoniaque de sa combinaison avec les acides. Deux causes, selon nous, peuvent produire ce résultat, si elles agissent simultanément : l'action des rayons solaires sur le terrain parfaitement sec, et celle d'une pluie légère qui viendrait l'humecter pendant l'été. Sous cette double influence, l'ammoniaque se sépare des acides avec lesquels elle était combinée, et qu'elle cède aux sous-sels pour s'unir d'un côté à l'acide carbonique, de l'autre aux produits organiques existants dans le terrain lui-même. Par là s'expliqueraient peut-être ces exhalaisons si nuisibles aux plantes et surtout aux animaux, qui se dégagent avec les premières pluies de l'été, ainsi que l'absence des fièvres périodiques quand cette saison est constamment sèche ou constamment pluvieuse.

Le même effet se produit dans les eaux stagnantes, comme dans les eaux de la mer qui baignent les plages. Ces grandes masses d'eau ne seraient que des solutions de sels ammoniacaux, d'une part, de sous-sels terreux alcalins de l'autre. Or, quand le liquide augmente de température et humecte les sables brûlants du rivage, il arrive que, par l'action prépondérante des sous-sels, l'ammoniaque est dégagée de ses combinaisons avec les acides, et peut s'unir, à l'état de gaz naissant, à des substances grasses ou oléagineuses pour former avec celle-ci des savons ammoniacaux, fixes ou volatiles. Telle serait probablement l'origine de ces brouillards connus dans la campagne de Rome, sous le nom de brouillards marins (*nebbie marine*), remarquables par leur odeur infecte et par leur pernicieuse influence sur les plantes et sur les animaux. Ces exhalaisons ammoniacales ne représenteraient-elles pas, soit intégralement, soit comme élément constituant, le principe délétère des miasmes des marais?

Nous avons fait connaître les résultats que nous venons d'indiquer, avec quelques-unes de leurs conséquences, dans une brochure (1) publiée à Rome. Ces résultats, qui seront peut-être féconds en applications, sont dus à une circonstance toute fortuite. C'est en analysant les fleurs d'une plante d'Abyssinie, le kousso, qu'ils y ont été conduits. Voici les conclusions auxquelles nous ont conduits nos recherches sur cette plante :

1° Les fleurs du kousso renferment, indépendamment des matériaux propres des végétaux, un sel ammoniacal;

2° L'élément électro-négatif de ce sel est un acide organique particulier, amer, que nous appelons acide agénique;

3° Nous ne pouvons décider si la vertu que possède le kousso de détruire le ténia, appartient à cet acide seul, ou au produit ammoniacal obtenu par la distillation; mais elle réside certainement dans la combinaison de ces deux principes (agénate d'ammoniaque);

4° L'ammoniaque est un principe immédiat appartenant à toutes les plantes;

5° Elle y existe à l'état de sel, combinée à des acides minéraux et organiques;

6° Hors de ces combinaisons, elle s'unit à des huiles volatiles et fixes, et forme des savons;

7° L'odeur qui se dégage des matières en putréfaction est due, en grande partie, à l'union de cet alcali avec les huiles volatiles;

8° Cet alcali n'est pas le produit de la putréfaction, mais il lui donne naissance en se dégageant;

9° Il passe du règne végétal au règne animal et celui-ci retourne à celui-là;

10° L'acide pyroligneux contient de l'ammoniaque; c'est un pyrolignite acide d'ammoniaque;

11° Il y a de l'ammoniaque même, dans l'eau cohobée du laurier rose; car si on la traite par l'acide cyanhydrique, on obtient du cyanhydrate d'ammoniaque;

12° Les plantes, comme les substances animales, se composent de quatre éléments, oxygène, hydrogène, carbone et azote;

13° Les plantes, comme les substances animales, donnent du cyanogène par l'incinération;

14° L'ammoniaque, à l'état de sel, existe dans toutes les eaux stagnantes ou courantes;

15° On la trouve dans les eaux potables;

16° Les terreux en contiennent;

17° On la rencontre dans l'atmosphère (carbonate d'ammoniaque);

18° L'ammoniaque, unie à des substances organiques ou à des combinaisons métalloïdiques, constitue préalablement les miasmes des marais.

(1) Sulla corteccia del Malambo, e sui fiori del Cusso. — Analisi chimiche del dottor Benedetto Viale, professore primario di clinica medica, e di Vincenzo Latini, professore primario di farmaca nell' Universitia Romana. — Roma, tipografia delle Belle Arti, 1852.

CORRESPONDANCE.

Amputation de la mâchoire inférieure.

Paris, le 2 avril 1853.

A monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro d'aujourd'hui, vous avez publié une notice sur la désarticulation complète de la mâchoire inférieure, par M. Maisonneuve. L'auteur de l'article dit que jusqu'à présent les chirurgiens les plus hardis avaient reculé devant une semblable opération.

M. Maisonneuve lui-même, que j'ai eu l'honneur d'entendre, disait également, dans les remarques qu'il a faites avant d'opérer, que jusqu'ici elle n'avait jamais été pratiquée.

Ces messieurs sont dans l'erreur en ce qui concerne l'historique de cette opération. Elle a été en effet pratiquée par Grœfe, de Berlin, par M. le professeur Heyfelder, d'Erlangen, en 1845, comme il me le disait encore hier, et récemment, enfin, par le docteur Carnochan, de New-York, qui lui aussi croyait avoir été le premier à la pratiquer.

Je saisis cette occasion pour complimenter M. Maisonneuve sur l'habileté admirable qu'il a développée dans l'opération qu'il vient de pratiquer.

Recevez, monsieur le rédacteur, mes salutations empressées.

Dr D.-M. Cooper, de St-Louis (Missouri).

Hôpital Necker. — M. Nathalis Guilhot commencera sa clinique sur les maladies des enfants, le mardi 5 avril, et la continuera les mardi et vendredi. Visite à 7 h. et demi (salle des nourrices). Leçon à 9 h.

Clinique médicale de la Faculté. — M. Piorry, professeur de la Faculté de médecine, commencera son cours de clinique médicale de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 6 avril 1853, et le continuera pendant le semestre d'été les jours impairs (lundi, mercredi, vendredi) de chaque semaine.

La visite des malades aura lieu à 8 heures du matin et la leçon à 9 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui prendront un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 42. 1re année. Jeudi 7 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HOPITAL DE LA CHARITÉ. Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique, par M. CRUVEILHIER. (*Suite et fin.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.**

Paris, le 6 avril 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a eu hier la faveur d'entendre M. Chailly ; il est inutile de dire que ce remarquable académicien a obtenu son succès habituel. Les conclusions qu'il a présentées ont été, à l'unanimité, renvoyées à la commission. Il est vrai qu'elles en sont revenues à peu près aussi correctes qu'elles y étaient allées. Mais l'Académie s'est sans doute rappelé le proverbe : à l'impossible, nul n'est tenu.

La partie sérieuse de la séance a commencé avec M. Michel Lévy, qui a lu un remarquable rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1850. Nous aurons à revenir sur ce travail où se trouvent émises plusieurs considérations qui méritent d'être discutées et signalées à l'attention publique.

Après cette lecture, l'Académie a entamé la discussion sur l'intéressante communication de M. le professeur Cruveilhier. L'étendue de la remarquable allocution de M. Bouvier, que nous tenons à reproduire textuellement, nous oblige à renvoyer à un autre numéro ce que nous avons à dire sur le sujet de cette discussion.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.

Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique,

Par M. CRUVEILHIER.

(*Lu à l'Académie impériale de médecine.*)

(*Suite et fin. Voir les nos* 39, 41.)

Muscles de la face. — Le muscle orbiculaire des lèvres et le muscle de la huppe de la mâchoire sont les seuls qui aient subi l'atrophie graisseuse. Le muscle inférieur de l'orbiculaire des lèvres est encore plus complétement atrophié que le muscle supérieur. Les autres muscles de la face, et nommément le frontal, le grand zygomatique, le buccinateur, le triangulaire des lèvres, le peaucier, sont moyennement développés et sans altération ni de couleur, ni de texture.

Tous les *muscles élévateurs de la mâchoire inférieure,* temporal, masséter, ptérygoïdien interne, ont leur développement ordinaire. Le ptérygoïdien externe m'a paru relativement plus développé que les autres muscles masticateurs.

Les muscles constricteurs du pharynx sont parfaitement sains. Les muscles du voile du palais sont amaigris, un peu pâles, surtout le palato-staphylin et le muscle supérieur du pharyngo-staphylin du côté droit. Rien de remarquable au péristaphylin interne et externe.

Les muscles des régions sus et sous-hyoïdienne n'ont subi aucune atrophie remarquable. Il en est de même du peaucier.

J'ai été curieux d'examiner la langue, dont la paralysie était si complète dans les dernières années de la vie. Divisée à côté de la ligne médiane, d'avant en arrière, elle a présenté une masse adipeuse, au milieu de laquelle se voyait encore un assez grand nombre de faisceaux musculeux verticaux ; quant aux faisceaux antéro-postérieurs et transversaux, ils ont complétement subi l'atrophie graisseuse. La dissection des muscles extrinsèques de la langue m'a démontré que ces muscles étaient fasciculés, encore rouges ou rosés au voisinage de leurs insertions osseuses ; mais qu'à mesure qu'ils approchaient du noyau lingual, ils perdaient leur coloration et se transformaient en faisceaux graisseux, puis en graisse amorphe, lesquels avaient pénétré dans le noyau lingual.

Aussi, le génio-glosse, bien que considérablement amaigri, présente une disposition fasciculée très-prononcée au voisinage de l'apophyse génio-glosse, mais déjà à quelques millimètres de cette apophyse, plusieurs faisceaux sont déjà pâles et graisseux à des degrés divers. Ceux des faisceaux antérieurs de ce muscle qu'on voit à la pointe de la langue sont tous précoces dans la transformation graisseuse. Le plus grand muscle de ces faisceaux devient graisseux au moment où il atteint le noyau lingual ; cependant les autres muscles des fibres verticales conservent encore leur disposition fasciculée. Le muscle hyo-glosse, proportionnellement plus amaigri que le génio-glosse, conserve sa coloration rouge jusqu'au moment où il vient se terminer sur la partie latérale de la langue ; là il devient complétement graisseux pour se confondre avec le noyau lingual.

Les muscles du larynx sont très-pâles et amaigris ; les crico-thyroïdiens postérieurs et latéraux et le thyro-aryténoïde m'ont paru relativement plus atrophiés que le muscle aryténoïde.

Muscles de la vie organique. Quant aux muscles de la vie organique, cœur, œsophage, estomac, intestins, ils sont parfaitement sains.

Pour compléter ce qui a trait à l'atrophie du système musculeux, j'ai désiré que M. le docteur Gaillet, aidé d'autres membres de la Faculté, mes anciens internes, dont le mérite et l'exactitude consciencieuse me sont parfaitement connus, fît l'examen microscopique de ces muscles atrophiés. Il a choisi le muscle deltoïde, qui présentait en effet tous les degrés de l'atrophie. Voici la note qu'il m'a remise à ce sujet, et qui a été déjà communiquée à la Société anatomique.

Examen microscopique du muscle deltoïde droit de Lecomte, par M. Gaillet. — « Dans les parties où le muscle a conservé l'aspect rosé, on trouve les faisceaux primitifs du tissu musculaire avec leurs stries transversales assez nettes ; mais la couleur de ces faisceaux est plus pâle qu'à l'état normal, et entre les stries on voit déjà de fines granulations, les unes grises, les autres brillantes, arrondies, plus volumineuses (de $0^{mm},005$ à $0^{mm},008$ de diamètre), rappelant par leur éclat les granulations graisseuses.

« Dans les parties complétement décolorées qui à l'œil nu présentent la coloration jaune-paille, on peut encore reconnaître des cylindres allongés, représentant les faisceaux primitifs du tissu musculaire. La membrane amorphe (*sclerema*), qui enveloppe chaque faisceau primitif, est conservée, mais la substance continue à perdre l'aspect strié : elle est remplacée par une masse granuleuse uniforme présentant une foule de petits points gris (granulations moléculaires), qui, par leur petit volume, s'échappent à l'appréciation micrométrique. D'autres granulations brillantes, de nature graisseuse, sont éparses et en assez grande quantité au sein de cette masse gra-

nuleuse. Dans quelques points rares de la préparation, les cylindres présentent encore un aspect strié, mais que l'on ne peut apercevoir qu'après un examen très-attentif; car il est presque complétement obscurci par la masse granuleuse.

« L'altération ne s'arrête pas à ces cylindres granuleux qui conservent encore la forme et le volume du faisceau primitif qu'ils remplacent. On voit ces cylindres granuleux diminuer de volume, s'amincir. Les plus volumineux ont $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$ de diamètre; or, c'est à peu près le volume des faisceaux primitifs du tissu musculaire, et ce volume ne varie que dans des limites très-restreintes, comme on le sait, dans les muscles de la vie animale. Les cylindres granuleux les plus fins ont au contraire à peine $0^{mm},008$ à $0^{mm},009$ de diamètre. On voit même dans ces dernières des interruptions plus ou moins nombreuses, arrondies sur leurs limites et qui ne me semblent nullement dues au mode de préparation, car les plus volumineuses ne présentent pas ces interruptions et celles qui sont accidentelles sont beaucoup plus irrégulières. Dans ces derniers cylindres granuleux, la membrane des faisceaux primitifs du tissu musculaire a disparu, et la masse musculaire me semblait à nu dans le tissu cellulaire. Enfin, on voyait dans la préparation du tissu cellulaire fasciculé et très-abondant.

« Ainsi les faisceaux primitifs du muscle ont disparu plus ou moins complétement: dans les points les plus altérés on n'en reconnaît plus de traces. La substance striée ne disparaît pas d'emblée, elle passe d'abord à l'état de cylindre granulo-graisseux qui devient consécutivement le siége d'une absorption complète, comme le montre ce que je viens de dire : en sorte que, là où les faisceaux primitifs ont disparu, il ne reste, pour constituer ce muscle, que quelques cylindres granulo-graisseux d'un petit diamètre et de squelette celluleux du muscle. »

Ces recherches me paraissent d'autant plus importantes qu'elles établissent que l'examen microscopique démontre la présence de granules et de vésicules adipeuses, là où l'œil nu ne pouvait pas encore reconnaître l'altération de la fibre musculaire et son caractère adipeux, et constatait seulement une décoloration jaunâtre, jaune pâle ou peau de daim. C'est ce qui explique pourquoi, dans deux observations qui m'ont été remises par MM. Bouvier et Duchenne, et qui ont été recueillies à l'hôpital Beaujon, l'une dans le service de M. Grisolle, par M. Géry, l'autre dans le service de M. Legroux, il est expressément dit, qu'il y avait atrophie musculaire sans substitution d'un tissu à un autre tissu ; ce qui était en opposition avec ce que j'avais observé dans ma deuxième autopsie, celle du berger Legrand, où je vis positivement qu'un grand nombre de muscles étaient passés à l'état graisseux. Cette dissidence vient évidemment de ce que j'avais observé l'atrophie musculaire à un degré plus avancé que les observateurs dont je viens de parler.

Ainsi bien convaincu, par l'observation microscopique, que la transformation graisseuse commence là où l'œil nu ne la démontre pas encore, j'ai étudié, à l'aide d'une loupe fortement grossissante, des portions de muscles qui, à l'œil nu, me paraissaient simplement décolorées; et à mon grand étonnement, j'ai vu dans un grand nombre de points des vésicules graisseuses entourant chaque fibre musculaire ; d'abord, c'étaient des vésicules peu nombreuses, puis ces vésicules entouraient la totalité de la fibre qui devenait de moins en moins distincte et qui finissait par disparaître complétement. Après avoir isolé ainsi quelques fragments de muscles atrophiés qui, à l'œil nu, paraissaient simplement décolorés, je les ai placés sur du papier sur lequel je les ai écrasés. Ce papier ayant été desséché au poêle, il n'y est resté que des taches de graisse très-prononcées. J'ai communiqué ces observations à la Société anatomique.

Le résultat des observations microscopiques de M. le docteur Gaillet est exactement semblable à celui de M. le docteur Edward Meryon, médecin anglais, qui vient de publier dans le journal *Medico-chirurgical transactions*, 1852, pag. 72, vol. xxxv, une observation de transformation graisseuse du muscle volontaire, sous le titre suivant: *On granular and fatty degeneration of the voluntair muscles*. Ce travail est accompagné de quatre figures qui représentent la fibre musculaire dégénérée examinée au microscope. Ces figures, qui sont au nombre de quatre, représentent les degrés divers à travers lesquels passe le muscle avant d'arriver à la métamorphose graisseuse complète. Dans la première, on voit les stries transverses qui sont le caractère microscopique du muscle dans l'état sain ; dans la deuxième, les stries transverses commencent à disparaître et sont remplacées par des granules; dans la troisième et dans la quatrième, les stries transverses ont disparu et sont remplacées par des granules ou par des vésicules adipeuses.

Enfin, j'ajouterai que M. Duchenne a voulu faire examiner de son côté, au microscope, le système musculaire de notre malade, et que M. Mandl, auquel il s'est adressé, a dessiné, les pièces sous ses yeux, des figures qui sont la représentation fidèle de celles du docteur Meryon.

A mon avis, aucune preuve plus péremptoire ne peut être fournie en faveur de l'importance des observations microscopiques que cette uniformité de résultats.

Ceci posé sur l'état du système musculaire de notre malade, voyons l'état du système nerveux :

1° La masse encéphalique est dans l'état le plus normal. Elle est même remarquable par sa consistance ; son poids est de 1 kilog. 300 grammes. Il est bon de rappeler que le système artériel avait été injecté, et que l'injection des artères de la masse encéphalique avait très-bien réussi ; il faut donc retrancher quelques grammes du poids indiqué ;

2° *Moelle épinière* parfaitement saine, et de volume, et de couleur, et de consistance ; ce que j'ai examiné d'une manière plus particulière, les faisceaux antérieurs, sont dans l'état normal. Les racines postérieures des nerfs spinaux sont également dans l'état le plus complet d'intégrité ; mais les racines antérieures de ces nerfs me paraissent d'une infériorité extrêmement remarquable par rapport aux racines postérieures ; et cette infériorité est surtout énorme à la région cervicale. On sait que notre regrettable collègue Blandin avait établi entre les deux ordres de racines, dans les diverses régions du rachis, les rapports suivants : 1° au cou, les racines postérieures sont aux racines antérieures comme 2 : 1, à la région dorsale comme 1 : 1, et aux lombaires comme 1 1/2 : 1. J'ai cru devoir (*Anat. descriptive*, titre 4, p. 474) modifier ce rapport approximatif ainsi qu'il suit : à la région cervicale, le rapport entre la racine postérieure et la racine antérieure m'a paru de 3 : 1, à la région dorsale de 1 1/2 : 1, et à la région lombaire de 2 : 1. On voit que mon approximation est bien plus considérable que celle de Blandin en faveur des racines postérieures dans toutes les régions, mais surtout dans la région cervicale ; et cette prédominance des racines postérieures s'applique non-seulement au volume de l'ensemble des racines, mais encore au volume de chaque racine en particulier.

Eh bien ! dans le cas actuel, les racines antérieures n'étaient peut-être pas le quart ou le cinquième en volume des racines postérieures, aux régions lombaires ; elles n'étaient pas la dixième partie, en volume, à la région cervicale.

Après avoir constaté ce fait d'une manière générale, j'ai fait plonger pendant vingt-quatre heures la moelle épinière dans de l'acide nitrique étendu d'eau, et comme moyen de conservation et de durcissement de la moelle, et aussi pour rendre plus évidente la structure des racines, et la proportion dans ces racines de la fibre nerveuse avec leur névrilème, et voici ce que j'ai observé.

J'ai constaté de nouveau : 1° l'intégrité parfaite de la moelle épinière ; 2° l'intégrité parfaite des racines postérieures des nerfs spinaux, et dans leur volume et dans leur couleur ; 3° l'infériorité relative des racines spinales antérieures de la région cervicale, qui m'avait si vivement frappé à la première vue, avant l'immersion dans l'acide nitrique étendu, m'a paru bien plus frappante encore.

Dans plusieurs paires cervicales, ces racines sont réduites à leur névrilème, et se présentent sous l'aspect de petits filaments gris extrêmement déliés, lesquels se groupent, comme de coutume, pour traverser la dure-mère par un canal spécial, antérieur à celui des racines postérieures ; l'extrême petit faisceau qui résulte de leur groupement est également gris, et vient se réunir, comme de coutume, au gros cordon cylindrique qui sort du ganglion rachidien correspondant.

Ces filaments gris, examinés à l'aide d'une forte loupe, ne présentent aucune trace du tissu nerveux proprement dit, il n'y a là que du névrilème.

Que devient le faisceau gris formé par le groupement des racines antérieures, après sa conjugaison avec le cordon émané du ganglion des racines postérieures? Se mêle-t-il? se combine-t-il avec ce cordon nerveux? J'ai inutilement cherché à résoudre ce problème anatomique ; il ne m'a pas été possible de suivre ce tissu gras au delà de son point d'immersion ou de conjugaison.

Voici d'ailleurs quelques détails plus circonstanciés sur les racines antérieures des nerfs spinaux. Je ne puis dire en quel état se trouvait la racine antérieure de la première paire cervicale, la portion de moelle d'où elles procèdent ayant été enlevée avec le bulbe rachidien. Mais ce qui est évident, c'est que l'atrophie des racines antérieures des deuxième et troisième paires cervicales est aussi complète que possible à droite et à gauche. Tous les filets d'origine sont réduits à leur névrilème.

Les racines antérieures de la quatrième paire cervicale, droite et gauche, sont moins complétement atrophiées ; plusieurs filaments moins déliés conservent encore un peu de blancheur, preuve bien manifeste que quelques filaments principaux ont échappé à l'atrophie.

La substance nerveuse apparaît encore d'une manière non équivoque dans les racines antérieures de la cinquième paire cervicale, qui sont bien moins atrophiées que celles des sixième, septième et huitième paires de la même région. On découvre dans ces dernières, surtout à gauche, quelques filaments gris, et par conséquent réduits au névrilème, intermédiaires des filaments plus volumineux qui paraissent contenir encore de la substance nerveuse.

Il est donc évident qu'à la région cervicale il existe deux espèces

d'atrophies : une atrophie par amaigrissement ou par *macilence*, et une atrophie par disparition ou absorption complète du tissu nerveux. Il me semble que dans la région cervicale, celles des racines antérieures atrophiées qui contenaient encore de la substance nerveuse ne représentaient pas la dixième partie du volume des racines postérieures. La proportion est bien moins considérable encore quant aux racines antérieures complétement atrophiées ; car leur volume peut être considéré comme représenté par zéro, puisqu'il n'y a pas vestige de substance nerveuse.

Les racines antérieures des nerfs dorsaux et lombaires, sauf la première paire dorsale, qui partage la disposition des dernières vertèbres cervicales, et dont, par conséquent, le volume apparent n'est pas la dixième partie des racines postérieures, les racines antérieures des nerfs dorsaux et lombaires, dis-je, n'ont subi que l'atrophie par *macilence*. La fibre nerveuse elle-même paraît avoir été respectée, et le volume des racines postérieures est à celui des racines antérieures au moins comme 4 : 1, au lieu du rapport normal qui est comme 1 1/2 : 1 pour les paires dorsales, et comme 2 : 1 pour les paires lombaires.

J'ai déjà dit qu'en suivant parfaitement les racines antérieures depuis le point où elles se détachent de la moelle épinière jusqu'à leur immersion dans le gros cordon nerveux qui émane du ganglion rachidien correspondant ; mais là il est impossible de les poursuivre plus loin, il y a fusion intime ; et les cordons qui constituent le plexus brachial par la réunion, et le plexus brachial lui-même, et les branches nerveuses qui en émanent, paraissent dans l'état le plus naturel. La dissection la plus minutieuse des cordons nerveux, après immersion dans l'acide nitrique étendu, ne permet de rien découvrir d'anormal ; en sorte qu'il semblerait que l'atrophie soit limitée aux racines antérieures elles-mêmes, depuis leur origine jusqu'à leur conjugaison avec la racine postérieure.

Restait à étudier les nerfs musculaires proprement dits, ceux qui se détachent des troncs nerveux, presque toujours mixtes, qui émanent des plexus pour aller se distribuer exclusivement aux muscles. Il s'agissait de suivre ces nerfs dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes. Les nerfs émanés du cubital antérieur, qui vont se distribuer au muscle cubital antérieur et à la moitié interne du muscle fléchisseur profond des doigts, la branche musculaire terminale du nerf cubital qui va se distribuer aux muscles de l'éminence hypothénar et aux muscles inter-osseux, y compris l'adducteur du pouce, m'ont paru se prêter parfaitement à cette étude. Or, j'ai trouvé la branche musculaire du nerf cubital d'une infériorité relative beaucoup plus grande que de coutume, eu égard à la branche terminale cutanée. La proportion du névrilème, comparé à la substance nerveuse, m'a paru également beaucoup plus considérable, et c'est à peine si l'on pouvait distinguer autre chose que du névrilème dans les filets qui pénétraient les muscles inter-osseux et les muscles de l'éminence hypothénar. Je n'ai pas besoin de rappeler que les membres soumis à cet examen avaient été préalablement soumis à l'action de l'acide nitrique étendu, puis plongé dans de l'eau légèrement alcoolisée.

Mais c'est surtout à la langue, dont nous avons vu le tissu musculaire presque entièrement transformé en tissu adipeux, qu'il m'a été donné de faire ces observations de la manière la plus complète et la plus convaincante.

On sait que le nerf grand hypoglosse est essentiellement, exclusivement le nerf moteur de la langue. Malheureusement la destruction du bulbe ne me permettait plus d'étudier ses racines d'origine ; mais j'ai pu le suivre parfaitement jusque dans l'épaisseur de la langue elle-même. Or, avant l'immersion dans l'acide nitrique, ce nerf paraissait n'avoir tout au plus que le tiers du volume ordinaire, malgré l'immersion dans l'acide nitrique étendu, suivie de l'immersion dans l'eau. Le névrilème ayant été réduit à une gelée transparente, j'ai vu que la substance nerveuse proprement dite était réduite à des proportions qui ne dépassaient pas la sixième partie, peut-être même un chiffre plus inférieur encore de l'état normal. Plusieurs divisions de ce nerf étaient même réduites au névrilème, d'autres ne présentaient qu'un filament mou, très-délié, moins blanc que de coutume ; mais ce qui rendait l'atrophie du nerf grand hypoglosse plus frappante encore, c'était la comparaison de ce nerf avec le nerf lingual, qui avait conservé le volume normal, et dont les gros filets nerveux, bien blancs et bien normaux, contrastaient avec l'exiguïté du tronc et des divisions du nerf grand hypoglosse.

Tel est, messieurs, le résultat des observations que j'ai pu faire et sur le système musculaire et sur le système nerveux de Lecomte.

Avant de soumettre à l'Académie les réflexions que m'a suggérées l'étude comparative des symptômes observés au lit des malades et des lésions trouvées après la mort, je lui demanderai la permission de lui donner lecture d'une note que j'ai réclamée de l'obligeance de M. Duchenne, qui a suivi avec le plus grand zèle les diverses phases de la maladie de Lecomte auquel, comme moi, il portait le plus vif intérêt et qui, à ma prière, l'a soumis à l'électrisation presque jusqu'à ses derniers jours.

Voici cette note que je vais rapporter textuellement.

J'ai fait une première exploration électro-musculaire chez Lecomte, en février 1850, époque de son entrée à la Charité dans le service de M. Andral (salle Saint-Félix, n° 11), et j'ai constaté alors qu'à l'exception des abducteurs de l'index et du médius, les interosseux de la main droite ne répondaient plus à l'excitation électrique ; que de ce côté les muscles des éminences thénar et hypothénar se contractaient très-faiblement par cette même excitation.

Cette main était alors très-atrophiée ; elle affectait déjà la forme d'une griffe.

Dans les autres régions du corps, on constatait l'existence de tous les muscles à l'aide de l'exploration électrique, bien que ces muscles s'atrophiassent déjà, surtout ceux du membre supérieur gauche, et qu'ils fussent le siége de contractions fibrillaires presque continues.

Certains usages du pouce et de la main droite étaient seuls perdus, mais les autres mouvements s'exécutaient quoique *avec moins de force* qu'à l'état normal.

La parole était embarrassée, et cependant la langue se contractait bien par l'électricité.

L'électrisation localisée, qui avait déjà réussi et que depuis lors j'ai appliquée avec succès dans des cas analogues, a complétement échoué chez Lecomte, bien que je la lui aie appliquée régulièrement et vigoureusement pendant deux mois. Cependant il semblait avoir plus de force après chaque opération. L'électrisation n'a pas empêché, plus que les autres moyens employés après elle, l'atrophie de se généraliser.

J'ai vu s'atrophier un à un la plupart de tous ses muscles, et j'ai constaté que chacun d'eux s'est contracté, soit par la volonté, soit par l'électricité, *jusqu'à la dernière fibre musculaire*. L'absence complète de mouvement (la paralysie) n'avait lieu que *lorsqu'on ne pouvait plus constater l'existence du muscle par la contractilité électrique*.

La sensibilité de la peau, examinée dans toutes les régions du corps au moyen de l'*excitation électro-cutanée*, a été trouvée normale pendant tout le cours de la maladie, mais la *sensibilité* des muscles, c'est-à-dire la sensation qu'on produit par l'excitation du muscle, a diminué en raison directe du degré d'atrophie.

Il serait trop long d'indiquer l'époque de la *mort* de chacun des muscles de Lecomte ; je me bornerai à dire que tous les muscles de la main droite ne se contractent plus depuis trois ans au moins, que l'année suivante on ne trouvait contractivés à la main droite que les muscles de l'éminence hypothénar, où j'ai pu obtenir quelques faibles contractions jusqu'à la mort de Lecomte ; que depuis plus d'un an la langue et le deltoïde ne se contractent plus par l'électricité ; enfin que la plupart des muscles du bras, bien que très-atrophiés et évidemment malades depuis l'entrée du malade à l'hôpital (depuis le commencement de 1850), se contractèrent encore très-notablement, par l'excitation électrique, peu de jours avant la mort.

Ces derniers muscles ont été trouvés parfaitement sains ; ceux, au contraire, chez lesquels la contractilité électrique n'existait plus, avaient subi plus ou moins la transformation graisseuse.

Je terminerai cette note par quelques observations sur les muscles respirateurs de Lecomte.

M. Cruveilhier se rappelle qu'un malade, atteint d'atrophie musculaire avec transformation graisseuse, le capitaine au long cours qui avait perdu son diaphragme (c'est le premier sujet sur lequel il m'a été donné les signes du défaut d'action du diaphragme), a pu vivre un certain temps en respirant seulement avec ses intercostaux et ses respirations supérieures (les grands pectoraux, les scalènes, les grands dentelés), et qu'il est mort asphyxié à l'occasion d'une simple bronchite. Craignant pour le diaphragme de Lecomte, qui avait perdu depuis longtemps l'action de ses intercostaux, etc., j'ai eu l'idée d'exciter, avec votre approbation, de temps à autre, ce muscle par l'intermédiaire de ses phréniques, dans le but d'en entretenir la vie pendant un certain temps. Chaque fois que je pratiquais cette opération, ses côtes diaphragmatiques étaient mises en mouvement en même temps que son abdomen se soulevait. Mais depuis plusieurs mois, cette même excitation n'avait plus d'action sur ses côtes, son épigastre seul se soulevait alors. Ces phénomènes coïncidaient avec une plus grande gêne dans la respiration. J'en conclus que très-probablement son dernier muscle respirateur, le diaphragme, s'atrophiait à son tour. Dans ces derniers temps aussi, l'électrisation du diaphragme faisait un grand plaisir à Lecomte, qui respirait mieux alors et m'en témoignait sa reconnaissance par l'expression de son regard et par la contraction de son grand zygomatique, le seul qu'il pût mouvoir à la face. Eh bien, ce diagnostic s'est bientôt réalisé, puisque Lecomte est mort asphyxié et que son diaphragme a été trouvé *très-aminci* par l'atrophie, bien que la fibre musculaire ne fût pas encore altérée.

Réflexions sur l'observation précédente, et considérations générales sur la paralysie musculaire atrophique. Cette observation me paraît compléter l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique.

La première autopsie avait démontré, dans cette maladie, l'intégrité par-

faite du centre nerveux céphalo-rachidien; mais elle n'avait démontré que cela.

La deuxième autopsie avait confirmé les résultats de la première, mais elle avait en outre établi, comme cause de la paralysie du mouvement, l'atrophie musculaire dont j'avais pu constater tous les degrés, depuis le simple amaigrissement du muscle avec décoloration légère de son tissu, jusqu'à la transformation graisseuse, qui en est le dernier terme.

La troisième autopsie a confirmé le résultat des deux autres précédentes, quant à l'intégrité du centre céphalo-rachidien et quant à l'atrophie musculaire, mais elle établit, en outre, de la manière la plus positive, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, atrophie dont j'ai pu également suivre les divers degrés, depuis la simple diminution de ces racines sans altération notable du tissu, jusqu'à la réduction des racines spinales en névrilème, dernier terme de l'atrophie nerveuse.

Ainsi l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique se compose de trois éléments :

D'un premier élément, qui est négatif, c'est l'intégrité parfaite de la partie centrale du système nerveux ;

D'un deuxième élément, l'atrophie des racines antérieures, coïncidant avec l'intégrité parfaite des racines postérieures;

D'un troisième élément, l'atrophie des muscles paralysés.

Voyons si ces caractères anatomiques rendent un compte satisfaisant des symptômes observés au lit du malade.

Je l'ai déjà dit, le caractère fondamental, ou, en d'autres termes, la caractéristique clinique de cette maladie, c'est la coïncidence de la paralysie du mouvement avec l'intégrité parfaite de la sensibilité générale et spéciale, l'intégrité de l'intelligence et l'intégrité de toutes les fonctions nutritives. Aucune autre espèce de paralysie n'est plus exclusivement limitée au mouvement. Un seul système d'organes est atteint, le système musculaire, une seule fonction, la locomotion. Et s'il m'était permis de parler ici un langage figuré, mais qui rend parfaitement ma pensée, je dirais que les malheureux affectés de cette maladie parvenue à son apogée, réalisent cette fiction du Tasse qui nous représente les arbres de sa forêt enchantée, dont chacun était une créature humaine métamorphosée, sensible à tous les coups qui leur étaient portés sans pouvoir s'y soustraire, et ne pouvant exprimer leur douleur autrement que par de sourds gémissements.

Eh bien, que nous montre l'anatomie pathologique mise en regard de l'observation clinique?

A l'intégrité parfaite de l'intelligence répond l'intégrité parfaite de l'encéphale.

A l'intégrité parfaite du sentiment répond l'intégrité parfaite des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux.

A la paralysie du mouvement répondent : 1° l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux ; 2° l'atrophie musculaire.

La marche graduelle ou progressive de la paralysie du mouvement est d'ailleurs parfaitement expliquée par la marche graduelle ou progressive de l'atrophie musculaire, aussi bien que celle de l'atrophie nerveuse.

Mais quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie? Ou, en d'autres termes, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies? C'est là, je crois, le nœud de la question; je vais essayer de l'aborder.

Et d'abord, je ne pense pas qu'on puisse admettre que le fait de la coïncidence de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux soit un fait exceptionnel, par cela seul que cette coïncidence n'a pas encore été observée. Pour mon compte, je n'admets pas les faits exceptionnels dans les sciences d'observation. Le mot célèbre d'un grand philosophe, *l'exception confirme la règle*, me paraît un paradoxe insoutenable; car de deux choses l'une, ou bien les faits exceptionnels sont des faits incomplets, mal observés, ou bien ces faits sont exacts. Dans le premier cas, ce sont de mauvais faits qui n'appartiennent à aucune catégorie, et dont il faut purger la science; dans le second cas, ce sont des faits d'un autre ordre appartenant à une autre règle; ils ne sont donc pas exceptionnels.

Je passe à d'autres objections.

La coïncidence de l'atrophie musculeuse et de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux serait-elle purement fortuite? Une pareille assertion se réfute d'elle-même. Quoi! il est démontré par les expériences physiologiques les plus péremptoires, que les racines antérieures des nerfs spinaux partagent la propriété des faisceaux antérieurs ou antéro-latéraux de la moelle; que comme ces derniers elles sont exclusivement affectées au mouvement, et l'on voudrait qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence entre l'atrophie des muscles et l'atrophie des nerfs, qui en sont les seuls excitateurs! Evidemment, cela implique qu'il y a connexion, et connexion intime entre ces deux lésions : l'atrophie musculaire et l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux; et bien évidemment il ne peut exister entre elles d'autre rapport qu'un rapport de subordination. Mais de ces deux lésions, quelle est celle qui est cause ; point de départ ? Quelle est celle qui est effet? Ces deux hypothèses peuvent être soutenues : raisonnons successivement dans le sens de l'une et de l'autre.

Si nous admettons que l'atrophie musculeuse est la cause organique primitive de la maladie, il faut nécessairement admettre que l'atrophie nerveuse est un effet consécutif. Sans doute, on conçoit que de même que le système vasculaire d'un organe diminue et s'atrophie en proportion de la diminution et de l'atrophie de cet organe, le système nerveux, devenu inactif, puisse éprouver dans les mêmes circonstances une réduction proportionnelle. Ne voit-on pas, en effet, le nerf optique s'atrophier, lorsque le globe oculaire a été atteint par une maladie ou par une lésion mécanique qui l'a rendu inepte à remplir ses fonctions?

Le même phénomène devrait certainement se produire dans les nerfs du mouvement s'il existait une atrophie musculaire primitive ou idiopathique, je veux dire indépendante du système nerveux. Je suis même persuadé qu'à la suite de l'amputation d'un membre, les racines spinales antérieures et postérieures qui présidaient au mouvement et au sentiment des parties qui n'existent plus doivent présenter des atrophies correspondantes; mais, dans le cas actuel, ce qu'il faudrait prouver, c'est la préexistence de l'atrophie musculaire à la paralysie; or, la marche de la maladie établit, au contraire, de la manière la plus positive que l'affaiblissement ou la paralysie commune précède toujours l'atrophie du système musculaire.

Mais telle est quelquefois la rapidité avec laquelle l'atrophie musculaire succède à l'affaiblissement de la myotilité, qu'on serait tenté de croire que l'atrophie musculaire est la cause et la paralysie l'effet, ou tout au moins que la paralysie et l'atrophie marchent simultanément. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans aucune autre espèce de paralysie, l'atrophie n'est ni aussi prompte, ni aussi complète ; et en cela, cette paralysie se différencie parfaitement de toutes les paralysies qui ont leur point de départ au centre céphalo-rachidien. Cela est si vrai, que dans plusieurs observations que j'avais recueillies avant d'avoir constaté par l'autopsie l'atrophie du système musculaire, j'avais été tellement frappé de la rapidité insolite du développement de l'atrophie, que j'avais caractérisé cette maladie sous le titre de *paralysie musculaire avec atrophie.*

La théorie de l'atrophie primitive des racines antérieures des nerfs spinaux, ayant pour effet immédiat la paralysie primitive qui en révèle l'existence, et pour effet consécutif l'atrophie musculaire, les plus conformes à l'ordre hiérarchique des fonctions. Toute la physiologie comme toute la pathologie du système nerveux n'établissent-elles pas en effet, partout et toujours, la subordination des muscles aux nerfs qui les animent; la moindre excitation, la moindre lésion des nerfs qui président au mouvement exerçant une influence correspondante sur les muscles auxquels ils se distribuent, la section d'un nerf qui anime exclusivement un muscle ou un groupe de muscles ayant pour résultat la paralysie d'abord, puis l'atrophie rapide de ce muscle ou de ce groupe de muscles.

Et je prie qu'on ne se laisse pas préoccuper par des considérations étrangères à la question, par une apparente difficulté d'expliquer l'atrophie musculaire par l'atrophie des racines spinales antérieures, alors que des physiologistes distingués ont cru devoir adopter l'opinion que les racines postérieures des nerfs spinaux ont, exclusivement aux racines antérieures, des connexions intimes avec le travail nutritif des organes. N'oublions pas que les faits pathologiques sont souvent des expériences toutes faites sorties des mains même de la nature, et quelquefois bien autrement démonstratives que les vivisections les plus habilement instituées.

Quant à l'influence qu'exercent les nerfs musculaires, et par conséquent les racines spinales antérieures dont ils sont une provenance par le contact des muscles, elle est démontrée par tous les faits de section accidentelle des nerfs moteurs. Ainsi, rien n'égale la rapidité avec laquelle se produit l'atrophie des muscles de l'éminence hypothénar et des muscles extenseurs lorsque le nerf cubital a été coupé, celle des muscles extenseurs de la main et des doigts à la suite de la section du nerf radial, etc.

Mais le fait le plus démonstratif que j'aie vu à cet égard a été recueilli dans le service de Dupuytren, par notre collègue, M. Robin, alors interne à l'Hôtel-Dieu, et présenté à la Société anatomique. C'était un cas d'atrophie avec paralysie complète du mouvement de la moitié gauche de la langue, avec persistance du tact et de la faculté gustative du même côté. Dupuytren, au grand étonnement de ses auditeurs (c'était en 1828, je crois), diagnostiqua une compression du nerf grand hypoglosse, et, ce qui était plus surprenant encore, il diagnostiqua que cette compression était produite par un kyste acéphalocyste. Le secret de ce diagnostic, c'est que le malade était porteur de plusieurs kystes acéphalocystes, et Dupuytren n'ignorait pas que cette production organique a une grande tendance à se généraliser, au moins dans un assez grand nombre de cas. Le malade étant mort, il fut constaté que le nerf grand hypoglosse était comprimé à son passage à travers le condylien postérieur, et que la cause de cette compression était due au kyste acéphalocyste. J'ai étudié avec beaucoup de soin cette langue

dont la moitié gauche, presque entièrement graisseuse et très-mince, contrastait avec le développement considérable de la moitié droite, dont les fibres musculeuses étaient parfaitement intactes. Le nerf lingual du côté paralysé était aussi développé que le nerf lingual du côté sain; le nerf grand hypoglosse du côté paralysé, au contraire, n'avait pas le tiers du volume de celui de l'autre côté. La langue n'ayant pas été soumise à l'action de l'acide nitrique étendu, il ne m'a pas été donné de déterminer, comme dans le cas de Lecomte, le rapport qui existait entre le névrilème et la fibre nerveuse proprement dite.

Je regarde donc comme démontrée cette proposition que, dans la maladie qui nous occupe, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux est la lésion primitive, et l'atrophie musculaire la lésion consécutive, sans conclure en aucune façon que les racines antérieures contiennent, en même temps que les racines motrices, une classe particulière de nerfs que le scalpel n'a jamais démontrée, les *nerfs nutritifs*. Je me rends compte de l'atrophie musculaire d'une manière bien plus simple, en la rattachant au défaut d'action, cette grande cause de l'atrophie en général, et de l'atrophie musculaire en particulier. L'observation démontre en effet qu'à mesure que l'influx nerveux diminue dans un muscle, ce muscle s'atrophie en proportion de la diminution de son activité, et que l'atrophie devient complète, et cela très-rapidement, lorsque toute action nerveuse a cessé. Voilà pourquoi la section d'un nerf propre à un muscle ou à un groupe de muscles exerce sur la nutrition de ce muscle ou de ce groupe de muscles, comme aussi sur leur paralysie, une action bien plus complète et bien plus rapide, parce qu'elle est plus directe que les lésions, aussi profondes qu'on puisse les supposer, du centre nerveux céphalo-rachidien

Si tous les symptômes de la paralysie musculaire, progressive, atrophique, s'expliquent parfaitement par l'atrophie musculaire, envahissant successivement et graduellement les diverses fractions du système musculaire, les attaquant tantôt par régions, tantôt suivant l'ordre de leur action, ici par groupes, là un à un, faisceau par faisceau, filet par filet, tous ces symptômes s'expliquent, d'une manière bien plus satisfaisante encore, par l'atrophie des racines motrices des nerfs spinaux, présidant en quelque sorte à l'atrophie des filets musculeux. Qu'on me permette d'entrer, à cet égard, dans quelques détails.

Aussitôt que les racines antérieures des nerfs spinaux ont éprouvé le premier degré de l'atrophie, c'est l'atrophie par amaigrissement ou par macilence, les muscles qui reçoivent leurs nerfs de ces racines antérieures s'affaiblissent en proportion de l'intensité de cette atrophie; en même temps qu'elle diminue, ces muscles s'atrophient: ainsi, diminution de l'influx nerveux par l'atrophie des racines spinales antérieures, diminution de la myotilité, atrophie musculaire, tel est l'ordre de succession suivant lequel se produisent les phénomènes. Si l'atrophie nerveuse reste stationnaire, l'atrophie musculaire reste également stationnaire; à l'atrophie par macilence des nerfs répond l'atrophie par macilence des muscles correspondants. Ainsi, chez Lecomte, les racines antérieures des nerfs dorsaux et lombaires ayant seulement diminué de volume, les muscles du membre inférieur, à l'exception des muscles de la région antérieure de la jambe et des faisceaux les plus postérieurs du soléaire, les muscles des parois abdominales n'avaient pas subi d'atrophie remarquable; les muscles intercostaux eux-mêmes n'avaient pas dépassé le degré de l'atrophie par macilence, bien que les effets de leur contraction parussent complétement nuls pendant la vie du malade, tandis que les racines antérieures des parois cervicales et de la première dorsale étant le siége principal de l'atrophie, et cette atrophie étant même portée jusqu'à sa dernière limite dans un certain nombre d'entre elles, les muscles des membres supérieurs qu'elles animent étaient le siége principal de l'atrophie. J'ai donc la conviction intime que s'il était possible de déterminer, d'une manière rigoureuse, le degré relatif d'atrophie de chaque racine antérieure; de suivre ces diverses racines à travers les diverses combinaisons qu'elles subissent dans les plexus nerveux, et dans les cordons nerveux eux-mêmes jusqu'à leurs extrémités terminales, on pourrait expliquer, d'une manière rigoureuse, par les divers degrés de l'atrophie de ces racines antérieures, les divers degrés de l'atrophie du muscle.

Pour se faire une idée de la marche si irrégulière et en apparence si bizarre de la paralysie musculaire atrophique, il faut se rappeler quelques données anatomiques dont voici les principales : l'anatomie de la texture démontre, en effet : 1° que chaque nerf est un plexus; 2° que chaque filet nerveux est constitué par un nombre plus ou moins considérable de filaments d'une ténuité excessive, tous parallèles, juxtaposés, lubrifiés, parfaitement distincts et indépendants les uns des autres? 3° que chaque filament nerveux a son extrémité centrale à la moelle et son extrémité périphérique à l'organe pour lequel il est destiné; que, quelles que soient les combinaisons diverses à travers lesquelles passent ces filaments nerveux, ils se mêlent sans se confondre, et qu'ils conservent toujours la propriété qui les caractérise aussi bien que leur indépendance, de telle sorte qu'on peut considérer ces filaments nerveux comme autant de fils électriques isolés qui transmettent sur le cadran de l'extrémité terminale l'impulsion qu'ils ont reçue sur le cadran de l'extrémité centrale, et réciproquement.

Eh bien ! cette indépendance anatomique aussi bien que physiologique des filaments nerveux explique pourquoi tel groupe de muscles, tel muscle en particulier, peuvent être affectés isolément; pourquoi, dans le même muscle, on rencontre quelquefois tous les degrés de l'atrophie; pourquoi tel faisceau musculaire peut être complétement passé au gras, tandis que le faisceau voisin aura à peine éprouvé le premier degré de l'atrophie, ou même présentant son caractère normal.

Cette indépendance explique pourquoi la paralysie musculaire atrophique présente, en quelque sorte, autant de variétés que d'individus, pourquoi elle ne débute presque jamais de la même manière, jamais sous forme hémiplégique ou paraplégique, parce que cette paralysie atrophique tantôt se généralise et envahit successivement tous les muscles volontaires, tantôt se localise à un membre, à un segment de membre, aux muscles de la paume de la main, au deltoïde, aux muscles de l'épaule, aux extenseurs et aux fléchisseurs des doigts. J'ai été consulté, il y a quelques années, pour deux enfants de la même famille, chez lesquels la paralysie atrophique avait débuté par les muscles de la face. Tout récemment, j'ai été consulté par un négociant (1), très-fortement constitué, dont la paralysie atrophique est limitée à la langue; cet organe est agité de mouvements fibrillaires continuels; il me paraît rapetissé. L'articulation des sons est lente et incomplète, la déglutition difficile et exigeant, pour s'accomplir, la présence d'un bol alimentaire volumineux ou d'une certaine quantité de liquide : aussi la déglutition de la salive est-elle à peu près impossible. J'aurais cru à un commencement de paralysie générale des aliénés, si je n'avais pas eu connaissance de la paralysie musculaire atrophique.

Resterait, maintenant, une question étiologique à résoudre : quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux? Cette question serait toute résolue, si les faisceaux antérieursde la moelle étaient le siége de quelque altération, car j'ai eu occasion d'observer à la Salpêtrière plusieurs cas de paraplégie qui m'ont présenté, en même temps que l'atrophie des racines postérieures des nerfs spinaux, une dégénération grise des faisceaux postérieurs. J'ai même fait représenter plusieurs de ces cas, liv. XXXII, planche 2.

Dans le premier cas, représenté figure 3, les cordons médians et postérieurs étaient transformés en une bande grise, gris jaunâtre et induré, qui occupait toute la longueur de la moelle, laquelle était atrophiée et présentait à peu près les deux tiers de son volume ordinaire; les racines postérieures étaient tout à fait atrophiées, elles étaient transparentes, extrêmement grêles, et contrastaient avec les racines antérieures, qui avaient conservé leur volume et leur aspect naturels. L'atrophie des racines était un peu moins considérable à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire.

Dans un autre cas tout à fait semblable au précédent, les deux cordons médians et postérieurs de la moelle étant convertis en une pulpe molle, gris rosé, pénétrée de vaisseaux sanguins : cette altération était plus profonde à la partie inférieure qu'à la partie supérieure de la moelle; or, les racines postérieures des nerfs spinaux étant très-grêles, surtout en bas, je n'ai pu suivre les nerfs spinaux au delà du canal rachidien.

Dans un troisième cas de dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle, il y avait également atrophie des racines postérieures des nerfs spinaux.

Il est évident que dans ce cas l'atrophie des racines postérieures était consécutive à l'atrophie des faisceaux postérieurs de la moelle; mais dans la paralysie musculaire atrophique, nous avons vu que les cordons antérieurs de la moelle étaient parfaitement sains. Quelle est donc la cause de l'atrophie des racines antérieures dans ce cas? Ici l'observation nous abandonne. Attendons que de nouveaux faits nous permettent de résoudre ce problème, à la solution duquel se rattache probablement la thérapeutique de la maladie.

Et de même que la paralysie musculaire atrophique, partielle ou générale, inexplicable jusque-là et confondue avec la paralysie par lésion de la moelle épinière, a d'abord trouvé son interprétation dans le fait de l'atrophie progressive partielle ou générale des muscles de l'appareil de la locomotion; de même que cette atrophie musculaire progressive vient de trouver à son tour sa raison suffisante dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, espérons que cette atrophie des racines antérieures trouvera sa solution, soit par la détermination de l'origine réelle des nerfs spinaux, origine réelle qui nous est encore tout à fait inconnue, soit par la détermination de la lésion morbide de ces racines qui produit leur atrophie; car n'oublions pas que l'atrophie est une espèce morbide qui est presque toujours secondaire ou consécutive à une autre lésion.

L'observation de Lecomte, en établissant que la cause de la paralysie musculaire atrophique réside, non dans les muscles eux-mêmes, mais dans

(1) Ce malade m'a été conduit par M. le docteur Nehoux.

les racines antérieures des nerfs spinaux, indépendamment de toute lésion appréciable de la moelle, a donc introduit un fait nouveau dans la science; mais je ne me dissimule pas que la détermination de cette paralysie par l'atrophie des nerfs, substituée à l'atrophie des muscles, n'a fait que reculer la difficulté sans la détruire. Qu'est-ce à dire? qu'il faut attacher peu d'importance à ce fait? Telle n'est pas ma manière de voir. Dans les sciences d'observation, reculer la difficulté c'est un commencement de solution du problème, c'est, comme on le dit ailleurs, le dégagement d'une inconnue. Il est bien possible, d'ailleurs, que l'atrophie pure et simple des racines antérieures soit la cause organique la plus élevée à laquelle il nous soit donné d'atteindre.

Tout le reste est peut-être du ressort de l'observation clinique, qui, s'appuyant sur une bonne physiologie pathologique, pourra seule remplir les vides en nous éclairant sur les causes éloignées de cette maladie, sur sa connexion avec d'autres maladies, par exemple avec les affections rhumatismales, et poser les bases d'une bonne thérapeutique.

Il résulte d'ailleurs de l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire atrophique, que toute thérapeutique, pour être efficace, doit être appliquée à la première période de la maladie; car bien évidemment une fois que l'atrophie nerveuse, aussi bien que l'atrophie musculaire, est consommée ou même un peu avancée, aucune médication ne peut lui être applicable, car l'électricité, qui pourrait bien être le principal moyen thérapeutique de cette maladie, ne peut pas plus refaire un nerf réduit à son névrilème, qu'elle ne peut refaire un muscle complétement atrophié.

Je conclus en disant qu'il existe une espèce de paralysie du mouvement, tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Envoi d'un rapport de M. le docteur Bassereau sur les *maladies qui règnent en Moldavie*.

2° Échantillon d'une source minérale sise à Veurey (Isère).

3° Remède propre à faciliter la dentition, par M. le docteur Delabarre fils.

4° Approbation de la permutation de M. le professeur P. Dubois.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

M. Beaude réclame la priorité du mode de chauffage des eaux sulfureuses proposé par M. Boullaud d'abord et ensuite par MM. Depuysaie et Lecomte.

Vaccine.

M. le docteur Morel-Petiteau, des sables d'Olonne, adresse des détails sur les vaccinations pratiquées en 1852 dans son arrondissement.

Rétroversion utérine.

M. le docteur Priou, de Nantes, correspondant de l'Académie, adresse une note sur la rétroversion de l'utérus.

Empoisonnement par le plomb.

M. le docteur Deroche, médecin à Vitry (Seine), adresse un mémoire sur plusieurs cas d'empoisonnement par le plomb, provenant de l'usage d'une pompe qui servait à faire monter du vin et de l'emploi d'appareils à eau de Seltz. (Comm. MM. Boutron et Chevallier.)

Épidémies.

M. le docteur Pereira Reys, chirurgien de la chambre de l'empereur du Brésil, adresse un mémoire sur les épidémies du Brésil et en particulier sur la fièvre jaune qui y a régné de 1849 à 1850. (Comm. MM. Loude, Louis, Gérardin.)

NOMINATION DE COMMISSIONS.

L'Académie procède à la nomination de diverses commissions, savoir :

Commission de onze membres pour la déclaration d'une vacance dans l'Académie.

MM. Duméril, Roche, Baffos, Desportes, Amussat, Chomel, Moreau, Loude, Husard, Caventou, Guibourt.

Commission du prix Civrieux.

MM. Patissier, Requin, Velpeau, Bégin, Larrey.

Commission du prix Capuron (question d'accouchement).

P. Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux, Depaul.

Commission du prix Capuron (question des eaux minérales).

MM. Patissier, Capuron, Caventou, Henry, Bussy.

Commission du prix de l'Académie.

MM. Grisolle, Baillarger, Bouvier, Gimelle, Bouley.

Commission du prix Portal.

MM. Ferrus, Baillarger, Lévy, Bouchardat, Delafond.

Commission du prix Nadaud.

MM. Michel Lévy, Loude, Nacquart, Villermé, Chevallier.

RAPPORTS.

Appareils hygiéniques.

M. Chailly lit un rapport officiel sur des matelas, une baignoire, un brancard et un lit d'accouchements (les draps et couvertures ayant servi à étancher le malade) imaginés par le sieur Fléchelle. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en citant deux des passages les plus remarquables de cette œuvre originale, le séchage du malade. En voici le début :

« *Matelas.*

« Disons d'abord que ces matelas peuvent s'appliquer au premier lit « venu, circonstance très-importante et que, bien que le lit étant fait et « composé de ces matelas, paraisse en tout semblable aux lits ordinaires « vus extérieurement, il en diffère cependant du tout au tout quant à la « facilité et à l'*innocuité des soins* qu'exige l'état des malades. »

Voici une phrase du milieu, qui se rapporte à un lit obstétrical :

« Elle (la commission) a pensé aussi que ce lit ne pouvait être acquis « que par les grands établissements nosocomiaux, dans les maternités, « que dans la pratique civile il ne peut remplacer le premier lit venu, qui « suffit à l'accoucheur intelligent, pour toutes les nécessités de la pratique « obstétricale; soit que ce lit, fait comme pour dormir, reste libre au « milieu de la chambre, quand l'accouchement est naturel, soit dans les « cas d'opération, qu'il soit placé en travers, contre la muraille et élevé « par un matelas plié en double, les pieds de la femme reposant sur les « genoux de deux aides, assis sur des chaises de chaque côté de la pa- « tiente. »

M. Chailly conclut en proposant de déclarer que toutes les inventions de M. Fléchelle sont d'une utilité incontestable, etc.

Sur les remarques de MM. Moreau et Depaul, l'Académie, à l'unanimité, renvoie le rapport à la commission pour qu'elle ait à modifier sa conclusion relativement au lit obstétrical, et pour qu'elle déclare que ce lit n'est pas supérieur au lit dont on se sert ordinairement en pareil cas.

Avec cette modification, les conclusions du rapport sont adoptées.

Épidémies.

M. Michel Lévy lit un rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1850. Nous publierons la partie la plus importante de ce remarquable travail.

DISCUSSION SUR LA PARALYSIE ATROPHIQUE.

M. Roux présente quelques considérations sur les paralysies en général, sur les rapports des paralysies qui atteignent les muscles des mouvements volontaires et ceux des mouvements involontaires; il s'étonne que la paralysie atrophique dont M. Cruveilhier a parlé n'affecte que les premiers, et il demande si l'on a bien fait toutes les recherches nécessaires pour s'assurer que les derniers étaient parfaitement intacts.

M. Cruveilhier a été frappé de ce fait comme M. Roux; mais la réalité en est on ne peut mieux constatée, et il constitue précisément un des caractères de la forme de paralysie dont il s'agit.

M. Bouvier. Les faits et les considérations d'un haut intérêt, dont nous devons la communication à M. Cruveilhier, font faire un grand pas à l'anatomie pathologique de la maladie nouvelle, je veux dire nouvellement étudiée, que M. Aran a décrite sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et M. Thouvenel sous celui de *paralysie atrophique*.

Les faits observés par notre savant collègue, notamment celui de Lecomte, établissent le rôle important du système nerveux dans la production de l'atrophie et de la transformation graisseuse des muscles qui caractérisent cette maladie. Ils font connaître une circonstance ignorée jusqu'ici, la coïncidence de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux et des autres nerfs moteurs, avec l'altération profonde du système musculaire. C'est là une découverte qui sera certainement féconde en résultats, au point de vue de la pathologie et même de la thérapeutique de cette terrible affection.

On peut toutefois se demander si cette lésion des racines motrices est bien tout ce qui revient au système nerveux, dans l'analyse des causes organiques et fonctionnelles de l'atrophie musculaire progressive.

Pour tâcher de résoudre cette question, il faut d'abord s'entendre sur

la nature des troubles fonctionnels du système musculaire, dans l'atrophie dite *progressive* et dans les affections en apparence analogues. Il faut poser entre diverses maladies musculaires des distinctions indispensables.

Quatre phénomènes sont principalement à considérer, sous ce rapport, dans la pathologie musculaire :

1° La perte du mouvement volontaire, *paralysie du mouvement* proprement dite;

2° La perte de la contractilité musculaire, qu'on peut appeler *paralysie de l'irritabilité* (*paralysie des contractions involontaires directement provoquées*), *paralysie du mouvement inhérent à la fibre musculaire;*

3° Le défaut de nutrition, la résorption de la substance musculaire, l'atrophie, qui ne produit pas seulement une diminution de volume, mais fait perdre en outre à la fibre plusieurs de ses caractères essentiels ;

4° L'état *gros,* ou la disparition complète des fibres, et leur remplacement par de la matière graisseuse.

Chacun connaît la paralysie commune, *hémiplégie*, *paraplégie* accidentelle, état morbide symptomatique qui procède le plus souvent des centres nerveux, et n'est que l'abolition du mouvement volontaire seul, ou du mouvement et du sentiment en même temps.

Les muscles conservent, dans ce cas, la faculté de se contracter par des excitations directes; leur nutrition est peu troublée; leur substance ne perd pas ses caractères propres; en d'autres termes, des quatre phénomènes que j'ai rappelés tout à l'heure on n'observe alors que le premier : la perte du mouvement volontaire.

Sans doute, à la longue, la nutrition musculaire finit par souffrir et les muscles s'atrophient plus ou moins; mais il faut pour cela un grand nombre d'années, et bien rarement ce vice de nutrition est-il porté à ce degré où la graisse se substitue à la fibre musculaire.

La paralysie générale des aliénés appartient à cette première espèce de lésion de la motilité, en ce sens que les muscles qu'elle frappe ne sont pas non plus atteints dans leur irritabilité. MM. Brierre de Boismont et Duchenne l'ont trouvée intacte plusieurs années après l'invasion du mal, et jusqu'à la mort des sujets; ce qui se lie également à l'intégrité de la nutrition dans le système musculaire.

Au contraire, dans d'autres affections rangées parmi les paralysies, parce que leur premier caractère est aussi la perte du mouvement volontaire, l'irritabilité n'existe plus, l'atrophie suit de près la manifestation des deux autres phénomènes, et elle peut même conduire, avec le temps, à la transformation graisseuse; cette transformation, toutefois, n'est encore ici en quelque sorte qu'un accident, plutôt qu'une suite nécessaire de la maladie dans sa période extrême.

Je citerai, pour premier exemple de cette seconde espèce de perte du mouvement, la paralysie traumatique succédant aux solutions de continuité des cordons nerveux. De nombreuses expériences sur les animaux, MM. Müller et Stecker (1837), Valentin (1839), Longet (1841), Reid (1841), etc.; des observations, plus nombreuses encore chez l'homme, prouvent que les lésions traumatiques des nerfs, capables d'anéantir leur action, déterminent, outre la perte immédiate du mouvement volontaire, une prompte disposition de l'irritabilité et une atrophie rapide de la partie inférieure du nerf et des muscles qu'il animait. M. Duchenne a réuni récemment un certain nombre de faits de ce genre, et dans tous il a constaté les mêmes phénomènes, qui heureusement n'ont pas toujours été irremédiables.

Des affections locales des nerfs, à leur origine ou le long de leur trajet, peuvent agir à la manière des lésions traumatiques, et produire les mêmes effets, la paralysie du mouvement volontaire, la paralysie de l'irritabilité et l'atrophie consécutive des muscles.

Les paralysies qui succèdent aux maladies convulsives de l'enfance offrent souvent ces divers caractères. Un fait, rapporté par Lobstein, montre que la transformation graisseuse peut être bien tardive ou n'avoir jamais lieu dans ce cas. Sur un homme de 54 ans, qui, depuis 51 ans, avait le membre inférieur droit frappé de faiblesse et atrophié, cet anatomiste trouva les muscles pâles et réduits à l'état de membranes; mais ils n'étaient pas graisseux.

Les lésions des centres nerveux eux-mêmes, lorsqu'elles sont congénitales, ne sont pas seulement suivies, comme chez l'adulte, d'hémiplégie, de paraplégie ou de paralysie générale du mouvement volontaire; il en résulte encore, dans beaucoup de cas, l'arrêt de développement, l'atrophie des parties musculaires et autres, répondent aux nerfs dont l'action est anéantie, et souvent aussi la perte de l'irritabilité dans une plus ou moins grande étendue du système musculaire.

Cette différence d'effets, dans des affections de même siége, suivant l'époque de la vie à laquelle elles ont lieu, tient sans doute en partie à la différence des mêmes actes vitaux, considérés avant et après la naissance; mais elle dépend aussi de ce que les organes nerveux centraux sont bien plus profondément atteints dans ces maladies de la vie intra-utérine, que dans celles qui appartiennent à l'âge adulte. Cela montre, soit dit en passant, l'erreur du principe posé par M. Marshall-Hall, qui avance que l'irritabilité est conservée dans les paralysies de cause cérébrale, et abolie dans celles qui dépendent de la moelle épinière. Les deux circonstances se présentent dans l'un et l'autre cas; tout dépend de la profondeur, de la nature de la lésion et de l'époque à laquelle elle se manifeste.

MM. Brierre de Boismont et Duchenne ont fait connaître une paralysie générale, progressive, comme celle des aliénés, mais différente, et par ses symptômes dans l'appareil locomoteur, et par l'intégrité des fonctions cérébrales. Cette affection se rapporte tout à fait au second ordre de paralysie que je signale. Il y a encore ici, comme dans les exemples précédents, réunion de la perte du mouvement volontaire et de la paralysie de l'irritabilité musculaire, puis atrophie lente, graduelle, rarement et tardivement transformation graisseuse (d'ailleurs partielle).

Jusqu'ici, je n'ai parlé que de lésions dans lesquelles la perte du mouvement est constante, primitive, dans lesquelles l'atrophie, la transformation graisseuse sont variables et toujours consécutives. J'arrive à considérer ces derniers phénomènes en eux-mêmes, dans ce qu'ils ont d'initial et de propre, indépendamment des autres troubles fonctionnels dont je viens de m'occuper.

L'atrophie musculaire se manifeste, en effet, sans altération préalable des facultés locomotrices. C'est ce qu'on voit dans une foule de maladies chroniques des membres et même du tronc, telles que les tumeurs blanches, les luxations non réduites, les enkiloses, les suppurations étendues et prolongées, etc.; en un mot, toutes les fois que, dans une grande région du corps, l'innervation et la circulation sanguine sont, pendant longtemps, au-dessous de leur rhythme normal. Un seul ordre de muscles, un seul muscle même, peut-être atrophié par suite de ces lésions ou d'autres causes locales, n'agissent que sur ces organes, comme la contracture simple (non paralytique), l'immobilité prolongée, par exemple.

Je n'insiste pas sur ces faits; ils sont présents à l'esprit de chacun.

Les mouvements musculaires peuvent alors s'affaiblir; mais il est rare que cette faiblesse soit portée au degré de la paralysie, et celle-ci serait, dans les cas auxquels je fais allusion, évidemment consécutive.

L'atrophie peut être étendue à tout le système musculaire. C'est alors une sorte d'émaciation, de marasme *essentiel,* dans lequel les chairs, disparaissant en grande partie, laissent voir toutes les formes du squelette. Tel était le cas, cité par Lobstein, d'un jeune homme de 22 ans, mort après quelques mois de maladie dans un état d'amaigrissement effrayant, sans qu'on ait trouvé, à l'autopsie, de lésion d'aucun viscère de la poitrine, ni de l'abdomen. Tel était le cas d'un homme également réduit à l'état de squelette, qui a succombé dernièrement de la même manière dans le service de M. Vigla, à la maison de santé du faubourg Saint-Denis, et chez lequel M. Duchenne a trouvé tous les muscles doués de leur contractilité et même du mouvement volontaire.

Un défaut général d'innervation préside sans doute au développement de cet état singulier, comme l'a pensé Lobstein, qui n'hésite pas à le qualifier du nom d'*atrophie* nerveuse.

La transformation graisseuse des muscles a été observée bien des fois depuis Bonnet et Morgagni, jusqu'à nos jours. Elle a paru, dans la plupart des cas, consécutive à l'atrophie ou à la paralysie, ou à ces deux causes réunies. Des observations récentes de M. Broca tendraient pourtant à démontrer qu'elle peut aussi se développer primitivement dans les muscles, sans autre lésion antérieure.

L'étude des difformités, des contractures ou rétractions musculaires, fournit souvent l'occasion de voir des muscles à l'état graisseux. Ce serait m'écarter du sujet en discussion, que de m'étendre ici sur les résultats de nos recherches sur ce point.

Nous avons vu que la transformation graisseuse des muscles n'est, dans toutes les espèces d'abolition de la motilité dont j'ai parlé précédemment, qu'un épiphénomène, en quelque sorte, qu'un accident qui a plus ou moins de tendance à se produire, mais qui ne se lie pas nécessairement à l'essence de la maladie. Il n'en est pas de même dans l'affection dont il me reste à fixer la place dans le cadre nosologique, dans celle qui a fait l'objet du beau travail de M. Cruveilhier, dans l'atrophie musculaire progressive.

Le cachet de cette affection est tellement frappant, qu'il y a lieu de s'étonner qu'on ait tant tardé à la reconnaître et à la signaler.

La première chose qui frappe à son début, ce n'est pas la perte du mouvement, même volontaire; c'est la diminution de volume des muscles affectés, qui apparut en même temps que les frémissements ou contractions fibrillaires et les autres symptômes si bien exposés par M. Cruveilhier. Mais la contractilité est intacte, l'électrisation galvanique la met partout en jeu, le malade commande encore à ses muscles et les trouve dociles et aptes à le servir. M. Duchenne, de qui je tiens des renseignements précieux sur la marche de cette première période du mal, m'a fait voir le moule en plâtre du membre supérieur d'un homme actuellement à l'hôpital de la Charité et atteint de cette maladie. Les muscles du bras, encore peu affectés, mais déjà diminués de volume, déjà le siége de mouvements fibrillaires, conservent une force telle, que ce malade, qui était athlète de profession,

terrasserait encore son adversaire, quoique les muscles de l'avant-bras soient déjà fort atrophiés et probablement en partie à l'état graisseux.

L'atrophie simple est donc le premier symptôme de la maladie, et c'est la différence, déjà, des paralysies de toute sorte, avec lesquelles on ne peut la confondre.

A mesure que cette atrophie augmente, l'affaiblissement survient et s'accroît en raison de le réduction du muscle et du nombre de fibres déjà transformées. L'irritabilité persiste jusqu'à la dernière période du mal, jusqu'à ce que la dernière fibre ait perdu tout atôme de substance musculaire. Ce n'est aussi qu'alors qu'il y a perte absolue du mouvement volontaire, et qu'on peut dire qu'il y a *paralysie* proprement dite.

En effet, la tendance fatale de cette funeste affection ; son terme naturel, pour ainsi dire, c'est la substitution de la matière graisseuse à la substance musculaire. Cette substitution n'est plus ici un accident qui pourrait être ou ne pas être ; c'est le mal lui-même parvenu à son plus haut période.

Voilà, si je ne m'abuse, la maladie que M. Cruveilhier nous a fait connaître. Elle est, je crois, suffisamment caractérisée par ce peu de mots ; suffisamment distinguée de toutes les affections analogues, notamment de la paralysie générale progressive, de l'atrophie générale simple, qui lui ressemblent le plus, entre toutes les lésions que j'ai citées. Son caractère essentiel est la destruction graduelle de la substance musculaire, remplacée, en définitive, par un peu de matière graisseuse.

Quel nom faut-il donner à cette maladie? Les mots ont ici de l'importance, parce qu'ils doivent s'accorder avec la nature des choses. Appellera-t-on *paralysie,* par exemple, un état morbide où la perte du mouvement n'est que la conséquence tardive d'une destruction moléculaire, d'une atrophie, où, à l'inverse de ce qui se passe dans les véritables paralysies, le mouvement volontaire et l'irritabilité ne sont nullement lésés dans les premières périodes du mal? Puisque c'est la nutrition qui souffre la première, puisque la lésion de cette fonction constitue plus tard encore l'élément pathologique principal, ne vaut-il pas mieux en tirer une qualification qui donne à la maladie le rang qui lui appartient en nosologie? J'avoue que ces motifs me paraissent de quelque valeur, et que je serais très-disposé, en conséquence, à rejeter le nom de *paralysie atrophique* adopté par M. Thouvenel, et à préférer celui d'*atrophie*. L'état graisseux, qui est la fin, le dernier terme de la maladie à son état complet, pourrait fournir une épithète caractéristique, et une autre indiquerait la marche particulière de cette affection. On l'a appelée, à ce dernier point de vue, *progressive;* mais ce mot, déjà appliqué par M. Requin à la paralysie générale, peut entraîner quelque confusion et se trouverait avoir, dans les deux cas, une signification un peu différente. La marche des deux maladies est, en effet, loin d'être la même. Dans la paralysie générale, une grande étendue du système musculaire, sinon ce système tout entier, est frappée à la fois, d'abord à un faible degré, puis progressivement de plus en plus, et avec une intensité croissant dans une proportion à peu près semblable dans les muscles des mêmes régions. La marche de l'atrophie est beaucoup plus irrégulière et, en quelque sorte, capricieuse. Elle affecte les différents muscles à des époques et à des degrés très-divers, laissant des muscles presque sains à côté de muscles déjà graisseux, commençant à peine dans une région et, plus loin, ayant presque détruit toute la substance musculaire. Ne peindrait-on pas mieux son extension successive à la plupart des organes musculaires, en désignant cette lésion sous le nom d'*atrophie musculaire* (ou *névro-musculaire,* si l'on voulait exprimer aussi l'élément nerveux) *graisseuse envahissante?*

Je reviens maintenant à la question que j'avais posée d'abord. L'atrophie des nerfs moteurs, observée par M. Cruveilhier, est-elle l'expression exacte et complète de la part qui revient au système nerveux dans la production de l'altération musculaire?

Notre savant collègue a développé avec talent et sagacité le principe de la subordination des muscles au système nerveux, au point de vue pathologique comme au point de vue physiologique. Oui, je reconnais, avec mon honoré maître, que là où le système nerveux est malade en même temps que les muscles qui en dépendent, il est logique de déduire l'altération de ceux-ci de la lésion de celui-là. Mais le système nerveux commande les muscles de plusieurs manières, ou, pour parler sans métaphore, il exerce sur eux plusieurs sortes d'influences : celle qui excite leur contraction volontaire, celle qui entretient leur irritabilité, celle qui leur donne la sensibilité, celle qui concourt à leurs actes nutritifs. Laquelle de ces influences manque aux muscles dans leur atrophie graisseuse envahissante? N'est-ce pas la dernière, ou celle qui est nécessaire à la nutrition de ces organes? S'il en est ainsi, il faut bien admettre que la lésion nerveuse, qui entraîne la maladie musculaire, siége dans des parties du système nerveux desquelles dépend la nutrition des muscles.

L'observation de Lecomte tendrait à établir que ces parties sont les nerfs moteurs. Dans cette supposition, ce ne serait pas en leur qualité de nerfs du mouvement, en cessant d'exciter le mouvement volontaire d'entretenir l'irritabilité, qu'ils joueraient le premier rôle dans la manifestation de l'état pathologique des muscles, puisque le mouvement volontaire et l'irritabilité subsistent dans ceux-ci, alors que cet état s'y est déjà developpé ; ce serait, en n'agissant plus convenablement dans l'acte de la nutrition musculaire, le seul qui soit troublé dès le début.

M. Cruveilhier lui-même n'a pas dissimulé le désaccord qui existe entre cette induction pathologique et les résultats des expériences physiologiques. Ces expériences sont, à la vérité, en petit nombre ; elles ont peut-être besoin d'être confirmées par de nouveaux expérimentateurs ; je parle de celles dont on a cru pouvoir inférer que la nutrition des muscles est indépendante des nerfs moteurs, et qu'elle est uniquement sous l'empire des nerfs sensitifs ou des filets nutritifs particuliers qu'ils renferment ; expériences qui ne me semblent pas avoir été assez répétées, assez variées, assez prolongées pour faire loi en physiologie.

Néanmoins, faut-il conclure d'un seul fait pathologique, contrairement à des résultats d'expériences qui sont au moins un commencement de preuve en faveur d'une doctrine opposée? je ne le pense pas. D'autres faits me paraissent nécessaires pour prononcer ici en parfaite connaissance de cause.

Notre honorable collègue a cité un second fait relatif au nerf hypoglosse et observé par Dupuytren. Mais je soupçonne que ce cas est le même que celui qui est rapporté par M. Gendrin, à la suite de sa traduction du traité d'Abercrombie. Gendrin dit, en effet, que le malade avait d'abord dans le service de M. Dupuytren, et que d'autres, qu'il ne nomme pas, ont donné une relation inexacte du fait, qu'il a été seul à même d'exposer dans tous ses détails.

M. Bérard. C'est Montrault qui a publié cette observation : il s'agit d'une tumeur hydatique qui avait traversé le tronc condylien antérieur.

M. Bouvier. Je remercie notre honorable président du renseignement qu'il vient de me donner. Il en résulte que c'est bien, comme je l'avais présumé, le même fait que celui dont parle M. Gendrin. Or, d'après le récit de cet observateur, qui a pratiqué lui-même l'autopsie dans son service de l'hôpital Cochin, l'atrophie de la moitié gauche de la langue coïncidait avec une atrophie extrême du nerf glosso-pharyngien. L'hypoglosse était seulement un peu moins volumineux que celui du côté opposé.

Ainsi, le fait de Lecomte reste le seul jusqu'à ce moment, et quoiqu'il soit assurément d'une très-grande valeur, je crois que, jusqu'à ce que de nouvelles observations du même genre aient été recueillies, on ne peut en déduire, d'une manière *absolue*, le siége *exclusif* de la lésion nerveuse, que produit l'atrophie musculaire graisseuse envahissante, dans les racines motrices des nerfs spinaux.

On comprend, en effet, qu'indépendamment de lésion des nerfs moteurs, il a pu exister, chez Lecomte, une affection d'autres parties du système nerveux, peut-être lésées uniquement dans leur vitalité, sans altération sensible pour l'anatomiste. Et même, à supposer qu'il n'en soit rien, il serait encore possible que, dans d'autres cas, des lésions nerveuses ayant un siége différent fussent accompagnées des mêmes désordres ; car il est loin d'être démontré que la nutrition musculaire et ses aberrations s'opèrent uniquement sous l'influence de certaines portions déterminées du système nerveux, et il se pourrait que des altérations profondes, d'un point quelconque de ce système, eussent des résultats identiques par rapport aux muscles qui en dépendent.

Je résume comme il suit les considérations que je viens de présenter :

1° Les états pathologiques du système musculaire qui entraînent l'affaiblissement ou la perte des mouvements, ont pour caractère essentiel : tantôt l'abolition simple et primitive du mouvement volontaire ; tantôt l'abolition de ce mouvement et de l'irritabilité musculaire ; d'autres fois, une lésion primitive de la nutrition des muscles.

2° La maladie nouvellement étudiée par MM. Cruveilhier, Aran, Thouvenel, Duchenne, etc., consiste essentiellement en une lésion de la nutrition musculaire ; elle appartient à la classe des atrophies, plutôt qu'à celle des paralysies.

3° L'atrophie des racines motrices des nerfs, découverte par M. le professeur Cruveilhier, dans la maladie de Lecomte, a certainement joué un grand rôle dans ce fait particulier ; mais on ne peut encore affirmer qu'elle constitue, dans tous les cas, la lésion nerveuse essentielle ou unique de laquelle dérive cette redoutable affection.

La continuation de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures et demie.

M. Baillarger commencera son Cours de Clinique sur les maladies mentales, le dimanche 10 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 43. 1re année. Samedi 9 Avril 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances du 30 mars et du 6 avril de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Des douches utérines obstétricales. — **PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE** : Note sur quelques désordres remarquables de la sensibilité, par M. O. Landry. — **ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE** : Note sur le canal thoracique et la veine lymphatique droite, par MM. Boullard et Foucher. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 8 avril 1853.

Séances du 30 mars et du 6 avril de la Société de chirurgie.

(Tumeur anévrysmale? traitée et guérie par l'injection de perchlorure de fer. — Résection de l'os maxillaire supérieur. — Nouveau procédé pour l'opération de la trachéotomie. — Amputation du maxillaire supérieur, de la moitié du maxillaire inférieur et de l'os zygomatique sur le même sujet.)

L'étendue du remarquable travail présenté à l'Académie de médecine par M. le professeur Cruveilhier et le discours non moins remarquable de M. Bouvier, auquel ce travail a donné lieu, nous ont mis en retard avec la Société de chirurgie, dont les deux dernières séances ont offert plusieurs communications dignes d'intérêt. La plus curieuse de toutes est certainement celle qu'a faite, par l'intermédiaire de M. Larrey, un jeune chirurgien militaire fort distingué, M. Raoul Deslonchamps, aide-major au 9e dragons.

A peine avait-on rendu compte à l'Institut des curieuses expériences faites par M. Pravaz, en présence de M. le professeur Lallemand, que M. Deslonchamps appliquait la méthode qu'on pouvait espérer de voir naître de ces expériences.

Un jeune homme de 26 ans avait vu se développer au-dessus du sourcil gauche, à la suite d'un coup sur cette région, une tumeur pulsative, s'affaissant complétement sous la pression du doigt, faisant entendre un bruit de frémissement qu'on sentait aussi par la palpation. Après avoir fait cesser par la compression les battements de la tumeur, c'est-à-dire interrompu la communication de cette dilatation sanguine avec le reste de l'arbre artériel, M. Deslonchamps pratiqua une très-petite ponction avec le bistouri, et à l'aide d'une seringue introduisit par cette ouverture quelques gouttes de perchlorure de fer concentré. Quelques instants après, la tumeur devint dure et les battements y furent suspendus. Quelques jours plus tard, la tumeur, qui avait la grosseur d'un petit œuf de pigeon, diminua de volume, et le 20 février, seize jours après l'opération, la guérison pouvait être considérée comme complète, sans que le malade eût éprouvé d'autres accidents qu'une légère inflammation de la peau recouvrant la tumeur. Vers le milieu du mois de mars, aucune apparence de récidive n'avait eu lieu.

Des doutes ont été élevés à la Société de chirurgie, principalement par M. Robert, sur la véritable nature de la tumeur traitée par M. Deslonchamps ; M. Robert s'étant convaincu par des recherches nombreuses que presque toujours les tumeurs sanguines qui se développent à la suite de contusions, sont des tumeurs non sacciformes, c'est-à-dire non anévrysmales à proprement parler, a pensé que telle était celle dont il est question. Plusieurs membres de la Société ont émis un avis contraire et ont cité à l'appui de leur opinion des faits dont quelques-uns paraissent bien incontestables, dans lesquels de véritables anévrysmes se sont développés à la suite de contusions. La discussion sur ce point a été reprise dans la séance suivante et est restée à l'ordre du jour.

Quant à l'observation de M. Deslonchamps, de quelque nature que soit la tumeur qui en fait le sujet, cette observation n'en est pas moins des plus intéressantes, car les tumeurs érectiles ou cirsoïdes ne sont pas elles-mêmes d'une curation tellement facile, qu'un moyen qui produirait des résultats comme ceux qu'a obtenus M. Deslonchamps ne fût extrêmement précieux. C'est d'ailleurs là un fait que la Société tout entière s'est plu à reconnaître.

Ce fait, du reste, ne prouve encore rien quant aux résultats à obtenir dans le traitement des anévrysmes des gros vaisseaux, c'est-à-dire de ceux dans le traitement desquels la chirurgie est surtout embarrassée et périlleuse. On ne saurait toutefois se défendre d'un certain espoir en présence d'une guérison aussi facile et aussi complète.

La communication nouvelle de M. Lallemand et plus encore sans doute l'observation de M. Deslonchamps, ont donné lieu à de nouvelles expériences sur l'action des coagulants du sang, de la part de MM. Giraldès et Debout. Ces expériences n'ont pas encore produit des résultats définitifs, nous les ferons donc connaître plus tard. Mais on ne saurait se dissimuler qu'au point où en est la question, ce sont surtout des observations faites sur l'homme qui auront maintenant de l'intérêt.

L'excellente séance du 30 mars s'est terminée par une présentation de M. Michon, qui a vivement intéressé la Société, tant le résultat obtenu par cet habile chirurgien fait honneur à la chirurgie.

Le malade présenté par M. Michon est un homme de 51 ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 6 novembre 1852. Depuis très-longtemps, il souffrait de la mâchoire supérieure gauche ; mais, depuis deux ans, les dents étaient devenues vacillantes, étaient tombées ou avaient été arrachées sans qu'elles fussent altérées. Lors de son entrée à l'hôpital, une ulcération profonde, à bords déchiquetés et fongueux, avait détruit le rebord alvéolaire dans toute son étendue et toute son épaisseur, depuis la symphyse maxillaire jusqu'à l'apophyse ptérigoïde. En plusieurs points, l'ulcération empiétait sur la voûte palatine elle-même ; elle s'étendait, en hauteur, jusqu'à l'endroit où la muqueuse se réfléchit de la joue sur l'os maxillaire. Cette ulcération rongeante présentait l'aspect des ulcères cancroïdaux ; elle en avait suivi la marche lente, sans altérer notablement la santé générale. Une portion a été détachée sans inconvénient et sans douleur, avant l'opération ; elle a été examinée avec soin au microscope et a présenté les caractères du cancroïde épithélial. La totalité de la

partie malade, examinée également au microscope, après l'opération, a donné les mêmes résultats.

L'opération a été pratiquée le 28 novembre; elle a consisté dans la résection, et non dans l'ablation de la totalité de l'os maxillaire supérieur. Une incision légèrement curviligne, comprenant toute l'épaisseur des parties molles, a été conduite de l'arcade zygomatique (partie postérieure), exactement à la commissure des lèvres, circonstance qui a permis, après l'opération, de réunir très-exactement et sans la moindre difformité les deux lèvres. La joue, la moitié de la lèvre supérieure, ont ensuite été séparées rapidement des os. Le nez a été aussi relevé, et l'ouverture osseuse antérieure de la narine séparée des parties molles du nez. Les os ont ensuite été divisés à l'aide de la scie de M. Fd Martin. Un trait de scie s'est étendu horizontalement depuis la base de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur jusqu'à l'apophyse ptérigoïde du même côté ; rasant l'os jugal décrit, il a emporté le tiers environ et l'arcade zygomatique. Une ponction a ensuite été faite sur la partie moyenne du voile du palais, à son insertion aux os; par cette piqûre, une sonde de Belloc a été introduite, et son extrémité, dégagée par l'ouverture osseuse antérieure de la narine, a servi à ramener d'avant en arrière une scie à chaîne, au moyen de laquelle la portion gauche de la voûte palatine a été instantanément séparée de la portion droite. L'opération a été achevée en séparant avec un bistouri le voile du palais du rebord postérieur de la voûte palatine. Une petite artère palatine postérieure fournissait un jet de sang, elle a été réprimée par un bouton de feu, après quoi les parties molles ont été exactement affrontées et maintenues par sept points de suture entortillée.

La guérison n'a été entravée par aucun accident, si ce n'est un peu de délire et des hallucinations qui se sont manifestés le cinquième et le sixième jour après l'opération, mais qui ont été promptement dissipés. Il y a aussi un peu de rougeur érysipélaire de la face. La guérison était complétement achevée le 25 décembre. Le malade est resté à l'hôpital, attendant un obturateur, et pendant ce temps on a pu suivre le rétrécissement progressif de l'ouverture faite à la voûte palatine; il est même probable que ce travail salutaire de la nature n'est pas entièrement achevé.

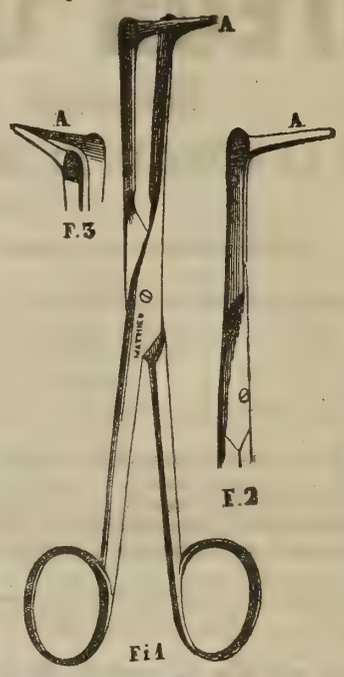
Le résultat de cette opération a paru, à juste titre, remarquable à l'auteur sous un triple point de vue :

1° La guérison sera probablement durable ; le mal a été enlevé largement, il était de nature épithéliale.

2° La résection de l'os maxillaire supérieur, lorsqu'elle est praticable, n'entraîne pas, à beaucoup près, autant de désordres que l'ablation de l'os, soit qu'on conserve la voûte palatine, comme M. Michon en a fait voir un exemple il y a quelques années à la Société, soit que, comme dans le cas actuel, on respecte le plancher de l'orbite, l'arcade zygomatique, en un mot, une partie essentielle de la charpente de la face. L'œil ni l'intégrité de la vision ne sont point compromis; et si l'opération présente des difficultés d'exécution plus grandes, elles sont largement compensées par les dangers moindres et la difformité à peine appréciable, comme on pouvait s'en convaincre chez le malade présenté.

3° Le dernier avantage est la facilité de placer un obturateur ; ce malade parle comme s'il n'avait pas subi de perte de la voûte palatine.

— La séance du 6 avril a été, sinon aussi intéressante que la précédente, du moins fort intéressante encore et surtout féconde. C'est M. Chassaignac qui l'a inaugurée, en exposant devant la Société un nouveau procédé de trachéotomie qui consiste à fixer solidement la trachée pendant toute la durée de l'opération, d'abord au moyen du ténaculum cricoïdien, implanté d'emblée à travers la peau; ensuite, quand la trachée a été ouverte, au moyen d'un dilatateur coudé, construit de manière à maintenir invariablement stable le conduit aérien, quels que soient les mouvements que celui-ci tende à exécuter. C'est par ce procédé qu'a été opérée une jeune fille présentée à la Société de chirurgie, et sur laquelle M. Chassaignac a fait remarquer l'exiguité de la cicatrice qu'on obtient en employant ce procédé opératoire. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs la figure du dilatateur, imaginé par M. Chassaignac. On en jugera facilement au premier aspect le mécanisme fort simple.



MM. Guersant, Gerdy et Giraldès ont pris la parole à l'occasion de cette présentation; M. Guersant, pour appuyer de son expérience le principe de la fixation de la trachée, dont la mobilité surtout chez les jeunes enfants est une cause de difficultés extrêmes; M. Gerdy, pour insister sur l'utilité d'une grande incision en pareil cas et sur l'importance qu'on doit mettre à prévenir l'introduction du sang dans le conduit aérien ; M. Giraldès, enfin, pour rappeler que dans l'ouvrage du chirurgien anglais Liston, se trouve décrit un procédé de fixation de la trachée au moyen d'une érigne ou ténaculum. La différence entre le procédé de Liston et celui de M. Chassaignac consisterait surtout, d'après M. Giraldès, en ce que M. Chassaignac implante le crochet avant d'inciser la peau et en ce qu'il se sert de la saillie du cartilage cricoïde pour déterminer le lieu précis d'implantation. Mais ce dernier fait est précisément le point capital du procédé de M. Chassaignac.

En résumé, il a été un peu tacitement il est vrai, mais assez généralement convenu que ce procédé apportait une amélioration très-notable à l'opération de la trachéotomie. Nous croyons que les praticiens qui n'ont pas une grande habitude des opérations apprécieront surtout cette amélioration.

— Après la discussion sur la trachéotomie, la Société a eu l'avantage d'entendre une lecture de M. le professeur Heyfelder, d'Erlangen, récemment nommé membre correspondant; nous croyons devoir reproduire *in extenso* la narration de l'opération laborieuse et hardie pratiquée par le célèbre professeur, et qui malheureusement n'a pas eu le résultat que l'habileté bien connue de M. Heyfelder permettait d'espérer. Nous laissons parler le savant correspondant de la Société de chirurgie.

Résection de l'os maxillaire supérieur et de l'os zygomatique du côté droit, et de la moitié droite de la mâchoire inférieure, faite par M. Heyfelder, professeur de la clinique chirurgicale d'Erlangen.

Adam Gerbing, âgé de 18 ans, de Sommersdorf, bien développé, quoique d'une taille peu élevée, et qui avait joui toujours d'une bonne santé, remarqua à la fin du mois de mai dernier, pour la première fois, qu'une tumeur arrondie, indolente, de la grosseur d'une noisette, se formait à la région parotidienne du côté droit.

Ayant consulté un médecin de son pays, qui le rassura complétement sur la nature de la tumeur, il ne s'en occupa guère jusqu'à la fin du mois d'août, à laquelle époque la tumeur avait acquis beaucoup de développement et commençait à devenir douloureuse, de sorte que le malade mâchait, déglutissait et parlait même avec quelque difficulté. Il avait la tête embarrassée et le sommeil agité.

Le 6 octobre 1852, le malade entra à la Clinique. Ce jour-là le pseudo-plasme s'étendait du bord inférieur de l'orbite droit jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure de ce côté, et du bord externe de la branche ascendante de la mandibule jusqu'au nez; le nez était comprimé et dévié vers le côté gauche. La peau qui recouvrait la tumeur était tendue, la disproportion

entre les deux moitiés de la figure très-prononcée, et la difformité assez considérable. La déglutition se faisait avec beaucoup de difficulté, et la prononciation était telle, que je ne comprenais pas le malade quand il me parlait. Il reste à dire que le malade ne pouvait écarter les mâchoires que d'un petit nombre de lignes, de sorte que l'examen de l'intérieur de la bouche se faisait difficilement et d'une manière insuffisante. Cependant je découvris que la tumeur avait deux parties presque de la même grandeur, dont la première s'était développée dans la mâchoire supérieure. L'une et l'autre présentèrent le même degré de développement en dehors et en dedans; de sorte que la langue était expulsée de sa position naturelle vers le côté opposé de la bouche. Ces deux moitiés du pseudo-plasme étaient complétement unies l'une à l'autre, à ce point qu'il était impossible de faire pénétrer la sonde entre elles.

La consistance de la tumeur n'était pas partout la même, on la trouvait alternativement très-dure et ramollie; sa surface était mamelonnée, les parties ramollies étaient très-sensibles et même douloureuses au toucher.

La ponction exploratrice de la tumeur prouva que celle-ci avait au centre une matière ramollie, qui, sous le microscope, fit voir beaucoup de cellules cancéreuses.

La déglutition du malade se faisait avec beaucoup de difficulté, et le malade en était réduit à se nourrir avec des boissons. Malgré cela, la santé générale était assez bonne, toutes les fonctions s'exerçant régulièrement.

Toutes ces circonstances, mais principalement le développement rapide de la tumeur et le résultat de l'examen microscopique des matières contenues au centre de cette production ne laissaient presque aucun doute sur la nature cancéreuse du pseudo-plasme, dont l'ablation complète rendait nécessaire la résection totale de l'os zygomatique, de l'os maxillaire supérieur du côté droit et de la plus grande moitié de la mandibule. Je l'effectuai de la manière suivante, le 9 octobre 1852, après avoir mis le malade dans l'anesthésie complète par les inhalations de chloroforme.

Je fis d'abord une incision qui commençait à 15 lignes de l'angle externe de l'œil droit, et longeait le bord externe de la branche ascendante et de la base de la mâchoire inférieure jusqu'au menton. Une seconde incision fut tracée du milieu de la lèvre inférieure jusqu'au menton, où elle se réunit à la première. Après avoir détaché la peau et toutes les parties molles sous-jacentes jusqu'au nez, j'avais taillé un assez grand lambeau que je renversai vers le côté opposé.

Cela fait, je pus voir l'étendue du pseudo-plasme, qui avait envahi un peu plus que la moitié droite de l'os maxillaire inférieur, l'os maxillaire supérieur droit tout entier, et l'os zygomatique du même côté. Il présentait, ainsi que j'ai déjà dit, deux parties, dont l'une inférieure appartenait à la mâchoire inférieure, tandis que l'autre tirait son origine de l'os zygomatique et de l'os maxillaire supérieur.

La résection de l'os zygomatique et de l'os maxillaire supérieur fut effectuée au niveau de l'angle externe de l'œil, et à la jonction de cet os avec l'os frontal, par la tenaille coupante de Liston, tandis que je me servis de la scie à chaînettes pour la séparation de la jonction des deux os maxillaires supérieurs.

M'étant assuré que le pseudo-plasme n'avait pas seulement envahi la mâchoire supérieure droite, mais aussi en certains points l'os maxillaire gauche, j'enlevai également cette partie de l'os, faisant agir la scie à chaînettes sur l'autre côté de la cloison nasale. Cette disjonction faite, une pression légère avec la main suffit pour enlever toute cette partie de la tumeur.

Restait encore l'ablation de la moitié droite de la mâchoire entourée du pseudo-plasme; je parvins à l'effectuer sans difficulté, après avoir scié l'os au niveau de la première dent incisive du côté gauche.

L'opération terminée et quatre artères liées, je rapprochai les bords de la plaie, que je réunis par vingt et un points de sutures et fis recouvrir d'un linge fénétré. Je fis ensuite remettre l'opéré dans son lit, et j'ordonnai des fomentations froides. Comme il demandait à boire et à manger, l'eau et le bouillon lui furent donnés à l'aide d'une seringue. Le reste de la journée et la nuit suivante se passèrent assez tranquillement; le lendemain, il prit l'eau et un consommé à l'aide d'une cuiller; le troisième jour il buvait avec une tasse.

Aucun symptôme de réaction fébrile.

Le quatrième jour, je renouvelai le pansement, j'ôtai les sutures, et je trouvai la plaie presque partout réunie. Les parties molles de la moitié droite du visage étaient peu gonflées; l'œil droit était plus proéminent que l'autre.

Le cinquième jour, l'opéré parut abattu, but et mangea peu; son pouls présentait 80 battements. Il passa la nuit suivante avec du délire et sans sommeil.

Le sixième jour, l'abattement était encore plus prononcé; pas d'appétit, point de soif, petitesse du pouls, qui était peu accéléré; excrétion des urines et des selles régulière, langue sèche; la percussion et l'auscultation ne firent découvrir, ni à présent, ni les jours suivants, rien d'anormal; la réunion de la plaie était parfaite partout.

Le malade présenta le même état pendant les onze jours qui suivirent. Dans la nuit du dix-septième au dix-huitième jour après l'opération, il fut pris tout à coup d'une grande exaltation, de sorte qu'on ne le pouvait presque pas retenir au lit. L'œil droit sortit davantage de l'orbite; sa cornée, devenue opaque, présenta une crevasse au centre. La vue était abolie. Cet état dura pendant la journée et la nuit suivante.

Le dix-neuvième jour, le malade se trouva dans un état apathique, d'où il sortait quelquefois, en poussant des cris, et en se remuant; la main gauche parut paralysée, tandis que la main droite tremblait. Décubitus sur le dos; pas de sommeil; augmentation de l'abattement.

Le vingtième jour, le pouls présenta une grande fréquence et une petitesse extrême.

Le vingt-deuxième jour, le malade présente l'état soporeux très-prononcé; il parle inintelligiblement, l'excrétion des selles et des urines se fait involontairement. Le malade mourut le vingt-septième jour après l'opération.

Autopsie après vingt-quatre heures. — Amaigrissement; cependant, les muscles sont volumineux; c'est seulement la graisse qui a diminué ou presque disparu. Le cœur est très-petit; les poumons sont refoulés dans la partie postérieure du thorax. Le poumon gauche présente beaucoup d'adhérences de nouvelle date avec la plèvre costale; à son sommet, le tissu est normal, rempli d'air, et parsemé de taches pigmenteuses; dans sa partie inférieure, il contient plusieurs abcès de la grandeur d'une fève jusqu'à celle d'une noix; ces abcès se trouvent particulièrement vers la surface du poumon.

Le poumon gauche présente le même état anormal.

Les deux plèvres contiennent 10-12 onces d'un fluide séreux, jaunâtre, mêlé avec des flocons de fibrine. Ce même fluide existe dans le péricarde. La rate présente un abcès assez volumineux qui a percé la surface supérieure de cet organe, vers le diaphragme. Le foie est sain. Il y a des signes évidents de péritonite partielle, avec exsudation d'une sérosité floconneuse dans le bassin.

L'hémisphère droit présente un grand abcès rempli de pus jaune et épais; la substance du cerveau qui entoure cet abcès est ramollie; l'orbite droit contient une tumeur cancéreuse qui entoure le nerf optique, pousse le globe en avant, et se prolonge jusque dans la cavité du crâne; les parois osseuses de l'orbite en sont atrophiées.

L'examen anatomique des pièces enlevées par l'opération fait voir l'os zygomatique et l'os maxillaire supérieur tellement changés par le pseudo-plasme, qu'il n'y a plus de trace de l'antre d'Higmor, et que l'on n'y trouve presque pas de parties osseuses. Aucune dent n'existe.

La mâchoire inférieure présente le même état, c'est-à-dire l'infiltration cancéreuse au plus haut degré. Au milieu de ce pseudo-plasme, on découvre des excavations cystiques remplies de sang ou d'une matière gélatineuse, dans laquelle l'examen microsco-

pique fait voir toutes sortes de cellules de forme spirale, de cellules granuleuses avec et sans noyaux.

L'autopsie prouve donc que l'opéré est mort de pyémie, qui ne s'est manifestée ni par des frissons, ni par des sueurs, ni par un teint ictérique, ni par la cyanose, ni par aucun autre symptôme que l'on observe ordinairement dans l'infection purulente. Cela doit étonner d'autant plus, que les dépôts de pus dans le cerveau, dans les poumons et dans la rate étaient assez considérables.

En outre, on doit bien se rappeler que la plaie des parties molles faite par l'opération avait guéri bien rapidement, on peut dire par union immédiate.

L'auscultation et la percussion, que nous avions pratiquées tous les jours, n'avaient pas éclairé le diagnostic dans ce cas, ce que j'avais déjà observé en des cas semblables, où les malades succombèrent de l'infection purulente.

Le délire dont cet individu fut pris, et l'état paralytique de sa main gauche me firent soupçonner la présence d'un abcès, d'autant plus que j'avais déjà observé des cas où la présence du pus dans le cerveau s'était manifestée par une telle série de symptômes.

— Après cette lecture, religieusement écoutée, la Société a encore entendu MM. Salneuve, Demarquay et Larrey. Nous aurons à revenir sur les communications de ces chirurgiens.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Des douches utérines obstétricales.

Les belles observations empruntées à la clinique de M. le professeur Dubois et publiées, il y a quelques semaines, dans ce journal, par M. le docteur Campbell, n'ont par tardé à porter leurs fruits. Déjà, grâce aux conseils de notre savant collaborateur, M. Depaul, un médecin distingué de province, ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Lambron vient de faire une heureuse application de ce nouveau moyen obstétrical, qui d'ailleurs a déjà réussi plusieurs autres fois entre les mains de M. Dubois, depuis la publication des articles de M. Campbell, et qui n'est pas moins remarquable par sa simplicité que par la sûreté de ses résultats. Après la curieuse observation qu'on va lire, tous les doutes seront donc levés, et les *douches obstétricales* auront définitivement pris leur place dans la pratique des accouchements. Nous ferons observer seulement que dans le cas de M. Lambron, les douches, sur l'avis de M. Depaul, ont été appliquées à la température de l'air ambiant, et qu'elles n'en ont pas moins produit leurs effets accoutumés. C'est une simplification apportée à cette méthode, déjà si simple et si facile, on serait même tenté de dire, avec M. le docteur Lambron, trop simple et trop facile. Mais nous avons hâte de laisser la parole à notre habile confrère. H. DE CASTELNAU.

Observation d'accouchement prématuré artificiel, pratiqué à la fin du huitième mois de la grossesse, au moyen des douches utérines, par le docteur E. LAMBRON, *médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteauroux.*

L'accouchement prématuré artificiel est une question qui intéresse à un trop haut point la science et l'humanité, pour que chacun ne cherche pas à y apporter le tribut de son observation. En recourant à la publicité pour un fait de ma pratique, je crois donc remplir un devoir; d'autant mieux, d'ailleurs, que le procédé du docteur Kiwisch est tout nouveau pour la France, et n'a été mis que trois fois en usage par notre illustre professeur Dubois, il y a quelques mois à peine.

La femme B...., du bourg de Bouges (Indre), est âgée de 34 ans et d'une bonne santé habituelle. Sa taille est petite, elle n'a que 1 m. 40 c.; sa conformation extérieure ne dénote aucun vice de la charpente osseuse; cependant la cambrure des reins est plus prononcée que d'habitude, de sorte que cette femme déjette en marchant le haut du corps en arrière. Elle a deux sœurs de petite taille comme elle; l'aînée, mariée, a eu deux couches heureuses, et par une troisième, a donné naissance à un enfant mal conformé, on pourrait dire monstrueux, tant il offrait d'arrêts de développement à la face et sur les quatre extrémités.

La femme B...., jusqu'à ce jour, a eu quatre enfants, dont aucun n'a pu être obtenu vivant : ils étaient bien conformés, mais très-volumineux, et les quatre couches ont été de plus en plus difficiles, à cause d'une déformation du détroit supérieur, due surtout à la saillie, chaque fois plus considérable, du promontoire sacro-vertébral. Le résumé de ces quatre couches donnera une idée des difficultés obstétricales qui ont conduit à l'accouchement prématuré artificiel que nous venons de pratiquer.

Accouchements antérieurs. — Le premier eut lieu le 12 juillet 1845. Après 15 heures de souffrances et de contractions utérines énergiques, la tête de l'enfant restant toujours au détroit supérieur et dans une position un peu inclinée, j'appliquai la branche mâle ou gauche du forceps pour la redresser, et dans l'espoir de faciliter ainsi l'engagement. J'attendis vainement 5 à 6 heures, en aidant même, par l'administration de 1 gr. 50 cent. d'ergot de seigle, les contractions qui diminuaient de nombre et d'énergie. La tête ne descendait point de manière à pouvoir exécuter son mouvement de rotation. Je m'adjoignis alors un confrère. Il fut jugé bon d'attendre encore et de donner des bains. Le travail marcha fort lentement et cependant finit par se faire seul, après une seconde nuit d'attente. L'enfant très-gros est venu mort.

Le deuxième eut lieu le 23 décembre 1846. Une sage-femme fut d'abord appelée; lassée de voir la tête de l'enfant rester au détroit supérieur, malgré les efforts de la mère, elle crut devoir opérer la version. Quand j'arrivai, le corps était à l'extérieur, et il y avait deux heures que la sage-femme tirait dessus de toutes ses forces, avec une serviette passée sur les épaules de cet enfant, pour tâcher de terminer seule l'accouchement. Malgré ces manœuvres aussi imprudentes que violentes, la tête était toujours arrêtée au détroit supérieur; avec de telles conditions, j'eus beaucoup de peine à remonter mes cuillers assez haut pour la saisir; cependant, le forceps une fois placé, il ne me fallut que des tractions modérées pour extraire l'enfant qui était mort. Je constatai alors que l'angle sacro-vertébral était plus saillant qu'à l'ordinaire, le diamètre antéro-postérieur n'avait, en effet, que 0,095 millimètres, au lieu de 0,110 à 0,115, comme à l'état normal.

Le troisième se fit le 26 décembre 1848. Après 48 heures de fortes douleurs et de puissantes contractions, aidées de bains prolongés, la tête restait toujours au détroit supérieur, en première position; les forces de la patiente s'épuisaient, le découragement s'emparait de son esprit, l'inquiétude était peinte sur le visage des parents qui l'entouraient; je ne pus attendre davantage, je fis l'application du forceps, que tous réclamaient de moi depuis longtemps. J'eus beaucoup de peine à faire descendre la tête et à terminer l'accouchement. L'enfant très-gros était mort, sa tête était déformée, comme enfoncée au niveau du pariétal gauche, non par le forceps, puisque cette partie répondait à la concavité de la cuiller, mais par l'angle sacro-vertébral sur lequel elle était restée longtemps comprimée. Je m'assurai que le diamètre antéro-postérieur avait encore diminué et ne mesurait plus que 0,090 millimètres.

Le quatrième fut le 20 août 1851. A la fin de 1850, aussitôt que je sus qu'elle était redevenue enceinte, je cherchai à diminuer le volume de l'enfant durant la gestation; je soumis la mère à un régime sévère et lui fis pratiquer une saignée presque tous les mois. (Disons tout de suite que l'enfant fut aussi gros et l'accouchement non moins difficile que les précédents.) Dans l'espérance que je pouvais avoir réussi à diminuer le volume de l'enfant, j'abandonnai le plus longtemps possible cet accouchement aux seuls efforts de la nature. Après un jour, une nuit et un jour d'attente, quoique les eaux fussent écoulées depuis assez longtemps et le col bien dilaté comme dans les autres couches, la tête restait toujours arrêtée au détroit supérieur. La patiente, qui alors avait beaucoup perdu de ses forces, fut prise de violentes attaques de nerfs; il y eût eu imprudence à retarder davantage. J'appliquai le forceps, mais je fus plus d'une heure avant de réussir à terminer l'accouchement, il me fallut employer des efforts inouïs et aplatir la tête en serrant mon forceps outre mesure. Est-il nécessaire de dire que l'enfant était mort? La saillie sacro-vertébrale s'était encore accrue d'un demi-centimètre, le diamètre antéro-postérieur n'avait plus que 0,085 millimètres. Les suites de couches, qui jusque-là avaient été très-heureuses, furent cette fois compliquées d'un abcès du ligament large gauche; le pus suivit heureusement le ligament rond, ce qui me permit de lui donner issue à l'extérieur. La malade fut plus de trois mois à se rétablir.

Dernière grossesse. — Enfin, la femme B... devint enceinte, pour la cinquième fois, dans les premiers jours de juin de l'année dernière (1852). Il me parut démontré qu'avec un bassin aussi vicié, des enfants constamment aussi volumineux, des difficultés si grandes pour faire traverser le détroit supérieur à la tête de l'enfant, et surtout en pensant à la gravité des

dernières suites de couche, qui avaient mis cette femme à deux doigts du tombeau, il me parut démontré, dis-je, que, pour soustraire ma cliente à une mort presque certaine, je ne devais pas hésiter à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, d'autant plus, d'ailleurs, que nous pouvions concevoir la douce espérance d'avoir ainsi un enfant vivant.

Consultation. — Je ne voulus pas cependant prendre seul ce parti grave. J'adressai alors cette femme à mon ancien maître et savant ami le docteur Depaul (membre de l'Académie de médecine), en le priant de l'examiner avec tout le soin et le savoir éminent qui le distinguent, me conformant par avance au parti qu'il croirait préférable de suivre. Je fus d'autant plus heureux de trouver son avis complétement conforme au mien, que son approbation me sera toujours précieuse, et que, déjà très-peiné de me voir encore chargé d'un semblable accouchement, je n'eusse pu me défendre de vives inquiétudes s'il m'eût conseillé de laisser venir la grossesse à terme.

Choix du mode opératoire. — Dans le cas d'affirmation, je lui demandai aussi à quel moyen il donnait la préférence :

1° Du tamponnement;

2° De la dilatation du col par l'éponge préparée;

3° Du décollement des membranes à l'aide du doigt ou de la sonde du docteur Rodenberg.

4° De la rupture des membranes vis-à-vis l'ouverture de la matrice, de manière à permettre un écoulement rapide des eaux, ou à une certaine hauteur, avec la sonde à dard de Kopkins, de manière à ne permettre qu'un écoulement lent du liquide amniotique;

5° Des injections utérines du docteur Kiwisch.

M. Depaul me conseilla de recourir d'abord à ce dernier procédé, puis à l'éponge préparée, si celui-ci ne réussissait pas. Il fut convenu aussi qu'en raison du rétrécissement du bassin (il avait constaté que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait que 0, 080 millimètres), l'accouchement serait pratiqué à la fin du huitième mois. Le 5 février, je cherchai donc à provoquer l'accouchement à l'aide d'injections d'eau froide, dirigées sur le col même de la matrice.

Disposition et application des douches. — Un seau fut suspendu au plafond ; d'une ouverture de deux centimètres de diamètre pratiquée sur son fond, descendait un tuyau en cuir que j'avais terminé par un ajutage en bois, disposé de manière à former à peu près un angle droit avec ce tayau. Cet embout était percé d'un trou unique, qui laissait sortir un jet de deux lignes de diamètre. La femme fut placée sur un lit garni de toile cirée, qui servait à empêcher les draps et les vêtements d'être mouillés, et à écouler l'eau dans un vase disposé à cet effet à côté du lit. Le seau se trouvait élevé d'environ six pieds au-dessus du lit, de sorte que j'avais ainsi un écoulement assez fort.

Samedi, à 2 heures, après m'être assuré par le toucher de l'état du col, dont les lèvres étaient courtes, larges, molles et l'ouverture assez dilatée pour permettre facilement l'introduction du bout du doigt, je fis une première injection de dix minutes de durée, dirigeant le jet tantôt sur les lèvres, tantôt sur l'ouverture même du col utérin. La femme ne ressentit aucune douleur, seulement, le froid de l'eau lui causa des horripilations qui cessèrent presque aussitôt l'injection finie. Je la fis lever et asseoir auprès du feu, puis j'entourai son bassin et ses jambes de linges chauds.

Deux heures après, à 4 heures, je procédai de même. La sensation produite par l'eau froide fut moins forte, cependant, pour ce premier jour, je crus devoir ne faire que ces deux tentatives. Dans la nuit, la patiente ressentit quelques coliques légères.

Le lendemain dimanche, comme le temps était beaucoup plus froid, il me sembla prudent de dégourdir l'eau avec un peu d'eau chaude. Je fis la troisième injection vers 10 heures du matin, elle dura 12 minutes; la quatrième à midi, je lui donnai 15 minutes de durée; quelques coliques se montrèrent de nouveau ; je fis cependant, à 2 heures, une cinquième injection de 15 minutes ; vers 5 heures, les contractions utérines étaient tout à fait déclarées, elles se montraient seulement de loin en loin.

Phases de l'accouchement. — A minuit, le travail de l'accouchement était en pleine activité ; à 2 heures, la poche des eaux était entièrement formée, je ne voulus pas la percer, afin de la laisser amincir et dilater le plus possible les parties qu'elle comprimait, et il me sembla bien constater alors que l'enfant se présentait par la tête. Je crus pouvoir quitter la patiente pour quelques instants ; je n'étais pas sorti depuis un quart d'heure, que la sage-femme, que j'avais laissée auprès d'elle, envoya en toute hâte après moi, en me faisant dire que les eaux venaient de s'écouler, et qu'avec elles le corps de l'enfant était sorti au dehors. Je revins sans retard, et trouvai en effet l'enfant sorti jusqu'aux épaules. Il était beaucoup agité, m'a-t-on dit; ses jambes étaient déployées, et on l'avait ondoyé en m'attendant ; mais à mon arrivée il ne remuait plus et les battements du cœur étaient même à peine perceptibles ; je dégageai les deux bras, puis je tirai sur les épaules, en cherchant à rapprocher du cou le menton qui était accroché au-dessus de la symphyse sacro-iliaque droite. La résistance était énorme, et, par un contre-temps fâcheux, le cordon était plusieurs fois enroulé autour du cou de l'enfant. J'eus donc recours aussitôt au forceps, et selon les préceptes de l'art, j'appliquai d'abord la branche mâle ou gauche ; mais je ne pus parvenir à placer la branche droite. Je retirai alors celle posée qui naturellement me prenait de l'espace, et j'essayai d'appliquer la branche à mortaise la première. J'eus de grandes difficultés : cette cuiller ne pouvait passer dans l'angle aigu formé par l'os iliaque et la saillie du sacrum, au niveau de la symphyse de ces deux os ; enfin je parvins à l'introduire en la ramenant fortement en avant, malgré la présence de l'enfant dans le petit bassin et dans la vulve ; je donnai cette branche à tenir à la sage-femme déjà chargée du corps de l'enfant, puis je revins à la branche gauche ; celle-ci était à peine mise en place que la sage-femme, fortement embarrassée, avait laissé glisser la branche que je lui avais confiée. Il me fallut donc recommencer de nouveau cette difficile application : j'y parvins cependant ; puis il me suffit de deux ou trois tractions pour terminer l'accouchement. Mais, pendant toutes ces manœuvres, j'avais perdu beaucoup de temps (près de 20 minutes) ; l'enfant avait été asphyxié par la compression, sans doute, du cordon enroulé autour du cou, et à ma vive contrariété, nous ne pûmes le faire revenir à la vie.

La délivrance et les suites de couches furent des plus heureuses; il n'y eut pas la plus petite déchirure aux parties molles ; l'accouchée eut une fièvre légère durant les quatre premiers jours. Je lui fis faire des injections émollientes et poser des cataplasmes sur le ventre ; elle prit des aliments dès le cinquième jour, et ne se leva que le dixième, par respect pour ma défense.

Déduction. — Cette femme n'a jamais eu une couche si peu longue, si peu douloureuse et dont elle se soit si vite rétablie.

Je crus bien constater une présentation de la tête, aussi ai-je été fort surpris en voyant que l'enfant était venu par les fesses. Mais plein du souvenir des autres accouchements, où l'enfant s'était toujours présenté par l'extrémité céphalique en première position, peut-être n'ai-je pas donné à mon examen toute l'exactitude voulue ; il pourrait toutefois s'être fait là une version spontanée, comme c'est arrivé dans une des observations de M. Dubois, et comme cet éminent professeur l'a plusieurs fois constaté dans les accouchements prématurés artificiels.

Si nous avons eu un enfant mort, il me semble démontré que la cause ne peut en être attribuée au mode d'accouchement mis en usage, mais aux difformités qui ont apporté tant de lenteur et de difficultés dans l'application du forceps; d'ailleurs, bien d'autres enfants sont venus ainsi morts chez des femmes même bien conformées, lorsqu'ils se présentaient par l'extrémité pelvienne et avec enroulement du cordon autour du cou. Il y a même lieu de croire que si cette femme redevenait enceinte, les difficultés offertes par son bassin vicié étant mieux connues, on pourrait amener un enfant vivant. Ce premier essai dans la pratique civile des douches utérines, pour provoquer l'accouchement prématuré, me paraît donc avoir eu, comme à la clinique de l'École, d'heureux résultats.

J'avoue que par sa simplicité, la rapidité de son action et son innocuité sur la mère et sur l'enfant, ce procédé a fait mon admiration. Je ne doute pas que les observations subséquentes ne le fassent bientôt préférer à tous les autres; car, par son action douce et incapable de léser le plus faible organe, il n'a pas besoin d'une main bien expérimentée. Si je disais même toute ma pensée, j'exprimerais la crainte que son emploi ne se généralisât trop et ne devînt populaire et criminel.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Note sur quelques désordres remarquables de la sensibilité.

Par M. O. Landry, *interne des hôpitaux.*

J'ai publié il y a quelques mois les résultats des recherches auxquelles je me suis livré sur le *sens composé* que l'on a nommé *sens du toucher* (1). Les propositions qui y sont contenues ont dû soulever bien des doutes et même des négations, malgré le soin que j'ai pris de les entourer des preuves les moins contestables. Cependant, les faits nouveaux dont j'ai été témoin depuis la publication de ce travail et les réflexions que

(1) Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles ; *Arch. génér. de méd.*, juillet et septembre 1852.

j'ai pu faire, loin d'affaiblir ma conviction, lui donnent chaque jour plus de force. Mais, s'il est des conclusions posées dans ce mémoire sur lesquelles toute contestation devient impossible, je suis prêt à convenir que quelques-unes ne sont pas suffisamment appuyées pour échapper à la critique et je considère comme un devoir de recueillir et de faire connaître tous les documents propres à en démontrer l'exactitude.

Les deux observations suivantes, dont je retranche les détails inutiles à mon sujet, paraîtront, je l'espère, avoir quelque valeur de cette nature.

1re *Observation.* — M. X...., âgé de 46 ans, marchand de draps, demeurant rue Villejust, n° 34, commune de Passy, est traité par M. Robert pour des accidents de paraplégie portant presque exclusivement sur la sensibilité.

Outre des engourdissements et des tiraillements pénibles, le malade se plaint de ne sentir ni le froid ni le chaud en aucun point du membre inférieur droit. S'il entre dans un bain, dit-il, chaud ou froid, il ne sent rien, absolument rien : seulement, en agitant la jambe, il éprouve une résistance qui lui indique qu'il est dans l'eau ; mais quand il la laisse immobile, il ne pourrait dire dans quel milieu il se trouve, s'il ne le savait déjà. Sur ces indications fournies spontanément par M. X...., dont l'intelligence est fort nette, je le soumets à diverses investigations dans le but d'en vérifier l'exactitude.

Je touche au hasard plusieurs points du membre inférieur droit avec un vase plein d'eau froide à environ 4 degrés au-dessus de 0 ou avec une éponge imbibée du même liquide : le malade sent fort bien cet attouchement, mais il est incapable de juger si le corps mis en contact avec sa peau est froid ou chaud. Je le touche ensuite avec un vase plein d'eau chaude à environ 45 degrés, ou avec une éponge imbibée du même liquide : exactement les mêmes résultats ; il perçoit le contact et non la température. J'essaie alors de renouveler ces expériences avec un vase plein d'eau à environ 100 degrés centigrades au-dessus de 0. D'abord il ne sent absolument qu'un attouchement ; mais après moins de 8 ou 10 secondes, il retire brusquement la jambe, disant que je viens de le brûler : or, il *affirme* qu'il n'a pas senti la chaleur de cette eau presque bouillante, qui cependant a développé chez lui l'espèce de douleur caractéristique de la brûlure.

Comme je l'ai dit plus haut, lorsqu'il est dans un bain, il lui est impossible d'apprécier la nature du milieu dans lequel il se trouve autrement que par la résistance que le liquide oppose à ses mouvements. Si je le touche avec une éponge trempée dans l'eau froide ou chaude, il ignore si elle est humide ou sèche, et quand je la promène en frottant la peau de la cuisse, il prétend que je le frotte avec un corps lisse, mais ne perçoit nullement l'humidité de l'eau qui l'imbibe.

Le malade sent bien les attouchements, quoiqu'un peu obscurément : le plus léger contact avec la pulpe du doigt ou la barbe d'une plume attire son attention.

La peau est insensible à la douleur. On peut la pincer et la piquer sans y déterminer d'autre sensation que celle d'une pression plus ou moins forte. On sait déjà que la brûlure n'est pas plus appréciée par cette membrane, puisqu'il s'écoule un certain temps entre l'instant où elle entre en contact avec le corps et celui où la douleur est perçue. Une épingle enfoncée profondément dans la peau, de manière à traverser toute son épaisseur, occasionne, à mesure qu'elle pénètre davantage, la sensation habituelle de piqûre.

Ce fait est remarquable à plus d'un titre. J'ai souvent observé la conservation des sensations de température, malgré l'abolition de toute autre sensibilité cutanée ; j'ai vu deux fois ces mêmes sensations notablement exaltées dans des points où les contacts et la douleur n'étaient que faiblement perçus ; jamais je n'avais vu se perdre le sentiment du froid et du chaud dans des parties de l'enveloppe cutanée sur lesquelles celui du contact et de la douleur restait normal. Voilà pourtant un fait de ce genre, nettement accusé, que le malade signale de lui-même comme symptôme prédominant de son affection. Il ne sent ni le chaud, ni le froid : cependant, à un peu d'obtusion près, le sentiment des contacts persiste. Celui de la douleur est, à la vérité, fort altéré et même tout à fait éteint dans les couches superficielles du derme ; mais j'ai cité bien des cas où, malgré l'analgésie la plus profonde et la plus complète, les malades apprécient parfaitement les températures. Cela est même la règle ; le contraire c'est l'exception. Il reste donc ce fait très-remarquable de la suppression absolue des sensations de chaud et de froid coïncidant avec l'intégrité des sensations de contact. D'autre part, les cas auxquels je fais allusion, dans la quatrième catégorie des observations contenues dans mon mémoire, sont des exemples fort nombreux où l'insensibilité totale aux contacts et à la douleur n'empêchait pas de percevoir la température.

Ainsi, je ne crois plus le doute permis à ce sujet : « *Les sensations de température sont essentiellement distinctes et indépendantes des sensations de tact et de douleur,* » car :

1° Les sensations de température peuvent être altérées, celles de tact et de douleur restant normales ;

2° Les sensations de tact et de douleur peuvent être altérées, celles de température restant normales ;

3° Les sensations de température et de douleur peuvent être altérées à la fois et dans le même point, suivant un mode absolument opposé ;

4° Les sensations de température et de contact peuvent être altérées à la fois et dans le même point, suivant un mode absolument opposé.

Mais le fait que je viens de rapporter présente encore une autre signification non moins remarquable. Par l'analyse philosophique des phénomènes tactiles, je me suis trouvé conduit à réduire les sensations dites tactiles à quatre, *primitives* ou *essentielles,* qui suffisent, par leurs combinaisons entre elles et par les opérations de l'intelligence sur ces diverses perceptions, à fournir toutes les notions que nous acquérons au moyen du toucher. Ces sensations sont celles de contact, de douleur, de température et d'activité musculaire. J'ai refusé formellement le titre de sensation à la plupart de ces notions fournies par le toucher ; qui, bien manifestement, résultent des appréciations que porte le jugement sur certaines perceptions isolées ou simultanées. Ainsi, j'ai nié qu'il existât une sensation de la forme, du volume, de l'humidité, de la sécheresse, etc...., comme l'ont admis tous les physiologistes et M. Gerdy en particulier. L'observation précédente est une heureuse confirmation de cette manière de voir, en ce qui concerne la notion de l'humidité.

Au moyen d'expériences faciles à répéter, je crois avoir démontré que l'idée d'humidité ou de sécheresse ne s'acquiert pas par une perception simple, mais est un résultat d'opérations intellectuelles, comme je viens de le dire. Le jugement apprécie certaines combinaisons de sensations tactiles comme il apprécie certains effets de lumière, certains sons qui, par l'intermédiaire de la vue et de l'ouïe, peuvent aussi donner naissance à la notion d'humidité. Mais, pas plus que l'œil ou l'oreille, les organes du toucher ne *perçoivent* cette propriété des corps. Pour moi, cette espèce de notion dérive de plusieurs sensations simultanées : 1° une sensation de température ; 2° une association de deux autres sensations, l'une de contact, l'autre d'activité musculaire (celle de résistance), dont la combinaison fournit l'idée de glissement qui naît lorsque l'on promène le doigt sur une surface lisse, polie ou humide, ou dans un milieu liquide.

Or, chez mon malade, nous trouvons, en quelque sorte, anatomisé ce mécanisme que je signale. La sensation de contact persiste : aussi sent-il bien qu'on fait *glisser* sur sa peau une surface *lisse, polie,* lorsqu'on l'effleure avec un corps mouillé ; dans le bain, il apprécie la *résistance* de l'eau et seulement de la résistance, comme il en éprouverait par l'effet de tout obstable physique ; mais, dans ces deux circonstances, il lui est impossible de déterminer si le corps qui le touche est humide ou non, car la troisième sensation, indispensable pour acquérir cette idée, la sensation de température manque absolument. C'est la contre-épreuve des expériences auxquelles je viens de faire allusion. Alors, en effet, en supprimant le secours de toute autre sensation, on constate qu'il est impossible d'apprécier l'humidité par le simple attouchement.

Ainsi, d'une part, l'absence de la sensation de glissement que l'on éprouve en parcourant avec la pulpe du doigt une surface mouillée, ne permet plus d'apprécier l'humidité ; d'autre part, voilà un fait où, avec la suppression des perceptions de froid et de chaud, coïncide la même impossibilité d'appréciation, de quelque façon qu'on varie les attouchements. La notion complexe de glissement et la sensation de température sont donc

également indispensables pour acquérir l'idée de l'humidité, qui, par conséquent, n'est pas une sensation *simple,* mais, au contraire, est un phénomène tactile fort composé, nécessitant l'intervention d'une appréciation intellectuelle.

Enfin, de cette première observation, il résulte encore qu'il ne faut pas confondre, comme je l'ai fait remarquer, la sensation *douloureuse* de brûlure avec la sensation spéciale de température ; car ce malade percevait très-bien la première, au moins profondément, quoiqu'il n'eût pas conscience de la seconde.

2e *Observation.* — Un homme de 26 ans entre dans le service de M. Huguier, le 31 décembre 1852. Peu d'heures auparavant, il avait fait une chute d'un lieu élevé et dans laquelle la région vertébrale dorso-lombaire avait porté. On le releva paraplégique. A son entrée à l'hôpital, tout mouvement était impossible, même au plus faible degré, dans les membres inférieurs, et tout sentiment y paraissait éteint ; il y avait rétention des urines et des matières fécales. Le malade mourut le 7 février, et à l'autopsie on trouva les 10e, 11e et 12e vertèbres dorsales fracturées et une altération profonde de la moelle un peu au-dessus de son extrémité inférieure. Les détails de cette observation, lus par M. Huguier à la Société de chirurgie, devant être publiés avec les comptes rendus de cette Société, je me bornerai à signaler les particularités qui se rapportent au sujet de cette Note et que j'ai moi-même recueillies.

3 *janvier.* Dans les deux membres inférieurs, jusqu'au tiers supérieur des cuisses, les contacts, les piqûres d'épingles superficielles ou profondes, les pincements avec le tranchant des ongles, les brûlures, les températures ne sont nullement appréciés par le malade, quelque insistance qu'on y mette ; à partir du tiers supérieur de la cuisse, toutes ces sensations sont conservées, quoique obtuses.

L'insensibilité des jambes est telle, qu'en y enfonçant une aiguille à acupuncture et en la mettant en contact avec un appareil électrique de Breton frères, le malade n'éprouve aucune douleur, aucune sensation locale. Mais il dit qu'il sent remuer ses orteils et ses pieds, et indique effectivement la direction des mouvements que les contractions des muscles de la jambe leur impriment sous l'influence de l'électricité. Craignant quelque erreur de sa part ou de la mienne, je lui fis alors tenir les yeux fermés et je renouvelai fréquemment le même essai, toujours avec le même résultat. Le malade ne sentait aucune douleur de cuisson, de piqûre ou de crampes dans les muscles traversés par les aiguilles et convulsés, mais chaque mouvement du pied ou des orteils était fort bien apprécié par lui et il en désignait très-précisément la direction et l'énergie. J'essayai aussi de mouvoir son pied ou sa jambe, sans remuer la cuisse ; il ne sentait nullement le contact de la main qui les faisait mouvoir, mais jugeait exactement le mouvement imprimé.

La contractilité musculaire paraissait normale : de faibles doses d'électricité la développaient. Cependant il fallait porter la force de l'appareil plus loin pour déterminer des mouvements dans les membres inférieurs, ainsi que dans les supérieurs, ce que j'attribuai à l'embonpoint du malade.

11 *janvier.* Même état de la paraplégie ; mais le malade n'apprécie plus aucun des mouvements que j'imprime à la jambe ou au pied. La contractilité électro-musculaire est sensiblement affaiblie. Je ne puis le mettre en jeu en agissant sur la peau au moyen d'éponges mouillées, que je porte les conducteurs sur les masses musculaires ou sur le trajet connu du cordon nerveux. Avec les aiguilles, en les enfonçant dans les muscles ou au voisinage des cordons nerveux, l'effet est le même, c'est-à-dire proportionnellement très-faible. J'obtiens seulement des contractions fibrillaires assez énergiques, mais incapables de mouvoir le membre ou ses segments.

7 *février.* L'électricité, même au moyen de l'acuponcture appliquée dans les masses musculaires ou sur les cordons nerveux, n'entraîne que de faibles contractions fibrillaires, appréciables seulement par les petites oscillations des aiguilles implantées dans les muscles, quelle que soit d'ailleurs l'intensité du courant.

La sensation d'activité musculaire a été considérée par M. Gerdy comme sensation spéciale et propre au tissu contractile lui-même. Mais cette manière de voir, imparfaitement formulée et privée de l'appui d'une démonstration matérielle, n'a pu prendre rang dans la science. Cependant, quelques faits dont j'ai été témoin en démontrent l'incontestable exactitude. Dans le mémoire que j'ai cité plus haut, j'ai rapporté trois observations où se trouve profondément altérée et même supprimée la perception des actions musculaires : depuis, un quatrième exemple s'est ajouté aux précédents. Or, chez trois de ces malades les sensations de contact, de température et de douleur restaient à peu près normales. J'ai fait mention aussi d'une hémiplégique qui, n'appréciant ni les contacts, ni la douleur, ni les températures superficiellement ou profondément, *sentait* très-bien remuer ses doigts et avait conscience de la direction et de l'énergie de ces mouvements. J'ai parlé encore de particularités semblables chez une femme de 30 ans présentant une contracture permanente avec anesthésie du membre supérieur gauche. Mais jamais je n'avais rencontré cette remarquable coïncidence aussi nettement prononcée que chez le malade de l'observation précédente. L'intelligence était très-saine ; l'absence de toute douleur lui permettait de juger ses sensations avec une entière liberté d'esprit : or, quoiqu'il ne sentît ni les attouchements, ni les douleurs, ni les températures à la surface de la peau ou dans la profondeur des tissus, dès que ses orteils ou ses pieds entraient en mouvements par les contractions que l'électricité imprimait aux muscles de la jambe, immédiatement et les yeux fermés, il accusait ces mouvements, leur direction et leur énergie. Ici donc, c'était bien une sensation dans le muscle, c'est-à-dire une perception des modifications imprimées aux extrémités nerveuses par la contraction de la fibre musculaire ; et de toute évidence, l'idée du mouvement n'était pas, comme le pense Muller, une simple « notion de la quantité d'action nerveuse que le cerveau est appelé à mettre en jeu, » puisque la volution restait passive. En outre, cette sensation d'activité musculaire qui fournit l'idée du poids, de la résistance, et concourt à donner celle de la forme, du volume, etc...., était bien complétement séparée des autres sensations tactiles qui étaient absolument abolies.

Ainsi, la sensation d'activité musculaire est réellement propre au muscle et essentiellement différente de celles de contact, de douleur et de température ; car :

1° Elle peut être supprimée, ces dernières restant normales ;

2° Elle peut persister malgré l'abolition des perceptions du contact, de la douleur et de la température.

M. Duchenne (de Boulogne) paraît localiser dans les os cette sensation particulière qui donne la notion des mouvements et de leur direction. Pour lui, elle siégerait sur les surfaces articulaires. Cette manière de voir n'est pas dénuée de tout fondement et l'on comprend, en effet, que ces surfaces puissent apprécier leurs déplacements réciproques. Mais il est dans l'économie plusieurs organes dont les mouvements sont parfaitement perçus par le *sensorium,* bien qu'aucune articulation ne fasse partie de leur mécanisme ; exemple : la langue, dont les actions si précises sont si complétement soumises au contrôle de la volonté ; les sphincters de l'anus, de la vessie, les muscles périnéaux, etc.... Dans toutes ces parties, il devient évident que la sensation, fournissant l'idée des mouvements, de leur direction, de leur énergie, du poids, de la résistance, etc...., doit être rapportée aux muscles seuls. Or, ce qui est vrai pour quelques organes ne saurait être mis en doute pour le reste de l'économie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Note sur le canal thoracique et la veine lymphatique droite.

Par MM. Boullard et Foucher.

Le dernier concours pour le prosectorat de la Faculté de médecine a donné lieu, comme la plupart de ses prédécesseurs, à des préparations anatomiques remarquables dont quelques-unes ont mis en lumière quelques points encore douteux d'anatomie. Telles sont celles de MM. Boullard et Foucher sur le canal thoracique et la veine lymphatique droite. Les anatomistes et même les médecins liront donc avec intérêt la Note suivante que ces deux habiles compétiteurs ont bien voulu rédiger pour nous.

Sur vingt-quatre sujets, nous avons étudié la disposition du canal thoracique ; ce sont les principaux résultats de cette étude que nous avons indiqués dans les propositions suivantes :

1° L'étude du canal thoracique, comme celle des vaisseaux lymphatiques, ne peut être faite sans injections préalables. Ces injections doivent être très-pénétrantes. Les injections grossières, avec le suif ou la cire, donnent une idée *incomplète* du canal lui-même, et ne peuvent servir non-seulement à faire reconnaître, mais même à faire soupçonner les origines et les variétés de ce canal, et sont tout à fait insuffisantes lorsque les recherches portent sur la veine lymphatique droite.

2° Nous avons essayé et varié, avec beaucoup de soin, les injections avec les vernis et l'essence de térébentine; elles nous ont parfois donné des résultats assez jolis, mais toujours incomplets.

3° Restent les injections d'eau et de mercure; toutes deux nous ont paru également favorables. La première, employée sous la forme préconisée par les belles et infatigables recherches de M. Lacauchie, l'hydrotomie, a toujours, sous nos yeux, été vraiment admirable pour la précision, pour la netteté. Par ce procédé, tous les détails sont rapidement et clairement exposés, mais ils disparaissent avec la même rapidité; en sorte que ce mode d'injection n'est réellement bon que pour l'observation immédiate, instantanée. Les injections mercurielles permettent d'étudier le canal dans tous ses détails; on en connaît les inconvénients; l'un d'eux se trouve même exagéré, en raison du volume, de la longueur du canal thoracique, qui admet une colonne mercurielle beaucoup plus haute, beaucoup plus forte.

4° Sans énumérer les variétés du canal thoracique, sans entrer dans des détails que nous réservons pour un travail plus étendu que ne le comportent les limites d'une simple note, nous pouvons dire que le réservoir ou citerne de Pecquet, si l'on entend par là un renflement, une dilatation ampullaire, n'existe que très-rarement; nous ne l'avons rencontré que deux fois.

5° En général, trois, quelquefois cinq ou même six gros troncs viennent s'aboucher entre eux, au niveau de la première ou de la deuxième vertèbre lombaire, derrière l'aorte. Cet abouchement a lieu quelquefois à angle aigu; dans d'autres cas, on voit deux troncs marcher parallèlement de chaque côté de la colonne vertébrale, dans une hauteur variable, avant de se réunir, en s'anastomosant de distance en distance par des branches transversales. Souvent le tronc unique ne dépasse pas le volume de l'un des rameaux d'origine; parfois il présente un léger renflement, dont le diamètre est en tous cas inférieur à celui des troncs afférents réunis; parfois enfin, ceux-ci et le canal lui-même présentent en ce point de nombreuses flexuosités.

6° A ce confluent succède le canal thoracique proprement dit, très-légèrement flexueux, beaucoup plus chez le vieillard que chez l'adulte et le jeune sujet. Dans le trajet qu'il parcourt, depuis l'orifice diaphragmatique jusqu'à son embouchure, il reçoit constamment les vaisseaux afférents des ganglions intercostaux; il est enlacé à diverses hauteurs par des réseaux, des espèces de plexus de vaisseaux lymphatiques, parfois remplacés par des ganglions; réseaux dans lesquels le tronc principal semble, au premier abord, se perdre complétement, mais qu'il traverse sans prendre part à leur formation. Une seule fois nous avons vu le tronc du canal thoracique disparaître en se ramifiant et donnant naissance à un de ces réseaux de la partie supérieure duquel partait un tronc unique qui continuait le canal lui-même. Dans trois autres circonstances, il y avait deux canaux thoraciques qui se réunissaient seulement derrière la crosse de l'aorte.

7° Quel que soit le nombre des afférents, le canal diminue toujours de calibre pendant les deux premiers tiers; dans le reste de son étendue il augmente d'une façon très-notable.

8° La terminaison la plus constante est celle qui a lieu par un abouchement unique dans la veine sous-clavière gauche, immédiatement en arrière de la veine jugulaire interne. Trois fois nous avons vu le canal se bifurquer peu avant son embouchure; deux fois il se terminait par trois branches et une fois par six. Dans les cinq premiers cas ces branches aboutissaient isolément dans la veine sous-clavière gauche, et à très-peu de distance les unes des autres; dans le sixième, deux branches allaient se jeter dans la veine sous-clavière, deux dans la jugulaire interne, une dans la jugulaire externe, et une dans la vertébrale, du côté gauche.

9° L'embouchure du canal thoracique ne présente pas à beaucoup près, dans tous les cas, un renflement ampulliforme; et il résulte de nos recherches sur les lymphatiques du cou et de l'aisselle, que ce renflement, quand il existe, n'appartient pas plus au canal thoracique qu'aux troncs lymphatiques formés par les vaisseaux efférents des ganglions cervicaux ou axillaires. Nous ne l'avons en effet rencontré que dans le cas où ces troncs venaient se jeter dans la veine sous-clavière conjointement avec le canal thoracique; il est pour nous l'exact représentant de cet autre renflement, aussi peu constant que lui, que l'on rencontre du côté droit, et auquel on a cru devoir donner le nom de veine lymphatique droite; si bien qu'on pourrait au même titre l'appeler veine lymphatique gauche.

10° Il résulte implicitement de ce qui précède, que l'existence de la veine lymphatique droite est loin d'être constante. Lorsqu'on la rencontre elle est toujours très-courte, et mesure à peine 7 millimètres; c'est plutôt un confluent auquel viennent aboutir les vaisseaux lymphatiques du col et de l'aisselle du côté droit, ainsi que ceux du cœur, du lobe supérieur du poumon droit, et les vaisseaux efférents des ganglions intercostaux supérieurs du même côté.

11° Notre étude n'a porté que cinq fois sur les vaisseaux lymphatiques du cou et de l'aisselle, et le résultat de notre observation confirme le parallèle que nous établissons entre la veine lymphatique droite et le renflement supérieur du canal thoracique ou veine lymphatique gauche. Trois fois nous avons observé, à droite et à gauche, la disposition décrite par les auteurs comme normale : à droite, un confluent commun ou veine lymphatique droite; à gauche, les vaisseaux lymphatiques du cou et ceux de l'aisselle venant se réunir au canal thoracique, qui présente un renflement. Dans les deux autres cas, une fois il y avait de chaque côté trois troncs distincts s'ouvrant isolément dans la veine sous-clavière; une autre fois, les vaisseaux lymphatiques de l'aisselle allaient à droite et à gauche se jeter dans la veine axillaire.

12° A propos des vaisseaux lymphatiques du cou, nous avons à faire remarquer qu'ils sont très-petits, qu'ils traversent de nombreux ganglions, et que ceux-ci ne sont pas, comme on l'indique généralement, sur la veine jugulaire interne, mais plutôt au-dessous, ou mieux en arrière et en dehors.

13° Enfin, l'un de nous (M. Boullard), ayant porté son attention sur la disposition des valvules du canal thoracique, a constaté l'existence de plusieurs valvules au niveau de l'embouchure de ce vaisseau. Ces valvules, parfaitement circulaires, et affectant cette disposition que l'on a comparée, à juste titre, à celle que présente la membrane hymen, sont très-rapprochées les unes des autres : elles ne sont pas placées dans le même plan, en sorte que les divers orifices dont elles sont percées au centre ne se correspondent point. Derrière ces valvules circulaires, il en existe quelques autres assez rapprochées, et en forme de demi-lune. A 6 centimètres environ de l'embouchure, les valvules deviennent très-rares, et disparaissent même tout à fait, 1 centimètre plus loin, en sorte que le canal, dans sa portion verticale comprise entre le point où il croise l'aorte et le niveau de son origine, n'en présente qu'une ou deux. Elles reparaissent de nouveau, et en assez grand nombre, au-dessous du confluent.

14° Nous dirons enfin, pour terminer, que nos recherches ne nous ont fait rencontrer aucune de ces communications insolites entre les systèmes lymphatique et veineux, qui ont été indiqués à diverses reprises.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le concours pour l'agrégation en médecine s'est terminé aujourd'hui. Le dénouement, qui était connu depuis deux ou trois jours, a eu lieu immédiatement après la dernière argumentation. Les cinq candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre où nous les plaçons : 1° M. Aran; 2° M. Bouchut; 3° M. Lassègue; 4° M. Delpech; 5° M. Gubler.

Toutes ces nominations sont généralement considérés comme justes et bien méritées, et elles ont d'ailleurs eu lieu à une grande majorité. Néanmoins, plusieurs des candidats dont les noms n'ont pu surgir de l'urne, se sont distingués dans leurs épreuves, et nous avons, en particulier, entendu partout exprimer le regret que le jury n'ait pu trouver une place pour M. Léger.

— Depuis qu'à la *Gazette des Hôpitaux* la rédaction anonyme a remplacé la rédaction signée, cette feuille est devenue d'une force merveilleuse sur le diagnostic, le pronostic, et sur une foule de choses. Si c'est l'impénétrable *secrétaire de la rédaction* qui épanche dans les colonnes de l'estimable feuille de tels trésors de science, il a bien tort de ne pas se faire connaître; c'est une belle renommée qu'il sacrifie : c'est vraiment trop d'abnégation! Voici un échantillon de cette science, aussi soudaine qu'imprévue et miraculeuse :

« Depuis les premiers jours du mois de janvier, nous avons suivi avec soin les phases diverses de cette épidémie; nous avons noté ses progrès, la physionomie particulière qu'elle a revêtue, les anomalies qu'elle a présentées; » — (qui se doutait que le perspicace rédacteur anonyme eût noté tout cela!) — « nous en avons prévu l'accroissement et prédit, avec une exactitude *pour ainsi dire* MATHÉMATIQUE, » — (pour ainsi dire! quelle modestie; il n'y a que les grands talents pour pousser la modestie à ce point) — « la décroissance et le déclin. Nous pouvons aujourd'hui en annoncer la fin! » — Quel prophète que ce rédacteur anonyme, et que tous nos médecins de la ville et des hôpitaux doivent se sentir humiliés en le lisant, eux qui n'ont rien su prédire du tout! Cette prophétie, cependant, est un peu moins surprenante qu'elle ne le paraît au premier abord, car l'habile observateur ajoute naïvement : « Nous pouvons aujourd'hui en annoncer la fin. Paris est rentré dans son état normal sous ce rapport. » — Sous quel rapport? Sous le rapport de la fin? Suivent une foule de considérations non moins profondes les unes que les autres, et que termine dignement la péroraison suivante : — « La chaleur humide que nous éprouvons depuis quelques jours n'a pas été moins favorable au déclin de l'affection typhoïde que les chaleurs sèches qui ont précédé. » — Voilà une épidémie qui a un bon caractère! le sec et l'humide l'accommodent également. Sans l'autorité du savant épidémiologue, je serais tenté de croire qu'elle se serait également bien arrangée du froid. Mais l'épidémiologue ne le voulant pas, il n'y a plus rien à dire; il n'y a qu'à écouter : — « La saison qui avance nous garantit contre le froid, et, à moins » — qu'il ne fasse pas chaud — « de variations *que rien ne fait prévoir*, » — On voit que l'astrologie n'est pas moins familière à notre auteur que l'épidémiologie, — « nous pouvons affirmer, *sans crainte de nous tromper*, » (que s'il ne fait pas froid il fera chaud) — « que l'influence épidémique a complétement disparu. » Amen. Respirons un peu; c'est ce qu'on a de mieux à faire après une telle tirade.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 44. 1re année. Mardi 12 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HOPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par le Dr Racle. — HÔPITAL CIVIL DE STRASBOURG. Observation de gastrostomie, par M. C. Sédillot. — **PATHOLOGIE COMPARÉE** : Cas effrayant d'hydrophobie chez un cheval en Irlande. — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Rédigées par le Dr RACLE, *chef de clinique de la Faculté.*

Depuis longtemps il n'a pas été publié à Paris un ensemble de leçons sur les maladies du cœur. Le succès qu'ont eu il y a quelques années celles de M. Gendrin est un sûr garant de l'accueil favorable qui sera fait à celles que nous publions aujourd'hui. M. Bouillaud a résumé avec le talent qu'on lui connaît les connaissances cliniques actuelles sur des affections aussi graves que fréquentes. Nous croyons donc répondre à un besoin généralement senti en mettant sous les yeux de nos lecteurs les rédactions qu'a bien voulu nous communiquer M. Racle, ancien interne fort distingué des hôpitaux, aujourd'hui chef de clinique de M. Bouillaud.

Remarques sommaires sur la physiologie du cœur. — Pour bien comprendre la pathologie du cœur, il faut avoir une idée très-exacte de l'anatomie et de la physiologie de cet organe, dont les fonctions sont tout à fait mécaniques. Nous ne rappellerons ni sa conformation ni sa structure qui sont trop connues, mais nous nous occuperons sommairement du mode d'action de ses diverses parties et des causes des bruits qui se produisent pendant ses mouvements.

Le cœur est un véritable instrument de physique. Sa structure est celle d'une pompe aspirante et foulante, et l'observation des mouvements qui s'y exécutent confirme les idées que fait naître sa conformation anatomique.

Une pompe aspirante et foulante se compose d'un *corps de pompe*, communiquant par des *orifices*, avec un *réservoir* et un *espace* où doit être projeté le liquide, et les orifices sont munis de *soupapes*. On trouve dans le cœur toutes ces conditions. Le corps de pompe est formé principalement par la masse ventriculaire, mais à la différence des pompes ordinaires, ce corps est double. Le réservoir est constitué par le système veineux général et pulmonaire ; l'espace à remplir c'est le système des artères aorte et pulmonaire; les orifices sont les orifices auriculo-ventriculaires et ventriculo-artériels que nous connaissons ; les soupapes, les valvules de ces orifices, lesquelles, par leur direction même, marquent la direction que le sang doit suivre dans les cavités. Comment fonctionnent ces diverses parties ?

Mouvement du cœur. — Si l'on ouvre la poitrine d'un animal vivant, et qu'on observe le cœur, on reconnaît qu'il est animé de deux mouvements alternatifs distincts, séparés par un court repos et suivis d'un repos plus prolongé. Pendant ces mouvements, on voit le cœur s'allonger et se resserrer, la pointe se redresser et se porter en avant, puis l'organe reprendre son volume primitif et se reposer ; puis la série des mêmes mouvements recommence ; on peut désigner cet ensemble de phénomènes successifs sous le nom de révolution du cœur. Le mouvement de resserrement constitue la *systole*, celui de dilatation la *diastole* de l'organe. Étudions avec soin chacun d'eux et attachons-nous à en préciser le *rhythme*, c'est-à-dire le mode de succession. Nous nous occuperons exclusivement des ventricules, les oreillettes entrant pour trop peu de chose dans les battements de l'organe.

De quelque manière qu'on étudie ces mouvements, on est toujours obligé de commencer par la systole, ce mouvement étant celui qui commence la série des phénomènes d'une révolution de l'organe.

La systole est le premier mouvement des ventricules, celui qui succède au repos le plus long. L'examen direct chez un animal dont on a ouvert la poitrine le démontre. C'est pendant ce mouvement que l'on voit le cœur se resserrer, s'allonger et redresser ou projeter sa pointe en avant. Quoiqu'il soit singulier de voir s'allonger un organe qui se contracte, il n'en est pas moins vrai que le fait est réel pour le cœur, et que la projection de sa pointe en avant est un phénomène de contraction et non de dilatation. Si on ouvre une artère, le sang en sort en arcade au moment du redressement de la pointe et de l'éloignement des ventricules; si on tâte le pouls à une artère médiocrement éloignée du cœur, on sent la pulsation en même temps qu'on voit ces mêmes mouvements ; si enfin on arrache le cœur et la poitrine d'un animal vivant, on voit encore ce même redressement dans la contraction des ventricules. Le redressement de la pointe, signe irrécusable de contraction, démontre donc évidemment que la systole est le premier des mouvements du cœur.

La *diastole* succède au phénomène précédent : c'est donc le second mouvement du cœur; l'observation directe le démontre, et si l'on saisit avec la main le cœur d'un animal vivant, on reconnaît parfaitement que la diastole succède presque immédiatement à la systole. Le repos prolongé vient ensuite, de sorte que l'on doit considérer l'état de dilatation ou de réplétion comme le repos du cœur.

Les phénomènes qui se passent à l'intérieur de l'organe se rapportent aux mouvements du sang et à ceux des valvules. Quand un ventricule se contracte, le sang qui y est contenu peut s'échapper par une double issue, l'orifice auriculo-ventriculaire et l'orifice artériel : le premier peut laisser refluer une petite

quantité de sang dans l'oreillette, mais il ne tarde pas à être fermé par l'élévation des valvules : cette élévation a deux causes, la pression exercée par le sang et surtout la contraction des colonnes charnues ; nous avons démontré le premier, contrairement à l'opinion de Laënnec, que les piliers du cœur, loin d'abaisser les lames valvulaires, sont au contraire disposés de la manière la plus favorable pour les rapprocher et fermer l'orifice. Le sang ne peut donc passer que dans l'orifice artériel dont les valvules s'ouvrent d'ailleurs par la simple pression exercée par ce liquide. Les vaisseaux se trouvent alors remplis par l'ondée sanguine et le ventricule se vide. Après un léger repos, la dilatation ventriculaire commence, et le sang qui vient de pénétrer dans les artères tend à rentrer dans le cœur; c'est à ce mouvement rétrograde qu'est due la tension des valvules sigmoïdes, et par conséquent l'occlusion des ouvertures artérielles. Ce retour de la colonne sanguine a pour cause le retrait élastique des artères, et surtout la dilatation ventriculaire, qui exerce une aspiration énergique. On est étonné de la force de dilatation des ventricules, quand on prend dans la main, ainsi que l'a fait M. Magendie, le cœur d'un animal vivant.

Nous venons d'exposer en peu de mots le mécanisme des mouvements du cœur, et la marche du sang dans les cavités de cet organe. Nous rappelons qu'ils se succèdent dans l'ordre suivant :

1^er^ *mouvement.* Contraction des ventricules, allongement du cœur, projection de la pointe en avant et choc contre la paroi de la poitrine ; pouls artériel, progression du sang dans les artères.

Repos très-court.

2^e^ *mouvement.* Dilatation, abaissement de la pointe ; absence de choc; absence de pulsation artérielle; réplétion du ventricule.

Grand repos.

C'est la comparaison que l'on a faite entre les mouvements du cœur et ceux des artères, qui a fait admettre que le premier mouvement et le choc de la pointe étaient des phénomènes de dilatation ; mais il n'y a pas de comparaison à établir entre un organe essentiellement actif comme le cœur, et des canaux essentiellement passifs comme les artères. D'ailleurs, le fait de la coïncidence du pouls artériel avec le choc de la pointe du cœur ne peut laisser aucun doute à cet égard.

Bruits du cœur. — Un double bruit, un tic-tac, coïncide avec les mouvements. On connaît toutes les théories qui ont été proposées pour l'expliquer : nous n'en discuterons aucune. Une expérience prolongée nous a fait adopter définitivement la théorie suivante :

Ces bruits résultent principalement de la tension alternative des valvules destinées à fermer les orifices. Le premier, celui qui coïncide avec la systole ventriculaire, avec le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique et avec le pouls, est dû à la tension brusque des valvules auriculo-ventriculaires, qui se rapprochent et s'élèvent pour fermer l'orifice correspondant.

Le deuxième, qui suit le précédent à un très-faible intervalle, et qui se produit pendant la diastole, est déterminé par l'abaissement des valvules sigmoïdes des artères aorte et pulmonaire. La coïncidence du premier bruit avec la systole et du second avec la diastole est démontrée par l'expérience suivante : on met à nu le cœur d'un animal vivant, un observateur se charge d'ausculter le cœur et de compter *un* pour le premier bruit, *deux* pour le second ; une autre personne examine les mouvements du cœur et compte *un* pour la systole, *deux* pour la diastole; et l'on peut remarquer alors que les observateurs prononcent les mêmes mots *un, deux,* ensemble et avec le plus rigoureux isochronisme.

Si l'on pouvait détruire les valvules des orifices du cœur, il serait facile de montrer qu'elles sont une des causes les plus importantes de la production des bruits de cet organe; mais il est très-difficile de faire une pareille expérience, et d'un autre côté, si l'on parvenait à la réaliser, il ne faudrait pas beaucoup compter sur les résultats qu'elle pourrait amener; on comprend en effet, combien une opération de ce genre jetterait de trouble dans l'organe cardiaque.

Ce que nous ne pouvons produire traumatiquement et brusquement, la nature le fait sans nous, d'une manière graduelle et sans porter de profondes perturbations dans les fonctions de l'organe, comme ferait une vivisection; dans certains cas, en effet, elle altère et détruit les valvules, et il nous devient possible de constater dans les bruits du cœur des modifications dues à des lésions. Sans entrer dans aucun détail à ce sujet, nous dirons seulement que toutes les fois que les valvules d'un orifice cessent de fonctionner, par suite d'adhérences, de destruction, de raccourcissement, et de toute autre altération, le bruit correspondant au temps où cette valvule aurait dû se fermer, se trouve remplacé par un bruit nouveau, par un bruit de souffle, de rape, de scie, etc., ce qui dénote bien que la formation naturelle des bruits est intimement liée à l'intégrité des valvules. En sorte que nous considérons ces lésions pathologiques comme de très-bonnes *expériences* cliniques, et bien propres à nous éclairer sur la vraie cause du tic-tac du cœur. Ces deux bruits résultant de la tension des valvules, nous les nommons habituellement *claquements valvulaires.*

Peut-être d'autres causes viennent-elles s'ajouter à celles-ci, mais ce ne sont que des causes accessoires; on en trouvera l'indication dans le résumé qui suit :

En résumé, les causes des bruits du cœur sont les suivantes :

1^er^ *Bruit.* — Systole ventriculaire. Redressement, tension brusque des valvules auriculo-ventriculaires et occlusion de l'orifice correspondant. Circonstance accessoire : abaissement des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

2^e^ *bruit.* Diastole ventriculaire. Abaissement et tension brusque des valvules sigmoïdes des artères aorte et pulmonaire, et occlusion des orifices correspondants. Circonstance accessoire : abaissement des valvules auriculo-ventriculaires.

En rapprochant ce tableau de celui des mouvements, on aura un exposé succinct et fidèle des phénomènes physiologiques du cœur.

Hôpital civil de Strasbourg.

Observation de gastrostomie,

Par M. le professeur C. Sédillot.

On ne saurait espérer qu'une opération nouvelle, où tout est à créer, atteigne dès l'abord à la perfection. Le point capital est que chaque fait réalise un progrès et augmente les ressources de l'art. C'est à ce titre que nous publions l'histoire d'une seconde opération de gastrotomie. Malgré la mort du malade, arrivée le dixième jour, les esprits impartiaux reconnaîtront, je crois, que la guérison sera possible en prévenant certaines causes d'accidents susceptibles d'être évités et en apportant à nos derniers procédés quelques légères modifications que nous exposerons.

Il eût été, sans aucun doute, plus heureux de débuter par des succès ; mais, si l'on réfléchit que nos malades étaient condamnés à une mort prompte et fatale par le seul développement de leur affection, et que l'expérience acquise rendra les guérisons plus certaines, on regrettera moins des revers rachetés par d'utiles enseignements.

L'on sait sur quelles considérations nous avons fondé la gastrostomie ; nous les rappellerons en peu de mots :

1° Les exemples de rétrécissements infranchissables de l'œsophage sont assez communs. Nous en avons admis quinze espèces dans notre premier mémoire, et en avons cité plus de cinquante cas empruntés à divers auteurs. Les malades meurent littéralement de faim, et celui que nous opérâmes, il y a deux ans, avait perdu cent livres de son poids en quelques mois.

2° Ces aphagies progressives inspirent aux personnes qui en sont atteintes la volonté de tout tenter pour prolonger leur vie. Un malade de M. le docteur Delavacherie, soumis à de pénibles

et inutiles cathétérismes, se laissa placer, par M. Leroy d'Étiolles, un anneau d'ivoire dans la partie coarctée de l'œsophage. Il fallut plus tard pratiquer l'œsophagotomie pour retirer le corps étranger, et l'introduction des sondes par la plaie devint tellement douloureuse que l'opéré refusa tout secours et succomba rapidement. L'art restait désarmé, et, dans les rétrécissements œsophagiens situés au niveau des clavicules, il était impossible d'appliquer l'idée de Stoffel et de porter dans l'estomac une sonde alimentaire, engagée par une plaie de l'œsophage faite au-dessous de la coarctation, comme le fit Taranget, qui parvint à faire vivre une religieuse pendant seize mois et a ainsi prouvé la possibilité de la nutrition par l'alimentation stomacale directe.

3° Le problème était de trouver une voie nouvelle à l'introduction des aliments, et la science en offrait la solution.

Les plaies accidentelles de l'estomac ont été souvent suivies de guérison, soit complète, soit en laissant à leur suite une ouverture fistuleuse, parfaitement compatible avec la persistance de la vie et de la santé. Personne n'ignore, pour ne pas en citer d'autres exemples, l'histoire du Canadien qui servit pendant six ans le docteur Baumont et lui permit d'étudier tous les phénomènes de la digestion. Ce jeune homme avait reçu un coup de feu à l'épigastre qui lui avait ouvert l'abdomen et la poitrine, déchiré le poumon, le diaphragme et l'estomac. Cette terrible plaie se cicatrisa, à l'exception d'une large fistule stomacale, qui persista sans inconvénients pour le blessé et sans écoulement involontaire des matières alimentaires, retenues par une sorte de bouchon, dû au renversement d'une portion de la membrane muqueuse de l'estomac. Il est de toute évidence que, malgré les conditions de santé beaucoup moins favorables dans lesquelles se trouvent les malades, l'art ne sera pas incapable d'égaler les résultats d'une aveugle violence, et l'expérience s'est déjà chargée de dissiper les doutes en montrant la constance des guérisons des plaies stomacales, exécutées dans le but d'extraire des corps étrangers.

4° La seule question controversable était celle de l'alimentation stomacale directe ; on pouvait redouter un défaut de digestibilité d'aliments privés de la mastication et de l'insalivation. Mais l'observation de Taranget répond en partie à cette crainte. Nous sommes parvenu, avec M. le docteur Coze, doyen de notre Faculté, à prolonger plusieurs mois la vie d'un malade atteint d'un cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée. La déglutition des substances liquides et solides provoquait d'affreux accès de toux et une suffocation imminente par l'introduction dans les voies aériennes de parcelles alimentaires. Nous remédiâmes à cet effet fâcheux par une sonde œsophagienne maintenue à demeure et fixée dans une des narines, et la mort fut déterminée beaucoup plus tard par une ulcération de la plèvre et un vaste épanchement thoracique consécutif.

Certains fous, qui refusent de prendre des aliments, sont soumis à des procédés à peu près semblables, et nous avons précédemment démontré que l'insalivation, dans le cas où elle serait reconnue nécessaire, ne serait pas impossible.

Quand nous lisons dans les journaux de médecine l'observation de malheureux atteints d'aphagie par suite de rétrécissements fibreux de l'œsophage, qui ne comportent aucune malignité et n'entraînent pas d'altérations constitutionnelles, nous sommes véritablement surpris de voir les chirurgiens traitants rester impuissants spectateurs de pareilles souffrances et ne rien tenter pour les soulager. Il en est, au reste, ainsi de toutes les opérations nouvelles. Non-seulement on se refuse à les pratiquer, mais on les blâme et on en détourne les malades jusqu'au moment où le succès renverse toutes les objections et entraîne l'assentiment général.

Depuis notre première gastrostomie, nous avons été consulté par un assez grand nombre de personnes affectées de rétrécissements œsophagiens. Les unes ne nous parurent pas opérables ; les autres reculèrent devant les chances de danger et périrent misérablement.

Un malade arrivé au dernier terme de son existence, et que je vis avec MM. Schützenberger, Joyeux, Michel, etc., était décidé à subir la gastrostomie ; mais la poitrine était gravement compromise ; un catarrhe chronique avec hépatisation pulmonaire ne laissait pas d'espoir. Je refusai de pratiquer une opération inutile, et, peu de jours après, nous pûmes constater une vaste ulcération de l'œsophage avec tumeurs squirrheuses, proéminentes dans l'intérieur de ce conduit, dont la voie se trouvait presque complétement oblitérée à cinq travers de doigt environ au-dessus du cardia.

Un second cas d'atrésie œsophagienne nous fut offert par une femme âgée que nous traitâmes pendant plusieurs mois à la clinique de la Faculté. Cette malade, pleine de confiance et de courage, se serait volontiers soumise à la gastrostomie ; mais nous étions parvenu à engager des bougies coniques dans le rétrécissement et à le dilater assez pour permettre le passage des aliments réduits en bouillie. Les sondes engagées tous les deux ou trois jours maintenaient une dilatation suffisante à la nutrition. Nous dûmes nous abstenir. Plus tard, la malade quitta l'hôpital et alla demeurer chez ses enfants. L'atrésie fit des progrès, en même temps qu'apparurent des tumeurs abdominales qui nous parurent une contre-indication formelle à toute intervention opératoire. Le plus extrême marasme précéda la mort. Nous assistâmes à l'autopsie avec M. le docteur Clausing, et nous reconnûmes une vaste tumeur squirrheuse de l'extrémité inférieure de l'œsophage, avec rétrécissement presque complet du canal, dans lequel passait à peine une sonde cannelée. D'autres tumeurs squirrheuses avaient envahi le mésentère, une portion du pancréas et du foie, et montraient que notre abstention avait été fondée.

Un troisième malade, des environs de Schlestadt, qui avait consulté M. le docteur Flamant et d'autres praticiens, recula devant l'opération et périt d'inanition sans autres complications. Un quatrième se présenta à nous dans des conditions analogues. MM. Aronssohn et Stœss lui donnèrent des soins. Nous parvînmes à le sonder avec des bougies coniques ; mais les progrès du rétrécissement rendirent bientôt l'aphagie complète et entraînèrent la mort. Dans ces deux derniers cas, la gastrostomie nous parut indiquée comme cure palliative, dans la supposition d'une désorganisation ultérieurement fatale.

Voici notre seconde observation de gastrostomie, et nous ne la publierons pas sans rendre hautement hommage à l'admirable concours de soins et de dévouements que nous avons rencontré.

Notre collègue et ami, M. le professeur Schützenberger, nous a éclairé de son expérience ; M. le docteur Wieger, chef des cliniques, et la plupart de MM. les internes et externes de l'hôpital civil, se sont succédé nuit et jour auprès du malade sans l'abandonner un seul moment. L'administration nous a prêté l'appui le plus généreux, et nos sœurs hospitalières, dont les vertus s'inspirent du ciel, se sont montrées au-dessus de tout éloge.

Observation de Gastrostomie, par M. Cochu, chirurgien interne (1). — Benoît Petit, d'Épinal (Vosges), âgé de cinquante-huit ans, voiturier de profession, entre à l'hôpital civil (salle 21, lit n° 28, clinique interne, service de M. le professeur Schützenberger), le 21 janvier 1853.

Cet homme, d'une constitution anciennement robuste, est d'un tempérament lymphatico-sanguin. Sa vie a toujours été régulière, sa santé parfaite. Il n'y a pas de maladie héréditaire dans sa famille. Son père est mort à quatre-vingt-treize ans, sa mère à soixante-quinze. Il est marié et ses enfants sont tous bien portants.

Il y a neuf mois, sans causes connues, Benoît se sentit pris de gêne dans la déglutition qui devint douloureuse. Cette gêne siégeait au niveau de la partie inférieure du larynx. S'occupant peu de son corps, comme il le dit, il n'attacha pas d'importance à ces douleurs ; cependant il remarqua d'abord que pour avaler les aliments solides, il était obligé de les mâcher plus longtemps et plus complétement que d'habitude. Peu à peu, cette difficulté se transforma en impossibilité complète.

(1) Cette observation a été rédigée d'après les notes recueillies chaque jour par mes amis et collègues, MM. Bernard, Macker, Herr, Hecht, Aubenas, Aron, Finck, Ledru ; Boeckel, Lauth et Sée.

C'est à M. Hecht, interne du service de M. Schützenberger, que je dois les notes sur les antécédents du malade.

Au commencement du mois de novembre dernier, il en fut réduit à se nourrir de bouillons, de potages, de semouilles, et depuis quinze jours ces matières ne passent plus. Le bouillon et le lait sont ses seuls aliments.

Depuis six mois, les forces et l'embonpoint ont diminué progressivement; le malade a été obligé de suspendre ses travaux depuis quatre mois.

Ces accidents ont été accompagnés depuis trois semaines d'un affaiblissement remarquable du timbre de la voix.

Il a consulté plusieurs médecins, mais n'a jamais suivi de traitement régulier. On a sondé trois ou quatre fois l'œsophage, mais infructueusement. Fatigué de cette position insupportable, sentant ses forces diminuer de jour en jour, et craignant en définitive de mourir de faim, le malade entre à l'hôpital.

Son teint, qui primitivement était très-coloré, est maintenant fort pâle; il est tourmenté par une faim dévorante : manger, tel est le but unique vers lequel convergent toutes ses idées.

M. Schützenberger, guidé par ces antécédents, introduit successivement dans l'œsophage deux sondes : l'une ordinaire, l'autre terminée par une bougie assez fine; toutes deux pénètrent d'une longueur d'environ 2 décimètres, puis sont arrêtées par un rétrécissement qui paraît infranchissable.

Lorsqu'on augmente la pression, la sonde se recourbe à son extrémité. On éprouve, en sondant, la sensation de résistance d'un diaphragme complet qui boucherait l'œsophage.

Le malade se prête avec la plus grande complaisance à ces opérations, parce qu'il désire ardemment être débarrassé de son rétrécissement.

Chaque fois que le malade veut avaler, il éprouve les sensations suivantes : les aliments sont arrêtés à la hauteur du bord inférieur du larynx. A ce même niveau se trouve sur les côtés de l'œsophage, un peu en arrière et à gauche, un diverticulum dans lequel pénètrent le bouillon et les liquides avec lesquels il se nourrit. Ce n'est que lorsque le sac est rempli que les liquides en ressortent pour franchir lentement, goutte à goutte, le rétrécissement.

Le traitement médical paraît devoir être infructueux. M. Schützenberger appelle en consultation M. Sédillot qui tente plusieurs fois, mais en vain, de franchir le rétrécissement.

On propose alors l'opération de la gastrostomie, seul moyen d'empêcher le malade de mourir de faim. Cet homme, très-courageux, accepte la proposition avec empressement; il demande que l'on hâte l'opération, afin de pouvoir manger plus tôt. Son imagination prête à son appétit des proportions gigantesques. Il assure, sans sourire, qu'il mangerait aisément un bœuf, si son rétrécissement n'existait pas.

Dans la prévision d'une opération si importante, M. Schützenberger examine avec soin tous les organes du malade. Les poumons paraissent sains; cependant il existe un peu de bronchite, qui dure depuis un temps indéterminé. La circulation veineuse est difficile; les veines sous-cutanées de la poitrine sont extrêmement dilatées; elles le sont également aux extrémités inférieures. On ne découvre rien du côté du cœur qui donne la raison de ce phénomène. Les digestions sont faciles, les selles normales; rien ne contre-indique l'opération. Elle est fixée au jeudi 20 janvier 1853, à onze heures du matin.

M. Sédillot, en présence de M. le professeur Schützenberger; M. Antoine, médecin principal de l'hôpital militaire; M. Bolu, médecin-major; M. Suret, aide-major du 11e d'artillerie; de MM. les agrégés Wieger, Michel, Joyeux, Strohl; de MM. les docteurs Schæffer, Worms, Weber, Weil, et des élèves de la Faculté, commence l'opération à onze heures précises, à l'amphithéâtre des cliniques.

Le malade est chloroformé rapidement. M. Sédillot fait une incision longitudinale à deux travers de doigt de la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes du côté gauche. Cette incision est faite sur la peau pliée en travers. Une seconde incision, mais plus petite, est faite perpendiculairement à la première, de manière à former une croix. M. Sédillot arrive rapidement au péritoine sans avoir d'hémorrhagie; une petite artère donne quelques gouttes de sang à la partie supérieure de la plaie. L'écoulement est arrêté par une légère compression. Le péritoine incisé, l'opérateur enfonce l'index dans la plaie et ramène quelques instants après, à l'aide d'une pince courbe à mors circulaires évidés au centre, et dirigée sur le doigt, un organe à surface lisse qu'il tire au dehors : c'est l'estomac. Au moment de l'ouverture du péritoine, l'air s'est précipité dans l'abdomen avec un sifflement distinct, et le même phénomène s'est répété plusieurs fois pendant les inspirations.

Depuis la première inspiration de chloroforme jusqu'à l'extraction d'une portion de l'estomac au travers de la plaie, il s'est écoulé 12 minutes.

Le second temps de l'opération consiste à fixer l'estomac aux parois abdominales. A l'aide de cinq ou six points de suture, intéressant d'une part la peau de l'abdomen, d'autre part les tuniques péritonéale et musculeuse de l'estomac, cet organe paraît suffisamment attaché et ressemble assez bien à un intestin qui ferait hernie par une petite ouverture accidentelle; il est bleuâtre, congestionné.

L'opération est terminée; on remet l'incision de la paroi stomacale à l'époque où des adhérences se seront formées entre cet organe et les parois de l'abdomen. On applique une fomentation tiède à plat sur la tumeur : c'est le pansement.

Le malade se réveille doucement, sans secousses. Ne se rendant aucun compte de ce qui s'est passé, il veut se lever et se rendre à pied dans une chambre particulière qu'on lui a préparée. On le couche avec soin sur le brancard; on lui recommande la plus grande immobilité et on le transporte ainsi jusqu'à son lit. On place en travers, sous ses jarrets, un coussin qui sert à relâcher l'abdomen; on lui met une boule d'eau chaude aux pieds, et la chambre est maintenue à la température de 16 degrés centigrades. Le malade est alors tranquille; la peau est fraîche, le pouls à 70, le facies est normal. Il ne peut croire que l'opération soit faite. Sur l'assurance des assistants, il s'écrie, en s'adressant au chirurgien : « Vous êtes aussi puissant que le bon Dieu ! »

Le traitement institué à la suite de l'opération est le suivant :

1° Renouveler sur le ventre des applications tièdes dès que les précédentes sont refroidies; les couvrir d'une toile cirée et d'un morceau de laine;

2° Avoir soin de comprimer légèrement l'abdomen, si le malade est pris de vomissements et de toux, afin de prévenir tout changement dans la position de l'estomac;

3° Donner à boire chaud (infusion de tilleul, violettes, etc.).

A une heure un quart, et pendant de violents efforts de toux, l'estomac rentre dans l'abdomen. On cherche à l'instant le chef des cliniques et l'on envoie prévenir M. Sédillot. Vers deux heures, le malade est pris de tremblement fébrile qui se dissipe rapidement par l'application des flanelles chaudes.

M. Sédillot arrive quelques instants après, et, après avoir fait chloroformer le malade, introduit l'index dans la cavité abdominale, et va à la recherche de l'estomac qu'il amène au dehors à l'aide de la pince déjà mise en usage. Les sutures encore adhérentes entre la peau et l'estomac avaient soutenu le viscère et avaient permis de le retrouver à peu de distance de la plaie. Les fils furent coupés et extraits. Une petite portion du viscère est serrée entre les mors d'une pince à coulant d'Assalini, qu'on place perpendiculairement à la ligne médiane. Sous les tiges de la pince on passe des linges cérates, pour en empêcher le contact immédiat avec les bords de la plaie. On veut ainsi fixer solidement l'estomac : la portion serrée par la pince se gangrénera; mais, jusque-là, des adhérences solides se formeront entre les parois abdominales, et la gangrène produira, comme par emporte-pièce, l'ouverture artificielle qu'on eût été obligé de faire plus tard.

Après cette nouvelle opération, l'état du malade semble devenir inquiétant. La peau du ventre est chaude, la chaleur sèche au tronc, les extrémités froides, le pouls petit, serré, fréquent.

On applique 6 sangsues autour de la plaie : 5 prennent, 2 sont maintenues en permanence.

Une amélioration progressive se manifeste; l'opéré s'assoupit; les extrémités se réchauffent : on donne pour boisson une demi-tasse de lait coupé avec de l'eau. Une partie du liquide, après s'être arrêtée au rétrécissement, pénètre dans la poche, l'autre partie est rendue. Les efforts d'expectoration et de régurgitation répondent à la plaie d'une manière douloureuse; le pouls tombe, devient large, développé, à 80.

A huit heures un quart du soir. Visite de M. Sédillot. Nouveau pansement de la plaie avec digestif et linge neuf. L'épidémie d'infection putride qui règne en ce moment à l'hôpital autorise l'emploi de linges qui n'ont pas encore servi. On prescrit un demi-lavement laudanisé (lavement 200 gr. : laudanum 10 gouttes), dans le cas où le malade ne pourrait dormir. Pendant la nuit le sommeil est un peu agité : on donne le lavement.

Vers trois heures du matin, on supprime l'écoulement sanguin : 15 sangsues ont été appliquées.

Sous l'influence du lavement opiacé, les douleurs se calment; le malade dort tranquillement, il se réveille de temps à autre en se plaignant de chaleur (le thermomètre est toujours maintenu à 15 degrés) jusqu'à huit huit heures et demie.

21 janvier, neuf heures. Visite de M. Sédillot. La paroi stomacale est noirâtre dans la partie que serre la pince; le ventre reste souple, indolent à la pression; la toux seule provoque des douleurs abdominales. Le malade est fatigué du décubitus dorsal; on ôte les coussins qui maintiennent les jambes fléchies et les cuisses élevées; il se couche sur le côté. Le pouls est large, développé (72); la peau fraîche, la physionomie normale. Les parois de la plaie ne sont pas enflammées. On prescrit : tisane de gomme pour la toux; lait coupé pour boisson; quelques sangsues conditionnelles, si les douleurs reparaissent.

Après cette visite, l'opéré sommeille jusqu'à deux heures un quart; il cause de temps en temps avec les personnes qui l'entourent.

Deux heures un quart. Le pouls est régulier, normal, à 70, large et plein. La sensation du sac dans l'œsophage n'existe plus d'une manière aussi déterminée (le malade croit que l'allongement de l'œsophage produit par la

traction de l'estomac au dehors a fait disparaître en partie le diverticulum, et par suite la sensation d'arrêt qu'il produisait). M. Sédillot explique cette amélioration par le dégorgement veineux qu'ont déterminé les sangsues. La déglutition est manifestement plus facile; le ventre est indolore; la portion d'estomac serrée par la pince est lisse, noirâtre, et présente au toucher une résistance assez considérable.

Quatre heures et demie. Le malade reçoit la visite de sa femme. On craint pour lui l'émotion de cette entrevue; on lui recommande de ne pas trop parler.

De quatre heures et demie à huit heures, sommeil intermittent; les liquides sont avalés facilement, sans régurgitation.

Onze heures du soir. A la visite de M. Sédillot, le malade dit se porter parfaitement. La peau est fraîche, le pouls à 70; il n'y a pas de réaction. Il est obligé de se lever chaque fois et de se tenir debout pour uriner. Un des assistants propose de le sonder, mais cette opération pouvant exciter quelques douleurs, et par suite de la fièvre, on recommande à l'opéré d'exécuter ses mouvements avec le plus de lenteur possible. On ne peut cependant se dissimuler que les mouvements et le poids de la pince ne soient alors d'un effet défavorable pour l'estomac et les adhérences qui doivent se produire. En outre, la toux continue toujours, elle provoque des mouvements vifs et saccadés du diaphragme qui répondent douloureusement à la plaie. On donne, pour l'apaiser, quelques bonbons de gomme.

On prescrit : un lavement laudanisé pour empêcher une excitation trop vive; quelques sangsues conditionnelles au cou, si la déglutition devenait plus difficile. On recommande en outre de renouveler fréquemment l'air de la chambre.

On panse la plaie en changeant les linges enduits de digestif. La paroi stomacale est noire, luisante, mais résiste assez bien à la pression, et ne paraît pas devoir tomber encore en gangrène. On voit des adhérences déjà formées entre l'estomac et les parois de l'abdomen vers la partie inférieure de la plaie. L'état général est excellent.

22 *janvier, huit heures du matin.* Le malade dit avoir bien dormi huit heures d'horloge. Le lavement n'a pas été rendu. La toux, qui précédemment l'éveillait lorsqu'il était endormi, ne l'a plus tourmenté; il n'a toussé que pendant les rares intervalles de son sommeil, et les efforts ont été moins convulsifs. Il a uriné deux fois pendant la nuit, et deux fois il a été obligé de se lever. Il est étonné de ce que se portant si bien l'appétit ne soit pas encore revenu. La poche œsophagienne n'est plus sentie, lorsque l'ingestion des boissons est faite lentement. Les liquides suivent maintenant, dit-il, la vraie route et coulent par le vrai trou, qui cependant est encore un peu petit. L'expectoration est de bonne nature (bronchite); tous les mouvements de déglutition sont faciles. La physionomie est normale, le teint légèrement coloré, le pouls large, à 70.

Dix heures. Visite de M. Sédillot. État satisfaisant de l'opéré. Il y a un peu de circulation dans la partie pincée; une traction légère dénote une certaine résistance. Dans l'après-midi, le malade a quelques nausées et des coliques; il dort peu, a deux selles et se trouve fatigué. Il croit que la toux est cause de ces accidents, en exerçant chaque fois des tiraillements sur l'estomac. Décubitus latéral droit.

Vers neuf heures du soir, trois selles molles peu abondantes, précédées de coliques et accompagnées d'évacuation de gaz.

Vers onze heures, l'état général s'aggrave. A la visite de M. Sédillot, on trouve : la physionomie un peu fatiguée; les joues légèrement plaquées; la peau chaude; le pouls développé, à 84. La toux est fréquente; chaque accès est suivi d'une expectoration de crachats incolores, spumeux, visqueux, adhérents au vase et mêlés de grumeaux blancs suspendus dans un liquide séreux. Le malade se plaint d'une sensation de constriction dans le fond de la gorge, au niveau de la région sus-hyoïdienne. La sensation de la poche remplie qui ne peut se vider se renouvelle. (On croit remarquer, en effet, que le cou est plus gros qu'hier.) L'opéré dit, et c'est là ce qui le préoccupe le plus, que si cette poche avait un orifice inférieur suffisant pour laisser écouler les matières qui y sont contenues, il se sentirait complétement soulagé. Le ventre est un peu voussé; la plaie n'est pas douloureuse. Les piqûres de sangsues placées avant-hier sont rouges et douloureuses à la pression.

Légères coliques; nouvelle selle (matières liquides homogènes, jaunâtres, bilieuses, n'ayant pas de caractère inquiétant).

État de la plaie. La portion d'estomac située en dehors de la pince n'a plus que la grosseur d'une amande; elle est ratatinée, revenue sur elle-même, déjà un peu mollasse; les bords de la plaie sont rouges, mais l'auréole est très-étroite. C'est surtout au bord gauche et supérieur que l'on remarque cet aspect; une traction légère, exercée en avant sur l'estomac par le moyen de la pince, fait reconnaître que les adhérences sont assez solides, surtout à la partie inférieure. Au segment supérieur, l'adhérence entre la paroi stomacale et la paroi de l'abdomen paraît moins intime et moins solide.

M. Sédillot panse la plaie en lavant les bords et glissant sous les deux extrémités de la pince les bandelettes de lange enduites de digestif.

Prescriptions : 1° Eviter tout ce qui peut refroidir l'opéré (application de linge, de compresses de flanelle chaudes sur le ventre, et les renouveler fréquemment);

2° Appliquer deux sangsues à la partie supérieure de la plaie, si les douleurs se réveillent (les renouveler au besoin sans crainte d'aller jusqu'à dix ou douze, en se réglant sur l'état général du malade);

5° Émulsion d'amandes pour boisson, une cuillerée à café de sirop de morphine pour la nuit;

4° Conditionnellement, dans le cas de persistance des coliques ou de la diarrhée, 1/4 lavement amylacé avec quatre gouttes de laudanum;

5° Embrocations huileuses sur l'abdomen.

La nuit est bonne; on ne juge pas à propos d'appliquer les sangsues; le sommeil est un peu agité, la toux moins fréquente, les coliques ont disparu. Le malade se sent bien reposé. L'escarrhe tend de plus en plus à se détacher.

23 *janvier.* Dans la matinée, deux selles liquides peu abondantes. A midi et demi, visite de M. Sédillot, qui enlève la pince. La peau est rouge, un peu enflammée autour de la plaie. En exerçant de légères tractions sur la tumeur, on constate que les adhérences sont solides. A la partie gauche est une petite ligne gangrenée; une ligature formée d'un seul fil est placée à la base de la tumeur stomacale; elle est médiocrement serrée. Les deux chefs du fil sont assujettis sur la peau au moyen de deux petits morceaux de diachylon. La diarrhée continue; deux selles liquides contribuent encore à l'affaiblissement successif du malade.

On prescrit pour le soir : lavement amylacé avec laudanum, quatre gouttes; décoction de riz avec sirop de gomme; solution gommeuse; sirop de morphine pour la nuit.

Le sommeil est bon. Le malade urine plusieurs fois. Cet acte occasionne de petits tiraillements douloureux au niveau de la ligature. Ces tiraillements sont exaspérés par les efforts de toux et les mouvements. Le pouls est à 80, assez développé.

24 *janvier.* A dix heures, le malade, fatigué, de mauvaise humeur, déclare qu'il ne veut plus de visiteurs et qu'il entend rester seul. Il se trouve beaucoup plus faible que les jours précédents; la plaie offre un bon aspect.

A la visite de M. Sédillot, on ne renouvelle pas le pansement.

La diarrhée qui continue toujours est combattue par un lavement amylacé et opiacé.

M. Schützenberger entre en consultation avec M. Sédillot, pour s'entendre sur les moyens les plus propres à combattre le dévoiement, dont le malade est tourmenté. Il reste convenu que, si la diarrhée persiste, on administrera un lavement avec deux grammes d'extrait de saturne. De onze à une heure, deux nouvelles selles liquides, jaunes, assez fétides.

Affaissement de l'opéré. Ses joues sont colorées, la peau chaude; le pouls reste toujours à 80. On lui donne alors une cuillerée de sirop de morphine, qui procure un sommeil paisible jusqu'à trois heures. A quatre heures, on craint que le défaut de nourriture depuis l'opération n'ait favorisé l'état d'affaissement dans lequel il se trouve. On lui donne une tasse de bouillon avec un jaune d'œuf. Ces aliments passent difficilement. La sensation de la poche est revenue. On constate des soubresauts des tendons (très-faibles, mais perceptibles). La ligature tient encore assez bien.

25 *janvier.* Vers le soir, le malade est mieux; il demande des distractions, veut jouer aux cartes, etc. Le pouls reste toujours à 80.

Plus de coliques; un peu de toux vers le milieu de la nuit. Sommeil tranquille; peau chaude; soif ardente. Dans l'espace d'une heure, il boit cinq verres de liquides, qu'il parvient à avaler par petites gorgées.

Plus de douleurs abdominales. La plaie est douloureuse, surtout dans les accès de toux. Le moral n'est plus aussi bon que dans les premiers jours.

On lui fait prendre un peu de lait vers le matin; il l'avale avec répugnance, se trouve très-faible. Inappétence.

A 9 heures, selle liquide de même nature que les précédentes.

A dix heures et quart, visite de M. Sédillot. Le malade a moins d'espoir. Il est affaissé; sa physionomie est anxieuse, la voix plus faible. Avec cet affaissement coïncide une fièvre assez vive; la peau du tronc est chaude, les extrémités un peu plus fraîches; pouls à 100; petits soubresauts des tendons; soif modérée.

L'examen de la plaie montre : la portion de l'estomac, prise précédemment dans la pince, réduite au volume d'une très-petite noisette. Elle est noire, molle, presque complétement gangrenée. A la partie supérieure du côté gauche est une petite portion de peau gangrenée de la grosseur d'une lentille. Sur le pourtour, des adhérences solides sont établies; on enlève le fil; l'estomac reste en place, maintenu seulement par les adhérences déjà formées.

On ordonne : un demi-lavement avec 0,30 de sulfate de quinine et deux gouttes de laudanum pour la diarrhée; bouillon gras avec sagou, pour alimenter autant que possible. Conditionnellement 1 gramme de sous-

nitrate de bismuth à l'intérieur; boissons : lait, solution de gomme, eau sucrée.

Quelques temps après cette visite, le malade demande à boire un peu d'eau rougie, qu'il régurgite un instant après.

A une heure, M. Sédillot trouve le malade très-faible; le pouls est à 100, la respiration un peu accélérée (30 respirations par minute), la peau chaude, tremblement permanent des extrémités supérieures.

On procède à l'ouverture de l'estomac; la plaie découverte, M. Sédillot saisit avec des pinces la partie mortifiée et l'excise par quelques coups de ciseaux. L'escarrhe enlevée, laisse à découvert les bords de l'estomac adhérant dans toute la circonférence. L'orifice laisse échapper quelque gaz, les efforts de respiration et de phonation produisent l'issue de la muqueuse stomacale.

Dès lors toutes les conditions de succès paraissent assurées; la réunion s'est effectuée sans accident, la fistule est établie.

M. Sédillot commence immédiatement l'alimentation par la fistule, on donne : vin de muscat coupé avec de l'eau; une seringue de la contenance de 95 grammes est remplie de bouillon gras. La canule introduite dans l'estomac, on injecte lentement la valeur de 80 grammes, en empêchant le reflux par une compression légère. Un linge enduit de digestif est posé sur l'ouverture, et le tout est fixé par une bande de flanelle. Le malade se trouve bien après cette opération.

Prescriptions : Donner à boire du lait cuit, un peu de vin; linges chauds et secs sur l'abdomen; faire cuire pendant quatre heures, à petit feu, une bouillie composée de farine et de lait qu'on pourra injecter dans la soirée. Le malade croit que les aliments injectés dans l'estomac ont relevé ses forces.

Le soir, M. Sédillot injecta encore 90 grammes de bouillie, à laquelle on ajoute 0,10 de sous-nitrate de bismuth, 0,10 de sulfate de quinine et une goutte de laudanum. La première injection a été repoussée en partie par les efforts de toux et les mouvements que nécessite chez le malade l'émission des urines.

Prescriptions : Solution de gomme; tisane pectorale chaude; lavement opiacé en cas de selles; vin de Bordeaux. Sommeil paisible jusqu'à onze heures.

A onze heures et demie, les compresses qui recouvrent le pansement sont mouillées par les matières injectées; la charpie est recouverte d'une matière noirâtre et bilieuse; le pansement est renouvelé; le pouls est large, à 86; plus de tremblement des membres.

Dans la nuit, on administre un lavement opiacé à la suite d'une selle un peu liquide; sommeil assez paisible; de quatre heures du matin à dix heures la diarrhée continue : trois selles.

26 *janvier*. Dix heures, visite de M. Sédillot. On enlève les compresses et pièces de pansement qui ont été appliquées dans la nuit; elles sont recouvertes d'une matière bilieuse peu odorante. On lave la plaie avec de l'eau tiède aromatisée. Pendant ce pansement, on donne à mâcher au malade quelques morceaux de côtelette de veau dont il avale le suc, puis on injecte en deux fois, par la plaie de l'estomac, 115 grammes de bouillie précédemment insalivée par le malade; on y ajoute 0,10 de sous-nitrate de bismuth, 0,05 de sulfate de quinine. Pendant l'injection, une petite quantité de bouillie s'échappe par les bords de la plaie. On applique un pansement composé d'un linge fin trempé dans l'huile d'olives, et de boulettes de charpie; le tout est assujetti par deux compresses et une bande de flanelle passée autour du corps. On met en outre des linges secs et chauds sur l'abdomen; dix minutes après, les pièces du pansement sont mouillées. On enlève le premier pansement et l'on place sur le linge huilé, pour exercer une compression mieux soutenue, une petite vessie allongée remplie d'air. L'application de ces divers appareils est bien supportée par le malade.

L'état général est bon; un peu d'affaissement; chaleur normale; le pouls à 80, assez large et résistant. Quoique la toux ait diminué, les crachats sont adhérents au fond du vase; ces caractères provoquent l'examen du thorax, qui est pratiqué par M. le professeur Schützenberger. Il trouve : à la percussion, la sonorité normale en avant des deux côtés; en arrière, à droite et en haut, un peu de submatité. Néanmoins, à l'auscultation, le bruit vésiculaire normal s'entend dans toute la hauteur des deux poumons, en arrière et en avant.

Prescriptions : Trois demi-lavements émollients amylacés avec 5 gouttes de laudanum chaque. Entre midi et une heure : deux selles abondantes, diarrhéiques, constituées par un liquide muqueux jaunâtre, dans lequel nagent des matières fécales. Le malade sommeille dans la journée; son humeur devient maussade; sa voix s'éteint; il refuse de parler à ceux qui l'entourent.

On introduit dans la plaie une petite canule en argent, courbe et cylindrique, qu'on garnit d'une plaque carrée en liége; elle est assujettie à l'aide de deux rubans passés autour du corps. L'orifice extérieur de cette canule peut être fermé au moyen d'un bouchon; on injecte par cette ouverture 180 grammes de bouillie au lait, à laquelle on ajoute 0,10 de sous-nitrate de bismuth. L'état général est moins satisfaisant; le malade s'affaiblit de plus en plus; on remarque cependant qu'à la suite de chaque injection d'aliments le pouls devient plus lent, plus large, plus résistant, et l'opéré déclare se sentir mieux lorsque son estomac est rempli.

Une heure après l'application de la canule, il s'écoule au-dessous de la plaque de liége un liquide incolore, d'une odeur acide, avec des grumeaux blanchâtres.

Vers huit heures du soir, des matières alimentaires coulent avec quelques gouttes de sang; deux selles liquides.

A neuf heures, on fait prévenir M. Sédillot qui, ne pouvant se rendre à l'hôpital, fait dire d'enlever la canule et de tamponner.

M. Wieger, chef des cliniques, enlève l'appareil; à l'orifice se présente une matière liquide, opaline, avec nuages blanchâtres, sans odeur caractéristique; les bords de la plaie sont d'un rouge vif bien limité, surtout à la partie inférieure; ils sont d'une grande sensibilité. On passe de l'huile sur le pourtour de la plaie, qu'on recouvre d'un linge huilé; la compression s'exécute au moyen de boulettes de charpie, d'une pelotte en caoutchouc vulcanisé, préalablement vidée, et d'un bandage de flanelle; la pelote vide est alors gonflée d'air.

A la suite de ce pansement, le malade est pris de nausées, de vomissements; il rend un demi-verre de matières chymeuses provenant de l'estomac. Les efforts de vomissements n'ont pas dérangé l'appareil.

27 *janvier*. Vers minuit, à la suite de mouvements brusques de l'opéré, qui est indocile et remue toujours, un peu de sang s'écoule par la plaie et mouille les linges qui la recouvrent; l'appareil est remis un peu plus serré que la première fois. On administre une cuillerée à café de sirop de morphine pour calmer l'agitation du malade; il dort un peu, puis se réveille en se plaignant d'avoir un bandage trop serré. La bande de flanelle est relâchée, il se rendort.

Son humeur s'aigrit de jour en jour, le moral est très-affecté; il se plaint de n'être pas encore guéri. La faiblesse augmente; les mouvements sont plus lents, moins assurés; la main tremble beaucoup en se dirigeant vers les objets. Le reste de la nuit se passe assez bien.

A huit heures du matin, le malade se plaint de la faim et demande à manger. Il tremble beaucoup en portant le verre de tisane à sa bouche. Une petite selle; on donne 2 grammes d'eau blanche en lavement, et depuis ce moment les selles n'ont plus reparu. La toux continue; elle est moins abondante et moins douloureuse que précédemment.

A onze heures, visite de M. Sédillot. Le malade a pâli; les yeux sont ternes; il est très-faible; la respiration est normale; le pouls à 100. Lavement laudanisé; on enlève le pansement imbibé de matières noirâtres, bilieuses. M. Sédillot introduit dans la plaie la canule d'une seringue adaptée à une grosse sonde de caoutchouc; deux aides pressent en même temps les bords de la plaie de manière à les rapprocher dans le sens transversal. La matière injectée ne reparaît pas; la seringue est retirée, la sonde reste. On recommence l'opération, et on injecte de cette manière 230 grammes de bouillie, dans laquelle on a mis 1 gramme de sous-nitrate de bismuth.

Pansement : plusieurs bourrelets allongés de charpie sont placés transversalement le long des bords de la plaie, pour reproduire le même effet de rapprochement que le doigt des aides; par-dessus plusieurs couches de sparadrap, des gâteaux de charpie et une large bande de laine. Le pouls, qui était à 100 avant l'opération, est tombé à 84. Le malade se sent mieux. M. Sédillot se retire à une heure et demie, en recommandant, si l'écoulement se reproduit, de comprimer avec les doigts (sans défaire l'appareil) de bas en haut et de droite à gauche, pour rapprocher les deux bords de la plaie.

A deux heures et demie, l'écoulement reparaît; on est obligé de faire la compression, et les matières ne passent plus. Ces manœuvres ont été un peu entravées par l'indocilité du malade, la fréquence de ses mouvements et son désir d'uriner souvent et debout. Pas de selles.

A sept heures, visite de M. Sédillot. État de l'opéré : chaleur à la peau; langue sèche, rugueuse; pouls à 130; voix cassée; fièvre. Il se montre impatient de recevoir sa nourriture; il se lève pour uriner. On défait l'appareil, qui est imbibé de matières liquides,

M. Sédillot introduit dans l'estomac, à travers une sonde en caoutchouc, et par les mêmes procédés que le matin, 145 grammes de bouillie, une aile de poulet mâchée et triturée avec du riz. La sonde retirée, des aides sont chargés tour à tour d'exercer une compression douce et régulière. Cette manœuvre est facile en raison d'un pli transversal de la peau qui permet de la ramener au-devant de l'ouverture et de la boucher. Après l'injection des aliments, la physionomie du malade est plus calme, le pouls tombe à 100.

28 *janvier*. A minuit, la compression a été continuée par les aides, qui se relèvent de demi-heure en demi-heure. Le malade n'a pas cessé d'être agité, se soulevant, se tournant dans son lit, voulant se lever; il souffre quand ses mouvements rendent la compression inégale. Il a chaud, rejette les couvertures, a quelques soubresauts des tendons.

M. le chef des cliniques place le long du bord inférieur de la plaie des bourrelets de charpie, les fixe avec quelques bandelettes de sparadrap qui croisent la plaie, recouvre le tout d'un morceau carré de diachylon, de deux compresses et d'une bande en caoutchouc vulcanisé, faisant deux fois le tour du corps. Cet appareil paraît bien tenir. Le malade est satisfait du résultat obtenu, et parle de l'avenir avec espoir.

La nuit est tranquille, le sommeil intermittent, mais paisible. L'appareil est mouillé le lendemain d'une assez petite quantité de liquide. A dix heures, M. Sédillot défait le pansement de M. Wieger. Le malade demande à manger; on lui fait mâcher quelques morceaux de côtelette qu'il rejette. Pendant qu'un aide comprime la plaie, M. Sédillot injecte trois seringues remplies d'aliments : l'une contient de la gelée de viande, les deux autres de la bouillie. Le malade a 104 pulsations avant l'injection des aliments; le pouls baisse lorsque l'estomac est rempli. Deux aides sont chargés de la compression jusqu'à une heure. Pendant cet intervalle de temps il ne sort pas de liquide. Le malade sommeille pendant la compression.

M. Sédillot revient à une heure pour essayer divers appareils destinés à maintenir une compression constante. Il introduit d'abord deux canules serrées l'une contre l'autre; la première est destinée à l'introduction des aliments; la seconde est fixée à une vessie de baudruche vide que l'on peut mettre dans l'estomac, puis remplir d'air ou d'eau. L'ouverture extérieure de ces canules peut être bouchée avec du liége. Ce premier essai est infructueux. Un second moyen a pour objet d'introduire une seule canule, à laquelle est adaptée la baudruche. Dans un effort de toux, l'appareil est expulsé de l'estomac.

On revient à la compression extérieure. On applique une compresse au-dessous de la plaie. Cette pelote improvisée est maintenue et comprimée par une bande de caoutchouc.

On injecte une seringue de bouillon, dans lequel on met deux jaunes d'œuf, une goutte de laudanum, 5 centigrammes de bismuth, 0,10 de sulfate de quinine.

Le dernier appareil ne satisfait pas aux conditions de la compression. M. Tabouret, aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, pense que le son, se moulant aisément sur les formes extérieures, peut être appliqué avec avantage.

On injecte encore une seringuée de bouillon, après quoi l'on place une peau de baudruche sur la plaie; on la recouvre d'un sac de forme ovale rempli de son; on passe un bandage de corps par-dessus le tout, et l'on exerce une compression légère en serrant médiocrement le bandage.

On ordonne pour la nuit :

1° Vin de Bordeaux mélangé d'eau pour boisson;
2° Bouillon, si le malade le désire;
3° Une cuillerée de sirop de morphine pour faciliter le sommeil;
4° La plus grande immobilité;
5° Changer l'appareil s'il ne tient pas, et comprimer avec les doigts jusqu'au lendemain.

A huit heures, le pouls est à 130; la physionomie anxieuse. Le malade réclame le sirop de morphine afin de pouvoir dormir.

A neuf heures, dans des efforts infructueux pour uriner, le bandage de corps est un peu dérangé et le liquide filtre au travers; administration du sirop de morphine.

29 *janvier*. A minuit, le malade veut absolument que l'on fasse son lit. On l'exhorte à rester tranquille; il insiste. On prend toutes les précautions nécessaires pour empêcher la sortie des aliments; on le transporte sur un autre lit : il est disposé à bien dormir.

La nuit est calme, le sommeil un peu agité; les soubresauts des tendons sont plus marqués.

A dix heures, l'état du malade est mauvais; il se trouve très-faible, mais n'accuse pas de douleurs. Le pouls est à 130; il est petit, assez résistant; la respiration est courte; somnolence. La langue est rude, recouverte d'un enduit verdâtre; la soif est vive. Le malade se découvre continuellement en se plaignant de la chaleur, qui cependant est modérée; soubresauts des tendons.

Onze heures. M. Sédillot, à sa visite, introduit dans la plaie une canule de gomme élastique autour de laquelle il a préalablement attaché une peau de baudruche, que l'on peut insuffler de manière à former une sorte de double bouchon comprimant la plaie intérieurement et extérieurement.

On injecte dans l'estomac de la gelée de viande; on donne à boire un peu de vin, et à l'aide de ce nouveau pansement rien ne sort par la plaie. La canule est maintenue en place au moyen de deux petits cordons que l'on fixe sur un bandage de corps percé d'un trou au travers duquel passe la canule. Malgré le besoin de mouvement du malade, quoiqu'il se lève fréquemment et infructueusement pour uriner, l'appareil tient bien; le pouls est tellement accéléré qu'à peine peut-on compter les pulsations de l'artère.

Trois heures. Le malade s'affaiblit visiblement; son regard devient terne. Pour ne pas le fatiguer par de nouveaux pansements, on lui injecte en lavement du bouillon dans lequel a été battu un jaune d'œuf.

Cinq heures. Coliques; ténesme rectal; pas de déjections.

Six heures. La baudruche se rompt; le bandage est complétement mouillé; les liquides sortent abondamment par la plaie : on comprime. La baudruche paraît avoir été digérée d'un côté. On lave la plaie, on la recouvre d'une peau de baudruche huilée, d'un linge sec; on applique ensuite de petites boulettes de charpie; on superpose une pelotte de son, et l'on fixe un bandage de corps que l'on soutient supérieurement avec des scapulaires.

On refait le lit du malade et l'on prescrit :

1° Nettoyer la bouche avec un gargarisme;
2° Donner à boire souvent de l'eau gommeuse au moyen d'un petit chalumeau;
3° Un lavement amylacé dans le cas de diarrhée;
4° Sonder le malade, s'il a besoin d'uriner;
5° S'il se refroidissait, mettre des boules d'eau chaude aux extrémités inférieures.

Le bandage se maintient parfaitement sec.

Vers neuf heures, le malade éprouve un violent besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire. On pratique le cathétérisme qui donne lieu à un écoulement d'urine rouge assez abondant.

A dix heures, le malade est très-affecté; le pouls est à 144; la chaleur est âcre, brûlante; idée de mort.

30 *janvier*. De onze heures à deux heures il est plus calme; la langue est moins sèche, la soif moins vive; il boit assez souvent; le pouls est à 140.

A deux heures, on ne peut plus compter les pulsations de l'artère; la respiration est courte, anxieuse; les mains et la figure se recouvrent de sueurs froides; les pieds sont froids; les yeux ternes; l'ouïe se perd; la langue est cependant plus humide.

Sinapismes aux extrémités inférieures.

A trois heures, le malade a senti les sinapismes, qui n'ont pas produit d'effet sensible; on en remet deux aux cuisses; le pouls tend à se régulariser. Cependant la sueur persiste; le malade perd un peu sa connaissance; facies d'un agonisant; les yeux sont convulsés en haut; le front perle de sueur; la bouche est entr'ouverte; la respiration est stertoreuse.

A cinq heures, il n'entend plus et ne parle plus; sueurs froides continues. Il fait comprendre, à l'aide de signes, qu'il désire être sondé; le cathétérisme donne lieu à un écoulement d'urine peu abondant.

Six heures. L'état s'aggrave; nouvelle application des sinapismes; frictions avec flanelles chaudes sur les membres; boules d'eau chaude aux pieds; vin de Malaga à l'intérieur.

Huit heures. La respiration s'accélère beaucoup; application de sinapismes aux cuisses.

Neuf heures. Le malade se refroidit de plus en plus, malgré tous les révulsifs; le pouls est complétement insensible; les inspirations sont profondes, convulsives, elles se ralentissent de plus en plus, et le malade s'éteint à neuf heures quarante minutes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE COMPARÉE.

Cas effrayant d'hydrophobie chez un cheval en Irlande.

On lit dans l'*Armagh Chronicle* :

« Samedi dernier un fort cheval de labour, appartenant à M. Mc. Crum, près Armagh, est mort enragé. La veille de sa mort, l'animal était dans un état extraordinaire d'excitation; il montrait divers symptômes de maladie et il transpirait beaucoup plus que d'habitude. A la charrue, il mordait fréquemment l'autre cheval. Dans la soirée, son état a empiré, et dans la nuit sa violence est devenue telle que l'alarme s'est mise dans l'écurie; il a fallu en toute hâte faire venir le vétérinaire, M. Small. Un des garçons d'écurie ayant présenté un seau rempli d'eau au cheval a été furieusement assailli par l'animal qui l'a mordu au-dessus de l'œil; un autre garçon de ferme qui voulait se rendre maître de l'animal a été mordu à la main.

« M. Small en arrivant a constaté tous les symptômes de la rage, et il a déclaré que l'animal était enragé. Il a fait envoyer sur-le-champ à Armagh les deux hommes mordus qui ont été cautérisés par le docteur Robinson. On ne pouvait pas se rendre maître du cheval dans l'écurie. Il s'élançait avec furie à bouche ouverte contre quiconque osait approcher, et se ruant contre les rateliers il parcourait en écumant l'écurie dans une indicible frénésie. Il a fini par briser la porte, et il s'est élancé dans un verger voisin où l'on est parvenu à l'isoler. L'animal cherchait toujours à mordre tout ce qui se trouvait sur son passage. Il finit par s'embarrasser

dans les branches d'un pommier. Là il lutta jusqu'à complet épuisement de sa force, finit par tomber et mourut dans les convulsions d'une effroyable agonie. M. Small a procédé à la dissection. Il a trouvé tous les caractères de la rage développés au plus haut point. M. Mc. Crum, maître du cheval, a déclaré que cet animal qu'il possédait depuis des années avait été toujours docile et traitable. M. Small prétend que, quoique l'animal le soit montré très-violent lorsque l'eau lui a été présentée et qu'il a mis en pièces le seau d'eau sous ses pieds, cependant l'hydrophobie ou l'aversion pour l'eau n'est pas un symptôme de rage chez certains animaux.

« Ce cheval avait été probablement mordu par un chien, supposé enragé et que l'on a vu rôder dans le voisinage de Keady, il y a trois semaines. Il est très-heureux que M. Small se soit trouvé là pour constater à temps l'hydrophobie ; autrement les hommes qui entouraient cet animal, ignorant la nature de son mal, eussent été bien plus sérieusement exposés. »

Nous nous serions contenté, à l'exemple d'un autre journal, de rapporter ce fait purement et simplement sans les réflexions qui le terminent et qui semblent ignorer un fait mis surtout en évidence par les expériences et les observations des vétérinaires français. Il résulte, en effet, d'expériences faites à l'École d'Alfort par M. le professeur Renault et à l'École de Lyon par M. le professeur Rey, que la rage des herbivores est quelquefois transmissible à d'autres herbivores, par inoculation; mais il n'existe pas d'observations ni d'expériences *rigoureuses* qui démontrent que cette rage se soit jamais transmise à des omnivores ou à des carnivores. Rien n'est donc moins démontré que la possibilité du développement d'accidents rabiques chez des personnes qu'aurait mordues un cheval ou d'autres herbivores enragés. C'est là un fait que les médecins non moins que les vétérinaires ont intérêt à connaître.

CORRESPONDANCE.

Une conversation que nous avons eue avec MM. Heyfelder et Cooper nous avait engagé à suspendre l'insertion de la lettre suivante. Mais la publication nous en ayant été réclamée, nous l'insérons telle que nous l'avons reçue le 7 de ce mois.

A Monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux.*

Monsieur le rédacteur,

La désarticulation complète de la mâchoire inférieure est une opération assez importante pour que nous n'ayons pas été étonné de voir l'Allemagne et l'Amérique en revendiquer en même temps la priorité.

M. Cooper, dans une note insérée dans votre numéro du 5 avril, avance que cette opération avait été déjà pratiquée par MM. Græfe de Berlin, Heyfelder d'Erlangen, et Carnochan de New-York.

Nous ne connaissons point l'observation de M. Carnochan. Mais ce que nous pouvons assurer, c'est que ni M. Græfe de Berlin, ni M. Heyfelder d'Erlangen n'ont pas pratiqué la désarticulation totale de l'os maxillaire inférieur.

Il serait donc à la fois beaucoup plus convenable et surtout plus utile à la science de rapporter les observations que de se borner à de simples assertions.

Quoi qu'il en soit, nous sommes heureux d'annoncer que la jeune fille opérée par M. Maisonneuve est entièrement hors de danger et que la cicatrice s'est faite par première intention.

7 avril 1853. Dr Alexis Favrot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Chailly n'est aujourd'hui qu'un académicien remarquable et un écrivain distingué ; il est sur le point de devenir un chef d'école littéraire, et un véritable grand homme. Nous avons cité dans notre dernière chronique un échantillon qui montre combien la couleur Chailly a déjà déteint sur la rédaction anonyme de la *Gazette des Hôpitaux;* mais cet échantillon n'est pas le seul que nous possédions : en voici plusieurs autres que, faute de place, nous n'avons pu joindre au dernier que nous avons rapporté :

Le premier est encore du crû de cette fameuse rédaction anonyme de la *Gazette des Hôpitaux;* le voici : « On écrit d'Apt, 2 avril, que pendant « l'ouragan qui a eu lieu dans le département » (le département d'Apt?), « le docteur Chauvet a été emporté près de murs avec sa voiture *à quatre « roues* et un *fort cheval.* Encore étourdi du coup, et comme *asphyxié* « par la *perturbation atmosphérique*, à peine se relevait-il de sa chute « qu'il fut repris par une nouvelle rafale s'engouffrant dans son manteau, « et ENLEVÉ PRESQUE SANS TOUCHER TERRE, (toujours avec sa voiture et « sans cheval); puis, transporté à un kilomètre de là, et forcé de *tout aban- « donner* au gré de la tempête. « (C'est-à-dire, sans doute, son manteau, sa voiture et son fort cheval.) » Heureusement notre confrère n'a pas été « blessé!!! »

Cette petite anecdote n'a l'air de rien; mais, en fait, elle renferme toute une suite de théories physiques, pathologiques et météorologiques, qui ne pourraient manquer d'avoir un haut intérêt, si l'incomparable *secrétaire de la rédaction* voulait bien les exposer en détail, et avec ce talent que tout le monde lui connaît; s'il voulait nous expliquer, par exemple, comment un homme, une voiture à quatre roues et un fort cheval peuvent être *enlevés presque sans toucher terre,* et transportés, toujours presque sans toucher terre, à un kilomètre, etc., etc.; s'il voulait nous dire quel est le mécanisme de l'asphyxie par *perturbation atmosphérique*, etc. Mais le malin secrétaire de la rédaction est, sauf son respect, comme Chaussier : il connaît bien les fonctions de la rate, mais il ne veut pas les dire. C'est un homme bien fort que ce *secrétaire de la rédaction*; et dire que la postérité est peut-être condamnée à ignorer son nom!

Voici quelques autres échantillons qui nous intéresseraient moins directement, s'ils ne prouvaient la réalité d'une école Chailly ; ces échantillons sont empruntés par le *Charivari* à un journal sérieux :

« Un homme généralement estimé, le sieur ***, entrepreneur de char- « pentes d'une commune près Paris, a mis fin hier à ses jours par un sui- « cide; il s'est pendu à une traverse de bois appuyée sur deux tréteaux « placés dans son chantier, et quand on s'est aperçu *de sa mort,* il ne « donnait plus AUCUN SIGNE DE VIE. »

« Un suicide, accompagné de circonstances singulières et touchantes, a « eu lieu il y a deux jours au Marais. Une jeune fille de 17 ans à peine, « jolie, d'une conduite irréprochable, a mis fin à ses jours par l'asphyxie. « Mme X, *sa maîtresse,* traitait cette jeune servante avec une bonté toute « PATERNELLE, etc. »

« Comme c'est la première fois, continue le spirituel citateur, qu'une dame se conduit en père, nous regrettons vivement que cette bonté n'ait pas eu de meilleurs résultats. »

— *Une nouvelle torture.* — Je traversais avant-hier le vaste péristyle de l'Hôtel-Dieu. Un homme s'y promenait en tous sens, dans une sombre agitation, et ne ressemblant pas mal à Marius méditant sur les ruines de Carthage; c'était un candidat à une place de chirurgien du bureau central. —

D'où vous vient aujourd'hui cet air sombre et sévère?

lui dis-je, et que diable faites-vous là? — Je tâche de tuer une heure et et demie, temps pendant lequel trois de mes compétiteurs vont faire leur épreuve clinique. — Et pourquoi ne pas aller passer ce temps à les écouter? il me semble que l'heure et demie passerait plus vite. — C'est bien dit ; mais le vouloir et le pouvoir sont deux. — Comment cela? — Oui ; tel que vous me voyez, je ne puis rentrer ni dans les salles de l'hôpital, pour aller examiner les malades de mes compétiteurs, ni dans l'amphithéâtre pour aller écouter leurs leçons ; d'où il suit que je ronge ici mon frein du moins mal qu'il m'est possible. — Voilà une occupation bien divertissante ; je vous en félicite. — C'est vrai ; cependant je ne suis pas le plus à plaindre ; ici, je respire ; mais il y en a trois là dedans (me montrant un coin du péry-style), qui se divertissent encore moins que moi : ils étouffent dans un cabinet, en attendant qu'un geôlier vienne leur annoncer que l'épreuve de leurs compétiteurs est terminée et leur donner la liberté. — Et d'où vient cette nouvelle méthode? — C'est le jury qui l'a inventée. — Mais la raison? — On l'ignore ; on suppose que le métier de candidat aura paru trop récréatif aux juges, et qu'ils ont voulu lui donner le caractère grave qui lui convient. — C'est une vraie torture que cette mesure-là. — Non ; il paraît que c'est tout simplement *une précaution.* — Précaution contre qui ou contre quoi? — Oh! c'est le secret du jury.

Si je parviens à pénétrer ce mystère, j'en instruirai les candidats présents et futurs.

— M. Trousseau, si ce n'est même la Faculté, n'aurait-il pas les moyens de faire cesser l'abus qu'on fait de son nom, par exemple dans l'annonce suivante qu'on lit dans la *Presse* (non médicale) du jeudi 7 avril :

« Le docteur **TROUSSEAU**, professeur à l'École de médecine, dit que « des expériences personnelles ne lui permettent pas de douter que l'ac- « tion dépurative de la graine de moutarde blanche soit très-puissante ; « des maladies cutanées, des rhumatismes chroniques que rien ne pouvait « amender, ont été guéris en l'employant. Il appelle l'attention des prati- « ciens sur ce moyen peu connu, et à cause de cela trop peu apprécié ; cet « appel a été entendu par un très-grand nombre de médecins *consciencieux!* »

Comment trouvez-vous consciencieux?

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 45. 1re année. Jeudi 14 Avril 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séances des Académies. — Note sur le traitement de l'hydrocèle, par un nouveau procédé, par M. Baudens. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE : Note sur une tumeur formée par l'hypertrophie d'une glandule salivaire de la muqueuse buccale, par M. le Dr Corcelet. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE : Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère, par M. Delbaere. — HYGIENE PUBLIQUE : Un fait dans la question du goître et du crétinisme, par Ad. Chatin. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 13 avril 1853.

Séances des Académies.

Depuis longtemps, et notamment depuis la grande discussion sur l'opium indigène, nous connaissions à M. Bouchardat toutes sortes de talents; mais nous ne lui soupçonnions pas celui de la subtilisation; c'est hier qu'il en a donné une preuve des plus spirituelles, en escamotant le plus lestement du monde l'ordre du jour. M. Bouchardat était inscrit pour lire quelques rapports sur des remèdes secrets, et pendant que l'Académie était en bruyante causerie, comme il arrive d'habitude lors de la lecture de ces rapports, l'adroit rapporteur a entamé la lecture d'un rapport qui n'était nullement officiel et pas davantage à l'ordre du jour; quand l'Académie s'est aperçue de la supercherie, la lecture du rapport était fort avancée, et tout ce que le président a cru pouvoir faire, c'est d'en renvoyer la discussion à une autre séance.

Si M. Bouchardat a eu l'adresse d'enfreindre l'ordre du jour, M. Piorry n'a pas eu celle de le faire respecter, quoiqu'il ait eu pour lui l'utilité, les convenances et l'appui important de M. Bégin. M. Piorry, à qui la parole avait été donnée dans la séance précédente, pour lire non pas un rapport sur les épidémies, comme l'a annoncé certain prophète, mais un important rapport sur le traitement des sourds-muets, n'a pu la conserver dans cette séance, sous prétexte que M. Cruveilhier, qui n'en a pas fait usage, devait la prendre.

M. Piorry une fois éliminé de l'ordre du jour, l'Académie a repris sa discussion sur l'atrophie musculaire. MM. Parchappe et J. Guérin ont seuls occupé la tribune, et M. Cruveilhier, venu pour soutenir la discussion, a cru utile de ne rien ajouter aux considérations présentées par ces deux orateurs. M. Bérard, appelé hors de l'Académie par des devoirs administratifs, n'a pu prendre la parole, ainsi qu'il se l'était proposé. L'Académie et la discussion n'ont pu qu'y perdre beaucoup. Le défaut d'espace, non moins que le besoin de méditer les deux allocutions de MM. Parchappe et Guérin, nous oblige de renvoyer le compte rendu et l'appréciation de la discussion à un prochain numéro.

La correspondance renfermait plusieurs communications intéressantes, parmi lesquelles nous devons surtout signaler celle de M. Chatin. On sait avec quelle infatigable persévérance l'habile botaniste poursuit cette belle question du goître et du crétinisme, dans laquelle il est entré par occasion, et qu'il aura peut-être le bonheur de résoudre. On ne peut méconnaître l'extrême importance du fait qu'il a communiqué hier, et après en avoir pris une connaissance exacte, nos lecteurs penseront sans doute qu'il n'en faudrait pas beaucoup de semblables pour faire accorder à l'iode toute l'importance que les consciencieuses recherches de M. Chatin tendent à lui donner.

Nos lecteurs remarqueront aussi dans la correspondance l'intéressante communication de M. Girard, d'Auxerre, et la réclamation de trois médecins de la Haute-Vienne, qui semblent venir à l'appui des remarques que nous avons présentées sur M. Maslieurat-Lagemard, à l'occasion du dernier rapport de M. Depaul.

— Ce qu'il y a eu de plus remarquable à l'Académie des sciences, outre les deux communications que nous reproduisons textuellement, c'est un débat plus que vif qui s'est élevé entre M. Charles Bonaparte et M. le président. L'Académie des sciences reproche à l'occasion à sa sœur cadette de sortir souvent dans ses discussions du cercle parlementaire, et ce reproche ne manque pas absolument de fondement; mais il faut reconnaître aussi que si le calme est plus habituel au palais Mazarin, c'est qu'on y discute beaucoup moins. Les exemples que nous avons observés depuis quelques mois donneraient volontiers à penser que si les discussions scientifiques s'y renouvelaient aussi fréquemment que dans la rue des Saints-Pères, les orages y seraient pour le moins aussi fréquents.

H. DE CASTELNAU.

Note sur le traitement de l'hydrocèle par un nouveau procédé,

Par M. BAUDENS, membre du conseil de santé des armées.

(*Lue à la séance de l'Académie des sciences du 11 avril.*)

Notre traitement de l'hydrocèle repose, l'Académie se le rappelle (1), sur ce fait incontestable que l'irritabilité de la tunique vaginale n'étant pas toujours la même et présentant au contraire des différences marquées, selon les individus, la même injection invariable dans sa composition, ne saurait être considérée comme une panacée. Il faut dès lors graduer selon l'irritabilité

(1) *Voir* le mémoire sur l'hydrocèle, lu à l'Institut le 9 décembre 1850, par M. Baudens.

de cette séreuse l'inflammation qu'on y doit produire, et comme l'irritabilité spéciale de la séreuse est un inconnu, on doit agir avec prudence, avec des tâtonnements bien ménagés pour s'arrêter au moment où l'inflammation ne pêche ni par impuissance, ni par excès. Par impuissance, on aurait des récidives; par excès, on aurait à combattre des accidents inflammatoires capables de s'élever, on le sait, jusqu'à la gangrène.

Les méthodes ordinaires de traitement ne reposant pas sur ces principes manquent de cette précision mathématique de laquelle on doit toujours se rapprocher le plus possible. En effet, elles ne tiennent pas compte de l'irritabilité variable de la tunique vaginale selon les sujets; le liquide à injecter ne varie pas; il est irritant toujours au même degré. Tel praticien emploie bien l'iode à l'exclusion du vin; tel autre, le vin à l'exclusion de l'iode; tel autre encore, un liquide irritant à l'exclusion des deux premiers, cela est vrai; mais quand une fois le choix d'un liquide est fait, le liquide ne varie plus dans ses éléments constitutifs ni dans son action dynamique. On agit alors au hasard, sans guide, sans boussole. L'inflammation peut ou faire défaut, ou être en excès, ou bien si la chance a été propice, se produire dans les limites désirables. Cette échelle mobile de circonstances fortuites a donné naissance à une foule de traitements nouveaux qui tour à tour ont échoué ou réussi, selon que le hasard les a favorisés; mais qui, jugés d'un point de vue général, ne sont ni absolument mauvais ni absolument bons. La voie nouvelle dans laquelle nous sommes entré depuis vingt années ne livre rien aux chances du hasard; elle permet d'agir à coup sûr; aussi d'éminents praticiens, M. le professeur Sédillot entre autres, ont-ils adopté notre méthode.

Notre procédé opératoire permet en outre d'éviter sûrement la lésion soit du testicule, soit du cordon des vaisseaux spermatiques, et bien que, dans ces derniers temps, on ait cherché à prouver que la lésion du testicule par la pointe du trocart n'entraîne pas toujours d'accidents très-sérieux; il n'en reste pas moins démontré qu'il faut éviter de blesser cet organe. Un autre avantage de la canule par nous employée, c'est qu'une fois en place elle n'est pas sujette à se déplacer; ainsi on n'a pas à redouter, comme par la méthode ordinaire, le passage dans le dartos du liquide injecté et la gangrène consécutive du scrotum, accident assez fréquent, puisqu'il est peu de praticiens qui ne l'aient observé.

Notre trocart-acuponcture, très-mince, s'introduit comme une aiguille à acuponcture dans le point le plus fluctuant de la tumeur, en évitant soigneusement les veines du scrotum. Une fois dans la poche, on fait rentrer le dard, on applique le bout de la canule ainsi désarmée contre la paroi opposée de la tunique vaginale; on la reconnaît avec le doigt à travers le dartos, puis on pousse le dard, et la canule armée de nouveau transperce facilement tous les tissus. Le scrotum est ainsi embroché par la canule; on met l'ouverture centrale dont elle est percée en contact avec le liquide, on retire le dard, et celui-ci s'écoule par les deux bouts de la canule. On peut encore, si on le préfère, refouler le testicule en bas, rapprocher l'une contre l'autre les parois du scrotum et les transpercer d'un seul coup, absolument comme si l'on voulait mettre un séton.

Ceci fait, il ne suffit plus que de développer graduellement et dans de justes limites l'inflammation de la tunique érytloïde. Pour cela, au lieu de retirer, comme on le fait, la canule aussitôt après l'injection, il faut la laisser en place pendant plusieurs jours, et, à la faveur de l'ouverture centrale, rester en communication avec la tunique vaginale tout le temps nécessaire au développement graduel de l'inflammation. Le degré d'irritabilité de la séreuse étant inconnu, on commence par des injections douées d'une très-faible puissance et en très-petite quantité à la fois, quelques grammes. Ainsi, le premier jour, on se borne à injecter de l'air plusieurs fois dans la journée; si l'air ne suffit pas, on injecte de l'eau pure ou animée soit avec du vin, soit avec quelques gouttes d'eau de Cologne. Si ce liquide est insuffisant, on élève sa puissance; on choisit, si l'on veut, parmi ceux qui ont été le plus préconisés, le vin, l'iode, etc. Celui qui nous réussit le mieux est une solution aqueuse contenant 5 centigrammes d'azotate sur 120 grammes d'eau distillée.

Ce traitement, on le comprend, est fort peu douloureux; il ne cause guère plus de souffrances que la simple ponction du traitement palliatif; il ne provoque jamais les atroces souffrances que développent parfois les injections par la méthode ordinaire.

On reconnaît que l'inflammation est élevée à un degré suffisant quand le volume du testicule augmente; quand le scrotum devient un peu tuméfié, chaud, douloureux à la pression; quand la souffrance remonte sourdement au-dessus de la région inguinale; en un mot, quand la tunique vaginale sécrète une lymphe plastique coagulable indispensable à la cure radicale.

Ce signe est de tous le plus certain. Dès qu'il est obtenu, on ne doit pas pousser plus loin l'inflammation, sans quoi la séreuse ne se bornerait plus à une sécrétion plastique; celle-ci deviendrait purulente, ainsi que cela arrive quelquefois, sans que pour cela le résultat final, la guérison, se trouve compromis; loin de là, quelques chirurgiens pensent que pour plus de certitude il faut tendre à l'obtenir. Ce n'est pas notre avis; nous sommes convaincu qu'il n'y a que des inconvénients à aller au delà des sécrétions plastiques.

Le moyen de reconnaître la plasticité des sécrétions est bien facile, comme on va le voir : nous ne l'avons découvert que depuis un an; nous le publions pour la première fois.

Pour constater que la sécrétion est devenue plastique, rien de plus simple : en effet, après un séjour de quelques heures, quand on retire la tige pleine qui fermait la canule, il s'écoule un liquide séreux plus ou moins abondant, on le conserve dans un petit verre, et, par le refroidissement, il arrive, quand l'inflammation est suffisante, que ce liquide se sépare comme le sang d'une saignée en deux parties, l'une liquide, séreuse, l'autre solide, représentée par des exsudations plastiques, fibrineuses, flottant comme des toiles membraneuses blanchâtres. Nous attachons à ce signe qui, observé dans une vingtaine de cas, n'a jamais été infidèle, une grande importance; il imprime à notre méthode le dernier cachet d'une précision rigoureuse. Nous nous bornerons à citer, à l'appui de notre opinion, les deux faits suivants, auxquels se rattachent d'autres considérations importantes.

1re *Observation. — Énorme hydrocèle du cordon gauche, avec épaississement considérable des enveloppes, compliquée de deux hernies inguinales. — Guérison.*

Cl., âgé de 52 ans, capitaine au long cours, d'une forte constitution, a reçu il y a cinq ans, pendant une manœuvre sur son navire, un coup sur le testicule gauche. Ce coup aurait été le point de départ de l'hydrocèle dont il est porteur.

A l'examen, on reconnaît à droite une hernie inguinale réductible, et à gauche, également dans le scrotum, une tumeur du volume de la tête d'un enfant. Une partie de cette tumeur peut se réduire, elle appartient à une hernie entéro-épiplocèle. L'autre portion, non réductible, mesure dans le sens vertical une circonférence de 48 centimètres, et dans le sens transversal 45 centimètres. Cette tumeur, beaucoup plus longue que large, est dure, résistante, d'une transparence parfaite. Examinée à la bougie, impossible d'y découvrir la présence du testicule. En recher-

chant ce dernier avec attention, nous le rencontrons tout à fait en bas et en avant, saillant sous la peau qui n'a subi aucune altération, souple, élastique, sans notable augmentation de volume. En le comprimant un peu, le malade ressent une douleur caractéristique. Le testicule forme là en bas une sorte de petite tumeur accessoire, mais parfaitement isolée, parfaitement en dehors du sac qui contient le liquide de l'hydrocèle. On avait affaire, à n'en pas douter, à une hydrocèle du cordon, bien que ses énormes proportions fussent de nature à en faire douter, mais la suite démontrera mieux encore l'exactitude du diagnostic.

Après avoir préparé le malade par quelques bains et par un purgatif donné la veille, la hernie étant réduite, le 30 décembre 1852 nous faisons, en présence de MM. les docteurs Marchessaux et Rochard, la ponction de l'hydrocèle d'après les règles tracées plus haut. Il s'écoule un liquide séreux, mais beaucoup moins abondant qu'on ne s'y attendait, en raison du volume et de la parfaite transparence de la tumeur. Après l'avoir vidée complétement, on reconnaît que ses parois ont au moins 3 centimètres d'épaisseur. Celles-ci sont, du reste, souples, sans dureté cartilagineuse, sans plaques osseuses, sans dégénérescence d'aucune espèce; il n'y a là qu'une simple hypertrophie. Le scrotum reste flasque, sans ressort, et dans cet état on constate mieux encore la présence du testicule en bas à l'état d'isolement parfait, recouvert uniquement par des tissus normaux.

Des injections d'air sont faites sans être même perçues par le malade; peu d'instants après, on les remplace par des injections d'eau froide, et la sensation du froid détermine dans les enveloppes scrotales un mouvement vermiculaire dû à la contraction du muscle crémaster. La tumeur durcit et remonte vers l'anneau.

L'inflammation étant nulle, on injecte dans la soirée quelques grammes d'eau légèrement chargée d'azotate d'argent. Le liquide est maintenu renfermé dans le sac, en bouchant la canule avec une tige pleine. Légère cuisson, mais passagère; sommeil bon, pas de réaction, pas de fièvre, pas de soif, appétit conservé.

31 *décembre*. Quelques grammes de liquide s'écoulent par la canule, au moment où l'on retire la tige. Ce liquide est séreux, mais trouble. Nouvelles injections avec eau et azotate d'argent. Le malade mangera modérément dans la journée. Sensation de chaleur dans le scrotum; un peu de douleur sourde remontant vers l'aine.

1er *janvier*. La nuit a été bonne, sans fièvre, sans douleur; mais le pouls est plus plein, un peu fréquent. Le liquide recueilli la veille contient quelques membranes de sécrétions plastiques.

2 *janvier*. Même état; d'abondantes sécrétions fibrineuses surnagent, sous forme de toiles membraneuses, dans le liquide conservé du jour précédent.

Dans les cas simples ordinaires, nous nous arrêtons ici; mais en raison de l'épaisseur des enveloppes, nous jugeons nécessaire d'aller plus loin, et afin d'en obtenir plus facilement la résolution, aux injections avec azotate d'argent nous substituons les injections iodées dans les proportions ordinaires d'eau et de teinture d'iode. Notons toutefois déjà la formation d'abondants dépôts plastiques à la partie inférieure de la tumeur, où n'arrive plus le liquide injecté.

3 *janvier*. La tumeur durcit de plus en plus dans sa moitié inférieure; le testicule ne participe pas à ce travail; il reste à l'état normal, toujours dans la position signalée. Nuit très-bonne; pas de fièvre, soif nulle, léger mal de tête, moins d'appétit. Potages pour toute nourriture. Nombreuses toiles membraneuses dans le liquide retiré le jour précédent. Nouvelle injection iodée avec addition d'iodure de potassium. Réaction modérée.

4 *janvier*. Rien à noter. Troisième injection iodée, mais avec moitié eau, moitié teinture d'iode et addition d'iodure de potassium; la réaction continue à être douce, sans douleur. Dépôts membraneux dans le liquide extrait depuis vingt-quatre heures. Ce liquide, en raison de l'iode, est un peu plus coloré.

5 *janvier*. Même injection, même résultat.

6 *janvier*. Injection de vin pur; réaction et douleurs passagères, mais assez vives. La tumeur est très-dure dans ses trois quarts inférieurs; il ne reste plus qu'en haut une petite poche encore susceptible d'admettre du liquide injecté.

7 *janvier*. La nuit a été bonne, pas de fièvre; réaction locale modérée; le liquide sécrété est purulent. Les ouvertures scrotales se sont agrandies par la présence de la canule; on retire celle-ci.

Prescriptions. Frictions mercurielles camphrées abondantes sur toute la tumeur, qui présente encore un volume à peu près de moitié de ce qu'elle était.

8 *janvier*. En comprimant la poche, on fait sortir une ou deux cuillerées de pus peu épais, mêlé à de la sérosité. On entretient, par de petites mèches de charpie béantes, les ouvertures laissées après l'extraction de la canule pour faciliter l'écoulement des matières purulentes. La masse diminue graduellement de volume, les deux ouvertures agissant comme deux cautères. Mêmes frictions et cataplasmes; bandage en T comprimant la tumeur et la reportant en haut appuyée sur les aines.

9 *janvier*. La diminution se prononce de plus en plus, on alterne avec les douches, les frictions d'iodure de plomb, la compression avec les bandelettes de Vigo, et après quarante jours de traitement, le malade, parfaitement guéri, prend le chemin de fer et retourne chez lui, à cent lieues de Paris. Il ne restait plus alors qu'un petit noyau d'induration de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui depuis a disparu, et en dehors de ce noyau était le testicule libre et à l'état normal.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue.

Et d'abord, les hydrocèles du cordon, avec les énormes proportions signalées, sont excessivement rares, si rares même que nous n'en connaissons pas un second exemple cité par les auteurs; le testicule, situé en bas et en avant de la tumeur, aurait été infailliblement traversé par le trocart, si on avait fait la ponction dans le lieu d'élection classique; l'épaisseur des enveloppes semblait de nature à exiger le traitement de l'hydrocèle dit par incision, et notre traitement beaucoup plus simple, bien moins dangereux, en a triomphé; la canule a pu rester en place pendant huit jours sans déterminer autre chose qu'une suppuration du sac dans sa moitié supérieure; suppuration qu'exceptionnellement nous avons cherchée pour obtenir, avec une oblitération radicale, la résolution des enveloppes scrotales; suppuration d'ailleurs inoffensive, sans fièvre, sans douleurs notables, et dont les résultats ont été fort heureux.

2e *Observation. — Hydrocèle double traitée une première fois sans succès par le gaz ammoniaque, une autre fois sans succès également par les injections iodées. — Guérison par notre méthode de traitement.*

M. R. S., intendant militaire, âgé de 50 ans, de bonne constitution, est porteur, depuis cinq ans, d'une double hydrocèle de la tunique vaginale dont la cause lui est inconnue.

Il a été opéré, il y a deux ans, par un médecin militaire qui a introduit dans la tunique vaginale du gaz ammoniaque, l'inflammation a fait défaut, l'hydrocèle s'est reproduite en très-peu de temps; un an plus tard; un autre médecin l'a opéré par la méthode des injections iodées, le résultat a été négatif comme la première fois.

Ce double insuccès inquiète cet officier, et c'est alors qu'il s'adresse à nous en janvier 1853. Les deux hydrocèles sont d'un volume moyen et d'une transparence parfaite; la gauche est un peu plus forte que la droite, mais de ce côté, le testicule, plus gros que dans l'état normal, offre un noyau d'induration voisin de l'épididyme et assez prononcé.

Appelé en consultation, notre savant confrère, M. le professeur Velpeau, est d'avis que, sans se préoccuper de l'induration, il convient d'opérer les deux hydrocèles sans délai et simultanément.

Après avoir disposé le malade par quelques bains généraux et par un léger purgatif, nous opérons le 15 janvier et d'après notre méthode, d'abord l'hydrocèle du côté gauche. La poche qui contenait 130 grammes d'un liquide séreux citrin est immédiate-

ment remplie d'air, dont on renouvelle l'injection deux fois dans la journée.

16 *janvier*. Nuit bonne, calme parfait, peu de réaction locale, pas de soif, appétit bon, pouls normal. On débouche la canule et on recueille dans un verre quelques grammes de liquide sécrété, au lieu d'air; on pousse matin et soir une injection d'eau pure.

17 *janvier*. Le liquide citrin, conservé de la veille, ne contient pas de matière plastique. Nuit calme, réaction locale à peine notable, injection de quelques grammes d'eau très-légèrement chargée d'azotate d'argent; sensation légère de cuisson pendant une grande partie du jour; douleur sourde mais peu vive, se prolongeant vers l'aine.

18 *janvier*. Nuit calme, mais peu de sommeil; pouls plus développé; pas de soif, mais peu d'appétit; le liquide retiré la veille ne contient pas encore de flocons membraneux. On enlève le liquide accumulé dans la tunique vaginale et on le conserve dans un verre. Une réaction manifeste a lieu dans les bourses. On ne fait pas de nouvelle injection, mais on laisse en place la canule pour s'en servir, s'il y a lieu, dans la soirée. On trouve le soir, dans le liquide retiré le matin, une toile membraneuse abondante; l'inflammation de la séreuse est arrivée au degré voulu, puisqu'elle sécrète une matière plastique, fibrineuse, coagulable par le repos et le refroidissement; la canule ne doit plus fonctionner, elle est retirée.

19 *janvier*. Le malade est dans un état général parfait; il n'a, pour ainsi dire, pas souffert; il est sans fièvre. Nous opérons l'hydrocèle du côté droit de la même manière.

Seulement, comme nous connaissons le degré d'irritabilité de la tunique vaginale, l'hydrocèle opérée nous servant de *criterium*, nous recourons d'emblée à l'injection au nitrate d'argent.

Le 20, la réaction est à peine sensible; nouvelle injection.

Le 21, on trouve des dépôts floconneux de sécrétion plastique dans le liquide extrait la veille du sac; la canule est retirée.

Le malade est très-bien; mais comme il avait beaucoup souffert des deux opérations faites sans succès et qu'il a éprouvé bien moins de souffrance de celles que nous venons de lui pratiquer, il s'inquiète de ce que nous retirons si vite la canule; il est convaincu qu'il ne guérira pas, et cette inquiétude, que nous avons beaucoup de peine à dissiper, lui donne de l'insommie et de l'agitation; toutefois, il ne tarde pas à reconnaître son erreur.

Les deux hydrocèles opérées ont repris à peu près leur volume ordinaire; mais au lieu d'être souples, elles sont dures comme deux pommes; peu à peu les duretés se fondent et disparaissent par résolution sous l'influence de frictions fondantes, principalement du liniment huileux à 8 grammes de camphre pour 32 grammes d'huile, et la guérison radicale des deux hydrocèles a lieu en même temps, bien qu'elles aient été opérées à quatre jours de distance. Vingt jours après la première des deux opérations, M. R. a quitté Paris parfaitement guéri, de sorte que la première hydrocèle n'a exigé qu'un traitement de vingt jours, et la deuxième un traitement de seize jours, seulement le noyau d'induration du testicule a disparu sous l'influence de la médication.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Note sur une tumeur formée par l'hypertrophie d'une glandule salivaire de la muqueuse buccale,

Par M. le Dr Corcelet, de Grenoble.

Madame C., rentière, âgée d'une soixantaine d'années, d'une constitution assez faible, demeurant Hôtel de la Cité, me fit appeler le 14 janvier 1853, en consultation avec son médecin ordinaire, afin d'examiner une petite tumeur qu'elle portait dans l'arrière-bouche depuis deux années. Cette tumeur, située dans la moitié droite du voile du palais, s'est développée très lentement en s'éloignant peu à peu de la ligne médiane sans produire d'accident appréciable. Depuis trois mois seulement, elle occasionne une assez grande gêne de la phonation et de la déglutition, dont chaque mouvement fait éprouver une vive douleur ressentie surtout dans l'intérieur de l'oreille droite. Elle a le volume d'une grosse noisette; sa densité est celle du tissu fibreux; la muqueuse qui la recouvre, lisse, souple, peut facilement glisser sur sa surface; le doigt, porté dans le pharynx, reconnaît que son développement postérieur est moindre que l'antérieur, enfin elle accompagne les mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation du voile du palais, ce que l'on constate très-bien en engageant la malade à rester quelque temps la bouche entr'ouverte.

Quelle était la nature de cette tumeur? Le diagnostic une fois porté, quel était le traitement à mettre en usage? En l'absence de tout antécédent de nature syphilitique, mon honorable confrère, qui avait d'abord pensé que cette tumeur n'était que le renflement d'un polype dont les racines étaient implantées plus profondément, s'était ensuite rendu à l'opinion d'un autre médecin appelé avant moi, qui avait cru reconnaître dans la tumeur l'expression locale d'une diathèse cancéreuse; en conséquence, il était d'avis de se borner à l'emploi des calmants. Mais considérant la liberté complète des fosses nasales, l'absence de douleurs lancinantes, de développement variqueux des veines superficielles, d'adhérences des tissus, d'engorgement ganglionnaire, etc., je crus devoir combattre cette manière de voir, et me rappelant une excellente leçon de M. Nélaton, au sujet d'une tumeur du voile du palais que je lui vis enlever en 1851, je résumai les symptômes énoncés ci-dessus, et je n'hésitai pas à me prononcer pour l'existence d'une tumeur formée par l'hypertrophie d'une glandule salivaire, je proposai donc de faire une simple incision à la muqueuse buccale, dans le sens du plus grand axe de la tumeur, de la saisir avec une érigne, et de l'énucléer. Cette opinion ayant été adoptée, je pratiquai l'opération, qui se fit sans la moindre difficulté. Dépouillée d'une mince coque fibreuse, la tumeur avait tout à fait l'aspect d'une amygdale dont le tissu aurait été légèrement condensé. Je l'envoyai à M. Broca avec prière de l'examiner. Voici les paroles de cet habile observateur: « L'examen à l'œil m'a appris que la tumeur provenant du voile du palais n'est pas cancéreuse; au microscope, j'ai trouvé en plusieurs points, des masses d'un épithélium très-fin disposé en pavé, et je crois, avec l'auteur de l'observation, qu'il s'agit ici d'une hypertrophie glandulaire. » J'ajoute que je n'ai trouvé dans la tumeur aucun élément de nature à faire craindre la récidive. Je me crois donc en droit de conclure que la tumeur était bien véritablement formée par l'hypertrophie d'une glandule salivaire. Quant aux suites de l'opération, la petite plaie a mis un mois à se cicatriser entièrement; la douleur auriculaire a persisté, mais en s'affaiblissant, pendant encore une quinzaine de jours, pour disparaître d'une manière définitive au commencement du mois de mars; la phonation et la déglutition n'éprouvent plus aucune gêne, en un mot, la malade est complétement guérie.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère,

Par M. Delbaere, *chirurgien-accoucheur à Ingoyghem*.

La nommée Justine Van Moorelghem, âgée de 28 ans, épouse de Louis De Candt, tisserand à Ingoyghem, est accouchée pour la première fois le 22 octobre 1851, d'un enfant très-petit qui a succombé quelques mois après. Elle est d'un tempérament nervoso-sanguin, de taille moyenne, habituellement bien portante, ne présentant aucun vice rachitique, ni aucune déformation extérieure du système osseux; pendant sa jeunesse elle s'est livrée à de rudes travaux. L'habitation des époux De Candt peut être considérée comme saine, quoiqu'elle ne réunisse pas toutes les conditions d'une hygiène parfaite.

Le 17 octobre dernier, je fus appelé vers midi auprès de la femme De Candt, pour lui donner mes soins dans un accouchement difficile. A mon arrivée, j'appris que les premières douleurs

de l'enfantement avaient commencé le 14; que le travail peu intense avait amené le 15 la rupture de la poche des eaux qui coulaient encore, mais en faible quantité. Au toucher, je trouvai le col de la matrice dilaté; mais il me fut impossible d'atteindre du doigt aucune partie de l'enfant: je diagnostiquai une présentation du tronc. Le doigt explorateur, d'un autre côté, atteignait très-facilement l'angle sacro-vertébral, et à l'aide de deux doigts introduits, je pus constater approximativement que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur ne mesurait guère que deux pouces.

Le travail était ralenti au point d'être insignifiant et complétement insuffisant pour modifier la position de l'enfant. Dans l'état considérable de rétrécissement du bassin je ne pus songer à tenter la version; la section césarienne me parut être la seule voie de salut à essayer pour la mère et l'enfant. Je fis part de cette idée à la famille qui déclara s'en remettre entièrement à moi; la femme De Candt consentit à se soumettre à toute mesure que je croirai devoir instituer pour la sauver. Je remis l'opération au lendemain en demandant l'adjonction d'un collègue: M. Van De Putte, de Thieghem, fut appelé.

Le 18 octobre, nous constatâmes de nouveau, M. Van De Putte et moi, les vices de conformation du bassin. L'auscultation nous apprit que l'enfant était encore vivant; nous procédâmes sans retard à l'opération.

La femme ayant été convenablement placée et maintenue par des aides, je fis sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 pouces et divisai successivement dans le même sens l'aponévrose, le péritoine et les parois utérines. Je rencontrai le placenta adhérent et fus obligé de le couper avec le bistouri pour arriver à l'enfant, ce qui me fit craindre pour sa vie et redouter un épanchement de sang dangereux dans la cavité du péritoine. Mon collègue Van De Putte redoubla en ce moment de soins pour empêcher cette fâcheuse complication. L'enfant se présentait par le côté gauche du dos, son extraction ne se fit pas sans quelques efforts; l'enfant était mort.

Aucune hémorrhagie sérieuse n'eut lieu; nous eûmes à refouler une grande masse d'intestins grêles qui s'échappaient par la plaie. Les lèvres rapprochées de celle-ci furent maintenues au contact par des bandelettes agglutinatives; des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage de corps assez serré, complétèrent le pansement. La femme fut reportée dans son lit: elle avait fait preuve de beaucoup de courage; aucune syncope n'était survenue.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses. — Le 19, sommeil presque nul, peu de lochies; plusieurs vomissements: ces derniers existaient avant l'opération; urines faciles. Lait coupé; eau froide sucrée.

Le 20, la malade a dormi quelques heures; la fièvre et la douleur sont très-modérées,—pouls à 96; — il y eut encore quelques vomissements. — La diète absolue fut rigoureusement continuée jusqu'au 22. A cette époque il n'y eut plus de vomissements; l'application d'un suppotoire procura deux selles; — quelques cuillerées de bouillon furent données; — le sommeil fut de plusieurs heures.

Le 23, plusieurs selles; la fièvre se maintient dans de bonnes et favorables limites, il y a appétence; quelques aliments sont bien digérés.

Depuis lors, aucun accident ne vint entraver la marche de la guérison. La cicatrisation était complète le 23 novembre et l'état général de l'opérée ne laissait rien à désirer.

(*Ann. de la Soc. méd. chir. de Bruges.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Un fait dans la question du goître et du crétinisme,

Par Ad. Chatin, *professeur à l'École de pharmacie.*

J'aurai prochainement l'honneur de soumettre à l'Académie les résultats généraux d'un voyage que j'ai fait, l'automne dernier, dans le Jura, le Valais, le royaume Lombard-Vénitien, l'Allemagne et la Belgique, afin de continuer mes études sur l'iode de l'air, des eaux, etc., et de rechercher les relations qui existent entre la proportion de cet élément et le développement du goître et du crétinisme. Aujourd'hui je ne viens faire connaître qu'*un* simple *fait;* mais ce fait, que mes analyses viennent d'établir, se présente avec des caractères qui lui donnent une telle importance, que je n'ai pu résister au désir de le livrer immédiatement à l'appréciation de l'Académie, dégagé des faits d'ensemble qui ne manqueraient pas d'absorber une partie de la lumière que je veux concentrer sur lui.

Ayant demandé à Martigny, comme j'ai l'habitude de le faire dans chacun des pays que je visite, quelles étaient les localités des environs où l'on comptait le plus grand nombre ou le nombre le plus petit de goîtreux et de crétins, chacun me nomma Fully et Saillon, deux gros villages placés presque en face de Martigny, dans les beaux vignobles qui couvrent les pieds de la haute chaîne de montagnes étendue sur la rive droite du Rhône. A Fully, me dit-on, vous trouverez plus de goîtreux et de crétins que sur tout autre point du Valais; à Saillon, au contraire, vous chercherez inutilement des hommes affectés de ces maladies. Et comme toutes les conditions semblent communes à ces villages, le contraste qu'ils offrent par la santé de leurs habitants se présente comme un problème insoluble: c'est comme tel qu'il reste après les nombreuses observations dont il a été l'objet; c'est comme tel qu'on ne manque pas de me le présenter.

Je me dirigeai sur les villages afin de les observer moi-même et de recueillir, en tous cas, des produits pour mes analyses.

Bientôt je reconnus que, comme on me l'avait annoncé, Fully et Saillon se ressemblent par leurs habitations et le milieu où ils s'élèvent. Contigus l'un à l'autre comme le sont, près Paris, les villages de Passy et de Chaillot, ou ceux de Ménilmontant et de Belleville, tous deux exposés en plein Sud, situés à la même hauteur sur la pente inférieure de la montagne et sur le point de la vallée du Rhône où celle-ci a le plus de largeur (3 à 4 kilomètres), plongés dans la même atmosphère rendue un peu humide par les vapeurs du Rhône et des torrents qui descendent des glaciers, ainsi que par les émanations qui s'élèvent des marécages de la vallée, tous deux battus des mêmes vents (vents du S.-O. de 10 heures du matin à 5 heures du soir), formés l'un et l'autre de maisons à un et deux étages élevés sur des hangards et peu entremêlées de ces grands noyers ou châtaigniers si prodigués ailleurs, mais qui nuiraient aux vignes, principale culture des habitants, tous deux occupés par une *population que tente souvent* (dans une certaine classe) *l'excellence du vin;* nos deux villages se présentèrent à mon observation aussi pareils que les deux moitiés d'un tout. Je constatai bien une différence. Fully et ses cultures reposent sur une roche granitique; Saillon et ses vignobles s'élèvent sur un calcaire subschisteux appartenant à la formation du lias. Mais cette différence même, qui correspond à une faille dans le pied de la montagne, est d'autant moins propre à expliquer le contraste morbide, qu'il est plus ordinaire de rencontrer des goîtreux sur les schistes du lias que sur le granite: ajoutons que le vin des calcaires de Saillon passe pour être plus capiteux que celui des granites de Fully.

J'avouerai qu'après cet examen je ne pus me défendre d'espérer que les habitants de Fully et de Saillon différeraient moins, quant au goître et au crétinisme, qu'on ne l'affirmait; les faits semblèrent d'abord répondre à mon attente. Pour ne rien dire des crétins et crétineux qui entrent dans le chiffre des habitants pour $\frac{4-5}{100}$, je ne vis à Fully que des goîtreux, y compris M. le châtelain Bixet, homme riche et instruit, à qui l'on m'avait adressé comme très-propre à me fournir les renseignements que je pouvais avoir à recueillir, et qui, soit dit en passant, me donna à entendre, comme c'est l'usage du pays, que le crétinisme appartenait à l'histoire, et que le goître était fort rare. Cette circonstance me rappelle qu'il y a deux ans, lorsque j'explorais la vallée de l'Isère, M. X., propriétaire du château de Goncelin, m'assurait que le crétinisme avait disparu, au moment même où,

dans un coin de son salon, j'apercevais sa propre fille crétine! C'est ainsi encore qu'à Martigny, où la commune les secourt à la condition qu'ils ne se montreront pas au dehors pendant la saison des voyages, et à Sion, où on les soigne dans un hôpital fermé comme une prison, les habitants affirment qu'il n'y a plus de crétins.

Ce qu'on m'avait dit à Martigny sur Fully était donc exact. Mais il n'en fut pas tout à fait de même de Saillon où j'aperçus, dès mon arrivée, un jeune crétin et quelques goîtreux. Je me rendis chez le président, M. Moulin, afin de lui demander quelques éclaircissements. Ce fut une heureuse inspiration que celle qui me conduisit chez cet homme. Au-dessus des préjugés, doué de cette nette et froide raison qui fait l'observateur sagace et se développe souvent à un degré d'autant plus éminent que le milieu semble y mettre plus d'obstacles, comme par une réaction de l'organisme contre les causes qui l'oppriment, comme si dans ces contrées, où tant d'hommes sont abaissés au niveau de la brute, il était nécessaire que des intelligences d'élite surgissent pour tenir le drapeau des prérogatives de notre race. Ayant prié M. le président de Saillon de me faire connaître les circonstances qui, de près ou de loin, lui semblaient se rattacher à mes études sur les causes du goître, voici ce qu'il m'apprit.

« Il est bien vrai que Saillon est renommé dans le Valais pour « n'avoir ni crétins ni goîtreux, mais il ne mérite plus sa répu- « tation; depuis cinq ou six ans, le nombre des goîtreux est « assez considérable, et chaque jour il augmente. Je ne sais à « quoi tient le mal, mais je l'observe, et j'en suis trop sûr. Tenez, « ajouta t-il en me montrant ses enfants, je ne peux penser « sans inquiétude à ces pauvres petits que la maladie atteindra « peut-être bientôt. — Vous me demandez si quelque chose a « été changé dans le village? On n'a rien fait ou l'on a amélioré; « les eaux de la vallée sont plutôt moins stagnantes qu'autre- « fois, et le village est alimenté par les belles eaux de la Salente « pour lesquelles nous avons même fait de grands travaux il y a « quelques années. — Qu'avez-vous fait? — Nous avons remonté « de la partie inférieure du torrent, vers les cascades, la prise « d'eau destinée à alimenter Saillon; ce changement a été très- « coûteux, parce qu'il a fallu entamer profondément la roche « pour y enfoncer les borneaux (tuyaux), mais du moins nous « avons maintenant de l'eau toujours pure et qui ne gèle jamais. « Un peu plus haut ou un peu plus bas, c'est toujours à la Salente « que nous buvons; et pourtant, quand je réfléchis que ce n'est « que depuis que nous prenons l'eau dans le haut que le goître « est devenu commun, je ne puis m'empêcher de supposer que « nous avons pu mal faire. Un homme instruit et prudent, « M. Barman, frère de notre ambassadeur à Paris, nous dit bien « dans le temps que nous avions tort de toucher à nos eaux, « que peut-être nous nous en repentirions, que la *source chaude* « ou *source de fer, au-dessus* de laquelle allait se trouver la « nouvelle prise d'eau, pouvait avoir son utilité, mais nous ne « l'écoutâmes pas. Je regrette quelquefois d'avoir négligé les « conseils de M. Barman. Du reste, puisque vous venez pour « examiner nos eaux, je vais vous les montrer, et si vous trou- « vez quelque chose qui nous intéresse, je vous serai reconnais- « sant de m'en faire part. »

On comprend sans peine que la coïncidence entre le changement apporté dans les eaux de Saillon et le développement du goître chez les habitants me frappa, et que j'attachai surtout une grande importance à la *source chaude* dont le produit, tombant entre les deux prises d'eau, se trouvait nécessairement faire partie des eaux du torrent à l'endroit d'où elles étaient autrefois dirigées sur le village. Aussi m'empressai-je de recueillir:

1° L'eau qui alimente actuellement Saillon;

2° L'eau de la Salente prise en aval de la source chaude, sur le point même où était l'ancienne prise d'eau;

3° L'eau de la source chaude. Située à quelques mètres au-dessus du torrent, cette belle source sort en bouillonnant des fissures d'un calcaire gris du lias, à une température d'environ 28° centig., et débite de 40-50 pouces; que bien qu'à peine ferrugineuse elle rougit assez la roche pour que les habitants qui l'emploient contre les fièvres la désignent habituellement sous le nom de source de fer.

Je dirigeai ces diverses eaux sur Paris, afin de les y soumettre, dès mon retour, à un examen plus complet que celui auquel je m'étais d'abord livré à Martigny sur une petite quantité du produit recueilli. Voici les résultats, faciles à vérifier, qu'établissent mes analyses, tant celles faites pendant le voyage et auxquelles je crus ne pas devoir me tenir, que celles que je viens d'effectuer à Paris avec un soin de détails rendu surtout nécessaire par l'importance des déductions.

A. L'eau bue actuellement à Saillon (détournée de la Salente *en amont* de la source chaude) est privée d'iode, comme celle qui alimente Fully et les hameaux voisins (Sacet, Mazimbre, Brançon) tous remplis de goîtreux et de crétins (1). Cette eau est d'ailleurs fort légère.

B. L'eau bue autrefois à Saillon (détournée de la Salente *en aval* de la source chaude) contient plus d'iode ($\frac{1}{100}$ de milligramme par litre) que les eaux bues à Paris et dans les autres contrées où le goître est inconnu (2).

C. L'eau de la source chaude ou de fer contient au moins *soixante fois plus d'iode* ($\frac{1}{3}$ de milligramme) que les eaux de Paris. C'est une véritable eau minérale iodurée.

D'où il résulte;

a. Que le crétinisme et le goître étaient inconnus à Saillon lorsque les habitants, et les animaux producteurs de lait, fromage, etc., s'abreuvaient d'une eau chargée d'iode;

b. Que le goître est devenu commun et que le crétinisme a apparu depuis que le village ne reçoit que de l'eau privée d'iode.

Commenter de tels faits serait inutile, la démonstration qu'ils donnent (sous la réserve d'un contrôle que je sollicite), tant de l'existence et de la nature d'une *cause locale spéciale,* (3) du goître et du crétinisme, que de la possibilité d'utiliser les sources minérales dans les contrées où ces maladies sont endémiques, offrant toute la netteté que doivent exiger les esprits sévères.

Je me suis empressé de porter ces résultats, si confirmatifs de mes recherches générales sur les causes du goître, à la connaissance de M. le président Moulin, que j'engage non-seulement à revenir à l'ancienne prise d'eau, mais à diriger sur le village, ce qui est facile, un mélange de 15 à 20 parties d'eau de la Salente pour une partie d'eau de la source minérale. On conçoit, en effet, qu'il soit nécessaire d'élever la proportion d'iode dans l'eau potable en raison même de la très-faible ioduration de l'atmosphère et des produits alimentaires du Valais. Prise pure à la dose de quelques verres par jour, l'eau de la source de Saillon nous paraît d'ailleurs pouvoir être donnée, non plus comme prophylactique, mais comme curative du goître. Les eaux de Lavey et de Leuck, quelquefois employées pour cet objet, sont infiniment moins iodurées que celle de Saillon, qui me paraît appelée à être la Providence du Valais. En face de Saillon est la source de Saxon, que je visitai avec d'autant plus d'intérêt qu'on assurait y avoir trouvé une proportion fabuleuse d'iodures. Je reconnus que cette eau ne contient que $\frac{1}{300}$ de milligramme d'iode au lieu des 18 *centigrammes* qu'on y avait indiqués.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril 1853. — Présidence de M. MÉLIER.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce informe

(1) Je dis que l'iode manque lorsqu'un litre d'eau réduit à $0^{gr}1$ et surtout à $0^{gr}05$ ne donne aucun indice de ce corps.

(2) On va voir que l'iode est versé par la source chaude, que par conséquent sa proportion variera avec le volume des eaux du torrent, et sera au *minimum* pendant les grandes pluies ou à la fonte des neiges.

(3) On sait que nous admettons aussi l'influence de causes générales ou accessoires, pouvant même se montrer prépondérante dans les pays de médiocre ioduration (Lyon, Strasbourg).

l'Académie qu'il a pris les mesures et donné les ordres nécessaires pour que la commission des eaux de la France puisse reprendre ses travaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Don.

M. Renauldin informe l'Académie qu'il a fait don à chacun des membres de la compagnie d'un exemplaire de son ouvrage sur les médecins numismatistes.

Goître et crétinisme.

M. Chatin adresse une Note sur le goître (*voir* ci-dessus).

Seigle ergoté.

M. Spitzer, de Marseille, envoie une Note sur le seigle ergoté.

Anévrysmes.

M. Leroy (d'Étiolles) écrit à l'Académie pour l'informer que des trois idées qui servent de base au traitement des anévrysmes par les coagulants, deux lui appartiennent, et que, quant à la troisième, le choix de la substance coagulante, il est possible que le perchlorure de fer soit préférable à l'alcool que lui, M. Leroy, employait, comme il est possible qu'une autre substance soit préférable au perchlorure de fer.

Huile essentielle d'oranges amères.

M. Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, adresse un mémoire sur l'action physiologique de l'huile essentielle d'oranges amères. Ce travail fort étendu se termine par les conclusions suivantes :

1° L'huile essentielle d'oranges amères développe, dans l'organisme à l'état physiologique, des affections *sui generis*, des accidents spéciaux ;

2° Ces accidents sont de deux ordres : d'un côté, des accidents locaux caractérisés par des éruptions de diverse nature ; de l'autre, des phénomènes nerveux, tels que céphalalgie, névralgies faciales, bourdonnements d'oreilles, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnie nocturnes, et même des convulsions épileptiformes ;

3° L'action du principe actif des aurantianées a beaucoup de rapport avec celle du camphre ;

4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi dite de substitution ou de similitude. (Comm. MM. Grisolle et Bouchardat.)

Urétrotomie.

M. le docteur Basset envoie à l'Académie un mémoire sur une nouvelle sonde qu'il appelle *urophuge*, et qui est destinée à prévenir les infiltrations urineuses, dans les opérations d'urétrotomie et d'urétroplastie. (Comm. d'Argenteuil.)

Aliénés gâteux.

M. le docteur Girard, membre correspondant de l'Académie, directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre, transmet à l'Académie un mémoire intitulé : *Des gâteux dans les asiles d'aliénés*. Ce mémoire est résumé par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Gâter n'est qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave du système nerveux ;

2° Ce symptôme se manifeste dans le délire aigu, dans la stupeur mélancolique, dans l'idiotie, dans la démence avancée, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie ;

3° Pour faire disparaître ou atténuer ce symptôme, il faut traiter l'affection dont il émane selon les indications qui lui sont propres, absolument comme dans la fièvre typhoïde, il faut guérir l'affection typhoïde, pour rendre les excrétions volontaires, ou encore comme dans les inflammations des organes, il faut traiter l'inflammation pour supprimer la fièvre. (Comm. MM. Ferrus, Loude, Baillarger.)

Obstétrique.

MM. Bouyer, Lacaux et Pontis, adressent chacun une réclamation (et non pas, nous aimons à le croire, une *réclame*, comme le dit par erreur l'un d'eux), relativement au cas d'opération césarienne transmis à l'Académie par M. Maslieurat-Lagemard, et que ce médecin aurait raconté d'une manière inexacte. Le premier des réclamants laisse à l'Académie le soin de juger : « Si les convenances professionnelles et la vérité scientifique « ont bien gagné devant la cravache altière et l'humeur *bilioso-hargneuse* « du savant M. Maslieurat. »

L'Académie a renvoyé l'examen de cette question à la commission chargée de faire le rapport sur le travail de M. Maslieurat.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

Huile de foie de morue.

Le même membre lit un autre rapport sur divers mémoires de M. Berthet, relatifs à l'analyse des huiles de foie de morue. — M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur pour ses utiles communications. — Ce rapport ayant été lu sans qu'il fût porté à l'ordre du jour, M. le président propose d'en renvoyer la discussion à une autre séance, ce qui est adopté.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Piorry, pour la lecture d'un rapport officiel.

Sur la demande de M. Bouvier et malgré les réclamations de MM. Piorry et Begin, l'Académie consultée décide à une faible majorité que la discussion sur la paralysie atrophique sera continuée immédiatement.

Nous rendrons compte de cette discussion dans un prochain numéro, ainsi que de la lecture non terminée d'un rapport sur l'éducation des idiots, par M. Collineau.

La séance est levée à 5 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 avril 1853. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

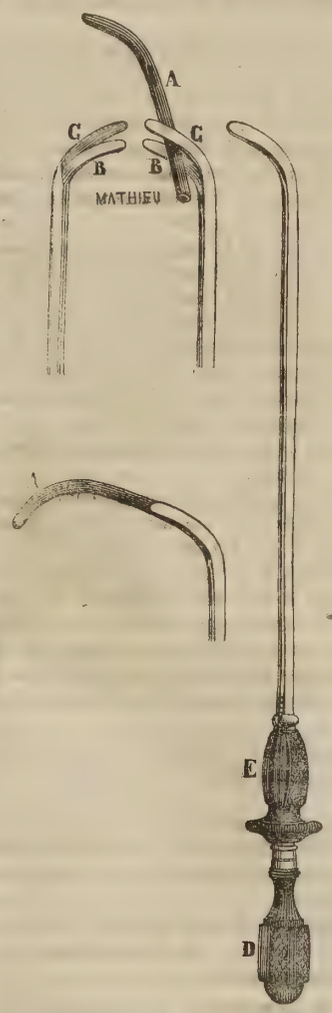
Hydrocèle.

M. Baudens présente une Note sur sa nouvelle méthode de traitement de l'hydrocèle (*voir* ci-dessus).

Goître.

M. Chatin adresse une Note sur le goître (*voir* ci-dessus).

Rupture des sondes et bougies dans la vessie ; leur extraction par les voies naturelles sans incision.



M. Leroy (d'Étiolles) communique des faits nouveaux prouvant, suivant l'auteur, l'efficacité des moyens qu'il a imaginés pour extraire de la vessie les corps étrangers autres que les calculs. Parmi ces faits, il ne parle aujourd'hui que de ceux qui se rapportent à l'extraction des bougies et des sondes. Si celles-ci sont petites, un instrument les ploie en double, les deux bouts dirigés en arrière ; si elles sont assez grosses pour que leur volume, ainsi ployées, ne permette pas leur sortie, un autre instrument les saisissant par le travers, les fait tourner sur elles-mêmes et les place dans la direction de l'urètre ; c'est une sorte de brise-pierre dont les branches ou mors, au lieu de s'affronter d'avant en arrière, s'accolent latéralement (*V. la fig.*).

L'application de la gutta-percha à la fabrication des sondes, ajoute M. Leroy, a augmenté de beaucoup la fréquence des accidents de ce genre ; pour sa part, il a eu cinq fois l'occasion d'extraire des fragments de bougies et sondes de cette substance ; et à ce sujet il fait la remarque que, parmi ces instruments, il y en a qui subissent une altération spontanée qui, après quelques mois, les rend, sans qu'ils aient servi, tellement fragiles, qu'ils se rompent comme le bois le plus léger ou comme de la cire. Ce chirurgien met sous les yeux de l'Académie des sondes et des bougies fabriquées à la même époque, qui, lors de leur livraison, paraissaient également bonnes ; les unes ont subi l'altération dont il vient d'être parlé, tandis que d'autres ont conservé leur souplesse. Des chirurgiens et des malades, ignorant cette particularité, ont introduit de ces bougies et les ont brisées dans la vessie sans avoir fait aucun effort pour les introduire.

CORRESPONDANCE.

De la présence de l'ammoniaque dans les végétaux.

Mon cher maître,

Je trouve, dans votre numéro du mardi 5 avril 1853, une note de MM. Viale et Latini, *sur l'existence de l'ammoniaque dans les eaux, les plantes, l'atmosphère....*

Ces savants, en publiant cette note intéressante, ont cependant eu le tort assez grand de ne relater qu'une partie des faits connus, de telle sorte qu'en lisant leur travail, on croirait que les résultats qu'ils présentent constituent une découverte, tandis que ce n'est qu'une extension donnée à des faits connus et publiés depuis longtemps.

Je viens vous prier de me permettre de démontrer que la priorité de ces faits appartient à d'autres qu'à ces savants.

Je tâcherai d'être le plus court possible.

1° En 1817, je publiais, avec M. Lassaigne, une note analytique sur le *chenopodium vulvaria*. Dans cette note nous démontrions la présence, dans ce végétal, de l'ammoniaque à l'état de sous-carbonate libre (V. le *Journal de Pharmacie*, t. III, p. 412).

2° Plus tard, avec M. Boullay, je constatais l'existence de l'ammoniaque dans le *sorbus aucuparia*, le *lilas*.

3° En 1822, dans le *Dictionnaire des drogues*, t. Ier, p. 293, je disais : l'ammoniaque existe dans les trois règnes ; on le rencontre dans le règne minéral, dans le voisinage des volcans ; M. Vauquelin l'a trouvé dans de l'oxyde de fer qui s'était formé sur la serrure d'une chambre habitée. M. Austin a annoncé sa formation dans l'oxydation du fer par l'eau ; sa manière de voir a été confirmée dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie royale de médecine, mémoire dans lequel j'ai indiqué les moyens mis en usage pour reconnaître ce corps, non-seulement dans l'oxyde de fer préparé par l'eau, mais encore dans un grand nombre d'oxydes naturels et dans les eaux ferrugineuses de Passy.

M. Collard de Martigny *voulant s'assurer si l'idée que j'avais émise, que l'ammoniaque pourrait bien se former dans les cas d'oxydation des substances minérales, végétales et animales était vraie*, fit des essais, et plus tard il établit, *que l'ammoniaque se forme en contact de l'eau et de l'air, toutes les fois que de l'hydrogène naissant et de l'azote se trouvent en contact ; qu'il s'en produit journellement de la sorte une immense quantité ; que l'ammoniaque donne ensuite naissance à des nitrates qui excitent la vie végétale* (*Journal de Chir. médicale*, t. III, p. 516).

4° En 1829, dans la séance d'octobre de la section de pharmacie de l'Académie royale de médecine, à propos d'une discussion qui s'était élevée sur la cause du trouble qui s'était produit dans une potion, plusieurs membres de la section attribuèrent ce fait à la présence de l'ammoniaque dans l'eau distillée simple et dans les eaux distillées des plantes ; M. Henry père fit alors connaître, qu'à une certaine époque, l'eau de la Seine était tellement chargée d'ammoniaque qu'il fallut ajouter de l'acide phosphorique ou du phosphate (acide de chaux) à l'eau qu'on voulait distiller.

Divers membres de la même séance firent alors remarquer que l'ammoniaque existe dans l'air et dans les végétaux.

Dans cette séance, nous établîmes « que la présence de l'ammoniaque dans tous les végétaux avait été constatée d'une manière positive ; qu'on ne devrait plus dire en chimie organique : 1° que les substances qui font partie du règne végétal sont formées de carbone, d'hydrogène et d'oxygène ; 2° que les subtances qui font partie du règne animal sont composées d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote, mais bien que les substances végétales et animales ne diffèrent les unes des autres que par une plus grande quantité d'azote, dans les substances organiques animales. » (*Compte rendu des séances de l'Académie royale de médecine ; Journal de Chimie médicale*, t. V, 1829, p. 44).

En 1826, M. Gloitzmann, pharmacien à Altemburg, faisait connaître qu'il avait trouvé beaucoup d'ammoniaque dans de l'eau distillée de fleur de sureau.

M. Chatin en a trouvé dans la plupart de ceux qu'il a examinés.

Nous pourrions citer un grand nombre d'autres faits ; mais nous croyons que ceux que nous faisons connaître ici sont suffisants pour que la priorité soit acquise à qui de droit.

Je suis, comme vous le savez, votre tout dévoué serviteur.

A. CHEVALLIER.

Désarticulation du maxillaire inférieur.

Paris, 12 avril 1853.

A Monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur le rédacteur,

Dans le *Moniteur* de ce matin, je trouve une lettre de M. le docteur Favrot, touchant la désarticulation du maxillaire inférieur.

Quant au premier paragraphe, je le passe sous silence : la question de nationalité qu'il y soulève est trop mesquine pour que l'on puisse s'y arrêter un seul instant.

Quant à l'observation du docteur Carnochan, je n'ai rien à dire, si ce n'est que j'ai remis entre vos mains le compte rendu de l'opération, le 6 du courant (1), avec prière de le publier aussitôt que possible. Je ne puis qu'admirer la remarque si naïve du docteur Favrot, « Nous ne connaissons pas l'observation de M. Carnochan. » Il me sera peut-être permis à mon tour de ne pas trouver, dans ce fait, une preuve absolue de la non-existence de cette observation. Dans la phrase suivante, le docteur Favrot nous assure que ni M. Græfe, ni M. Heyfelder, n'ont pratiqué l'opération de la désarticulation du maxillaire inférieur. Une simple assertion, venant d'une personne qui s'est montrée si parfaitement au fait de l'historique de l'opération en question, devra sans doute être d'un grand poids pour nous, mais on ne pourrait exiger qu'elle soit concluante ; je poursuivrai donc mes recherches afin de retrouver l'observation de Græfe. Quand le docteur Favrot prétend que M. Heyfelder n'a pas opéré la désarticulation complète du maxillaire inférieur, il s'abrite derrière une question de mots. Établissons d'abord les faits : voici quelle était la question : « L'opération a-t-elle ou n'a-t-elle pas été faite ? » La publication de l'observation de M. Heyfelder montrera bientôt qu'il a désarticulé une moitié de l'os, et M. Stadlemann l'autre moitié, chez le même malade, ce qui donnerait clairement et incontestablement *une désarticulation complète*. Si je ne me trompe, le docteur Favrot se trouvait tout à fait au courant de cette particularité lorsqu'il a publié sa note.

Je terminerai en prévenant le docteur Favrot que les cas de Græfe et de plusieurs autres que je pourrais citer, ne sont pas nécessaires pour démontrer l'erreur où il est tombé, quant à l'historique de cette opération. L'observation du professeur Carnochan suffira amplement. A ces fins, j'espère, M. le rédacteur, que pour le plus grand bien du docteur Favrot et de *la science* (*de la science chirurgicale, bien entendu*), vous nous donnerez bientôt l'occasion d'étudier par nous-même, dans votre *Moniteur*, l'observation du professeur américain.

Veuillez, je vous prie, monsieur le rédacteur, agréer l'assurance de ma haute considération, Dr D. M. COOPER, *de Saint-Louis* (Missouri).

(1) Cette observation nous a été en effet remise, et c'est pour cette raison que nous avions cru devoir retarder l'impression de la lettre à laquelle répond notre honorable correspondant ; la reproduction du dessin qui accompagne l'observation du docteur Carnochan nous a empêché, jusqu'à présent, de publier cette observation. (*Note du rédacteur.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Dans la séance d'avant-hier, l'Académie des sciences a procédé à la nomination d'un membre correspondant pour remplir la place vacante dans la section de chimie, par suite de la mort de M. Walter.

La section présentait la liste suivante :

Au premier rang, M. Bunsen, inventeur de la fameuse pile qui porte son nom, à Heidelberg ; au second rang, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Hoffmann, à Londres ; Malaguti, à Rennes ; Piria, à Pise.

Au premier tour de scrutin, M. Bunsen a obtenu 46 voix et M. Malaguti 3. En conséquence, M. Bunsen a été élu membre correspondant.

— Dans la séance d'hier de l'Académie de médecine, M. le président a annoncé la mort de M. Husson.

— L'Académie de médecine possède enfin à son frac l'or qu'elle ambitionnait, et contrairement au proverbe, tout en prenant du galon, elle n'en a pris que très-modérément, juste suffisamment pour que ses membres ne ressemblent plus à des inspecteurs d'écoles primaires, fonctionnaires très-honorables sans doute, mais avec lesquels les académiciens n'ont pas désiré qu'on les confondît. Nous avons vu deux magnifiques portraits en pied d'académiciens en costume : ce sont des hommes vraiment magnifiques ; mais nous n'avons pu saisir les ressemblances, quoiqu'on nous ait assuré que ce sont MM. Bou.... et V..... qui ont posé pour ces peintures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, Bandages et Appareils, par le docteur Ch. SÉDILLOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal de première classe, officier de la Légion-d'honneur, membre correspondant de l'Institut de France, de l'Académie impériale de médecine, de l'Académie royale de Bruxelles, etc. — Deuxième édition, t. 1er, 1re partie, avec 206 figures. — En vente chez Victor MASSON, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 4 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 46. 1re année. Samedi 16 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance du 13 avril de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL CIVIL DE STRASBOURG. Observation de gastrostomie, par M. C. Sédillot. (*Suite et fin.*) — Addition à la séance de l'Académie de médecine. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 15 avril 1853.

Séance du 13 avril de la Société de chirurgie.

(Expériences sur la coagulation du sang dans les vaisseaux. — Tumeur érectile traitée par l'acide nitrique. — Engouement et étranglement herniaire. — Grossesse extra-utérine simulant un kyste sanguin du bassin. — Jambe artificielle.)

M. Giraldès a continué dans cette séance le compte rendu des expériences qu'il poursuit à Alfort, avec le concours de M. le professeur Goubaud, sur l'action du perchlorure de fer sur le sang contenu dans les vaisseaux. Ces expériences n'ayant pas encore donné leurs résultats définitifs, nous en rendrons compte plus tard.

Un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Boulland, de Limoges, a communiqué à M. Lenoir, sur le même sujet ou sur un sujet fort analogue, non des expériences, mais une observation qu'on lira avec intérêt, quoique la méthode adoptée d'abord par le jeune praticien n'ait peut-être été employée avec toute la persévérance, avec toutes les conditions propres à en favoriser le succès. Voici le fait tel que le raconte M. Boulland :

« Dans le courant du mois de décembre 1852, un habitant de la commune de Touron (près Limoges) m'apporte une petite fille âgée de 3 mois, ayant une tumeur érectile occupant la joue gauche et dont le volume est celui d'un petit œuf de poule. La peau, dans une étendue d'une pièce de 5 francs, est violacée, peu épaisse, et on aperçoit facilement que la tumeur est composée de tissu vasculaire sanguin : en outre, par le palper, on sent de légers battements isochrones à ceux des artères. La tumeur augmente de volume si l'enfant vient à pleurer.

« L'affection siégeant à la face, et voulant éviter autant que possible des cicatrices trop nombreuses et trop évidentes en employant les traitements ordinaires, je prends une seringue d'Anel et j'y introduis 6 à 8 gouttes d'acide nitrique : je ponctionne facilement la tumeur avec le bout capillaire de la canule de la seringue, et j'injecte le liquide caustique ; je retire la canule ; il sort, par la petite piqûre que j'ai faite, quelques gouttes de sang mélangé à l'acide nitrique, ce qui donne à ce liquide une couleur noirâtre.

« Je recommence quatre fois la même opération sur différents points de la tumeur, ce qui fit qu'en tout j'injectai environ de 20 à 25 gouttes d'acide nitrique. A la troisième injection, une partie de l'acide ressortit par l'ouverture de la seconde ponction que je venais de faire.

« Pendant cette opération, la petite patiente poussa des cris aigus ; la tumeur sembla augmenter de volume et prit un degré de dureté très-notable.— *Traitement* : compresses d'eau froide sur la tumeur.

« Les parents emportèrent leur enfant et revinrent au bout d'une dizaine de jours. A cette époque, la tumeur n'avait pas sensiblement diminué de volume ; on constatait pourtant une légère dépression au niveau des points où les injections avaient été faites, et à peine apercevait-on des traces de piqûres.

« Je renouvelle la même opération à trois fois différentes, en mettant une dizaine de jours d'intervalle entre chaque opération : mais, à la dernière séance, le liquide injecté étant plus abondant que de coutume, une forte inflammation se déclare ; le centre de la tumeur entre en suppuration et met près de trois semaines à se cicatriser, sans qu'il survienne une diminution très-notable dans les parties malades. Voyant l'insuffisance de ce mode de traitement, je recours à un autre procédé, et je larde la tumeur avec des pointes rougies à blanc : chacune de ces cautérisations détermina au bout de plusieurs jours une inflammation suppurative qui produisit un affaissement notable dans le volume de cette tumeur érectile, sans pourtant la faire disparaître complétement.

« Les parents de cette jeune enfant, ne pouvant venir que très-rarement à Limoges, me prièrent de me servir d'un moyen encore plus actif pour en finir avec cette maladie : j'employai alors le caustique de Vienne, qui donna lieu à une inflammation suppurative assez abondante, à la suite de laquelle il se forma un tissu de cicatrice assez mince et de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

« Tout me donne lieu d'espérer que maintenant le tissu érectile se trouve complétement détruit par ces nombreuses cautérisations.

« On peut voir par cette note, ajoute M. Boulland, que, dans ce cas, le traitement de cette tumeur érectile volumineuse, par les injections caustiques, a été insuffisant ; mais il est à croire qu'il pourra donner des résultats satisfaisants, si on a affaire à des tumeurs d'un volume moindre. »

Dans ce peu de remarques, dont on ne peut qu'approuver l'esprit général, M. Boulland fait cependant une confusion qu'il nous paraît utile d'éviter : il semble bien résulter de son observation que l'acide nitrique échouera contre les tumeurs du volume de celle observée par M. Boulland ; mais ce fait étant démontré, en ce qui concerne l'acide nitrique, il n'en résulte pas qu'il soit démontré pour tous les autres caustiques ; car ce qui constitue surtout le mérite et la nouveauté des recherches de M. Pravaz, c'est précisément d'avoir déterminé, par des expériences nombreuses, la propriété coagulante d'un grand nombre de liquides, et de s'être enfin arrêté au perchlorure de fer, comme au plus puissant de tous. Ainsi, tout en accordant à l'observation de M. Boulland l'importance qu'elle mérite, on n'en saurait raisonnablement tirer aucune induction pour ou contre le perchlorure de fer, dans des cas analogues.

— Après M. Giraldès, la Société a entendu M. Benoît, agrégé à la Faculté de Montpellier et candidat à la chaire d'anatomie de cette Faculté. Dans sa communication, M. Benoît a traité plusieurs questions intéressantes que nous nous contenterons de résumer brièvement, cette communication devant être l'objet d'un rapport devant la Société.

Dans la première partie de son travail, M. Benoît a recherché les conditions anatomo-pathologiques, déjà si souvent étudiées, de l'étranglement, et il a voulu établir, par des faits qui lui sont propres, la réalité de l'étranglement par l'anneau crural, qui a été nié par certains chirurgiens.

Dans la seconde partie, M. Benoît a fait connaître un cas de hernie, remarquable par les incertitudes qui entouraient le diagnostic et par des résultats anatomo-pathologiques exceptionnels qui devaient modifier les conséquences de la herniotomie. Voici le résumé de ce fait important :

Hofferlin Johannes, âgé d'environ 40 ans, d'une constitution forte et robuste, entre à l'hôpital, accusant une vive douleur dans une tumeur herniaire, inguinale droite. Cet homme paraît dans un état d'ivresse, s'exprime avec peine et ne donne que des réponses peu satisfaisantes à un interrogatoire laborieux. Il semble établi, cependant, que la hernie date de huit mois, et que grosse comme un œuf de poule primitivement, elle a pris d'une manière subite, il y a quelques jours, sous l'influence d'un effort, le volume des deux poings. La hernie est inguinale externe, ainsi que l'indiquent la position du testicule et celle du cordon spermatique. Point de selles depuis plusieurs jours, peau chaude, pouls fréquent et faible, affaissement considérable; douleur vive dans la tumeur herniaire et au niveau de l'anneau inguinal. Les premiers moyens employés amènent une évacuation alvine, sans modifier la tumeur qui résiste à tous les efforts de réduction.

Bientôt les symptômes généraux prennent des proportions effrayantes. Nausées, vomissements, délire, prostration extrême, pouls filiforme, refroidissementdes extrémités, sensibilité persistante dans la tumeur, etc. M. Benoît avoue qu'en présence d'un état aussi alarmant qui semblait révéler quelque affection générale indépendante de la hernie, il hésita à attaquer celle-ci par l'instrument tranchant; cependant, pensant que dans l'hypothèse même où l'étranglement ne serait pas la cause première de tous ces symptômes, il ne pouvait que contribuer à leur aggravation, M. Benoît se décida à pratiquer la herniotomie malgré toutes les chances d'insuccès qu'elle présentait.

Le cœcum tout entier, l'appendice cœcal, une portion d'intestin grêle et une substance épiploïque indurée forment la masse herniée. Des adhérences très-fortes et anciennes unissent ces viscères entre eux et avec le sac : ces adhérences sont incisées ou déchirées avec précaution, un débridement est opéré en haut et en dehors, et quoique l'ouverture inguinale paraisse suffisamment agrandie, ce n'est qu'après des manœuvres réitérées avec ménagement et persévérance que la masse herniaire est repoussée dans l'abdomen. Une circonstance digne de remarque, c'est que, pour arriver à ce résultat, il a fallu replier l'intestin sur lui-même et le refouler au-dessus d'autres portions intestinales, fixées au pourtour de l'anneau interne par des adhérences invincibles.

L'opération est suivie d'un soulagement notable et immédiat, mais on ne peut faire revenir que momentanément le malade de la prostration dans laquelle il est plongé et qui amène la mort le lendemain de l'opération.

Parmi les faits révélés par l'autopsie, les plus remarquables étaient : 1° des adhérences fortes et résistantes unissant une masse intestinale à la face interne de la paroi abdominale antérieure, aux environs de l'anneau inguinal, derrière lequel était ainsi fixée une véritable barrière; 2° des ulcérations et des plaques sur la muqueuse intestinale, telles qu'on les rencontre dans les fièvres typhoïdes.

M. Benoît a fait suivre cette observation de quelques réflexions sur les obscurités que la présence de l'état typhoïde devait jeter sur le diagnostic des symptômes propres à l'étranglement herniaire, et il a appelé l'attention de la Société sur ces adhérences intra-abdominales qui, dans d'autres cas qu'il a cités, ont mis des chirurgiens distingués dans l'obligation de laisser au dehors une masse viscérale, découverte par la herniotomie.

— Une dernière communication a vivement intéressé la Société; elle a été faite par un tout nouvel agrégé, chirurgien distingué des hôpitaux, M. Aran. Ceux de nos lecteurs qui se rappelleront les leçons de M. le professeur Nélaton, que nous avons publiées depuis deux ans, et la thèse si intéressante de M. le docteur Viguès, sur les tumeurs sanguines du bassin, apprécieront surtout l'observation de M. Aran. En voici le résumé :

Il s'agit d'une femme de 30 ans, ouvrière en coton, habituellement bien réglée et déjà mère de cinq enfants, qui vint réclamer les soins de M. Aran, au mois de mars dernier, pour une hémorrhagie utérine dont elle était affectée depuis la fin de janvier. Cette hémorrhagie avait paru après un retard de sept jours et à la suite d'un violent chagrin; d'abord ne revenant qu'à intervalles, elle n'avait pas tardé à devenir continue, et avec elle avaient paru des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Un examen détaillé, pratiqué le 28 mars, fit reconnaître un gonflement considérable des lèvres du col, avec écartement, renversement en dehors et aspect fongueux; de plus, une tumeur, située en arrière et à gauche du col de l'utérus, et que l'on crut être une rétroflexion du corps de cet organe. Le 1er avril, des accidents aigus ayant appelé l'attention, on constata, au-dessus du ligament de Fallope, du côté gauche, une tumeur qui le dépassait de 2 à 3 centimètres, et qui, se prolongeant dans le petit bassin qu'elle remplissait en partie, circonscrivait l'utérus en arrière et latéralement, le refoulait en haut et en avant, et comprimait la vessie. Le 4 avril, il survint des signes de péritonite; et le lendemain on put constater que la tumeur s'était étendue supérieurement à droite. Cependant elle dépassait de cinq à six travers de doigt l'arcade de Fallope à gauche; tandis qu'à droite elle ne s'élevait au-dessus de ce ligament que de deux ou trois travers de doigt. En même temps, la malade avait notablement pâli, et malgré une amélioration momentanée, survenue dans son état à la suite de l'emploi des toniques et de l'application d'un large vésicatoire sur le ventre, elle succomba le 8 avril, trois heures après un frisson violent, avec claquement de dents, et au milieu d'accidents qui semblaient indiquer une perte de sang intérieure.

L'examen du cadavre montra des adhérences filamenteuses récentes, unissant les intestins entre eux et avec la paroi antérieure de l'abdomen, le péritoine, épaissi et coloré en bleu noirâtre, du sang épanché et coagulé récemment dans divers points de la cavité péritonéale, surtout inférieurement, au voisinage d'une tumeur qui remplaçait tout le petit bassin, qu'elle débordait de 2 centimètres et demi, refoulait en haut et en avant l'utérus, et était contournée par l'S iliaque qui pénétrait dans le bassin à droite et en arrière, pour aller se placer ensuite en arrière et à gauche. Cette tumeur, qui paraissait revêtue partout par le péritoine, était constituée par un caillot sanguin, pesant près d'un kilogramme, formée de deux parties : l'une située en avant et à gauche, de date plus ancienne et comme stratifiée; l'autre, située à droite et en bas, composée de sang noirâtre pris en gelée.

En cherchant à enlever ce caillot, on entraîne à gauche un petit fœtus qui pouvait avoir deux mois ou deux mois et demi, aplati par le caillot contre les parois du bassin et qui tenait, par son cordon ombilical, à une espèce de gâteau placentaire, inséré sur la face postéro-inférieure gauche du caillot. L'utérus était un peu augmenté de volume, ses cavités dilatées sans autre altération, et surtout sans membrane caduque. La lèvre antérieure du col était menue et tranchante; la postérieure se continuait avec la tumeur. Les orifices des trompes étaient dilatées, surtout celui de la trompe droite, qui, se dilatant bientôt à son tour, se renflait en entonnoir, et venait s'insérer sur la tumeur sanguine. Cette espèce d'entonnoir pouvait avoir 6 ou 7 centimètres de diamètre dans tous les sens, il communiquait avec la cavité de la tumeur sanguine par une ouverture arrondie, à bords

lisses, de 1 et demi à 2 centimètres de diamètre, et contenait quelques caillots noirâtres. L'ovaire correspondant était sain. A gauche, la trompe se portait en haut et était aplatie et comme collée; la tumeur, l'ovaire n'a pas été retrouvé. La masse sanguine, d'un volume considérable, offrait à son intérieur des couches fibrineuses; on n'y trouvait nulle part les traces de l'insertion des cotylédons du placenta.

Rapprochant ces cas des faits connus de véritables tumeurs sanguines du petit bassin, M. Aran a montré les nombreux rapports qui existent entre toutes les tumeurs sanguines qui se produisent dans cette région, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause; il en conclut que la grossesse extra-utérine doit être comptée à l'avenir parmi les circonstances qui peuvent être le point de départ de ces tumeurs : le mécanisme de leurs productions reste encore assez obscur dans les cas de ce genre; en effet, s'il est permis de croire que c'est primitivement dans la trompe droite que le fœtus s'est développé, et que, chassé de cette trompe à travers l'ouverture qui a été retrouvée à l'autopsie et qui s'est probablement rétrécie depuis, il a été refoulé peu à peu à gauche par des épanchements de sang successifs. Il ne faut pas oublier que l'ovaire gauche n'a pas pu être retrouvé d'une manière certaine, et que c'est peut-être dans cette cavité que le fœtus a pu rester et acquérir son développement. Ce fait n'est pas non plus de nature à juger la question du siége précis de l'épanchement sanguin; car si la tumeur paraissait avoir son siége au-dessus du péritoine, il y avait cependant des caillots, en assez grande quantité, dans la cavité abdominale; et l'on sait d'ailleurs que les couches fibrineuses anciennes sont susceptibles d'acquérir un aspect lisse et poli qui rappelle tout à fait celui des membranes séreuses. Toutefois, l'observation de M. Aran n'en conserve pas moins une véritable importance, ainsi qu'il l'a justement fait observer, en ce qu'elle montre la nécessité d'établir, entre les tumeurs sanguines du petit bassin, des distinctions fondées sur leur véritable nature; et il a eu raison d'ajouter que tant qu'on n'aura pas trouvé les signes qui caractérisent chacune de ces variétés, le traitement ne reposera pas sur des bases certaines et rationnelles.

— Cette intéressante séance a été close par la présentation, faite par M. Larrey, de la jambe artificielle si ingénieuse imaginée par M. de Beaufort, et qui offre ce remarquable mécanisme, qu'elle s'allonge quand le poids du corps porte sur elle, tandis qu'elle se raccourcit au contraire quand elle ne supporte plus rien, ce qui délivre les amputés de l'inconvénient de *faucher* avec le membre artificiel.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital civil de Strasbourg.

Observation de gastrostomie.

Par M. le professeur C. Sédillot.

(*Suite et fin. Voir le n° 44.*)

Autopsie. — Le 31 janvier, à onze heures du matin, l'autopsie est faite en présence de MM. les docteurs Schützenberger, Stoltz, Michel, Joyeux, Bolu, Fourquet, à l'amphithéâtre d'anatomie.

La plaie extérieure est nette; on aperçoit un point gangrené, de la grosseur d'une petite lentille, à la partie supérieure gauche.

On enlève circulairement, autour de la plaie, une portion de la paroi abdominale; les adhérences formées sont minces, nettes et régulières; elles manquent, dans un point très-étroit, à la partie supérieure gauche.

L'abdomen ouvert montre le grand épiploon congestionné, adhéren profondément aux anses intestinales; l'abdomen est rempli de pus et de liquide séro-purulent; les intestins sont recouverts d'une couche plastique organisée; les circonvolutions sont adhérentes entre elles, surtout dans la fosse iliaque droite et dans toute la longueur de l'intestin grêle; l'excavation du petit bassin est complétement remplie de pus.

Toute la partie postérieure de la vessie est recouverte d'exsudations.

Le corps thyroïde est énorme. Quelques assistants émettent l'idée que la compression de ces organes sur l'œsophage peut avoir été la cause mécanique de l'obstruction de ce conduit.

On enlève toute la paroi antérieure de la poitrine en sciant les clavicules. On détache et on examine les poumons avec soin pour trouver les lésions anatomiques qui puissent rendre compte de la bronchite chronique du malade. On trouve des exsudations et des adhérences à la base du poumon droit; un peu d'engouement; des tubercules anciens au sommet. Le poumon gauche est sain. On coupe la veine-cave inférieure entre deux ligatures, et on enlève le cœur qui ne présente rien d'anormal; le diamètre de l'aorte ascendante est considérablement augmenté. Le foie est très-volumineux, de consistance et de couleur normales, la rate également; l'estomac est vaste (ses dimensions exactes sont données plus loin).

Sur le corps de la septième et en partie de la huitième vertèbre dorsale, à gauche, est une exostose qui proémine d'un centimètre et demi environ. L'œsophage est détaché.

Du haut en bas, les parois de l'œsophage s'épaississent sensiblement; elles ont 1 centimètre d'épaisseur immédiatement au-dessus du rétrécissement.

Rétrécissement. — On découvre d'abord un premier anneau, dont l'ouverture est cependant assez large pour permettre le passage des matières alimentaires. Les bords en sont déchiquetés, ulcérés. Sur le côté gauche est un cul-de-sac qui forme une poche, dont les dimensions sont données plus loin. Cette poche est ulcérée sur ses bords et dans son intérieur; elle est remplie de détritus organiques et de matières alimentaires, elle paraît avoir fait pendant la vie l'office d'un estomac supplémentaire.

Un second rétrécissement vient plus bas; son orifice est beaucoup plus étroit que le premier.

Entre ces deux rétrécissements est une poche large, remplie de détritus et de matières putrides.

Les deux anneaux paraissent formés par de la matière cancéreuse.

On coupe ensuite le duodénum et on examine la surface interne des intestins qui est lisse, recouverte de matières fécales. Le rectum est rempli de matières moulées.

Voici les mesures exactes de la pièce pathologique :

Le premier rétrécissement se trouve à 11 centimètres, à partir du bord supérieur des cartilages arythénoïdes. Il a 8 centimètres de circonférence, 7 millimètres d'épaisseur.

Le second rétrécissement a 7 centimètres de circonférence, 4 millimètres d'épaisseur.

La hauteur la plus grande de la poche intermédiaire aux deux anneaux est de 4 centimètres 2 millimètres.

L'espace (moyen) compris entre les deux rétrécissements est de 1 centimètre 5 millimètres.

Estomac. — La longueur de la plaie cutanée est de 33 millimètres; la largeur est de 1 centimètre.

La longueur de la plaie péritonéale est de 21 millimètres; la largeur est de 1 centimètre.

L'estomac a 26 centimètres dans sa plus grande largeur; 8 centimètres de hauteur à la partie moyenne.

La plaie stomacale a 20 millimètres de largeur; un centimètre de hauteur.

Elle est à égale distance du pylore et du bord du grand cul-de-sac.

Elle est éloignée du bord supérieur ou petite circonférence de 44 millimètres; du bord inférieur de 13 millimètres.

Cette observation offre à considérer plusieurs points sur lesquels nous appellerons l'attention.

L'ouverture de l'abdomen et la recherche de l'estomac furent faciles, et la précision avec laquelle nous avons, chez nos deux opérés, attiré au dehors et ouvert la partie moyenne et antérieure du ventricule, doit démontrer la valeur des indications sur lesquelles nous nous guidons. En incisant transversalement le muscle droit dans une étendue de 15 millimètres environ, à deux doigts au-dessous du rebord des fausses côtes, nous n'avons pas d'hémorrhagie à craindre; la plaie reste béante et le péritoine apparaît à nu derrière les fibres musculaires. La pénétration de l'air, qui fut accompagnée d'un sifflement distinct, n'a rien de redoutable, et le doigt porté dans la plaie reconnaît im-

médiatement le lobe gauche du foie, l'épiploon gastro-hépatique, et tombe ainsi sur l'estomac, sans possibilité d'erreur. Il suffit alors de recourber le doigt en crochet pour rapprocher le viscère de la plaie abdominale, en refoulant en bas l'arc du colon et le grand épiploon, et l'introduction d'une pince courbe, à mors mousses et évidés, permet d'amener sur-le-champ l'estomac hors de l'abdomen.

L'épaisseur et la régularité de la surface saisie du ventricule, qui est plane, large et terminée en bas par un bord convexe, le long duquel rampent les artères et veines gastro-spléniques et gastro-hépatiques, ne sauraient laisser de doute à cet égard, puisque le colon transverse, seul organe susceptible d'être pris pour l'estomac, est beaucoup plus étroit, cylindrique, bosselé, arrondi, et offre des parois beaucoup plus minces. Le rétrécissement progressif de l'estomac, depuis le cardia jusqu'au pylore, et la saillie annulaire de ce dernier orifice montrent à quelle place doit être établie la fistule gastrique, et la plaie abdominale correspond en outre, dans le plus grand nombre des cas, à la réunion des deux portions cardiaque et pylorique du viscère.

Comment fixer l'estomac hernié? Faut-il l'ouvrir immédiatement, ou après que les adhérences seront établies? Est-ce par incision ou par compression et gangrène que l'on doit procéder? Ces questions méritent d'être discutées et résolues. Sur notre premier opéré, nous avions percé sur-le-champ l'estomac et introduit dans la plaie une canule en argent à double rebord, pour comprimer le viscère contre la paroi de l'abdomen et en déterminer l'adhésion, sans crainte d'épanchement péritonéal. Nous avons renoncé à ce procédé. La présence d'un corps étranger dans l'abdomen, dès le premier moment de l'opération, peut exposer à des accidents. La pression exercée exige une précision presque impossible, pour ne pas pécher par excès ou par défaut, et il est certainement plus prudent de se mettre à l'abri des accidents. Maintenir l'estomac par quelques points de suture n'intéressant pas la membrane muqueuse, et attendre la réunion pour produire la fistule gastrique, nous avait semblé préférable; mais l'on a vu que ce moyen n'avait pas empêché la rentrée de la portion herniée de l'estomac pendant des efforts de toux. Les sutures exposent à l'inflammation par l'étranglement qu'elles occasionnent, et nous les rejetons. La compression d'un repli mince et étroit de la paroi antérieure du viscère, au moyen d'une sorte d'entérotome prenant un point d'appui sur l'abdomen, nous avait paru offrir des conditions très-favorables de succès. L'expérience nous a appris qu'il serait alors indispensable d'éloigner le point d'appui de la circonférence de la plaie, pour prévenir toute menace de mortification et d'inflammation ulcérative, comme nous l'observâmes chez notre malade. Toute perte de substance de l'estomac, quoique certainement curable, doit en outre être évitée. La fistule consécutive est trop large, et l'on éprouve des difficultés à la fermer et à empêcher l'écoulement des matières alimentaires. Nous sommes décidé à suivre une autre conduite. Nous traverserons la partie herniée de l'estomac, dans une étendue de 10 à 15 millimètres, avec une petite tige d'ivoire dont les extrémités reposeront transversalement sur un anneau rembourré, éloigné de plusieurs centimètres de la plaie cutanée, et assez élevé pour que la tige d'ivoire n'y touche sur aucun point. Le segment stomacal ainsi soulevé, n'étant pas complétement privé de circulation, s'ulcérera avec lenteur et ne sera pas divisé avant la formation d'adhérences solides. La plaie, ayant peu de largeur, sera aisément fermée par une canule ou tout autre moyen d'occlusion, et on évitera très-probablement tout accident du côté du péritoine.

Nous croyons également favorable de ne pas tenter d'injection alimentaire par la fistule stomacale avant que les adhérences soient assez résistantes pour ne faire redouter aucun accident, et l'on soutiendrait le malade, pendant les dix ou douze premiers jours de l'opération, par des injections nutritives rectales, dans le cas où la déglutition serait absolument empêchée et où l'aphagie serait complète.

La péritonite à laquelle succomba notre opéré peut s'expliquer par plusieurs causes, dont aucune n'est inhérente à la gastrostomie. Il régnait à l'hôpital une sorte d'épidémie infectieuse qui rendait mortelles la plupart des opérations, et je crois, si les rapports qui m'en ont été faits sont exacts, qu'on avait perdu depuis quelque temps dix amputés sur douze. Une simple piqûre que je me fis au doigt, dans un des pansements de mon malade, devint l'occasion d'une lymphangite qui nécessita quatre applications du cautère actuel. On peut, dès lors, supposer qu'un point de la plaie abdomidale, comprimé par la pince gastrostome, a été frappé, le quatrième ou cinquième jour de l'opération, d'une inflammation phagédénique et ulcérative, suivie de la destruction des adhérences déjà établies et d'une péritonite. La simple pression de la pince sur le côté gauche de la plaie suffit pour rendre compte de cette fatale complication, que nos manœuvres d'injections alimentaires et le tamponnement consécutif de la fistule furent certainement capables de déterminer, ainsi que les efforts de la toux et la nécessité pour le malade de se lever fréquemment pour uriner. Le malade avait parfaitement supporté son opération et avait été regardé comme hors de danger vers le sixième jour, après que l'alimentation directe eut relevé les forces et dissipé le mouvement fébrile. C'est manifestement à cette époque que la péritonite a commencé ou s'est étendue, et nous l'eussions très-probablement évitée en prenant les précautions que nous venons d'indiquer.

Le mode de nutrition à instituer après la gastrostomie est un sujet nouveau dont les règles sont à formuler. M. l'inspecteur général Lévy, auquel j'avais demandé quelques conseils pour l'alimentation de mon malade, a eu la bonté de m'adresser une savante lettre (1) qui sera consultée, avec un vif intérêt, par tous

(1) Nourrir votre opéré est chose difficile et sujette à déceptions; je l'ai dit ailleurs: la digestibilité est un fait purement relatif à l'état de l'estomac de l'homme et aux conditions générales de l'économie. J'ignore quelle influence exerçait déjà sur les fonctions digestives de votre homme la maladie qui a nécessité la gastrostomie et qui traduit probablement une diathèse cancéreuse; j'ignore comment se comportera, à l'égard des aliments, un estomac qui ne les reçoit plus par la voie normale et qui a subi une lésion chirurgicale. L'induction physiologique conduirait à prescrire des aliments dont la digestion est intestinale (graisses et fécules), afin d'épargner à l'estomac tout effort de pression; mais ces substances ne suffisent pas à l'entretien des forces et de la vie. Autant que possible, il faut introduire par la fistule des *aliments complets*, pour que l'opéré soit nourri et restauré; autant que possible, il faut que les aliments soient *concentrés*, afin de ménager l'organe opéré et ne pas l'obliger à agir mécaniquement et chimiquement sur des masses considérables de matières plus ou moins réparatrices. La *préparation* des aliments variera suivant leur nature. Je débuterais par des consommés de bouillon, par des consommés mêlés de fécules exotiques (tapioka, arrow-root, etc.), insalivées et mastiquées avant leur mélange avec le bouillon concentré; je tenterais ensuite le lait chaud sucré, mais en petites quantités, que l'on pourra répéter à un intervalle suffisant, à cause de la formation de grumeaux de caséine dans l'estomac; puis, les œufs *liquides*, chauffés seulement par l'immersion dans l'eau chaude; dès que ces premiers aliments auront réussi, j'arriverais au jus de viande, à la gelée de viande, obtenue au moyen de la cuisson prolongée d'un mélange de bœuf et de poulet, qu'on réduira sur le feu autant que possible (à l'étuvée); cette gelée, cet extrait de viandes sera la grande ressource de restauration, avec l'œuf et le lait. Si, pour varier l'alimentation, on se décide à donner des fécules, je propose purement et simplement la mie de pain et la croûte de pain bien cuites, mâchées et insalivées préalablement et réduites, comme on dit, en *pâtée*. A cette série d'aliments joignez l'eau vineuse et sucrée, plus tard même le vin pur et sucré; mêlez le plus possible le sucre à l'alimentation, puisque l'introduction des matières amylacées sera plus difficile, et celle des matières grasses peut-être une cause d'indigestion ou au moins de malaise par un séjour prolongé dans l'estomac et par l'afflux provoqué de la bile.

Quant aux boissons, il sera toujours utile de les donner un peu plus que moins chaud. Sans doute, à l'état de santé et même de maladie, nous prenons des boissons froides, très-froides, avec plaisir et sans inconvénient; mais elles ont un assez long parcours jusqu'à l'estomac, qui, prémuni, averti, si je puis ainsi dire, par la sensation de la portion supérieure du tube dont il n'est que le renflement, ne subit point d'aggression, point de *surprise*.

Je conseille aussi, pour priver le moins que possible le malade de ces sensations supérieures, de lui donner à boire et à manger par la bouche, comme s'il pouvait avaler; il crachera le liquide, mais il en aura perçu le goût, la température; quant aux aliments qu'on lui aura fait broyer et mâcher, une partie pourra servir aux ingestions gastrostomiques. La synergie fonctionnelle et dynamique, entre les actes qui s'accomplissent dans la bouche et ceux qui se passent dans l'estomac, trouvera ici son compte. Cela paraît subtil, mais cela est.

les chirurgiens qui se trouveraient dans une position semblable à la nôtre et qui auraient assumé la même responsabilité.

La présence d'une vaste ulcération carcinomateuse dans l'œsophage n'a pu être sans fâcheuse influence sur la constitution et les fonctions digestives, incessamment compromises par l'introduction dans l'estomac de matières sanieuses et purulentes, et c'est là, pour beaucoup de cas, une redoutable complication.

Nous résumerons ce travail dans les propositions suivantes :

1° La curabilité des plaies de l'estomac, l'innocuité des fistules de ce viscère, la possibilité d'entretenir la vie par l'alimentation directe, au moyen des sondes œsophagiennes, démontrent l'indication de la gastrostomie dans les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, qui condamnent fatalement les malades à mourir de faim.

2° Les probabilités de succès de cette opération seront d'autant plus grandes que l'affection œsophagienne sera plus limitée, moins maligne et plus susceptible elle-même de guérison.

3° Les causes de la mort des deux premiers malades soumis à la gastrostomie furent purement accidentelles et doivent être attribuées à des conditions morbides, en partie fortuites, que l'on pourra éviter.

4° La fistule gastrique sera établie au travers du muscle droit, à 3 centimètres au-dessous des côtes. L'estomac, placé en dehors du lobe gauche du foie, sera reconnu et extrait à l'aide du doigt et d'une pince courbe à mors mousses ; on le fixera dans la plaie sur une tige d'ivoire qui en traversera la paroi dans une étendue de 10 à 12 millimètres et reposera sur un anneau de linge, éloigné de 2 ou 3 centimètres de la circonférence de la plaie.

5° La surface antérieure de l'estomac est plane, d'un grand diamètre, terminée inférieurement par un rebord convexe, le long duquel rampent de nombreux vaisseaux flexueux. L'épaisseur des parois du viscère est considérable, et il est impossible de le confondre avec le colon transverse, seul organe dont la position pourrait induire en erreur.

6° La section du segment stomacal traversé par le corps étranger devra s'accomplir lentement par ulcération, et donner le temps aux adhérences péritonéales de se produire solides et complètes.

7° L'alimentation directe ne sera pas commencée avant le huitième ou dixième jour, après que toute crainte de complications et d'accidents aura disparu.

Addition à la séance de l'Académie de médecine.

DISCUSSION SUR LA PARALYSIE ATROPHIQUE MUSCULAIRE.

M. Parchappe. — Le vif intérêt excité au dedans et au dehors de l'Académie par le mémoire de M. le professeur Cruveilhier, s'explique non moins par l'importance des questions résolues ou soulevées que par l'autorité du nom et le talent de l'exposition. En effet, au point de vue physiologique, ce mémoire confirme, par une nouvelle preuve, la vérité du magnifique théorème de Ch. Bell, et fournit un nouvel élément de discussion à la théorie encore imparfaite de la nutrition musculaire ; au point de vue pathologique, il fonde sur des caractères anatomo-pathologiques spéciaux la détermination d'une espèce nosologique nouvelle, la paralysie du mouvement volontaire par atrophie des nerfs moteurs et des muscles, et soulève la question du rôle de l'atrophie nerveuse dans les maladies qui ont pour siége soit le système nerveux lui-même, soit l'appareil musculaire.

Symptomatologiquement caractérisée par le développement graduel et successif de la diminution du mouvement, jusqu'à l'abolition, dans les muscles volontaires et par l'intégrité, parfaite et jusqu'au dernier moment persistante, de la sensibilité et des facultés intellectuelles et morales, la nouvelle espèce morbide, à laquelle M. Cruveilhier rattache positivement les trois observations contenues dans son mémoire, et analogiquement, les observations publiées par divers auteurs, notamment par MM. Aran, Thouvenet, Duchenne, etc., aurait pour caractères anatomo-pathologiques, d'une part, l'absence de toute altération dans l'encéphale et la moelle épinière ; d'autre part, l'existence non-seulement de l'atrophie musculaire, positivement reconnue par M. Cruveilhier lui-même, et après lui par d'autres observateurs, mais encore et de plus, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, constatée par M. Cruveilhier dans l'observation unique où l'état de ces racines a été vérifié.

M. Cruveilhier ne paraît pas hésiter à admettre que cette dernière altération ait existé dans les deux observations qu'il a lui-même recueillies et ne doive exister dans toutes les observations semblables. Il ne pense pas que la coïncidence de l'atrophie des racines nerveuses avec l'atrophie des muscles auxquels se distribuent leurs branches puisse être fortuite, exceptionnelle. Pour lui, il n'y a pas dans la science de faits vraiment exceptionnels. Il y a des faits complets ou incomplets, bien ou mal observés, semblables ou différents.

J'avoue que je partage entièrement cette conviction philosophique sur la valeur des faits en médecine. Aussi je crois, comme M. Cruveilhier, que la coïncidence de l'atrophie des racines motrices spinales avec l'atrophie des muscles volontaires, dans l'espèce distincte de paralysie graduelle du mouvement volontaire qu'il aura eu l'honneur de déterminer pour la première fois, ne manquera pas de se vérifier par d'autres observations. Et s'il arrivait que cette vérification ne se réalisât pas dans des cas où à un développement morbide analogue correspondrait purement et simplement l'atrophie musculaire, il en faudrait conclure à l'existence de deux maladies différentes par leur nature, bien qu'analogues par leurs symptômes. Et, loin que cette nécessité de distinguer une autre espèce de maladie caractérisée par l'abolition graduelle du mouvement volontaire infirmât la valeur de la détermination nosologique due à M. Cruveilhier, il faudrait y voir un nouveau perfectionnement de la science et un acheminement à la cessation de cette confusion de faits, d'idées et de mots qui s'est depuis quelque temps introduite dans les études des pathologistes sur les maladies paralytiques.

En déterminant la nouvelle espèce morbide, M. Cruveilhier, comme on devait l'attendre de sa sagacité, n'a pas manqué de l'opposer à la maladie depuis longtemps connue sous le nom de paralysie générale des aliénés.

Dès 1838, dans un mémoire sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, j'ai élevé la prétention d'avoir déterminé anatomo-pathologiquement cette dernière espèce de maladie, sous le nom de folie paralytique, en lui attribuant pour caractère essentiel le ramollissement phlegmasique de la couche corticale cérébrale. Dans tous les cas de paralysie générale rigoureusement diagnostiquée et suivie de mort, qui se sont présentés à mon observation dans l'asile public des aliénés de la Seine-Inférieure, depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1848, j'ai positivement, et sans rencontrer une seule exception, constaté l'existence du ramollissement plus ou moins étendu, plus ou moins profond de la couche corticale cérébrale. Le nombre de ces observations, qui s'élevait en 1838 à 43, avait atteint en 1841, époque de la publication de mes documents nécroscopiques, le chiffre 86, et en 1848, époque d'une communication faite à l'Académie des sciences, le chiffre 201.

Cette détermination, qui a pour moi la valeur d'une démonstration, bien qu'elle n'ait pas été jusqu'à ce moment généralement acceptée, deviendra de plus en plus sûre et de moins en moins contestable et contestée, à mesure que la science se perfectionnera dans la connaissance approfondie des diverses espèces de paralysie.

Parmi les différences nombreuses qui séparent la paralysie générale des aliénés, la folie paralytique, soit des diverses espèces de paralysie qu'on a essayé de confondre avec elle sous le nom de *paralysie générale progressive*, soit de la maladie décrite par M. Cruveilhier, il en est une qui porte sur le mode même de l'altération du mouvement, et que je crois utile de signaler en quelques mots.

Dans la paralysie générale des aliénés, dans la folie paralytique, quand il n'y a pas de complication avec une autre maladie, c'est-à-dire quand le ramollissement phlegmasique, qui la constitue anatomiquement, se borne à la couche corticale cérébrale, l'altération du mouvement, qui augmente lentement et graduellement, n'arrive jamais jusqu'à sa suppression absolue. La paralysie demeure incomplète, caractère qui a été saisi dès la première époque où cette maladie a été observée. Et, d'autre part, l'affaiblissement graduel de la force motrice volontaire, qui est le caractère essentiel de cette paralysie, porte à la fois sur tous les muscles volontaires, bien qu'elle se traduise dans les mouvements partiels par des effets fort inégaux, sans aucun doute, suivant le siége, l'étendue et la profondeur du ramollissement, mais surtout suivant l'inégalité du degré de précision et de force réclamé par les divers mouvements composés qui donnent naissance à la parole, à la station, à la marche, etc. La paralysie est primitivement générale, et son développement est bien plus un développement d'intensité graduelle dans tous les mouvements volontaires, qu'un développement d'extension graduelle d'un muscle ou d'un système de muscles à un autre muscle ou à un autre système de muscles. Il en est de la diminution de la motricité volontaire dans la folie paralytique, comme de la diminution de la sensibilité, qui, dans cette maladie, a aussi pour caractères d'être graduelle, générale et incomplète.

Après avoir déterminé, par des preuves à mon avis irréfragables, les

caractères nosologiques de la nouvelle espèce distincte de paralysie des mouvements volontaires, M. Cruveilhier a posé la question pathogénique en ces termes :

« Quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie ? Ou, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies ? »

M. Cruveilhier pense que l'atrophie des racines motrices est l'altération primitive et essentielle, celle qui amène consécutivement dans les muscles d'abord la paralysie, puis l'atrophie, et il résume sa doctrine pathologique en disant :

« Il existe une espèce de paralysie du mouvement tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. »

C'est ainsi que M. Cruveilhier a dénoué ce qu'il a fort justement appelé le nœud de la question.

C'est en effet à cette question de l'antériorité pathogénique de l'atrophie dans les nerfs ou dans les muscles que commencent les grandes difficultés et que commenceront aussi les grands dissentiments.

La connexion pathogénique des deux lésions est démontrée dans l'observation de Lecomte par la concordance du degré d'intensité de lésion entre les parties nerveuses et musculaires anatomiquement et physiologiquement unies. Cette connexion, dont la réalité s'appuie en outre sur toutes les analogies pathologiques, avait déjà été positivement constatée par M. J. Guérin.

Chez une jeune fille atteinte de pied-bot, les extenseurs des orteils et les péroniers latéraux étaient complétement paralysés, le membre tout entier émacié, la sensibilité conservée : on trouva, après la mort, une décoloration des muscles paralysés de la jambe et de plusieurs muscles de la cuisse, une diminution de volume notable dans les nerfs du membre, plus considérable et évaluée au quart du volume normal dans les racines antérieures lombaires et sacrées du même côté. Aucune lésion ne put être constatée dans la moelle épinière, ni dans les racines postérieures.

M. Cruveilhier, qui ne conçoit la possibilité de cette connexion entre les deux lésions, que sous la condition d'un rapport de subordination, admet lui-même qu'on peut chercher dans l'une ou l'autre des deux lésions celle qui aurait le caractère d'un point de départ, d'une cause.

Après avoir comparé les motifs qui peuvent être invoqués en faveur de l'une ou l'autre des deux hypothèses, le savant professeur se décide en faveur de celle qui attribue le rôle de point de départ et de cause à l'atrophie des racines nerveuses.

C'est, en effet, par l'appréciation analogique du rôle primitif ou consécutif qui appartient à l'atrophie nerveuse dans les maladies du système nerveux et des muscles, et par l'induction physiologique, que la question difficile dont il s'agit peut être tranchée, si elle est vraiment susceptible d'une solution absolue avant que des faits plus nombreux, plus complets, l'aient reproduite et éclairée sous toutes ses faces.

Mais il est tout d'abord important de remarquer que les deux hypothèses discutées par M. Cruveilhier n'épuisent pas la question.

Il y a des atrophies coexistantes du système nerveux et du système locomoteur, sur l'antériorité relative desquelles il est impossible de se prononcer, et qui paraissent représenter deux faits contemporains, simultanément produits sous l'influence d'une même cause, ce sont toutes les atrophies congéniales qui peuvent être véritablement rapportées à l'agénèse. L'agénèse simultanée de diverses parties du système nerveux et des appareils sensitifs ou locomoteurs qui s'y rattachent n'est-elle pas le plus souvent l'expression d'une lésion dynamique unique, qui étend à la fois son action sur toutes les parties instrumentales d'une fonction ?

Un caractère analogue ne pourrait-il pas appartenir à la maladie nouvellement étudiée, dont les éléments anatomiques, atrophie nerveuse et atrophie musculaire, seraient la commune expression d'une lésion dynamique, essence de la maladie et condition primitive des deux lésions simultanées et secondaires ? Mais ici, le domaine de la question s'élargit à un tel point que la pathologie tout entière pourrait y entrer.

Je crois qu'il est sage, au moins quant à présent, de la restreindre dans les données positives des faits anatomo-pathologiques, comme l'a fait sciemment et volontairement M. Cruveilhier, et de se borner par conséquent à l'appréciation comparée des deux hypothèses qu'il a discutées.

M. Cruveilhier admet d'une manière générale la possibilité de l'atrophie nerveuse, consécutive à une atrophie musculaire primitive ou idiopathique. En effet, il croit que le système nerveux, devenu inactif, peut s'atrophier ; il cite les faits bien connus d'atrophie du nerf optique dans les cas de suppression de la vision, dépendante de lésions du globe de l'œil ; il est disposé à admettre qu'à la suite de l'amputation d'un membre, les racines spinales antérieures et postérieures qui présidaient au mouvement et au sentiment des parties qui n'existent plus, doivent présenter des atrophies correspondantes.

Je crois que l'influence de l'inactivité fonctionnelle sur l'atrophie des diverses parties constituantes du système nerveux, bien qu'assez généralement admise, n'est pas encore exactement appréciée dans toute son importance.

Persuadé que la diminution du mouvement de composition nutritive, sous l'influence de l'inactivité fonctionnelle, représente une loi générale de l'économie vivante, j'avais admis, *à priori*, dès mes premières recherches d'anatomie pathologique sur l'aliénation mentale, que la diminution ou la suppression de l'activité cérébrale dans la démence devait avoir pour effet de produire à la longue une atrophie plus ou moins considérable du cerveau.

C'est en partie pour donner une base solide aux recherches que je me proposais de faire pour la vérification de cette loi, que je me suis d'abord efforcé de déterminer aussi rigoureusement que possible le volume et le poids normal de l'encéphale, en tenant compte de toutes les différences physiologiques, résultats que j'ai publiés en 1836.

De 1835 à 1848, j'ai pesé avec soin le cerveau de tous les aliénés qui ont succombé dans le service, à la tête duquel j'étais placé, et j'ai ainsi obtenu, en définitive, une masse considérable de faits parfaitement concluants. La discussion raisonnée de 284 observations m'avait conduit, dès 1841, à formuler, dans mon *traité de la folie*, la loi pathologique *du décroissement graduel du cerveau en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple*. Une nouvelle série de 498 observations m'a permis de confirmer cette loi. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, le 31 juillet 1848, j'ai résumé les résultats de ces deux séries d'observations, qui se contrôlent l'une l'autre, et qui s'appuient définitivement sur 782 observations.

	1re SÉRIE.		2e SÉRIE.		TOTALITÉ.		PROPORTION des différences.	
	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.
Folie aiguë (manie et mélancolie, état aigu).	1,449gr	1,295gr	1,428	1,253	1,433	1,274	1,000	1,000
Folie chronique (démence).	1,363	1,186	1,335	1,191	1,344	1,189	923	933
Folie chronique :								
1° Simple affaiblissement intell.	1,402	1,216	1,418	1,214	1,405	1,227	980	963
2° Manie et mélancolie chronique.	1,395	1,231	1,370	1,237	1,381	1,235	963	969
3° Incohérence.	1,374	1,202	1,353	1,210	1,358	1,208	947	948
4° Stupidité.	1,297	1,152	1,274	1,129	1,281	1,139	886	894

L'existence de la loi ressort clairement de la comparaison des deux catégories, folie aiguë et folie chronique, dont les moyennes diffèrent d'une quantité en poids égale à 89 grammes pour les hommes, à 85 grammes pour les femmes; en proportion égale à 77/1000 pour les hommes, à 67/1000 pour les femmes.

Elle se révèle encore plus évidemment par la comparaison des moyennes dans les quatre catégories de la folie chronique, où l'on voit le poids du cerveau diminuer en même temps que la puissance intellectuelle, et où la différence des moyennes entre la folie aiguë et le dernier degré de la folie chronique atteint 152 grammes ou 114/1000 chez les hommes, et 135 grammes ou 106/1000 chez les femmes.

L'atrophie du cerveau par inactivité fonctionnelle, que j'ai pu ainsi démontrer sur une large échelle par la preuve irréfutable du poids comparé, se laisse d'ailleurs saisir avec évidence pour un œil exercé dans les cas individuels, toutes les fois qu'elle est un peu prononcée. Et je l'ai, dans un grand nombre de cas, positivement constatée par la mensuration partielle, soit des circonvolutions, soit de la couche corticale.

L'atrophie avec induration joue dans les maladies de la moelle assez confusément rapportées à l'inflammation un rôle très-important. Je suis porté à croire, que dans un certain nombre de cas de paralysie ancienne où je n'ai trouvé après la mort d'autre altération qu'une induration atrophiquede la moelle épinière, la diminution de l'activité fonctionnelle avait eu une part principale dans l'atrophie de l'organe nerveux.

Chez une femme atteinte de paraplégie depuis dix ans, dont la paralysie avait d'abord porté exclusivement sur le mouvement complétement aboli dans les jambes, s'était, dans les deux dernières années de la vie, étendue à la sensibilité, l'anesthésie occupait les extrémités inférieures des deux côtés jusqu'au-dessus du genou, et avait respecté les fonctions de la vessie et du rectum, j'ai constaté après la mort une atrophie très-notable de la moitié inférieure de la moelle épinière, des nerfs de la queue de cheval et des muscles des extrémités inférieures, surtout des jambes.

Ollivier (d'Angers) a cité, d'après M. Magendie, l'observation d'une vieille femme qui était depuis une douzaine d'années dans une inaction presque complète, le corps fortement fléchi en avant et les membres inférieurs dans un état de contracture assez prononcé ; aucune altération

de la sensibilité n'accompagnait la lésion du mouvement. — On trouva la moelle épinière considérablement diminuée de volume et très-dure. Les racines antérieures des nerfs rachidiens étaient réduites en quelque sorte à leur névrilème, tandis que les postérieures n'offraient aucun changement appréciable.

On ne trouve, il est vrai, dans les annales de la science, qu'un petit nombre de cas d'atrophie des nerfs coïncidant avec l'atrophie des muscles dans les paralysies anciennes de cause encéphalique; mais souvent on a constaté, en même temps que la conservation du volume, l'altération de la couleur et de la consistance, expression non équivoque d'une lésion de nutrition.

L'influence de l'inactivité fonctionnelle dans les muscles, comme condition déterminante de leur atrophie, est démontrée par un si grand nombre de faits physiologiques et pathologiques, qu'il serait tout à fait superflu d'en citer des exemples.

Si la portée de cet ensemble de faits, qui démontre la généralité de la loi de décroissance des organes en raison de leur inactivité fonctionnelle, est réduite à ce qui se rapporte à l'influence de l'inactivité motrice, on voit que l'effet d'atrophie qui peut lui être attribuée, se produit dans les divers instruments organiques du mouvement sous la condition de subordination et de solidarité qui les unit physiologiquement. Ainsi l'atrophie du muscle, organe producteur du mouvement, est l'expression constante de l'influence de l'inactivité motrice, que cette inactivité ait pour condition une altération de l'encéphale, de la moelle épinière, des racines motrices, des nerfs. Mais en même temps tous les instruments intermédiaires de l'action motrice supprimée, nerfs moteurs, racines motrices, cordons moteurs de la moelle, participent au mouvement d'atrophie. Et de plus, si l'inactivité motrice a sa condition essentielle dans le muscle lui-même, l'atrophie tend encore à se propager dans les agents nerveux du mouvement, rendus plus ou moins complétement inactifs par l'immobilité musculaire, dans les nerfs, dans les racines motrices et jusque dans la moelle épinière.

Bien que je sois disposé à accorder une part importante à l'inactivité fonctionnelle dans la génération de l'atrophie nerveuse, et à admettre que la suppression de toute action musculaire, et, à plus forte raison, la suppression des muscles eux-mêmes, en tant qu'organes de mouvement, puisse et doive provoquer l'atrophie des nerfs moteurs et des racines motrices, j'avoue pourtant que, dans l'observation qui est le sujet de cette discussion, l'atrophie des racines motrices est signalée comme si considérable dans son intensité, et si rapide dans son développement, que je ne puis pas, plus que M. Cruveilhier, consentir à la considérer comme une simple atrophie d'inactivité fonctionnelle, consécutive à l'atrophie primitive et essentielle des muscles.

Le défaut de rapport entre l'atrophie considérable des racines motrices et l'atrophie beaucoup moins prononcée de leurs irradiations dans les muscles, serait encore une difficulté sérieuse contre l'hypothèse de la propagation des muscles aux nerfs.

On ne saurait contester que la propagation de l'atrophie en sens inverse, c'est-à-dire du système nerveux aux muscles, ne soit, à tous les points de vue, le fait le plus ordinaire, le plus général et le plus certain.

L'insuffisance probable de l'hypothèse du développement consécutif de l'atrophie dans les racines motrices, par suite de l'inactivité fonctionnelle que leur aurait imposée l'atrophie musculaire, conduit naturellement à admettre la probabilité de l'hypothèse contraire adoptée par M. Cruveilhier.

A l'appui de son opinion, M. Cruveilhier a invoqué un grand nombre de preuves analogiques, dont on ne saurait contester la valeur et la force. Ainsi, M. Cruveilhier rappelle la généralité du fait de la subordination pathologique de l'atrophie musculaire à l'altération des divers éléments constituants du système nerveux : encéphale, moelle, nerfs; il insiste sur la rapidité et l'intensité du mouvement d'atrophie qui se produit dans les muscles, sous l'influence de la section accidentelle des nerfs chez l'homme et de leur section expérimentale chez les animaux; et tous les détails d'explications ingénieuses qu'il donne pour motiver la vraisemblance de sa doctrine sont généralement conformes à toutes les données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

C'est en m'appuyant sur l'accord, beaucoup plus constant qu'on ne le croit, de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, que je passerai rapidement en revue les objections adressées à la doctrine de M. Cruveilhier, par M. Bouvier, dans son intéressante et savante improvisation.

Quand cet accord n'existe pas, ce n'est pas la faute de la nature, qui a soumis à des lois constantes, invariables, les phénomènes de la vie; c'est la faute ou de l'anatomie, ou de la physiologie, ou de la pathologie, la faute même de toutes les trois, et quelquefois aussi, il faut bien l'avouer, la faute des observateurs.

Il y a déjà, dans l'observation si patiemment étudiée, si clairement exposée, si judicieusement interprétée de M. Cruveilhier, un exemple assez éclatant de l'accord de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, en ce qui se rapporte au théorème de Ch. Bell. Il n'est pas sans intérêt de rappeler, à ce sujet, que la distinction des nerfs purement moteurs et purement sensitifs que Galien avait admise par induction anatomique, a été construite par Ch. Bell, dans l'admirable développement qu'il lui a donné, sur des données en quelque sorte purement anatomiques, que l'expérimentation physiologique et l'observation pathologique ont élevées jusqu'à la hauteur de démonstration scientifique, déjà strictement dans l'œuvre de Bell lui-même, et depuis largement et magnifiquement dans les œuvres des plus éminents physiologistes : Magendie, Béclard, Muller, Longet, etc.

Les distinctions exactes et judicieuses, que M. Bouvier a faites ou rappelées, en ce qui se rapporte aux divers degrés de la paralysie et de l'atrophie dans les muscles, et aux résultats des expériences de MM. Duchenne et Brierre de Boismont, sur la persistance et la disparition de l'irritabilité musculaire, ne font qu'exprimer, sous une forme restreinte, des ordres distincts de faits, que la physiologie est parfaitement en mesure de compléter.

Le mouvement volontaire seul est paralysé dans les muscles par les maladies qui ont exclusivement leur siége dans l'encéphale. Le mouvement par les excitations directes portées sur les muscles, sur les nerfs, sur la moelle, est encore possible. L'irritation électrique démontre la persistance de la contractilité musculaire. Les muscles gardent, jusqu'à un certain point, leur tension motrice. Leur atrophie est lente et limitée. C'est le cas des hémiplégies cérébrales et cérébelleuses; c'est aussi le cas de la paralysie générale des aliénés, dans laquelle la maladie a pour siége la couche corticale cérébrale.

Le mouvement volontaire est paralysé; la contractilité musculaire s'éteint consécutivement après une durée plus ou moins longue, en même temps que se prononce un mouvement rapide d'atrophie profonde, dans les maladies qui suppriment l'action des centres nerveux par une lésion profonde de la moelle épinière, et plus sûrement encore par une lésion profonde des racines motrices et des nerfs moteurs. Les muscles perdent leur tension motrice. Ils ne répondent que faiblement, et finissent par cesser de répondre à l'irritation galvanique, en même temps qu'ils s'atrophient rapidement et profondément. C'est le cas des paralysies vraies, dans lesquelles MM. Duchenne et Brierre de Boismont ont constaté la suppression de l'irritabilité musculaire. C'est le cas de la maladie dont l'observation de Lecomte est un exemple.

Enfin, dans l'atrophie musculaire idiopathique, sans lésion des nerfs des centres nerveux, dont j'admets parfaitement l'existence, il est évident que le mouvement volontaire et l'irritabilité musculaire doivent diminuer graduellement, pour disparaître complétement et sans retour, dans tout muscle, dans tout faisceau, dans toute fibre musculaire dont l'atrophie a atteint son dernier terme, c'est-à-dire la transformation graisseuse.

Certainement, le nom de paralysie qui implique la diminution ou la suppression du mouvement par altération du système nerveux, ne serait pas applicable à ces cas d'atrophie musculaire, idiopathique et primitive, qui, jusqu'à la dernière observation de M. Cruveilhier, paraissent devoir comprendre toutes les observations groupées par M. Aran, sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et par M. Thouvenet, sous le nom de *paralysie musculaire atrophique*.

Mais, certainement aussi, il ne s'agit pas d'un cas de ce genre dans l'observation de Lecomte, qui est bien une paralysie, puisqu'un de ses caractères anatomiques essentiels est la lésion profonde des racines nerveuses motrices.

L'objection tirée par M. Bouvier de la marche suivie par la suppression du mouvement volontaire et de l'irritabilité dans ses rapports avec la marche de l'atrophie musculaire, ne me paraît pas avoir la portée qu'il lui attribue pour infirmer la doctrine soutenue par M. Cruveilhier. Que montrent en effet les symptômes observés pendant la vie? La diminution graduelle du mouvement volontaire coïncidant avec la diminution du volume des muscles, et la persistance de l'irritabilité musculaire, jusqu'à l'effacement complet des muscles. Que montrent les altérations constatées après la mort? Divers degrés d'atrophie nerveuse coïncidant avec divers degrés correspondants d'atrophie musculaire, la persistance de fibres musculaires intactes dans les muscles dont l'irritabilité avait persisté, la transformation graisseuse complète dans ceux dont l'irritabilité avait été éteinte.

Que conclure de ces faits, sinon la connexion étroite, la correspondance parfaite des deux lésions d'atrophie, se maintenant toujours et partout entre le muscle et le nerf, et jusque dans le dernier rapport de la fibre musculaire et de la fibre nerveuse, premier terme et élément anatomo-pathologique essentiel de la maladie dans ce qu'elle a de connu.

Ce sont ces fibres musculaires non atrophiées en connexion normale avec la moelle épinière et l'encéphale, au moyen de filets nerveux non atrophiés, qui répondent jusqu'au dernier moment aux excitations de la volonté et aux irritations de l'électricité.

Une autre objection de M. Bouvier est tirée de la rapidité de la marche et de l'intensité du degré de l'atrophie musculaire dans la maladie dont

le caractère le plus frappant lui paraît être la tendance à la transformation graisseuse des muscles. Mais cette rapidité et cette intensité exceptionnelles de l'atrophie musculaire, considérée comme consécutive, suivant M. Cruveilhier, à l'atrophie nerveuse, et qui lui est sans contredit étroitement, intimement liée, n'a rien que de conforme à ce que l'on sait de l'influence exercée par les sections accidentelles ou expérimentales de nerfs moteurs. Pour chaque fibre musculaire qui s'atrophie, l'atrophie complète du filament nerveux qui lui correspond dans la racine motrice est l'équivalent d'une section. Est-il étonnant que sous son influence des effets analogues à ceux de la section soient produits dans les fibres musculaires.

Enfin, et c'est là une dernière objection qui soulève une question importante que la physiologie n'a pas encore suffisamment éclairée, la subordination, invoquée par M. Cruveilhier, du muscle aux racines motrices, n'est certaine qu'en ce qui se rapporte au mouvement volontaire; elle est contestable et contestée en ce qui se rapporte à la contractilité et surtout à la nutrition musculaires.

Mais sur ce point, ce qui est positivement établi par l'expérimentation physiologique, par les travaux de Muller, Sticker, Reid, et notamment par les belles recherches de mon honorable ami Longet, c'est que la contractilité ne persiste que pendant un certain temps, quelques semaines, quelques mois dans les muscles, quand ils ont été séparés de la moelle épinière complétement par la section des nerfs mixtes, ou partiellement, soit par la section des nerfs moteurs, soit par la section des nerfs sensitifs, et que la contractilité ne s'éteint qu'à mesure et en raison des progrès de l'atrophie.

Si l'on rapproche de ces faits bien démontrés, la disparition beaucoup plus rapide de la contractilité dans les muscles après la ligature des artères, on reconnaîtra que la diminution et la cessation de la contractilité musculaire sont essentiellement sous l'influence de la nutrition des muscles.

La contractilité musculaire est généralement considérée par les physiologistes, comme une propriété inhérente aux muscles, dépendante de leur état de vie, et par conséquent subordonnée au mouvement de composition nutritive, qui est la condition de l'entretien de leur vie. Ce mouvement de composition nutritive est lui-même subordonné à l'action du sang qui apporte les matériaux de la nutrition, à l'activité fonctionnelle du muscle qui est mise en jeu : pour le mouvement, au moyen des nerfs moteurs, par les centres nerveux, et pour l'assimilation nutritive, très-probablement par les mêmes centres au moyen des nerfs sensitifs du système cérébro-spinal, ou des fibres grises du système ganglionnaire. Que l'une ou l'autre de ces conditions vienne à être supprimée, et l'atrophie se produisant dans les muscles entraînera la perte de la contractilité.

La suppression évidente de l'une de ces conditions par l'atrophie des racines antérieures dans l'observation de Lecomte, a pu, a dû suffire à provoquer l'atrophie musculaire.

Mais quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures? Est-elle dans une lésion anatomique, dans une lésion dynamique des parties nerveuses centrales, substance grise de la moelle épinière, par exemple, qui aurait agi à la fois sur ces racines et sur les muscles eux-mêmes pour les atrophier.

J'imiterai sur ces questions obscures la sage réserve de M. Cruveilhier, et je m'arrêterai comme lui devant l'inconnu.

Malgré l'étendue sans doute déjà trop grande, que je me suis trouvé entraîner à donner à cette note, je me vois encore forcé de présenter, avant de finir, quelques courtes observations sur la dénomination donnée par M. Cruveilhier à la maladie qu'il a déterminée.

Comme M. Bouvier, je conçois qu'on puisse accorder une certaine importance à la dénomination des maladies, et je partage bien sincèrement son éloignement pour cette qualification de *progressive*, depuis quelques années introduite dans la nomenclature nosographique. Je connais peu de maladies auxquelles cette appellation ne puisse être appliquée, soit à un moment donné, soit même dans tout le cours de leur développement; et il me semble que toutes les paralysies du mouvement qui n'atteignent pas du premier coup leur terme, c'est-à-dire qui ne sont pas dues à une désorganisation rapide et profonde de l'une des parties du système nerveux d'où dépendent les mouvements, sont progressives dans leur développement. Je laisserai très-volontiers à M. Cruveilhier le soin de tenir compte de cette observation, s'il le juge utile ou convenable. Mais je tiens essentiellement à ce que le nom de paralysie soit conservé à une maladie dont un des caractères essentiels est une altération du mouvement, liée à une altération du système nerveux.

En définitive, je pense que la maladie dont M. Cruveilhier a déterminé les caractères symptomatiques et anatomo-pathologiques doit entrer comme espèce distincte dans le cadre nosologique; qu'elle doit y être rapportée à la classe des paralysies du mouvement, et que, quant à présent et jusqu'à plus ample informé, elle peut être considérée, selon la formule donnée par M. Cruveilhier, *comme une espèce de paralysie tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, et ayant son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les journaux médicaux et pharmaceutiques d'Espagne ont ouvert une souscription pour élever nn monument à la mémoire de M. Orfila. Chacun des directeurs de ces journaux, au nombre de six, ont souscrit chacun pour la somme de 100 réaux (26 fr.).

— Nous avons reçu de M. le professeur Heyfelder une lettre en réponse à celle de M. le docteur Favrot. Comme nous sommes à la veille de publier toutes les observations dont le savant professeur parle dans sa lettre, il pensera sans doute que ce sera le meilleur moyen d'édifier complétement nos lecteurs sur le sujet du débat.

— M. Patricio Salazar vient d'être nommé professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Madrid, en remplacement de M. Bartholomé Obrador.

— Dans la séance du 5 avril, M. le professeur Ribes a demandé à la Faculté son assentiment, pour passer de sa chaire d'hygiène à celle de pathologie médicale vacante par le décès de M. Rech. Cette demande a été accueillie à l'unanimité des votes. En approuvant l'avis de notre Faculté, M. le Ministre confiera un enseignement aussi important pour l'École de Cos à un professeur distingué, depuis longtemps connu par son mérite, ses talents et son honorable caractère. (*Annales cliniques de Montpellier*).

— M. le ministre vient de confirmer le choix de la Faculté, en nommant M. le docteur Brousse, chef des travaux chimiques. (*Id*)

— Par un décret rendu dans les derniers mois de l'année précédente, le Gouvernement a décidé que tous les fonctionnaires publics seraient tenus de porter un costume de ville spécial à chaque ordre de fonctionnaire. Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, communiquée à la Faculté, dans sa séance du 5 avril, est venue rappeler ce décret à MM. les professeurs qu'elle engage à s'y conformer. (*Id.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par Ph.-C. Sappey, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — T. 2e, 2e partie; 1er fascicule (nerf grand sympathique; système glanduleux; sens du tact; sens de l'ouïe). — En vente chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Observations relatives à un nouveau traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés, par le docteur L.-A. Mercier. Broch. in-8°.

L'huile de foie de morue envisagée dans tous les rapports comme moyen thérapeutique, par M. L.-J. de Jongh, docteur médecin à La Haye. — 1 vol. in-8°. Prix: 5 fr. 50 c. Paris, librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui prendront un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Traité de médecine opératoire, Bandages et Appareils, par le docteur Ch. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal de première classe, officier de la Légion-d'honneur, membre correspondant de l'Institut de France, de l'Académie impériale de médecine, de l'Académie royale de Bruxelles, etc. — Deuxième édition, t. 1er, 1re partie, avec 206 figures. — En vente chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 4 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 47. 1re année. Mardi 19 Avril 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX.

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Service médical des théâtres de Paris. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Beaujon. Paralysie et atrophie musculaire du membre supérieur gauche. Mort. Autopsie. Nulle lésion du système nerveux, par M. Landry. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : Hospice de la Maternité de Christiania (Norwége). Opération césarienne dans un cas de rétrécissement du bassin, causé par la descente de deux tumeurs fibreuses, pédiculées et sous-péritonéales dans l'excavation du bassin, en dedans de la duplicature de Douglas, par le Dr Fayé. — Addition à la séance de l'Académie de médecine. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 18 avril 1853.

Nous publions aujourd'hui le dernier discours prononcé à propos de la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie de médecine sur l'atrophie musculaire. Nos lecteurs auront ainsi sous leurs yeux les éléments *complets* de cette discussion, éléments auxquels nous en ajoutons un des plus importants que nous devons à un interne des hôpitaux, dont un article récent, remarquable, sur les aberrations de sensibilité, a permis d'apprécier toute la sagacité. Nous savons qu'une nouvelle observation relative doit être produite à la séance de l'Académie de médecine de demain ; nous l'attendrons pour publier notre résumé sur la discussion intéressante qu'a provoquée le remarquable travail de M. Cruveilhier.

Service médical des théâtres de Paris.

Le 23 février 1852, M. le ministre de l'intérieur réglait d'une manière beaucoup plus satisfaisante qu'il ne l'avait encore été, le service médical de l'Opéra, et le 30 avril de la même année, il adressait à M. le préfet de police des instructions relatives à l'organisation des services médicaux dans tous les théâtres de la capitale. En exécution de ces instructions, M. le préfet Piétri prit le 12 mai 1852 l'arrêté dont la teneur suit :

Article premier. Dans chaque théâtre ou salle de spectacle de Paris, il y aura un service médical qui sera composé d'un nombre de médecins en rapport avec l'importance de l'établissement.

Art. ii. Le service sera divisé par semaine et réglé entre les médecins, à la fin de chaque mois, pour le mois suivant. Il sera communiqué au directeur qui, après l'avoir approuvé, nous en donnera connaissance.

Art. iii. Ce service devra être distribué de manière à ce qu'il y ait constamment un médecin présent dans la salle, depuis le commencement jusqu'à la fin de la représentation.

Lorsque le service de la soirée sera partagé entre plusieurs médecins, aucun d'eux ne pourra se retirer avant d'avoir été relevé par un de ses collègues.

Il y aura aussi, à chaque répétition générale des pièces à spectacle, un médecin de service qui sera prévenu par la direction.

Art. iv. Lorsqu'un des médecins voudra échanger son tour de service de semaine, il devra en prévenir le commissaire de police de la section; en lui justifiant du consentement par écrit de son remplaçant, avant l'ouverture des bureaux.

Art. v. Une stalle d'orchestre ou de balcon sera réservée, chaque jour de représentation, pour le médecin de service de la salle. Elle devra être placée le plus près possible de l'une des portes d'entrée. A la place du numéro, elle portera ces mots : *Médecin de service.*

Art. vi. Le médecin de service se rendra, chaque matin, à la direction du théâtre auquel il sera attaché, pour savoir s'il y a lieu de constater à domicile les maladies d'artistes ou d'employés qui motiveraient des refus de service. En cas d'urgence, le directeur devra le faire prévenir à domicile.

Art. vii. Un local sera mis, dans l'intérieur des bâtiments, à la disposition des médecins de service. Il devra être convenablement meublé, chauffé, éclairé, et contenir une petite pharmacie dont la composition sera réglée par nous, et placée sous la surveillance d'un membre du conseil de salubrité.

Art. viii. Des rapports trimestriels sur le service médical seront adressés par nous à M. le ministre de l'intérieur.

Art. ix. La nomination des médecins dans les théâtres et spectacles, à l'exception du théâtre de l'Opéra, qui est en dehors de ce règlement, et le remplacement des médecins qui manqueraient à leur service ou se feraient remarquer par leur inexactitude, seront faits par M. le ministre de l'intérieur, d'après nos propositions et sur la présentation des directeurs.

Leurs fonctions seront gratuites. Leur révocation pour manquement et inexactitude dans leur service sera proposée par nous à M. le ministre de l'intérieur.

Art. x. Le commissaire chef de la police municipale et les commissaires de police de la ville de Paris sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Outre la sagesse des prescriptions générales de cet arrêté, toutes les personnes qui ont été témoins de quelque accident dans un théâtre, pendant une représentation, apprécieront particulièrement l'utilité de l'art. 7. Personne n'ignore que lorsqu'un spectateur se trouvait indisposé, on le transportait dans les couloirs du théâtre, et que là, il était l'objet de l'importune curiosité, quand ce n'était pas des plaisanteries de mauvais goût des promeneurs désœuvrés. Ajoutons à cela qu'il ne trouvait guère autour de lui que des secours très-défectueux. M. le préfet a voulu, à juste titre, faire disparaître le scandale, et en perfectionner les secours.

Mais, il ne suffit pas de faire des règlements, il faut encore en surveiller, en assurer l'exécution. L'article 7, qui est le plus important, est aussi celui dont l'exécution devait surtout être surveillée d'une manière spéciale. M. le

préfet, dans ce but, vient de créer des commissions chargées de faire des visites dans tous les théâtres, et composées des membres du Conseil de salubrité dont les noms suivent : MM. Beaude, Boutron, Cadet de Gassicourt, Chevallier, Devergie, Lecanu, Soubeyran et Vernois. Les visites déjà faites ont permis de constater un état de choses généralement satisfaisant, et nous ne doutons pas que la population ne sache gré à M. le préfet de sa sollicitude pour la santé publique. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon.

Paralysie et atrophie musculaire du membre supérieur gauche.— Mort.— Autopsie.— Nulle lésion du système nerveux,

Par M. LANDRY, *interne des hôpitaux.*

Plateau, garçon, âgé de 16 ans, bijoutier sur acier; entré à l'hôpital Beaujon le 12 janvier 1851, salle Saint-Léandre n° 142.

Antécédents. Rien du côté des parents. Il ne se rappelle avoir fait aucune maladie avant l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, il habite Paris et presque toujours a été maladif : rhumes, diarrhées, faiblesse; la cholérine en 1849. Pendant deux ans, ce malade a couché dans un endroit fort humide; il y a neuf mois, habitant encore ce logement insalubre, en une seule nuit, il fut pris de douleurs aux articulations des deux membres supérieurs, mais beaucoup plus fortes du côté gauche où il existait aussi de la douleur dans les parties molles. Rien de semblable du côté des jambes. Il suspendit son travail et alla passer quinze jours à la campagne, où ses conditions hygiéniques étaient meilleures. Il ne fit aucun traitement et tout disparut pendant ce séjour hors de Paris. A son retour, il reprit son travail et son lit humide. Le quatrième jour au matin, en se levant, il ne put nullement se servir de son membre supérieur gauche, qui restait incapable de tout mouvement, et tel que nous le voyons aujourd'hui. Bientôt, le jeune malade s'aperçut qu'il maigrissait et perdait de son volume. Depuis, cette diminution de volume n'a pas cessé de faire des progrès. Il est en apprentissage et ne mange presque jamais de viande; boit à peine du vin. Du reste, sa nourriture n'a jamais été meilleure. Il entra dans le service de M. Tardieu à l'Hôtel-Dieu : saignée, quatre bains sulfureux en un mois. Il sortit alors et fut reçu chez M. Tessier où il paraît avoir été traité par l'homœopathie. Après un court séjour, il passe à la Charité, où il est resté quatre mois sans obtenir la moindre amélioration : bains sulfureux, douches de vapeur, électrisation. Enfin il est entré à l'hôpital Beaujon, où l'état suivant est constaté :

État du malade dans les salles de M. Sandras. Très-maigre, figure blême, peau généralement brune, yeux caves, pupilles peu contractiles. Bon appétit; bon état des digestions; pouls petit, filiforme, très-dépressible; premier bruit du cœur un peu prolongé à la base.

Tout le membre supérieur gauche est paralysé et les mouvements volontaires de totalité du membre sont impossibles. D'ailleurs, nulle contracture. Le jeu des articulations est parfait; les mouvements volontaires de l'avant-bras sur le bras sont absolument nuls. La main peut être volontairement fléchie sur l'avant-bras; elle peut également être étendue, mais pas au delà d'une certaine limite qui est fixée par le redressement de la main et ne peut aller jusqu'au renversement en arrière. Ces mouvements de flexion et d'extension ne peuvent, du reste, s'exécuter sans la flexion et l'extension des doigts, et paraissent dépendre uniquement des muscles moteurs des doigts. Lorsque l'on soulève l'avant-bras, la main retombe presque inerte du côté de la flexion. Les doigts restent habituellement un peu fléchis; mais on les étend sans difficulté. Ce membre en entier est dans un état de maigreur extrême et d'un volume plus de moitié moindre que le membre droit. Le deltoïde semble ne plus exister et l'on voit à travers la peau tous les détails de l'articulation scapulo-humérale; à la place des muscles sus et sous-épineux, on trouve une dépression profonde à travers laquelle on touche presque immédiatement l'omoplate. A droite, cette dépression n'existe pas. Les muscles du bras paraissent nuls et la peau semble directement accolée à l'humérus. Au-dessous de la peau, on saisit une masse flasque et sans aucune trace de contractions. L'avant-bras est singulièrement aplati d'avant en arrière, les deux espaces interosseux se dessinent en creux. Toutefois, au fond, quand le malade agite les doigts, on sent des contractions marquées, la masse des supinateurs, des pronateurs, celle des fléchisseurs n'existent réellement plus, et à leur place on sent au toucher les mêmes tissus flasques donnant la sensation que l'on éprouve en touchant des étoupes et dont j'ai parlé plus haut. Toutes les parties molles de la main sont réduites à une nullité presque complète. Le trapèze remplit bien ses fonctions. Le grand dorsal et le grand pectoral, bien que peu volumineux, peuvent cependant rapprocher le bras du corps. Rien de semblable à ce qui précède dans aucune autre partie du corps. D'ailleurs pas de troubles du côté de la sensibilité, aucun symptôme fourni par les centres nerveux, pas de céphalalgie, pas de rachialgie spontanée ou développée par la pression. Les sens et l'intelligence sont bien conservés.

Traitement. 4 pilules de Vallet; bains sulfureux; électricité.

10 *mai.* Nulle amélioration sensible ne s'est déclarée; des douleurs vives se sont manifestées dans l'articulation tibio-tarsienne gauche qui s'est tuméfiée, puis enfin on y a découvert des signes non douteux d'une collection purulente, il est envoyé en chirurgie.

17 *juin.* L'articulation a été ouverte et la suppuration est très-abondante, l'amaigrissement est extrême et l'atrophie du membre supérieur gauche est portée au point que tous les muscles semblent avoir disparu. Toutefois, les mouvements des doigts s'exécutent encore, quoique très-faiblement, mais ceux de la main sont tout à fait perdus. Tout le membre est d'une légèreté extrême qui rappelle celle d'un membre de squelette.

10 *janvier* 1852. L'amputation de la jambe gauche a été jugée nécessaire et pratiquée au mois d'août. Après cette opération, l'état général s'était beaucoup amélioré et le malade reprenait de l'embonpoint. Six semaines après, des accidents semblables à ceux qui s'étaient manifestés dans l'articulation tibio-tarsienne se montrèrent dans celle du genou gauche. L'amputation de la cuisse a été faite au mois de décembre, mais la cicatrisation du moignon se fit mal, l'état général ne s'améliora pas; fièvre lente, dépérissement, maigreur considérable, même état du membre supérieur gauche; mais les mouvements même des doigts sont supprimés depuis assez longtemps.

11 *janvier.* Mort ce matin.

Autopsie le 12 *janvier* 1852. Le cadavre présente à peu de choses près l'aspect du malade pendant sa vie, c'est-à-dire une maigreur extrême que la mort n'a pu augmenter. Toutefois l'amaigrissement du membre supérieur gauche, en totalité, dépasse de beaucoup l'amaigrissement général. Par la dissection, on reconnaît une réduction générale du système musculaire; chaque muscle ne présente qu'un petit volume, mais dans tous, excepté dans ceux qui appartiennent au membre supérieur gauche, cette diminution de volume tient évidemment à la seule disparition du tissu graisseux, habituellement interposé entre les fibres et faisceaux. D'ailleurs, ils sont d'un beau rouge brun qui rappelle la coloration des muscles les mieux développés, sont assez fermes, et tout indique l'intégrité de leur structure. Pour ce qui regarde les muscles du membre supérieur gauche, les choses sont bien différentes. D'abord, en général, ils présentent tous une teinte d'un rouge pâle, jaunâtre, qui contraste avec la belle couleur de ceux du reste du corps. Cette teinte ressemble fort à celle des muscles du pharynx avant qu'ils aient subi l'influence de l'air, ou à celle des fibres musculaires de l'œsophage. Par place, même, elle devient d'une telle pâleur, surtout dans les muscles larges, comme le trapèze et le grand dorsal, qu'on dis-

tingue à peine le tissu musculaire du tissu fibro-graisseux voisin.

Tous ces muscles sont mous et d'une consistance qui ne s'éloigne pas beaucoup de celle du tissu cellulaire. En général, le tissu musculaire persiste dans tous les muscles, et nous n'en avons pas trouvé un seul dans lequel il ait entièrement disparu; mais dans tous on peut constater : 1° la disparition complète du plus grand nombre des fibres; 2° une altération de la plupart des autres, telles, qu'elles paraissent en voie de disparition. En sorte que, dans le même muscle, on trouve des faisceaux de fibres presque intacts, et d'autres présentant les divers degrés de l'atrophie, caractérisée surtout par une diminution considérable de volume et par la décoloration du tissu musculaire, présentant toutes les nuances, depuis le brun jaunâtre jusqu'au jaune de paille. Toutefois, il est bon de noter que les fibres disparues ne sont nullement remplacées par un autre tissu; elles se sont atrophiées simplement.

Tissu propre et gaînes celluleuses. La disparition des gaînes celluleuses et aponévrotiques musculaires n'est d'ailleurs pas moins remarquable que celle du muscle lui-même. Ainsi, la forte aponévrose qui recouvre les muscles sus et sous-épineux n'est plus indiquée que par une membrane à peine fibreuse. Il en est de même des autres. Le tissu graisseux inter-musculaire est absolument nul, mais le tissu cellulo-graisseux sous-cutané est assez abondant. J'ai dit que tous les muscles restaient encore bien indiqués; mais quelques-uns ont subi une atrophie plus complète. Le grand dorsal, par exemple, surtout dans sa partie supérieure, se présente sous l'apparence d'un feuillet musculaire presque aussi mince que le peaucier. Vers sa partie supérieure même, il reste à peine quelques fibres d'un jaune pâle légèrement rosé. Toute la partie dorsale du trapèze est dans le même cas; mais sa partie cervicale n'est guère moins conservée qu'à droite. Tous les muscles de l'omoplate sont dans un état voisin de la disparition complète. Le deltoïde est représenté par un plan musculeux d'une ligne d'épaisseur, moulé sur le moignon de l'épaule. Les muscles du bras et de l'avant-bras sont dans un état analogue. Il en est de même de ceux de la main, qui tous persistent quoique très-réduits; l'adducteur du pouce lui-même et les interosseux sont dans un état de conservation qu'on n'avait pas soupçonné. Cependant, si l'on compare tous ces muscles avec ceux du membre droit, le contraste est extrêmement frappant, tant sous le rapport du volume que sous celui de la couleur. S'il était possible d'établir un rapport, on pourrait dire que ceux de droite sont à ceux de gauche, sous le rapport du volume, comme 5 : 1, et comme 10 ou 15 : 1 sous le rapport de la coloration; mais pour quelques-uns, pour le deltoïde, pour une partie du trapèze et du grand dorsal, etc., ces proportions seraient au-dessous de la vérité.

En examinant les artères du membre, on est frappé de la ténacité de leur tunique. Elle est telle qu'elle rappelle celle des veines, et le tissu jaune semble avoir complétement disparu. Les parois veineuses sont entièrement transparentes; mais aucune altération de structure ou de calibre des vaisseaux. Mon collègue, M. Boullay, me dit qu'il a vainement cherché le pouls radial gauche pendant le séjour du malade dans les salles de M. Robert. Il ne l'a jamais trouvé. Cependant, l'artère radiale persiste, mais d'un petit volume qui n'est d'ailleurs pas moindre que celui de l'artère radiale droite. Les vaisseaux axillaires et sous-claviers présentent leur épaisseur normale, et aucune altération de calibre ne s'y remarque.

Le cerveau, sans l'enveloppe de sa boîte osseuse, examiné avec le plus grand soin, n'offrait absolument rien d'anormal. J'en dirai autant du cervelet, de la protubérance et de la moelle allongée. La consistance de tous ces organes est parfaite. Le canal rachidien est exempt de toute altération. A la région cervicale, nous n'avons rien noté de spécial dans sa cavité; mais, à partir de la deuxième ou troisième vertèbre dorsale, tout l'espace compris entre le cylindre osseux et la face externe de la dure-mère rachidienne est rempli par des sortes de flocons graisseux très-mous, qui, du reste, paraissent incapables de comprimer l'organe. Les membranes rachidiennes ne présentent rien d'anormal. La moelle est parfaitement saine dans toute sa partie cervico-dorsale. Les origines nerveuses sont très-belles, tant dans le canal vertébral qu'en dehors. Les nerfs du plexus sont extrêmement beaux et nets de toute lésion.

Le grand sympathique est aussi examiné, mais il est impossible de rien découvrir d'anormal. Les trois ganglions cervicaux existent : on voit partir, du moyen et de l'inférieur, des files d'anastomoses avec le plexus brachial, et l'examen le plus attentif montre tout bien intact. Les autres organes ne sont pas examinés.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Hospice de la Maternité de Christiania (Norwége).

Opération césarienne dans un cas de rétrécissement du bassin, causé par la descente de deux tumeurs fibreuses, pédiculées et sous-péritonéales dans l'excavation du bassin, en dedans de la duplicature de Douglas,

Par le Dr F. C. Fayé, *professeur d'accouchement et médecin en chef de cet hospice.*

Observation. — K. O., âgée de 40 ans, de constitution ordinaire, mariée depuis un an à un homme de la classe ouvrière, était grosse pour la première fois. Pendant plusieurs années, elle avait ressenti de temps en temps dans l'extrémité inférieure droite des douleurs passagères qui s'étaient également déclarées avec la même fréquence et la même force pendant la grossesse; mais hors cela, sa santé avait été bonne sous tous les rapports. Depuis l'âge de 16 ans, elle fut soumise à la menstruation régulièrement toutes les trois semaines ou tous les mois, pendant trois ou quatre jours, à chaque époque, et pour la dernière fois, probablement le 16 mars. Les mouvements du fœtus s'étaient fait sentir depuis la fin du mois d'août. A l'exception de l'œdème des jambes, la grossesse avait eu son cours normal, et devait, d'après les époques indiquées, être considérée comme arrivée à son terme, quand le 3 janvier 1852, à minuit et demi, elle ressentit les premières douleurs de l'enfantement. A quatre heures du matin, les eaux commencèrent à s'écouler lentement, et l'utérus se contracta autour du fœtus, mais, à compter de ce moment, les douleurs cessèrent complétement.

Une saignée fut pratiquée par la sage-femme et deux lavements administrés deux fois dans la matinée avec un bon effet. L'état général était bon et le pouls calme. M. le docteur Parélius, appelé le premier, obtint par suite d'un examen exact le résultat suivant :

Examen extérieur. L'abdomen se montrait d'une forme large en bas, le fond de l'utérus un peu au-dessous du cardia; au-dessus de la symphyse du pubis on remarqua une partie du fœtus plus grosse et plus saillante qu'on considérait comme le siége, en haut et à droite il se trouvait également une partie plus grosse et plus arrondie. Les bruits du cœur du fœtus s'entendirent autour, mais plus distinctement à gauche et un peu au-dessous du nombril. Les formes de la femme et surtout la conformation extérieure du bassin étaient bien proportionnées. Les mamelles bien développées avec des aréoles brunes et des corps papillaires bien prononcés.

Examen inférieur. Au toucher vaginal, le doigt rencontra, en arrière du bassin et latéralement, une tumeur lisse, dure comme un cartilage, un peu sensible et immobile, qui, prenant naissance un peu à gauche et à un pouce environ au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os sacrum, s'étendait un peu en montant à droite et en remplissant la cavité de l'os sacrum, et se dirigeait vers la fosse iliaque interne, qu'elle semblait remplir entièrement. Sa largeur par en bas, où elle paraissait arrondie et assez dégagée pour être entourée en partie par le doigt, était de deux pouces; mais, en montant aussi loin qu'on peut l'atteindre, la largeur était de trois pouces.

La distance entre la surface antérieure et la branche transversale de l'os pubis du côté gauche fut estimée à un pouce et demi. En arrière et à droite, dans l'excavation du bassin, on remarqua une tumeur immobile de même nature, placée si haut qu'on ne put l'entourer du doigt, mais en même temps si saillante, que la distance entre la surface antérieure et l'os pubis à droite fut évaluée à deux pouces. L'utérus était si élevé, que ni la portion vaginale du col, ni le segment inférieur d'aucune façon ne pouvaient être atteints. Par l'examen à travers le rectum, on sentait du côté gauche la tumeur parfaitement proéminente, immobile malgré une pression assez forte, exercée soit de bas en haut, soit d'un côté à l'autre.

L'intestin était très-spacieux; la tumeur, à droite, n'était pas facile à atteindre.

A neuf heures du soir, je fus appelé par M. Parélius; j'examinai l'état

des parties, que je trouvai essentiellement conforme à la description donnée plus haut, d'après le rapport de mon collègue.

En introduisant deux doigts dans le vagin et en poussant la main aussi loin que l'état des parties le permit, je pus suivre la tumeur à gauche assez haut sans pouvoir la limiter. La tumeur à droite, très-rapprochée de l'autre, à peu près au milieu de l'os sacrum, et formant avec celle-là une rainure longitudinale, était placée plus haut contre la fosse iliaque interne droite, et il était difficile d'en saisir une plus grande partie. L'espace triangulaire entre les tumeurs et les os pubis, à compter de l'excavation de la rainure en arrière, jusqu'à la symphyse, directement en avant, était de deux pouces environ; à gauche, entre le plan saillant de la tumeur et la branche transversale, cet espace était à peine de un pouce et demi, et à droite, à peine de deux pouces.

Ce cas offrant des difficultés extraordinaires sous le rapport du traitement, j'engageai M. Parélius à s'enquérir de l'opinion de plusieurs collègues. MM. les professeurs W. Boeek et Voss, appelés par lui, examinèrent la femme le même soir, et obtinrent les mêmes résultats.

Suivant mes conventions avec M. Parélius et avec le consentement des intéressés, la malade fut transportée le jour suivant, 4 janvier, à la Maternité. Elle avait passé la nuit sans douleurs, en dormant tranquillement. Les bruits du cœur du fœtus étaient toujours distincts. Après des examens et des discussions réitérés auxquels, sans compter les collègues déjà nommés, MM. Egeberg et Steffens prirent part, la résolution suivante fut arrêtée : attendre pour le moment, afin de voir si les douleurs en se renouvelant n'auraient pas quelque influence sur la consistance des tumeurs, l'expérience ayant souvent démontré que les tumeurs du bassin de nature fibreuse peuvent se ramollir, à un degré remarquable, pendant le travail de l'enfantement. A cause de l'immobilité et de la dureté des tumeurs, ainsi que parce qu'on sentait la tumeur inférieure saillante dans le rectum, très-élargi et poussé fortement par elle à gauche, il semblait vraisemblable qu'elle prenait naissance plus haut dans le bassin, probablement dans la fosse sacro-iliaque gauche, tandis que l'autre tumeur, située à droite et qu'on présumait avoir son origine dans la fosse sacro-iliaque de ce côté, se sentit mieux par le toucher devant le rectum.

Les opérations qui furent discutées pendant la consultation, étaient d'attaquer directement et d'extirper plus ou moins radicalement, suivant les circonstances, les tumeurs, afin de procurer de l'espace au fœtus, ou de recourir à l'opération césarienne.

Dans la supposition que les tumeurs avaient leur origine dans le bassin, on eût pu tenter une extirpation du dehors, d'après la méthode employée dans le cas si connu de Burns, qui consiste à atteindre l'origine de la tumeur en rasant la surface intérieure du bassin, après une incision du côté des grandes lèvres; ou bien on pouvait attaquer la tumeur à travers le rectum ou à travers le vagin. La nuit du 5 janvier se passa dans un assez bon sommeil, mais le matin il se déclara quelques faibles douleurs, de manière que l'utérus se rétrécit encore davantage autour du fœtus, dont les bruits du cœur s'entendirent plus distinctement du coté gauche du nombril.

Par l'examen intérieur à travers le vagin, on remarqua que les deux tumeurs, et surtout celle de droite, étaient poussées plus bas vers le détroit inférieur, ce qui remplissait tellement la cavité du bassin que la distance entre la surface antérieure des tumeurs et la symphyse du pubis n'atteignait nulle part à peine un pouce. La consistance des tumeurs était aussi dure qu'auparavant. On ne sentait avec certitude rien du col de l'utérus; car un petit pli pointu par-devant, appartenant peut-être à la lèvre antérieure, ne pouvait être examiné, en remontant, faute d'espace.

A travers le rectum, on sentait la tumeur à gauche plus proéminente, et une sonde épaisse glissa en montant en avant et un peu à droite de la surface saillante de la tumeur, pendant que l'autre tumeur à droite n'en fut pas atteinte. Cet examen me confirma dans la pensée que les tumeurs avaient leur origine dans le bassin; il était difficile d'expliquer autrement comment la sonde pouvait s'introduire en avant de la tumeur descendue plus bas. Pour arriver à une connaissance plus intime de la structure des productions anormales, j'introduisis un trocart très-fin à rainure pointue à travers le rectum, et je l'enfonçai d'un bon pouce dans la tumeur; mais aucun fluide ne s'écoula à travers l'instrument, et il ne se trouva rien de la substance dans la rainure pointue, ce qui fit voir que la texture tout entière était ferme. L'état général de la femme était toujours satisfaisant. Le pouls marquait 90 pulsations.

Pendant cette nouvelle consultation, toutes les opinions s'accordèrent à considérer l'opération césarienne comme le secours le plus approprié à la circonstance; les diamètres du bassin étaient extrêmement diminués; à peine avaient-ils un pouce dans toutes les directions, depuis le détroit inférieur jusqu'au détroit supérieur; les tumeurs descendaient des deux côtés, ce qui rendait l'extirpation extrêmement périlleuse, sans présenter aucune chance de conserver la vie de l'enfant. L'opération césarienne, au contraire, devait très-vraisemblablement sauver l'enfant tout en laissant une chance, faible il est vrai, pour la mère. Il se présenta cependant une circonstance moins favorable, c'est qu'on ne put constater la dilatation du col; car l'opération ne doit, en général, avoir lieu que quand on peut espérer pendant les couches un écoulement pas trop difficile des lochies à travers l'orifice; mais comme il y avait 60 heures depuis la sortie des eaux et que l'utérus s'était étroitement resserré autour du fœtus, je trouvai dangereux d'attendre davantage en face de l'impossibilité de remonter jusqu'à la matrice.

Avec le double consentement du mari et de la femme, j'entrepris l'opération, le 5 janvier à une heure de l'après-midi, en présence de plusieurs médecins et étudiants.

Après avoir complétement chloroformé la patiente, je fis l'incision comme à l'ordinaire, dans la ligne blanche, en descendant du nombril jusqu'à un pouce au-dessous des os pubis, et j'ouvris l'utérus dans la même direction par une incision de 5 pouces pleins; il n'y eut qu'une perte de sang peu abondante. Le fœtus, qui avait l'extrémité pelvienne en bas, le dos en avant et un peu à gauche, fut extrait sans difficulté. Comme le placenta, attaché à droite et en arrière dans l'utérus, fut délié artificiellement avec une plus grande partie des membranes, il s'ensuivit une hémorrhagie assez abondante, qui cependant fut vite arrêtée par la compression de l'artère aorte, au-dessus du fond de l'utérus, à travers les parois de l'abdomen, et qui plus tard fut tout à fait empêchée par la contraction de l'utérus, quand la compression eut cessé. Lorsque l'utérus commença à se contracter, quelques anses intestinales se frayèrent un chemin du côté gauche en haut, mais furent replacées sans grande difficulté. En introduisant la main à travers l'incision de l'utérus, et en portant un doigt dans le col, je trouvai l'orifice assez petit pour n'admettre que la première phalange, c'est pourquoi j'amenai deux fois le bout du doigt en bas pour ouvrir aux lochies un passage aussi libre que possible. La plaie fut fermée par cinq sutures qui, en ne saisissant que la peau, épargnaient le péritoine; ensuite on appliqua de larges bandes agglutinatives, et dans l'angle inférieur de la plaie fut posé un bourdonnet imbibé d'huile. Après le pansement, la malade vomit deux fois d'un potage qu'elle venait de prendre. L'opération terminée, elle prit 30 gouttes de laudan. liq. Sydenh. avec 10 gouttes d'éther sulfurique. Les pulsations, montées à la fin de l'opération à 106, retombèrent deux heures après à 96. Elle se plaignait de douleurs cuisantes dans la plaie. Après un intervalle d'une demi-heure, je lui fis de nouveau donner 15 gouttes de laudanum, et de temps en temps une petite pilule de glace, ce qui eut pour effet que deux heures plus tard et jusqu'à minuit, elle se trouva assez bien pour sa position. 90 pulsations.

6 *janvier*. Le matin, à 3 heures, des douleurs violentes commencèrent à se déclarer partout dans l'abdomen, et furent continuellement accompagnées d'un tenesme douloureux des voies urinaires et du rectum. Pas de vomissements. Pouls 130. Soif. Saignée ʒ × 1 j. Laud. gutt. × bils.

A 9 heures du matin moins de douleurs, mais tenesme plus fort; abdomen peu tendu; écoulement sanguinolent peu abondant à travers les parties génitales, mais plus abondant à travers l'angle inférieur de la plaie. Aspect abattu; pouls 140. Par-dessus l'emplâtre qui couvrait la plaie, la surface antérieure de l'abdomen fut enduite de plusieurs couches de collodium; les bandes furent ensuite coupées à quelques pouces des bords de la plaie pour ne pas causer d'oppression par la distension de l'abdomen, et pour appliquer de la glace sur le bas-ventre, sans danger pour la fermeture de la plaie. Lavement sans effet sensible.

Un toucher à travers le vagin fit sentir les tumeurs comme auparavant, mais non l'orifice de l'utérus. A midi encore plus d'abattement; oppression sans douleurs sensibles dans l'abdomen; extrémités refroidies; pouls à 180. La malade continua à faiblir et mourut à 7 heures du soir, 30 heures après l'opération. L'enfant, comme il est rapporté plus haut, né avec une force vitale suffisante, est resté sain et bien portant.

Autopsie dix-huit heures après la mort. Lèvres de la plaie du ventre un peu tuméfiées; en haut, faiblement unies l'une à l'autre; en bas, sans adhésion; pas de traces de suppuration. La plaie de l'utérus, un peu à droite de celle du ventre, tout à fait ouverte avec les bords tuméfiés. Dans la cavité du péritoine, une petite quantité de sérum jaunâtre, pas d'exsudation plastique. Les intestins, assez tendus et remplis d'air, ne présentaient du reste rien d'anormal. L'utérus, parfaitement contracté, était cependant encore assez élevé au-dessus du bord du bassin, ce qui avait pour cause l'anormalité suivante :

De la surface postérieure du corps de l'utérus, je vis sortir deux pédicules formés du péritoine, qui se prolongeaient en descendant et se continuaient en se réunissant à deux tumeurs placées dans le bassin. Ces deux tumeurs étaient des fibroïdes ayant leur véritable origine en arrière du corps de l'utérus, sous la membrane péritonéale, dont elles étaient couvertes, et qui formaient leurs pédicules. Pendant le développement des tumeurs, ces pédicules s'étaient prolongés de manière que les tumeurs pouvaient descendre dans la duplicature de Douglas, qu'elles avaient poussée devant elles. La tumeur la plus grosse, placée à gauche du bassin, sortait de l'utérus, à droite et un peu plus haut, avec un pédicule épais

de 3/4 de pouce et long de 2 pouces et demi, entortillé autour de son axe. De là, le pédicule allait vers le côté gauche, croisant l'autre, et descendait, entre celui-ci et la colonne épinière, dans la fosse sacro-iliaque gauche. La tumeur elle-même, qui remplissait la moitié de l'excavation du bassin, à gauche, montrait les dimensions suivantes : longueur, 4 pouces et demi; largeur, 3 pouces un quart; épaisseur, 2 pouces un quart. Le bord postérieur ou intérieur se rapprochait de très-près de la tumeur située dans la moitié droite du bassin, dont le pédicule, long de 1 pouce et demi et épais de 1 pouce, sortait de l'utérus plus bas que celui de droite, avec lequel il se croisait en allant vers le côté droit, et en descendant dans la fosse sacro-iliaque droite.

La tumeur suspendue à ce pédicule avait : longueur, 3 pouces et demi; largeur, 3 pouces un quart; épaisseur, 2 pouces et demi. Outre son insertion pédiculaire, cette tumeur avait deux adhérences en haut et latéralement, c'est-à-dire avec la surface postérieure du col de l'utérus et avec l'ovaire droit, lesquelles adhérences étaient formées par une concrétion plastique due probablement à une inflammation antérieure. Ces adhérences s'étaient brisées par le poids de la tumeur pendant l'examen minutieux que nous avions entrepris. La surface extérieure de l'utérus présentait partout des inégalités noduleuses, causées par une quantité de tumeurs fibreuses grandes et petites, qui se trouvaient dans la substance même de l'organe. La plus grande de ces tumeurs, située vers le fond, avait la grosseur d'un œuf de poule. Sur le plan postérieur et plus haut sur le corps, on vit une couple de petites tumeurs mobiles sous-péritonéales qui, en se développant davantage, seraient devenues pédiculées. La face interne de l'utérus était dans un état normal. Pas de grands coagulums de sang dans sa cavité. L'orifice pas plus grand que la circonférence d'un doigt (1).

Après avoir exposé l'histoire de ce cas si rare et si intéressant, je me permettrai d'y joindre quelques remarques relatives aux secours donnés et à la nature de cette anormalité.

D'après notre manière de voir, il résultait du diagnostic tel qu'il avait été possible de l'établir après des recherches répétées, il résultait que nous avions affaire à des tumeurs attachées en haut aux parois du bassin. Cette opinion était appuyée sur plusieurs raisons : d'abord parce que ces tumeurs étaient immobiles et se joignaient étroitement à la paroi postérieure du bassin ; ensuite parce qu'une sonde introduite dans le rectum montait, en glissant, au-devant de la tumeur la plus basse et la plus proéminente, ce qui excluait la pensée de tumeurs ovariques. La consistance des tumeurs ne donna pas lieu non plus à les considérer comme appartenant aux ovaires; en outre, il n'arrivera presque jamais que les tumeurs ovariques des deux côtés descendront dans le petit bassin pendant une grossesse complétement développée. Certes, des tumeurs fibreuses sous-péritonéales et pédiculées de l'utérus ne sont pas une affection rare, mais il ne nous vint pas à l'idée d'y penser. En parcourant les sources littéraires qui sont à ma disposition (Puchelli *Commentatio de tumoribus in pelvi partium impedientibus*, Heidelbergæ, 1840, et beaucoup de traités d'accouchements), je n'ai pas trouvé d'exemple bien constaté que, pendant leur développement dans la cavité même du péritoine, ces tumeurs fibreuses aient poussé la membrane péritonéale qui forme la duplicature de Douglas, si profondément devant elles, qu'elles soient descendues dans le petit bassin, en opposant des obstacles invincibles à la délivrance, et cela sans présenter des phénomènes de maladie plus considérables pendant la grossesse. Plusieurs cas de fibroïdes qui ont rétréci l'excavation du bassin et empêché la naissance, sont connus, il est vrai ; mais elles ont eu leur origine dans le cervix de l'utérus, en dessous de la duplicature du péritoine, entre le rectum et l'utérus. Le cas rapporté par Danyau à l'Académie de médecine de Paris, le 9 avril 1851, présente un exemple intéressant d'une tumeur fibreuse qui remplissait le bassin tout entier. La tumeur sortait de la lèvre postérieure du col et pendait librement dans le vagin chez une femme arrivée au huitième mois de la grossesse. Le fœtus était mort et il y avait quarante heures que les eaux s'étaient écoulées quand Danyau, disséquant la tumeur, amena le fœtus par les pieds, qu'on avait sentis pendant un toucher précédent. Souvent on a également observé des tumeurs fibreuses sortant du col, qui, par leur volume, ont plus ou moins empêché l'accouchement. Dans quelques-uns de ces cas, les tumeurs peuvent être ramollies et aplanies par la descente du fœtus; dans d'autres cas, on a pu au besoin les lier ou les ôter plus ou moins radicalement avec des instruments tranchants; il est enfin arrivé qu'une pareille tumeur, descendue de la cavité du col, a été ramenée par-dessus le détroit supérieur du bassin, après quoi la naissance s'est accomplie par les forces seules de la nature. Le docteur Beatty (*Dublin journal of med. science*, v. docteur Th. S. Lee : " *On tumors of the uterus,* London, 1847, p. 11) a rapporté un cas de cette dernière classe, où le corps fibreux, descendu, était assez volumineux pour empêcher le doigt de passer entre lui et le pubis.

Il existe encore plusieurs observations d'accouchements difficiles à cause de tumeurs dans les ovaires, qui ont été ou ramenées par-dessus le détroit supérieur, ou qui ont permis l'accomplissement de l'accouchement après la ponction et l'évacuation d'un contenu liquide (Voir *Merriman's synopsis, in med. chirurg. transact.*, vol. xv; docteur T. H. Rambsbotham's, *Obstetric medecine and Surgery*, London 1841, p. 234); mais des observations de cette nature n'offrent pas de vraie analogie avec le cas qui s'est présenté ici.

Le 2 octobre 1849, M. le docteur Mascart a fait au nom d'une commission un rapport à l'Académie de médecine, sur un cas très-remarquable arrivé à Bruxelles, en 1847, et présentant une tumeur descendue dans le bassin, qui nécessita l'opération césarienne (*Encyclographie des Sciences méd.;* mars 1850).

Une tumeur volumineuse et arrondie, découverte au commencement déjà de la grossesse, située entre le vagin et le rectum, remplissait tellement l'excavation du bassin que l'exonération des matières fécales et de l'urine était extrêmement gênée. Elle fut d'abord considérée, par les divers explorateurs, comme une rétroversion de l'utérus, plus tard comme une tumeur ovarique ou comme une tumeur abdominale descendue. L'orifice de l'utérus était si élevé, que, malgré toutes les recherches, il ne put être atteint. En outre, l'examen extérieur fit pendant quelque temps présumer une grossesse extra-utérine. Aussi, bien avant et surtout après le commencement des douleurs, on fit des essais de refoulement, sans compter la ponction avec le trocart, mais sans résultat. La tumeur ne pouvant être déplacée, et comme il ne put être question d'extirpation, l'opération césarienne fut entreprise, à-peu près soixante-douze heures après le commencement des douleurs, et près de vingt-quatre heures après la rupture des membranes. Le fœtus, qui avait l'extrémité pelvienne en bas, fut amené vivant. En examinant plus exactement l'état de l'abdomen, à travers l'incision du ventre, on découvrit une foule de tumeurs agglomérées sur l'orifice, et une sur l'utérus même. On tenta également de pénétrer dans le vagin, à travers le col de l'utérus, mais on en fut empêché par la tumeur poussée dans le bassin. L'opération n'eut pour ainsi dire pas de suites immédiates; mais, plus tard, l'état de la femme devint très-périlleux. Néanmoins elle guérit, et la tumeur dans le vagin, ainsi que celles placées dans l'abdomen, disparurent peu à peu d'elles-mêmes. L'enfant mourut quelque temps après la naissance.

A l'exception de la nature et de l'origine de la tumeur, ce cas présente, sous plusieurs rapports, beaucoup d'analogie avec le nôtre; car ici la tumeur était également poussée de l'abdomen en bas, entre le vagin et le rectum, c'est-à-dire dans la duplicature de Douglas, sans pouvoir être ébranlée, et l'orifice ne put être atteint avec le doigt, à cause de la position élevée de la matrice, ce qui était occasionné en partie par la position du fœtus qui se présentait par l'extrémité pelvienne.

Si, en considérant le résultat obtenu par l'autopsie, quant à la vraie nature de ce cas anormal, nous réfléchissions au traitement le plus convenable, il eût été rationnel de tenter de ramener les tumeurs par-dessus le détroit supérieur du bassin, pour qu'ensuite l'accouchement eût pu être facilité, suivant les circonstances, par la nature ou par le secours de l'art. Il est indubitable qu'avec un diagnostic certain nous eussions tenté ce replacement d'une manière plus persévérante que nous ne le fîmes. Toutefois, il est douteux que l'issue eût été meilleure par ces tenta-

(1) Des figures très-bien dessinées par M. Bidenkap, étudiant en médecine, sont annexées à l'observation de M. Fayé; mais la description si lucide du savant professeur suffit parfaitement pour donner une idée exacte de la situation des deux tumeurs dans le bassin, et de leurs connexions avec l'utérus.

(*Note du rédacteur.*)

tives. Or, si nous nous souvenons que deux tumeurs, chacune à peu près grosses comme la tête d'un fœtus de 7 mois, étaient logées dans la cavité du bassin, reposant avec leurs pétioles solides, chacune dans une des fosses sacro-iliaques, et au-dessus d'elles l'utérus contenant un fœtus arrivé à terme avec la volumineuse extrémité pelvienne en bas, il est facile de comprendre, ainsi que l'expérience l'a démontré dans beaucoup de circonstances, qu'il fallait une force extraordinaire pour les ramener. Ajoutons à ceci que les tumeurs placées dans la duplicature de Douglas ne pouvaient être complétement saisies avec la main pendant le replacement qui dut être accompli à travers le vagin ou à travers le rectum, car il fallait en tout cas agir à travers une des parois de ces voies; enfin, l'exiguité de l'espace devait présenter de grandes difficultés pour l'introduction et les mouvements de la main. Le frottement et la forte pression qui en devaient résulter eussent plus que probablement produit une inflammation dans les deux feuilles péritonéales que nous avions devant nous dans le bassin, et eussent facilement occasionné des suites malheureuses. Même en supposant, ce qui dans ces circonstances est peu vraisemblable, que les tumeurs, par un plus grand effort, eussent été ramenées au-dessus du détroit supérieur, nous aurions rencontré le col peu dilaté et nous eussions été obligé d'en attendre l'élargissement par suite de douleurs, si toutefois l'utérus lardé de corps fibreux eût pu agir suffisamment; ou bien il aurait fallu entreprendre un accouchement après les efforts tentés : deux modes de délivrance qui ne laissaient que peu ou point d'espoir de conserver le fœtus en vie, et, comme il est dit plus haut, peu de chances de sauver la mère. D'après le diagnostic, il ne put cependant pas ici être question de tentatives forcées de cette nature, et en vérité il faut considérer comme un grand bonheur que la dimension de ces tumeurs anormales, et le grand danger d'une hémorrhagie pendant l'extirpation, aient écarté toute pensée d'une telle opération, qui en produisant une large ouverture dans la cavité péritonéale, eût fait descendre les intestins de la cavité abdominale à travers la plaie, immédiatement ou après l'extirpation des tumeurs. Triste chose, en vérité, pour un opérateur, que d'avoir évoqué un pareil tableau ! Je répète que ce fut un bonheur, car la place présumée d'une des tumeurs, derrière le rectum, me fit croire qu'elle avait son origine du bassin même. Dans les circonstances présentes, l'opération césarienne devait ainsi être considérée comme indiquée d'une manière impérieuse, même en pensant, comme je le fais moi-même avec certaines restrictions, que la mutilation d'un fœtus vivant est à préférer, quand cette issue offre plus de chances pour la vie de la mère que l'opération césarienne, ce qui peut arriver pendant un rétrécissement du bassin qui a plus de deux pouces de diamètre dans sa plus petite largeur.

Pour me décider à mutiler un fœtus vivant et présumé viable, dans un rétrécissement du bassin de 3 à 2 pouces dans son plus petit diamètre, j'exigerais comme condition que la mère, qui naturellement, si elle est mariée, consultera toujours son mari, ne préfère pas l'opération césarienne, tout en ayant la pleine conscience du danger, afin peut-être de voir son enfant et sa propre existence sauvés, et qu'en second lieu, on ne pût par conséquent plus songer à un accouchement prématuré, à cause d'une connaissance trop tardive de l'obstacle qui empêche la délivrance. Avec les accoucheurs français actuels je tenterai sans autre essai la mutilation, dans le cas où le fœtus serait déjà mort ou sa vie probablement compromise par suite d'une opération précédente avec le forceps. Dans un cas de rétrécissement du bassin au-dessous de 2 pouces dans son plus petit diamètre, si aucun secours, par exemple l'éloignement des tumeurs, ne peut contribuer à élargir l'espace, je pense, avec les meilleurs accoucheurs anglais, français, et maintenant même plusieurs anglais, que l'opération césarienne est absolument indiquée, que le fœtus soit vivant ou mort; car, en ce cas, l'opération deviendrait probablement aussi dangereuse pour la femme que l'opération césarienne, et l'existence de tous les deux serait perdue. C'est un raisonnement dépourvu de sens, dans des circonstances aussi désespérées, d'émettre l'opinion que l'opération césarienne peut toujours être évitée, quand on veut amener un accouchement prématuré ou même un avortement, ce qui a été fait dernièrement par un seul accoucheur anglais (R. Lee), pendant les discussions qui eurent lieu dernièrement à Londres à cet égard, dans une société médicale où il adressa des reproches à ceux qui avaient exécuté l'opération césarienne; car même en se décidant à provoquer un avortement pour éviter l'opération, on ne peut le faire, parce qu'il n'y a pas de choix quand l'accoucheur n'arrive qu'au terme de la grossesse ou après le commencement de l'accouchement.

En me déclarant, comme je viens de le faire, pour la mutilation même d'un fœtus vivant et viable dans des circonstances qui, d'après ma manière de voir, présenteraient ainsi plus de probabilité de conserver la vie de la femme, que l'opération césarienne, et quoique je sois porté à ajouter qu'en connaissant les circonstances à temps je pourrais, avec le consentement des intéressés, me décider à provoquer un avortement (avant la trentième semaine), pour éviter cette dangereuse opération, il me faut cependant faire cette restriction, que j'entends borner ces concessions à un premier accouchement, où la mère ignorerait l'impossibilité de mettre au monde un enfant vivant par le secours de l'art et par les voies naturelles. Or, d'après mon opinion, il deviendra pour elle, aussi bien que pour le mari, un devoir d'éviter une nouvelle grossesse, quand le rétrécissement est si fort, qu'un accouchement prématuré n'est même pas indiqué, et que, par conséquent, le bassin n'a pas 2 pouces et demi dans son plus petit diamètre; car on ne peut exiger, quand même cela serait permis, qu'un médecin provoque un avortement ou mutile un fœtus viable, dans une grossesse arrivée à terme, pour éviter l'opération césarienne, en faveur d'individus *qui, connaissant parfaitement l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, ont produit une nouvelle grossesse seulement pour satisfaire des désirs charnels, sans aucun but plus élevé.*

Considérée au point de vue de la morale, l'opération césarienne est, en ce cas, le secours le plus convenable pour tous les partis. (J'ai eu l'occasion d'exposer récemment à notre Société médicale ma manière de voir tout entière, sur les modes d'accouchement dans des cas de rétrécissement du bassin.) Du reste, il sera d'un grand intérêt de voir comment l'Académie de médecine, à Paris, résoudra la question de l'avortement artificiel réitéré, qui fut proposée à l'Académie, dans sa séance du 9 décembre 1851, par le docteur Lenoir, à l'occasion d'un avortement artificiel, tenté par lui pour la troisième fois. A l'occasion de ce cas et des remarques lues le 10 février dernier par le docteur Cazeaux, rapporteur de la commission nommée, la discussion a été continuée pendant plusieurs séances, et il semble que d'après les observations de MM. Dubois, Danyau et autres, l'Académie ne voudra tracer aucune règle, ce qui certainement, par une double raison, est la manière d'agir la plus juste. Or, quand l'Académie a discuté et approuvé le droit du médecin à provoquer l'avortement dans certaines limites et après mûr examen, afin de sauver la femme d'un danger de mort, elle a rempli le rôle d'une Société scientifique, et il appartient à chacun en particulier de déterminer le procédé dans chaque cas. La question est d'un côté morale et concerne la conscience du médecin et de la femme enceinte; de l'autre côté, il est de fait que l'opération césarienne a souvent réussi hors des grandes villes, pendant qu'à Paris, par exemple, tous les cas, dans les cinquante dernières années, ont eu une issue mortelle. Ces raisons prouvent qu'on ne peut arrêter de jugement ni de règle générale.

Quant aux suites de l'opération dans notre cas, il n'est pas étonnant qu'à côté du pronostic ordinairement défavorable de l'opération césarienne, la mort ait suivi, à très-peu de distance, avec des phénomènes de violents tenesmes et d'un collapsus rapide, car les grosses tumeurs, qui probablement étaient placées au-dessus du détroit supérieur du bassin, se trouvaient maintenant profondément enfoncées dans l'excavation, à cause de leur pesanteur, et par suite de la pression précédente du fœtus, ce qui tendait fortement leurs pétioles et leurs adhérences du côté

droit et avec la membrane péritonéale postérieure tout entière. Pendant l'opération, sans compter la procidence de quelques anses intestinales, une hémorrhagie assez violente eut lieu pendant quelques instants après le détachement du placenta, mais ces deux accidents furent bientôt combattus, et la perte du sang ne produisit pas d'affaiblissement sensible.

Il est reconnu que dans l'opération césarienne, la secousse nerveuse, l'ouverture du péritoine et la perte du sang sont considérées comme les accidents les plus significatifs, et cela certes avec raison. L'inflammation de la membrane péritonéale, qui se présente presque toujours, a cependant été vaincue dans plusieurs cas, mais elle a assez souvent occasionné la mort, et la secousse nerveuse, avant et pendant l'opération, y contribue certes beaucoup, quoique nous ayons maintenant dans notre pouvoir de diminuer de beaucoup l'impression, pendant l'opération, à l'aide de l'anesthésie.

L'hémorrhagie, par suite du détachement du placenta, peut naturellement devenir menaçante et dangereuse, et elle a, dans plusieurs cas, hâté une issue malheureuse ; mais, avec les secours qu'on peut employer maintenant, je suis d'avis qu'on peut l'arrêter temporairement d'une manière à peu près certaine, jusqu'à ce que la propre contraction de l'utérus mette une fin naturelle à sa continuation. Le moyen que j'envisage ici, consiste dans la compression de l'artère aorte, à travers les téguments du ventre au-dessus du fond de l'utérus, ce qui, dans notre cas, produisit un effet prompt, car l'hémorrhagie fut arrêtée et l'utérus se contracta fortement un peu après.

Autrefois, on recommanda la compression de l'artère aorte contre la colonne vertébrale, de manière qu'en introduisant la main dans la cavité de l'utérus, les doigts agirent à travers la paroi postérieure ; mais le grand dérangement que l'emploi de cette méthode occasionne, sous plusieurs rapports, l'a fait abandonner, et l'on fait maintenant la compression en poussant les téguments du ventre en arrière, par-dessus le corps utérin, contre la colonne vertébrale, ce qui, dans la plupart des cas, peut se faire à cause du relâchement des téguments après l'accouchement. Cette méthode a été, à l'Académie de Bruxelles, l'objet d'une appréciation très-favorable, et dans ces derniers temps, on l'a également soumise à la discussion à l'Académie de médecine et dans les journaux de médecine de Paris. Le résultat de ces recherches est que plusieurs la considèrent comme très-efficace, pendant que quelques autres ne veulent pas lui concéder une valeur aussi grande. Les objections qu'on présente sont que, dans les hémorrhagies après le détachement du placenta, ce sont surtout les veines qui donnent le sang, qui de la veine-cave non comprimée coule dans l'utérus, dans une direction refluente, et ensuite que la compression de l'artère aorte ayant ordinairement lieu dans un endroit tout près, ou même un peu au-dessous du nombril, les artères ovaires, à cause de leur origine plus haute, ne seront pas privées du sang par la compression, et elles en pourvoiront tout de même l'utérus, en maintenant l'hémorrhagie.

Ces objections ne me paraissent cependant pas, en réalité, d'une grande signification ; car d'abord, quant au reflux du sang veineux, il paraît évident que, quand le flux à travers l'artère aorte s'arrête, les parties du corps situées au-dessous du point de compression ne seront que très-médiocrement pourvues de sang, ce qui rend la colonne de sang qui reflue dans la veine-cave proportionnellement si faible, que dans une position horizontale surtout, il ne peut être question d'un reflux rétrograde du sang de cette veine dans les veines de l'utérus, d'autant plus que le flux montant vers le cœur a un chemin droit à parcourir, tandis que le reflux dans les veines utérines doit se faire sous un angle. Ensuite, quant à la situation des artères ovaires, je crois que, dans la plupart des cas, il sera possible d'appliquer la compression sur l'artère aorte au-dessus de l'origine de ces artères, qui du côté droit a ordinairement lieu de l'artère rénale et du côté gauche de l'artère aorte même à peu près à la même hauteur. En pressant avec soin les téguments relâchés du ventre en haut, et en dirigeant les bouts des doigts réunis en arrière contre les vertèbres aussi haut que possible, on pourra appliquer la compression de l'artère aorte au-dessus du nombril, ce qui du reste est nécessaire, quand le fond de l'utérus se trouve encore haut placé faute de contractions. Une expérience, répétée à plusieurs reprises, m'autorise à certifier que ce procédé a réussi, et que l'hémorrhagie a été rapidement arrêtée dans tous les cas où la compression a été employée par moi. C'est donc avec une entière conviction que je recommande ce moyen comme le plus sûr que nous possédions, pour combattre immédiatement une hémorrhagie utérine imminente après la naissance.

En terminant ces remarques sur cette opération césarienne, j'ajouterai, quant à son histoire dans notre pays, que dans le cours des dix dernières années elle a été faite *quatre fois*. Dans *deux* de ces cas, l'opération a été exécutée *après avoir auparavant employé en vain le forceps et la perforation ;* dans le *troisième* cas, un enfant vivant fut mis au monde par une femme accouchée auparavant à l'aide de la perforation du fœtus, à cause du rétrécissement du bassin qui, plus tard, était tellement augmenté (2 pouces et un quart dans son plus petit diamètre), que la délivrance par les voies naturelles fut considérée comme impossible. Ces trois opérations ont été faites à la campagne, et la quatrième est celle qui a été exécutée par moi. Dans tous ces cas, les femmes sont mortes dans un espace de temps qui a varié de quelques heures à cinq jours après l'opération ; dans deux cas les fœtus ont été extraits vivants et viables (1).

Addition à la séance de l'Académie de médecine.

DISCUSSION SUR LA PARALYSIE ATROPHIQUE MUSCULAIRE.

M. J. Guérin. De quelque manière qu'on envisage la maladie qui a fait le sujet de l'intéressante communication de M. Cruveilhier, on ne saurait méconnaître qu'elle est entourée de grandes obscurités. Je n'en voudrais d'autre preuve que la diversité des opinions exprimées par les trois honorables membres qui ont pris part jusqu'ici à la discussion. Pour M. Cruveilhier, c'est une paralysie du mouvement par atrophie des racines antérieures. Pour M. Bouvier, c'est une atrophie musculaire essentielle primitive, dans laquelle la lésion nerveuse mérite d'être prise en considération, mais comme phénomène accessoire. Pour M. Parchappe, c'est évidemment une paralysie du mouvement, mais par des considérations un peu différentes de celles invoquées par M. Cruveilhier. Comme fait et comme doctrine, n'y a-t-il rien de plus à voir dans la maladie de Lecomte ? Après avoir lu et écouté attentivement les raisons données de part et d'autre, il m'a paru qu'on avait négligé quelques-unes des circonstances de l'observation rapportée avec tant de soin par M. Cruveilhier, capables de jeter quelque lumière sur le sujet en discussion. Précisons d'abord l'objet du débat. De quoi s'agit-il ? 1° De savoir si la maladie observée par M. Cruveilhier est une paralysie du mouvement produite par l'atrophie des racines antérieures ou une maladie essentielle et primitive des muscles, telle qu'elle a été désignée dans ces derniers temps sous le titre *atrophie musculaire progressive ;* 2° si, en envisageant la maladie de Lecomte comme une paralysie, on peut la considérer comme maladie nouvelle. Je vais examiner successivement ces deux questions au point de vue du fait et au point de vue de la doctrine.

Il y a, dans l'observation rapportée par M. Cruveilhier, trois circonstances principales, matérielles : l'atrophie des racines nerveuses dévolues au mouvement, l'atrophie des muscles, et la transformation graisseuse des muscles atrophiés. Il s'agit de déterminer le mode de génération et de subordination de ces faits, par rapport à la paralysie. M. Cruveilhier, sans se prononcer d'une manière absolue, considère la lésion des racines antérieures comme primitive, et les altérations musculaires comme consécutives. Vous connaissez l'opinion mixte de M. Bouvier. M. Parchappe, plus explicite, a cherché à établir d'une manière plus positive que la lésion nerveuse a été la première en date, qu'il s'est agi d'une paralysie du mouvement, et il y est arrivé moins par les faits que par une série d'inductions fort habiles, et qui pourront convaincre un certain ordre d'esprits. Jusque-là nos honorables collègues ont fondé leurs raisonnements sur les faits d'anatomie pathologique, consignés dans l'observation de Lecomte. Mais ils ne sont pas allés au delà. Cependant il existe dans cette observation des faits de physiologie pathologique auxquels personne ne me paraît avoir pris garde, et qui sont peut-être de nature à jeter le plus grand jour sur les obscurités de la question.

(1) C'est-à-dire dans *tous* les cas, puisque dans les deux premières opérations, la perforation du crâne avait déjà été pratiquée. (*Note du rédacteur.*)

La paralysie n'est pas, comme on le suppose généralement, un état absolu : elle présente plusieurs phases, plusieurs degrés, plusieurs modes qui la diversifient de manière à multiplier ses apparences et ses manifestations. Aussi, depuis plusieurs années, ai-je cherché à établir que la paralysie comprend surtout trois modes, trois degrés : la *contracture simple*, la *contracture paralytique* et la *résolution paralytique*. Ces trois états, émanant de la même origine, se trouvent souvent réunis chez le même individu et sur un même appareil musculaire. C'est ce que l'on a pu observer chez Lecomte. Faisant à l'histoire de sa maladie l'application des données qui précèdent, on constate deux faits également importants : 1° une espèce de spasme fibrillaire permanent, qui a été observé dès l'origine de la maladie, et comme un de ses premiers symptômes, sinon le premier. De plus, M. Cruveilhier a constaté qu'il y avait chez Lecomte certains mouvements spasmodiques désordonnés : ainsi, lorsque le malade faisait effort pour écarter les mâchoires, il éprouvait des tremblements, des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement, ou bien la mâchoire était brusquement, involontairement portée en avant, sous l'influence de la contracture spasmodique des ptérygoïdiens externes. Or, à l'autopsie, il s'est trouvé que non-seulement « tous les muscles élévateurs « de la mâchoire supérieure, temporal, masséter, ptérygoïdien interne, « avaient leur développement ordinaire, mais que le ptérygoïdien externe « a paru relativement plus développé que les autres muscles masticateurs. » Qu'est-ce que cela, sinon que l'affection spasmodique des muscles, la contracture, c'est-à-dire la paralysie, avait existé avant l'altération musculaire, l'atrophie, à laquelle on a voulu la rattacher? Le spasme fibrillaire de la plupart des muscles, et la contracture paralytique mieux accusée de quelques-uns seulement, sont donc des faits propres à établir que, chez Lecomte, la paralysie a précédé l'atrophie musculaire, en d'autres termes, que la maladie était bien une paralysie. La contraction et la paralysie sont deux maladies très-différentes.

Mais quelle est, dans l'état actuel de la science, la signification de cette paralysie et la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique; en d'autres termes, faut-il la regarder comme une espèce nouvelle de paralysie?

Il convient de considérer séparément, dans le cas de Lecomte, l'atrophie des racines antérieures liées à la paralysie du mouvement, d'une part; de l'autre, l'atrophie des muscles paralysés et leur transformation graisseuse. Relativement à la concordance de l'atrophie des racines du mouvement avec l'abolition de la contractilité, le fait rapporté par notre savant collègue M. Cruveilhier n'est pas le premier qui soit connu dans la science. Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Parchappe, à la date de 1842, M. Longet avait déjà publié un fait de ce genre, que je lui avais communiqué (1). Ce fait n'offre pas seulement, comme le dit M. Parchappe, un premier exemple de l'atrophie des racines antérieures ayant coïncidé avec une paralysie de quelques-uns des muscles du membre inférieur correspondant, mais on y trouve surtout *deux circonstances* très-précieuses, propres à mettre hors de doute le rapport de subordination de la paralysie du mouvement à l'atrophie des racines. Ces deux circonstances sont : 1° l'association, dans les différents muscles de la jambe, des différents degrés et modes de la paralysie (contracture et résolution paralytiques), desquels était résultée une difformité du pied; 2° la décoloration et l'atrophie des muscles et faisceaux de muscles paralysés. Ajoutons que, comme dans le cas rapporté par M. Cruveilhier, toutes les racines nerveuses n'étaient pas également et complétement atrophiées, et que corrélativement tous les muscles, tous les faisceaux de muscles n'étaient pas également paralysés, décolorés et atrophiés. Voilà pour la lésion physiologique.

Cependant, ainsi que M. Bouvier l'a très-justement fait remarquer, chez Lecomte, le fait de la dégénérescence graisseuse des muscles, rapide, générale, arrivant pour ainsi dire en même temps que l'atrophie, n'est pas absolument en rapport avec ce que l'on observe dans les paralysies dépendant d'une altération de la moelle des nerfs rachidiens. Le fait est exact; la naissance, la dégénérescence graisseuse est beaucoup plus tardive, beaucoup moins générale et moins complète. Mais cette difficulté n'en est peut-être pas une, si l'on veut bien tenir compte de la nature des faits et de leurs conditions de diversité.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que de l'existence de la paralysie considérée d'une manière absolue. Mais, en principe, il doit exister, et en fait, il existe en effet, dans ces sortes de paralysies, différentes espèces de paralysies, dont la nature étiologique différente implique une différence proportionnelle dans les caractères. Ceci n'est pas une hypothèse, et pour n'en citer que deux exemples : la paralysie saturnine et la paralysie syphilitique n'offrent-elles pas des différences corrélatives à la différence de leur cause? Or, dans l'évolution de la maladie de Lecomte, n'a-t-il pas existé aussi des circonstances étiologiques capables de rendre compte des caractères particuliers de l'altération musculaire : l'atrophie graisseuse? Sans aucun doute, suivant nous, ainsi que l'Académie va pouvoir s'en convaincre.

Au commencement de l'observation rapportée par M. Cruveilhier, on lit que « Lecomte fait remonter à deux ans environ l'origine de sa maladie, « il en accuse *une nuit passée à la belle étoile* sur un pavé boueux, dont il « n'était séparé que par une toile humide Il se réveille *tout engourdi* du « côté droit, sur lequel il était couché. »

Pendant un an, à la suite de cette nuit, le malade éprouve un *affaiblissement* de la myotilité bornée à la main. « Au bout de ce temps, à la suite d'une « *nuit froide et humide passée à la belle étoile*, Lecomte éprouve une « assez grande *faiblesse* dans les membres inférieurs, et plus particulièrement dans les genoux; depuis cette époque, il ne lui fut plus possible de « supporter sans fatigue une longue marche; il *tombait souvent*, etc. » Telles sont les circonstances qui ont présidé au développement de la maladie de Lecomte. Est-il possible d'en méconnaître le caractère et la portée : après une première nuit passée sur un pavé boueux, première atteinte, état local et stationnaire; après une seconde nuit froide et humide passée à la belle étoile, extension de la maladie? La seconde épreuve ne confirme-t-elle pas, ne met-elle pas hors de doute la signification de la première, et toutes deux ne s'accordent-elles pas pour établir que Lecomte a contracté sur ce pavé humide, dans la boue, une paralysie de nature rhumatismale, en un mot, d'une nature spéciale quelconque? Comment a dû agir organiquement cette cause, sinon de l'extérieur à l'intérieur, à la périphérie du système nerveux, c'est-à-dire sur les extrémités terminales et complexes des deux systèmes nerveux, ganglionnaire et rachidien? En admettant cette manière de voir, infiniment probable, quoi de plus facile à expliquer que les phénomènes de contracture spasmodique d'une part, et de l'autre le mode d'altération particulière de la contexture des muscles, l'atrophie graisseuse par la paralysie d'une portion périphérique du système nerveux ganglionnaire, combinés avec la paralysie périphérique des filets nerveux rachidiens correspondant aux racines atrophiées? De cette facon, ne met-on pas d'accord toutes les circonstances anatomiques, physiologiques et étiologiques de la maladie : la spécificité des caractères en rapport avec la spécificité des causes?

D'après cet exposé, la maladie dont M. Cruveilhier nous a présenté l'observation serait donc, non-seulement une paralysie de mouvement produite physiologiquement par l'atrophie des racines des nerfs affectés au mouvement volontaire, mais une paralysie spéciale, de nature rhumatismale, ayant commencé par la périphérie du système nerveux, et ayant atteint simultanément des filets appartenant aux deux systèmes nerveux, animal et ganglionnaire.

(1) *Anatomie et physiologie du système nerveux, etc.*; par F. X. Longet. 1842. Tome I, page 358.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'assemblée générale annuelle de la *Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine* a eu lieu le 30 mars, dans la grande salle de l'École de pharmacie..

M. Fumouse, secrétaire, a donné lecture du compte rendu annuel des travaux du conseil d'administration. Il a rappelé qu'aussitôt son installation, le conseil s'était empressé d'adresser un travail sur l'ensemble de la législation pharmaceutique au comité supérieur d'hygiène publique, saisi de la question; que ce travail, distribué à tous les membres de la Société, avait paru obtenir leur assentiment presque unanime.

L'assemblée a pris ensuite plusieurs résolutions, parmi lesquelles il en est une qui mérite surtout d'être signalée.

La Société, qui avait déjà pris sous son patronage le placement des élèves en pharmacie, a institué, cette année, six prix annuels qui seront accordés aux plus méritants.

Nous applaudissons vivement à cette tendre sollicitude, et à ces encouragements donnés à la jeunesse studieuse, parmi laquelle se recrute chaque année le corps pharmaceutique.

La Société a procédé ensuite au renouvellement partiel de son bureau.

M. Vée a été nommé vice-président; M. Pennes, secrétaire-adjoint, et M. Hottot a été réélu trésorier. MM. Garrot, Robiquet, Martial-Lamouroux, Lebrou, Savoye et Fournier ont été nommés conseillers.

Ces élections ont été faites à une très-grande majorité.

Par suite de ces nominations, le conseil d'administration, pour l'année 1853-54, se trouve ainsi composé :

MM. Labélonye, président;
Vée, vice-président;
Fumouze, secrétaire général;
Pennes, secrétaire adjoint;
Hottot, trésorier.
Schaufelle, Barruel, Favrot, Jutier, Garot, Robiquet, M.-Lamouroux, Lebrun, Savoye et Fournier, conseillers.

— M. Bernard, suppléant de M. Magendie au Collége de France, commencera son cours mercredi prochain, à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 48. 1re année. Jeudi 21 Avril 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS.** — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — **MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE** : Du phellandrie aquatique considéré sous le rapport botanique et thérapeutique, par M. Cadet de Gassicourt. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 20 avril 1853.

L'Académie de médecine a bien voulu écouter, enfin, le rapport officiel demandé par M. le Ministre de l'Intérieur sur un mode particulier de traitement de la surdi-mutité et sur l'éducation des sourds-muets, que M. le docteur Blanchet propose d'appliquer dans les établissements fondés par la bienfaisance et la science modernes pour le soulagement des infortunés privés de la parole et de l'ouïe. Le vote des conclusions du rapport, très-favorables à M. Blanchet, ayant été renvoyé à la prochaine séance, nous n'entrerons pas aujourd'hui dans le cœur de la question, et nous ne chercherons pas à apprécier les améliorations que M. Blanchet apportera dans une des parties les plus intéressantes de l'éducation publique, et qui est la plus négligée en France ; nous nous contenterons de faire quelques remarques sur un petit nombre d'objections adressées au rapport, notamment par M. le professeur Bérard, et sur le caractère que pourrait prendre le vote de l'Académie, si cette compagnie entrait dans la voie que semble avoir voulu ouvrir M. le secrétaire perpétuel.

Disons d'abord que les premières observations, présentées par MM. Villermé et Ferrus, n'ont eu d'autre but que de signaler à la commission ou plutôt à l'auteur (car le rapport adopté, la commission sera hors de cause) les précautions qu'il y aurait à prendre pour rendre plus évidents encore les bienfaits de la nouvelle éducation, bienfaits que ces honorables académiciens se sont plu à reconnaître. M. Ferrus a fait observer en outre qu'il ne fallait pas accepter sans réserve les merveilles qu'on nous raconte sur les établissements d'Allemagne, et qu'on doit rester dans le doute sur le degré de prospérité de ces établissements, tant qu'une enquête rigoureuse n'aura pas établi l'état réel des sourds-muets qu'on y élève. Des paroles si sages ne peuvent trouver que des approbateurs.

Nous n'en dirons pas tout à fait autant de celles qu'a prononcées le savant secrétaire du conseil. M. Bousquet a affirmé que les sourds-muets entendaient bien certains sons, mais qu'ils n'entendaient jamais la voix parlée, et qu'ils renonçaient bientôt à la parole, lorsqu'on était parvenu à la leur apprendre, faute d'entendre ce qui se disait autour d'eux. Malgré notre affectueux respect pour le savant académicien, nous ne pouvons nous dispenser de faire observer qu'il a dit ce qu'évidemment il ne savait pas, et qu'il n'est pas permis d'opposer une opinion entièrement basée sur l'intuition à des faits positifs, observés par la commission.

Après quelques autres phrases sans importance prononcées par divers orateurs, M. Bérard a pris la parole, et, de ce ton oxymellitique dont il sait tirer un si charmant parti, il n'a rien moins que reproché à M. Piorry une hérésie physiologique et l'ignorance d'un fait physique que presque tout le monde connaît, et que tous devraient connaître. Voici à quel propos :

La commission ayant constaté que les sourds-muets n'entendaient qu'un certain nombre de sons, et chacun de ces sons étant représenté par un nombre déterminé de vibrations, la commission, disons-nous, a classé, avec M. Blanchet, les sujets de ses observations dans diverses catégories, suivant qu'ils entendaient de sons de 200, de 500, de 1,000 vibrations, etc.

M. Bérard, à ce sujet, a rappelé à la commission qu'il y avait deux choses dans le son : le *ton*, qui dépend du nombre de vibrations, et l'*intensité*, qui dépend de l'amplitude de ces mêmes vibrations (le savant professeur aurait même pu ajouter une troisième chose, le *timbre*, qui dépend on ne sait trop de quoi) ; il lui a reproché de n'avoir tenu compte, dans sa classification, que de la première de ces conditions. Nous ne croyons pas que le reproche soit entièrement fondé ; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il aurait été très-désirable que la commission exposât, avec tous les détails possibles, la sensibilité des sourds-muets, non-seulement pour des nombres déterminés de vibrations, mais aussi pour des intensités données, et j'ajoute pour des timbres donnés ; oui, nous le répétons, cela eût été très-désirable. Toutefois, lorsqu'on songe au nombre des réunions qui ont eu lieu, et auxquelles tous les commissaires ont assisté, au nombre et à la précision des observations que la commission a faites et rédigées, et lorsque l'on compare son travail à celui des commissions en général, nous croyons qu'il faut se montrer un peu indulgent. En outre, il faut bien se garder de croire que la lacune signalée par le savant et spirituel président ait toute l'importance qu'il a paru lui accorder. C'est effectivement un fait très-remarquable, qui ressort des observations de M. Blanchet et de la commission, que l'intensité ne joue qu'un rôle très-secondaire

dans la thermométrie, si l'on peut ainsi dire, de la faculté auditive des sourds-muets.

Un de ces infortunés, qui a la faculté d'entendre ou de percevoir un son représenté par 200 vibrations, par exemple, entend ce son à peu près, quelle qu'en soit l'intensité, tandis que s'il ne perçoit pas un autre son représenté par 400, je suppose, il ne le percevra pas, quelque intensité qu'on lui donne; il en est de même du timbre. Cette règle n'est pas, il est vrai, aussi absolue que nous le disons ici; mais elle est assez générale pour diminuer les regrets que doit nous laisser le *desideratum* signalé par M. Bérard.

Quant au reproche d'hérésie physiologique formulé par le savant président, et qui portait entièrement sur ce que M. le rapporteur s'était servi du mot *entendre,* pour exprimer la faculté qu'ont les sourds-muets pour *percevoir* les ondes sonores par l'intermédiaire des mains et des pieds, c'est-à-dire des nerfs de la sensibité générale, ce reproche était évidemment ou une question de mots, ou une question de haute philosophie physiologique, qui n'avait rien à faire avec le fond du rapport. M. Piorry n'a pas cru devoir s'engager dans une question semblable, et nous croyons qu'il a sagement agi.

Un mot, pour terminer, sur le caractère que le savant secrétaire perpétuel semble vouloir imprimer au vote de l'Académie.

M. le Ministre, appréciant les difficultés des questions soumises au jugement de la commission, lui a écrit récemment que, dans le cas où elle serait fixée sur l'une ou sur plusieurs de ces questions, il recevrait avec satisfaction une réponse provisoire, relativement aux questions résolues. Pour faciliter le vote ou pour ménager la responsabilité de l'Académie, il ne faudrait pas appliquer le mot provisoire à la réponse donnée à chacune des questions posées par M. le Ministre, mais bien à l'ensemble de la mission qu'a reçue l'Académie, et qui pourrait n'être que provisoirement, c'est-à-dire partiellement, remplie. Mais il serait absurde, par exemple, de répondre *provisoirement* à une question ainsi posée : parmi les élèves qui entrent à l'établissement des sourds-muets, s'en trouve-t-il qui puissent arriver, par un mode de traitement particulier, à acquérir une notion du son, soit par l'organe de l'ouïe, soit par les nerfs de la sensibilité générale? Or, c'est cette question, ou des questions analogues, que M. le Ministre a posées. Ces questions comportent une réponse négative ou affirmative ou même indécise, mais non pas une réponse *provisoire.* En résumé, il faut que l'Académie se prononce sur celles des questions touchant lesquelles elle se trouvera suffisamment éclairée, et qu'elle ne s'esquive point par une de ces réponses ambiguës qui n'éclairent rien ni personne, et qui ne peuvent, par conséquent, donner une grande idée de ceux qui les font.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos* 23, 26, 32.)

DE QUELQUES TUMEURS CHRONIQUES RARES DE LA MAMELLE.

Nous rangerons sous ce titre plusieurs variétés de tumeurs du sein qui peuvent en imposer quelquefois pour des cancers véritables, mais qui, vu leur extrême rareté, n'offrent aux praticiens qu'un intérêt très-secondaire. De ce nombre sont : les tumeurs tuberculeuses, chondroïdes et butyreuses; nous y joindrons même les tumeurs fibro-plastiques et les cancroïdes, auxquelles nous avons accordé une si large part dans l'histoire générale des affections cancéreuses, mais qui, dans la description des tumeurs de la mamelle, ne doivent occuper qu'une place très-accessoire.

§ 1er. *Tumeurs tuberculeuses.* — La glande mammaire est un des organes où les tubercules ont été le plus rarement observés, cependant elle n'en est pas complétement à l'abri : Astley Cooper a signalé, sous le nom d'affections scrofuleuses du sein, des tumeurs dont la matière tuberculeuse formait la base principale. M. Velpeau a même cru devoir décrire trois nuances distinctes de ces affections.

La première serait caractérisée par l'existence de plaques ou de petites tumeurs rougeâtres, dures, quand elles occupent le tissu de la peau; arrondies et mobiles quand elles ont leur siége dans le tissu cellulaire, mais qui, dans tous les cas, contiennent dans leur centre une matière caséeuse tantôt sèche et friable, tantôt en partie liquide et comme purulente; souvent les petites tumeurs communiqueraient entre elles par des trajets fistuleux, et la face antérieure de la mamelle se trouverait ainsi criblée et comme sillonnée de petits kystes et de trajets irréguliers.

La seconde nuance consisterait dans l'existence de masses formées par de la matière tuberculeuse infiltrée dans le tissu glandulaire lui-même, dont il est possible de distinguer encore la trame organique.

Dans une troisième, enfin, la glande mammaire est criblée de noyaux plus ou moins volumineux, formés par la matière tuberculeuse pure, déposée dans les interstices des éléments glanduleux. Ces distinctions, du reste, se rapportent assez bien aux diverses formes connues de l'affection tuberculeuse en général, et désignées par tous les anatomo-pathologistes sous le nom de tubercules infiltrés et de tubercules enkystés.

Avant leur ulcération, les tumeurs tuberculeuses du sein peuvent être confondues avec les tumeurs adénoïdes, les kystes, les tumeurs syphilitiques; mais quand elles sont arrivées à leur période de suppuration, la matière tuberculeuse qui s'échappe au dehors et qu'il est toujours facile de reconnaître soit à l'œil nu, soit au microscope, suffira toujours pour les faire distinguer. Par elles-mêmes, ces tumeurs ne compromettent point la vie, mais comme elles sont ordinairement l'indice d'une diathèse générale, leur existence doit toujours inspirer de l'inquiétude; d'un autre côté, les ulcérations nombreuses et la suppuration abondante auxquelles elles finissent toujours par donner lieu, constituent une infirmité pénible.

Le traitement qui leur convient le mieux consiste dans l'extirpation; il n'est pas cependant impossible d'obtenir, par des incisions multipliées et des injections de teinture d'iode, la détersion des foyers morbides, lors surtout que les tubercules sont à l'état enkysté. Quant aux engorgements ganglionnaires de l'aisselle, qui sont une complication fréquente de ces maladies, ils ne présentent aucune indication spéciale; et leur traitement ne diffère en rien de celui des affections tuberculeuses des ganglions lymphatiques en général.

§ 2. *Tumeurs chondroïdes.* — Les tumeurs chondroïdes, si bien décrites par Muller, n'ont été que très-rarement observées dans la mamelle; il en existe cependant quelques exemples dans les ouvrages de Morgagni, de Bonnet et de sir Astley Cooper : plus récemment Muller et M. Velpeau en ont rapporté chacun une observation. Ces tumeurs affectent en général une forme arrondie, régulière et non lobulée; leur coupe laisse apercevoir une trame fibro-membraneuse infiltrée d'une substance grise, molle, translucide, qui rappelle assez exactement la coupe d'un cartilage. Le microscope permet d'y reconnaître des cellules arrondies ou elliptiques, dont le diamètre varie d'un trois-centième à un centième de millimètre.

Elles contiennent parfois plusieurs petits noyaux et même des corpuscules irréguliers, analogues à ceux du tissu osseux. Leur tissu ne renferme que fort peu de vaisseaux. Leur évolution très-lente aboutit quelquefois à l'ossification, il est beaucoup

plus rare de les voir se ramollir ou s'ulcérer. Ce sont des tumeurs toutes locales, non susceptibles de se reproduire après l'extirpation et qui n'entraînent jamais de désordres généraux ; il n'existe aucun signe extérieur qui puisse les faire reconnaître avec certitude des autres tumeurs bénignes de consistance solide, telles par exemple les tumeurs hypertrophiques ; aussi, sous le point de vue clinique, ne présentent-elles rien de bien particulier. On ne reconnaît même ordinairement leur véritable nature qu'après l'extirpation et lorsque l'on en fait un examen attentif. Leur thérapeutique ne mérite donc point de nous arrêter.

Entièrement réfractaires aux moyens résolutifs, elles peuvent sans grand inconvénient être abandonnées à elles-mêmes, comme aussi leur extirpation en débarrasse à tout jamais les malades, sans qu'il y ait à craindre de récidive.

§ 3. *Tumeurs butyreuses.* — Cette espèce de tumeurs, exclusivement propre à la glande mammaire, consiste dans la transformation butyreuse ou caséeuse du lait que sécrète cette glande.

On comprend facilement comment le liquide accumulé dans les conduits galactophores, ou bien épanché dans le tissu cellulaire par suite de la rupture de ces vaisseaux, peut à la longue subir une altération qui le prive de sa partie séreuse, et ne laisse subsister que sa partie grasse ou caséeuse. Cette matière d'un blanc jaunâtre, dont l'aspect rappelle parfaitement celui du beurre ou du fromage desséché, présente au microscope tous les éléments du lait. Ces tumeurs étant toujours le résultat d'une accumulation du lait dans les conduits galactophores devenus variqueux ou de son épanchement dans le tissu cellulaire de la glande, on ne les rencontre que chez les femmes adultes, consécutivement à la grossesse ou à la lactation. Elles peuvent se développer spontanément ou du moins sans causes appréciables, mais le plus souvent elles doivent leur origine à quelque lésion traumatique du sein, telle qu'une contusion qui, ayant affaibli ou déchiré les parois des vaisseaux, facilite la formation de poches laiteuses connues sous le nom de galactocèles. Après être restée longtemps liquide, la matière laiteuse se condense et devient solide ; dans cet état, elle constitue des tumeurs de forme et de volume extrêmement variés : ce sont tantôt de simples kystes réguliers et globuleux enveloppés de la glande mammaire saine ; d'autres fois ce sont des tumeurs bosselées, irrégulières, dans lesquelles une partie plus ou moins considérable de la glande se trouve englobée. Leur consistance est souvent molle et pâteuse ; elles ont d'autres fois une sorte de résistance qui les fait ressembler aux tumeurs encéphaloïdes. Elles sont presque toujours indolentes, sans changement de couleur à la peau, et leur marche présente une particularité remarquable qui les distingue de presque toutes les autres tumeurs ; c'est que, au lieu d'augmenter incessamment de volume, ainsi que toutes les autres productions morbides, elles subissent une décroissance manifeste après un certain temps qui dépasse rarement une année ; cela tient à ce que le mouvement de condensation se continue longtemps encore après que la sécrétion lactée ne se fait plus. Cette réduction progressive de la tumeur ne tarde pas cependant à s'arrêter, et alors elle reste stationnaire. On en a vu subsister ainsi pendant un temps indéfini. Il est très-rare que leur disparition soit complète, mais on les voit rarement aussi s'enflammer et produire l'ulcération des téguments.

Traitement. Lorsque ces tumeurs sont encore à leur début, que le lait est à l'état liquide, on peut, par de simples piqûres, en déterminer l'évacuation ; mais, quand elles sont devenues concrètes, ce moyen ne suffit plus et l'on doit recourir à l'emploi d'une compression méthodique. L'extirpation ne saurait être autorisée que dans les cas où le diagnostic étant incertain, les malades vivement inquiétés sur leur état, demanderaient à être débarrassés à tout prix de leur tumeur, ou bien encore dans les cas fort rares où la maladie, au lieu de rester stationnaire, ferait des progrès inquiétants.

§ 4. *Tumeurs fibro-plastiques.* — Les tumeurs fibro-plastiques de la mamelle, bien que très-rares, ont néanmoins été observées sous trois formes distinctes que nous désignerons sous les noms de tumeur fibro-plastique glandulaire, tumeur fibro-plastique interstitielle et tumeur fibro-plastique de la peau ou kéloïde. Toutes sont essentiellement constituées par un tissu homogène d'un jaune pâle ou blanchâtre, d'une consistance plus molle que le tissu fibreux, ce qu'elles doivent surtout à une espèce de substance gélatineuse qui les imprègne. La variété glandulaire ou hypertrophique présente avec les tumeurs adénoïdes une grande ressemblance et n'en est véritablement qu'une modification. Du reste, son évolution n'en diffère pas d'une manière notable. On voit, comme dans ces dernières, les éléments hypertrophiés de la glande, seulement il s'y joint une accumulation du tissu anormal qui forme des masses plus ou moins considérables et dans lesquelles le microscope reconnaît les éléments spéciaux du tissu fibro-plastique.

La seconde variété ou tumeurs fibro-plastiques interstitielles n'envahit point le tissu glandulaire lui-même ; le tissu nouveau se développe dans les interstices des lobules sans les infiltrer, et tout au contraire en les refoulant de côté et d'autre. Cette seconde variété, plus rare encore que la précédente, présente en général un tissu plus mou, plus vasculaire, et devient plus fréquemment le siége d'un travail de ramollissement et d'ulcération.

La troisième variété, enfin, que nous désignons sous le nom de kéloïde, affecte d'une manière spéciale le tissu de la peau et laisse ordinairement intactes les parties profondes, au moins pendant les premiers temps du développement de la maladie. Du reste, elles ne diffèrent en rien de la kéloïde que l'on observe sur la peau des autres régions du corps.

Les causes qui président à la manifestation de ces tumeurs ne présentent rien de spécial et le plus souvent échappent à nos recherches.

S'il arrive quelquefois qu'elles succèdent à une violence extérieure, nous les voyons aussi se développer spontanément.

Symptômes, marche et terminaison. — Quand elles occupent le tissu glandulaire ou ses interstices, les tumeurs fibro-plastiques du sein se présentent sous la forme de tumeurs arrondies, simples ou multiples, lisses ou bosselées, dont l'évolution très-lente au début s'accélère quelquefois d'une manière remarquable et peut se terminer de plusieurs manières bien différentes. Presque toujours indolentes et sans changement de couleur à la peau, elles peuvent rester indéfiniment stationnaires, se résoudre, ce qui est fort rare ; ou bien se ramollir et s'ulcérer. Dans tous les cas, ce travail s'accomplit sans douleurs vives et sans retentissement du côté des ganglions lymphatiques. Ce fait les différencie essentiellement d'un grand nombre de tumeurs malignes que l'on pourrait confondre avec elles. La kéloïde de la région mammaire affecte ordinairement la peau sur plusieurs points à la fois ; elle s'y présente sous la forme de tumeurs saillantes, arrondies, d'une couleur cuivrée, faisant corps avec les téguments et pouvant au contraire se mouvoir facilement sur les parties sous-jacentes. Ces tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, elles peuvent aussi se multiplier rapidement, s'enflammer, se ramollir et donner lieu à des ulcères d'un mauvais aspect. Ces affections ont alors une grande ressemblance avec le véritable cancer : elles en diffèrent cependant sous plusieurs points de vue. Les douleurs qu'elles causent n'ont jamais le caractère lancinant des douleurs cancéreuses. Les ganglions lymphatiques ne participent presque jamais à la maladie, et l'état général n'est point influencé d'une manière grave.

Nous connaissons une dame qui, depuis vingt ans, porte au sein des tumeurs de ce genre ; plusieurs fois, elles ont été opérées par le bistouri ou les caustiques, mais elles n'ont point infecté l'économie.

Traitement. Bien que la résolution de ces tumeurs ne soit point absolument impossible et que la compression les ait fait quelquefois disparaître, il est prudent de ne point insister trop longtemps sur ces moyens, de peur de leur voir prendre un accroissement funeste.

L'extirpation ou la destruction par les caustiques est ce qui convient le mieux, et le chirurgien ne doit pas perdre de vue ces tumeurs ayant une grande tendance à se reproduire; il importe de les détruire largement et de surveiller attentivement la cicatrisation.

§ 5. *Cancroïde du sein.* — Le cancroïde du sein est une affection très-rare, bien que les conditions anatomiques et physiologiques de cet organe semblent au premier abord très-favorables au développement de la maladie. Le cancroïde, en effet, a son siége de prédilection dans les parties qui, comme la lèvre inférieure, le pénis, la langue, présentent dans leur structure une membrane muqueuse soutenue par un tissu très-vasculaire ou érectile et qui sont exposées à des irritations répétées. Or, aucun organe n'offre ces conditions à un plus haut degré que le mamelon.

La membrane qui le revêt est une fibro-muqueuse; son tissu intérieur est évidemment érectile et ses fonctions l'exposent à des irritations incessantes.

Malgré ces conditions, le cancroïde ne s'y développe que très-rarement. Les observateurs les plus exacts en signalent à peine quelques exemples; et pour notre part, dit M. Maisonneuve, nous n'en avons rencontré qu'un seul cas. C'était chez une jeune femme dont le mamelon du côté gauche avait, à la suite de la lactation, présenté de nombreuses crevasses. Malgré le sevrage, malgré les topiques émollients et les pommades astringentes, ces crevasses prirent de l'accroissement et se transformèrent peu à peu en un ulcère de mauvaise nature. En même temps, le mamelon s'hypertrophia au point de présenter le volume du pouce d'un homme adulte; sa surface crevassée se couvrit de végétations dures et saignantes. Le mal durait depuis dix-huit mois et menaçait d'envahir la glande elle-même, quand je me décidai à le combattre par trois applications successives de la poudre arsenicale de frère Côme. Grâces à ce caustique qui détruisit le mamelon tout entier, ainsi que l'induration de la base, le mal fut enrayé et ne s'est plus reproduit.

Si donc un fait semblable se présentait dans la pratique, nous conseillerions de recourir au même moyen.

Dr Alexis Favrot.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

Du phellandre aquatique considéré sous le rapport botanique et thérapeutique

(*Extrait d'un rapport à la Société de pharmacie de Paris*)

Par M. Cadet de Gassicourt, pharmacien, membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité.

On lit dans le numéro de janvier dernier du *Répertoire de pharmacie,* et dans l'*Annuaire de thérapeutique* pour l'année 1853, de M. le professeur Bouchardat, un mémoire de M. Chapoteaut fils, pharmacien à Décize (Nièvre), ayant pour titre : *Du phellandrium aquaticum, de ses caractères physiques, de ses propriétés thérapeutiques.* L'objet de ce mémoire est de faire connaître que, par une grave erreur, le commerce de la droguerie de Paris, partant celui de la province, débitent et expédient journellement des semences toxiques de *ciguë aquatique* (cicuta virosa. L.) pour celles de l'*œnanthe phellandre* (phellandrium aquaticum. L.); et, de plus, que le fruit du véritable *phellandre* récolté par l'auteur possède des propriétés toniques.

M. Chapoteaut, en vue de dissiper une erreur dont les conséquences pourraient avoir une portée dangereuse, détermine les caractères des deux plantes auxquelles il assigne les dénominations de *cicutaire aquatique* et d'*œnanthe phellandrie.* Nous nous bornerons à citer les caractères, selon lui, essentiellement distinctifs de leurs séminoïdes.

Les graines de la *cicutaire* sont ovoïdes, à stries lisses; les deux styles et les cinq dents du calice ne persistent jamais avec le fruit.

Les graines du *phellandre* sont cylindracées, sans stries, le plus souvent oblongues, surmontées toujours par les deux styles dressés et allongés, et par les dents du calice persistantes.

La lecture de ce mémoire nous porta vivement à vérifier les caractères des semences de *phellandre* de notre officine, d'après la description donnée par M. Chapoteaut; elles ne s'y trouvèrent pas conformes! Nous craignîmes d'avoir de mauvaises graines, ou du moins des graines fort mélangées.

Dans le but de nous éclairer davantage à cet égard, nous voulûmes nous procurer directement des échantillons comparés de *phellandre* et de *cicutaire;* en vain demandâmes-nous cette dernière chez les grainetiers les mieux assortis, puis chez deux des principaux herboristes de Paris : embrouillés sans doute par la synonymie des *ciguës aquatiques,* ils nous adressèrent une seule espèce de séminoïdes, pour correspondre à nos deux indications, en nous assurant que c'était une seule et même graine, c'est-à-dire que l'un et l'autre droguistes-herboristes nous envoyèrent des fruits de *phellandre aquatique,* semblables à celui que nous avions.

Le résultat de cette première recherche changeait notre doute en véritable inquiétude. Serait-il donc vrai, nous disions-nous alors, que tous tant que nous sommes nous fussions en effet tombés dans l'erreur grossière que signale l'auteur du mémoire? Dans cette position, nous n'hésitâmes pas à nous adresser à M. Chapoteaut, de lui confier notre désappointement, et de le prier de vouloir bien mettre à notre disposition telle quantité de ses fruits de *phellandre* qu'il le pourrait faire. Notre obligeant confrère satisfit avec empressement à cette demande.

Nous dûmes reconnaître, de prime abord, de notables différences entre nos fruits de *phellandre* et ceux envoyés de Décize; mais, ce qui le plus nous frappa, ce fut de ne pouvoir pas faire concorder ces derniers avec leur description donnée dans le mémoire; et, d'autre part, il nous semblait que cette même description, à la rigueur, correspondrait davantage à notre phellandre qu'à celui de notre confrère. On comprendra sans peine que, dans un tel état de dissidence, nous ayons pris le parti de ne nous en point rapporter à notre seule appréciation organographique.

Nous allâmes consulter le Dr Gustave Richard, notre neveu, qui nous ouvrit l'herbier de feu son père, Achille Richard; nous y trouvâmes des sommités d'*œnanthe phellandre* anciennement recueillies par lui dans les environs de Strasbourg, et très-bien conservées. Les fruits, nécessairement, en sont plus complets que ceux d'une récolte, et qu'on a détachés des ombelles par un battage. Or, ces fruits sont du reste conformes à ceux de nos officines : ajoutons que la description de l'*œnanthe phellandre* donnée dans la dernière édition des *Éléments d'histoire naturelle médicale* de A. Richard (1849) dit positivement que ces graines sont *striées.*

Par la même occasion, nous étudiâmes, dans cet herbier, la *cicutaire aquatique* que M. Chapoteaut nous accuse de prendre pour l'*œnanthe phellandre;* l'examen soigné de ses fruits nous a d'abord démontré que, conformément à la description donnée par A. Richard, et contrairement à l'opinion émise par notre confrère de Décize, les deux styles et les dents calicinales persistent avec le fruit; les styles surmontant les carpophores sont très-longs, sétacés et recourbés en cornes.

Il serait d'ailleurs difficile de confondre les deux plantes en question; elles diffèrent d'abord par les caractères distinctifs des deux premières tribus d'ombellifères à ombelles complètes et composées : on place le genre *œnanthe* dans la première, à fruits ovoïdes ou allongés, ordinairement striés, ou présentant des côtes longitudinales; dans la seconde, à fruits globuleux ou didymes, offrant des côtes simples ou crénelées, le genre *cicutaire* se trouve rangé.

Au simple coup d'œil, les fruits globuleux et très-ténus de la

cicutaire aquatique seront distingués des fruits allongés de notre *phellandre,* et il nous paraît aussi difficile de les confondre que leurs plantes elles-mêmes.

Au surplus, voulant, autant qu'il dépend de nous, rendre évident le résultat de notre enquête botanique, nous avons, en outre, sollicité de l'obligeance de M. Adrien de Jussieu quelques fruits de *phellandre* et de *cicutaire aquatique;* et, comme nous pouvions le prévoir du reste, les graines du Jardin des Plantes se sont trouvées tout à fait les mêmes que celles de l'herbier de A. Richard. Nous avons, à cette occasion, recueilli un argument de plus à l'appui de notre sentiment. Nous avions fait part à M. A. de Jussieu de l'allégation assez grave élevée au sujet du *phellandre* de nos officines; la réponse de l'illustre professeur fut la réflexion suivante, et que nous transcrivons textuellement : « Il me semble-« rait fort singulier qu'à Paris on remplaçât la graine de *phel-« landrium* qui est extrêmement commune, par celle de *cicu-« taria aquatica* qui est extrêmement rare, au point que, pour « ma part, je ne l'ai jamais rencontrée. »

Ainsi, nous avons en notre faveur les De Candole, les Richard, les de Jussieu, les traités de botanique, les herbiers et l'usage; c'est plus qu'il n'en faut pour réhabiliter, nous l'espérons, aux yeux de notre honorable confrère, le choix de notre phellandre officinal, et pour maintenir l'intérêt thérapeutique ressortant du travail de M. Hutet sur la *phellandrine,* qu'il considère comme une substance toxique, à certaines doses.

Au reste, si M. Chapoteaut se trompe, au point de vue botanique, il s'en faut de beaucoup qu'il soit le premier et le seul homme consciencieux et zélé pour la science qui ait erré dans le labyrinthe de cette famille des ombellifères, si variée, douée de tant de propriétés diverses et puissantes.

La dénomination de *ciguë aquatique* fut improprement appliquée à deux ombellifères, l'une : le *phellandrium aquaticum, L., œnanthe aquatique* de Lamarck; l'autre, le *cicuta virosa, L., cicutaire aquatique* de Lamarck, et qui n'ont du reste entre elles rien de commun, si ce n'est de n'être pas des ciguës et d'être aquatiques toutes les deux. Plus tard, leurs caractères mieux étudiés les ont fait ranger, par De Candole, dans deux genres distincts : la première, dans le genre *œnanthe;* la seconde, dans le genre *cicutaire.* A l'égard de ces plantes, la dénomination de *ciguë* devrait donc être définitivement bannie, et certes on trouverait grande simplification et utilité à pouvoir, en effet, effacer sans retour tout ce que les progrès de l'observation ont condamné. Mais, d'un autre côté, les anciens auteurs qui font, et à si bon droit, autorité dans la science botanique, devant être journellement consultés et cités, il en résulte une complication synonymique qui jettera longtemps plus ou moins de confusion dans les idées d'un grand nombre de personnes.

Quelle que soit, en définitive, la cause d'un désaccord entre M. Chapoteaut et nous, la plante qu'il croit être le *phellandre* et que nous ne jugeons, quant à présent, que d'après la description qu'il en donne, et par les fruits qu'il a bien voulu nous envoyer, diffère de notre *œnanthe phellandre* par sa tige toujours rampante à la base : la tige du *phellandre* est dressée; par sa hauteur totale, qui généralement ne dépasse pas $0^{m},50$: celle du *phellandre* atteint jusqu'à deux mètres; par sa grosseur, qui est celle d'une forte plume à écrire : la tige du *phellandre* prend à sa base la grosseur du poignet.

Quant aux propriétés physiques et naturelles des fruits de Décize, et aux caractères qui les différencient du *phellandre* de nos officines et du commerce, nous avons déjà dit que nous en avions donné le soin à M. le docteur G. Richard.

Voici, d'après lui, la description des fruits d'ombellifère envoyés par M. Chapoteaut : fruit ovoïde, allongé, relevé de dix côtes saillantes aiguës, creusé de sillons profonds ne contenant pas de bandelettes ou canaux à huile essentielle, surmonté par les styles fortement réfléchis en dehors; dents du calice non persistantes (du moins dans la plupart des fruits); se séparant aisément, à la maturité, en deux caspelles, dont chacune renferme une graine aplatie du côté de la commissure.

TABLEAU COMPARATIF

du fruit d'œnanthe phellandre et du fruit envoyé de Décize.

Fig. A 1.

Fig. A 1. Coupe transversale; côtes marquées et arrondies; bandelettes à huile essentielle indiquées par des points noirs; partie ombrée représentant la graine.

Fig. B 1.

Fig. B 1. Coupe transversale; côtes au nombre de dix, très-apparentes et aiguës; absence de bandelettes.

Fig. A 2.

Fig. A 2. Fruit vu de face, en silhouette, pour montrer les dents du calice persistantes; deux bandelettes indiquées sous forme de lignes noires.

Fig. B 2.

Fig. B 2. Fruit vu de face, montrant à la partie supérieure les deux styles, mais les dents du calice manquent.

Les fruits envoyés diffèrent donc de ceux de l'*œnanthe phellandre :* 1° par des côtes saillantes et aiguës; tandis que, dans le *phellandre,* elles sont peu marquées et arrondies; 2° par l'absence des bandelettes qui toujours existent dans le fruit du *phellandre;* 3° par les styles fortement réfléchis en dehors, qui sont plus redressés dans l'*œnanthe phellandre;* 4° par l'absence des dents calicinales qui persistent toujours dans l'*œnanthe phellandre.*

Les fruits de notre *phellandre,* broyés dans un petit mortier d'agathe, développent une odeur fortement vireuse et poivrée; les fruits envoyés par M. Chapoteaut, traités de même, exhalent une odeur suave qui participe du cerfeuil et de l'angélique.

Nous avons remis ce dont nous pouvions disposer de ces derniers à M. Baptiste Lhomme, jardinier fort entendu du jardin botanique de l'École de médecine; il en a fait plusieurs semis, dans les conditions et époque favorables; nous ferons connaître les résultats en leur temps.

Cette ombellifère ne diffère pas moins du *phellandre* par ses propriétés médicinales que par ses propriétés physiques, tandis que le fruit du *phellandre* est un remède stupéfiant, et que ses préparations sont employées ordinairement comme adjuvants des narcotiques. Le fruit de l'autre plante exerce une action tonique; la substitution de l'un à l'autre exposerait donc à de fâcheux mécomptes.

L'avantage qu'on paraît retirer, dans la France centrale, de l'usage d'une ombellifère fébrifuge prise pour l'*œnanthe phellandre,* nous ramène sur le fait de vertus contradictoires attribuées au *phellandre* et que A. Richard rapporte dans deux endroits de ses ouvrages, sans que, du reste, il se soit proposé de l'expliquer. Il énonce qu'en France on regarde avec raison le *phellandre* comme très-suspect, mais qu'en Allemagne, des médecins, particulièrement *Ernstringius,* l'ont employé avec une sorte de succès comme fébrifuge, à la dose d'un, de deux ou même de quatre gros, prise matin et soir.

Ne serait-il pas extraordinaire qu'en France on pût continuer de considérer, comme très-suspecte, une plante qui fut employée chez nos voisins les Allemands, dans le traitement des fièvres intermittentes, à doses aussi fortes que celles du quinquina, et avec un succès, dit-on, au moins égal? Il nous a paru curieux de remonter à la source de ce renseignement.

Nous avons trouvé, dans un recueil des thèses étrangères, une dissertation *ex professo* datée de Brunswick, 1739, ayant pour titre : *Phellandrogia physico-medica; seu exercitatio physico-medica, de medicamento novo : vulgo* Peer-Saat *dicto et multis in morbis tam hominum quam animalium celebrato, jam vero experimentis physico-chimicis, et observationibus medicis illustrato, ab Arthuro Conrado Ernstingio* (et non Ernstringio), *m. d.* et *practico Brunsv.*

Une grande gravure, représentant le port et toutes les parties de la plante, vient en aide à l'intelligence de la description, qui, bien que longue, ne nous a pas paru compléter la détermination de l'espèce.

L'auteur n'affecte à son *phellandre* aucune autre détermination positive et spéciale de l'espèce. C'est le *phellandrion* des Grecs. Se livrant à une longue énumération des synonymes attribués au *phellandre,* il repousse particulièrement celle de *ciguë aquatique :* « La *ciguë aquatique* de Gesner, dit-il, est à toute « la distance du ciel (*toto cœlo diversa*) de notre *phellandre ;* « car on ne saurait accorder que notre *phellandre* soit une « sorte de *ciguë ;* les propriétés narcotiques et stupéfiantes « qu'on attribue à la *ciguë* et à chacune de ses espèces, s'oppo- « sent à tout rapprochement avec notre *phellandre.* »

Suit l'énumération des différences de structure qui le distinguent des *ciguës ;* nous ne nous y arrêterons pas.

La tige du *phellandre,* selon Ernstingius (ou Ernstinge), croissant abondamment dans les marais et dans les fossés de Brunswick, est épaisse de 3 ou 4 pouces, et plus ; sa croissance suit d'abord une direction horizontale, dans une longueur de 2^m 40 à 3^m 60 ; elle s'étend couchée sur l'eau, comme sur un lit qui lui est propre, et va répandant à la surface un chevelu de filaments qui naissent de ses nœuds séparés par un espace de deux à trois doigts, quelquefois des cinq doigts de la main. S'il arrive que le *phellandre* croisse hors de l'eau ou sur ses bords, la tige alors s'élève droite et rameuse ; ses nœuds sont séparés par une moindre distance, et elle est susceptible de prendre plus de grosseur ; elle est plus verte et moins spongieuse.

Nous ne nous étendrons pas sur des caractères communs à la famille des ombellifères.

Les fleurs ont cela de remarquable que les anthères ont une couleur pourprée ; ce qui rappelle le *phellandrium Alpinum, umbella purpurascente* de Tournefort.

La semence, vue au microscope simple, est oblongue, striée selon la longueur, ornée de petits points convexes (*punctiolis convexis ornatum*) et de deux filaments qui la surmontent après que la fleur est détachée. Sa gravure, du reste, nous rappelle confusément l'aspect du fruit de Décize, d'autant plus que, dans la description, il n'est nullement question de côtes arrondies telles que notre *phellandre* les eût nécessairement fait reconnaître à l'œil armé.

Mais, d'autre part, une figure nous montre, dans la coupe transversale du fruit, des dispositions de semence et de capsule analogues aux dispositions de l'*œnanthe phellandre* ; elles en diffèrent pourtant d'une manière essentielle, par la présence de petits points noirs et remarquables, pleins d'une poussière blanche. Ces points, dans la gravure, sont indiqués en plein parenchyme de la semence.

Son odeur participe de l'angélique et de la livèche.

De ce qui précède, il ressort que le fruit du *phellandre de Brunswick* aurait des caractères communs avec les deux autres fruits dont nous avons parlé, et des caractères qui l'en distinguent.

Il était employé, dès longtemps, par les vétérinaires allemands dans les cas de blessures, de contusions, etc., et très-connu dans le commerce sous le nom vulgaire de *fenouil aquatique ;* et le fruit du *phellandre,* en effet, suivant l'auteur, n'est pas sans quelque rapport de forme et de couleur avec le fruit du *fenouil des jardins ;* de plus, il en aurait le volume, mais il serait plus pesant.

A ce propos, en rapprochant le fruit du *fenouil* de celui de l'ombellifère de *Décize,* nous lui trouvons beaucoup d'analogie avec ce dernier, par la forme, comme aussi par l'odeur ; quoique, en définitive, le *fenouil* trituré en développe une plus fortement aromatique.

Du temps d'Ernstingius, le *phellandre* était fort employé pour la médecine des hommes comme pour celle des animaux. Il était en vogue contre les lésions externes, au point que l'auteur lui appliquerait volontiers le vieil adage que jadis en France on appliquait à la *sanicle* et à la *petite consoude :* « *Celui qui* « *aurait chez soi du phellandre, se pourrait passer de chi-* « *rurgien !...* » Ses propriétés vulnéraires furent si estimées, dit-on, qu'en l'année 1734, lors de la guerre de l'empereur contre le roi de France, on envoya, pour le contingent de l'artillerie de Brunswick, deux quintaux de *phellandre,* dit *poudre des chevaux,* et que la provision s'étant épuisée, il en fallut faire venir encore une fois autant.

On l'administrait aux chevaux à la dose d'une ou deux onces, mêlée avec un peu de fourrage.

Cette semence balsamique et aromatique ne convient pas moins contre les ulcérations internes, elle passe (toujours d'après le même praticien) pour être avantageuse dans une foule de cas morbides, particulièrement dans les affections nerveuses et dans les fièvres intermittentes de tous les types ; l'auteur lui donne même la préférence sur le *quinquina,* dont l'usage est parfois suivi d'engorgements abdominaux.

Un mode populaire d'emploi du *phellandre* consiste à prendre, matin et soir, un gros de la semence qu'on mâche et qu'on avale ; ou bien à la manger répandue sur une tartine de pain et de beurre ; ou bien à l'avaler broyée et délayée dans un verre de bierre. Ernstingius l'administrait, soit avec partie égale de sucre, soit amenée à l'état d'électuaire par un mélange avec du sirop et, selon les cas, avec d'autres médicaments. Mais il préfère à tout sa *liqueur anti-pyrétique* ou *anti-fébrile* qui est, dit-il, la quintescence de la graine ; mais nous ne pouvons rien dire de ce remède, attendu que l'auteur n'en a pas donné la recette, du moins dans la dissertation dont il s'agit.

Ainsi n'a pas agi M. Chapoteaut ; guidé par le seul désir d'être utile, et sans mystère intéressé, il n'a pas fait difficulté de nous livrer les formules des préparations de son *phellandre ;* ces préparations, dont la pratique médicale paraît avoir obtenu déjà des avantages marqués, sont particulièrement un *vin* et un *sirop.*

Pour préparer le *vin* il fait digérer, pendant un mois, 15 grammes de semences en poudre grossière dans un litre de vin généreux ; il agite de temps en temps ; il filtre. La dose est de deux à quatre cuillerées par jour, à la suite des fièvres intermittentes.

Il prépare le *sirop* en faisant digérer, pendant quinze jours, 10 grammes de semences contuses dans 60 grammes d'alcool à 20 degrés, il filtre et mêle la colature avec un litre de sirop bouillant. Ce médicament est employé contre la coqueluche, la toux et l'enrouement. La dose est d'une cuillerée à bouche dans une tasse d'infusion de violettes ou de guimauve.

Nous terminerons par une réflexion à l'adresse de notre honorable confrère, touchant la composition de son vin médicinal. Il y fait entrer son *phellandre* pour un soixantième au plus ; c'est trois fois moins qu'il n'entre d'écorce du Pérou dans le vin de quinquina d'après le *Codex.* Sur quelle base ce rapport du soixantième se trouve-t-il fondé ? Nous ne supposons pas que l'auteur attribue au fruit de son ombellifère une vertu quatre fois aussi puissante que celle du quinquina ; et, quoi qu'il en soit à cet égard, nous sommes porté à lui faire la question suivante : Si votre plante est réellement fébrifuge, pourquoi son emploi serait-il restreint à la suite des fièvres ? Ne nous avez-vous pas fait connaître qu'elle n'est pas un poison, à dose ordinaire, et que ses propriétés physiques n'annoncent rien de vénéneux ? Nous sommes disposé à le croire avec vous ; mais qui empêcherait que nous fussions entièrement édifié sur ce point ? Quelques expériences sur les animaux trancheraient bientôt la question d'une manière définitive. Une fois qu'il sera tout à fait démontré que la plante n'est toxique à aucun degré, et qu'elle ne pourrait nuire que portée à une dose exagérée, il est possible que vous ayez véritablement en perspective un fébrifuge nouveau ; mettez alors à la disposition de la pratique médicale les moyens d'apprécier la mesure de son efficacité ; puis, isolez par l'analyse chimique le principe actif de votre fruit ; et bientôt, s'il se trouve que vous ayez emprunté ce principe à une ombellifère douée de propriétés plus prononcées que celles de l'*ache-persil*, vous pouvez prétendre à un résultat plus complétement satisfaisant

que celui auquel d'estimables recherches ont conduit MM. Joret et Homolle, vos devanciers; et vous aurez peut-être résolu le problème si intéressant et si important de découvrir d'avantageux succédanés du quinquina et du sulfate de quinine.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Statistique des décès dans la ville de Paris pendant les mois d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1852.

2° Échantillon d'une source minérale sise à Trébas (Tarn).

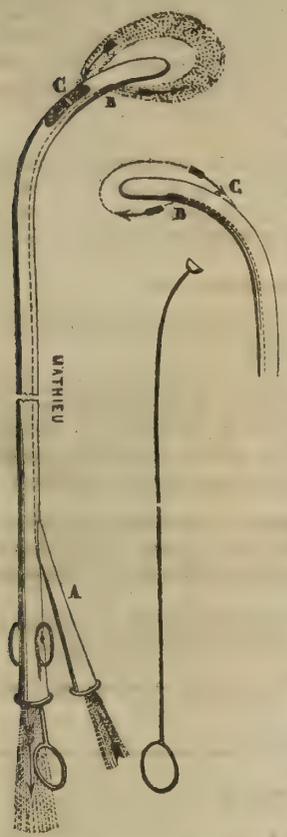
3° Échantillons de remèdes secrets.

4° Rapport sur une épidémie de rougeole et de suette miliaire qui a régné à Viroflay, par M. Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles.

5° Tableau des vaccinations dans la commune de Courtemont.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Calculs urinaires.



M. Leroy d'Étiolles adresse à l'Académie une note relative à l'évacuation des débris de la pierre, au moyen de la sonde à double courant : il rappelle que cet instrument imaginé par Hales et par M. Cloquet, dans le but de dissoudre les calculs urinaires, a été appliqué par lui à l'évacuation artificielle du détritus de la pierre broyée dans la vessie. Il en a publié l'idée dès l'année 1825, dans son livre intitulé : *Exposé des procédés pour guérir de la pierre* (p. 96); la sonde qu'il emploie dans ce but, et qu'il met sous les yeux de l'Académie, diffère de celle de Hales et M. Cloquet, en ce que les deux tubes sont de diamètres très-inégaux, le tube de sortie devant être beaucoup plus large que le tube d'arrivée du liquide. Quant au rapport des tubes, il est d'observation que, sur certains malades, l'ouverture évacuatrice placée en dessous, donne une issue plus facile aux fragments (*voir la fig.*), tandis que pour d'autres c'est le contraire; dans ce cas, le jet de liquide dirigé en bas, frappe sur les débris rassemblés dans le bas-fond, les disperse et les fait retomber dans l'œil de la sonde avec l'eau qui les entraîne.

Maladies de la peau.

M. Dumont, pharmacien à Cambrai, adresse un mémoire sur les propriétés curatives de la digitaline associée au cinabre et au précipité blanc dans le traitement des maladies de la peau. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Anus artificiel.

M. Goyrand (d'Aix) adresse une observation d'opération d'anus artificiel pratiquée d'après la méthode de Littre (dans la fosse iliaque gauche); l'opération a été suivie d'un résultat avantageux; le petit malade a continué à vivre. Il y avait absence d'une partie du rectum. (Comm. MM. Laugier, Bouvier, Velpeau.)

Invagination.

M. Halleguet, de Chateaulin, adresse une observation d'invagination intestinale avec expulsion d'une anse intestinale, terminée par la guérison. (Comm. MM. Cruveilhier et Gaultier de Claubry.)

Diabètes.

M. Szokalsky, de Savigny-sous-Beaune, adresse une observation de glucosurie *consécutive à une fracture du crâne.* (Comm. MM. Bérard et Bouchardat.)

Hydrothérapie.

M. Gillebert-d'Hercourt adresse un mémoire intitulé : *De l'hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse.* (Comm. MM. Gibert et Patissier.

Gangrène de la lèvre.

M. le docteur Chevillion adresse une observation de gangrène de la lèvre accompagnée d'accidents généraux très-graves, survenue à la suite d'une piqûre de sangsue. Cette affection s'est développée dans le mois de juin; elle s'est terminée par la guérison complète, par le retour à une excellente santé. Puis, dans les premiers jours de décembre, une gangrène spontanée des gencives s'est manifestée et a entraîné la mort. (Comm. MM. Gaultier de Claubry et Requin.)

Atrophie musculaire.

M. Nièpce adresse l'observation suivante :

Le docteur M..., de l'arrondissement de la Tour-du-Pin, âgé de 42 ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution qui avait été bonne jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, a ressenti, il y a trois ans, à la suite des fatigues incessantes de l'exercice médical dans les campagnes, quelques douleurs rhumatismales dans différentes parties du corps, principalement dans les muscles du dos, du cou et des bras, accompagnées d'une fièvre intermittente. Ces douleurs durèrent pendant tout le mois de mai et disparurent dans le commencement de juin, en même temps que la fièvre, qui céda aux préparations amères et au sulfate de quinine. Dès les premiers jours de juillet, le malade s'aperçut que la région postérieure du cou, le bras, l'avant-bras et la main gauche s'amaigrissaient, que les mouvements musculaires s'affaiblissaient dans ces parties. La tête avait légèrement fléchi sur le thorax. Attribuant ces lésions au principe rhumatismal, le malade se rendit aux eaux d'Aix, en Savoie, pour y suivre un traitement thermal complet.

Il resta aux eaux pendant 26 jours, après lesquels il revint chez lui. Il n'éprouva plus aucune douleur rhumatismale. Sa fièvre ne reparut pas; mais l'amaigrissement musculaire et la faiblesse des mouvements augmentèrent. Craignant alors d'être atteint d'une maladie de la moelle épinière, il fit appliquer à la nuque des moxas, des vésicatoires, pendant l'hiver suivant. Au printemps, voyant que ce traitement n'avait produit aucun résultat satisfaisant, il employa les frictions avec la teinture de noix vomique sur les parties affaiblies, et se soumit à l'usage interne de la strychnine. Cette nouvelle médication ne modifia en rien l'affection, et l'atrophie musculaire continua d'augmenter en même temps que les muscles perdaient leurs mouvements. Le malade n'éprouvait aucune douleur; l'appétit était bon, les digestions faciles, et la respiration n'avait éprouvé aucune modification. Les membres inférieurs étaient à l'état normal. La tête alors fléchie fortement en avant, au point que le menton s'appuyait sur le devant du thorax et était légèrement incliné à gauche. Les mouvements du bras gauche, presque impossibles, et les doigts de la main étaient fortement fléchis.

Dès le 12 juin, il se rendit de nouveau à Aix, en Savoie, où il prit 15 douches et bains. N'éprouvant aucune amélioration de ce traitement, il se rendit à l'établissement thermal d'Allevard.

A son arrivée, je constatais l'état suivant :

La tête est fléchie en avant et le menton reposait sur le thorax; la *région postérieure* du cou est atrophiée, au point que les apophyses transverses et épineuses sont apparentes. Le membre thoracique gauche est pendant le long du corps, les doigts de la main fortement fléchis. Pour relever un peu la tête, le malade est obligé de faire de violents efforts qui parviennent seulement à la soulever très-faiblement.

Les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main gauche sont très-faibles. Ceux du bras droit sont plus mobiles et plus faciles. La respiration est facile. L'appétit est bon. Les digestions faciles. Les membres inférieurs sont intacts; la locomotion facile.

Muscles postérieurs du cou. — Le trapèze est atrophié dans toutes ses parties, beaucoup plus à gauche qu'à droite. Les mouvements d'élévation du moignon de l'épaule du côté gauche sont impossibles. L'inclinaison latérale et l'extension de la tête et son mouvement de rotation à gauche, sont réduits à très-peu de chose. Du côté droit, ils sont plus prononcés.

Le grand dorsal et le grand rond présentent, dans leur moitié supérieure, une atrophie considérable; aussi les mouvements d'adduction et de rotation, en dedans et en arrière du bras gauche, sont impossibles. A droite, ils le sont beaucoup plus (1).

Le rhomboïde est également plus atrophié à gauche qu'à droite, et les mouvements de rotation qu'il imprime à l'omoplate sont impossibles.

(1) C'est sans doute *beaucoup moins* que l'auteur a voulu dire. (*Note du rédacteur*).

L'angulaire de l'omoplate est aussi atrophié, puisque les mouvements d'extension de la tête sont presque abolis.

Muscles antérieurs du cou. — A la région antérieure du cou, les muscles sterno-mastoïdiens sont atrophiés, principalement à gauche. Les mouvements qu'ils impriment sont presque nuls à gauche. Les autres muscles sont sains.

Muscles de l'épaule. — Le muscle deltoïde gauche présente une atrophie considérable. Son action est nulle. Il en est de même du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire. L'aspect de l'épaule présente une déformation considérable, et l'on voit que les muscles sont réduits à une très-faible épaisseur; les muscles de l'épaule droite sont très-affaiblis, et leurs mouvements sont presque intacts.

Muscles du bras. — Tous les muscles du bras gauche sont atrophiés et leurs mouvements abolis. Ceux du bras droit sont à peine déformés et leurs mouvements sont à peu près à l'état normal.

Muscles de l'avant-bras. — L'atrophie considérable des muscles du membre gauche rend leurs mouvements presque nuls; l'avant-bras droit est sain, ainsi que ses mouvements.

Muscles de la main. — Les muscles de l'éminence thénar de la main gauche sont complétement atrophiés et ne jouissent d'aucun mouvement. Il en est de même de ceux de l'éminence hypothénar et de l'inter-osseux. Les doigts sont fléchis. Dans cette main, la paralysie est à peu près complète.

La main droite est normale.

Muscles de la région thoracique. — Le grand pectoral gauche a diminué de moitié de volume. Le droit est intact; il est impossible au malade de croiser le bras gauche et de porter la main gauche sur le devant de la poitrine; tandis que ces mouvements sont faciles pour le bras droit.

Le petit pectoral et le sous-clavier gauches sont un peu atrophiés, il en est de même du grand dentelé.

Tous les muscles de l'abdomen, des lombes et des membres pelviens sont sains et leurs mouvements intacts. Les muscles de la face n'ont éprouvé aucune altération appréciable. La déglutition, les mouvements de la langue, la voix, la digestion n'ont éprouvé aucune modification. Tous les muscles de la vie organique ont conservé leurs fonctions.

Dans toutes les régions atrophiées, la sensibilité s'est conservée, soit à la peau, soit dans les parties profondes. Il y a seulement affaiblissement et perte des mouvements volontaires.

Tel est l'état de ce malade à son arrivée à Allevard; mais quelle peut être la cause de ce défaut de nutrition, de cette résorption lente de la substance musculaire, de cette atrophie progressive, qui ont amené l'affaiblissement et la paralysie des mouvements volontaires. Devais-je attribuer cette maladie aux douleurs rhumatismales ou à la fièvre intermittente ou à une lésion de la moelle épinière. Le traitement thermal m'a fait découvrir la cause vraie de cette terrible affection.

Soumis à l'action interne et externe des eaux sulfureuses et fortement iodurées d'Allevard, ce malade a été atteint d'une poussée très-forte qui a amené la sortie sur la surface cutanée d'une éruption de syphilides nombreuses.

Le traitement a été énergique et la poussée s'est prolongée pendant plusieurs jours. Le malade a pris des bains, des douches générales, des douches écossaises dirigées sur la nuque et le long du rachis, et des bains de vapeurs. Ce traitement, supporté très-facilement par le malade, ne parut avoir eu d'autre résultat que celui de l'apparition des syphilides, et le malade retourne chez lui dans le même état. Mais, à dater de ce moment, l'atrophie n'a plus fait de progrès, et dès le mois de janvier suivant, le malade, auquel j'avais conseillé l'usage de l'iodure potassique, s'est aperçu que les muscles atrophiés avaient légèrement augmenté de volume, principalement à la nuque, et que les mouvements semblaient revenir.

A dater de ce moment, la substance fibreuse augmenta de volume, les mouvements devinrent plus sensibles et le malade étant revenu à Allevard au commencement de juillet de l'année suivante, il me fut facile de constater une amélioration, très-notable, au point que l'atrophie a diminué de moitié. La main gauche a repris un peu de force, les doigts sont moins fléchis, et les muscles plus développés. Le traitement a consisté en bains et sourtout en douches écossaises, une nouvelle poussée s'est manifestée; mais elle a consisté seulement en une éruption miliaire; il n'est survenu aucune syphilide.

RAPPORTS.

Surdi-mutité.

M. Piorry lit un rapport officiel sur une méthode de traitement de la surdi-mutité, proposé par M. le docteur Blanchet, et sur la nécessité d'apporter des modifications à l'éducation des sourds-muets.

Après quelques observations de MM. Ferras, Bousquet, Baillarger, Bérard, Villermé et Fr. Dubois, l'Académie a renvoyé la note des conclusions à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures moins 10 minutes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La réputation du musée Dupuytren commence à traverser les mers, et nos confrères d'outre-Océan, comme ceux du continent, paraissent vouloir contribuer à l'enrichissement de ce vaste réceptacle des résultats matériels des misères humaines. Dans la séance du jeudi 7 avril, le conseil de la Faculté a reçu de M. Houel une série de 21 pièces très-intéressantes, adressées au Musée par M. le docteur Lherminier, de la Guadeloupe. Toutes ces pièces ont trait à des affections des os, à des ostéites avec végétations périostiques, destruction plus ou moins profonde du tissu osseux lui-même, survenues à la suite d'ulcères de la jambe. Sur une de ces pièces, l'os a été même détruit dans les trois quarts de son épaisseur. L'amputation du membre, dans la plupart des cas, a été nécessaire. Il est intéressant de constater combien un ulcère rebelle de la jambe peut avoir d'influence sur l'état de l'os, et peut-être trouverait-on, dans la lésion du tissu osseux, l'explication de la difficulté que l'on éprouve à guérir les ulcères anciens. Le Musée possédait déjà un assez bon nombre de pièces analogues; mais les faits de M. Lherminier formant une série graduée, depuis le premier degré, pour ainsi dire, jusqu'au degré ultime de l'altération osseuse, ils n'en ajouteront pas moins un grand intérêt à cette partie déjà si importante de notre magnifique collection anatomo-pathologique.

— On lit dans la *Gazetta medica italiana :*

« Le prêtre Ghiglione d'Alba, condamné à un an d'emprisonnement pour exercice illégal de la médecine, vient d'être gracié par le roi, sur la proposition et responsabilité de M. l'avocat Boncompagni, ministre de grâce et justice, et pendant quelque temps président du conseil supérieur d'hygiène.

« De tels faits se racontent et ne se commentent pas. »

— Ce n'est pas seulement à Paris que l'homœopathie gagne du terrain; voici ce qu'on lit dans le *Courrier* de Marseille :

« Un magnifique banquet réunissait mercredi, 13 avril, à l'hôtel des Bains du Prado, les médecins homœopathes de Marseille et des départements circonvoisins. M. le ministre de la guerre avait été invité à cette brillante fête; mais son état de convalescence ne lui permettant pas d'y prendre part, il s'y est fait représenter par les officiers supérieurs de sa suite. »

— M. Duplay a publié, il y a quelques mois, un travail des plus intéressants dont nous ferons connaître les résultats à nos lecteurs. Il reste à faire le pendant de ce travail; les journaux rapportent un fait physiologique qui peut en être le premier jalon :

« L'empereur des Turcs, Abdul-Medjid, accomplit le 23 de ce mois sa trentième année. Son fils aîné, sultan Mehemmed, a déjà treize ans. »

— L'Académie des sciences ne s'est pas occupée de sciences médicales dans sa dernière séance.

BIBLIOGRAPHIE.

Du rhumatisme et de son traitement par les eaux thermo-minérales de Plombières, par le docteur Lhéritier, inspecteur adjoint des eaux de Plombières, chevalier de la Légion d'honneur, etc. 1 vol. in-8° de 300 p. — Paris, 1853, chez Germer-Baillière; Plombières, veuve Blaise; Luxeuil, Docteur.

Motifs d'une polémique entre l'Abeille médicale et l'Union médicale. — Paris, 1853. Au bureau de l'*Abeille médicale*, impasse Mazagran, 6. — Prix : 10 centimes.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui prendront un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 49. 1re année. Samedi 23 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Revue vétérinaire, par Reynal. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HOPITAL DE LA CHARITÉ. M. CRUVEILHIER. Ascite idiopathique. Diagnostic. Traitement, par E. Géry. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. VALLEIX. Leçon clinique sur un cas de purpura hemorrhagica terminé par la mort, par A. H. Margerie. (*Suite et fin.*) — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 22 avril 1853.

Revue vétérinaire.

(Rage, morve, farcin, charbon ; Études expérimentales sur les propriétés virulentes de ces maladies. — De l'huile phosphorée dans le traitement du charbon. — Sur la variété de sangsue, *hœmopis sanguisuga*).

La rage, la morve, les maladies charbonneuses qui possèdent, comme on sait, la propriété de se transmettre à l'espèce humaine, sont toujours l'objet de l'attention et des recherches des vétérinaires.

Si ces maladies sont bien connues sous le rapport de leur mode d'évolution, de manifestation et des désordres qu'elles causent dans l'organisme, elles le sont beaucoup moins dans leurs moyens de transmission. On peut même dire qu'il n'a été fait que peu d'études sérieuses pour éclairer expérimentalement ce point, le plus important, sans contredit, de l'histoire de ces graves maladies.

Frappé de ces doutes et de ces incertitudes, M. Renault, directeur de l'École d'Alfort, a entrepris et poursuit sans relâche depuis plus de vingt années, un ensemble d'expériences nombreuses et variées, qui ont déjà jeté un grand jour sur cette matière, également intéressante pour l'économie des animaux, pour les industries qui s'y rattachent et pour l'hygiène publique.

Les lois et les règlements relatifs aux maladies contagieuses et actuellement en vigueur prescrivent, sous les peines les plus sévères, de lacérer, de brûler et d'enfouir, à une certaine profondeur et loin des habitations, les débris, les cuirs et chairs des animaux morts d'affections virulentes.

Comme ces mesures sanitaires sont souvent très-préjudiciables au commerce et aux propriétaires, qu'à la perte de leurs animaux vient s'ajouter la non-valeur des débris cadavériques, le savant directeur de l'École d'Alfort a répété, en 1850, sous les yeux des élèves et de plusieurs de ses collègues, les expériences qu'il avait faites à d'autres époques.

De ces expériences, que M. Renault a consignées sommairement dans le dernier compte rendu des travaux de l'École d'Alfort, publié par le *Recueil de médecine vétérinaire*, il résulte que, à l'état de *dessiccation* où ils sont employés dans l'industrie, les débris utilisables des animaux sont *sans danger aucun*, soit pour les autres animaux, soit pour l'homme.

En effet, dans aucune des nombreuses expériences dans lesquelles il a inoculé, à l'*état sec*, les matières virulentes les plus actives (morve aiguë, charbon de mouton), M. Renault n'a pu même produire le plus simple effet local sur les animaux sur lesquels il a fait ces inoculations. Plusieurs fois, il a pu placer dans de petites écuries, où se trouvaient plusieurs moutons sains, des peaux desséchées provenant de moutons morts de la *clavelée* depuis une quinzaine de jours ; et, quoique ces expériences aient duré plus d'un mois, aucun des moutons sains n'a contracté cette maladie éminemment contagieuse.

Pour une autre maladie virulente, M. Renault a revêtu impunément, pendant plusieurs mois, des chevaux sains avec des licols et des couvertures enduits de pus de morve et de farcin aigus, après avoir laissé sécher cet enduit à l'air pendant une vingtaine de jours ; aucun de ces chevaux n'a contracté la *morve* ou le *farcin*.

Des expériences analogues, répétées avec des matières virulentes putréfiées, ont donné des résultats semblables.

D'où cette conséquence, dont la portée est si considérable pour la science et pour l'hygiène publique, que les éléments contagieux les plus actifs (virus de la morve, du farcin, de la clavelée, du charbon) perdent *leur puissance virulente lorsqu'ils sont putréfiés ou qu'ils ont été complétement desséchés à l'air libre.*

La *rage*, cette affreuse maladie dont les horribles effets viennent chaque année attrister quelques familles, a également continué à faire le sujet des recherches de M. Renault. Si elles ont malheureusement démontré que jusqu'à ce jour elle est restée incurable, elles ont au moins constaté ce fait consolant pour l'humanité, que, aucun des nombreux animaux dont les plaies résultent de morsures et d'inoculation qui ont été cautérisées à fond, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'inoculation ou la morsure, n'a contracté la rage. Ces expériences, au nombre de 17, ont été faites 11 fois sur des chiens, 4 fois sur des moutons et 2 fois sur des chevaux. Elles sont sans doute insuffisantes pour autoriser une conclusion définitive ; mais on ne saurait s'empêcher d'y trouver de puissantes probabilités en faveur de la cautérisation pratiquée de bonne heure. M. Renault a également constaté cet autre fait, non moins important à savoir : que sur une masse d'individus mordus par des chiens enragés et laissés sans aucun traitement, le *tiers* au plus contracte la rage ; tandis que l'on croit généralement dans le public que tous ou presque tous les sujets mordus doivent être atteints de cette cruelle maladie.

M. Renault a beaucoup varié les expériences qu'il a entreprises sur la rage. Il a opéré la transfusion du virus de deux chiens enragés dans les veines de deux chiens sains ; la transfusion n'a produit aucun effet. Il en a été de même de l'inoculation aux animaux sains du sang artériel et veineux, recueilli par piqûre sur des chiens enragés.

— Dans le *Journal des vétérinaires du Midi*, M. Caussé a publié quelques bons articles sur l'emploi de l'huile phosphorée dans le traitement de la fièvre charbonneuse ; nous empruntons à M. Bouley l'analyse sommaire quoique complète qu'il en a faite dans le recueil de médecine vétérinaire :

« D'après les découvertes de la pathologie moderne, la fièvre « charbonneuse, dit M. Caussé, doit être considérée comme « une altération profonde du liquide sanguin, avec défaut d'in- « nervation et stase sanguine dans les tissus organiques. »

Les indications à remplir pour guérir cette maladie sont : « De « rétablir l'innervation, de donner au sang ses qualités nor- « males, de faire cesser la stase sanguine, et de combattre la « tendance et la putridité. »

Mais comme la stase sanguine et la putridité ne sont : « que « la conséquence de la perturbation du système nerveux, consi- « dérée comme cause ou comme effet de l'altération du fluide « sanguin, » en définitive, la médication doit tendre à rétablir les fonctions nerveuses, et à restituer au sang ses propriétés normales.

Or, pour arriver à ce résultat, la médication doit être très-active, car la fièvre charbonneuse est une maladie très-rapide dans sa marche, et qui laisse peu de temps au médecin.

M. Caussé a eu souvent recours, pour la combattre, au quinquina et au camphre employés dans les infusions stimulantes, de concert avec les trochisques d'ellébore sous le fanon, et la stimulation de la peau par des frictions sèches et irritantes, et par le contact d'une bassinoire remplie de braise.

Mais ces moyens, quoiqu'ils aient assez souvent réussi entre ses mains, sont cependant demeurés, dans quelques cas, impuissants. C'est ce qui l'a engagé à rechercher dans la matière médicale, un agent thérapeutique plus actif et plus en rapport, par son activité même, avec la marche rapide de la maladie. Il a donné la préférence à l'huile phosphorée, laquelle, d'après le docteur Bayle, est parfaitement indiquée, « dans toutes les ma- « ladies où la mort est imminente par suite de l'atteinte portée à « la vitalité, sans aucune altération profonde de la structure des « organes. » Tels sont le typhus contagieux, la peste, la fièvre putride, etc., etc.

Par analogie, M. Caussé a pensé que le phosphore conviendrait parfaitement dans la fièvre charbonneuse. Cette substance ne doit être administrée que dans une solution éthérée ou huileuse. Autrement, elle serait un poison mortel par son action caustique.

Suivent quatre observations, desquelles il semble résulter que les inductions de M. Caussé sont assez fondées.

Il résulte de ces observations que l'huile phosphorée, administrée à la dose moyenne de 40 à 45 gouttes dans une décoction mucilagineuse, a produit la guérison de la fièvre charbonneuse du bœuf, alors qu'elle semblait avoir résisté à l'emploi combiné du camphre, du quinquina, des trochisques d'ellébore et des frictions stimulantes de la peau.

Les effets de ce médicament sont, d'après M. Caussé, de déterminer une sueur si abondante, que chaque poil fait sa goutte. Il excite aussi notablement la sécrétion des urines.

Il semblerait aussi exercer sur le sang une action modificatrice fort active; car M. Caussé aurait remarqué, dans les saignées d'essai qu'il fait pour reconnaître les caractères du liquide circulatoire, que le sang, qui paraît être comme dissous lorsqu'on le retire de la veine dans la période d'intensité de la fièvre charbonneuse, récupère sa coagulabilité et sa teinte vermeille, lorsque l'influence du médicament s'est produite.

— Dans les bulletins des séances de la Société centrale de médecine vétérinaire, nous trouvons un rapport très-intéressant sur un mémoire de M. Lemichel, vétérinaire de l'armée d'Afrique, ayant pour objet l'étude d'une variété de sangsue désignée par Moquin-Tandon sous le nom de *hæmopis sanguisuga*.

Suivant M. Lemichel, ces *hæmopis* seraient particuliers aux pays chauds; le système dentaire de ces annélides est tellement rudimentaire qu'elles ne peuvent se fixer sur la peau des hommes et des animaux, ainsi que cela résulte d'expériences faites en Afrique par M. Lemichel. Elles choisissent de préférence, pour lieu d'implantation, les muqueuses de la bouche, des cavités nasales, de la face interne des paupières, du canal de l'urètre des hommes et des animaux qui se baignent dans les eaux de ces contrées; elles pénètrent jusques dans le fond du vagin des femmes.

M. Lemichel s'est aussi livré à des expériences physiologiques sur les mœurs de ces animaux. Il a constaté que leur accouplement avait lieu une fois par an, en juillet et en août. Malgré leur organisation, qui offre tous les caractères de l'hermaphroditie, ces animaux s'accouplent en s'accolant deux à deux en sens inverse, et restent ainsi plusieurs jours. Cet accouplement est semblable à celui des strongles et des vers de terre.

Ce n'est qu'un mois après environ que, par suite de cet accouplement et de la fécondation qui en résulte, les sangsues s'engourdissent au fond des eaux. Cet engourdissement dure environ cinq jours; puis elles remontent, sortent de ce liquide, se creusent un petit terrier à quelques millimètres au-dessus du niveau de l'eau, dans la terre humide. Quand ce petit terrier est terminé, elles se rapetissent considérablement et sécrètent peu à peu une bave écumeuse dont elles s'entourent entièrement, et forment ainsi une sorte de cocon, dans lequel elles déposent de huit à dix embryons.

Après cette *pose*, la sangsue sort de son cocon par une petite ouverture, en s'allongeant le plus possible. Cette ouverture se ferme par la seule élasticité de la matière albumineuse qui constitue ce genre de nid.

M. Lemichel a examiné ces cocons après dix jours de formation. Ils ont, dit-il, une forme plus petite et plus ovoïde que ceux des sangsues médicinales; leur longueur est d'environ 15 millimètres et leur largeur de 12.

Ces cocons ressemblent extérieurement à de petites éponges tissées. Si on les ouvre pour en examiner le contenu, on trouve les embryons en suspension dans un liquide transparent de consistance sirupeuse.

L'éclosion, si toutefois il y a ponte (peut-être y a-t-il accouchement), a lieu le plus ordinairement vingt-cinq à trente jours après la pose; mais, d'après les observations de l'auteur, la température, la lumière et autres circonstances peuvent la retarder de près du double de temps.

Les jeunes sangsues, désignées par les éducateurs sous le nom de filets, s'échappent des cocons en traversant les mailles élastiques de leur tissu. A leur sortie, ces filets sont longs de 12 à 13 millimètres et larges de un.

A ces détails intéressants sur l'histoire naturelle de l'*hæmopis sanguisuga*, il en ajoute de non moins curieux sur les moyens qu'il a mis en usage pour purger de ces hôtes dangereux les eaux destinées aux boissons des hommes et des animaux.

Jusques aujourd'hui, dit M. Lemichel, on avait, mais en vain, employé divers moyens pour atteindre ce résultat. On avait généralement recouru aux toiles en lin ou en fils métalliques adaptées comme filtres à l'ouverture des robinets. Malgré ces moyens, toujours l'*hæmopis sanguisuga* franchissait ces obstacles, grâce à sa ténuité dans son jeune âge.

Pour en purger complétement les eaux, M. Lemichel eut l'idée de placer, dans l'intérieur des réservoirs de la garnison de Mustapha, *six anguilles* qui, dans un laps de temps assez court, dévorèrent les *hæmopis*. Dans tout le cours de l'année 1850, on n'en aperçut point dans les eaux où elles étaient si communes avant l'introduction des anguilles.

M. Lemichel fait également la remarque que des *cyprins dorés*, placés comme ornement dans les bassins d'essais, à Alger, firent disparaître les *hæmopis* des eaux qui en contenaient un grand nombre.

De ce dernier fait, M. Lemichel conclut que toutes les espèces de poisson susceptible, par la dureté de sa peau, de résister à l'attaque de l'*hæmopis sanguisuga* et d'en faire sa nourriture, seraient aussi convenables; mais s'il préfère les anguilles, c'est parce que les soldats ont plus de difficulté à s'en emparer.

Si les expériences et les faits rapportés par M. Lemichel sont confirmés, il aura rendu un service signalé à l'hygiène publique.

REYNAL.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Cruveilhier.
M. Becquerel, suppléant.

Ascite idiopathique. — Diagnostic. — Traitement.

L'accumulation de la sérosité dans la cavité du péritoine est un phénomène commun par lui-même, mais il est quelquefois difficile de déterminer quel est le point de départ de cette accumulation, et par conséquent d'établir une bonne thérapeutique, puisqu'on ne constate que l'effet, et que la cause reste inconnue.

Nous avons dans ce moment dans nos salles une malade intéressante à ce point de vue. En voici l'observation :

Au n° 8 de la salle Saint-Joseph est couchée la nommée X...., âgée de 24 ans, couturière.

Cette jeune fille est d'une bonne santé habituelle et ne se rappelle pas avoir été malade dans son enfance. Elle a été vaccinée. Son père vit encore; sa mère est morte à 35 ans, d'une maladie qu'elle ne peut définir. Elle a une sœur mariée et bien portante.

La première apparition des règles a eu lieu à 12 ou 13 ans, sans aucun accident. Jusqu'à l'âge de 22 ans, elle habita le Midi, son pays natal, dans de bonnes conditions d'hygiène et de nourriture. Arrivée à Paris depuis deux ans, elle s'y est toujours bien portée jusqu'au moment où s'est déclarée l'affection qu'elle présente maintenant. Pendant quinze mois, elle habita un rez-de-chaussée humide et le quitta pour prendre un local mieux aéré et plus sec. Elle est du reste dans de bonnes conditions d'hygiène.

Cette jeune fille n'a jamais été bien réglée; l'écoulement sanguin a lieu cependant tous les mois, mais son apparition est toujours accompagnée de coliques assez violentes, d'un sentiment de poids douloureux dans le bas-ventre. Les règles coulent très-peu. Depuis six mois, elle souffre moins, mais voit moins encore que d'habitude. Elle n'a jamais eu d'enfants.

Il y a cinq ou six semaines qu'elle s'est aperçue pour la première fois que son ventre grossissait; elle est prise de coliques, de maux de reins, sans qu'elle fût à son époque menstruelle; elle a de la peine à marcher et se courbe en deux. Peu à peu l'abdomen prend de l'accroissement; il grossit de bas en haut et l'augmentation de volume s'arrête à l'ombilic; la malade ne peut plus se baisser et se redresser qu'avec peine. Au bout de quinze jours, l'abdomen a acquis le volume que nous venons de dire tout à l'heure. Pendant le mois de janvier, époque du début, elle a moins d'appétit et la soif augmente. La bouche est sèche, et la nuit elle met de l'eau près d'elle pour boire à son aise. Depuis le même temps, elle a la diarrhée, cinq ou six selles dans les vingt-quatre heures. Les urines ne sont pas plus abondantes que d'ordinaire; elles sont facilement expulsées. Depuis qu'elle est dans cet état, les règles sont venues une fois, sans douleurs. Le sang était très-peu coloré. Elle n'a jamais rien eu d'insolite du côté du cœur; jamais d'œdème des extrémités inférieures.

Elle n'a suivi aucun traitement chez elle, et arrive en voiture à l'hôpital, parce qu'elle ne pouvait pas marcher. Elle a du reste une luxation spontanée de la hanche gauche qui ne lui permet guère de marcher beaucoup.

A son entrée, le 10 février, nous constatons l'état suivant :

Jeune fille de moyenne constitution : système musculaire peu prononcé; muqueuses un peu pâles; chairs blanches; cheveux et yeux noirs; petite taille.

Toutes les fonctions de l'économie s'exécutent assez régulièrement; battements du cœur normaux : pas de bruits de souffle ni au cœur, ni dans les gros vaisseaux; la respiration se fait bien : pas de gêne, pas d'oppression. On l'entend bien aux deux sommets, cependant en arrière et à droite, au sommet, elle est un peu rude, et l'expiration est légèrement prolongée; en même temps, il y a un peu moins de son qu'au côté opposé.

L'abdomen est volumineux; les veines sous-cutanées abdominales sont légèrement distendues; le développement de l'abdomen est régulier : en hauteur (de l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne), nous comptons 36 centimètres; en largeur (d'une crête iliaque à l'autre en passant sur l'ombilic), nous avons 46 centimètres.

Au palper, sentiment de rémittence bien prononcé, égal partout. La main, appliquée sur une des parois latérales, perçoit très-bien une sensation de choc de liquide si on percute le côté opposé. La présence du liquide se reconnaît également bien dans tous les points de l'abdomen. A la percussion, on trouve une matité complète dans les deux côtés de l'abdomen et une sonorité tympanique en haut et en avant sur la ligne médiane allant jusqu'à l'ombilic.

Quelle que soit la position que l'on donne à la malade, les résultats de la percussion sont les mêmes : ainsi la matité est très-prononcée à gauche, quoique la malade soit couchée sur le côté droit et réciproquement. En un mot, il n'y a aucun déplacement ni du liquide ni des intestins.

En pratiquant le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est refoulé en bas dans la courbure du sacrum; pour arriver à explorer le col, il faut replier le doigt en crochet et le porter directement en bas. Le toucher n'est pas douloureux et n'indique rien de particulier.

L'urine a été examinée et n'a rien offert à noter.

M. Cruveilhier prescrit un large vésicatoire sur la paroi abdominale extérieure.

Au bout de quelques jours, M. Oulmont vint remplacer M. Cruveilhier, qui était souffrant, et après avoir examiné la malade avec soin, pensa que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire. A son retour, M. Cruveilhier partagea l'opinion de M. Oulmont, et fit poser un nouveau vésicatoire.

Cependant, quelle que fût la cause de l'épanchement, il augmentait et commençait à gêner la malade dont la respiration était très-pénible. Le 10 mars, nous mesurons le volume de l'abdomen, comme la première fois, et nous trouvons 38 centimètres de haut en bas et 48 centimètres dans le sens transversal.

M. Becquerel vint alors remplacer M. Cruveilhier dans son service et examina attentivement la malade. Il émet des doutes sur l'existence d'un kyste, et pense, sans l'affirmer toutefois, que nous pouvions bien avoir affaire à une ascite simple.

L'état général de gêne et d'oppression allant sans cesse en augmentant, il était urgent de prendre un parti. M. Becquerel pria M. Boinet de venir voir la malade, désirant, si c'était un kyste de l'ovaire, employer les injections iodées; après l'avoir examinée de nouveau, on décida qu'une ponction exploratrice trancherait la question et qu'on aviserait ensuite.

La ponction fut faite le 17 mars et donna issue à 8 litres d'un liquide très-limpide, d'une couleur légèrement citrine, précipitant abondamment par l'acide nitrique, et ne laissant aucun doute sur l'existence d'une ascite.

Le 18, l'abdomen avait le volume suivant (mesures prises comme plus haut) : en hauteur, 31 centimètres; en largeur, 35 centimètres.

La malade est bien soulagée, elle respire plus facilement. L'état général est bon.

Le 24, un peu de pâleur et de maigreur du visage; assez bon état du reste. Pas de traces de liquide dans l'abdomen; on ne sent aucune tumeur sous le doigt en déprimant les parois abdominales qui sont souples et indolentes. Le foie est dans ses limites normales. L'utérus n'est plus situé dans la courbure du sacrum; on arrive presque directement sur le col. Ni tumeur, ni adhérences.

Voici donc une hydropisie sur la nature de laquelle il était très-permis d'hésiter. Avait-on affaire à une hydropisie enkystée de l'ovaire ou à une ascite? A une certaine époque, on avait remarqué que la partie latérale gauche de l'abdomen paraissait plus bombée que celle du côté opposé, ce qui pouvait faire supposer un kyste de l'ovaire de ce côté. En outre, quand on faisait pencher la malade soit sur un côté, soit sur un autre, il n'y avait

aucun déplacement du liquide et la matité restait la même au point le plus élevé comme au point le plus déclive; voilà encore une circonstance qui pouvait faire admettre de préférence un kyste de l'ovaire. Enfin, l'absence même d'une cause qui pût expliquer la formation de l'ascite devait encore être prise en considération, car on sait combien il est rare de rencontrer des ascites réellement idiopathiques. Mais, d'un autre côté, plusieurs choses venaient jeter du doute sur la présence d'un kyste; d'abord la rapidité du début : au bout d'un mois, l'abdomen avait acquis le volume que nous avons noté; or, les kystes de l'ovaire ne se produisent pas avec cette rapidité, et la malade, qui est intelligente, se serait certainement aperçue de la présence d'une tumeur si elle eût existé auparavant. La présence des intestins en haut et en avant devait encore mettre en garde contre un kyste de l'ovaire.

En somme, le diagnostic était donc difficile et une ponction exploratrice seule pouvait résoudre la question. La thérapeutique à suivre devant être basée sur le diagnostic, on comprend l'importance de cette ponction. En effet, si on eût eu affaire à une hydropisie enkystée, M. Becquerel se fût décidé à employer les injections iodées de M. Boinet, voulant hâter la guérison radicale chez cette jeune fille.

Nous avons donc affaire à une ascite péritonéale non enkystée. Quelle est maintenant la cause de cette ascite? Rien ne peut, jusqu'à présent, nous en rendre compte, et nous sommes forcé d'admettre une ascite idiopathique.

Depuis que la ponction a été faite, le liquide ne s'est pas reproduit (10 avril). S'il reparaît, M. Becquerel est décidé à employer une médication qui permette d'éviter à cette jeune fille de nombreuses ponctions, et d'espérer atteindre une guérison radicale. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui pourra arriver.

E. Géry, *interne des hôpitaux.*

Hôpital de la Pitié. — M. Valleix.

Leçon clinique sur un cas de purpura hemorrhagica terminé par la mort.

(*Suite et fin. Voir le n°* 38.)

Le fait que nous venons de rapporter dans ses détails essentiels nous a suggéré des considérations qu'il nous reste à exposer.

Des conditions défavorables dans lesquelles le malade a été placé, longtemps avant l'invasion de l'affection qui a mis fin à ses jours, doivent tout d'abord attirer notre attention; si l'on se rappelle les chagrins auxquels il a été en proie, l'alimentation insuffisante à laquelle il a été condamné, les accidents congestifs qu'il a éprouvés du côté de la tête, on verra dans l'ensemble de ces circonstances des influences pathogéniques qui, à n'en pas douter, ont puissamment contribué au développement et à l'explosion des phénomènes morbides dont nous avons retracé le tableau.

Cinq jours avant le début de la maladie s'est déclarée une fièvre violente; elle a été suivie d'apparition, sur toute la surface de la peau, de taches ecchymotiques, d'hémorrhagie par les voies urinaires et d'hémoptysie. La mort est survenue avec une rapidité sur laquelle nous aurons plus loin l'occasion d'insister.

Une saignée a été pratiquée pendant la vie : le sang tiré de la veine s'est présenté avec des caractères particuliers que nous avons décrits. Il a été soumis à l'analyse : sa partie blanche et solide est restée sur le filtre dans lequel il a été versé; malaxée sous un léger filet d'eau, elle a donné une quantité de fibrine qu'on a jugé, par voie d'estimation approximative, ne pas différer sensiblement de la quantité de fibrine contenue dans le sang à l'état normal. Sa partie liquide n'a pu être isolée des globules qui la coloraient fortement en rouge.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher les faits précédents de ceux qui ont été constatés par M. Hérard dans un cas de purpura hemorrhagica observé pendant le mois d'août de l'année 1852.

Le malade dont M. Hérard a rapporté l'histoire ne présentait, dans ses antécédents, aucune circonstance analogue à celles que nous avons mentionnées, aucune cause capable d'expliquer l'affection dont il avait été brusquement atteint. Chez lui, les premiers symptômes morbides s'étaient manifestés à la suite d'un bain froid; il avait été pris d'un frisson intense, puis d'accidents presque identiquement semblables à ceux que nous avons décrits; on avait prescrit une émission sanguine peu abondante; le sang, examiné aussitôt après sa sortie de la veine et battu pendant un quart d'heure avec des verges de bouleau, n'avait laissé déposer aucun filament fibrineux; l'analyse chimique n'avait pas découvert la plus faible trace de fibrine, enfin il avait été impossible de séparer du sérum l'élément globulaire.

Dans le sang de notre malade, on n'a pu opérer la séparation du sérum et des globules, mais on a obtenu à l'état de pureté la fibrine qui y était contenue.

Les cavités cardiaques, chez le malade de M. Hérard, ne renfermaient aucun caillot; on se souvient que chez notre malade nous avons trouvé un caillot dans l'un des ventricules.

L'examen des téguments cutanés qui nous a révélé d'intéressantes particularités au point de vue de l'anatomie pathologique, n'a pas été fait dans le cas observé par notre collègue.

Si, en regard des résultats que l'analyse chimique a mis en évidence dans les deux cas précédents, on place les résultats auxquels est arrivé le docteur Para (*Gaz. med. Lond.*, 1848) dans deux circonstances analogues, on se convaincra sans peine que l'absence de la fibrine dans le sang n'est pas un caractère constant du purpura hemorrhagica.

Les deux faits que nous venons d'indiquer avaient été rapidement suivis d'une issue fatale; dans le premier, on avait remarqué une diminution notable de la proportion des matériaux solides du sang avec conservation de la proportion relative de la fibrine; dans le second, on avait noté une augmentation du chiffre de la fibrine.

Après les symptômes dont la description a été donnée plus haut, il semble, au premier abord, que le diagnostic de la maladie n'a pu faire l'objet d'aucune difficulté; à ce sujet, nous devons présenter quelques remarques.

En présence des phénomènes morbides que nous avions sous les yeux, il ne nous était permis de penser qu'à une affection fébrile grave; nous avons immédiatement écarté l'idée d'une fièvre typhoïde, l'existence manifeste des symptômes qui caractérisent le purpura, la marche de la maladie, nous autorisaient à accepter cette élimination. La fièvre typhoïde, personne ne l'ignore, est précédée d'un malaise qui dure plusieurs jours, jamais elle ne se déclare d'une manière subite, jamais elle ne débute par un frisson immédiatement suivi de fièvre. Notre malade n'avait éprouvé ni les étourdissements, ni les bourdonnements d'oreille qui appartiennent aux prodrômes de la dothinentérie; chose digne d'être notée : au milieu des hémorrhagies abondantes qui s'étaient accomplies chez lui, il n'avait pas eu d'épistaxis.

Il est une affection qui doit nous arrêter un instant, en raison du frisson, des vomissements et de l'éruption dans lesquels ont consisté en partie les principaux phénomènes pathologiques; nous voulons parler de la scarlatine, non de la scarlatine ordinaire qui, parcourant régulièrement ses phases d'évolution, se reconnaît sans peine à un ensemble de caractères qu'il serait superflu d'énumérer, mais de la scarlatine hémorrhagique sous l'influence de laquelle on voit habituellement survenir, à la fois, et des hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses, et des ecchymoses dans l'épaisseur des membranes tégumentaires et des organes internes.

Une circonstance capitale doit nous faire rattacher au purpura hemorrhagica l'éruption papuleuse qui a eu lieu chez notre malade : la teinte foncée de la gorge, que nous avons eu soin de mentionner, ne s'est nullement accompagnée de gonflement; les amygdales, le voile du palais, la luette, n'ont offert aucune trace de tuméfaction.

Un instant seulement nous avons pu songer à l'existence

d'un exanthème variolique ou rubéolique : en effet, l'éruption par nous observée ne ressemblait en rien aux éruptions de la variole et de la rougeole.

Nous nous sommes demandé si nous n'avions pas affaire à une suette miliaire : il est rare que la suette se complique d'un purpura aussi intense que celui qui s'est présenté à nous ; l'apparition de vésicules sur toute la surface de la peau, jointe à des sueurs abondantes, telle est l'unique circonstance qui a tourné notre esprit vers l'idée d'une fièvre miliaire ; nous avons bientôt reconnu que nous avions sous les yeux une de ces éruptions vésiculeuses dont il est fréquent de rencontrer des exemples dans les maladies graves aussi bien que dans la suette.

Nous avons enfin recherché s'il ne s'agissait pas en réalité d'une fièvre pernicieuse ; nous nous sommes rappelé que la maladie n'avait pas débuté, à proprement parler, par un accès, qu'il n'y avait eu ni rémittence, ni intermittence dans les phénomènes morbides, que les symptômes avaient suivi une marche ascendante et continue, et nous sommes ainsi arrivé à nous convaincre qu'il ne pouvait être question d'une fièvre anormale, rémittente ou intermittente. L'augmentation de volume de la rate, constatée après la mort, a été rencontrée dans des cas de purpura hemorrhagica non compliqué de fièvre intermittente.

Nous avons été ainsi conduit à admettre l'existence d'un purpura hemorrhagica. A quelle cause convenait-il d'attribuer cette affection ?

Les influences pathogéniques qui se rattachent aux antécédents hygiéniques du malade ont été sommairement énoncées par nous ; en dehors de ces influences, la question d'étiologie, dont les termes viennent d'être posés, reste assez obscure. Comment expliquer, en effet, l'altération spéciale du sang et les troubles de la circulation autour desquels se sont en quelque sorte groupés les accidents pathologiques ? Une saignée qui, pratiquée chez un individu jeune, robuste et d'un tempérament sanguin, donne issue à un liquide dont l'aspect ne diffère pas d'une décoction de pruneaux, à un liquide dans lequel se concrète une membrane filamenteuse, une sorte de houppe grisâtre, indique évidemment une altération du sang. L'impossibilité de séparer, dans le produit d'une saignée, les globules du sérum, annonce, d'un autre côté, une altération du cœur. Quelle a été chez notre malade l'origine de cette double altération ? nous nous contenterons de mentionner ici l'insuffisance du régime alimentaire.

Nous l'avons fait remarquer déjà, la terminaison de la maladie, de même que dans le cas rapporté par M. Hérard, a été brusque et rapide. Cette terminaison peut-elle être raisonnablement imputée à l'emploi inopportun des émissions sanguines ? Nous ne le pensons pas, contrairement à l'opinion qui a été émise lorsque le fait observé par M. Hérard a été livré à la publicité.

La mort a eu lieu inopinément, chez l'un des deux malades, très-peu de temps après une saignée que motivaient à la fois le développement du pouls et l'intensité du mouvement fébrile ; chez le second, elle est survenue, quoique d'une manière moins subite, dans des conditions à peu près analogues. Est-ce à dire que les déplétions sanguines ont précipité le dénoûment funeste des phénomènes morbides ? Si on considère que tous les cas de purpura hemorrhagica, analogues à ceux qui nous occupent, ont constamment et rapidement entraîné la mort, comme le témoignent les observations consignées dans les annales de la science, on ne pourra s'empêcher de regarder comme exempt de danger un moyen de traitement qui fait la base de la médication proposée par MM. Cazenave et Schedel, un moyen de traitement que conseillent les auteurs les plus recommandables.

Le pronostic ressort clairement de ce qui vient d'être dit : toutes les fois que le purpura hemorrhagica se montre sous la forme grave que nous avons décrite, le médecin doit abandonner l'espoir d'une guérison possible.

A l'encontre de la plupart des praticiens, nous avons prescrit pour boisson de la limonade nitrique en place des limonades que l'on prépare avec les acides végétaux ; nous nous sommes laissé guider dans cette circonstance par les recherches dans lesquelles M. Mialhe a établi que les acides végétaux agissent de manière à favoriser la diffluence du sang, bien que ces recherches n'aient pas été jusqu'à ce jour sanctionnées par l'expérimentation clinique ; aucune circonstance ne nous paraissait de nature à contre-indiquer l'emploi de l'acide nitrique.

Des lavements froids ont été administrés en vue d'arrêter l'hémorrhagie intestinale.

Des astringents ont été donnés à l'intérieur. En un mot, nous avons eu recours à la médication habituellement usitée en semblable occurrence. Le temps ne nous a pas permis de faire intervenir d'autres moyens de traitement : on a vanté l'efficacité des purgatifs répétés, de l'essence de térébenthine, des lotions froides sur toute la surface du corps, des injections astringentes, etc. ; si la mort avait été moins rapide, nous aurions cherché dans de nouveaux agents thérapeutiques, comme il convient de le faire en pareil cas, un remède aux funestes progrès de la maladie.

A. H. Margerie.

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. Deville.

(*Suite. Voir les numéros* 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 32, 34, 35, 38, 39.)

CHAPITRE IV.

La castration est-elle applicable à certains cas de tubercules testiculaires?

Expliquer par quel singulier revirement les tubercules testiculaires, qui ont d'abord occasionné tant de fois la castration, sont presque généralement considérés aujourd'hui, en France, comme n'offrant aucune indication de cette opération, nous entraînerait trop loin. Il faudrait presque analyser cet informe chaos d'idées pathologiques générales au milieu desquelles se développe l'embryon, plus que l'embryon déjà, de l'avenir. Il y a des personnes qui n'aiment pas à ce qu'on remue ces questions, et qui ont inventé à ce sujet un tas de lieux communs plus absurdes les uns que les autres, qu'elles ont eu l'habileté de faire courir et accepter de par le monde. Certes, ce ne serait pas là ce qui nous arrêterait, Dieu merci ! Ce qui nous retient, c'est que ce serait trop long. Contentons-nous seulement de poser ce fait, c'est que la tendance à ne plus opérer de castration dans les cas de tubercules testiculaires, était la conséquence forcée d'une foule d'idées générales qui sont en ce moment-ci flottantes en l'air, que possèdent sans s'en douter, et qu'appliquent en s'en doutant moins encore, ceux même qui leur paraissent le plus opposés. C'est souvent comme cela que la chose se passe, c'est ce qui rend la marche du progrès irrésistible ; souvent, ce sont les adversaires les plus furibonds d'une idée vraie qui l'incarnent involontairement dans la pratique, parfois, il est vrai, avec des excès qui ne tardent pas à être corrigés.

Beaucoup de personnes se figurent que cette idée de ne plus châtrer dans les cas de tubercules appartient surtout à M. Cruveilhier. C'est une erreur. Sans doute, dans un magnifique atlas d'anatomie pathologique, à propos de la planche 1, 9e livraison, où il s'agit de tubercules testiculaires, notre honoré maître a dit à la page 3 du texte qui accompagne cette belle planche : « On « dira peut-être que l'extirpation est préférable à une guérison « achetée au prix d'accidents de toute espèce, guérison qui, au « fond, est une atrophie. Mais extirper n'est pas guérir, et ce « serait le but idéal de l'art que de pouvoir obtenir l'atrophie « des portions d'organes ou des organes tuberculeux et cancé- « reux. Or, je pense que *dans l'état actuel de la science, les « infiltrations de matière tuberculeuse dans l'épididyme*, « *et* MÊME DANS LE CORPS DU TESTICULE, *ne sont pas des rai- « sons suffisantes pour l'extirpation.* » Mais voulez-vous la preuve que ce n'est pas là au fond l'idée de M. Cruveilhier ? Vous n'avez qu'à vous reporter un peu plus haut, et là, page 2, vous trouverez ces deux phrases qui ne sont pas moins carac-

téristiques que les précédentes, et sont autrement vraies : « *Rien* « *de plus facile* à différencier que les maladies de l'épididyme, « et celles du corps du testicule. » (C'est bien vrai, mais on ne s'en douterait guère, lorsqu'on voit la confusion qui a régné, et qui règne encore aujourd'hui.) « J'attache à ce diagnostic différé- « rentiel une importance extrême, puisque *je regarde l'extir-* « *pation comme généralement indispensable dans les ma-* « *ladies du corps du testicule*, tandis que les maladies de « l'épididyme me paraissent le plus souvent marquées au coin « de la curabilité. » Nous pourrons certainement appeler tout aussi bien du nom de M. Cruveilhier cette seconde idée, bien plus juste que la première. En exprimant la première idée, M. Cruveilhier s'est tout simplement laissé entraîner à dire tout haut ce que bien d'autres avaient tendance à penser; et si une simple phrase perdue au milieu d'un immense volume a eu tant de vogue, ce n'est pas parce qu'elle révélait une chose nouvelle, c'est qu'elle exprimait tout haut une idée que beaucoup avaient déjà eu eux-mêmes, sans l'avoir formulée d'une manière précise, et qu'ils étaient bien aise de trouver ainsi toute formulée. Ainsi, on nous permettra d'enlever l'appui de M. Cruveilhier aux partisans absolus de la non-castration dans les cas de tubercules testiculaires.

Cependant, cette opposition à la castration avait pris une extension considérable, et lors de la discussion à l'Académie de médecine de Paris, à propos du travail de M. Malgaigne sur les végétations fongueuses, elle a complétement éclaté; ç'a été un cri presque général de répulsion, tel même que peu s'en fallait qu'on ne rejetât en bloc, en même temps, plusieurs opérations partielles, d'une utilité incontestable. Les affirmations ont été si nettes, sont parties de si haut, qu'elles ont dû faire grande impression. Nous-même, nous en aurions presque senti nos convictions s'ébranler, si elles n'avaient pas été aussi solides.

Néanmoins, il y a eu quelques protestations çà et là. Une de celles qu'il nous importe le plus de noter, est celle de M. Nélaton. Dans une discussion à la Société de chirurgie, M. Nélaton a soutenu, avec raison, qu'il y avait des cas de tubercules testiculaires qu'il fallait traiter par la castration; bien mieux, nous avons eu la satisfaction, au point de vue de nos convictions, de la lui voir pratiquer à l'hôpital des Cliniques, dans un cas où elle a été éminemment utile. Nous sommes heureux de trouver, dans un chirurgien aussi habile et aussi prudent que notre bon maître, un partisan de la même opinion.

En Angleterre, où la question des tubercules testiculaires ne paraît pas en général, cependant, aussi avancée qu'en France, nous avons aussi la satisfaction de trouver, malgré quelques oppositions théoriques, des chirurgiens connaissant bien la question, et acceptant la castration dans certains cas. Voici, par exemple, l'observation d'un fait que nous avons suivi avec le plus grand intérêt, et qui a de la valeur, d'abord à cause de l'anatomie pathologique qui indique l'un des cas types qui, à notre avis, requièrent la castration, et puis, parce qu'on y trouve une preuve, ajoutée à tant d'autres, de la facilité avec laquelle on obtient la réunion immédiate au scrotum, contrairement à l'opinion opposée, purement théorique et erronée qui a été émise.

28e *Observation.* — Un policeman, de 25 ans environ, placé à Saint-Mary's hospital, dans le service de M. Ure, à cheveux noirs, ayant seulement sur les membres des poils noirs, irréguliers, longs, éparpillés, sans autre signe de diathèse, parfaitement bien constitué, grand et fort, souffre d'une tumeur du testicule gauche, qu'il porte depuis deux ans.

Au moment où nous avons pu l'examiner, il est très-bien portant, et la poitrine large et bien conformée est saine. La bourse gauche est volumineuse mais saine, à part le trajet fistuleux qui la parcourt. L'augmentation de volume est due à une tuméfaction de l'appareil testiculaire. L'épididyme surtout est fortement gonflé, dur et très-noueux; le cordon est sain. Le testicule gauche est notablement plus gonflé et un peu plus dur que le testicule droit, sans être autrement déformé. Aucune lésion n'existe à droite. Depuis plusieurs mois, cet homme est incapable de remplir ses fonctions; s'il veut travailler, la bourse se gonfle, les tiraillements qui existent toujours augmentent, deviennent douloureux et empêchent la continuation du travail. C'est dans un accès de ce genre qu'est survenue une inflammation suivie d'ulcération et de la formation d'un trajet fistuleux. L'orifice fistuleux se voit sur la peau; il est étroit, à bords froncés et déprimés, placé à moitié hauteur du scrotum en avant et sur les côtés; il se continue avec un gros cordon dur qui aboutit à l'épididyme; il fournit pas mal de pus qui est assez mal lié.

Dans les premiers jours d'août 1852, M. Ure pratique la castration. Deux incisions se regardant par leur concavité, et réunies à leurs extrémités respectives, circonscrivent un lambeau de peau dans lequel est compris l'orifice fistuleux; dissection assez lente. Le testicule étant isolé, le cordon est saisi entre deux doigts d'un aide, pour le maintenir par traction au dehors, but qui est, à notre avis, bien mieux rempli par une pince à mors croisés, telle que l'emploie M. Ricord. Après la section du cordon faite d'un trait, les artères du cordon sont saisies isolément et liées. Quelques indurations du tissu cellulaire qui avoisinait l'épididyme, et sont restées en place, sont alors enlevées, soit par dissection, soit par grattage. Avant de procéder à la réunion, M. Ure a pratiqué la ligature de tous les vaisseaux qui donnaient du sang à la surface de la plaie du scrotum; il y a eu ainsi plusieurs ligatures posées, dont je n'ai pas compté le nombre, mon attention ayant été distraite un moment, et la torsion a été pratiquée sur deux points douteux. Il en est résulté que la surface de la plaie était, au bout de quelques minutes, nette et parfaitement sèche. Trois points de suture suffisent à maintenir la réunion exacte des lèvres cutanées de la plaie, malgré la longueur du scrotum. Simple application d'un morceau de lint, imbibé d'un peu d'eau fraîche; repos horizontal au lit.

Au huitième jour, la cicatrisation immédiate est complète partout, excepté sur les points par lesquels les fils des ligatures passaient au dehors, et où sont quelques petites granulations saines. Tous les fils sont tombés, excepté un de ceux venant du scrotum.

Au quinzième jour, guérison parfaite, radicale; il ne reste qu'une mince cicatrice étroite. Sortie.

Anatomie pathologique. — Le testicule est criblé, dans son intérieur, de petites granulations demi-transparentes, comme des grains de millet, éparses en grand nombre au sein du tissu qui paraît du reste sain. L'épididyme renferme de la matière tuberculeuse, entre autres un noyau de substance jaune-verdâtre mollasse, non vasculaire, du volume d'une petite noix, logé dans le globus mayor; la substance de l'épididyme est épaissie, indurée.

Nous n'avons besoin de rien ajouter au simple exposé de l'observation, pour montrer l'urgence et l'indication réellement utile de l'opération. En insistant, nous ne pourrions que dire trop brièvement ce que nous allons exposer plus au long.

Pourquoi, contrairement au précepte si juste formulé par M. Cruveilhier, n'aurait-on pas opéré dans ce cas, et n'opérerait-on pas dans des cas analogues? Les raisons qu'on allègue contre la castration sont les suivantes : 1° Il y a une diathèse; 2° la loi de M. Louis; 3° les tubercules testiculaires sont accompagnés de complications graves qui amènent une terminaison funeste, ou bien ils restent tout locaux, ils peuvent guérir spontanément après l'évacuation, et dans les deux cas, l'opération est inutile; 4° le testicule est un organe trop important pour qu'on ne cherche pas à le conserver de toute façon; 5° comme opération, la castration peut avoir des suites graves dont il est bon de tenir compte. Examinons successivement chacune de ces raisons, et voyons un peu ce qu'elles valent, lorsque nous les appliquons aux cas si bien définis par M. Cruveilhier, où le *testicule* est affecté, et où la lésion est toute locale, cas que l'on rencontre assez souvent encore, pour qu'ils vaillent la peine d'être examinés à part.

1° *Dans les cas où l'on trouve des tubercules dans le testicule, il y a diathèse.* Certes, ce n'est pas nous qui sommes embarrassé de nous débattre au sein de cette question. Peu de personnes, nous le croyons, s'en sont plus occupées que nous dans une même période de temps, car nous considérons l'étude des diathèses comme la question la plus importante en pathologie, nous en faisions la base de notre enseignement, et bien de nos recherches ont été dirigées sous son impression. D'ailleurs, depuis le moment où, à notre connaissance, cette question était examinée dans toute sa largeur, par deux ou trois seulement, par exemple, M. Marchal de Calvi, M. Tessier, avant son avortement, et nous, elle a considérablement gagné du terrain; ses progrès, auxquels nous nous enorgueillissons d'avoir contribué pour notre faible part, sont assez grands, pour qu'on ne se contente plus de la regarder avec dédain, mais qu'on se sente obligé de lui répondre, d'une façon qui a été jusqu'à présent, ce

que nous espérons qu'elle restera toujours, parfaitement courtoise.

La première chose à faire pour nous entendre, surtout à notre époque où les questions générales sont embrouillées d'une façon presque inextricable, c'est définir ce que c'est qu'une *diathèse;* nous avons besoin aussi de dire conjointement ce que c'est que la *spécificité*, mot dont nous ne nous servirons guère, mais qui pourrait peut-être nous être opposé à un certain point de vue. Pure digression, vont dire ceux qui aiment à pêcher en eau trouble et n'acceptent pas volontiers qu'on éclaircisse les questions. D'abord ce n'est pas une digression, puisque la première chose à faire est évidemment de se comprendre. Et alors même que cela serait une digression, ce ne serait pas perdre son temps, probablement, que de dire une bonne fois ce qu'on entend par ces mots, alors surtout que l'école actuellement régnante a déclaré assez nettement, dans un concours récent, qu'elle ne pouvait pas les définir.

Comme nous allons être obligé de citer cette école, nous allons être assez embarrassé pour lui donner un nom. Lorsqu'on ne se laisse pas prendre au piége des mots, son vrai nom, celui que nous lui avons toujours donné, dans nos cours, est incontestablement l'école matérialiste; mais il y a quelques inconvénients à s'en servir maintenant, quoique la question eût été bien simplifiée, si ceux contre lesquels on s'en est fait une arme s'étaient retournés contre leurs agresseurs, en leur montrant qu'ils sont eux, les gens scandalisés, plus matérialistes encore et avec un déguisement de plus. Laissons donc le mot, et gardons seulement la chose. Emploierons-nous l'expression école organiciste? Mais nous aurions l'air de nous adresser à un fragment seulement de l'école, tandis que nous nous adressons à toute cette école qui prétend trouver l'*ultima ratio* des maladies dans les lésions organiques. L'appellerons-nous, comme quelques-uns font, l'école anatomique? Mais nous avons quelques prétentions à être anatomiste, nous aussi; nous en avons, Dieu merci! fourni quelques preuves et dans le champ de l'anatomie normale, et dans celui de l'anatomie pathologique. Or, comme nous déclarons ne pas appartenir à cette école, nous serions donc privé de notre titre d'anatomiste, que nous avons assez rudement gagné. Ce serait par trop désagréable de nous exécuter ainsi et à tort, de nos propres mains. On l'a appelée aussi l'école de Paris, parce qu'en effet, quoi qu'on en ait pu dire, en montrant quelques exceptions, c'est là qu'elle a trouvé ses représentants les plus brillants et les plus utiles. Cette raison n'est pas suffisante, et d'ailleurs aujourd'hui n'aurait pas de sens, car c'est en ce moment l'école de partout; et le lecteur peut nous croire, lorsque nous lui disons que ses partisans sont extrêmement nombreux ici, en Angleterre. Nous voilà donc dans un grand embarras. Tout bien considéré, et sous toutes réserves, chacun comprenant bien la chose, nous l'appellerons provisoirement l'école organiciste. École immense, qui a rendu plus de services qu'aucune autre, si ce n'est même que toutes les autres écoles antérieures réunies; école au sein de laquelle nous avons été élevé, et dont nous parlerons toujours avec le plus grand respect, car elle a fourni à la science et doit encore lui fournir les innombrables éléments dont elle manquait, mais qui ne peut rendre raison d'aucun fait général, et ne peut pas, en particulier, définir ce que c'est que la diathèse, ce que c'est que la spécificité.

Si, vraiment, on vient de chercher à donner une définition de la diathèse, et il est temps de l'attaquer, cette définition, avant qu'elle ait trop pris racine, et qu'elle puisse s'abriter sous cet éternel idole toujours debout dans la science, l'autorité, que la majorité adore en secret au milieu de leurs fanfaronades d'indépendance; ils ont raison à un point de vue, cela leur permet de se cacher à eux-mêmes leur impuissance, et de forcer (s'ils peuvent) ceux qui voient clair à se taire. Voici comment on a tenté de défigurer la diathèse. Si un individu offre simultanément sur diverses parties de son corps plusieurs lésions identiques, plusieurs anévrysmes, plusieurs tumeurs fibreuses, etc., on s'est mis à appeler cela une diathèse; et à ce titre, comme dans les scrofules il y a souvent plusieurs lésions concomittantes, ils voudront bien accepter qu'il y a une diathèse scrofuleuse, et ainsi de suite. Mais, à ce titre aussi, lorsqu'un individu écrasé sous un éboulement a eu cinq ou six os, ou plus, fracturés; il n'y aurait pas de raison pour ne pas dire qu'il a aussi une diathèse, la diathèse.... Comment dire? la diathèse.... aux fractures.... Oh! vous allez tous vous récrier, et nous convenons que c'est absurde; seulement, c'est la conséquence directe de votre définition.

Non, voyez-vous, malgré votre impuissance à rendre raison de ce fait capital, la diathèse, au moyen de vos lésions organiques, quand vous employez ce mot que vous avez beau vouloir restreindre, vous l'employez dans son vrai sens. Ne cherchez pas à ajouter l'idée d'origine spontanée de lésions multiples, dans votre définition, car vous savez bien que c'est l'orgueil humain qui a fait accepter l'emploi des mots origine spontanée, pour dire que nous ignorons d'où la chose vient. Et si, par cette désignation, origine spontanée, vous voulez dire ce qui est dû au travail de l'organisme sur lui-même, vous en venez précisément là où nous voulions vous conduire.

Oui, c'est parce qu'il y a trouble dans *toute* la constitution, parce qu'il n'y a pas moyen de dire alors que le fait principal consiste dans la lésion locale, c'est parce que, en un mot, l'affection est *générale* à n'en pas douter, et non parce que la lésion est *multiple*, que vous avez employé, à contre-cœur sans doute, mais que vous avez dû employer le mot diathèse. C'est dans le même sens d'ailleurs que ce mot a toujours été implicitement employé. Toujours, sous ce mot ou ses synonymes, on a entendu désigner un état *général* de la constitution, portant sur *toute* l'économie, qui donne à l'ensemble de l'être une physionomie nouvelle, et sous la puissance duquel se développent des lésions locales. Peu importe que les lésions locales soient uniques ou multiples sur un sujet donné, ce caractère n'est qu'accessoire, et un pauvre malheureux qui n'a qu'une seule tumeur cancéreuse, un sujet dit lymphatique qui n'a qu'une seule hératite ulcéreuse ou vasculaire à répétitions, n'en sont pas moins affectés, le premier d'une diathèse cancéreuse, le second d'une diathèse scrofuleuse. La diathèse est tout simplement une *constitution morbide.*

Veut-on s'en rapporter à l'étymologie? On verra que diathèse est synonyme de constitution, de disposition générale. Veut-on savoir dans quel sens il a été employé dès l'abord? C'était le synonyme complet de ce que nous appelons aujourd'hui la constitution, et on s'en servait indifféremment pour désigner soit la constitution normale, soit la constitution morbide. Peu à peu un usage justifiable, surtout pendant les époques d'analyse, a fait donner aux mots constitution et diathèse, qui primitivement étaient identiques, une acception différente; le mot constitution est resté appliqué à l'état normal ou à peine dévié dans ses diverses nuances, et le mot diathèse a été employé pour désigner les constitutions morbides.

Mais si le mot diathèse, dans son vrai sens, dans le sens qui a toujours été adopté en définitive, implicitement ou explicitement, signifie constitution morbide, il nous va falloir forcément en étendre l'application bien plus qu'on ne l'a fait, à tous les cas dans lesquels *toute* la constitution sera affectée, soit sans lésion locale ou localisée, soit avec lésion locale antécédente, simultanée ou consécutive. Mais ici nous nous arrêtons, parce qu'il nous faudrait entrer dans des considérations pathologiques d'un autre ordre, et qui nous mèneraient au delà du seul point que nous avons voulu, que nous avons dû traiter, à savoir ce que c'est qu'une diathèse, afin de nous entendre lorsque nous allons employer ce mot.

Ah! nous en convenons, une diathèse ne peut pas être disséquée, mesurée par centimètres et millimètres, décomposée en principes immédiats, dans le creuset du chimiste.... Qu'est-ce que cela fait? Est-ce que cela l'empêche d'être? Comment toute notre époque peut-elle se heurter contre une chose aussi simple que celle-ci? Lorsqu'il s'agit de constater la réalité d'un fait isolé, simple, sans contredit, ce fait doit être reconnu par l'intermédiaire des sens. Mais lorsqu'il s'agit de ces ensembles trop vastes ou trop complexes pour que les sens puissent en embras-

er la totalité, sans compter bien d'autres grandes vérités, les sens n'ont à jouer d'autre rôle que celui de fournir les éléments de la synthèse, et n'ont rien à voir ensuite dans la constatation du fait général. Tâchez donc de constater, de prouver par l'intermédiaire des sens, une diathèse cancéreuse ; et qui, cependant, oserait la nier?

Quand nous disons qu'on ne peut pas peser, mesurer mécaniquement ou analyser chimiquement une diathèse, ce n'est pas qu'on n'ait essayé. Les organicistes voyant qu'il n'y avait pas moyen de se contenter de la lésion locale, qu'ils avaient beau mettre à la porte le mot diathèse, ou l'employer en le défigurant, sont allés un peu plus loin, et notre époque a vu reparaître cette expression étrange, *les maladies du sang*. Comme si le sang était quelque chose d'isolé, de distinct ; comme si, à chaque moment, le sang ne se transformait pas en chairs, et les chairs en sang ; comme si l'un pouvait être altéré sans les autres, excepté parfois pendant quelques secondes insignifiantes, dans des cas d'empoisonnement par injection de substances dans les veines ! *Les maladies du sang !* cela restera à coup sûr comme une des curiosités de notre époque. Cependant, il y avait là un grand progrès. C'était un aveu pénible, désagréable, mais nécessaire, que la lésion locale ne suffit pas pour comprendre la maladie, qui est un fait autrement général. Pour expliquer un fait général, il fallait bien, malgré toutes les répugnances, recourir à quelque chose de général, et comme le sang se trouve partout, et qu'il peut être (on se le figure du moins) analysé et pesé, on s'est adressé à lui. Ceci a fait naître des travaux de la plus grande importance, mais qui ne justifient pas pour cela cette étrangeté, les maladies du sang. Seulement, il y a dans l'économie quelque chose de plus général encore que le sang ; ce quelque chose, c'est toute la constitution, et non-seulement le sang, les nerfs, les chairs, les os, pris à part, mais tout l'être réuni. La diathèse ne consiste pas seulement dans les lésions matérielles de liquides, de solides ou de gaz ; elle consiste, et surtout, dans le groupement de toutes ces altérations ensemble, et de toutes les fonctions s'accomplissant désormais en une sorte d'*harmonie morbide*. Mais, bon Dieu ! que disons-nous là? Une harmonie morbide? Qu'est-ce que c'est que ça? Ce n'est pas le moment de l'expliquer ; en attendant, pesez-la si vous voulez dans le plateau de votre balance.

Quant à la spécificité, le mot est synonyme de spécialité. De même que diathèse, il est employé seulement pour le langage particulier de la pathologie et de la thérapeutique, mais en langage général, ne signifie que spécialité, espèce. Contrairement au mot diathèse, qui était repoussé, relégué dans l'ombre, le mot spécifique a eu grande vogue dans le courant de ce siècle, et il était bizarrement employé. Par exemple, les organicistes, bornés à la contemplation de la lésion locale seule, devaient forcément être portés à appeler inflammation toute congestion locale un peu active, accompagnée de tuméfaction, de rougeur et de formation de produits nouveaux, idée qui domine encore toute notre pathologie. Entre les lésions réunies à ce titre les unes à côté des autres, se trouvaient cependant des différences tellement grandes, qu'il n'était pas possible de les méconnaître ; on se tirait d'embarras en disant alors que les lésions plus particulières que les autres étaient des inflammations spécifiques. On acceptait d'autant mieux cette manière d'esquiver la difficulté, que dans la tradition populaire, spécifique, en fait de thérapeutique, avait en soi quelque chose de mystique, d'occulte. Et voilà pourquoi maintenant les organicistes sont embarrassés pour définir la spécialité et le mauvais usage qu'ils ont fait du mot spécifique ; au fait, avec leurs principes, ils sont dans l'impossibilité d'en rendre compte. Voulez-vous savoir ce que c'est qu'une inflammation spécifique, dans le langage des organicistes? C'est tout simplement une lésion locale dont quelques phénomènes ressemblent à ceux que produirait une diathèse inflammatoire, mais qui est produite sous l'influence d'une tout autre diathèse. Pour plusieurs d'entre ces prétendues inflammations spécifiques, comme dans le cas de syphilis, nous nions résolument aujourd'hui leur nature inflammatoire. Pour notre compte, nous en faisons autant en nous-même à l'égard de toutes les autres ; seulement, cette négation accompagnée immédiatement d'une affirmation opposée (sans quoi nous ne pensons pas que nous fussions en droit de le faire), devra se faire peu à peu, par degrés, dans la science et dans l'art qu'elles doivent modifier radicalement dans l'avenir.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

—Parmi les bruits, aussi fondés les uns que les autres, qui courent sur le retard apporté à la nomination des deux professeurs de la Faculté de Paris, et du professeur de Montpellier, se trouve celui qui attribue à S. M. l'empereur le désir d'établir la liberté de l'enseignement médical, de même qu'a été décrétée la liberté de l'enseignement humanitaire. Nous croyons savoir que la question de la liberté d'enseignement préoccupe les esprits les plus éminents et les hommes le plus haut placés; mais nous ne pensons pas que ces préoccupations entrent pour rien dans le retard que l'on signale ; d'autant plus que, suivant toutes les probabilités, la liberté d'enseignement n'apporterait pas plus de modifications à l'organisation des Facultés, que la liberté de l'enseignement secondaire n'en a apporté à l'organisation de l'Université. — H. de Castelnau.

— Dans une lettre (c'est la seconde) à monsieur le ministre de l'instruction publique, M. Chrestien de Montpellier fait ressortir la supériorité de ses titres à la chaire d'anatomie sur ceux de M. Benoît, présenté le premier sur la liste des candidats. Cette supériorité est assez marquante pour que nous pensions être agréable à nos lecteurs et à M. Chrestien lui-même, en reproduisant les motifs sur lesquels elle se fonde. Nous ne pouvons mieux faire que de laisser parler M. Chrestien.

Il résulte du rapport de M. Dumas :

« 1° Que le docteur Benoît n'a que 14 années de doctorat, tandis que j'en ai 24;

« 2° Que M. Benoît n'a que 9 années d'agrégation active, tandis que j'en ai 10;

« 3° Que M. Benoît ne compte que 9 concours, tandis que j'en compte 12;

« 4° Que sur les 9 concours de M. Benoît, 2 seulement ont été pour le professorat, tandis que j'en compte 7 de ce genre. »

Nous sera-t-il permis d'ajouter un renseignement à ceux que fournit à M. le ministre, M. Chrestien ?

M. A. Sanson est reçu docteur depuis 26 ans, et il compte un nombre de concours qu'on n'exprime plus en chiffres. — H. de Castelnau.

— Par décret impérial, en date du 16 avril 1853, M. Fischer, premier médecin en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite, à titre d'ancienneté de services.

— Par un décret du même jour, M. Lauvergne, second médecin en chef de la marine, est nommé au grade de premier médecin en chef, en remplacement de M. Fischer.

— M. le docteur Saint-Yves est nommé médecin-inspecteur des aliénés du département de Seine-et-Marne.

— M. le docteur Aubanel, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Marseille, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Il serait difficile de mieux placer une telle distinction.

— *Banquet des internes en pharmacie.* — A l'exemple des internes en médecine, les internes en pharmacie se sont réunis cette année dans un banquet auquel ils ont convié leurs anciens collègues habitant Paris ou les départements.

La réunion était composée de cent personnes, parmi lesquelles on remarquait MM. Soubeyran, Tassart, Boissel, Chevallier, Toutin, Guiart, Garot, Bouchardat, Mialhe, Fordos, Chatin, Dorvault, Gelis, Fermond, Grassi, Ducommun, Réveil, Cloes, etc. M. Quevenne était malade et n'a pu se rendre à la réunion.

M. Soubeyran a prononcé un discours qui a excité l'approbation générale, auquel a répondu avec chaleur M. Ossian (Henri) fils, lauréat du concours de cette année.

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur l'hydrothérapie, *faites pendant un voyage en Allemagne*, par le docteur Constantin James, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer*. — Broch. in-8°. — Chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 3 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 50. 1re année. Mardi 26 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Sur un nouveau procédé d'analyse des gaz contenus à l'intérieur de la plèvre dans le pneumo-thorax, par A. H. Margerie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL NECKER. M. NATALIS GUILLOT. Leçon clinique sur la syphilis des enfants nouveau-nés, par Martin de Gimard. — Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales, par le Dr A. DEVILLE. (*Suite et fin.*) — **HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE** : Thé de Java, par Ad. Chatin.

Sur un nouveau procédé d'analyse des gaz contenus à l'intérieur de la plèvre dans le pneumo-thorax.

Une femme admise à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau, pour une affection obscure de la poitrine, a succombé quelques jours après son entrée.

Un vaste pneumo-thorax s'était déclaré, pendant son séjour à l'hôpital, consécutivement à une gangrène du poumon.

L'analyse des gaz renfermés dans la cavité pleurale a été faite par M. Charles Hutin. Nous devons à l'obligeance de l'auteur la communication des procédés qu'il a mis en usage et des résultats auxquels il est arrivé ; l'intérêt qui s'attache aux uns et aux autres nous engage à les exposer ici d'une manière succincte mais complète.

Plusieurs savants se sont occupés, dans ces derniers temps, de déterminer la composition du fluide aériforme dont l'interposition aux feuillets de la plèvre constitue le pneumo-thorax ; tout le monde connaît les travaux de J. Davy, de MM. Martin Solon, Brierre de Boismont et de M. Louis. Les moyens à l'aide desquels les gaz ont été recueillis, dans les diverses analyses auxquelles nous faisons allusion, sont loin de présenter toutes les conditions qu'on a coutume d'exiger en semblable circonstance.

J. Davy, dont l'exemple a été imité en France, fixait au fond d'une baignoire les cadavres sur lesquels il devait opérer, et plaçait, au-dessus de l'ouverture artificielle pratiquée sur les parois de la poitrine, pour livrer passage à l'épanchement gazeux, une cloche remplie d'eau ; tel est le procédé qu'il indique dans les Transactions philosophiques : « The body was put into a bath, and a small opening was made, under water, with a scalpel, etc. . . . . » (1).

On comprend, sans qu'il soit besoin de les signaler, les erreurs que doit nécessairement introduire, dans l'analyse quantitative et qualitative, un pareil procédé.

Pour quiconque voudrait se contenter de résultats approximatifs, il serait beaucoup plus simple de traverser les parois du thorax, comme l'a fait le médecin anglais sur l'homme vivant, au moyen d'un trocart muni, à l'une de ses extrémités, d'une vessie privée d'air (using a flaccid bladder furnished with a trochart).

Un moyen, qui se présente en quelque sorte de lui-même à l'esprit, consiste à faire communiquer le fluide aériforme renfermé dans la poitrine avec un flacon rempli de mercure, et à permettre ensuite l'écoulement du mercure par un orifice ménagé à la partie inférieure du flacon.

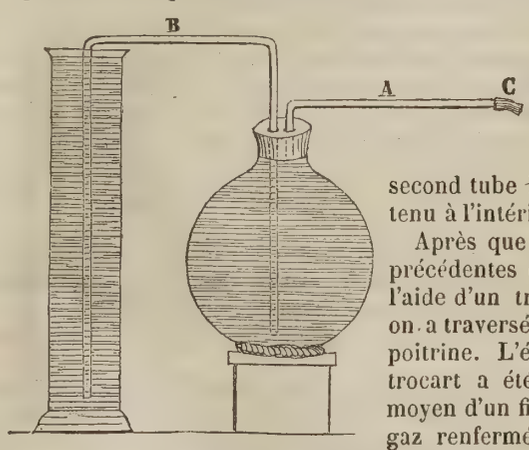
M. Hutin a élevé ce moyen, par le mode de réalisation qu'il a imaginé, à la hauteur d'un procédé rigoureusement scientifique.

Au goulot d'un ballon rempli de mercure a été adapté un bouchon à travers lequel passaient deux tubes capillaires dont les parois étaient très-épaisses.

L'un de ces tubes, recourbé en siphon, présentait une branche extérieure plus longue que la branche intérieure ; cette dernière pénétrait par son extrémité inférieure jusqu'au fond du ballon.

Le second des deux tubes offrait une branche verticale et une branche horizontale : la première s'ouvrait dans le col du ballon à la surface du mercure ; la seconde, dont le niveau était situé au-dessous de la branche horizontale du siphon, se terminait à son extrémité libre par un tube en caoutchouc.

Lorsque le bouchon a été solidement fixé avec les deux tubes qu'il portait, sa surface extérieure, ainsi que les bords du goulot, ont été exactement recouverts d'un enduit en gutta-percha. On a amorcé le siphon et plongé sa plus longue branche dans une éprouvette à pied destinée à recevoir le mercure. L'addition du mercure dans l'éprouvette jusqu'à une hauteur convenable a permis de faire refluer dans le second tube le mercure contenu à l'intérieur du ballon.



Après que les dispositions précédentes ont été prises, à l'aide d'un trocard en verre, on a traversé les parois de la poitrine. L'étroit orifice du trocart a été désobstrué au moyen d'un fil de platine ; les gaz renfermés dans la poitrine se sont aussitôt échappés en faisant entendre un sifflement aigu.

On a adapté la branche horizontale du second tube au trocart par l'intermédiaire du tube en caoutchouc dont elle était munie à son extrémité extérieure, on a enlevé l'éprouvette par laquelle était entourée la plus longue branche verticale du premier tube, le mercure s'est écoulé par l'action du siphon et le produit gazeux qu'il s'agissait de recueillir est venu combler le vide déterminé dans l'intérieur du ballon.

Une partie seulement du fluide aériforme épanché dans la cavité pleurale est passée dans le vase destiné à la recevoir, on pourrait donc reprocher au procédé et à l'opération que nous venons de décrire, de faire défaut au point de vue de l'analyse *quantitative*. Si l'on considère que les conditions en vertu des-

(1) *Philosophical transactions*, 1823, p. 496.

quelles une plus ou moins grande quantité de gaz s'accumule entre les feuillets de la plèvre, à la suite d'une communication anormale avec les voies aériennes, sont aujourd'hui parfaitement connues, on sera disposé à n'attacher qu'une importance secondaire au reproche que nous venons de signaler.

Quoi qu'il en soit, il serait facile de recueillir la totalité des gaz contenus dans la plèvre, dans le cas où il y aurait utilité réelle à en déterminer le volume; à cet effet, il suffirait de mettre en usage un procédé analogue à celui dont M. de Castelnau s'est servi dans ses intéressantes recherches sur le mode de production du tintement métallique; en faisant pénétrer dans la poitrine deux tubes, dont l'un serait destiné à donner issue aux gaz contenus dans son intérieur, dont l'autre permettrait l'introduction graduelle d'un liquide tel que le mercure, on parviendrait à obtenir sensiblement toute la matière de l'épanchement aériforme.

Les gaz recueillis, suivant la manière qui vient d'être rapportée, exhalaient au plus haut degré l'odeur fétide qui émane des tissus gangrenés. Bien qu'il n'y eût pas lieu de supposer au milieu d'eux la présence de l'acide sulfhydrique ou du sulfhydrate d'ammoniaque, M. Hutin crut devoir néanmoins faire intervenir le réactif à l'aide duquel on parvient à déceler l'existence de ces deux composés. Dans l'éprouvette graduée qui contenait les gaz destinés à l'analyse, il introduisit, au moyen d'un fil de platine, un papier imprégné d'une dissolution de sous-acétate de plomb.

Au bout de trois quarts d'heure, le papier plongé dans le milieu gazeux n'avait rien perdu de sa couleur blanche, il avait seulement contracté une forte odeur de gangrène.

Un fragment de potasse caustique, légèrement humecté, fut introduit dans l'éprouvette; il détermina un mouvement d'ascension du mercure qui s'arrêta d'une manière définitive au bout de quelques heures.

La proportion d'acide carbonique absorbé s'éleva à 35 centièmes.

Un morceau de phosphore, du volume d'une noisette, fut porté dans l'éprouvette; l'appareil laissa apercevoir dans l'obscurité une lueur phosphorescente de courte durée. L'éprouvette fut alors entourée d'un manchon en verre rempli d'eau à 40° centigrades.

Après un intervalle de 18 heures, il fut impossible de constater le plus léger changement dans le niveau du mercure.

Il s'agissait de rechercher l'existence des gaz hydrogène et hydrogène carboné. Une portion du gaz, probablement desséchée, fut mêlée, au quart de son poids, d'oxygène pur et soumise à l'action catalytique de la mousse de platine. Il ne survint aucune variation notable dans le volume du mélange.

Le reste du gaz présenta les caractères de l'azote. Sa proportion, relativement à celle de l'acide carbonique, s'élevait à 65 centièmes.

Deux souris, placées dans la portion de gaz qui n'avait pas servi à l'analyse, furent prises instantanément de mouvements convulsifs et cessèrent de vivre après quelques inspirations.

Des mouches, introduites dans le même milieu, périrent subitement.

Un des faits les plus remarquables établis par l'analyse dont nous venons d'exposer les résultats est, sans contredit, l'absence complète d'oxygène dans le mélange gazeux soumis aux réactifs chimiques; la lueur phosphorescente observée au début de l'expérience a eu évidemment pour cause la présence de la faible quantité d'air retenue par adhérence aux parois du ballon et de l'éprouvette employés pour recueillir et pour analyser le fluide aériforme.

Cette absence complète d'oxygène mérite d'autant plus d'être signalée que, jusqu'à ce jour, elle n'a pas été démontrée d'une manière absolue. Dans ses diverses recherches, J. Davy est arrivé aux résultats suivants :

	1re EXP.	2e EXP.	3e EXP.	4e EXP.
Acide carbonique..	7,5	6,0	8,0	1,6
Oxygène.	2,5	5,5	4,0	1,5
Azote.	90,0	88,5	88,0	82,0

M. Hutin attribue la disparition de l'oxygène à l'absorption exercée par les vaisseaux capillaires situés dans le tissu cellulaire sous-pleural, absorption élective que déterminerait, suivant lui, le défaut d'oxygène dans le sang des agonisants.

Pour donner, du phénomène dont il s'agit, une explication satisfaisante, il ne suffit pas, à notre avis, d'une simple hypothèse; la disparition de l'oxygène du mélange gazeux, dont l'épanchement à l'intérieur de la plèvre constitue le pneumothorax, doit puiser son origine dans des circonstances très-diverses; la composition de l'air contenu dans les cellules pulmonaires, des actions chimiques et organiques très-variées, etc., jouent ici un rôle que des expériences nombreuses seules pourront préciser; dans l'état actuel de la science, les recherches de A. Cooper et de J. Davy en Angleterre, celles de MM. Trousseau et Leblanc en France, rapprochées des récents travaux de MM. Regnault et Reiset, fourniront de précieux éléments de solution au problème complexe que nous entrevoyons ici.

Nous ne saurions nous empêcher d'appeler l'attention sur la rapidité avec laquelle ont péri les animaux soumis à l'influence du mélange gazeux; il n'est pas douteux que l'élément inconnu dans sa nature, auquel les tissus gangrenés empruntent leur odeur caractéristique, n'ait contribué pour une large part à l'instantanéité et à la violence des phénomènes d'intoxication observés.

En quoi consiste cet élément?

Cette question est jusqu'à présent demeurée sans réponse.

A. H. MARGERIE.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. Natalis GUILLOT.

Leçon clinique sur la syphilis des enfants nouveau-nés.

Messieurs, l'enfant dont je veux vous entretenir aujourd'hui est âgé de deux mois. Vous l'avez vu ce matin couché au n° 14 de la salle des Nourrices. Cet enfant a sinon tous, au moins la plupart des caractères qu'on observe dans les affections syphilitiques de la première enfance.

Les pieds de ce petit enfant sont couverts de larges desquammations; l'épiderme s'enlève par plaques. Dans quelques-unes de ces plaques se forme un nouvel épiderme. Les ongles sont un peu rongés à leurs bords, quoique peu altérés. Il y a également un peu de rougeur aux talons.

Vous avez vu, répandues sur les bras, la poitrine, le dos, les jambes, sur toute la surface du corps, en un mot, des taches irrégulières qui ne s'élèvent pas au-dessus de la surface de la peau. Ces taches sont de deux sortes : les premières, que nous avions constatées lors de l'entrée du petit malade à l'hôpital, sont de date ancienne; leur diamètre est très-variable, il varie de 0,002 à 0,005 millimètres; leur coloration est brune; elles ressemblent complétement à des éphélides anciennes. Les secondes n'existaient pas hier, elles sont éparses sur le front, derrière les oreilles, à la partie externe de l'avant-bras, d'une coloration rouge cuivrée. Si j'avais à représenter cette teinte à l'aquarelle, j'y arriverais par le mélange du jaune d'Inde avec le carmin.

En appuyant sur ces dernières taches, la coloration disparaît pour reparaître quand la pression n'existe plus; nous n'avons pas le même phénomène pour les taches de date ancienne.

Les taches, en effet, sont d'abord un phénomène tout local produit par l'afflux du sang sous le derme un peu altéré; plus tard, si aucun traitement n'est fait, elles deviendront foncées et noirâtres comme les plus anciennement écloses. La pression les modifiera peut-être encore un peu, mais elle ne les fera plus disparaître. Bien mieux, au contraire, cette pression, en faisant passer le sang des capillaires dans des parties plus profondes, diminuera la coloration de la peau et la tache reparaîtra avec plus de netteté.

Allons plus loin, et examinons les membranes muqueuses.

A la bouche, les caractères sont peu tranchés; cependant vous

avez pu voir à la commissure des lèvres quelques rougeurs. Ces rougeurs semblent indiquer une légère élévation de l'épithélium, qui se transformerait nécessairement en plaques muqueuses, s'il n'y avait pas de traitement. A l'intérieur même de la bouche, nous n'avons rien trouvé.

Au nez, il y a des rougeurs; il y a du coryza syphilitique (laissons encore pour un moment ce mot syphilitique), il y a du coryza. Ce coryza est dû au même phénomène que les rougeurs de la surface des lèvres, c'est-à-dire au soulèvement de l'épithélium. L'épithélium des cornets s'est déjà détaché et il s'est fait un suintement séro-purulent.

Il n'y a ni otite ni otorrhée; il y aurait eu de l'otorrhée qu'elle se serait présentée avec les mêmes caractères que le coryza, sauf les modifications provenant de la différence d'épaisseur du derme.

On trouve, autour de l'anus, un cercle rouge parfaitement délimité, comme une espèce de cocarde placée autour de l'orifice de l'anus. L'épithélium des plis de l'anus s'est détaché, au-dessous sont des inégalités du derme qui suinte et suppure. A cet écoulement séro-purulent se mêlent quelques sanies provenant des déjections de cet enfant, sanies qu'il est souvent bien difficile à la mère d'éviter. Autour de la cocarde se trouve un érythème qui s'étend jusqu'aux fesses et aux parties génitales. Pour moi, cette altération du pourtour de l'anus est un signe certain de vérole.

Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés. Les ganglions cervicaux ne le sont pas non plus d'une manière bien nette. Vous remarquerez là, messieurs, une différence qui existe entre la vérole de l'adulte et celle du nouveau-né, c'est que chez ce dernier l'existence de l'engorgement des ganglions cervicaux n'est pas constante; quand il existe, cet engorgement n'est pas toujours accusé bien nettement.

Nous n'avons pas trouvé de désordres généraux chez notre petit malade. Il n'y a pas de lésions du périoste; c'est une affection infiniment rare chez les enfants. Il n'a pas de douleurs ostéocopes, ce qui serait, du reste, bien difficile à distinguer chez un enfant aussi jeune.

Le petit malade a bon appétit.

Si nous examinons la poitrine, nous n'y trouvons pas de râles. Néanmoins y a-t-il, dans le poumon, ces lésions que des observateurs très-distingués ont données comme caractérisant la syphilis chez l'enfant. Je ne veux en rien déprécier les recherches d'hommes fort instruits (celui qui cherche a souvent plus de mérite à mes yeux que celui qui trouve), cependant je suis forcé de dire que nous n'avons pas toujours rencontré ces lésions dans les poumons d'enfants syphilitiques.

Il n'y a pas de diarrhée; les déjections sont normales; il n'y a pas de douleurs au ventre; le foie ne nous paraît pas tuméfié. Sauf les accidents de la peau et de la membrane muqueuse, l'examen physique ne donne aucune lésion appréciable.

Nous avons interrogé la mère. Ce moyen de diagnostic me manquait aux Enfants-Trouvés. Je ne voyais là que les accidents; ici nous sommes mieux renseignés. La mère a cohabité avec un mari malade; le père a eu aux parties génitales des boutons blancs qu'il a traités avec des pilules; la mère, avant la conception, a eu aussi de ces boutons qu'elle a fait cautériser de suite, sans plus faire autre chose. L'enfant a eu la vérole congénitale.

Notre enfant est malade depuis quinze jours, c'est ce qui arrive le plus ordinairement. La syphilis ne se manifeste pas immédiatement après la naissance. Cependant il y a des exceptions, j'ai vu des enfants naître avec un pemphigus syphilitique. La syphilis est une affection communiquée par les parents, un mal héréditaire.

Selon les auteurs, la syphilis se transmet de deux manières : par le contact direct; ou bien elle vient par la transmission de la syphilis secondaire ou même tertiaire.

La syphilis se transmet par le contact direct, elle est primitive. La mère a des chancres, l'enfant est au passage; il attrape la syphilis primitive *au vol* pour ainsi dire. C'est le cas le plus rare. Le cas le plus commun, c'est la syphilis par transmissio n du virus syphilitique de la mère à l'enfant par le cordon; c'est une affection secondaire.

Quelques auteurs ont pensé qu'il n'y avait plus de transmission, lorsque les accidents du père et de la mère étaient arrivés à la période tertiaire, quaternaire, si vous voulez. Je crois qu'il ne faut pas être si absolu et que c'est un point à revoir.

Mon excellent collègue, M. Piedagnel, dont vous connaissez tous le mérite, me montra un jour un enfant chez lequel il avait reconnu tous les symptômes de la syphilis. J'examinai l'enfant, il avait bien évidemment la syphilis, il mourut au bout de quelques jours. La mère était saine; elle n'avait jamais eu de symptômes syphilitiques; elle était d'ailleurs dans des conditions à faire repousser toute idée de syphilis antérieure; déjà elle avait eu deux fausses couches. Le père n'avait rien présentement, mais il avait eu la vérole cinq ou six ans avant son mariage. Il s'était aperçu de quelques boutons dans le cuir chevelu; il avait suivi un traitement, il s'était cru guéri. M. Piedagnel et moi ne pûmes reconnaître chez lui aucun symptôme d'accidents secondaires et tertiaires. Ce fait ne vous semble-t-il pas mener à cette triste pensée, que la vérole est une affection dont la guérison est très-difficile à constater?

Mais passons sur cet incident et arrivons au pronostic.

Si l'enfant est abandonné à lui-même sans traitement, les plaques muqueuses vont augmenter en nombre, le derme va suppurer, tout va s'enflammer. Le nombre des taches cuivrées grandira aussi, et le coryza tournera tout à fait à la suppuration. Cela serait très-grave. L'enfant dépérirait et il y aurait une série de désordres qui se rattacheraient à des lésions locales et non à la syphilis. Il y aurait de la diarrhée, l'enfant perdrait de son poids, les extrémités seraient infiltrées; il y aurait des râles muqueux dans la poitrine, et si les ascendants étaient phthisiques, de nouvelles complications surgiraient. L'enfant ne tarderait pas à succomber. A l'autopsie, que trouverions-nous? Il y aurait des rougeurs dans l'intestin, le foie serait congestionné, on trouverait, au milieu de son tissu devenu très-rouge, des plaques irrégulières d'une couleur jaune de cuir mouillé; dans le poumon, on trouverait des lésions analogues.

Un savant médecin, qui a fait sur ce point un remarquable travail, et d'autres observateurs, ont voulu faire de ces altérations un signe certain de syphilis. Ils les ont décrites comme composées de ce tissu fibro-plastique que les micrographes signalent dans les cancroïdes. Ce n'est pas une critique que je veux faire de travaux très-estimables, mais ce que je puis assurer, c'est que j'ai rencontré ces mêmes altérations chez des enfants réputés non syphilitiques. L'aspect était parfaitement le même. J'ai fait passer un courant d'eau par la veine ombilicale de ces enfants, j'ai lavé ainsi le foie et j'ai trouvé également ce tissu fibro-plastique que l'on trouve, du reste, dans les poumons de tous les enfants, ainsi que dans la rate.

Peut-être pourra-t-on m'objecter que ces enfants réputés non syphilitiques l'étaient cependant! Il est possible que j'aie fait erreur dans mon diagnostic, quoique j'aie eu occasion de voir bien des véroles chez l'enfant comme chez l'adulte. En tout cas, c'est une question à étudier de nouveau, mais qui n'est certainement pas résolue.

Un enfant dans les conditions où se trouve notre petit malade peut-il communiquer la syphilis? Parmi les auteurs, les uns sont pour l'affirmative, les autres pour la négative. Une troisième opinion s'est glissée entre les deux premières, c'est celle de ceux qui doutent. Je ne suis pas absolu dans mon opinion, cependant je penche pour la négative. J'ai vu peut-être soixante-dix ou quatre-vingts petits syphilitiques aux Enfants-Trouvés, j'en ai vu peut-être autant dans cet hôpital depuis trois ans que je suis chargé du service des enfants, et j'en ai vu en outre un certain nombre en ville. Eh bien! je n'ai jamais constaté de fait de contagion. Je ne nie pas la contagion pour cela, mais je ne l'ai pas encore rencontrée. Lorsque je suis arrivé aux Enfants-Trouvés, tout le monde y croyait, sœurs, nourrices, élèves; j'y croyais moi-même, nous n'avons pas pu cependant en trouver

un seul cas. Des enfants syphilitiques tetaient une nourrice saine sans qu'il en résultât pour la nourrice aucun accident; des nourrices syphilitiques depuis deux ans, donnaient à teter à des enfants qui n'en éprouvaient aucun inconvénient.

N'allez pas croire, messieurs, que je conseillerais de laisser nourrir un enfant sain par une femme malade, ou réciproquement un enfant malade par une nourrice saine. Certainement si l'enfant était allaité par sa mère, je laisserais continuer, mais aussi je comprends quel dégoût doit inspirer à une nourrice un enfant malsain. Vous verrez souvent, dans nos salles, des mères non syphilitiques allaiter leur enfant qui, lui, est contaminé, sans qu'il en résulte pour elles aucun inconvénient.

Notre petit malade mourrait infailliblement s'il n'était pas traité; guérira-t-il avec le traitement? quel sera le traitement? quelle en sera la direction? Trois questions que nous allons résoudre immédiatement.

L'enfant peut guérir sous l'influence du traitement; nous avons vu ici, dans cet hôpital, des enfants guérir et très-promptement, mais il ne faut pas se le dissimuler, notre enfant est dans de mauvaises conditions. Il n'a qu'un mois, il est faible, il est mal nourri, puisque sa mère ne peut lui donner son lait (elle n'en a pas). De plus, il y a dans nos salles de l'ophthalmie purulente et de la diphthérite. Vous voyez combien de conditions mauvaises viennent se jeter à la traverse; nous essaierons néanmoins.

On administrera à cet enfant des préparations mercurielles; elles agissent plus vite chez l'enfant que chez l'adulte. Ce ne sera pas le bichlorure de mercure, car on ne peut le donner qu'à doses très-fractionnées et la quantité de véhicule nécessaire serait telle, qu'il ne pourrait être pris en vingt-quatre heures. D'ailleurs, il y a une préparation dont l'administration est plus sûre et plus facile, c'est le proto-iodure de mercure. On ne le fera pas prendre en pilules, car l'enfant ne pourrait pas les avaler; ni en poudre, l'enfant la cracherait; on le dissoudra dans un sirop ou dans un julep. Nous le donnons ainsi dans nos salles :

Proto-iodure de mercure.. . . 0gr,025 milligr.
Julep gommeux. . . . . 125 grammes

pour prendre dans les vingt-quatre heures. Nous recommandons à la mère d'agiter la bouteille chaque fois qu'elle va donner un peu de ce julep à l'enfant et d'en donner une cuillerée à café tous les quarts d'heure. Si des coliques surviennent, nous ne faisons plus prendre ce julep que toutes les demi-heures, et même si de trop fortes douleurs se faisaient sentir, nous n'hésitons pas à suspendre l'administration de ce médicament.

Vous avez dû remarquer, messieurs, que nous ne donnons que 0,025 milligrammes de proto-iodure. C'est bien loin des doses que nous indiquent les livres que vous avez entre les mains. L'expérience nous a prouvé que c'était là qu'il fallait s'arrêter, que c'était la dose normale que l'enfant pouvait supporter dans les vingt-quatre heures.

En même temps que l'on fera suivre à notre petit malade un traitement interne, on lui fera prendre des bains au sublimé; nous les donnons à 10 grammes par bain :

(Sublimé.. . . . . 10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . 6 —
Eau. . . q. s. pour un bain d'enfant.

Et vous noterez que nous sommes encore en désaccord avec vos auteurs; mais ici c'est en sens inverse. Nous ne craignons pas, pour les bains, le sublimé même à la dose de 10 grammes pour un bain d'enfant, et jamais je n'ai vu chez les enfants d'accidents par suite de l'absorption du mercure, la peur de la salivation ne nous préoccupe pas; il n'y a de salivation que quand il y a des dents et surtout quand il y a des dents gâtées. Or donc, jusqu'à dix ou quinze mois, c'est un accident qu'on n'a pas à redouter.

Il y a maintenant quinze jours que l'enfant, qui fait le sujet de cette leçon, est en traitement dans nos salles. Il a pris tous les jours 0gr,025 de proto-iodure de mercure dans un julep, et un bain au sublimé avec 10 grammes de sublimé. On lui a donc déjà donné 0gr,375 milligrammes de mercure à l'intérieur, sans compter ce qui a dû être absorbé dans le bain. L'enfant n'a pas eu d'accidents, pas plus, du reste, que ceux qui ont été précédemment soumis au même traitement. Il va parfaitement bien; les manifestations syphilitiques ont presque complétement disparu. Il n'a plus de coryza, les plaques muqueuses du pourtour de l'anus et des lèvres sont guéries, il reste encore seulement aux cuisses et aux fesses quelques taches cuivrées dont le nombre diminue chaque jour. L'état général est parfait. L'enfant augmente de poids, il a bon appétit, n'a pas eu la moindre diarrhée. Les personnes qui suivent d'ordinaire la visite ont pu constater ces faits à plusieurs reprises. On peut affirmer qu'avant peu notre petit malade sera entièrement guéri.

MARTIN DE GIMARD, *interne des hôpitaux.*

Des hernies du testicule à travers les enveloppes scrotales.

Par le Dr A. DEVILLE.

(*Suite et fin. Voir les nos* 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 32, 34, 35, 38, 39, 49.)

Nous venons, à propos des mots diathèse et spécificité, de définir ce qu'on doit entendre par diathèse. Sans doute, cette manière d'envisager la question est tellement opposée aux vues généralement adoptées aujourd'hui, que pour la rendre évidente pour tous, il faudrait lui donner de bien autres développements, qui auraient le défaut de n'être pas à leur place ici, où nous avions seulement à dire ce que c'est qu'une diathèse, ce dont nous ne pouvions pas nous dispenser. Qu'on ne croie pas, et nous terminons par là, que ce soit là un simple changement de mots; quelques personnes, qui nous avaient entendu développer ces principes dans nos cours, nous avaient d'abord fait cette objection. Nous les avons aisément détrompées, en leur montrant que si elles voulaient nous suivre dans les conséquences logiques du principe posé, les organicistes étaient bien vite obligés d'abandonner de bien chères erreurs, en particulier cette immense énormité : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des lésions « organo-pathologiques. » D'autres nous ont dit : mais c'est tout simple, nous avons ces idées-là. Ah! vous avez ces idées. Eh bien! debout alors, proclamez-les. Seulement nous vous prévenons que c'est un travail rude. Les vieilles idées et les idées établies ne cèdent pas la place comme cela. Si vous avez besoin, pour votre existence, de subir des concours, gardez-vous bien d'en parler; « surtout, » nous disait, sous forme d'un utile conseil, la veille d'une composition écrite dans un concours, un des rares juges à demi bienveillants pour nous, « surtout n'allez-pas nous parler d'*unité*. » C'est juste, un homme qui parle d'unité mérite bien d'être exclu. Et si, pouvant vous passer de concours, et embrasés par l'amour de la vérité, vous proclamez avec nous ces grands principes, sachez bien qu'il faudra logiquement aller loin avec eux, et dans les sciences médicales, et dans les autres sciences.

Revenons, maintenant que nos termes sont bien définis, aux tubercules testiculaires. Toutes les fois qu'il y a des tubercules déposés dans un organe, l'individu porteur de la lésion est affecté, cela est incontestable, de diathèse tuberculeuse (simple forme de la diathèse scrofuleuse, quoi qu'en dise M. Lebert, avec lequel nous regrettons d'avoir à nous trouver en désaccord à cet égard). Qu'est-ce que cela fait quant à l'opération de la castration pratiquée dans les cas exceptionnels que nous allons indiquer? Prenons un exemple : une partie est gangrenée, est positivement morte; au lieu de laisser l'expulsion se faire lentement et au milieu de dangers nombreux, nous l'enlevons tout de suite, s'il ne reste plus que cela, si les autres conditions sont bonnes, à part exceptions. Que nous importe, à ce point de vue, la diathèse, sous l'influence de laquelle la gangrène a été produite? De même, un organe comme le testicule est criblé de tubercules qui en amèneront la perte inévitable, et provisoirement le mettent à coup sûr hors de service; au lieu de laisser l'organe s'en aller lentement, et au milieu de complications qui peuvent rendre

la maladie insupportable pendant des années, nous l'enlevons immédiatement; encore une fois, qu'est-ce que la diathèse a à voir en cela?

Est-ce que par hasard vous ne traiteriez pas les ophthalmies scrofuleuses, et laisseriez les yeux se vider ou se perdre, alors que vous pouvez si souvent les guérir, sous prétexte qu'il y a une diathèse scrofuleuse incontestable, et que cette diathèse pourra reproduire la lésion ultérieurement.

Ou bien, si l'on trouve l'analogie, toute réelle qu'elle soit, un peu trop éloignée, qui est-ce qui se refuse maintenant à enlever ou détruire un ganglion lymphatique hypertrophié et incurable, existant comme lésion unique chez un scrofuleux, sous prétexte de la diathèse qui a produit la lésion? Nous savons très-bien qu'on a fait cette objection à M. Velpeau, lorsque notre vénéré maître a installé d'autorité cette sage pratique. Mais nous avouons n'avoir jamais pu réussir à comprendre ce qu'on avait voulu dire. Par exemple, on ne pourra pas accuser M. Ricord d'être opposé à l'étude des diathèses, lui dont les remarquables vues sur la diathèse syphilitique ont été comparées, dans un but critique, à un certain palais, et peuvent en effet accepter la comparaison, car elles forment le seul *édifice* scientifique qui soit maintenant debout dans toute notre pathologie chirurgicale et médicale. Eh bien! n'est-ce pas lui qui a introduit cette excellente méthode de traitement par la cautérisation, contre les engorgements scrofuleux si communs de la région de l'aine? En quoi la constatation que M. Ricord commence toujours par faire de la nature strumeuse de la lésion, pourrait-elle créer des contre-indications à l'application du caustique?

Est-ce qu'il existe un chirurgien qui ne fasse pas des amputations de membres chez des individus manifestement scrofuleux, uniquement parce qu'ils sont scrofuleux?

Singulière idée qu'on a eue là, de penser que ceux qui admettent l'existence des diathèses se condamnaient, par suite, à ne pas employer contre les lésions localisées les moyens locaux que l'expérience a prouvés être utiles, les opérations que la raison et l'expérience montrent nécessaires!

Peut-être a-t-on voulu dire que sous l'influence de la diathèse, il pouvait exister simultanément d'autres manifestations locales tellement avancées, qu'elles seraient des contre-indications à l'opération. S'il en est ainsi, on aurait dû s'expliquer, car ceci est indéniable, tant c'est évident; mais cela ne prouve pas que la diathèse, comme diathèse, apporte la moindre contre-indication à une castration reconnue utile d'ailleurs.

En somme, ce n'est pas nous qui reculerions, pour traiter la question des diathèses, nous venons d'en donner un petit échantillon. Mais nous ne voyons pas en quoi l'existence d'une diathèse pouvait servir comme objection. Faisons remarquer, en passant, qu'il serait assez utile, en ce moment, qu'on voulût bien faire les mêmes réflexions à propos du cancer.

2° Avant de traiter de la seconde objection, nous tenons à dire que ce n'est pas à l'opinion de M. Louis lui-même que nous nous prenons; nous avons trop de respect pour cet illustre médecin, un des rares hommes de science qui aient réellement abordé les questions scientifiques, et ont largement contribué aux progrès de notre époque; nous avons trop souvent nous-même fait usage de la méthode statistique, employée là où elle doit l'être, pour que l'on puisse nous imputer l'intention de critiquer le maître, ni même les résultats si importants obtenus par lui. Mais à côté du maître, s'est trouvée une masse de personnes qui sont venues assourdir les oreilles des gens avec la loi de M. Louis. Nous avons vu l'époque où l'on ne pouvait pas ouvrir la bouche sur un détail, quel qu'il fût, de l'histoire des tubercules, sans que deux ou trois voix au moins ne trouvassent moyen de vous crier aux oreilles : « la loi de M. Louis! » La loi de M. Louis, ç'a été longtemps le mot à la mode. La loi de M. Louis, avec çà, un protégé dans un concours devenait un miracle de science. Bon Dieu! quand est-ce donc qu'on nous fera grâce de la loi de M. Louis! N'avons-nous pas entendu dans un concours déjà ancien, qui nous a valu une bonne thèse de M. Vidal (de Cassis) sur les opérations que l'on pratique à l'anus, nier presque la fréquence assez notable de la fistule à l'anus chez les phthisiques, parce que M. Louis n'en avait pas parlé! Comme si M. Louis avait dit quelque part qu'il eût regardé au derrière de tous ses phthisiques!

Eh bien, quoi! la loi de M. Louis? Qu'est-ce que ça veut dire? Ça veut dire, répond-on, qu'il y a presque toujours des tubercules dans les poumons, lorsqu'on en trouve dans d'autres organes. Et quand cela serait, quoi après? Pour toute réponse, on nous répéterait probablement : « La loi de M. Louis! » D'ailleurs, les exceptions sont excessivement nombreuses; les *Bulletins* de notre savante Société anatomique de Paris en fourmillent. En particulier, très-souvent, lorsqu'il y a des tubercules dans le testicule, il n'y en a pas dans les poumons; nous en avons donné des exemples plus haut. Cela n'a pas empêché, lors de la discussion soulevée par M. Malgaigne à l'Académie de médecine de Paris, dans laquelle il était question d'une opération bien moins sérieuse que la castration, et où se trouvait prononcé le mot tubercule, que la loi de M. Louis ait vite fait son apparition, malgré la déclaration faite par M. Malgaigne, qu'il tenait de M. Louis lui-même qu'il ne s'était pas occupé de ce point de la question.

Le vrai motif, ou mieux, le motif principal pour lequel on a tant cité la loi de M. Louis, outre une foule de motifs secondaires, est le suivant : Le mot diathèse était expulsé; il était gênant, il était trop vrai en face de l'organicisme. Cependant, il y avait nécessité de constater la chose, la possibilité des complications de même nature dans d'autres organes, dans le cas de lésions tuberculeuses; sortir de la localisation, ce n'était pas possible; avec les mots, la loi de M. Louis, on se dispensait d'explications, et on restait organiciste.

Cette seconde objection peut donc être envisagée à un double point de vue. Ou bien, en la faisant, on veut dire d'une manière déguisée qu'il y a diathèse, et alors l'objection est la même que la première à laquelle nous avons répondu. Ou bien, faisant allusion au peu de fréquence de guérison des phthisies pulmonaires, on veut dire que le tubercule testiculaire peut exister en même temps que d'autres complications dans d'autres organes, en particulier dans les poumons, l'un des siéges les plus fréquents de la sécrétion tuberculeuse, et que ces complications peuvent être assez graves pour contre-indiquer toute opération. Mais alors ceci pourrait être dit d'une manière plus juste, plus exacte et plus utile, à propos des complications en général, que par l'exclamation pure et simple, la loi de M. Louis!

A ce propos, nous trouvons, dans une note envoyée par M. Vidal de Cassis à l'Académie de médecine, une opinion que nous regrettons de ne pas pouvoir accepter. D'après deux faits que M. Vidal cite, et d'autres qu'il se rappellerait, il semblerait que lorsque le tubercule se dépose dans *un seul* testicule, il se complique plus volontiers de tubercules pulmonaires et même d'une phthisie pulmonaire grave, que lorsqu'il attaque les deux testicules. Si cela était, cela jugerait du coup la question que nous cherchons à élucider dans ce chapitre. En effet, nous voulons, en définitive, savoir si nous aurons jamais indication de pratiquer la castration pour des cas de hernies tuberculeuses testiculaires; nous savons que le testicule s'échappe au dehors, presque uniquement quand il y a des tubercules d'un seul côté; si ce qu'a dit M. Vidal était vrai, nous devrions supposer que probablement le cas ne se présenterait jamais favorable à la castration. Mais il n'en est pas ainsi. Il est évident pour nous que M. Vidal s'est laissé illusionner par un ou deux faits frappants qui ont fixé son attention. Nous avons, nous aussi, cité plus haut des faits précis et contraires, et nous pouvons assurer que le chirurgien rencontrera et l'un et l'autre cas, à savoir tantôt complication par des tubercules pulmonaires, tantôt absence de cette complication; il y a même lieu de penser que la complication sera rare dans les cas de hernies du testicule, puisqu'elle n'a pas été signalée dans une seule observation, ce qui n'est pas une preuve absolue, tant s'en faut, mais est au moins une forte présomption.

3° Les tubercules testiculaires sont accompagnés de complications graves, qui amènent une terminaison funeste, ou bien ils restent tout locaux; ils peuvent guérir spontanément après évacuation des tubercules, et dans les deux cas, l'opération est inutile. Voilà, de toutes les objections, la seule vraiment sérieuse, et celle sur laquelle, au fait, on a le plus fortement insisté. Il nous semble, cependant, qu'elle n'est pas absolument concluante.

Pour ce qui est des cas où des complications, en particulier du côté des poumons, seraient assez graves pour que la castration ne dût pas être appliquée, il n'y a rien à dire; la chose est incontestable. Il y aurait cependant à voir si pour la castration, ainsi que pour l'opération de la fistule à l'anus, etc., ces complications à leur début, une phthisie pulmonaire commençante ou peu avancée, par exemple, seraient un obstacle absolu à une opération qu'on aurait pratiquée sans cela. Nous nous contentons de ces simples indications, parce que la question exigerait, pour être traitée, une étude complète des tubercules testiculaires et de leurs complications. Dans ces cas où positivement l'opération ne doit pas être pratiquée, nous concevons que la marche connue de la lésion testiculaire soit, jusqu'à un certain point, un motif de consolation pour le patient et pour le chirurgien. Nous savons, en effet, qu'après des mois, on aurait mieux fait de dire en général après des années, les cavités tuberculeuses testiculaires s'ouvrent, se vident peu à peu et finissent par se cicatriser, après avoir laissé longtemps subsister parfois des trajets fistuleux.

Mais, maintenant, ce qui est un assez bon motif de consolation dans ces cas, devient-il une raison suffisante pour empêcher l'opération dans ce qu'on appelle un tubercule local, ou plus exactement dans les cas où il n'y a pas de complications? Nous ne le pensons pas.

Les tubercules alors guérissent, dit-on, après évacuation. Oui, mais après combien de temps? Après des années, six à sept ans, dans le cas que M. Cruveilhier fait suivre des réflexions que nous avons citées en commençant et même dans plusieurs autres cas, les faits dans lesquels cela a duré plusieurs mois étant des exceptions. Après combien de difficultés et de souffrances? Le nombre en est immense. En premier lieu, le repos presque absolu au lit est nécessaire; puis les exacerbations locales, quoique moins intenses, reviennent tout de même, et exposent à de fréquentes souffrances; il n'est pas dit que le tubercule n'appelle pas le tubercule, que la lésion développée sur un point ne tende pas par cela seul à se continuer, à s'étendre, tandis que la sécrétion pourrait peut-être bien s'arrêter, si les premiers foyers étaient enlevés. Eh bien! prenons d'un côté un homme du monde, d'autre part un ouvrier : pour l'homme du monde, pour celui qui n'a pas besoin de gagner sa vie, exposez-lui d'une part quelle est la marche de la lésion; dites-lui que toujours exposé à une foule de complications, et à la condition d'un repos permanent ou à peu près au lit pendant des années, il pourra éviter qu'on fasse la castration, mais arrivera au même résultat, s'il a des tubercules dans le testicule même, c'est-à-dire que son testicule sera perdu, il y aura la différence, il est vrai, que dans le cas de castration il ne reste rien, tandis qu'après la *guérison* spontanée, il restera un méchant petit noyau inutile dans le scrotum; et une fois votre exposé fait, vous verrez si votre patient ne se décidera pas pour la castration, quelquefois immédiatement, d'autres fois peut-être après une épreuve de quelques mois dépensés en tentatives de guérison spontanée. Quant à l'ouvrier qui ne peut pas se dorloter et garder ainsi le lit sans rien faire, et que la lésion empêche de se livrer à son travail indispensable, il n'attendra pas qu'on discute la question; il viendra souvent demander de lui-même l'opération, dès qu'il saura que son testicule est perdu, et ce sera en lui-même seul que le chirurgien devra peser les raisons pour agir et les raisons pour attendre.

On exagère donc trop cette affaire de la guérison spontanée. Qu'on s'appuie sur elle, pour ne pas châtrer dans les cas où les tubercules sont purement épididymaires, cela se conçoit, puisqu'ici la conservation de l'organe et de ses fonctions est souvent possible et en tout cas douteuse, même pour des cas assez graves. Mais, dans le cas où les tubercules ont envahi le testicule lui-même, ainsi que l'a dit M. Cruveilhier, le testicule est perdu de toute façon; de ce moment, on ne comprend guère qu'en se faisant illusion avec le mot atrophie, le chirurgien ne doive pas préférer une extirpation immédiate à une cicatrisation qui surviendra après des années d'ennuis et de souffrances.

Des personnes devant lesquelles nous exprimions les mêmes idées, ont émis des doutes sur le fait de savoir si le testicule était nécessairement perdu. Émettre des doutes est chose sage, en général; néanmoins faut-il que ces doutes aient leur raison d'être. Or, connaît-on un cas de tubercules du *testicule* lui-même guéris avec conservation de l'organe? Pas un seul. Ce que nous savons, d'après les observations positives en particulier, et en général sur les conséquences destructives du tubercule, surtout dans un organe complétement enfermé dans sa dure tunique albuginée, ne nous permet même pas d'espérer qu'il puisse y avoir des exceptions. Pour que ces doutes fussent justifiables, on devrait donc commencer par montrer au moins quelque observation, et alors même la question ne serait pas résolue.

L'objection tirée de la possibilité de la guérison spontanée n'a donc pas toute la force qu'on lui avait attribuée, dans les cas où la castration serait indiquée sous les autres rapports.

4° *Le testicule est un organe important*, certainement, et personne ne sera plus que nous porté à le reconnaître. Il faut donc chercher à le conserver de toutes façons. Fort bien, pourvu qu'il ne soit pas condamné à une destruction inévitable. Ce serait d'ailleurs une mauvaise plaisanterie que de supposer en général qu'avec un scrotum entouré de cataplasmes, dans lequel se montrent des abcès successifs, ou criblé de fistules dans l'intervalle, l'appareil génital pût en aucune façon continuer à remplir ses fonctions, pendant les premiers temps de la période nécessaire pour obtenir une cicatrisation spontanée.

5° Comme opération, la castration peut avoir des suites graves dont il est bon de tenir compte. Sans doute, quoique ce soit une opération qui réussisse en général très-bien. Cependant, en additionnant toutes les chances possibles de ces suites, nous doutons que l'on puisse mettre en parallèle les conséquences fâcheuses, et graves aussi, qui sont les suites naturelles de tubercules testiculaires persistants. Il ne faudrait donc pas exagérer les suites de l'opération, et par exemple, parler comme on l'a fait, lorsqu'un testicule seul a été extirpé, l'autre restant intact, d'une prétendue mélancolie consécutive qui n'existe, et encore pas absolument toujours, que lorsqu'il y a perte complète des fonctions viriles par une raison quelconque, entre autres par l'amputation de la verge.

En résumé, la décision de proscrire absolument la castration, dans les cas de tubercules testiculaires, n'est certainement pas sans appel, malgré la tendance générale actuelle. Il y a des cas douteux, même alors qu'il n'y a que des tubercules épididymaires, et pour lesquels il serait difficile de prescrire une direction absolue. Mais il est des cas dans lesquels il n'y a pas même de doutes pour nous; parmi ces cas, nous rangerons sans hésitation celui qui serait ainsi caractérisé.

Un homme doué d'une bonne constitution apparente, et même franchement lymphatique : des tubercules existent dans l'épididyme et dans le testicule, d'un seul côté; il n'y a pas de lésions graves ailleurs; l'affection testiculaire dure depuis longtemps; des bosselures se sont déjà ouvertes ou abcédées; il y a un ou plusieurs trajets fistuleux; tout exercice notable est devenu impossible, à cause des souffrances et des exacerbations qu'il provoque; le repos et des soins sans fin vont devenir absolument nécessaires pour arriver à une cicatrisation à la suite de laquelle le testicule est perdu à coup sûr, puisqu'il renferme des tubercules en même temps que l'épididyme. Dans un cas pareil, et nous en avons vu des exemples analogues à celui de la 28e observation rapportée plus haut, nous pratiquerons la castration sans hésiter.

Règle générale : la castration sera rarement appliquée aux tumeurs testiculaires; seulement on est allé trop loin, à notre avis, lorsqu'on l'a condamnée absolument.

Si maintenant, de la question générale, nous descendons à la question plus spéciale, nous allons rencontrer un premier embarras. Les observations que nous possédons, avons-nous dit, ne nous montrent, d'une manière incontestable, aucun cas dans lequel des tubercules existassent dans le testicule lui-même; et de plus, avons-nous ajouté, nous avons tendance à croire que lorsqu'il y a des tubercules dans le testicule, en sus ou indépendamment de l'épididyme, la hernie ne se reproduira pas. Si cette dernière opinion, qui n'est qu'une présomption, au fait, était justifiée par l'observation ultérieure, nous manquerions donc dans les cas de hernies testiculaires de cette indication nette de la castration, à savoir la présence de tubercules dans la substance testiculaire. Mais si, contrairement à nos prévisions, elle était prouvée fausse, nous rentrerions à coup sûr dans la règle qui justifierait la castration.

Lorsque les tubercules existent dans l'épididyme seulement, et que le testicule hernié n'est pas considérablement augmenté de volume, et paraît être sain d'ailleurs, quel que soit l'état de l'épididyme (à part exceptions excessivement rares), il n'y aurait à songer à la castration en aucun cas. Mais si, au lieu de cela, nous avions affaire à un testicule fortement hypertrophié, devenu dur en même temps, et qui paraît être entièrement envahi par des produits plastiques peu ou point susceptibles de résolution (comme dans certains cas d'orchite chronique pure, où le testicule contenu dans le scrotum nous paraît cependant devoir être enlevé), si en même temps l'épididyme, envahi par de nombreux noyaux tuberculeux, était évidemment détruit ou destiné à être détruit en totalité, alors incontestablement la castration serait justifiable, quoiqu'il n'y eût pas de tubercules dans le testicule même. A ce point de vue, quelques-unes, un petit, très-petit nombre des observations de hernies testiculaires tuberculeuses que nous avons rapportées ou signalées, dans lesquelles la castration a été pratiquée, pourraient être justifiées.

En somme, la question est celle-ci : D'après les notions puisées dans une étude approfondie des tubercules testiculaires, le chirurgien a-t-il la conviction que l'organe ne pourra plus exercer ses fonctions? S'il n'y a que doutes, l'organe doit être conservé. S'il y a certitude à peu près complète, l'organe devra être enlevé; et la présence de la hernie testiculaire, ainsi que l'existence de tubercules existant encore dans l'épididyme, et destinés à coup sûr à donner naissance à des accidents ultérieurs, seront des éléments puissants en faveur de l'opération.

Seulement, nous le répétons encore, la castration sera extrêmement rare, parce que les observations connues nous montrent que, dans le cas de hernie, le testicule, non-seulement ne renferme pas de tubercules, mais reste ordinairement sain, et que, de plus, le nombre des noyaux tuberculeux, dans l'épididyme, paraît dans ces mêmes cas être très-limité.

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Thé de Java,

Par Ad. Chatin, *docteur ès-sciences et en médecine, professeur de botanique à l'École de pharmacie.*

Tout ce qui se rattache à la production du thé, cette feuille que les Chinois préparent, consomment, et vendent encore aux autres peuples, notamment aux Anglais, aux Anglo-Américains, aux Russes et aux Hollandais, pour une somme d'environ un demi-milliard de francs, mérite de fixer l'attention du médecin et de l'économiste. On accordait au thé un rang utile dans la thérapeutique et une grande place dans l'hygiène : les travaux de M. Péligot, en faisant connaître qu'il contient jusqu'à 4 ou 6 pour 100 de caféine, substance énormément azotée, et que, pris en masse, il ne renferme pas moins de 6 à 7 pour 100 d'azote, ont expliqué et justifié le rôle important qu'il remplit dans l'alimentation proprement dite.

Ce n'est donc pas une chose indifférente que l'extension de la culture de l'arbre à thé et la préparation convenable de ses feuilles, dans des contrées autres que celle qui en a encore aujourd'hui le monopole sur tous les marchés du monde. Les Anglais, dont on connaît cependant toute la persistance, ont été contraints d'abandonner la culture du thé, qu'ils avaient introduite dans leurs possessions des Indes; c'est à peine encore si les Brésiliens, plus heureux ou moins difficiles, et chez lesquels notre ami Guillemin était allé, envoyé par le gouvernement français, chercher 3,000 pieds d'arbre à thé qui seront bientôt tous morts, s'ils ne trouvent enfin sur quelques versants de l'Algérie un milieu hospitalier, produisent pour leur consommation, cependant circonscrite par l'usage du *maté*. Mais voici que Java, cette grande île de 50 lieues de large sur 260 lieues de longueur, et qui a 5,000,000 d'habitants, parmi lesquels on compte un grand nombre de Chinois, a réussi pleinement dans la culture de l'arbre à thé, dont elle offre aujourd'hui les feuilles préparées à l'Europe, par la voie du commerce hollandais. Examinons donc les thés de Java, en gens qui désirent créer une concurrence aux produits trop chers de la Chine, et montrer, par un exemple, qu'on peut tenter de déposséder le Céleste-Empire, mais qui veulent, avant tout, du thé de bonne qualité.

Les thés apportés de Java à Rotterdam appartiennent tous au groupe des *thés noirs*, c'est-à-dire à ceux que la préparation a débarrassés en grande partie du principe âcre et astringent qui est conservé dans les *thés verts*. Les principales sortes chinoises sont connues sous les noms de *pekao*, *congo*, *saoutchon* et *pouchong*; nous désignerons simplement les sortes de Java par les nos 6, 5, 4, 3, 2, 1, sous lesquels sont classés les échantillons mis à notre disposition par M. E. Ménier, qui les a reçus de ses correspondants à Rotterdam. Le numéro d'ordre correspond à peu près à leur prix, comme on le voit ci-après :

Thé de Java,	n° 5,	vaut à Rotterdam	6f00	le kilog.
—	n° 6,	—	5.40	—
—	n° 4,	—	4.30	—
—	n° 3,	—	3.70	—
—	n° 2,	—	3.20	—
—	n° 1,	—	3.00	—

Au premier aspect, ces six sortes peuvent être distinguées en trois groupes, d'après le nombre décroissant des petites feuilles à dos blanc soyeux qu'elles contiennent en mélange. Le premier groupe, ou celui des thés *gris-blanc*, comprendrait les nos 5 et 6; les thés *gris* seraient formés par les nos 4 et 3; aux thés *bruns* ou *noirs*, appartiendraient les sortes 2 et 1. Les premiers ont l'apparence générale des thés de Chine dits *pekao*; les derniers ressemblent, au contraire, au thé *saoutchon*. Un examen plus complet des sortes conduit à leur assigner les caractères suivants :

N° 5. Il est formé presque en totalité par de jeunes feuilles cueillies bien avant leur développement, et qui sont restées, après la cueillette, roulées en dessus et des deux côtés de la nervure moyenne, comme elles le sont dans leur vernation. Ce thé est d'une odeur douce et suave, d'une couleur brune qu'émaillent les reflets blancs satinés de la face extérieure des plus jeunes feuilles, d'une saveur où ne perce pas la plus faible âcreté. Indépendamment des jeunes feuilles qui, après avoir été développées par l'eau, ont de 20 à 25 millimètres de longueur, sur 8 à 10 millimètres de large, on trouve un très-grand nombre de *somnités* des rameaux portant, enroulées les unes sur les autres par leurs côtés, les très-jeunes feuilles terminant le bourgeon, plus un nombre moindre de feuilles plus développées, mais coupées ou plutôt déchirées transversalement par leur milieu, très-rarement divisées en trois pour les plus grandes, puis lâchement chiffonnées ou irrégulièrement roulées en long dans la préparation.

Il est évident que ce thé est fourni par la cueillette de très-jeunes scions, pareils à peu près à ceux qu'on détache du mûrier pour la première nourriture des vers à soie. On divise en deux, rarement en trois, les feuilles inférieures qui sont les plus grandes; on isole les feuilles moyennes qui sont parfois enlevées avec une portion encore tendre du jeune rameau; quant à celles qui restent dans le bourgeon non développé, on les laisse réunies sur le sommet de l'axe.

L'infusion du thé de Java n° 5 est douce, parfumée et d'une belle couleur jaune.

N° 6. Ne diffère pas sensiblement du n° 5.

N° 4. Les jeunes feuilles à dos blanc satiné sont moins nombreuses que dans les nos 5 et 6, les bourgeons presque entièrement épanouis ne se composent plus que d'une petite feuille, rarement de deux; ce sont les feuilles d'un développement moyen (30 à 40 millimètres de long) qui, souvent déchirées par leur

milieu ou réunies deux à deux sur un fragment de jeune scion, prédominent.

L'odeur de ce thé et celle de son infusion sont un peu moins suaves que chez les nos 5 et 6.

N° 3. Ne diffère pas beaucoup du n° 4; cependant les jeunes feuilles à dos soyeux sont évidemment moins nombreuses.

N° 2 et n° 1. Ces deux sortes de thé qui ne diffèrent bien, au premier aspect, que parce que dans le n° 2 se trouvent un certain nombre de feuilles d'une teinte rougeâtre ou feuille morte due à la présence d'un petit champignon, peu ou non roulées, et divisées par fragments, se distinguent aisément des sortes précédentes. Leur odeur a quelque chose de vireux; leur infusion, peu parfumée, est assez styptique et a une action réductive très-prononcée sur les sels d'argent; à la place des petites feuilles à dos blanc qui sont devenues extrêmement rares, on en trouve dont les dimensions presque complètes atteignent à une largeur de 2 centimètres et à une longueur de 5 centimètres. Le n° 1 offre d'ailleurs, plus souvent que le n° 2, de grandes feuilles entières et de longs fragments de rameaux portant, à l'aisselle des feuilles qui ont été détachées, un bourgeon de seconde pousse déjà long de 2 à 3 millimètres. Le n° 2, quoique formé de feuilles un peu plus petites, est vendu moins cher, sans doute parce qu'il est formé de rebuts, comme l'indiquent les feuilles de couleur fauve et celles, assez nombreuses, dont les bords sont froissés-lacérés.

Aucune des sortes de Java n'a de feuilles aussi complétement développées que celles qu'on trouve dans les thés verts de Chine, et, chose bien digne de remarque, et qui tient peut-être à l'évolution plus rapide de la plante dans les conditions de sa culture en Chine : à dimensions égales, les feuilles des thés de ce dernier pays, celles surtout qui forment les sortes de qualité supérieure, sont plus minces et ont la face dorsale *plus blanche* que les feuilles des thés de Java. Nous sommes cependant porté à ne pas attacher une importance trop grande à cette circonstance, attendu que nous avons vu un délicieux thé de Chine, dit *thé de caravane*, qu'on vendait au prix de 100 francs la livre, se rapprocher singulièrement des thés de Java par ses feuilles courtes, assez épaisses et à peine soyeuses.

L'*odeur* et la *couleur* des thés ont été l'objet de conjectures d'autant plus variées qu'on est moins bien informé sur les procédés suivis aux lieux de provenance. On a affirmé que le *Camelia sasanqua* Thunb. donnait son parfum au thé vert dit *schulang*, et que les autres sortes étaient aromatisées avec l'*Olea fragrans L.* (*lanhoa* des Chinois).

M. A. Richard a émis l'opinion que la rose-thé pourrait bien servir au même usage. D'un autre côté, plusieurs voyageurs assurent que l'arome des thés se développe spontanément. Nous sommes d'autant plus disposé à admettre cette dernière opinion, que des personnes qui ont habité le Brésil, où la production du thé est considérable, nous ont assuré qu'on n'y ajoute aucun aromate, et que cependant ce thé, sur lequel nous espérons pouvoir donner prochainement quelques détails, possède, comme celui de Java, une odeur qui ne diffère pas au fond de celle des produits de la Chine, et est fourni par la même espèce botanique. S'il nous était permis d'émettre une conjecture, nous supposerions que l'odeur des thés se développe en raison composée du sol où végète la plante, des conditions climatologiques, de l'époque de la récolte, de l'âge des feuilles, du mode de préparation, du temps pendant lequel on conserve le produit avant de le livrer au commerce, et des conditions dans lesquelles s'opère la conservation elle-même.

La couleur des thés a été d'abord attribuée à une différence botanique. On a dit que les thés verts étaient produits par le *Thea viridis L.*, les thés noirs par le *T. Bohea L.* Depuis, on a rattaché ces deux espèces à une seule, que subdivisent en variétés les pétales au nombre de 6 ou de 9, et la forme des feuilles. On a appris, en outre, que la même variété pouvait fournir et fournissait en effet des thés noirs et des thés verts, les premiers étant généralement fabriqués, comme le sont toutes les sortes de Java, avec les feuilles le plus incomplétement développées (1). Mais, chose singulière, on dit encore qu'en Chine thés verts et thés noirs sont préparés en chauffant les feuilles, leur faisant rendre leur eau, les séchant, les chauffant de nouveau, etc. Or, je crois tout cela très-exact en ce qui concerne les thés noirs, mais je ne le comprends pas pour les thés verts. En effet, le suc *extractif* des végétaux, à moins d'être protégé par des acides comme dans la joubarbe, ce qui n'a pas lieu dans l'espèce, s'oxyde et *brunit* rapidement, sous l'influence de l'air, de la chaleur et de la lumière, dès qu'il est soustrait à l'influence de la vie, et l'altération, que traduit la coloration en noir, est favorisée par la présence de matières tanniques très-avides d'oxygène, comme celles qui existent dans le suc de thé (1). Donc les thés *verts* ne peuvent être préparés que par une manipulation qui n'amène pas au dehors les sucs qui coloreraient infailliblement le tissu des feuilles, et leur feraient perdre les qualités manifestement astringentes qui caractérisent ce groupe commercial. Ce qu'on a dit de l'immersion des feuilles dans l'eau chaude se concilierait, à la condition d'un refroidissement rapide, avec la couleur des thés verts; mais, à moins d'être fort courte, cette immersion devrait priver les thés de l'âcreté et du principe astringent qui s'y retrouvent.

En somme, pour en revenir aux thés de Java, et exprimer notre opinion sur leur compte, nous croyons ne pas trop nous avancer en disant :

Les thés de Java offrent, dans leurs premières sortes, des qualités au moins correspondantes à celles des thés *noirs* de la Chine, dits thés saoutchon, qu'ils égalent ou surpassent par la douceur et le parfum de leur infusion. Or, ce point admis, ce que nous engageons les amateurs à vérifier (comme cela a été fait dans une réunion de nos amis), il est clair que les bons produits de Java devront être préférés, attendu qu'ils ne valent à Rotterdam que de 4 à 6 francs le kil. au lieu de 10 à 12 francs que coûtent les thés de Chine les plus ordinaires. Purs ou mêlés à un tiers de thé vert (de Chine), les nouveaux thés de Java, dont l'introduction dans la consommation doit diminuer le tribut que nous payons à l'étranger, forment une boisson excellente.

On peut espérer que bientôt les thés *gris-blanc* de Java ne le céderont en rien aux fins thés *Pékao* de la Chine, auxquels ils ressemblent déjà de façon à s'y méprendre, comme les thés *brun-noir* aux thés *saoutchon*. Nous pensons toutefois que les thés *brun-noir* de Java devront être améliorés avant de prendre une place importante sur les marchés de l'Europe; le succès avec lequel les Javanais se sont livrés à la production d'une foule de produits industriels ou alimentaires, tels que l'indigo, le coton, le tabac, l'ananas, le café, le poivre, le riz, le sucre, et le concours que leur prêtent l'expérience et les bras de plus de cent mille Chinois, sont de sûrs garants du nouveau succès qui va couronner leurs efforts dans la culture de l'arbre à thé.

Nous avons cru devoir appeler l'attention sur les résultats obtenus à Java : 1° parce qu'ils doivent détourner les capitaux immenses qui, chaque année, quittent le commerce du monde pour aller s'enfouir en Chine; 2° parce que le prix de vente des produits de Java étant de 2 à 4 fois moins élevé que celui des produits chinois, l'Europe, en préférant les premiers, n'aura à verser qu'un capital réduit de 4 à 2 ou même de 4 à 1; 3° parce qu'enfin tout essai heureux dans la culture du thé étant une incitation directe à des essais analogues, nos colonies, l'Afrique surtout, devront trouver dans le succès obtenu sur la partie montagneuse de Java un nouveau motif pour persévérer dans une entreprise où elles sont notamment encouragées par la certitude du privilége dont la métropole ne manquerait pas de favoriser leurs produits.

(1) Il résulte de l'examen que nous avons fait des thés du commerce, tant de ceux de Chine que de ceux de Java, qu'ils seraient exclusivement fournis par la variété du *Thea sinensis Sims.* correspondant au *T. viridis L.* Les feuilles de celle-ci, que l'on trouve souvent tout à fait développées dans les thés verts, se distinguent à leur forme oblongue-lancéolée (7-8 centim. de long sur 20-24 millim. de large), à leur épaisseur, à leurs dents rapprochées et terminées par un mucron ordinairement recourbé vers l'axe de la feuille. Dans le *T. Bohea*, au contraire, les feuilles oblongues-ovales n'ont que 4 centim. de long sur 2 centim. de large, sont minces, à dents distantes, très-petites et à mucrons droits; les poils blancs soyeux qui recouvrent les jeunes feuilles sont d'ailleurs moins abondants que dans le *T. viridis*.

(1) On sait que M. Chevreuil a insisté récemment sur ce fait, que la présence des alcalins hâte l'oxydation des matières organiques.

— *Concours pour trois places de chirurgien du bureau central des hôpitaux.* — Après une série d'épreuves qui ont mis en évidence, chez la plupart des candidats, une instruction théorique et pratique des plus solides, ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Follin, Depaul et Broca.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 51. 1re année. Jeudi 28 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HOPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par le Dr Racle. (*Suite.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 27 avril 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets.)

Les rapports consciencieux et longuement étudiés sont rares à l'Académie de médecine, de même probablement que dans toutes les académies officielles du monde ; mais il faut reconnaître une chose fort triste, que M. Chevallier a déjà eu l'occasion de faire remarquer, c'est que le rôle de rapporteur consciencieux n'est guère encouragé. Une commission se présente, qui pendant cinq ans étudie une méthode thérapeutique ; qui, après ce temps, vient faire connaître quelques résultats, incomplets il est vrai, mais dont il serait déraisonnable de contester l'importance, et voilà que des contradicteurs qui n'ont ni entendu ni lu le rapport où ces résultats sont exposés, réclament contre des omissions qui n'existent pas, contre des injustices imaginaires, lorsque le rapport les a traités, ces contradicteurs, au moins tout aussi bien qu'ils le méritent. Il n'y a pas jusqu'au vénérable M. Guéneau de Mussy lui-même qui, on ne sait sous quelle influence, ne soit tombé dans ce travers en venant reproduire, dans une lettre, des remarques qui, d'un bout à l'autre, sont consignées dans le rapport qu'*il a signé*.

La discussion, on le sait, devait être ouverte par M. Bonnafont, chirurgien distingué, correspondant de l'Académie, et qui s'est occupé avec distinction de la pathologie des organes de l'ouïe; son discours a été écouté avec un intérêt mérité ; mais il faut reconnaître qu'il n'a en rien éclairé l'Académie sur les conclusions du rapport de la commission.

Après M. Bonnafont, à qui M. Piorry n'a eu que des éloges à donner, l'honorable M. Ferrus a, dans une savante improvisation, considérablement agrandi le cercle de la discussion et fait à l'Académie la proposition d'étudier à fond la difficile et importante question du traitement et de l'enseignement des sourds-muets. Mais l'Académie paraît avoir jugé la tâche trop difficile, et elle a laissé passer sans s'y arrêter les propositions de l'éminent académicien.

Après une nouvelle réplique de M. Piorry, l'Académie paraissait assez disposée à voter sur les propositions de la commission, lorsque M. Cazeaux est monté à la tribune. Tout le monde a cru que le disert orateur venait apporter dans la discussion les lumières de sa parole incisive et lucide. Il n'en a rien été ; M. Cazeaux est venu, par surprise, lire un document dicté par une inspiration évidemment malheureuse et émané, au moins en apparence, d'une personne étrangère à la science, à l'Académie et au langage français. M. le Président, avec son esprit habituel et avec une décision qui lui est moins familière, a fait observer à M. Cazeaux son oubli des usages académiques, et là s'est terminée la séance. Le résultat des discours prononcés a été l'inscription de plusieurs orateurs nouveaux. Quant aux conclusions du rapport, elles n'ont été ni attaquées ni défendues; quant aux questions que la commission avait à résoudre, elles n'ont été en rien éclairées.

Ces questions ont pourtant été posées par M. le Ministre avec une netteté qui semblerait laisser peu de prise aux circonlocutions. De quoi s'agit-il en effet? Le voici :

Il est un fait parfaitement constaté par la commission, c'est qu'il entre dans l'établissement des sourds-muets des élèves demi-sourds-muets, des sourds parlants, et d'autres présentant une affection susceptible d'amélioration, et qui, par suite du peu de temps que l'on consacre à l'enseignement de la parole (une heure par jour, environ cinq fois par semaine), et par suite de l'enseignement même qui leur est donné pendant toute la durée de leurs études, à l'aide des signes et de l'écriture, sortent avec une aggravation de leur infirmité ou ne peuvent retirer aucun avantage du traitement qu'on applique à leur affection. On s'explique facilement comment ces enfants, étant placés dans des conditions si défavorables, n'acquièrent qu'incomplétement l'usage de la parole; on comprend que, plongés toute la journée, comme le dit M. le rapporteur, dans une sorte d'atmosphère muette, ils ne puissent se perfectionner sous le rapport du langage articulé, ni recevoir un développement de l'audition. La parole étant fille de l'imitation et de l'habitude, on comprend combien il importe de rapprocher, pendant le temps le plus long possible, le sourd-muet du parlant. C'est cette vérité qu'a comprise l'Allemagne, et que M. Blanchet a reconnue dans le cours de ses missions à l'étranger; c'est là la principale question posée par M. le ministre à la commission, et que la commission a résolue, par des faits positifs, d'une manière conforme aux vues de M. Blanchet.

L'Académie peut sans doute étudier d'une manière complète la surdi-mutité, et ce n'est pas nous qui chercherons à l'arrêter dans cette voie; mais c'est là une tâche complétement en dehors du rapport en discussion; il faut donc

voter d'abord sur les conclusions de ce rapport, et pour motiver son vote, l'Académie n'a qu'à admettre ou à contester les faits observés par la commission. Si les faits sont vrais, les conclusions doivent être adoptées, non pas *provisoirement,* mais définitivement; si les faits sont erronés, les conclusions doivent être rejetées ou ajournées. Telle est l'issue que l'Académie fera bien de donner le plus tôt possible à la discussion qu'elle a entamée, car contiuuer cette discussion dans la direction qu'on lui a donnée, c'est dépenser du temps en pure perte.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.—M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur,

Rédigées par le Dr RACLE, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir le n° 44.*)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§ 1er. *Classification.* — Le perfectionnement des classifications est l'indice le plus certain des progrès des sciences. Cette vérité, incontestable en médecine comme dans toutes les autres branches des connaissances humaines, trouve surtout son application dans ce qui a trait à la pathologie du cœur; en effet, on ne peut mieux démontrer combien l'histoire de ces maladies s'est enrichie qu'en faisant ressortir les différences de la classification moderne et de celle qui, il n'y a pas même trente ans, faisait autorité dans la science, nous voulons parler de la classification de Corvisart.

L'ouvrage de Corvisart se compose de deux parties. L'une est consacrée à des considérations générales sur les causes, les signes, etc., des maladies du cœur; l'autre à l'étude particulière de ces affections. Cette dernière forme cinq classes où l'on étudie tour à tour *les affections des enveloppes membraneuses du cœur, les affections de la substance musculaire de cet organe,* celles *des parties tendineuses,* celles *qui intéressent les divers tissus du cœur,* et enfin les *anévrysmes de l'aorte.* Chacune de ces classes est subdivisée à son tour, mais on est véritablement surpris en voyant combien est petit le nombre des affections décrites dans chacune d'elles et combien est grand le nombre de celles qui sont passées sous silence. La classe des affections des enveloppes membraneuses du cœur ne contient que deux maladies, la péricardite et l'hydro-péricarde; la seconde ne traite que des anévrysmes du cœur, de l'endurcissement, des transformations, des dégénérescences graisseuses de l'organe, et ainsi des autres divisions, de sorte que cette classification est absolument incomplète, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant un simple coup d'œil sur la table de l'ouvrage. Mais ce n'est pas le seul reproche qu'on puisse lui adresser. Cette classification n'est nullement philosophique et c'est ce qui a lieu de nous étonner de la part d'une intelligence aussi éminente, de la part d'un des esprits les plus justes et les plus éclairés qui aient jamais raisonné sur la science des maladies. En effet, la division fondamentale de l'ouvrage, au lieu d'être basée sur la nature des maladies et par conséquent tirée des entrailles du sujet, se trouve fondée sur de simples considérations anatomiques, point de départ tout à fait secondaire en pathologie. Chaque science, en effet, classe les sujets et ses études sous le point de vue de leur nature, et non sous celui de telle ou telle condition accessoire. Autrement il en résulte des rapprochements de sujets absolument sans analogie et surtout des séparations de faits ayant la plus grande ressemblance.

L'ordre anatomique suivi par Corvisart entraîne dans son ouvrage des contradictions si choquantes, qu'il suffit de les citer pour faire juger de la défectuosité de cette méthode. Les inflammations du péricarde, par exemple, sont étudiées dans la première classe, tandis que celles du cœur, désignées sous le nom de *carditis,* n'arrivent que dans la quatrième, séparées des premières par toute l'étendue de deux autres classes de maladies. L'histoire des transformations consécutives à l'inflammation du cœur est décrite bien avant l'inflammation elle-même; car il est question de l'endurcissement, des transformations cartilagineuses et osseuses du cœur dans le deuxième livre, et de l'inflammation dans le quatrième. Corvisart n'a pas eu le temps de revoir suffisamment son ouvrage et de faire disparaître ces défauts si dignes de reproche.

Pour nous, nous avons cherché à classer les affections du cœur d'une manière philosophique, en prenant la pathologie et non l'anatomie pour point de départ: on trouvera cette classification dans le Traité des maladies du cœur. Nous nous bornerons à en citer ici les points les plus importants. Nous avons aussi divisé notre ouvrage en deux parties: l'une est consacrée à des prolégomènes ou généralités; l'autre à la description spéciale des maladies du cœur.

La première partie comprend un grand nombre de faits de tout genre qui ne peuvent rentrer dans l'étude des maladies en particulier; nous y avons consacré des années de travail et nous ne craignons pas de dire qu'elle nous a coûté à elle seule plus de peine que tous les ouvrages publiés jusqu'ici sur les maladies du cœur n'en ont coûté à leurs auteurs; car nous avons voulu, pour être exact, reprendre tous les travaux physiologiques et anatomiques faits sur le cœur; nous avons cent et mille fois pesé, mesuré l'organe cardiaque et multiplié à l'infini les vivisections pour étudier les fonctions de cette machine si compliquée et cependant si simple en apparence.

Quant aux maladies considérées en particulier, nous les classons d'une manière philosophique, c'est-à-dire dans un ordre logique et conformément à leur nature; nous les divisons en quatre grandes classes:

1° Maladies qui consistent essentiellement en une altération ou une lésion des actes vitaux, intimes et moléculaires du cœur, tels que les actes de *nutrition, sécrétion,* etc.;

2° Maladies dynamiques consistant dans une altération de l'innervation, *névroses;*

3° Maladies physiques ou mécaniques, telles que déchirures;

4° Vices de situation et de conformation.

Enfin, dans une cinquième classe, nous nous occupons des altérations que peut subir le sang en traversant le cœur.

Quelques détails sur chacune de ces classes sont nécessaires.

1re CLASSE. Nous commençons par nous occuper de l'inflammation, et, évitant le défaut que nous reprochons à Corvisart, nous l'étudions, sous toutes ses formes, dans des divers tissus du cœur, et nous décrivons aussi toutes les suites si nombreuses, si variées qu'elle peut présenter. Ainsi nous commençons par étudier la péricardite et les diverses phases de son évolution, comprenant les périodes de congestion, de tuméfaction; les sécrétions anormales, sérosité, pus, fausses membranes; l'organisation des fausses membranes en tissu cellulaire, cellulo-fibreux, fibro-cartilagineux; nous étudions les adhérences, les plaques laiteuses, les végétations, tumeurs et toutes ces lésions qui sont consécutives à l'inflammation et qui ne sont plus l'inflammation elle-même, mais qui lui survivent comme des enfants à leur mère. Vient ensuite la cardite ou inflammation du tissu cellulaire périphérique et inter-musculaire du cœur, et des suites qui sont loin de ressembler à celles de la péricardite: dans cette dernière, ce qui domine, ce sont les produits anormaux; dans la cardite, ce sont les altérations de la substance charnue du cœur, et surtout les changements de consistance, les ramollissements blancs, jaunâtres, rouges, ou bien les gangrènes, les suppurations, ulcérations, perforations, et les singulières communications anormales qui amènent des cyanoses accidentelles. Enfin, cette étude nous amène naturellement à ces affections spéciales, encore peu connues, soupçonnées par Corvisart et qui consistent en anévrysmes du cœur, anévrysmes par érosion, anévrysmes chirurgicaux ou de Scarpa. Nous étudions ensuite les affections inflammatoires dans un autre siége, c'est-à-dire dans l'endo-

carde, où personne ne les avait décrites avant nous. L'endocardite était absolument inconnue à Corvisart ; à l'époque où nous publiâmes, de concert avec Bertin, notre *Traité des maladies du cœur,* nous avions déjà commencé à en parler, et M. Andral lui-même s'en était occupé ; mais jusque-là il n'avait été question que de la forme la moins franche, la moins bien accusée, nous voulons parler de celle qui se rencontre dans la fièvre, et qui se caractérise par un état d'érythème, par une sorte d'érysipèle du cœur. Nous étions convaincu alors comme aujourd'hui que c'est une inflammation, mais ce n'est pas l'endocardite franche, légitime. Mieux étudiée depuis, l'endocardite a pris droit de domicile dans la science, et tout le monde la reconnaît. Nous l'étudions donc ici comme une maladie légitimement classée parmi les inflammations ; et nous trouvons qu'elle présente des analogies avec la péricardite, mais aussi des particularités qui lui appartiennent exclusivement ! Nous constatons l'injection ou la tuméfaction de la surface interna du cœur, les *secreta* anormaux, le ramollissement et l'ulcération du cœur, car la fibre charnue sous-jacente à l'endocarde ne peut pas être plus exempte de lésions dans cette inflammation que la surface du cerveau dans la méningite. Quand l'inflammation est violente, on sait que le sang peut se coaguler dans les cavités cardites et qu'il en résulte de grands désordres dans la circulation et même la mort. Enfin, viennent les maladies inflammatoires des valvules et leurs suites, les altérations des orifices, et les insuffisances, et tous les grands désordres intérieurs si différents de ceux qu'amène la péricardite.

L'énumération de ces simples généralités montre combien nous sommes loin de Corvisart pour le nombre et la variété des affections que nous retraçons, et pour l'ordre et l'enchaînement logique que nous mettons dans leur étude, nous attachant à faire procéder les lésions les unes des autres, comme cela a lieu dans la nature, à en suivre la filiation, et à montrer les analogies et les différences qui les séparent selon les tissus où elles prennent naissance.

Enfin, dans un paragraphe spécial, mais qui fait suite aux précédents, nous étudions certains produits anormaux comme le cancer, les hydatides, qui sont, dans quelques cas, évidemment précédés d'inflammation.

L'étude de l'inflammation du tissu cellulo-graisseux qui entoure le cœur, termine la liste des affections inflammatoires de cet organe ; cette lésion, qui mérite quelque attention, avait échappé à Corvisart.

Dans une classe nouvelle, nous nous occupons des lésions de sécrétion du cœur et par conséquent de l'hydro-péricarde, ne confondant pas cette affection avec la sécrétion due à l'inflammation. L'hydro-péricarde vraie est une simple accumulation de sérosité qui tient tantôt à un excès de sécrétion, tantôt à une diminution de l'absorption (hydro-péricarde active et passive).

Nous étudions ensuite les épanchements de pus de sang.

La classe suivante est consacrée aux augmentation et diminution de nutrition si heureusement appelées par Legallois hypertrophie et atrophie. Corvisart les a étudiées sans employer ces dénominations et en mettant en usage au contraire les noms si impropres d'anévrysmes actifs et passifs.

2e CLASSE. *Lésions de l'innervation ou névroses.* — Cette division comprend les maladies du cœur sans lésion matérielle appréciable ; cependant nous ne croyons pas que ces affections soient absolument dépourvues de dérangements physiques. De même qu'une machine ne se dérange pas si ses rouages ne sont pas matériellement altérés, de même le cœur ne peut pas se déranger sans que sa substance ait subi une atteinte plus ou moins forte ; il est vrai que ce en quoi il pèche nous échappe, mais ce n'est pas à dire pour cela que ce dérangement n'existe pas ; un ressort perd quelquefois son élasticité sans paraître le moins du monde dérangé, mais cependant cette destruction de ses propriétés tient à un changement moléculaire plus ou moins considérable. Qui nous dit d'ailleurs que ces névroses ne siégent pas dans les nerfs et que si nous connaissions suffisamment la structure intime de ces organes, nous n'y trouverions pas, dans ces cas, des lésions manifestes.

Quoi qu'il en soit, ces maladies sont nombreuses, car nous en décrirons successivement les *palpitations,* les *spasmes,* la *diminution des battements du cœur,* la *syncope.* Nous ne dirons rien des *névralgies,* êtres de raison qui ne peuvent exister que dans des organes naturellement sensibles et pourvus de nerfs de la vie animale. Toute cette classe d'affections a été passée sous silence par Corvisart.

3e et 4e CLASSE. *Lésions mécaniques et physiques.*—Plaies, ruptures, déplacements, vices de conformation, absence, communications anormales des cavités après la naissance, occlusion du trou de Botal chez le fœtus, etc., telles sont les principales maladies qui rentrent dans cette division.

5e CLASSE. Nous ne terminerons pas sans étudier les altérations que le sang peut éprouver dans les cavités du cœur, c'est-à-dire la formation des caillots, et aussi les phénomènes qui peuvent résulter de l'action du sang lui-même sur cet organe. Nous pensons que la fièvre qui accompagne les pyrexies peut être, dans beaucoup de cas, considérée comme le résultat d'une inflammation particulière du système angio-carditique ; et nous croyons, d'un autre côté, que dans beaucoup de cas les phénomènes cardiaques perçus chez les chlorotiques sont des effets du contact d'un sang appauvri sur la surface interne du cœur et du système vasculaire.

Cette énumération rapide et fort incomplète est cependant de nature à faire voir la différence qui existe entre la classification actuelle et celle de Corvisart. Celle-ci ne contenait qu'un petit nombre d'affections rangées confusément, la nôtre en comprend un beaucoup plus grand et procède d'une manière logique. Corvisart ne comptait que douze classes, nous en comptons trente.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 *avril* 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Nouveau modèle de lit pour recevoir les évacuations des malades.

2° Divers échantillons de remèdes secrets, et communications relatives à des modes de traitement de diverses maladies imaginés par des personnes étrangères à la science.

3° Rapports sur les épidémies suivantes qui ont régné en 1850 :

Fièvre typhoïde, par M. Haro, médecin cantonnal à Pange (Moselle).
— par M. Didier, médecin cantonnal à Antilly, canton de Vigy (Moselle).
— par M. Dusouil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres).
— par M. Fromentel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray (Haute-Saône).
— par M. Gestin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper.

Fièvre miliaire, par M. Gruizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier.

Rougeole, par M. Guillemin, médecin cantonnal à Briey.

Lettre de M. le préfet de la Mayenne sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le collége et dans la ville de Chateaugontier.

4° Rapports des médecins inspecteurs sur les eaux minérales de :

Saint-Sauveur, par le docteur Fabas ;
Département des Landes, par MM. Massie (Dax), Arrat-Balous (Saint-Loubouer), Batbedat (Gamarde), Batbedat (Prechacq) ;
Barboule (Puy-de-Dôme), par M. Choussy ;
Bourbon-Lancy, par MM. Tellier et Rérolle ;
Vic (Cantal), par M. Cavaroc ;
Uriage, par M. le docteur Bernard ;
Forges, par M. Cisseville ;
Baréges, par M. Pagès ;
Bains de mer de Calais, par M. Boulanger.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Calculs urinaires.

Protestation de M. Aug. Mercier contre une prétendue invention de M. Leroy, relative à une *sonde évacuatoire.*

Éducation des sourds-muets.

M. Deleau adresse un exemplaire de ses ouvrages et réclame la priorité de l'enseignement de la parole.

Exploration des tumeurs.

M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau moyen d'aspiration dans l'exploration des tumeurs ; c'est une petite ampoule en caoutchouc vulcanisé fixée à un petit tube en verre, lequel s'ajuste par une petite pièce métallique au trocart explorateur ordinaire et fait le vide par une simple pression exercée avec les doigts. L'auteur dit dans son mémoire que cet instrument a été employé avec succès dans différents hôpitaux de Paris, et se trouve aujourd'hui dans les mains de plusieurs praticiens ; il entre dans la trousse sans en augmenter le volume.

Analyse du lait.

MM. Vernois et Becquerel adressent un mémoire intitulé : *Des appareils polarimétriques. De la supériorité du polarimètre à extinction sur le saccharimètre de M. Soleil, et expériences nouvelles sur la présence de l'albumine dans le lait.* Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Les appareils polarimétriques fondés sur la mesure directe de la déviation du plan de polarisation, fournissent des résultats au moins aussi exacts que ceux des appareils fondés sur la mesure de la compensation de cette même déviation.

2° L'exactitude et le degré de précision de ces instruments sont établis sur leur bonne construction et sur la grande étendue du cercle divisé qui porte l'échelle destinée à mesurer les déviations.

3° Les instruments dans lesquels la disposition est telle que le rayon ordinaire est éliminé de l'appareil, tandis que le rayon extraordinaire traverse seul le liquide actif, pour être éteint lorsqu'il rencontre sous un angle de 90° un autre rayon extraordinaire, sont les instruments les plus commodes, et qui, désormais, devront être exclusivement employés dans les analyses des liquides organiques. Cette préférence est justifiée par les raisons suivantes :

a. L'extinction est plus facile à apprécier dans ces instruments que l'identité des deux couleurs dans les appareils à compensation.

b. La plupart des liquides organiques transparents, vus à une certaine épaisseur, sont rouges. Par conséquent, on peut tout ramener à l'étude de l'extinction des rayons rouges, et obtenir ainsi des résultats toujours parfaitement comparables.

4° Les appareils polarimétriques permettent d'apprécier d'une manière plus exacte que par les procédés chimiques les plus délicats et les plus parfaits, la quantité de substance active contenue dans un liquide doué d'un pouvoir rotatoire manifeste.

5° La proportion de lactine contenue dans le sérum du lait ne peut être appréciée d'une manière exacte que par ces mêmes appareils.

6° Le lait de femme contient quelquefois une quantité d'albumine très-faible, mais dans le plus grand nombre de cas, il n'en contient aucune trace. C'est ce qui a lieu principalement pour son sérum, quand la coagulation a été obtenue en chauffant jusqu'à l'ébullition, comme dans toutes nos analyses. Il n'y a donc pas lieu d'admettre que, pour l'étude de ce lait, étude à laquelle notre travail est surtout consacré, la présence de ce principe immédiat puisse altérer les résultats de la détermination de la quantité de sucre.

7° Le lait de vache contient une proportion très-faible d'albumine qui diminue d'autant la quantité de sucre contenue dans ce liquide, lorsqu'on l'apprécie au polarimètre. Obtenu par la coagulation lente du lait, le sérum contient en moyenne 3 gr. 67 centigr. d'albumine sur 1,000 grammes de sérum. Par la coagulation rapide (et c'est ainsi que nous avons toujours opéré), cette quantité n'est plus que de 2 gr. 54 centigr., c'est donc ce chiffre 2 gr. 54 centigr. que nous pensons qu'on peut à la rigueur négliger pour les raisons sus-relatées :

« *a.* Cette quantité d'albumine est souvent très-faible et parfois nulle.

« *b.* La quantité d'albumine est très-variable et ne peut être rattachée à aucune loi positive. »

Enfin, si l'on veut que le sérum en soit tout à fait débarrassé, il y a pour cela un moyen très-simple : il consiste à faire bouillir, *pendant une minute,* le sérum du lait et à le filtrer avant de l'examiner au polarimètre. Alors ce liquide ne contient plus de trace sensible d'albumine douée du pouvoir rotatoire, mais l'ébullition ainsi prolongée augmente les quantités proportionnelles de sucre contenues dans le sérum.

Atrophie musculaire paralytique.

A propos de la discussion sur l'atrophie musculaire, M. le docteur Burcq communique le fait suivant :

Observation remarquable d'une paralysie musculaire atrophique, guérie par les armatures métalliques du docteur Burcq. Hôtel-Dieu, service de M. Rostan (1).

Le 23 août 1850, est entré à l'Hôtel-Dieu, n° 6 de la salle Sainte-Jeanne, service de M. Rostan, le nommé Touzard, ouvrier terrassier, domicilié à Paris, 17, rue Tiquetone.

Touzard est âgé de 45 ans ; il est né à Saint-Remy, département de Seine-et-Oise. C'est un homme grand de taille, à la face colorée, aux yeux encore vifs et animés, et avec tous les signes extérieurs d'une constitution qui a dû tout au moins être excellente. Aussi, le malade affirme-t-il qu'avant le mois de juin de cette année, il n'avait jamais eu de sa vie un seul jour, ni même une heure de maladie.

Encore aujourd'hui, 28 août, Touzard est plein de foi en lui-même, et serait, à ce qu'il prétend, capable de tout ce qu'il est humainement possible de faire, si ses membres voulaient bien le seconder.

Voici à quelle occasion il en a malheureusement compromis l'usage :

Le 30 juin dernier, c'était la fête à Saint-Remy, Touzard avait pris une part très-active aux réjouissances ; nous voulons dire aux libations des gens de nos villages ; si bien qu'ayant voulu jouer ensuite avec un de ses camarades, celui-ci n'eut aucune peine à l'envoyer rouler du haut d'un pont de bois, sur lequel ils étaient venus à se trouver, jusque dans la rivière.

Ce jour-là, il faisait une chaleur suffocante, et Touzard était en grande transpiration. L'eau le saisit très-vivement ; mais bien qu'à demi dégrisé par sa chute, il se fût certainement noyé, sans un pêcheur qui arriva juste à temps pour le *pêcher* avec son épervier.

Ramené au village, notre homme conserva sur lui ses habits tout mouillés, et s'en fut au cabaret pour s'y consoler de sa mésaventure ; mais il ne put point s'y réchauffer, et encore moins remettre son humeur au même diapason que celle de tous les autres.

Le soir, quand vint le moment de se retirer, Touzard eut la plus grande difficulté à regagner son logis, et à peine couché, il s'aperçut qu'il avait dans ses talons des battements et, suivant son expression, comme des soupapes ou des ressorts qui s'élevèrent et s'abaissèrent alternativement sous la peau.

Cependant la nuit n'avait pas été trop mauvaise, et le malade avait même assez bien dormi, lorsque, le lendemain, il lui fut complétement impossible de se lever. Un médecin appelé constata qu'il n'y avait point de fièvre, et se contenta de prescrire une boisson émolliente.

Deux et trois jours se passèrent, pendant lesquels la maladie, au lieu de décroître, fit de nouveaux progrès ; et au bout d'une semaine, les battements gagnant toujours de proche en proche, avaient déja envahi les membres inférieurs tout entiers, et les supérieurs depuis leurs extrémités digitales, jusque vers le milieu des avant-bras.

Pendant encore six semaines, Touzard essaya des soins de son médecin : il eut une saignée, une pilule d'extrait de belladone le matin et le soir, cinq bains d'eau, des frictions tout le long du rachis avec un liniment ammoniacal, et ce n'est qu'après deux moins environ de vaines tentatives pour obtenir sa guérison, qu'il se décida enfin à venir se faire traiter à l'Hôtel-Dieu.

Reçu dans le service de M. Rostan, l'éminent professeur ordonna successivement deux vésicatoires sur la nuque, un bain de Barèges tous les deux jours, des opiacés à l'intérieur, mais sans compter beaucoup sur leur efficacité.

(1) L'histoire de ce malade (nous ne disons pas l'observation) a été publiée par M. le docteur Foucart, à la suite d'une simple visite à l'Hôtel-Dieu, où notre confrère avait assisté à une intéressante leçon de M. Vigla, sur ce *cas singulier de paralysie ;* après M. Foucard, est venu M. Brierre de Boismont, qui a inséré les mêmes faits dans le *Dictionnaire des dictionnaires* (supplément 1851), sous le titre de *paralysie générale progressive sans aliénation,* déjà adopté par M. Ducheune de Boulogne. M. Brierre a puisé probablement tous ses documents dans la *Gazette des Hôpitaux*, car, écrivant en 1851, alors que le malade avait été traité et guéri par nous, nous ne comprendrions pas que notre honorable confrère eût pu nous oublier assez, pour ne pas dire un seul mot de nos armatures.

Un peu plus tard, M. Vigla étant venu remplacer M. Rostan, à l'occasion des vacances, notre confrère appela en consultation M. Duchenne de Boulogne qui, après quelques habiles explorations faites avec son appareil électrique, crut devoir poser, avec M. Vigla, un pronostic très-fâcheux. Quant au nom véritable à donner à la maladie, rien n'était moins facile, et nos deux confrères semblent avoir toujours eu à cet égard la plus grande incertitude.

Ainsi, une première fois, M. Vigla avait cru avoir affaire à l'atrophie musculaire progressive de M. Aran; puis il diagnostiqua la paralysie générale progressive, titre sous lequel la maladie avait été présentée par M. Duchenne, et fut décrite plus tard par M. Brierre de Boismont; puis encore une paralysie simplement périphérique, et, en dernier lieu, un genre de paralysie, que la réserve de notre confrère lui fit qualifier seulement de *singulière* (*Gazette des Hôpitaux*, 21 sept.).

De son côté, M. Duchenne ne nous semble pas avoir été mieux fixé lui-même sur le diagnostic, car tout récemment, dans une conversation que nous avions l'honneur d'avoir avec lui, il nous a paru vouloir se contenter du titre de spinale.

Nous n'avons pas la prétention d'élucider, après nos deux savants confrères, cette question difficile, et voulant seulement mettre en lumière un fait de guérison qui nous paraît avoir la plus haute importance, eu égard à la gravité prononcée de l'affection, nous nous contenterons du titre de *paralysie musculaire atrophique*, non pas que nous ne reconnaissions la différence considérable qui va apparaître entre le malade de M. Rostan et celui de M. Cruveilhier, par exemple, tant sous le rapport de l'irritabilité musculaire, perdue chez le premier et conservée chez l'autre, que sous celui de la marche de l'affection, mais parce que, dans l'état actuel de la science, ces expressions nous paraissent seules convenir pour désigner : 1° la nature de la lésion; 2° les organes affectés; 3° l'atrophie qui en avait été la suite.

Mais, avant d'aller plus loin, disons, pour expliquer notre intervention dans cette circonstance, qu'au mois de juin de la même année, l'Académie impériale de médecine ayant nommé une commission à l'effet de suivre nos expériences et notre nouveau traitement des affections nerveuses par les applications des armatures métalliques, MM. Rostan et Tardieu avaient eu la bonté de faciliter nos essais, en abandonnant à notre discrétion les maladies chroniques de leur service, qui pourraient être à la convenance des métaux.

Pendant les premiers temps qui suivirent l'entrée de Touzard à l'Hôtel-Dieu, divers motifs, parmi lesquels nous devons placer en première ligne l'absence même de M. Rostan, furent cause que nous nous bornâmes à faire l'essai de quelques applications partielles du cuivre et de l'acier, afin de savoir lequel de ces deux métaux pourrait, au besoin, nous rendre le plus de services.

Ce n'est que plus tard, dans les premiers jours d'octobre, lorsque nous crûmes avoir acquis la preuve que les moyens ordinaires de traitement étaient tout au moins insuffisants pour amener la guérison, que nous nous hasardâmes à faire une application sérieuse de nos armatures.

Le premier de nos essais avait eu lieu le 13 septembre; il est assez remarquable dans ses résultats, pour que nous ne le laissions pas ignoré. Nous prendrons donc le malade à cette date.

13 *septembre*. Le malade étant couché dans la position horizontale, ses jambes rapprochées et abandonnées librement sur le lit, ainsi que les bras, on voit tous les muscles superficiels des pieds et des mains, ceux de la région antérieure des jambes et des avant-bras, et un peu moins les muscles couturiers et adducteurs, pris continuellement de frémissements ou spasmes fibrillaires, comme ceux offerts par Lecomte, et parfaitement semblables aux spasmes que nous avions déjà décrits nous-même huit mois auparavant dans la *Gazette médicale*, sous le titre d'*Accidents nerveux consécutifs au choléra* (1).

Aux cuisses et aux bras, où les muscles sont encore entourés d'une grande partie de leur tissu cellulo-adipeux, les battements sont très-peu apparents, ainsi qu'à la région postérieure des jambes; mais en pressant légèrement les muscles avec la main, on les sent encore profondément là même où on aurait été le plus tenté d'en nier l'existence.

Les extrémités tendineuses sont particulièrement affectées par ces contractions musculaires; celles qui sont le plus saillantes, comme autour du poignet et sur le dos du pied, présentent *sans cesse* les alternatives d'une tension et d'un relâchement très-rapide, comme vermiculaire.

Les muscles du tronc paraissent avoir été presque complétement respectés : ce n'est qu'à la face qu'on retrouve quelques contractions de la même nature.

On voit aussi les phénomènes spasmodiques atteindre quelquefois un muscle isolément, ou bien même tout un système de muscles, mais cela est beaucoup moins fréquent que M. le professeur Cruveilhier ne l'a noté pour son malade... Notons d'ailleurs que Touzard était déjà sujet à un léger tremblement alcoolique. Hors de la position fixe et horizontale, les jambes et les bras sont pris d'un tremblement général qui donne de l'irrégularité à tous les mouvements. Aussi la marche est-elle tout à fait impossible, même avec deux aides pour soutiens, et la préhension est-elle difficile à ce point, que le malade ne reçoit jamais les boissons ou son potage que de la main d'un infirmier. Quant aux aliments solides, Touzard peut encore les saisir et les porter lui-même à sa bouche; mais cela n'a lieu qu'avec la main gauche seule, et à la condition qu'ils ont été préparés d'avance et coupés en menus morceaux. Cette difficulté de préhension reconnaît encore pour cause une semi-roideur!.. Ce symptôme existe très-marqué dans tous les doigts des pieds, mais plus encore dans les deux gros orteils, qui en ont perdu toute espèce de mouvement volontaire.

Mais lorsqu'on vient à déprimer largement, avec la main posée à plat, le creux du jarret et le pli du coude, outre une sensation très-douloureuse que l'on détermine, il se produit des contractions instantanées dans les doigts du pied et de la main, tout comme si quelques-uns des muscles qui les meuvent étaient soumis à l'action galvanique.

La force de pression, examinée à notre dynamomètre, est nulle pour la main droite, et cela parce que le pouce étant le plus compromis de tous les doigts, ses mouvements de flexion et d'adduction sont presque devenus impossibles.

Du côté gauche, la pression marque 4^k, encore sommes-nous obligé, tant les doigts sont devenus malhabiles, de disposer nous-même toutes les les parties de la main sur l'instrument pour obtenir ce mince résultat.

Les muscles du tronc obéissent à la volonté d'une manière à peu près normale, et ne présentent aucune gêne dans les phénomènes de la respiration, seulement beaucoup de faiblesse dans la région lombaire.

Quelques muscles de la face participent déjà à la paralysie des membres : il en résulte pour l'air du visage quelque chose de tiré et d'inaccoutumé.

L'ouverture de la bouche, au moment de l'introduction des aliments, a aussi quelque chose d'insolite : on dirait que le malade, peu sûr des mouvements de la seule main qui lui reste, veut prévenir ses erreurs en agrandissant le plus possible sa cavité buccale, et qu'il dirige ensuite à la rencontre des aliments,

Cependant les mouvements des yeux et de la langue sont très-bien conservés; le malade articule parfaitement tous les mots : on dirait même, à l'entendre, qu'il aime à prendre une sorte de revanche sur la prononciation des gutturales et des labiales.

A ces divers troubles de la motilité correspond exactement un amaigrissement ou une atrophie *relative* des muscles, qui, par les progrès qu'elle a déjà faits, peut fournir la véritable mesure des désordres du mouvement.

Ainsi, très-considérable aux pieds et aux mains qui, par cela même, paraissent d'une longueur démesurée, l'atrophie est beaucoup moins aux jambes et aux avant-bras, moins encore aux cuisses et aux bras, elle existe un peu seulement à la face et presque pas sur le tronc; et si nous avons trouvé la main gauche plus forte que la main droite, c'est que dans celle-ci l'amaigrissement a fait de tels progrès, qu'il a presque complétement effacé la saillie ou l'éminence *thénar*.

Du reste l'atrophie, à s'en rapporter aux souvenirs du malade et aux faits eux-mêmes, qui nous apprennent que l'altération musculaire est le premier phénomène qui se soit présenté, l'atrophie des muscles a été consécutive aux contractions fibrillaires, et a débuté précisément par où les spasmes avaient commencé à se montrer.

Une circonstance que nous ne devons pas oublier de signaler, parce qu'elle acquiert une très-grande importance des observations nombreuses de M. Duchenne à ce sujet, c'est que l'irritabilité musculaire, soumise à la galvanisation localisée, est généralement très-compromise dans tous les muscles atrophiés, à ce point que même par l'électroponcture la plus énergique, ceux des jambes présentent à peine quelques contractions fibrillaires.

Au milieu de tous ces désordres, la sensibilité de la peau est restée intacte sur le tronc, tandis que dans les membres, au lieu d'une diminution, elle a subi une augmentation d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage des extrémités. Cette hyperesthésie, à son plus haut degré, est assez considérable pour contraster singulièrement avec la sensibilité du tronc. Notons cependant que le tact a beaucoup perdu de sa finesse, à tel point même qu'une fois il a pu prendre un trousseau de clés pour une pièce de 2 francs.

La sensibilité des muscles paraît participer elle-même à cette exagération, et c'est pourquoi, peut-être, la pression en est si douloureuse, sur-

(1) Dans son remarquable travail, M. Cruveilhier a eu raison de ne pas affirmer que ces frémissements sont pathognomoniques; mais l'éminent professeur nous paraît s'être trompé en disant qu'ils n'existent d'une manière aussi prononcée, aussi persistante et aussi générale dans aucune autre espèce de névrose (*Voir* le mémoire déjà cité).

tout dans le voisinage des plexus nerveux, que M. le docteur Foucart, en rapportant l'histoire du malade dans la *Gazette des Hôpitaux*, 21 septembre, a pu dire qu'il n'avait jamais vu rien de pareil sous ce rapport.

En outre de ce développement anormal de la sensibilité qui, comme nous le verrons plus loin, a sa raison d'être, sa logique même, si nous pouvions nous exprimer de la sorte, aussi bien que les divers spasmes de cette affection, il existe des sensations particulières que le malade analyse parfaitement. La plus simple de toutes est celle de fourmillement qui est à peu près permanente; d'autres fois c'est comme un filet d'eau qui coule ou des gouttes d'eau qui s'étalent sous la peau. Dans les premiers moments de sa maladie, un peu moins aujourd'hui, il arrivait à Touzard de ressentir quelquefois le jour, plus rarement la nuit, des élancements très-vifs, très-douloureux qui, rapides comme l'éclair, lui traversaient tout à coup un bras ou une jambe dans toute sa longueur.

Lorsqu'on vient à interroger ensuite toutes les autres fonctions, on est frappé de ne trouver absolument rien autre de pathologique à signaler.

Ainsi, l'intelligence jouit d'une lucidité parfaite; l'appétit est excellent; la digestion se fait parfaitement; la circulation est normale; le sommeil n'est pas moins bon que d'habitude; la calorification est naturelle, etc.; seulement une très-grande inactivité de l'organe de la génération, et un peu de transpiration anormale dans les extrémités...

Impossible, vraiment, de ne point s'affliger à la vue de cette existence si fatalement et pour si peu compromise au milieu de tant d'éléments de longévité !...

Cependant, malgré les funestes pronostics de MM. Rostan, Vigla et Duchenne, le souvenir de diverses paralysies que nous avions guéries avec nos armatures (1) et l'excellent état du moral de Touzard nous faisaient garder encore quelques espérances au fond de nous-même, lorsque les applications métalliques d'essai, dont nous avons parlé, vinrent nous rassurer presque complétement par leurs heureux résultats.

Voici quels furent ces essais.

13 *septembre.* Le matin, un peu avant l'heure de la visite, application de deux grands anneaux ou bracelets de laiton sur le bras et l'avant-bras gauche seulement.

Au bout d'une demi-heure, chaleur vive dans ce membre, et déjà plus de fourmillements, plus de sensations anormales, ni de battements fibrillaires.

Une heure après, l'hypéresthésie de la peau de tout le bras a presque complétement disparu, et le plexus brachial lui-même, très-douloureux auparavant, ainsi que les muscles de son voisinage, peut être pressé alors sans la moindre douleur.

Partout ailleurs, les mêmes phénomènes qu'auparavant persistent.

Nous laissons les anneaux de laiton appliqués en tout pendant 3 heures. 10 à 15 minutes après les avoir enlevés, les battements fibrillaires avaient déjà reparu, mais ils étaient moins nombreux.

La pression du pli du coude ne fut presque plus douloureuse, et l'hypéresthésie du côté du bras y resta fort diminuée.

16 *septembre.* Nous n'avons point fait de nouvelle application depuis le 13, et cependant il y a déjà un peu d'amélioration dans l'état du bras gauche. La sensibilité de la peau et des muscles y est beaucoup moindre que partout ailleurs, et les frémissements ont eux-mêmes sensiblement diminué. Toutefois, la force de pression continue à ne marquer que 4 kilog.; à droite, elle est toujours nulle, c'est-à-dire pas même à 1 kilog.

A cette époque, le malade avait déjà pris environ 15 bains sulfureux; on en prescrit un tous les jours, à partir d'aujourd'hui 16.

20 *septembre.* — *Nouvel essai ou exploration nouvelle des métaux.* — A gauche, deux grands anneaux de cuivre : un de cuivre rouge à l'avant-bras, un autre de laiton au bras. A droite, deux autres anneaux de la même grandeur et de la même forme : l'un en tôle d'acier anglaise à l'avant-bras, et le deuxième en tôle d'acier d'Allemagne au bras.

Au bout de 2 heures, rien encore du côté de l'acier; à gauche, mêmes phénomènes que la première fois; plus de flexibilité dans les doigts; pression augmentée de 1 kilog,

24 *septembre.* Une nouvelle application de l'acier au bras droit n'a pas plus de succès que la première; au contraire, du côté du membre supérieur gauche, le frémissement musculaire a presque complétement cessé d'exister; la sensibilité est à peu près devenue normale; tandis que, partout ailleurs qu'au bras gauche, les spasmes et l'hypéresthésie persistent, mais un peu moins qu'à l'entrée du malade.

24 *septembre.* Le malade est toujours dans l'impossibilité de manger seul; il porte bien son pain à la bouche, mais il ne peut tenir ni cuiller ni fourchette.

Les reins paraissent devenus plus faibles; Touzard ne peut se tenir debout sans être soutenu.

Du reste, rien de changé quant à l'appétit, aux facultés digestives : elles ne laissent rien à désirer; absence complète de douleurs dans les centres nerveux, ni dans les parties qui les protégent. Le malade commence seulement à se dépiter de se voir obligé à garder le lit « *les bras croisés, comme un grand fainéant, et sans être malade de cœur.* »

On continue à donner un bain sulfureux tous les jours, sans autre traitement.

28 *septembre.* Touzard n'est pas mieux que le 24. Les battements n'ont un peu diminué dans les jambes que pour être remplacés, à ce qu'il semble, par des crampes qui lui viennent, surtout la nuit, dans les jambes et dans les pieds; à cette occasion, M. Vigla ajoute une pilule d'opium aux bains sulfureux.

5 *octobre.* Pas de changement encore, si ce n'est dans les battements fibrillaires qui ont considérablement diminué dans les jambes; aux membres supérieurs, les spasmes ont un peu reparu dans le bras gauche qui n'a point eu de nouvelle application depuis le 10, sans toutefois être aussi apparents que dans les membres inférieurs.

Les frémissements sont moins intermittents, et quelquefois on les sent plus sous la main qu'on ne les voit.

Les doigts des mains et des pieds sont roides, peu flexibles. Ces derniers ne se contractent même plus que sous l'influence de pressions exercées sur les muscles qui les meuvent.

Pression toujours la même, c'est-à-dire 4 kilog. à gauche; 0 à droite.

Les mains se ferment difficilement : cette difficulté est surtout grande pour la main droite qui ne peut point parvenir à embrasser notre dynamomètre, et encore moins à loger le pouce dans son intérieur.

L'hypéresthésie est toujours très-vive, particulièrement dans la jambe.

L'atrophie musculaire persiste au même degré, si même elle n'a pas fait de nouveaux progrès.

Le malade commence beaucoup à s'ennuyer. Depuis plusieurs jours, il nous prie instamment d'essayer de le guérir avec nos armatures dont il se rappelle avec intelligence les premiers essais.

A ce moment, le doute n'étant plus permis sur l'insuffisance de son traitement, nous nous décidons enfin à tenter quelques applications sérieuses de laiton, avec la précaution, toutefois, de ne les faire d'abord que d'un seul côté du corps, pour mieux établir leur action.

En conséquence, les 5, 6, 7, 8 et 9 *octobre,* quatre larges anneaux de ce métal, deux pour chaque membre, sont appliqués le soir, jusqu'au lendemain, vers l'heure de midi. Les quatre premières fois, nous voulons dire jusques dans la nuit du 8 inclusivement, *fourmillement, chaleur,* transpiration, bien entendu, du côté du métal seulement; absence des crampes la nuit et le matin à l'heure de la visite. *Fatigue* assez notable, ainsi que nous le remarquons toujours après qu'une certaine spoliation nerveuse a été exercée par nos armatures.

Le 7 *octobre,* au matin, sensibilité à peu près normale dans tout le côté gauche; à droite, au contraire, persistance de l'hypéresthésie.

M. le docteur Foucard, à ce moment chef de clinique de M. Rostan, s'assure avec nous du contraste qui existe, sous ce rapport, entre les deux moitiés du corps.

La main gauche se ferme mieux; ses doigts sont plus déliés, mais elle n'a guère gagné qu'un demi-kilog. dans sa force de pression.

Les orteils du pied gauche commencent eux-mêmes à accomplir quelques mouvements.

Dans la journée, le malade peut se mettre plus facilement sur son séant.

Le 9, l'amélioration du côté gauche est devenue plus sensible; ainsi, le malade se sert déjà de la main gauche pour prendre son potage et ses boissons. Au bain, il parvient même à tourner les cannelles pour la première fois, et peut s'administrer à volonté de l'eau chaude.

Nous trouvons la sensibilité normale dans tout le côté gauche, et la pression du pli du coude n'y provoque que très-peu de mouvements dans les doigts.

Cependant, il existe encore quelques mouvements involontaires : la faiblesse de la jambe y est toujours considérable, et la pression de la main gauche ne donne pas tout à fait 6 kilog.

(1) Les guérisons les plus remarquables obtenues jusque-là par l'application des métaux, sont :

1° Celle de Seguerlay (hystéro-paraplégique), au service des incurables de la Salpétrière, qui, en 1849, se guérit elle-même en un mois de temps, avec une armature de laiton qu'elle déroba la nuit à une de ses voisines (V. *Gazette médicale,* juillet 1852.

2° En 1850, la guérison, avec les applications du même métal, d'une paraplégie nerveuse de la malade qui se trouvait déjà depuis 8 mois dans le service de M. Tardieu, dont M. le docteur Pierre, alors interne à l'hôtel-Dieu, a publié l'observation dans notre thèse inaugurale (février 1851), commença les applications de laiton le 25 mars, et déjà le 31, à l'occasion du jour de Pâques, elle pouvait se rendre à pied à la chapelle, distante de la ville de près de 300 mètres.

3° Enfin, la guérison très-rapide (10 jours de traitement) d'une hémiplégie et d'une amaurose nerveuses (qui eurent lieu un peu plus tard, dans le service de M. Rostan), avec une armature d'acier, chez une malade entrée déjà trois fois à l'hôpital pour ces mêmes maladies.

Pression à droite, toujours 0 kilog.

10 et 11. Même traitement encore du côté gauche seulement.

Le 11, le fourmillement se fait sentir de nouveau après l'application, ainsi que la chaleur et la transpiration; mais le premier phénomène ne dure guère plus, cette fois, qu'un quart d'heure à une demi-heure; aussi, la fatigue du matin est-elle aussi un peu moindre.

Le 11, la main gauche fonctionne mieux; les mouvements volontaires des orteils ont fait de nouveaux progrès; à la jambe, la sensibilité est naturelle, la force y est plus considérable, mais le malade ne peut pas encore s'en servir pour marcher.

Le 12 et le 13. Le côté droit, que nous avions négligé à dessein, et qui était resté jusqu'à ce jour dans le même état, reçoit à son tour les anneaux de laiton, à l'exclusion du côté gauche.

La nuit, mêmes phénomènes que précédemment : *fourmillement, chaleur, transpiration*, sans que le sommeil en soit notablement diminué; puis, le matin, fatigue, *vide du cerveau*, accusé spontanément par le malade.

La sensibilité de tout le côté droit est presque ramenée au degré de celle du côté gauche; la pression du pli du coude est fort peu douloureuse, les doigts de la main ont cessé de se contracter sous son influence, et le biceps, qui était avant assez tendu, est devenu à peu près souple.

Les doigts sont plus flexibles, les muscles inter-osseux commencent à les écarter.

Le matin, Touzard boit pour la première fois de la main droite, mais il ne peut pas encore s'en servir pour prendre le pogage et à plus forte raison pour couper son pain.

Pression de la main droite environ 2 kil.

Les orteils ont eux-mêmes répris quelque mobilité.

Porté au bain dans la journée, comme d'ordinaire, le malade a pu, pour la première fois, entrer seul dans la baignoire, mais lorsqu'il s'est agi d'en sortir, il a été obligé de réclamer l'assistance de ses deux aides. Le soir même traitement.

Le 15 au matin, le malade essaie de marcher sous les yeux de M. Vigla, en s'aidant de deux gens de service. Sa marche est difficile, sans doute, mais il peut maintenant se tenir debout sur ses jambes, et celles-ci ne sont plus roides, dit le malade avec satisfaction, comme des *cliquettes*. La sensibilité est normale des deux côtés; encore un peu de douleur à la pression dans le creux du jarret seulement. Les deux gros orteils restent seuls réfractaires à la volonté, lorsqu'il s'agit de les mouvoir.

A partir du 15 au soir, application d'une armature générale, c'est-à-dire de deux grands anneaux de laiton pour chaque membre, et de deux larges plaques sur le tronc.

Mêmes phénomènes que ceux déjà indiqués, mais fourmillements de plus courte durée. Au contraire, la chaleur et la transpiration sont plus considérables, et le matin le malade se sent une très-grande fatigue, *un vide extrême de la tête*, dont il est averti par une sensation particulière, qu'il rapporte à la racine du nez et à la partie postérieure correspondante de l'encéphale. Il mangerait bien davantage.

Dans la nuit du 15 au 16, la transpiration est si forte que le malade mouille deux chemises.

Le 16, Touzard commence à descendre les escaliers, pour aller au bain, appuyé seulement sur le bras d'un infirmier. Mais arrivé au bas de l'étage qui sépare la salle Sainte-Jeanne du péristyle de l'Hôtel-Dieu, il s'affaise sur lui-même. Cependant, aidé de son conducteur, il parvient à se remettre sur ses jambes, et à se traîner encore jusqu'à la salle des bains.

Le lendemain et jours suivants, la marche à fait de nouveaux progrès, et désormais les accidents de la nature de celui du 16 ne sont plus à redouter.

Chaque soir le même traitement.

Depuis le 17, le malade crache beaucoup contre son habitude; ses crachats sont très-visqueux, arrivent tout naturellement et sans qu'aucun rhume puisse les expliquer. L'appétit est devenu plus exigeant.

Le 21, le malade peut déjà porter sa cuiller à la bouche avec la main droite, mais pas encore aussi bien qu'avec la gauche. Ses forces augmentent.

Pression droite. . . . . 4 kil.
— gauche. . . . . 6 kil. 1/2.

Le pouce de la main droite continue à être très-rebelle dans tous les actes de préhension. Les orteils deviennent de jour en jour plus mobiles. Pour satisfaire ses besoins, le malade peut très-bien aller seul sur la chaise et en revenir de même.

On continue les bains sulfureux; mais le malade, qui sent désormais d'instinct sur quoi il doit faire le plus de fond pour sa guérison, prend bien garde de ne pas oublier les applications de métal, se garnit chaque soir les membres et le tronc de ses plaques de laiton, et quelquefois même il y a recours dans la journée.

Il fait si bien à cet égard, qu'il en abuse, et qu'à la suite, il lui arrive ce que nous avions déjà observé chez une malade du service de M. Tardieu, des douleurs particulières la nuit, qui font croire un instant à l'existence d'une affection rhumatismale. Nous suspendons, pendant quelques jours, l'usage des anneaux et les douleurs disparaissent.

Le 23, les bains sulfureux sont remplacés par ceux de vapeur.

Le 25, un peu de saignement de nez.

Le 26, le malade commence à reprendre l'usage définitif de sa main droite.

Le 29, le malade se traîne de lit en lit, visitant tous ses camarades de la salle; il se montre tout joyeux de pouvoir leur annoncer « *qu'il en est enfin revenu.* »

Le 31, Pression droite. . . . . 9 kil.
— gauche. . . . . 7 kil.

Sensibilité des muscles et de la peau normale.

Le mouvement continue à se produire très-lentement dans les deux gros doigts du pied, mais le pouce de la main droite peut être maintenant assez bien embrassé par les autres doigts. Le malade engraisse visiblement. La saillie des muscles de l'éminence thénar commence à reparaître. Les membres augmentent de volume, et la physionomie a pris une expression meilleure.

Le 5, M. Vigla, qui un instant avait quitté le service et l'a repris depuis 6 jours, voit marcher le malade de lit en lit sans le secours de personne.

15 *novembre*. Pression droite. . . 10 kil.
— gauche. . . 8

Sensibilité normale par tout le corps; les frémissements n'ont pas reparu. La marche et tous les mouvements volontaires des pieds et des mains ont fait de nouveaux progrès. L'amaigrissement est au moins diminué de moitié. Le malade passe sa journée le plus souvent assis sur une chaise, à côté du calorifère de la salle, et si le temps le permet, il descend se promener un instant dans le jardin ou sur la terrasse de l'hôpital, en compagnie d'un autre malade qui veut bien le rassurer par sa présence et lui prêter, au besoin, l'appui de son bras.

Donc sa guérison étant désormais assurée et par suite notre présence inutile, nous cessons de le visiter régulièrement, afin de pouvoir reporter nos expériences sur un autre théâtre. Seulement, avant de nous éloigner, nous avons soin de lui laisser une de nos armatures, persuadé qu'il n'en négligera point l'usage.

En effet, Touzard peut encore se lever quelquefois, et après quatre nouveaux mois passés toujours dans le même service, il quitta définitivement l'Hôtel-Dieu, le 20 mars de l'année suivante 1851, dans un état de guérison et d'embonpoint qui auraient pu le rendre méconnaissable.

Pour mettre en lumière les faits nouveaux que présente cette observation, nous espérions la faire suivre de quelques développements, y joindre, par exemple, quelques autres cas de paralysie semblable, et notamment celui d'une personne très-considérable qui, nous ayant fait venir à Londres, en 1851, pour lui donner des soins, fut traitée avec succès par de larges applications d'argent 2e titre;... dire ensuite à l'aide de quels moyens nous parvenons habituellement à distinguer avec certitude une paralysie nerveuse d'une paralysie organique et réciproquement; mais ce travail à peine commencé, nous avons dû l'interrompre pour ne pas dépasser les limites d'un simple article de journal.

Nous nous bornerons donc, cette fois, à faire brièvement quelques réflexions sur deux points essentiels de notre sujet, dont l'un regarde la pratique et l'autre la théorie.

Traitement. La guérison inespérée de Touzard est-elle bien le fait de l'application de nos armatures?

Certes, il serait difficile de le nier, ou du moins de ne pas se montrer disposé à l'admettre, et si même le lecteur consent à se rappeler tous les détails de l'observation, les différentes précautions que nous avons prises pour arriver à faire la part exacte du métal, nos applications d'essai d'abord, puis nos applications de métal plus sérieuses, à commencer encore sur un seul côté du corps, il nous paraît impossible qu'il ne reconnaisse point avec nous toute l'efficacité de notre traitement.

Cependant, comme d'autres moyens furent employés en même temps que nos armatures de laiton (bains sulfureux, bains de Vichy), et que pour les esprits les plus sévères, sinon les plus difficiles à convaincre, lorsqu'il s'agit de moyens nouveaux qui ne sont pas recommandés par une autorité suffisante, nous avons toujours pris l'habitude des démonstrations péremptoires, nous admettrons qu'il puisse rester quelques doutes, et cela d'autant plus volontiers que, malgré la date de notre observation, nous étions disposé nous-même à la garder encore dans nos cartons jusqu'à ce que de nouveaux faits fussent venus lui donner une sanction suffisante.

Mais les discussions récentes de l'Académie, à propos du malade de M. le professeur Cruveilhier, nous ayant appris, d'un côté, que si nos travaux touchant l'action directe des métaux sur la force nerveuse n'étaient pas complétement oubliés, ceux qui auraient eu le plus d'intérêt à les faire valoir pour eux-mêmes, les avaient au moins perdus de vue,.. et de l'autre, ces mêmes discussions nous ayant fait voir le peu d'accord qui

règne parmi les juges les plus compétents en cette matière, nous avons pensé que nous ne devions pas en différer plus longtemps la publication.

Aussi bien, d'ailleurs, il y a assez de siècles que la colonne vertébrale paye chèrement le privilége d'abriter un de nos organes les plus importants, pour qu'en voyant tant de malheureux dont le dos porte les stigmates indélébiles de nos erreurs, il soit permis à chacun de tenter quelques efforts pour empêcher qu'on n'en augmente gratuitement le chiffre !

Puis, quel est le praticien consciencieux qui, après un tel exemple de succès, pourrait encore, le cas échéant, se croire dispensé d'essayer nos armatures, dont l'application ne peut même pas avoir l'inconvénient d'entraver un autre traitement !..

Spasmes fibrillaires. — Qu'est-ce maintenant que cette aberration des muscles soumis à la volonté ; ces *spasmes fibrillaires* qui frappent tout d'abord l'observateur, dans la paralysie atrophique de M. le professeur Cruveilhier ? Le frémissement des muscles, aussi bien que l'hypéresthésie offerte par notre malade, est-il un fait bizarre, et nous dirions exceptionnel, s'il ne s'était présenté si souvent que l'éminent professeur aurait presque voulu en faire un signe pathognomonique ? ou bien, au contraire, ce phénomène a-t-il sa raison d'être dans la maladie même, sa logique, si l'on peut s'exprimer ainsi, comme tous les phénomènes semblables des névroses qu'on a qualifiées bien à tort, il nous semble, du nom de *spasme*, ce mot signifiant, pour quelques-uns, des contractions musculaires sans but et sans raison ?

Rien de plus simple, suivant nous, et nous dirions presque *de moins anormal*, que ces contractions incessantes de la fibre musculaire. Ce n'est là, en effet, *qu'une conséquence* de cette grande loi que nous avons déjà cherché à établir si souvent ; nous voulons dire : « La relation parfaite qui existe et devait nécessairement exister dans toutes les maladies du système nerveux, d'une part ; entre les phénomènes que nous avons appelés *négatifs : anesthésie, amyosthénie, paralysies, aménorrhées*, etc., etc., et de l'autre, les phénomènes positifs : *spasmes, névralgies,* voire même le délire dans les affections mentales.

Soit donc un sujet quelconque, et par cela même qu'il offre de l'anesthésie, de l'amyosthénie, etc, vous aurez infailliblement, et dans la même proportion, des phénomènes nerveux tout opposés (positifs), tantôt sur un point, tantôt sur un autre, ou même sur plusieurs points à la fois, mais le plus souvent sur les divers organes qui, par leur jeu habituel, sollicitent plus particulièrement la dérivation nerveuse à s'opérer de leur côté.

Ici, ce sera une violente hypéresthésie dans le dos ou sur quelque point d'émergence des nerfs intercostaux, et là une névralgie plus ou moins forte de la tête (migraine), de l'estomac (gastralgie), de l'intestin (entéralgie), ou d'un membre (sciatique), etc.; ailleurs ce seront des spasmes au cœur (palpitations), des crampes dans la jambe, ou même de véritables convulsions (hystérie), etc. Ce malade sera délirant, aura une mélancolie simple ou monomaniaque ; un autre, enfin, pourra vous offrir alternativement l'un ou l'autre de ces phénomènes, et se montrer, par exemple, ainsi que nous l'avons vu souvent en 1849, dans le service des hystériques, à la Salpétrière : aujourd'hui avec une névralgie, demain avec de l'hysthérie, et une autre fois avec un délire furieux.

Tous ces désordres, il faut bien le reconnaître, n'ont qu'un seul et même but, celui de débarrasser l'organisme de la quantité d'influx nerveux, qui a cessé d'être dépensé par la peau, les muscles, l'utérus, etc., devenus le siége de phénomènes négatifs, et cette dépense artificielle a lieu si fatalement, qu'il ne nous est jamais arrivé de ne pas la rencontrer dans les conditions que nous avons énoncées plus haut que chez des sujets, comme les idiots, dont la production de la force nerveuse devait avoir été atteinte dans sa source.

Ajoutons même que cette dépense est si obligatoire dans tous les cas où il existe une paralysie, que ce n'est sûrement qu'à la nécessité de maintenir un juste équilibre entre la production et la dépense de l'influx nerveux, qu'il faut exclusivement rapporter chez les hémorrhagiques et les paraplégiques par cause organique, les contractures, les élancements et fourmillements dans les membres, dont ces malades ont si souvent à se plaindre, et jusqu'à cette activité, nous dirions volontiers spasmodique, des muscles de la vie organique, qui rend chez les premiers l'appétit si exigeant, et les fait engraisser si bien et si vite.

Donc les spasmes, les frémissements fibrillaires que l'on observe dans la paralysie musculaire atrophique, en même temps qu'ils témoignent des efforts que fait probablement l'organisme pour rompre les barrières qui s'opposent à l'exercice de l'innervation dans les muscles paralysés, seraient la conséquence nécessaire de la diminution dans la dépense du fluide nerveux par les mouvements volontaires et les actes de nutrition ; et si nous avons pu modifier si profondément ces spasmes avec nos armatures, c'est que certains métaux ayant, ainsi que nous l'avons établi d'autres fois, l'heureuse propriété d'agir directement sur le système nerveux, les applications de laiton les rendaient inutiles par la soustraction du fluide nerveux en excès, et aussi par le rétablissement de la circulation nerveuse dans les extrémités nerveuses.

Ce n'est donc pas sans quelque raison que M. le docteur Aran, dans la partie spéculative de son mémoire, disait que les spasmes fibrillaires, les crampes, les soubresauts de tendons, sorte de décharges nerveuses, sont dus à une irritabilité excessive du muscle qui ne lui permet pas de garder l'influx nerveux qui lui arrive incessamment (*Archives de médecine*).

Hélas ! qu'il nous soit permis de le dire en terminant : La pathologie et la thérapeutique du système nerveux ne sont probablement restées si en arrière que parce qu'en général on tient trop de compte des choses que l'on voit et pas assez de celles que l'on ne voit pas, il est vrai, mais dont l'existence est déjà inniable, bien que peu susceptible d'une démonstration mathématique. Avant Galvani, et les expériences d'un grand nombre de physiologistes modernes, cette réserve était permise sans doute, mais il ne saurait en être de même depuis que les expériences les plus positives, et peut-être aussi nos propres essais, tendent à démontrer qu'il y a en nous autre chose que des solides et des liquides, et qu'il existe un agent force, fluide, influx, nerveux, peu importe le nom, identique ou analogue à l'électricité, qui tient tous les phénomènes de la vie morale et physique sous sa dépendance, directement saisissable, parmi lesquels les métaux simples ou à l'état d'alliage occupent le premier rang.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT RELATIF A L'ENSEIGNEMENT DE LA PAROLE AUX SOURDS-MUETS.

M. Guéneau de Mussy adresse une lettre dans laquelle il ne fait guère que rappeler les efforts de Itard pour améliorer le sort des sourds-muets et même pour donner la parole à quelques-uns d'entre eux.

M. Bonnafont lit un mémoire dans lequel il traite de la surdi-mutité en général, mais qui n'a pas de rapport direct avec les faits examinés par la commission.

M. Piorry fait quelques mots de réponse.

M. Ferrus expose la question générale de l'enseignement médical et pédagogique des sourds-muets, et propose que l'Académie retienne, étudie cette question, après avoir répondu à celles qu'a posées M. le Ministre.

M. Piorry répond que les considérations fort utiles dans lesquelles M. Ferrus est entré, n'infirment pas les conclusions du rapport.

M. Cazeaux demande la parole et lit une lettre d'une personne étrangère, qu'on vient de lui remettre à l'instant, et qui n'est même signée qu'au crayon.

M. le président, après la lecture, fait observer que M. Cazeaux a agi par surprise en lisant un document qui ne pouvait que faire partie de la correspondance.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Soler a été nommé professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Madrid.

— On annonce que M. Argumosa, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté, et qui a rendu d'éminents services à l'enseignement, a donné sa démission, et l'on attribue cette détermination à des sentiments d'antipathie qui existeraient entre l'honorable chirurgien et le nouveau professeur de dermatologie.

— La Belgique vient de perdre M. Florent Cunier, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique,* et qui s'était fait, par cette position, un nom connu du monde entier.

— L'honorable industriel qui dirige la *Gazette des Hôpitaux* annonce qu'il a obtenu gain de cause sur tous les chefs du procès qu'il nous a intenté. Il y a à lui faire observer, à ce propos : 1° qu'il est *dans l'erreur;* 2° que le jugement qu'il invoque n'a rien de définitif; 3° que, le fût-il, ce jugement ne changerait en rien le caractère du journal, dont les justes scrupules des médecins m'ont obligé de me séparer, et qu'après comme avant le jugement, la *Gazette des Hôpitaux* restera le journal des chocolatiers et autres représentants des denrées plus ou moins coloniales. — Nous aurons soin d'ailleurs, puisque l'honorable industriel nous y oblige, d'édifier complétement nos lecteurs sur les motifs du procès dont il est question. Seulement, comme nous ne voulons pas donner à la discussion de nos intérêts une place qui doit être consacrée à la science, nous publierons, d'ici à quelque temps, un supplément *ad hoc.*

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 52. 1re année. Samedi 30 Avril 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance du 27 avril de la Société de chirurgie. — De la cyanose du sang par le chloroforme. Remarques sur quelques effets consécutifs de l'action du chloroforme ; du frisson et de la stupeur anesthésiques. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL SAINT-LOUIS. M. DEVERGIE. Impetigo rodens. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : Masses énormes développées dans le tissu des reins. — **SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX**. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 29 avril 1853.

Séance du 27 avril de la Société de chirurgie.

(**Injections nasales considérées comme moyen d'alimenter les nouveau-nés et de leur administrer les médicaments. — Injections alimentaires poussées directement dans l'intestin, chez les malades affectés d'anus contre nature. — Grossesse extra-utérine. — Déchirure de la verge pendant le coït.**)

Dans cette séance, la Société a entendu deux rapports : le premier de M. Maisonneuve, le second de M. Lenoir, et deux communications très-intéressantes, avec présentation de pièces anatomo-pathologiques, par M. Huguier.

Le rapport de M. Maisonneuve est relatif à une brochure adressée par M. Isidore Henriette, médecin belge.

Le travail de M. Henriette est intitulé : *des Injections nasales considérées comme moyen d'alimenter les nouveau-nés et de leur administrer les médicaments*. Il a été déjà soumis à l'Académie royale de médecine de Belgique. M. Maisonneuve a fait d'abord ressortir l'importance pratique du sujet traité par le médecin belge. Il est en effet à peu près reconnu, par tous les hommes compétents, que les enfants nouveau-nés admis dans les établissements hospitaliers sont voués à une mort presque certaine, s'ils ne sont pas très-promptement remis aux soins d'une nourrice. Or, cette condition étant souvent impossible à remplir, voici à l'aide de quel procédé M. Henriette propose d'y suppléer.

Il prend une seringue en verre, dans laquelle il introduit du lait de femme extrait par les moyens connus.

L'enfant étant couché, le médecin, placé à droite, fait pénétrer d'une ligne tout au plus l'extrémité de la canule dans la narine, puis il pousse très-lentement le liquide qui tombe goutte à goutte dans les fosses nasales, sur la paroi postérieure du pharynx, dans l'œsophage, et de là dans l'estomac. Aucun acccident de toux ni d'éternuement ne vient contrarier cette petite opération ; on injecte ainsi de 3 à 6 onces de lait par jour.

M. Henriette, à l'appui de son travail, rapporte onze observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Trouvés.

Sur les onze enfants plus ou moins débiles soumis aux injections nasales, dans le but de suppléer, par ce mode d'alimentation, aux difficultés que présentait l'allaitement soit naturel, soit artificiel, cinq sont morts. Quant aux six autres observations, elles ne paraissent pas, à M. Maisonneuve, avoir toute la portée que l'auteur leur accorde.

Trois, en effet, sont relatives à des enfants nés avant terme, débiles, chétifs, incapables, dit M. Henriette, de prendre le sein ou le biberon, et qui, après trois jours d'injections pour l'un, après deux jours seulement pour les deux autres, ont pris le sein avec une grande facilité.

Il nous paraît difficile, ainsi qu'à M. Maisonneuve, d'admettre que deux jours de l'emploi de ce moyen, trois au plus, suffisent pour transformer un enfant très-débile, à ce point qu'il recouvre, dans ce court espace de temps, une force qui lui manquait complétement. Cela paraîtra d'autant plus extraordinaire que M. le docteur Henriette n'administre à ces nouveau-nés que de 3 à 6 onces de lait, quantité que des recherches récentes doivent faire considérer comme insuffisante.

Les trois dernières observations sont encore relatives à des enfants non moins chétifs ; mais, dans le premier de ces cas, on ne dit pas pendant combien de jours on pratiqua les injections. Dans les deux autres, elles ont été continuées chez un enfant pendant huit jours, et chez l'autre pendant dix jours. Ce seraient ces deux observations qui offriraient la plus grande valeur ; mais cette valeur ne saurait être suffisante pour faire substituer, comme méthode d'alimentation, le moyen proposé à ceux mis en usage jusqu'à ce jour. Aussi, M. Maisonneuve dit-il que la commission ne saurait voir dans les injections nasales qu'un expédient ingénieux destiné à remplacer, d'une manière purement éventuelle et passagère l'allaitement soit naturel, soit artificiel, dans les cas rares où l'impossibilité de cet allaitement est parfaitement démontrée.

Du reste, ajoute M. Maisonneuve, la commission ne saurait méconnaître qu'il n'y ait, dans le travail de M. Henriette, une pensée heureuse qui, fécondée par un nombre suffisant d'observations, pourra acquérir une valeur qu'elle ne possède pas encore.

Ainsi, les injections sont appelées à rendre d'incontestables services chez le nouveau-né, dans les cas d'occlusion de la bouche, d'adhérence de la langue, de division du voile du palais, de trismus, etc., etc.

En résumé, M. Maisonneuve termine son très-bon rapport par les conclusions suivantes qui ont été adoptées par la Société et auxquelles nous nous associons volontiers :

1° Les injections nasales constituent une ressource qu'on ne doit pas employer dans les cas d'alimentation difficile chez les nouveau-nés ;

2° Elles donnent un moyen précieux pour l'introduction des substances médicamenteuses ;

3° Le travail de M. Henriette mérite d'être honorablement accueilli dans la bibliothèque de la Société de chirurgie. Des remercîments seront adressés à l'auteur.

— Le deuxième rapport est relatif au travail de M. Voillemier

sur les injections alimentaires poussées directement dans l'intestin chez les malades affectés d'anus contre nature.

Nous avons déjà donné une analyse assez complète de l'important travail de M. Voillemier, pour que nous puissions nous borner à reproduire ici l'appréciation sommaire et judicieuse qu'en a faite M. le rapporteur :

Les expériences que M. Voillemier a faites sur des chiens, et deux observations qu'il a recueillies sur l'homme vivant, dit M. Lenoir, faits et observations qu'il a consignés dans le travail qu'il vous a lu, démontrent jusqu'à l'évidence que l'intestin peut digérer les aliments qui lui sont confiés, et, de plus, que cette propriété d'action peut être portée à un assez haut degré pour être d'une utilité vraiment pratique.

M. le rapporteur conclut comme il suit :

Ce travail, que j'ai analysé, est l'œuvre d'un homme instruit et d'un esprit sagace éminemment pratique.

M. Voillemier est connu de vous tous par des travaux qui lui ont déjà donné une position élevée parmi les plus habiles athlètes des concours de l'École et des hôpitaux. Les principaux sont : 1° un mémoire sur la fièvre puerpérale ; 2° un autre sur les fractures du radius et les luxations du poignet ; 3° une thèse sur la claudication ; 4° une thèse sur les kystes du col, etc., etc. Il est en outre professeur agrégé en exercice et chirurgien d'hôpital, en conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° Vu l'importance et la nouveauté du sujet dont il y est traité, de renvoyer le travail de M. Voillemier au comité de publication ;

2° De conférer à M. Voillemier le titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

La Société s'est empressée d'adopter la première de ces conclusions, ce qui est l'indice de l'empressement qu'elle mettra à voter la seconde, et à s'associer ainsi l'un des esprits les plus ingénieux que possède la jeune chirurgie.

— Grossesse extra-utérine. — Pièces anatomo-pathologiques.—M. Huguier a présenté une pièce très-remarquable relative à une grossesse extra-utérine. Le chirurgien ayant voulu montrer cette pièce avant de la disséquer, n'a pas encore bien apprécié le siége précis occupé par le kyste fœtal. Nous n'entrerons donc pas aujourd'hui dans de longs détails sur ce sujet. Nous dirons seulement que la malade qui présentait ce cas de grossesse extra-utérine, a succombé aux suites d'une péritonite foudroyante, produite par la rupture du kyste dans l'intérieur de la cavité péritonéale. La déchirure a été le résultat de l'action du bord tranchant d'un des temporaux. Déjà la nature avait fait des efforts curatifs pour faire disparaître les débris du fœtus. Une large ouverture mettait le kyste en rapport avec le rectum, et une bonne partie du squelette était déjà spontanément sortie par l'ouverture anale. Ce fait a surtout inspiré à la Société un intérêt de curiosité ; mais en voici un qui s'est recommandé par un vif intérêt pratique. En raison même de cet intérêt, nous croyons devoir en publier l'observation complète.

— Rupture complète du canal de l'urètre. — Rupture partielle des corps caverneux. — Infiltration gangréneuse. — Rétention d'urine. — Ponction de la vessie à l'hypogastre. — Mort.

Grenet (Jean), âgé de 37 ans, palfrenier, marié, doué d'une constitution vigoureuse, fut apporté à Beaujon, 1er pavillon, n° 185, le 26 *mars* 1853.

Cet homme était atteint depuis quelque temps d'une affection de l'oreille pour laquelle un médecin, parent de la femme du malade, ordonna l'application d'un vésicatoire à la région mastoïdienne. Quelques jours après, cet homme, étant couché avec sa femme et ayant des érections continuelles depuis le vésicatoire, eut, malgré lui et contre l'avis de son médecin, un rapport sexuel avec celle-ci ; seulement elle se plaça sur lui et, par un faux mouvement pressant de tout le poids de son corps sur la verge alors en violente érection, elle la ploya brusquement vers le périnée et la cuisse.

Une douleur vive et violente survint au moment de l'accident, et la verge prit bientôt une couleur rouge violacée ; le malade s'aperçut plus tard qu'il ne pouvait plus uriner : le médecin, dont il a été question plus haut, tenta le cathétérisme, mais ce fut en vain, il ne voulut d'ailleurs pas insister : un écoulement considérable de sang eut lieu par l'urètre, suivi bientôt d'un peu d'urine ayant sa couleur normale, et ce fut le lendemain du jour de l'accident que le malade fut apporté à l'hôpital. On constata alors l'état suivant :

26 *mars* (*matin*). La verge est le siége d'un épanchement considérable ; elle est noire, déformée et d'une mollesse extrême. Le prépuce est œdématié, surtout à son extrémité inférieure ; il recouvre le gland complétement, cependant il est assez facile de mettre à découvert celui-ci, et on trouve alors que sa couleur est normale. Le scrotum a déjà une teinte légèrement violacée et est un peu œdématié. Le périnée est le siége d'une ecchymose légère, et cette région, ainsi que la région hypogastrique, sont très-douloureuses au toucher.

M. Huguier introduisit immédiatement une sonde d'argent pour reconnaître la lésion, mais l'instrument fut arrêté au niveau de la portion péritonéale de la verge, et une certaine quantité de sang s'écoula ; M. Huguier ne voulut pas aller plus loin : il diagnostiqua une déchirure de l'urètre, fit appliquer des compresses d'eau blanche sur toutes les parties lésées, et recommanda au malade de boire peu.

(*Soir.*) Le scrotum est considérablement ecchymosé, il est épais, lourd, douloureux et d'un rouge violacé. L'ecchymose du périnée est moins considérable. Le malade a rendu spontanément environ un verre d'urine teinte de sang ; la soif est vive, la bouche est sèche et la peau chaude ; le pouls est fort et bat 120 fois par minute. Il existe une vive douleur à l'hypogastre et aux régions iliaques : le pénis est dans le même état.

27 *mars* (*matin*). Le malade n'a pas dormi et a été très-agité ; sa face est pâle ; la fièvre intense ; la langue est légèrement brunâtre ; il y a de l'anorexie, mais pas de nausées. La verge, dont le gonflement et la couleur sont les mêmes, présente à sa partie latérale droite une phlyctène qui soulève l'épiderme et qui, déchirée, laisse voir la surface papillaire du derme ulcérée et parsemée de points gangrenés.

A l'hypogastre et aux régions iliaques et inguinales des deux côtés, se voient des plaques d'un rouge sombre, surtout à leur centre, et dont la circonférence présente une teinte jaunâtre ; la peau, qui est le siége de ces plaques, est œdématiée, douloureuse, mais ne présente pas encore d'emphysème.

(*Soir.*) Aggravation de tous les symptômes précédents ; langue sèche et fuligineuse ; l'épiderme d'une grande partie du pénis se détache, et le derme mis à nu présente une teinte blafarde. Les plaques rouges déjà mentionnées s'étendent le long du ventre et des flancs ; la peau à leur niveau est très-œdématiée et douloureuse. Le malade peut à peine uriner.

Traitement. Saignée du bras de quatre palettes ; julep diacodé et diète.

28 *mars* (*matin*). Il y a moins de fièvre ; le malade a un peu sommeillé, mais la face est pâle et abattue ; la langue brunâtre et fendillée et la soif intense ; le gonflement de la verge est tel, que le gland ne peut plus être découvert ; sa surface ressemble à du papier gris mouillé ; la peau du scrotum et du périnée est infiltrée et gangrenée ; cependant le malade peut encore rendre un peu d'urine foncée en couleur, mais ne contenant pas de sang.

(*Soir.*) Les plaques rouges atteignent la région iléo-costale des deux côtés et ont envahi en bas le quart supérieur de la face antérieure des cuisses. Il n'y a pas encore de liquide collectionné, néanmoins on pratiqua quatre incisions très-grandes et atteignant le tissu cellulaire sous-cutané, qui donnèrent issue à de la sérosité jaunâtre et présentèrent çà et là des portions de tissu cellulaire sphacélé. (Même traitement et lavements purgatifs.)

29 *mars* (*matin*). G.... a moins de fièvre et paraît moins prostré ; les incisions sont sèches et leur surface laisse voir le tissu cellulaire sphacélé ; le malade a eu deux selles qui l'ont

soulagé; la langue s'humecte et se nettoie. (Même traitement; seulement si l'empâtement du scrotum augmente, l'on fera quelques incisions à sa partie la plus déclive.)

(*Soir.*) Le scrotum est énorme et d'un noir sale, l'épiderme s'en détache par lambeaux humides; l'on pratique les incisions qui avaient été prescrites; elles sont peu douloureuses, et les surfaces incisées sont épaissies et d'un rouge foncé.

30 *mars*. Il existe une suffusion jaunâtre à la peau; le pouls est fréquent, mais large, mou et un peu irrégulier. Les plaques rouges occupent maintenant les parties inférieures et latérales du thorax. Le malade a été agité dans la nuit, il a eu du délire; il urine seul et en assez grande quantité, environ 200 grammes deux ou trois fois par jour.

2 *avril*. Depuis deux jours, le malade paraît dans un état plus satisfaisant, mais la chute des escarres laissera voir de grands désordres; d'un autre côté, la rougeur œdémateuse a presque atteint les aisselles, cependant le malade urine encore bien, et l'urine est belle, il n'est plus agité la nuit, la fièvre est tombée, la langue, quoique sèche, n'est plus fuligineuse, et il n'y a pas de diarrhée.

3 *avril*. G.... va moins bien, la respiration commence un peu à s'embarrasser, la fièvre se rallume; une plaque érésypélateuse occupe le nez, il y a un peu de dyspnée; l'auscultation démontre que le poumon droit en arrière est congestionné; il y a rejet des crachats muqueux et épais. Une odeur de gangrène commence à entourer le malade, les muscles du bras sont le siége de petites crampes; depuis quelques heures, le malade se plaint de ne pouvoir plus uriner, la vessie s'élève au-dessus du pubis. L'érésypèle gagne les deux joues; il existe du délire de temps en temps, la langue est sèche et fendillée.

4 *avril*. Le malade n'urinant pas, M. Huguier essaie d'introduire une sonde d'argent dans le canal de l'urètre, il ne peut y parvenir; mais, arrivé à la distance de deux pouces environ du méat, le bec de la sonde tombe dans une sorte de poche, et de l'urine s'écoule; mais on ne peut la faire aller plus loin. Alors M. Huguier se décide à ponctionner la vessie au-dessus du pubis; l'opération fut pratiquée par la méthode ordinaire, avec un trois-quarts courbe. Environ deux litres d'urine fort belle s'écoulèrent, et la sonde fut laissée à demeure et fixée à l'abdomen.

5 *avril*. Nuit sans sommeil, mais non agitée; l'érésypèle a presque entièrement disparu; le pouls devient fréquent et petit, l'emphysème du tissu cellulaire se montre sur plusieurs points. Deux nouvelles incisions, pratiquées aux régions iliaques, donnent issue à du pus grisâtre d'une odeur ammoniacale, entremêlée de gaz, et à des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

6 *avril*. Aggravation de tous les symptômes; diarrhée.

7 *avril*. Râle trachéal, petits mouvements convulsifs à la face et à la langue. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie. — Elle fut faite 40 heures après la mort. Roideur cadavérique considérable. En disséquant le périnée, voici ce que l'on constate : Les parois du scrotum sont frappées de gangrène humide, et sont abreuvées de pus et d'urine; le pus est d'aspect variable; çà et là il est blanc et crémeux, ailleurs c'est une sanie noirâtre d'une odeur ammoniacale infecte; ces liquides existent surtout dans la cloison des dartos. En disséquant le canal de l'urètre, on trouva au niveau du bulbe une rupture considérable; alors on fendit le canal depuis le méat, dans le sens de sa longueur, et après deux pouces environ de trajet, la pointe des ciseaux tomba dans une sorte de cavité anfractueuse, remplie de sang noirâtre mêlé à de l'urine; le bulbe de l'urètre a complétement disparu; il n'en existe plus de trace. La rupture du canal est complète; une distance de deux centimètres au moins sépare les deux bouts. L'espèce de poche intermédiaire, aux deux bouts du canal rompu, ayant été débarrassée du sang qu'elle contenait par un filet d'eau, présente, à sa paroi supérieure, deux dépressions qui semblent bien évidemment formées par une perte de substance des corps caverneux, et entre lesquelles on voit encore une portion de la cloison; c'est dans cette poche que s'était arrêtée la sonde, et c'est d'elle que s'était écoulée l'urine, car il était évident de toutes façons que l'on n'était pas arrivé dans la vessie.

La prostate et les vésicules séminales sont à l'état normal; les parois abdominales, jusqu'à la base de la poitrine et de chaque côté, sont le siége d'abcès urineux considérables. Le tissu cellulaire sous-cutané s'enlève par lambeaux grisâtres baignant dans un pus séreux et fétide. La partie inférieure des muscles obliques, des muscles droits et des pyramidaux, ceux qui s'attachent à la partie supérieure et interne des pubis et ceux du périnée, sont noirâtres. La vessie est saine, seulement le pourtour du point ponctionné est noirâtre et un peu infiltré d'urine.

Le poumon droit est engoué à sa partie postérieure.

A la suite de cette communication, plusieurs membres de la Société ont cité des cas de rupture de la verge survenus dans des conditions analogues. Les malades ont pu guérir. Mais on n'a pas songé à signaler ce qui rend l'observation de M. Huguier tout à fait dissemblable. Ainsi, dans deux faits rappelés par M. Deguise et par M. Richet, les malades ont pu guérir, sans doute; mais si la guérison a eu lieu, c'est que la lésion était bornée aux corps caverneux. Dans le fait de M. Huguier, au contraire, la lésion principale a spécialement porté sur le canal de l'urètre. La très-petite déchirure du corps caverneux était la lésion secondaire. La mort du malade a été la conséquence de la rupture du canal, qui a amené l'épanchement d'urine et nécessité l'opération de la ponction vésicale hypogastrique.

De la cyanose du sang par le chloroforme. — Remarques sur quelques effets consécutifs de l'action du chloroforme; du frisson et de la stupeur anesthésiques.

J'ai souvent remarqué, en pratiquant des opérations plus ou moins graves et notamment des amputations de jambe et de cuisse, sur des sujets endormis par le chloroforme, que le jet sanguin sortant des artères présentait, au lieu de sa couleur vermeille et rutilante, une coloration brun-foncé presque semblable à celle du sang veineux. Cette coloration prouvait évidemment que le sang n'avait pas subi, dans le poumon, une revivification ou oxygénation suffisante et qu'il y avait dès lors un commencement d'asphyxie. Or, cela n'existe pas seulement dans des cas où le mode d'administration du chloroforme est défectueux, mais nous l'avons positivement constaté dans ceux où toutes les précautions avaient été prises pour éviter l'asphyxie. Il nous a donc fallu conclure de là que, même avec une inhalation très-bien faite, le sang des sujets soumis à l'action du chloroforme ne subissait point au degré normal les changements par suite desquels le sang devient artériel, de veineux qu'il était en arrivant au poumon.

En y regardant de plus près, nous avons vu que cet effet qualifié par nous, improprement peut-être, de *cyanose du sang*, s'observait à son plus haut degré pendant la période de collapsus, pour diminuer ensuite à mesure que la respiration reprenait son type normal. Si, pour des motifs que nous avons antérieurement déduits, nous n'eussions pas déjà considéré l'état de collapsus comme une condition fâcheuse pendant l'anesthésie, cette circonstance de la cyanose du sang, atteignant son maximum pendant la période de collapsus, eût suffi pour arrêter notre opinion à ce sujet.

Mais ce n'est pas là le point sur lequel nous insistons en ce moment. Ce que nous tenons à constater, c'est que l'inhalation du chloroforme, alors même qu'on la pratique de la manière la plus sage et la plus ménagée, s'accompagne toujours d'un certain degré d'asphyxie incomplète, attestée par un changement de couleur du sang artériel. Seulement, l'altération est beaucoup plus prononcée pendant le collapsus.

Il est une expérience que nous n'avons point faite, mais qu'il ne nous serait pas difficile d'instituer dans certaines opérations. L'expérience consisterait à recevoir, dans des tubes éprouvettes, des quantités suffisantes de sang lancé par les artères et re-

cueilli aux diverses périodes de l'anesthésie. A moins que nous n'ayons été le jouet d'étranges illusions, nous oserions prédire le résultat de ces expériences et avancer que l'on trouverait de remarquables différences de coloration dans le sang des diverses éprouvettes.

Jusqu'ici, cette question a été trop peu étudiée pour qu'il nous soit possible de la traiter plus au long. Nous nous proposons de le faire. Mais provisoirement il nous a paru que cette circonstance de la cyanose du sang, même dans les degrés peu prononcés de l'anesthésie, mériterait d'être signalée aux praticiens et, à plus forte raison, l'accroissement très-sensible de cette cyanose pendant le collapsus.

Frisson anesthésique. — Il est un certain nombre de sujets qui, après l'emploi du chloroforme, sont saisis d'un frisson, de courte durée chez quelques-uns et qui, chez d'autres, peut aller en s'aggravant, se convertir enfin en un refroidissement progressif et même mortel, si le chirurgien ne lutte pas de bonne heure, et très-énergiquement, contre cette fâcheuse tendance. J'ai eu déjà plusieurs fois l'occasion d'appeler l'attention de mes collègues, à la Société de chirurgie, sur ce genre d'accident. La première fois que je l'ai observé, c'était sur un malade de l'hôpital Saint-Antoine, à qui j'avais pratiqué l'opération de la taille par le procédé bi-latéral avec le lithotôme de Dupuytren. Le malade avait été reporté à son lit après l'opération, aucun accident n'avait eu lieu, il avait parfaitement repris connaissance; j'avais seulement recommandé à mes internes de surveiller l'état du malade. Toutefois, au moment de quitter l'hôpital après la consultation, je voulus voir encore une fois mon opéré. Je le trouvai en proie à un frisson tellement intense, déterminant une prostration si profonde, que je ne doutai pas qu'un état semblable n'eût infailliblement amené au bout d'une demi-heure, d'une heure peut-être, la perte du malade. Je m'occupai donc de rétablir la calorification par tous les moyens que j'avais à ma disposition en ce moment. Les premières tentatives ne produisirent qu'un effet peu marqué, mais en persévérant dans l'emploi des mêmes moyens, savoir : les frictions avec l'eau-de-vie camphrée chaude, les alèzes brûlantes, des bouteilles d'eau chaude aux pieds, du vin sucré à l'intérieur, je parvins à ranimer le malade, et je ne quittai l'hôpital qu'en le laissant dans des conditions rassurantes. Cet homme a parfaitement guéri.

Il ne m'est pas resté le moindre doute que si je ne fusse pas revenu auprès de cet opéré, il n'eût infailliblement succombé. C'est pour cela que, depuis cette époque, j'ai cru devoir non-seulement appeler l'attention de mes confrères sur le genre d'écueil dont il s'agit, mais de plus je me suis imposé l'obligation de veiller toujours avec un soin particulier au rétablissement de la calorification après les inhalations de chloroforme.

Stupeur anesthésique. — Chez certains malades, l'action du chloroforme a des effets consécutifs non pas très-éloignés, mais qui cependant ne produisent leurs conséquences définitivement fâcheuses qu'au bout de 16, 24, 48 heures. Il semblerait, dans ces cas, que l'atteinte portée aux forces vitales par le chloroforme ait été tellement profonde que le malade ne puisse pas s'en relever. Il revient, il est vrai, de l'engourdissement anesthésique primitif, mais il reste dans un état de demi-stupeur et de prostration tel qu'il succombe dans les courts délais que nous venons d'indiquer, sans qu'on puisse invoquer la circonstance d'une hémorrhagie ou d'une pénétration d'air dans le système veineux, rien en un mot qui puisse rendre compte de la mort, si l'on n'attribue pas une certaine part au chloroforme dans la terminaison fatale. La seule circonstance qui, dans les cas dont nous venons de parler, pourrait être invoquée comme cause de mort en dehors de l'action du chloroforme, ce serait cet épuisement de la force nerveuse, signalé, dans le temps, par Dupuytren, mais qui restera toujours quelque chose de très-vague, de très-mystérieux et de très-contestable.

Les cas dans lesquels nous avons observé ce que nous appellerions des morts consécutives, espèce d'empoisonnement lent par le chloroforme, se rapportait à des opérations faites chez des vieillards ou chez des sujets profondément débilités. C'était aussi à la suite de ces opérations que nous appelons sidérantes pour indiquer à quel degré elles agissent sur l'état général des forces et sur l'économie tout entière; par exemple, des opérations de hernie étranglée, des ablations de tumeurs considérables chez des vieillards, chez des malades épuisés, chez des sujets atteints de plaies d'armes à feu.

Le nombre encore très-peu considérable de ces faits, leur interprétation contestable, la coïncidence de l'emploi du chloroforme avec une opération très-grave par elle-même, nous imposent une grande réserve et ne nous permettent point encore de conclure. Ce sont donc seulement des doutes, des présomptions que nous soumettons au contrôle des praticiens, mais nous avons cru devoir le faire dès à présent, afin d'éveiller leur attention sur une cause de mort d'autant plus redoutable qu'elle resterait plus inaperçue. Jusqu'à plus ample informé, nous nous bornerons donc à parler de la simple possibilité d'un empoisonnement lent ou consécutif par le chloroforme.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Devergie.

Impetigo rodens.

De tous les chapitres de la dermatologie, celui qui me paraît être resté le plus incomplet est celui de l'impetigo. Lorsque les auteurs ont décrit la forme aiguë de l'impetigo avec ses variétés : *sparsa, figurata, erysipelatodes*, etc., lorsqu'ils ont indiqué assez légèrement ses formes chroniques, sous les noms de impetigo *scabida, chronique simple, rodens*, etc., ils s'arrêtent, comme si l'histoire de la maladie était complète. A peine jugent-ils à propos, pour cette dernière variété en particulier, l'*impetigo rodens*, de signaler sa rareté pour rendre compte du peu d'état qu'ils en font. Je ne puis accepter une pareille manière d'envisager un groupe de maladies aussi important par le nombre et par la gravité des espèces qui s'y rattachent, et dont l'histoire a constamment été ou défigurée ou omise. Ainsi, à l'impetigo aigu avec ses variétés, et à l'impetigo chronique simple, qui occupe principalement le cuir chevelu, sous des apparences diverses, je crois qu'on doit ajouter :

1° Une éruption impétigineuse dont le caractère principal est de donner lieu à un écoulement incessant et excessivement abondant d'un liquide visqueux et purulent. Cette sécrétion excessive peut se tarir au bout de quelques jours; mais on la voit aussi passer à l'état chronique et revêtir alors un cachet tout spécial d'opiniâtreté. Nous désignerons, si vous voulez, cette espèce d'impetigo caractérisé par un flux intarissable d'humeur purulente, sous le nom d'*impetigo purifluens*.

2° Des plaques circonscrites et enflammées, constamment situées dans la barbe et au voisinage des narines, se couvrant de poussées successives de très-petites pustules, et qui, par leur siége plutôt que par leur véritable caractère, se rapprochent de la mentagre. Je leur réserve le nom d'*impetigo sycosiforme*.

3° Des poussées beaucoup plus graves encore de pustules volumineuses, altérant le derme jusque dans sa profondeur, et constituant, principalement chez les sujets scrofuleux, des surfaces plus ou moins étendues ulcérées, recouvertes de croûtes grises, qui laissent après elles de hideuses cicatrices analogues à celles de la brûlure. Si ces plaques ulcérées diffèrent de celles du lupus par leurs croûtes, par leur étendue et par leur siége, elles s'en rapprochent par leur profondeur, par leur liaison au vice scrofuleux et par les cicatrices qui leur succèdent : ce sera l'*impetigo lupiforme*.

4° Enfin, un amas de très-petites pustules qui se succèdent indéfiniment les unes aux autres, qui altèrent encore profondément la peau, mais qui se limitent constamment à un espace très-circonscrit, soit sur l'aile du nez, soit au voisinage de l'un des angles de l'œil : c'est là l'*impetigo rodens*, dont je me pro-

pose de vous faire connaître aujourd'hui les caractères et le traitement.

Les cas assez nombreux d'impetigo rodens qu'il m'a été donné d'observer, ne sauraient rentrer dans une description commune ; il est nécessaire, avant tout, de les partager en deux catégories bien tranchées : les uns *non ulcéreux*, les autres *ulcéreux*. Vous verrez bientôt que cette distinction, indispensable au point de vue de la description, ne le sera pas moins sous le rapport des indications thérapeutiques.

La forme non ulcéreuse de l'impetigo rodens débute par une petite pustule à peine perceptible, qui n'attire même pas l'attention du malade. Elle apparaît le plus ordinairement au voisinage de l'angle interne de l'œil. Son siége habituel me paraît être sur la paupière inférieure, à sa partie la plus interne, entre l'angle de l'œil et le sourcil. Cependant, elle peut occuper d'autres points des paupières, ou même débuter par le nez, principalement par la face externe de ses ailes.

Cette première pustule fait presque aussitôt place à une croûte aussi imperceptible qu'elle; mais, au bout de huit ou quinze jours, cette croûte tombe, et elle est remplacée alors par deux, trois, quatre autres pustules analogues à la première. Tout cela se fait sans qu'aucune douleur, sans qu'aucune inflammation ne vienne avertir le malade de se mettre en garde contre une affection bien légère sans doute, mais dont la marche lente, insidieuse, et toujours envahissante, va devenir réfractaire à tous les moyens habituels. Ce petit groupe de pustules microscopiques est, à son tour, remplacé promptement par un amas de croûtes sèches, grisâtres et adhérentes. Puis, à la chute de ces croûtes, on aperçoit à leur place une petite tache décolorée, qui n'est autre chose qu'un tissu de cicatrice indiquant une altération du tissu même du derme. Cette tache est plus ou moins complétement entourée par une enceinte de nouvelles pustules et de nouvelles croûtes affectant une disposition circinée; c'est-à-dire circonscrivant toujours nettement la surface primitivement atteinte, mais actuellement libre. Et toujours la tache cicatricielle du centre va s'agrandissant, à mesure que son rempart de petites croûtes et de petites pustules recule et envahit la peau saine.

Cette succession de pustules et de croûtes, cet envahissement de la ligne qui circonscrit la surface précédemment malade, continuent lentement leurs progrès, soit qu'on les néglige, soit qu'on les attaque par les pommades résolutives ordinaires ; car il faut bien savoir que c'est là une maladie excessivement difficile à déraciner, et qui, le plus souvent, ne se présente au médecin qu'après plusieurs mois ou plusieurs années de date.

A la vue d'une maladie aussi locale, aussi indépendante du reste de la santé, et aussi réfractaire, j'eus l'idée de recourir directement à une cautérisation profonde, qui, en détruisant une bonne partie de l'épaisseur de la peau, emportât du premier coup le mal tout entier. Aucun caustique ne m'a paru préférable, pour atteindre ce but, à celui de Canquoin ou plutôt au chlorure de zinc incorporé simplement à de la farine. Non-seulement je suis constamment parvenu à emporter ainsi d'emblée toute la maladie ; mais j'ai même évité aux malades l'inconvénient d'une cicatrice difforme.

C'est là l'*impetigo rodens non ulcéreux* que j'appellerai *circonscrit*, par opposition avec une autre variété plus rare, et qui consiste dans un plus ou moins grand nombre de groupes de pustules et de croûtes isolées sur divers points de la figure et du cou, et que j'appellerai *impetigo rodens non ulcéreux diffus*. Ce dernier ne diffère de celui que je viens de décrire que par la multiplicité et la variété des points qu'il occcupe. Il mérite moins d'attention que le précédent, parce qu'il est toujours très-circonscrit, réduit à la largeur d'une très-petite lentille, et qu'il guérit souvent spontanément.

Enfin, vous observerez une variété d'impétigo rodens bien différente de tout cela, et sur laquelle j'insiste d'autant plus volontiers que, d'une part, on la méconnaît généralement, et que, de l'autre, elle donne assez de prise à la thérapeutique pour mettre le médecin à même de rendre, à certaines personnes, un service signalé : c'est celui que j'appelle *ulcéreux*, parce qu'il se distingue bien plus par l'ulcération qui remplace les pustules primitives que par ces pustules elles-mêmes qui sont à peine perceptibles.

Une ou plusieurs très-petites pustules apparaissent, soit sur l'aile du nez, soit au voisinage de l'un des angles de l'œil. Ces petites pustules, au lieu de faire place à des croûtes, sont bientôt remplacées au contraire par une petite ulcération que circonscrivent à leur tour d'autres pustules analogues, mais dont l'existence fixe toujours moins l'attention que l'ulcère lui-même. On voit lentement la petite plaie s'agrandir, sans qu'aucun topique puisse en obtenir la cicatrisation, et toujours à son pourtour il est possible d'apercevoir les pustules originaires qui trahissent la nature et le point de départ de la maladie. En même temps que cette ulcération s'étend en surface, elle détruit lentement, mais profondément la peau sur laquelle elle repose ; et comme le plus souvent, ainsi que je l'ai dit, c'est sur l'aile du nez ou sur les angles des paupières qu'elle se développe, il n'est pas rare de la voir perforer de part en part le voile membraneux qui abrite le globe oculaire, ou le pavillon qui protége les fosses nasales. Bien plus, si sa marche n'est pas arrêtée, on la voit ronger progressivement les parties qui l'avoisinent. Je ne puis vous en montrer d'exemple plus frappant que celui de la femme couchée au n° 7 de la salle Saint-Thomas, et celui de l'homme couché au n° 45 de la salle Saint-Louis. Dans le premier cas, toute l'aile droite du nez a été détruite, ainsi que la cloison et une bonne portion de l'aile gauche, et l'ulcération, longtemps confondue avec un de ces ulcères de mauvaise nature, qu'on désignait autrefois sous le nom de *noli me tangere*, s'étendait à tout le pourtour des fosses nasales ainsi mises complétement à découvert. Dans le second, l'ulcération, née à l'angle interne de l'œil, a détruit le quart de la paupière supérieure et une partie de l'inférieure.

Une des principales causes d'erreur qui font méconnaître la maladie arrivée à cette période extrême de développement, c'est qu'elle se présente sous l'aspect d'un ulcère, à bords indurés et engorgés et à fond grisâtre, à peu près comme l'ulcère cancéreux lui-même ; mais la lenteur de son développement, le souvenir des pustules qui en ont marqué le point de départ, la présence de ce même élément pustuleux au pourtour de l'ulcération et le lieu de sa première apparition, qui paraît à peu près constant, suffisent pour en faire reconnaître la nature. Quelle que soit sa forme, l'impetigo rodens n'est pas une maladie de l'enfance : c'est constamment au delà de 30 à 40 ans que je l'ai observé. On ne peut pas dire qu'il obéit à l'influence du sexe, de la condition, ni du tempérament. Cela est surtout applicable à la forme non ulcéreuse, laquelle peut coïncider avec l'état de santé le plus irréprochable. La forme ulcéreuse, au contraire, paraît dériver du vice scrofuleux, allié peut-être au vice syphilitique sous forme insidieuse, à en juger du moins par l'utile modification que lui fait subir la médication composée dont je parlerai bientôt.

Il résulte de là que deux modes de traitement bien différents sont applicables aux deux variétés d'impetigo rodens que j'ai indiquées : dans la variété non ulcéreuse, la cautérisation purement et simplement; dans la variété ulcéreuse, au contraire, usage prolongé d'une médication composée, puis, finalement, la cautérisation comme dans le cas précédent.

Voici en quoi consiste cette médication composée à laquelle je dois les résultats les plus inespérés, tant dans l'impetigo rodens que dans une foule d'autres maladies graves et anciennes qui avaient résisté aux agents les plus puissants pris isolément.

Elle comprend à la fois l'iode, le fer, le mercure, l'arsenic, l'huile de foie de morue et les amers.

Je commence par faire prendre le matin à jeun, dans un verre de tisane amère, soit de houblon, soit de fumeterre, soit de feuilles de noyer, etc., une cuillerée de sirop d'iodure de fer, que je formule ainsi :

1° R. Limaille de fer porphyrisée. . 0,40 grammes.
Iode. . . . . 1,75 —
Eau. . . . . 6 —
Combinez à froid par trituration.

2° Dissolvez dans la plus petite quantité d'eau possible :
Iodure de potassium. . . . 10 grammes.

3° Dissolvez dans quelques gouttes d'alcool :
Bichlorure de mercure. . . . 0,1 gramme.

4° Incorporez le tout à :
Sirop simple. . . . . 500 grammes.

Si vous faites attention aux chiffres de cette formule, vous verrez que la proportion d'iode dépasse de 8 centigrammes la dose qui suffit à la formation de l'iodure de fer, puisque 0,40 gr. de fer sont saturés par 1,67 d'iode : aussi obtient-on une liqueur qui, au lieu d'être limpide et légèrement verdâtre, est au contraire d'un rouge foncé à cause de l'excès d'iode qu'elle contient. Quelques centigrammes d'iode libre devront être d'une bien médiocre utilité, me direz-vous ; mais si vous vous rappelez à quelles doses restreintes on donnait l'iode en nature avant l'emploi de l'iodure de potassium, et combien ses effets étaient marqués surtout sur l'estomac qui souvent en éprouvait les plus douloureuses gastralgies, vous verrez que 8 centigrammes sont une dose suffisante pour obtenir un effet sensible. Nous réunissons donc d'abord les effets et de l'iode et de l'iodure de fer qui, l'un et l'autre, ont leur action bien distincte, puis l'iodure de potassium qui en grande partie demeure en nature, et qui sert, par une minime partie, à constituer un iodure de mercure qu'il dissout. De sorte qu'en somme ce sirop réunit l'iodure de fer, l'iode libre, l'iodure de potassium et l'iodure de mercure : quatre agents dont l'activité est incontestable quand ils sont pris séparément, et qui ne peuvent manquer d'agir plus puissamment encore quand on les associe l'un à l'autre.

Immédiatement avant ou après que le malade a pris une cuillerée de ce sirop dans un verre de tisane, je lui donne de 2 à 6 cuillerées d'huile de foie de morue qu'il associe à une cuillerée de vin de gentiane pour en dissimuler un peu la saveur désagréable.

Outre ces médicaments qui doivent être pris le matin à jeun, je donne aux repas, et pour être mêlée au vin, une eau ferrugineuse que je rends gazeuse, pour faciliter l'action de l'estomac, en la formulant ainsi :

Tartrate de fer. . . . . 0,40 grammes.
Bicarbonate de soude. . . . 2 —

Placez le mélange de ces deux sels pulvérisés dans le globe supérieur de l'appareil à eau de seltz, et vous obtiendrez une eau gazeuse légèrement colorée qui retient le fer en dissolution à la faveur de l'acide carbonique.

Enfin, vers le milieu de la journée, je fais prendre une seconde tasse de tisane amère additionnée de liqueur de Fowler, en commençant par une goutte et augmentant d'une chaque jour jusqu'à 7 ou 8.

Vous voyez figurer dans cette longue série de remèdes, en première ligne, les principaux agents dont l'efficacité a été parfaitement constatée dans les scrofules : c'est-à-dire l'huile de foie de morue, les amers, les ferrugineux et l'iode ; aussi, cette médication composée produit-elle ses plus beaux effets dans les formes scrofuleuses les plus graves. Si Baudeloque, Lugol, Guersant père ont pu conclure de leurs longues statistiques que chacun de ces agents pris isolément guérit un tiers des scrofuleux, en améliore le second tiers et est impuissant sur le troisième, je ne crains pas d'affirmer que leur association a guéri ou amélioré une bonne proportion des cas qui ont résisté à leur action isolée. Quant au mercure et à l'arsenic, tous deux sont d'une action incontestable sur un bon nombre d'affections cutanées des plus graves d'origine et de nature diverses : quoi d'étonnant qu'ils soient de puissants auxiliaires des agents antiscrofuleux dans des formes rebelles de maladies dont la nature est inconnue et sur lesquels quelques agents isolés sont absolument inefficaces ?

C'est donc par cette médication composée que j'attaque l'impetigo rodens ulcéreux : et je puis vous dire, à cette occasion, que c'est là ma dernière et ma plus puissante ressource dans le plus grand nombre de ces affections graves et opiniâtres qui ont résisté à toute espèce de tentative. Quant aux résultats qu'elle opère, je n'ai qu'à vous rappeler la malade du n° 7, qui va sortir guérie d'une horrible ulcération qui lui a dévoré le nez tout entier, et cet homme dont une paupière presque entière avait été détruite et qui arrive à une guérison complète (1).

Voici donc la médication interne par laquelle je commence le traitement de l'impetigo rodens de forme ulcéreuse ; un mot maintenant de la cautérisation qui achève ce traitement et qui constitue à elle seule toute la thérapeutique de la forme non ulcéreuse de la même maladie. Car l'expérience m'a convaincu de l'inutilité d'une médication interne dans cette forme non ulcéreuse.

Je vous ai dit que le chlorure de zinc me fournit un caustique aussi précieux par l'activité de son action que par la commodité de son emploi. Il a, de plus, pour avantages, quand il est convenablement appliqué, de ne déterminer qu'une cuisson modérée et passagère, et d'opérer une destruction de substance qui ne s'accompagne d'aucune cicatrice difforme.

Lorsque des fragments de chlorure de zinc sont renfermés dans un flacon mal fermé, ils attirent l'humidité de l'air au point de se liquéfier en partie, de sorte que bientôt il se dépose au fond du flacon une couche plus ou moins épaisse d'un liquide huileux et jaunâtre. C'est précisément ce liquide qui me sert à préparer extemporanément la pâte caustique dont je me sers. J'en fais tomber quelques gouttes dans une assiette, et avec une spatule ou la lame d'un couteau, je l'incorpore à une quantité suffisante de farine de froment. J'insiste sur ces détails, parce que si vous preniez une dissolution du sel dans l'eau, ou bien si vous vouliez vous servir d'une farine qui ne fût pas parfaitement pure, vous n'obtiendriez pas cette pâte liée et collante qui est si utile, et qui ne s'obtient qu'en opérant comme je l'ai indiqué. Il vous est toujours facile de donner ainsi à la pâte caustique le degré de densité qui convient à l'usage que vous voulez en faire. Pour cautériser superficiellement, il suffit d'une pâte très-molle, étendue en couche mince comme un vernis. Si au contraire vous voulez détruire profondément, vous pouvez faire une pâte plus dense que vous étendez en couches plus ou moins épaisses. Bien que cette pâte se ramollisse aussitôt après son application, j'ai soin cependant de l'employer aussi molle que possible, parce qu'elle se durcit et se dessèche ensuite pour demeurer adhérente à l'escarre jusqu'au moment de sa chute, et qu'un excès de consistance nuirait à l'activité de son action.

Pendant les cinq ou six heures qui suivent son application, le caustique détermine un sentiment de brûlure qui, malgré sa persistance, est fort supportable. Puis, une rougeur avec un peu de gonflement se développe à l'entour, de manière à simuler quelquefois, sur les peaux fines et délicates, le début d'un érysipèle. Au bout de douze ou quinze heures dans la plupart des cas, après quarante-huit heures dans d'autres, toute trace d'inflammation a disparu au voisinage de la cautérisation, et l'on n'aperçoit plus qu'une croûte grisâtre très-adhérente, formée par le caustique et par l'escarre. Cette croûte, si elle est respectée avec soin, ne tombe que lorsque le travail de cicatrisation est complétement achevé. Mais, chose remarquable ! cette cicatrice est tellement organisée qu'elle ne produit presque pas de difformités, et c'est en cela que le caustique de Canquoin est surtout précieux, puisque la maladie siégeant constamment à la figure, il importe, avant tout, de laisser le moins de traces possible du mal qu'on enlève.

Toutefois, je dois dire que cet heureux résultat est le fruit

(1) Deux autres malades, un homme et une femme actuellement dans le service, sont des exemples frappants des résultats produits dans ces ulcérations rongeantes de l'impetigo rodens ulcéreux par la médication composée.

d'un travail de cicatrisation lent et opéré sous l'escarre, à l'abri de toute perturbation. Si quelque accident ou l'impatience du malade détermine, avant le temps, la chute de la croûte, elle fait place à une ulcération lente à se fermer, et qui laisse après elle une couture plus ou moins difforme.

Je dois vous prévenir cependant que les choses ne se passent pas toujours ainsi, et qu'au lieu de former une croûte sèche, la pâte caustique peut déterminer une sécrétion abondante de sérosité purulente qui s'écoule tout autour de l'escarre. Celle-ci ne tarde pas à se détacher, et l'on a alors un petit ulcère qui met un certain temps à se fermer. Cependant le bénéfice de la cautérisation n'est pas perdu pour cela, et l'on obtient une cicatrisation assez prompte et exempte de difformité, si l'on a soin de faire régulièrement le pansement avec une pommade créosotée telle que celle-ci :

Axonge ou cérat.	30 grammes.
Créosote.	8 gouttes.

Une application de caustique ne suffit généralement pas pour atteindre le mal tout entier, d'autant plus que si la plus petite partie a été omise, il n'en faut pas davantage pour la voir bientôt s'agrandir et suivre la même marche que primitivement. Il suffit alors de poursuivre les points qui ont échappé à une première cautérisation.

Le siége de la maladie commande ordinairement des précautions qu'il ne faut jamais négliger. Ainsi, quand l'ulcération a rongé la peau qui revêt l'aile du nez, il peut arriver qu'un plan très-mince de parties molles soit seul resté intact, et l'on conçoit que, dans ce cas, une cautérisation mal dirigée pourrait occasionner une perforation plus grave que la maladie même : il en serait de même, à plus forte raison, sur la conjonctive. Mais c'est précisément pour des cas semblables, que la pâte ou chlorure de zinc est éminemment précieuse, à cause de la facilité avec laquelle on peut en ménager et en diriger l'action.

Quoi qu'il en soit, je ne prétends pas que rien ne puisse suppléer au chlorure de zinc pour la cautérisation de l'impetigo rodens, et, comme je vous le dirai, du lupus, mais je dois avouer que le nitrate d'argent, la pâte de Vienne et le beurre d'antimoine que j'ai essayés dans des cas analogues, ont été bien loin de me donner d'aussi bons résultats. Puisque, en somme, rien n'est plus facile à se procurer, plus commode à manier, plus efficace dans son emploi, et plus exempt de toute espèce d'inconvénient, pourquoi n'accorderait-on pas à ce caustique une préférence qu'il mérite à tant de titres? C. M.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Masses énormes développées dans le tissu des reins.

Le docteur Pedro de la Rañada, d'Entrambasaguas, fut appelé, en juin 1845, auprès de la dame R. de S., âgée de 24 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste. Depuis environ cinquante jours, elle éprouvait de vives douleurs dans la région lombaire. La face était devenue presque hippocratique; les membres supérieurs étaient sensiblement émaciés, ainsi que le thorax : de plus, le ballonnement du ventre et la fluctuation rendaient l'ascite évidente. A l'aide de la palpation, on constatait l'existence d'une tumeur volumineuse, arrondie, dure et résistante, ressemblant à un fœtus de huit à neuf mois, d'après M. Ramon Hoyo, accoucheur de mérite qui avait vu la malade.

L'appétit et la soif étaient nuls; les selles et les urines entièrement supprimées. Le pouls était petit et concentré. Les douleurs qui paraissent siéger dans cette espèce de tumeur enkystée étaient lancinantes, continues et intolérables à la pression.

La patiente n'attribuait son état à aucune cause appréciable et ne croyait pas être enceinte. Les diurétiques et les drastiques employés au début furent sans effet. L'hydropisie ne faisant qu'augmenter, on retira par la ponction environ 13 litres d'un liquide aqueux. Après l'opération, on procéda à un nouvel examen devenu infructueux à cause de la vivacité des douleurs. On crut tour à tour à l'existence d'un squirrhe, d'une masse hydatique, d'une môle, sans avoir pourtant aucune certitude. Bientôt l'ascite se reproduisit, et la mort arriva le 12 juillet. On avait administré, en dernier lieu, les toniques et les calmants. A l'autopsie, le cœur, les gros vaisseaux, les poumons, le foie et la rate sont un peu atrophiés, presque exsanguës, et offrent une flaccidité particulière. Le péritoine contient une grande quantité de sérosité limpide. La vessie est complétement vide.

La tumeur constatée pendant la vie et située dans la région lombaire, est formée par une masse grisâtre, homogène et consistante, sillonnée de stries d'un blanc mat, disséminées dans un parenchyme qui a dû être le rein gauche excessivement hypertrophié. Il est impossible de distinguer les trois substances qui le composent. On le reconnaît cependant à l'uretère correspondant, également hypertrophié, et dont le diamètre est de 1 pouce, à peu près, à son tiers supérieur; son volume diminue peu à peu et finit par devenir normal à son entrée dans la vessie. L'artère rénale est quatre fois plus grosse qu'à l'état naturel. Une autre masse, moins considérable et composée de granulations blanchâtres, occupe la place du rein droit; sa forme la fait aisément reconnaître pour la glande de ce côté. Elle pèse 4 livres. Le poids de la masse gauche est de 17.

N'ayant pas trouvé d'urine dans la vessie, on n'a pu savoir si ce liquide était altéré par son mélange avec l'albumine, comme l'a observé le docteur Bright.

(*Boletin de medicina,* etc., et *Gaz. méd. de Montpellier;* traduit par le Dr Falot.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 avril 1853. — Présidence de M. Bouvier.

De l'insensibilité des parties de la peau sur les points affectés de phlegmasie chronique comme signe nouveau pouvant aider au diagnostic.

M. Aran communique à la Société quelques recherches qu'il a faites sur la perte de sensibilité affectant la peau, recouvrant des parties sur lesquelles se trouvent du phlegmonin chronique. Ainsi, la peau du ventre dans certaines péritonites chroniques, la peau de la jambe affectée de phlegmasia alba dolens, la peau recouvrant certains phlegmons profonds, la peau du thorax du côté d'une pleurésie chronique, offriraient une insensibilité remarquable sur ces points, insensibilité telle qu'elle peut être privée et traversée par des aiguilles sans que le malade en ait conscience. Ce signe ne se rencontrerait pas dans toute la période de la maladie, mais seulement à un certain temps, au moment du passage de ces phlegmasies de l'état aigu à l'état chronique.

Syncopes des enfants nouveau-nés.

M. Manotte communique à la Société une observation recueillie en ville sur des syncopes qui se sont manifestées chez un enfant nouveau-né, syncopes qui n'ont été indiquées dans aucun auteur et qui paraissent tenir pour lui à un régime mauvais, à une mauvaise alimentation. L'enfant pour lequel il avait été appelé en toute hâte, venait de perdre connaissance, puis il eut une garde-robe copieuse, et tomba dans un sommeil assez profond à la suite duquel l'enfant n'éprouva plus de nouveaux accidents. M. Manotte avait pensé d'abord à une fièvre larvée, mais la cause doit en être plus profonde et lui paraît tenir à une altération plus générale de l'organisme.

M. Vigla. J'ai été consulté, il y a quelque temps, pour un enfant nouveau-né, qui avait éprouvé pendant son sommeil des accidents semblables. J'ai pensé que ces accidents devaient plutôt se supposer à des phénomènes convulsifs qu'à une syncope primitive. Ne serait-il pas possible d'interpréter le fait de cette manière.

M. Manotte. L'enfant que j'ai examiné n'a présenté aucun phénomène de convulsion et l'état syncopal ne peut être révoqué en doute. La première syncope a été tellement longue, que si l'enfant était resté dans son berceau, il eût infailliblement succombé. Des coliques paraissaient précéder l'invasion de la syncope, et je suis disposé à croire que le point de départ des accidents était dans les viscères abdominaux.

M. H. Roger. J'ai observé un fait qui peut être rapproché de celui qu'on vient de rapporter. C'était chez un enfant de 5 à 6 mois, qui était dans un état de syncope complète. Il avait eu auparavant une garde-robe très-copieuse. Ce même phénomène s'était déjà produit dans des circonstances analogues et aussi après l'administration de lavements.

M. Devergie. Il y a huit mois, j'ai vu un enfant de 12 à 13 mois, bien constitué et jouissant d'une bonne santé, qui tomba en syncope et mourut sans présenter aucun autre phénomène morbide.

M. E. Barthez. Les syncopes chez les nouveau-nés sont rares, et pour ma part, j'ai eu peu d'occasion de les observer. Cependant, dans deux faits que je vais citer, j'ai cru devoir attribuer la mort à cette cause. Le premier de ces deux enfants était âgé de 6 à 7 mois et très-bien portant : il ne prenait pas le sein. Sa mère lui donne à manger, le couche : un quart d'heure après, il pâlit, elle s'en aperçoit, le prend dans ses bras et il meurt subitement. — Le second n'avait que 2 mois. Sa mère le nourrissait : pendant qu'il tetait, il quitte tout à coup le sein : la mère le voit très-pâle : la mort fut instantanée. L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion : les poumons n'étaient pas congestionnés. Je serais assez disposé à croire, comme M. Vigla, à l'intervention de phénomènes convulsifs : de même que dans le spasme de la glotte, quand la mort survient, il serait bien possible que le spasme se propageât jusqu'au cœur et vînt simuler la syncope. Ne pourrait-on pas aussi rapporter peut-être à une convulsion du cœur les cas de syncope qui viennent d'être cités.

M. Delacianne a vu un enfant rester, pendant une heure au moins, dans un état de mort apparente, et revenir à lui sous l'influence d'un lavement émétiqué qui provoqua des selles abondantes.

M. Bouvier a vu, à l'hôpital Beaujon, un enfant à la mamelle qui mourut subitement et de telle manière que l'on pensa qu'il avait été étouffé par sa mère pendant son sommeil. Il s'est demandé plutôt si cet enfant n'avait pas succombé à une syncope. Il n'est pas douteux, du reste, que des convulsions puissent survenir pendant la nuit et passer inaperçues.

M. E. Barthez. J'ai vu deux enfants qui avaient été étouffés par leur nourrice : chez l'un d'eux, il existait une très-forte dépression du nez; chez l'autre, la nourrice lui donnait le sein en se couchant; il avait été probablement serré trop longtemps et trop fortement contre son sein. L'autopsie fit constater que tous les organes étaient gorgés de sang noir. Je suis d'ailleurs convaincu qu'un enfant peut mourir par asphyxie lorsqu'il ne lui est pas possible de quitter le sein pendant qu'il tette.

M. Devergie demande à M. Barthez s'il a fait l'autopsie d'enfants qui avaient succombé au spasme de la glotte, et si, par conséquent, il a pu constater anatomiquement le genre de mort. A-t-il, au contraire, été conduit seulement, par l'analyse de symptômes observés pendant la vie, à soupçonner le spasme du cœur. Si l'on admet le spasme du cœur, la mort doit avoir lieu par syncope : or, dans le spasme de la glotte, elle survient le plus souvent par asphyxie.

M. Barthez répond que c'est parce que la mort n'arrive pas toujours par asphyxie dans le spasme de la glotte, qu'il a supposé, sans en avoir la preuve anatomique, que le spasme du cœur pouvait la déterminer.

M. Devergie. Je crois qu'il est impossible d'apprécier la cause de la mort dans un cas de mort subite, si on fait l'autopsie sans avoir le soin de laisser les organes en place. Ce n'est qu'en procédant de cette manière que l'on peut apprécier la quantité de sang que ces organes contiennent. J'ai insisté, à plusieurs reprises, sur ce fait : que les morts subites dépendent le plus souvent de l'asphyxie, tandis que la syncope ne la détermine guère que dans la proportion de 1 sur 40.

M. Hérard admet que l'asphyxie est la seule cause de mort dans le spasme de la glotte. Il a eu l'occasion de faire l'autopsie de plusieurs malades qui avaient succombé à cette affection, et il a toujours rencontré les caractères anatomiques propres à l'asphyxie. Il a trouvé de plus une autre lésion, l'emphysème pulmonaire, et il ne croit pas qu'il soit nécessaire d'invoquer le spasme du cœur qui ne peut pas être démontré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— D'après les mesures prises par le gouvernement espagnol pour l'amélioration du service de santé militaire, tant en ce qui concerne les médecins que pour ce qui est relatif aux malades, MM. Tapia et Briz, qui occupent avec distinction la place de membres du conseil de santé des armées, ont été chargés de la rédaction du nouveau règlement, et ont été secondés dans leur œuvre par le digne président du conseil, M. Codornin, et par leurs deux autres collègues, MM. Obrador et Munoz. Ce règlement, adopté par le savant général qui dirige le service de santé, M. de Monteverde, et par le gouvernement, rétribue ainsi qu'il suit les principaux grades du corps de santé militaire : 1° Membres du conseil de santé : 7,500 fr.; sous-inspecteurs de 1re classe : 6,000 fr.; sous-inspecteurs de 2e classe : 5,000 fr.; médecins majors, chefs des hôpitaux : 4,000 fr.; médecins ordinaires des hôpitaux : 3,000 fr.; aides-majors des corps d'élite et cavalerie : 2,700 fr.; aides des corps d'infanterie : 2,000 fr. — Ces améliorations, qui donnent aux médecins militaires de l'armée une position honorable et considérée (la solde d'un général de brigade en Espagne est de 7,500 fr., et celle d'un colonel, de 6,000 fr.), a été généralement acceptée avec satisfaction et reconnaissance par le corps de santé. Il faut ajouter que les médecins militaires ne relèvent que du général directeur et qu'ils sont complétement indépendants de l'intendance.

— Si nous sommes bien informé, les nominations des deux professeurs de la Faculté de Paris et du professeur de la Faculté de Montpellier paraîtront au *Moniteur* dans les premiers jours de la semaine prochaine. Les vœux des deux Facultés seront, dit-on, respectés, et M. Grisolle, en particulier, n'aurait rien à redouter de la prérogative ministérielle, comme aurait voulu le donner à entendre le *journal des chocolatiers*, dans un de ces articles où la science, l'esprit et la justice marchent si bien de pair.

H. de Castelnau.

— Le *journal des chocolatiers* voulant se donner des airs d'être bien informé, a donné une foule de détails sur la *récente nomination* à la place d'agrégé en chirurgie de M. Depaul, qui n'est agrégé que depuis une demi-douzaine d'années! — Vendez donc du chocolat et de la canelle, mon brave homme, et les vaches seront bien gardées, comme dit la sagesse des nations.

H. de Castelnau.

— Par décret du 23 avril, l'empereur a nommé officier de la Légion d'honneur M. le docteur Cloquet, médecin français près du schah de Perse.

M. Cloquet, neveu du célèbre professeur de la Faculté de médecine de Paris, a mérité cette distinction par son dévoûment à la science, son amour de l'humanité et son noble caractère, qui font honneur au nom français dans ces contrées lointaines (*Moniteur*).

— M. Richond des Brus est renommé médecin-inspecteur des eaux de Néris, en remplacement de M. le docteur Sébille, qui passe à l'inspection des eaux de Plombières.

— On dit encore que M. le docteur Amable Dubois est nommé inspecteur adjoint des eaux de Vichy, en remplacement de M. Petit, nommé inspecteur titulaire.

— M. le docteur A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses Leçons cliniques sur les maladies de la peau, le mercredi 4 mai, et les continuera les mercredis suivants. La visite des malades aura lieu à 8 heures, et la leçon orale à 9 heures.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de physiologie comparée.* — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours mardi 3 mai 1853, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des accidents consécutifs de la Syphilis, par M. Constantin James. — Broch. in-8°. — A Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 1 fr. 50 c.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, année 1853, 1re série, n° 20 et 2e série, n° 1.

Recueil de Discours prononcés aux funérailles de M. Orfila. — Broch. in-8°. — A Paris, chez Ladé, libraire de la Faculté de médecine. — Prix : 75 c.

Question d'hygiène et de salubrité des prisons. *De la possibilité des travaux agricoles dans les maisons centrales, en particulier dans celle de Cadillac-sus-Garonne* (ancien château du duc d'Épernon), par J. F. Faucher, docteur en médecine, médecin en chef du service médical de Cadillac, etc. — 1 vol. in-8° de 103 pages. Paris, 1853. — A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 2 fr. 50 c.

Traité de thérapeutique des maladies articulaires, par Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. — 1 vol. in-8° de 700 pages, accompagné de 97 planches intercalées dans le texte. Paris, 1853. — A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 9 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N°. 53. 1re année. Mardi 3 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Conclusions du rapport de la commission des sourds-muets. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. M. Gendrin. Leçons cliniques sur l'hystérie, par A. H. Margerie. (*Suite.*) — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS** : Opération nouvelle pour la guérison du cystocèle vaginal, par le Dr A. Deville. — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 2 mai 1853.

Conclusions du rapport de la commission des sourds-muets.

Nous croyons devoir reproduire les conclusions que M. Ferrus a proposé de substituer à celles de la commission des sourds-muets. Nous ferons seulement observer, à ce sujet, que l'Académie n'a pas à s'occuper, suivant nous, des transformations qu'il y aurait à introduire dans l'organisation des établissements de sourds-muets pour y perfectionner l'enseignement de la parole. Cela ne regarde que l'administration. Nous ajoutons que, dans le cas actuel, ce ne serait point une transformation, mais de simples modifications qu'il s'agirait d'introduire dans ces établissements. Nous ajouterons encore, tout en désirant que l'Académie retienne la question pour l'étudier dans tous ses détails, que le rapport de la commission ne peut être provisoire que par rapport à la question envisagée dans son ensemble, mais qu'il ne saurait être considéré comme provisoire relativement aux questions posées par M. le Ministre, et qui sont aussi nettement posées par M. le Ministre que parfaitement résolues dans le rapport. L'Académie fera donc bien de peser ses termes pour éviter toute confusion ; nous nous en rapportons d'ailleurs à M. Bégin, pour ramener dans la ligne droite ceux qui tendraient à s'en écarter.

Conclusions proposées par M. Ferrus.

1° Ajouter au rapport de la commission, sur la surdi-mutité, le caractère médical qui lui manque, les moyens thérapeutiques employés par M. Blanchet n'y étant pas même indiqués (1).

2° Modifier les conclusions qui, dans le but d'isoler complétement les élèves éduqués par la parole, tendraient à transformer brusquement l'organisation actuelle de l'institution.

3° Mettre à profit la latitude que le Ministre laisse à l'Académie ; ne lui adresser, quant à présent, qu'un rapport provisoire ; retenir la question relative au traitement médical, tout en indiquant, d'après des données anatomiques et physiologiques, les voies les plus convenables pour conduire à perfectionner, chez les sourds-muets, l'enseignement de la parole.

(1) Notre savant maître avait certainement perdu de vue les termes du rapport quand il a écrit cette conclusion ; car les moyens thérapeutiques sont au contraire exposés en détail dans le travail de la commission, et ces moyens sont d'ailleurs connus de beaucoup de médecins.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir le n°* 36.)

Il est un certain nombre de malades chez lesquelles les parties du corps qui ont acquis un excès de sensibilité sous l'influence de l'attaque, rentrent dans leurs conditions ordinaires après que l'extase est terminée, mais il en est quelques-unes chez lesquelles ces mêmes parties conservent pendant un temps plus ou moins long une sensibilité exagérée ; c'est ainsi qu'on voit la sensibilité spéciale de la membrane pituitaire, à la faveur de laquelle certaines femmes peuvent être tirées de l'état d'extase, persister un ou plusieurs jours au degré insolite où elle a été portée et revenir ensuite à son type normal pour s'exalter de nouveau dans des accès ultérieurs.

Les hystériques, par la seule activité de leur esprit, par l'impression qu'exerce sur tout leur organisme le retour de certaines idées sous l'influence desquelles a eu lieu déjà un profond ébranlement du système nerveux, par le souvenir d'émotions pénibles, par toutes les commotions morales, en un mot, dont elles possèdent en elles-mêmes les éléments, peuvent provoquer des attaques : ces attaques ont pour cause unique le travail de la réflexion, elles revêtent ordinairement la forme extatique. Il est rare que le reploiement volontaire de l'intelligence sur elle-même amène des accès cloniques : lorsqu'on laisse solitaires et livrées à de profondes réflexions des femmes habituellement sujettes à l'extase ; lorsqu'on s'éloigne de leur présence au moment où elles se trouvent dans des attitudes qui, comme celle de la prière, portent à la méditation, on doit s'attendre à l'invasion prochaine d'accès extatiques qui puiseront dans les circonstances extérieures les causes accessoires de leur manifestation.

La forme clonique de l'hystérie est sans contredit la plus commune, la forme extatique est après elle la plus fréquente ; souvent il existe, entre ces deux formes, de fréquentes connexions, tantôt elles se succèdent d'une manière alternative, tantôt elles se compliquent mutuellement.

Les manifestations de l'hystérie peuvent, dans un certain nombre de cas, se montrer sous des formes qui rendent très-obscur le diagnostic de la maladie ; souvent, en effet, elles se réduisent simplement à des modifications permanentes dans les fonctions sensitives ou locomotives.

On rencontre des femmes qui ne présentent d'autre accident qu'une douleur fixe, violente et térébrante sur un point quelconque du corps. Pendant la continuité de cette douleur qui les prive de sommeil, le système nerveux n'est que faiblement surexcité ; l'expression extérieure de la malade indique à la vérité une certaine agitation, la démarche a quelque chose de précipité, mais la douleur continue et térébrante est en réalité et demeure le phénomène dominant de l'état morbide, fréquem-

ment elle subsiste des mois entiers. Sa persistance conduit souvent les malades à des suppositions inquiétantes et à des interprétations erronées; on a vu des hystériques attribuer à une affection cancéreuse les phénomènes douloureux qu'elles ressentaient à la partie externe de la mamelle, et parcourir les cabinets de consultation des chirurgiens les plus connus, pour demander la guérison d'une lésion imaginaire; on en a vu d'autres qui, éprouvant des douleurs vives et profondes sur les parties latérales du genou, se figuraient avoir une tumeur blanche et se croyaient menacées de perdre, dans un délai peu éloigné, l'usage de leur membre; il n'existait chez elles aucun signe d'inflammation articulaire.

Il est des malades qui se plaignent de douleurs lancinantes, térébrantes ou érodantes, tantôt dans un os ou dans une masse musculaire, tantôt sur l'un des côtés de la poitrine ou au niveau de l'épigastre; il en est qui accusent des points hypéresthésiques sur le trajet du conduit vulvo-utérin, ou des souffrances dans les limites de la région ovariennes, souffrances qu'une exploration insuffisante peut faire à tort regarder comme l'indice d'une maladie de l'ovaire.

La continuité des phénomènes douloureux que nous venons de décrire, avec ou sans exacerbation pendant un temps plus ou moins long, leur apparition sous une forme périodique qui rappelle les divers types de la fièvre intermittente, leur manifestation à l'occasion d'influences extérieures, telles que l'explosion d'un bruit soudain, telles que l'impression d'une vive lumière ou d'une profonde obscurité, telles sont les variétés d'aspect sous lesquelles se montre l'hystérie à forme douloureuse. L'anomalie manifeste dans la perception des impressions sensitives par laquelle elle est essentiellement caractérisée, existe, tantôt avec augmentation de sensibilité, tantôt sans augmentation de sensibilité, dans l'étendue des points qui sont le siége de la douleur locale. Une femme se plaint de souffrir dans la glande mammaire; vient-on à examiner le sein, à le presser avec plus ou moins de force? on ne provoque aucune espèce de douleur, souvent même on reconnaît les signes d'une complète anesthésie, néanmoins une douleur térébrante poursuit sans cesse la malade et l'empêche de se livrer au sommeil.

La paralysie des hystériques, qui s'ajoute souvent aux symptômes de la forme douloureuse de l'hystérie, apparaît rarement d'emblée et à titre de phénomène idiopathique. S'il est, pour ainsi dire, exceptionnel de voir survenir, progressivement ou subitement, la perte du mouvement dans un bras ou dans une jambe chez une femme hystérique qui n'a d'ailleurs éprouvé aucune autre perturbation fonctionnelle, il ne l'est nullement de rencontrer, à la suite d'un accès clonique ou extatique, l'abolition presque complète de la faculté locomotive dans une portion du corps plus ou moins étendue. La paralysie se déclare ordinairement dans les membres inférieurs, assez communément aussi elle s'établit dans les membres supérieurs; comme nous l'avons dit déjà, dans l'immense majorité des cas elle constitue un phénomène consécutif aux manifestations paroxystiques de l'hystérie: dans la forme douloureuse de cette maladie elle persiste d'une façon continue, concurremment avec les douleurs spontanées locales.

Lorsque la paralysie atteint des hystériques chez lesquelles les accidents cloniques ou extatiques ont cessé ou même sont devenus assez peu marqués pour que les malades négligent d'en tenir compte et d'en parler, elle jette toujours le médecin dans un certain degré d'embarras. L'obscurité du diagnostic s'accroît toutes les fois que, à la suite d'attaques convulsives ou extatiques fréquemment répétées, s'est développé soit un état de chlorose, soit un état de dyspepsie qui dérive tantôt de l'anesthésie, tantôt de l'hypéresthésie du tube digestif. Dans ces sortes de conditions, les malades sont frappées d'une débilité générale qui accompagne la persistance de la paralysie, celle-ci peut indifféremment se montrer avec relâchement ou avec contracture musculaire. Lorsqu'elle complique l'hystérie à forme douloureuse, les douleurs locales, térébrantes et permanentes auxquelles elle est liée, suffisent à peine, à moins d'une grande habitude et d'une longue expérience, à faire éviter des erreurs dont il nous serait facile de citer de nombreux exemples. Nous avons vu des femmes soumises aux médications les plus singulières, en vue de lésions organiques profondes auxquelles on avait cru devoir rattacher de simples paralysies hystériques.

Dans les cas douteux, la présence des phénomènes continus de la maladie offre un moyen de diagnostic sur l'utilité duquel nous aurons plus loin l'occasion d'insister, on constate toujours une anesthésie variable quant à son intensité et à son étendue, mais constante chez les malades qui, en l'absence d'attaques aussi bien que dans l'intervalle des accès, lorsqu'il en existe, conservent des douleurs fixes en même temps que des paralysies avec ou sans contracture.

La manifestation des accidents paroxystiques de l'hystérie a souvent des connexions intimes avec l'évolution de certains phénomènes organiques dont il convient dès maintenant d'apprécier l'influence.

A l'époque de la menstruation, lorsque le travail complexe, qui s'accomplit au sein des ovaires, amène l'éruption des règles, toutes les femmes acquièrent une irritabilité nerveuse exagérée, elles tombent, nous ne dirons pas dans un état de maladie, mais dans un état presque voisin de la maladie, aussi est-il commun de voir à cette époque éclater chez elles les attaques de l'hystérie. Il ne suit pas de là que l'hystérie soit liée aux actes fonctionnels qui ont pour théâtre l'utérus et ses annexes; souvent, en effet, les accès qui la caractérisent dans ses différentes formes se produisent dans l'intervalle moyen de deux menstruations successives et ne reçoivent par conséquent aucune influence des phénomènes qui dépendent du travail de l'ovulation, ou bien, dans des circonstances d'un autre ordre, apparaissent chez des femmes qui n'ont pas leurs règles.

Dans un certain nombre de cas, l'état des organes digestifs agit manifestement sur le retour et l'apparition des attaques: il est des hystériques qui ont des accès cloniques ou extatiques pendant la digestion, le cours régulier de cette fonction n'est nullement troublé. Lorsque l'appareil gastro-intestinal est soumis à l'influence excitante des aliments ingérés, lorsque se développe l'orgasme fonctionnel qui résulte de l'élaboration des substances destinées à la nutrition, il se produit un surcroît d'irritabilité du système nerveux qui devient une condition d'opportunité puissante à l'explosion des attaques.

On trouve des malades chez lesquelles les accès surviennent pendant l'état de vacuité de l'estomac, ils sont précédés par un sentiment particulier de défaillance; on peut à volonté déterminer leur manifestation en reculant l'heure des repas. L'éréthisme dans lequel entrent les organes par suite de l'état de jeûne, est ici, à n'en pas douter, le point de départ des attaques.

On a longuement écrit sur l'influence exercée par les fonctions génitales dans la production des phénomènes hystériques; on a dit que la continence forcée, et par conséquent l'éréthisme des organes génitaux, disposait les femmes à l'hystérie et provoquait l'apparition des accidents paroxystiques; il y a dans cette assertion une erreur complète.

Il serait beaucoup plus vrai, selon nous, de considérer l'excitation exagérée des organes génitaux comme une des causes qui favorisent au plus haut degré le développement de l'hystérie. Que l'on interroge à cet égard les femmes publiques, on ne tardera pas à se convaincre que l'hystérie est parmi elles une maladie très-commune, et que l'abus des rapports sexuels contribue pour une large part et de la manière la plus directe à l'explosion des accès.

S'il est bien démontré que, dans un grand nombre de cas, les attaques hystériques doivent leur origine à des influences entièrement différentes de celle qui nous occupe, il reste avéré que souvent elles reconnaissent pour cause un état physiologique spécial de l'appareil de la génération. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer leur fréquence chez les jeunes filles adonnées à la masturbation : les pratiques répétées de l'onanisme ont pour effet de déterminer, du côté des organes génitaux, une excitation anormale dont on ne saurait contester les résultats.

Les maladies diverses dont peuvent être accidentellement atteintes les personnes qui présentent une mobilité exagérée du système nerveux, ont quelquefois pour conséquence le développement de l'hystérie : les douleurs vives qui accompagnent certaines affections, telles que le panaris, celles qu'entraînent avec elles certaines opérations, celles qui se rattachent au travail de la parturition, sont susceptibles de provoquer des accès, non-seulement lorsque des accès ont déjà éclaté, mais encore lorsqu'ils existent en quelque sorte comme état pathologique imminent. Il est remarquable, dans la dernière des deux circonstances auxquelles nous faisons allusion, que l'attaque hystérique, une fois qu'elle s'est produite, soit sous la forme clonique, soit sous la forme extatique, a le pouvoir de suspendre la sensibilité dans les parties douloureuses du corps qui ont été le point de départ de sa manifestation.

Telles sont les formes diverses de l'hystérie; en réunissant ces formes, en les séparant et en les combinant différemment entre elles, on embrasse dans un seul coup d'œil toutes les variétés d'aspect que comporte la maladie considérée soit chez une seule malade, soit chez plusieurs malades à la fois. L'ensemble des accidents que nous avons décrits, accidents continus, accidents intermittents, accidents persistant consécutivement aux phénomènes paroxystiques, constituent essentiellement la maladie hystérique.

Aussitôt que cette maladie, qu'on peut dire être de sa nature éminemment chronique, s'est établie dans l'économie, elle ne manque jamais d'y rester fixée pour un long espace de temps : il est sans exemple que des femmes hystériques ne soient pas restées malades au moins pendant plusieurs mois ou pendant plusieurs années.

Plus que toute autre affection, l'hystérie est liée, en ce qui concerne sa durée, aux grandes révolutions de l'organisme : lorsqu'elle se montre à l'époque de la puberté, vers treize ou quatorze ans, elle se prolonge, dans un grand nombre de cas, jusqu'à l'âge adulte complet, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de vingt-huit ou trente ans. Toutes les fois qu'elle commence à partir de cette dernière limite, ou bien qu'elle la dépasse, alors qu'elle remonte à une date plus éloignée, elle cesse rarement avant l'époque de la ménopause; arrivée à un terme où les organes subissent une sorte d'atrophie générale, où l'irritabilité et la mobilité nerveuse s'évanouissent, elle s'éteint par la disparition progressive des conditions d'opportunité qui jusque-là avaient favorisé sa persistance et son développement.

Chez quelques femmes, l'hystérie poursuit son cours au delà de l'âge critique; dans cette circonstance, elle va perdant sans cesse de son intensité primitive : c'est ordinairement dans l'hystérie à forme extatique que se rencontre la double particularité que nous signalons ici.

A. H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

L'HÔPITAL SAINTE-MARIE.

Opération nouvelle pour la guérison du cystocèle vaginal.

Procédé de M. J.-B. Brown.

L'hôpital Sainte-Marie, dont j'ai déjà eu occasion de parler bien des fois, est un nouvel hôpital qui n'a pas encore deux ans d'existence. Il occupe dans Londres, à peu de chose près, une position analogue à celle de l'hôpital Beaujon, à Paris; l'analogie s'étend très-loin, car Londres, comme Paris, comme toutes les grandes villes, par une loi bizarre mais presque constante, tend à s'agrandir vers l'ouest où les gens riches vont surtout fixer leur habitation, tandis que l'est reste consacré surtout aux classes ouvrières, et le centre aux grandes affaires. Au sud de l'hôpital, Hyde-Park représente assez bien les Champs-Élysées; au nord-est, Regent's Park, le parc de Mousseaux. Entre ces deux grands parcs, où le gazon et les arbres fournissent un air pur, s'élèvent de riches quartiers qui s'étendent en ce moment et tous les jours vers le nord-ouest, dans des proportions considérables. Une immense population accumulée sur ce point, à une grande distance des hôpitaux de Londres, le voisinage d'un des grands embarcadères de chemins de fer, rendaient un hôpital nécessaire dans ce quartier. Toutes les grandes entreprises ici, et en particulier les œuvres de charité, se font par grandes associations, un genre bâtard d'association, il est vrai, mais qui n'en est pas moins un commencement vers un progrès qui devra s'étendre; tel qu'il est, ce système a néanmoins de bien grands vices, dont l'exposé, en supposant qu'il me fût permis de le faire, ne serait pas absolument à sa place ici; je me contenterai d'en signaler un seul, c'est qu'il met les hommes de science qui ont besoin de places dans les hôpitaux, à la discrétion absolue, au moins pour la nomination, des quelques hommes d'argent qui ont fondé et dirigent les hôpitaux, et l'on sait qu'à notre époque, à part quelques hommes d'élite bien rares, les médecins ne peuvent guère espérer de pousser bien loin leurs travaux, s'ils ne possèdent pas un service dans un hôpital. Quoi qu'il en soit, une réunion d'hommes riches s'est formée, et l'hôpital a été fondé. Composé d'abord de peu de lits, il s'est complété depuis quelques mois, et contient maintenant 150 lits qui sont constamment occupés, et deviennent déjà insuffisants pour un quartier aussi populeux.

C'est un hôpital vaste, très-bien placé, très-sain, qui a quelques-uns des défauts communs à la plupart des hôpitaux de Londres, par exemple l'absence de promenoirs extérieurs bien disposés, etc. Quoi qu'en aient dit quelques personnes, il est assez élégant, et s'il méritait quelque reproche, ce serait plutôt par quelques côtés peu affectés, par exemple son grand escalier par trop vaste et trop majestueux qui occupe inutilement trop de place. Un grand nombre de bonnes dispositions hygiéniques ont été prises, et bien des améliorations en rapport avec les progrès des sciences modernes, avantageusement appliquées, telles que la ventilation permanente dans toutes les salles, les tubes porte-voix pour la communication immédiate dans toutes les salles, à partir d'un point central, un plancher mobile au centre du bâtiment, qu'on monte et descend à volonté au moyen de cordes et de poulies, par lequel on transporte aisément à tout étage, et sans secousses, des blessés, des malades gravement affectés, les vivres et une foule d'objets, etc. Cependant je dois dire, pour la ventilation, que malgré tous les soins convenables, basée qu'elle est sur le système de l'aspiration, elle ne remplit pas absolument son but complet pendant l'hiver, alors que le froid ne permet pas d'ouvrir les fenêtres assez longtemps pour lui venir en aide; aussi, parfois l'air des salles a encore un peu d'odeur, quoiqu'à un bien moindre degré, sans comparaison, que dans la plupart des hôpitaux que je connais. En été, c'est bien différent; et même les fenêtres qui donnent sur l'extérieur sont disposées d'une façon qui, si elle n'est pas très-gaie, paraît du moins fort commode : chaque fenêtre est garnie d'un double châssis vitré, un extérieur, un intérieur; par un mécanisme très-simple, le haut du châssis intérieur et le bas du châssis extérieur s'ouvrent simultanément en pivotant sur leurs axes dans le sens de la largeur; il en résulte que l'air du dehors, pour pénétrer dans la salle, entre par le bas du châssis extérieur, est obligé de remonter entre les deux châssis, de bas en haut, et pénètre enfin par le haut du châssis intérieur, ayant perdu dans le trajet une partie de sa vivacité, et n'exposant les malades à aucun courant dangereux. Lorsque ces châssis sont ouverts ou entr'ouverts en été, la ventilation devient parfaite, excellente, et l'air des salles est aussi pur qu'à l'extérieur.

Somme toute, c'est un hôpital bien disposé et sain. Les conditions qui en ont nécessité la création persistent et ne font que s'accroître; on sera donc obligé de l'agrandir et de compléter le plan primitif, ce qui portera le nombre des lits à 300; le terrain est largement suffisant pour de nouvelles constructions. Comme local, il est donc appelé à prendre place parmi les grands hôpitaux de Londres.

Sa prospérité repose sur une autre base bien solide ; son personnel médical, actif et éprouvé, qui a pour l'instant seulement l'inconvénient d'être trop nombreux, parce qu'il a été institué dès l'abord pour satisfaire à toutes les exigences de l'hôpital dès qu'il sera complet ; en attendant, le nombre des lits de chaque chef de service se trouve être très-réduit. On le comprendra bien vite, lorsqu'on apprendra, qu'outre un personnel médical tout pareil, le personnel chirurgical se compose de trois chirurgiens chefs de service : M. Coulson, chirurgien principal, MM. Lane et Ure ; de trois chirurgiens suppléants, parmi lesquels j'ai surtout fait connaissance avec M. Walton ; d'un chef du service ophthalmologique, M. White Cooper ; d'un chef du service des maladies des femmes, M. J.-B. Brown, et d'un chirurgien auriste, M. Toynbee.

J'ai déjà eu occasion de rapporter des observations prises dans les services de ces chirurgiens, et cette occasion se renouvellera encore. Aujourd'hui, je vais emprunter à M. Brown la description d'un procédé nouveau et remarquable pour la cure du cystocèle vaginal. On se rappellera peut-être du procédé ingénieux décrit par moi l'année dernière dans la *Gazette des Hôpitaux,* avec des observations à l'appui, employé par ce même chirurgien pour la guérison de la déchirure du périnée ; depuis sa première opérée, M. Brown a appliqué la même opération à une douzaine de cas que j'ai observés et suivis moi-même avec le plus grand intérêt, et qui ont tous guéri, malgré que quelques-uns fussent assez compliqués. Ceci prouve deux choses : d'abord la grande valeur du procédé, et puis la fréquence plus grande qu'on ne se l'imagine, de cette lésion que les femmes qui en sont affectées cacheraient moins ou soigneraient plus, si elles connaissaient la possibilité d'une guérison à peu près certaine et pour ainsi dire sans dangers. Si je rappelle ici ce procédé de suture périnéale, c'est qu'il entre en bonne partie dans l'ensemble de l'opération que M. Brown propose d'appliquer au cystocèle vaginal.

Opération nouvelle pour la guérison du cystocèle vaginal. — Procédé de M. Brown. — Le cystocèle vaginal, une des formes les plus fréquentes des prolapsus vaginaux, est encore une découverte de notre époque ; il n'est pas besoin de rappeler la description nette et complète qu'en a donnée M. Malgaigne, à la suite de ses études sur les hernies. Cette lésion existe surtout chez les femmes d'un certain âge qui ont eu beaucoup d'enfants, et l'une des conditions les plus habituelles de son existence, absolument comme pour tous les autres prolapsus, est un élargissement considérable de la vulve, si ce n'est même une déchirure partielle du périnée. Son mode de formation est bien connu ; le vagin, élargi et non soutenu par la pression d'une vulve fermée, tend à s'affaisser en arrière et en bas, par sa paroi antérieure qui correspond à la vessie ; suivant ce même mouvement, le fond de la vessie tend à former en arrière une poche dans laquelle s'accumule un peu d'urine, qui n'est pas vidée complétement à chaque miction. Ces trois causes réunies, absence de résistance à la vulve, élargissement et affaissement en arrière de la paroi du vagin, accumulation d'urine en quantité toujours croissante dans le cul-de-sac postérieur de la vessie, se combinent et accroissent mutuellement leur action ; ce n'était d'abord qu'un simple affaissement ; bientôt se dégagera de la paroi antérieure du vagin une tumeur qui pend dans la vulve, surtout lorsque la femme est debout, marche, fait des efforts et n'a pas uriné depuis quelque temps ; cette tumeur, qui peut finir par acquérir un volume assez considérable, est formée par les deux parois muqueuses accolées, celle du vagin extérieurement et intérieurement, celle de la vessie formant poche, dans laquelle s'accumule l'urine. La réductibilité de la tumeur, par une simple pression, et les troubles fonctionnels, ressemblent beaucoup à ce que l'on observe dans la plupart des autres prolapsus ; un phénomène plus particulier, sur lequel M. Golding Bird a spécialement insisté dans un petit article inséré dans le *Medical Times,* de janvier dernier, se retrouve dans le cystocèle, par suite de la tendance de l'urine à se décomposer dans le cul-de-sac vésical, au milieu duquel elle séjourne ; il en résulte une odeur ammoniacale urineuse des plus prononcées et des plus désagréables.

On a cherché récemment à appliquer en partie au cystocèle vaginal les procédés curatifs proposés pour le prolapsus de l'utérus, ablation de bandes longitudinales de la muqueuse du vagin, cautérisation, épisyoraphie ou rétrécissement de la vulve, etc. Nous ne nous appesantissons pas sur ces procédés ; on les trouve parfaitement analysés dans la médecine opératoire de M. Velpeau, cette étonnante mine de science, si riche, si abondante, que nous, que le travail n'effraie pas cependant, ne pouvons la contempler sans un sentiment mêlé de stupéfaction et d'admiration. On les retrouve aussi analysés dans le mémoire important que vient de publier M. Desgranges de Lyon, dans la *Gazette Médicale* de Paris, à l'appui de son remarquable procédé de rétrécissement du vagin par pincement ; dans notre idée seulement, M. Desgranges nous paraît n'avoir pas tenu assez compte de l'importance qu'il y a à rétrécir la vulve, surtout chez les femmes âgées ; cette importance ressort naturellement de ce fait bien connu, sur lequel M. Velpeau a bien insisté à ce sujet, c'est que l'agrandissement et le relâchement de la vulve sont par eux-mêmes et par eux seuls des causes de prolapsus. Nous ne prétendons pas que le rétrécissement de la vulve pourra, à lui seul, suffire à la guérison d'un prolapsus, quand il est une fois formé ; mais nous pensons que c'est un point d'une très-grande valeur, dans certains cas, et même le plus souvent.

Cette dernière idée domine largement le procédé que M. Brown vient d'appliquer, avec un succès frappant, à la guérison d'un cystocèle vaginal considérable, mais n'en est pas la seule base, ainsi que cela résulte de la lecture de l'observation suivante du fait que j'ai suivi et minutieusement examiné avec le plus grand intérêt, et de quelques remarques dont je vais la faire suivre.

Observation. — Marthe G...., qui se dit âgée de 52 ans, est une femme petite, maigre, et bien qu'elle marche assez droit après sa guérison, elle paraît plus âgée qu'elle ne le dit.

Elle est admise dans le service de M. Brown, à Saint-Mary's hospital, le 10 février 1853, pour un grave prolapsus du vagin et de la vessie, qui a commencé il y a neuf ans, après l'accouchement de son dernier et dixième enfant.

Au moindre exercice de la marche, par la simple station debout, par la simple toux même, alors qu'elle est couchée, la patiente sent une tumeur s'échapper à travers la vulve ; cette tumeur ovoïde, molle, très-aisément réductible, et que la patiente réduit très-bien elle-même, fait, par son fond, saillie très-marquée hors de la vulve ; elle est recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, dans laquelle elle se continue, et une sonde, introduite par l'urètre dans la vessie, arrive aisément dans sa cavité que remplit l'urine ; lorsque la tumeur est bien sortie et bien pleine d'urine, elle a le volume du poing ; elle est plutôt sessile que pédiculée. Si on la soulève en avant, on remarque immédiatement au-dessus d'elle le col utérin qui est un peu tiré par en bas par le vagin, sans trop d'affaissement de l'utérus, cependant ; sur la surface du col utérin, on voit quelques ulcérations produites probablement par les frottements répétés sur la paroi postérieure du vagin. La vulve est entièrement agrandie ; les grandes lèvres sont flasques et plissées, les petites lèvres peu marquées et ne s'étendant pas loin en arrière. Il existe un écoulement leucorrhéal très-abondant. Odeur urineuse fétide très-prononcée.

Cette femme, qui est domestique, souffre beaucoup de cet état, qui l'affaiblit considérablement ; pour pouvoir vaquer à ses occupations, elle est obligée de porter un bandage serré sur le périnée, destiné à empêcher la protrusion qui lui rend le travail impossible ; mais ce bandage lui-même, par les frottements et la chaleur qu'il produit, devient l'occasion de souffrances et d'inconvénients, et n'est qu'un médiocre palliatif. Par suite, à l'affaissement du corps, se joint un affaissement moral des plus marqués, qui contribuent tous deux à lui donner une apparence bien plus âgée. Elle à une bronchite chronique habituelle, mais, en définitive, il n'y a aucune autre lésion sérieuse des organes principaux.

Le 15 février, M. Brown procède à l'opération dont il a conçu le plan. Préalablement, les intestins ont été bien vidés à l'aide d'un lavement.

Opération. — La femme est couchée sur le dos, dans la position habituelle pour les opérations sur le périnée, et chloroformisée. Les grandes lèvres sont rasées avec soin.

Dès que la vulve est mise à découvert, on n'aperçoit pas la tumeur, malgré que la malade soit venue en marchant à l'amphithéâtre ; cela tient

probablement à ce que la vessie a été complétement vidée de l'urine contenue. Mais un doigt introduit dans le vagin et recourbé en crochet, tandis que les lèvres de la vulve sont écartées, amène de suite au dehors le fond d'une poche membraneuse vide, semblable à une mince poire de caoutchouc aplatie.

L'opération alors commencée se compose de deux temps principaux, un premier pratiqué vers la partie antérieure de la vulve, un second sur la partie postérieure de cette même ouverture.

1^er^ *temps.* J'avoue que lorsque je l'ai vu pratiquer, je n'en ai pas bien compris la valeur et l'indication, et pour mon intelligence, telle qu'elle est constituée, soit dans ses explications à l'amphithéâtre, soit dans des explications personnelles orales, soit dans le manuscrit qu'il a bien voulu me communiquer de la petite leçon qu'il a faite à ce sujet, M. Brown ne m'avait pas fait comprendre d'une manière satisfaisante le but final de ce premier temps. Mais le résultat de l'opération est très-clair et parle très-haut, ainsi que je le dirai dans les réflexions placées à la suite de l'opération. Je vais me contenter ici de la description du manuel opératoire, purement et simplement.

Ce premier temps se compose de deux temps secondaires : *A.* enlèvement, de chaque côté, de la face interne de la grande lèvre et de la surface du prolongement postérieur des petites lèvres jusqu'à l'entrée du vagin, ou mieux en bloc; enlèvement de dessus la surface interne de la vulve, en commençant en avant, de chaque côté, au niveau du méat urinaire, d'un rectangle de membrane muqueuse; *B.* toujours de chaque côté isolément, réunion, au moyen d'une simple suture entrecoupée, de la surface ainsi dénudée, la suture étant placée dans le sens vertical, c'est-à-dire amenant le bord supérieur de la plaie ou qui tient au vagin, en contact avec le bord inférieur de la plaie, ou qui longe presque le bord libre de la grande lèvre.

A. L'opérateur commence par le côté gauche. La grande lèvre est largement étalée en dehors par la main d'un aide, de manière à bien tendre la membrane muqueuse de la face interne de la vulve de ce côté. L'opérateur pratique alors une première incision antéro-postérieure, qui prolonge exactement le bord libre de la grande lèvre sur sa face interne ou demi-muqueuse, et commence, en avant, au niveau transversal du méat urinaire. Une seconde incision, toute pareille et exactement parallèle à celle-ci, est faite alors plus profondément ou plus haut, comme on voudra, ou mieux juste à l'union de l'ouverture inférieure du vagin avec la vulve, près de l'endroit où avait dû exister primitivement la membrane hymen. Ces deux incisions sont alors réunies par deux incisions transversales, une en avant au niveau du méat urinaire, une tout à fait en arrière; elles sont toutes superficielles et ne comprennent que l'épaisseur de la membrane muqueuse. L'opérateur a ainsi isolé, par ses quatre côtés, un rectangle de membrane muqueuse, qui a un pouce et un quart de longueur antéro-postérieure, et trois quarts de pouce de largeur verticale. Le rectangle de membrane muqueuse est saisi, sur l'un de ses bords, par une pince, disséqué avec habileté, et enlevé de manière à laisser sur la face interne de la vulve une perte de substance ou plaie superficielle rectangulaire. Il y a peu de saignement. On pourrait peut-être se figurer que la saillie de la petite lèvre, par-dessus laquelle on passe nécessairement, a dû apporter un petit obstacle, ou pourra en apporter dans d'autres cas; mais ici, nous l'avons vu, la petite lèvre est tellement affaissée et raccourcie, qu'elle n'existait pour ainsi dire plus dans le point où la plaie a été faite.

Un lambeau rectangulaire identique est alors enlevé de dessus la surface interne de la vulve à droite. On pourrait, dans cette opération, avoir fait tout d'abord la réunion, par suture, de la plaie du côté gauche, avant de passer au côté droit. Néanmoins, il me semble qu'il vaut mieux agir comme l'a fait M. Brown, pour plusieurs raisons, et en particulier, parce que pendant ce temps, le saignement s'arrête sur la surface de la plaie faite à gauche, condition plus favorable pour la réunion.

B. L'opérateur prend alors une aiguille armée d'un fil; l'aiguille à suture, la seule pour ainsi dire, et bien à tort, qu'on emploie en Angleterre, est presque droite, et courbe seulement près de sa pointe; le fil est un mince cordonnet de soie non ciré. Il commence par le côté gauche. Trois points de suture entrecoupée suffisent pour réunir ou amener, dans un contact exact, le bord inférieur de la plaie rectangulaire gauche, ou celui qui longe le bord libre de la grande lèvre, avec le bord supérieur ou celui qui longe l'ouverture inférieure du vagin. L'opérateur passe alors à la plaie du côté droit, et la réunit aussi par trois points de suture entrecoupée.

2^e^ *temps.* Il est plus simple à décrire, parce qu'il est plus en rapport avec des opérations connues. C'est, à peu de choses près, l'opération de la suture du périnée. Deux incisions concentriques, écartées l'une de l'autre en hauteur de trois quarts de pouce environ dans tout leur trajet, en forme de fer à cheval, commencent, d'un côté, à un demi-pouce en arrière de l'extrémité postérieure de la plaie faite dans le *premier temps,* suivent la face interne de la vulve d'avant en arrière, se contournent transversalement sur la commissure postérieure de la vulve, puis reviennent d'arrière en avant sur la face interne de la vulve du côté opposé, pour se terminer, de ce côté, au même niveau que là où elles ont commencé, c'est-à-dire à un demi-pouce en arrière de la plaie antérieure déjà faite et réunie; ces plaies superficielles, ne divisant que la muqueuse, sont placées : l'une plus inférieure ou extérieure, le long de la peau de la vulve; l'autre supérieure ou intérieure, au niveau de la jonction de la vulve avec le vagin. Leurs extrémités antérieures sont unies de chaque côté isolément, à droite et à gauche, par une incision transversale, qui, d'après ce que nous venons de voir, est, de chaque côté, placée à un demi-pouce en arrière de l'extrémité postérieure de la plaie, déjà réunie, faite dans le premier temps.

Un long rectangle de muqueuse courbe, en forme de fer à cheval, est ainsi circonscrit le long des bords postérieurs et de la commissure postérieure de la vulve. Il est soigneusement enlevé par dissection, de manière à laisser une perte de substance ou plaie superficielle de même forme.

La réunion de cette plaie est alors opérée, mais d'une manière différente des deux plaies précédentes, c'est-à-dire en mettant en contact le côté droit avec le côté gauche, comme dans la suture du périnée. Suivant son habitude, qui est très-bonne, M. Brown réunit par deux espèces de sutures, enchevillée et entortillée. Deux forts points de suture enchevillée mettent d'abord en contact les parties profondes de la plaie, et puis ses bords cutanés sont amenés en contact exact par quelques points de suture entrecoupée.

Suites. La femme est rapportée avec soin dans son lit, et couchée sur le côté, sur le coussin d'eau, avec les soins habituels après l'opération de la suture péritonéale; 2 grains d'opium de suite, et puis 1 grain toutes les six heures; beef-tea (espèce de consommé) et vin. Sonde à demeure, pour tenir la vessie vide.

Tout s'est bien passé ensuite sans moindre symptôme défavorable. Les fils des sutures latérales et de la suture entrecoupée postérieure ont été successivement enlevés; le 22 février, l'union étant parfaite partout, on enlève les deux forts fils de la suture enchevillée.

26 *février.* La femme est examinée complétement. Le nouveau périnée surajouté au-devant de l'ancien, est solide et épais de trois quarts de pouce. Les cicatrices des plaies latérales sont bien contractées, et la tumeur n'apparaît plus, quel que soit l'effort de toux auquel se livre l'opérée.

8 *mars.* La santé de cette femme s'est profondément améliorée; la figure a perdu tout caractère triste. La marche est sans inconvénients, et aucun degré d'effort ne peut produire le moindre collapsus. La vessie se vide à volonté, complétement, et de la manière la plus satisfaisante par l'acte naturel. La mauvaise odeur urineuse et tout écoulement leucorrhéique ont disparu. Le col utérin est bien à sa place, et les exulcérations sont radicalement guéries.

Ce jour même, M. Brown me permet d'examiner en particulier avec lui l'état des parties; je tenais beaucoup à cet examen, car si je m'expliquais très-bien l'action de la suture périnéale, je ne me rendais pas aussi bien compte du rôle qu'avaient pu jouer les deux sutures latérales antérieures. Au moment où nous arrivons dans la salle, nous trouvons l'opérée levée depuis longtemps, et se sentant parfaitement bien. Elle se couche pour nous permettre d'examiner, et ces divers mouvements exigent nécessairement des efforts dont le moindre, avant l'opération, aurait suffi pour faire sortir immédiatement le prolapsus. Voici l'état des parties.

La vulve, à l'extérieur, est bien reconstituée, et certes plus régulière dans son apparence qu'elle n'était avant l'opération. Lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on voit qu'elles sont un peu rentrées en dedans et froncées le long des sutures latérales; la présence de ces deux coutures des deux côtés, et l'aspect refrogné des grandes lèvres, sont les deux seules particularités, et en vérité bien insignifiantes, qui soient un peu irrégulières. Quoique bien rétrécie, la vulve pourrait à la rigueur permettre la copulation. La copulation, pourraient dire quelques mauvais plaisants, la copulation, chez une vieille femme! Et pourquoi pas? Croit-on qu'on empêchera ce fait d'être, parce qu'on se sera permis d'en parler avec des plaisanteries ridicules? Et, sans sortir de ce qu'on appelle les règles morales de la société actuelle, si elle est mariée? Qu'on relise donc un peu dans les *Archives de Médecine* le travail de M. Duplay, sur le sperme chez les vieillards, travail dans lequel il y a lieu de regretter l'absence de citation du fait célèbre de Thomas Parr, mort à un âge si avancé, et dont Harvey nous a laissé une si précieuse observation nécroscopique. Parr se maria à 120 ans, et se livrait même, en outre, à quelques peccadilles racontées dans son observation; M. Duplay aurait pu aisément aussi entendre parler des histoires d'un célèbre lithotomiste, mon compatriote, qui n'était nullement impuissant à 90 ans, et ne s'en cachait guère. Je le répète donc, et tout en acceptant que le fait aurait encore plus d'importance à un âge moins avancé, la vulve, chez la femme dont nous parlons, pourrait permettre la copulation.

Le périnée nouveau se continue sans ligne de transition avec le périnée ancien, et sa cicatrice médiane ainsi que les cicatrices des points de suture

enchevillée, sont à peine marquées. Son épaisseur, de près d'un pouce, sa fermeté, sa bonne organisation, sont des garants qu'il ne changera guère, et qu'on n'a plus à craindre chez l'opérée l'apparition de cette cause principale du prolapsus, l'agrandissement anormal de la vulve. Sa paroi supérieure se continue directement avec la paroi postérieure du vagin, et à la jonction existe un cul-de-sac marqué, il est vrai, mais qui n'est ni par trop profond, ni par trop extraordinaire. Bien plus, je me rappelle très-bien, quoique je ne l'ai pas mentionné précédemment, mais je le trouve d'ailleurs inscrit sur mon carnet, qu'il y avait aussi chez cette femme un commencement de rectocèle vaginal; je m'assure aujourd'hui qu'il n'y a plus aucune trace d'un pareil prolapsus.

A l'extérieur, nulle trace, quelque effort que fasse l'opérée, du prolapsus vésico-vaginal. J'introduis un doigt dans le vagin, j'examine avec soin, et, dans la cavité vaginale, il n'y a plus la moindre trace du sac qui existait antérieurement. Loin de là; la paroi antérieure du vagin, quoique souple, est un peu tendue par les côtés, et s'étale directement à sa place régulière, sans aucune tendance à bomber irrégulièrement en arrière.

Le 10 mars, cette femme est renvoyée admirablement guérie. Elle reprend sans difficulté son service de domestique.

Quelques jours après, à la demande de M. Brown, elle revient pour un instant à l'amphithéâtre de l'hôpital, pour qu'on puisse examiner le résultat. La guérison est restée parfaite.

Cette guérison si belle, si rapide, si complète, a dépassé toutes mes prévisions : je n'ai aucune peine à l'avouer. Je comprenais très-bien l'action de la suture périnéale; faite convenablement, et avec les précautions nécessaires pour assurer le succès de la réunion immédiate, cette suture peut laisser une ouverture vulvaire suffisante en avant, et en même temps la rétrécir assez pour remédier à bien des inconvénients des divers prolapsus, et peut-être même pour les guérir par cela seul quand ils ne sont pas encore très-prononcés. Jusque-là, il n'y avait rien que de très-juste, aisé à prévoir, et que le résultat de l'opération précédente confirme très-bien. Mais dans un cas aussi prononcé que celui de l'observation précédente, alors qu'une poche volumineuse, distincte et des plus saillantes, est formée aux dépens des parois vaginales, à coup sûr, la suture périnéale seule ne peut pas amener une guérison complète. Or, dans le cas précédent, il s'agit d'une guérison radicale. Évidemment, ce beau résultat est en grande partie dû à la partie de l'opération qui a été pratiquée dans le premier temps. C'est au reste ce que disait d'avance M. Brown, alors que le jour de l'opération il cherchait à expliquer le résultat qu'il attendait de cette partie du procédé. C'est, disait-il, la partie la plus importante de l'opération.

Quelle peut être l'action des deux pertes de substance suivies de sutures et de réunion, pratiquées sur la face interne de la vulve, dans le premier temps de l'opération? Des explications de M. Brown, il résulte que cet habile opérateur cherche par là à obtenir une *contraction des parties latérales du vagin;* ce sont ses propres paroles, telles qu'il les a répétées dans le manuscrit où je les copie.

Eh bien! j'avoue que cette simple explication, sans autres détails, ne me paraît pas encore claire, et que je ne comprends guère comment une diminution en hauteur de la face interne de la vulve peut produire quelque contraction dans les parois latérales du vagin. Qu'importe l'explication, pourrait-on dire? Le fait est là et très-probant. Par le procédé employé, une guérison radicale a été obtenue dans un cas où une poche considérable pendait sur la paroi antérieure du vagin. — C'est juste, et le fait est irrécusable. Néanmoins, chacun conviendra que dans des faits de cet ordre, qui sont purement mécaniques, il y a quelque nécessité à se rendre compte du mécanisme en vertu duquel le résultat est obtenu. D'après cela, et à la suite d'un examen attentif, voici comment je m'explique le résultat.

Les deux pertes de substance rectangulaires faites sur les côtés sont commencées en avant, au niveau transversal du méat urinaire, et ont un peu plus d'un pouce de longueur antéro-postérieure. Elles correspondent donc surtout, non aux parois latérales du vagin qui sont plus en arrière, mais principalement aux parties latérales de cette partie bulbeuse du vagin qui termine par en bas la colonne médiane antérieure, et fait une saillie, une protubérance de volume variable en arrière du méat urinaire. D'un autre côté, dans le cas de cystocèle vaginal, cette protubérance bulbeuse du vagin fait plus ou moins partie de la poche herniaire.

Une première conséquence de la diminution en hauteur de la face interne de la vulve, déterminée par le premier temps de l'opération, est de rebrousser en dedans et en haut le bord libre des deux grandes lèvres. Or, en examinant bien, je trouve qu'un effet tout pareil, sauf qu'il est produit en sens inverse, existe du côté du bas du vagin; le bas de la paroi antérieure du vagin, y compris la protubérance bulbeuse, est tiré par côtés, étalé par suite de la traction exercée par les cicatrices latérales de la vulve, ce qui détermine une tension régulière de tout ce bas de la paroi antérieure.

Voilà, si je ne me trompe, le mécanisme auquel est due la guérison. Et si cela est vrai, le fait précédent jette une vive lumière sur le mécanisme de la production du cystocèle. Tout le mal résiderait dans l'agrandissement et la mollesse de la vulve; en vertu de son agrandissement, la vulve n'opère plus cette constriction si utile, cette espèce de pression analogue à celle qu'exercerait une bande appliquée sur le périnée, comme le font quelques patientes affectées de prolapsus, et ne mettrait plus obstacle au passage de la tumeur; mais c'est surtout par sa mollesse que la vulve deviendrait cause prédisposante du cystocèle. Soit que la vulve exerce d'habitude sur le bas de la paroi antérieure du vagin une tension qui la tient étalée, et qui disparaît dès que les tissus de la vulve sont devenus mous, flasques, dépourvus de résistance; soit que cette traction normale n'existe pas, mais que la flaccidité de la vulve permette à la paroi antérieure du vagin d'en attirer vers elle une partie de la muqueuse pour prêter à son élargissement; dans l'un comme dans l'autre cas, la mollesse, la flaccidité de la vulve joue incontestablement un rôle important. Au fait, ce n'est pas la flaccidité de la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin qui occasionne le cystocèle; sans cela, cette dernière lésion, bien qu'elle ne soit pas rare, serait encore infiniment plus commune qu'elle ne l'est. C'est même l'état habituel du vagin, surtout chez une femme qui a eu des enfants, que d'être très-lâche à sa partie supérieure, et d'y former même très-souvent des replois assez étendus, sans qu'il y ait la moindre tendance à la formation de cystocèles. J'ai pu voir des cas vraiment extraordinaires de ce dernier genre, un entre autres à l'hôpital de Lourcine, dans lequel un tampon assez gros de coton, qu'on portait au bout d'une pince sur le col utérin, s'échappa et s'égara si bien dans les replis du haut du vagin, qu'on fut quelques instants sans pouvoir le retrouver; et il n'y avait dans ces cas aucune menace de formation de cystocèle.

Ainsi, le point de départ du mal paraît bien être en entier dans la vulve, et tenir à deux causes, l'absence de résistance et la liberté du passage pour la tumeur, d'autre part, la diminution ou l'absence de tensions du bas de la paroi antérieure du vagin, laquelle paraît consécutive à la mollesse ou flaccidité de la vulve.

L'importance de cette manière de voir, que je soumets à l'attention des lecteurs, est facile à sentir. S'il en est bien ainsi, lorsqu'on veut remédier à un cystocèle vaginal, il devient inutile de s'adresser, soit par des cautérisations, soit par d'autres procédés, à la partie supérieure de la tumeur, celle qui correspond au haut de la paroi antérieure du vagin. Toute l'attention du chirurgien doit se concentrer sur la vulve qu'il s'agit de rétrécir, chose bien simple, et sur le bas de la paroi antérieure du vagin, dont il faut reproduire jusqu'à un certain point le degré normal de tension. Ce dernier but, d'après ce qui précède, se trouve parfaitement rempli dans le cas que nous venons de rapporter, par la simple diminution en hauteur de l'étendue de la face interne de la vulve. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que des considérations de même ordre pourraient être appliquées, avec quelques modifications, à tous les autres collapsus vaginaux.

Pour en revenir à notre cas, et quel que soit le mécanisme en vertu duquel le fait s'est produit, M. Brown a obtenu là une remarquable guérison complète et rapide.

La guérison est complète, cela est évident. Persistera-t-elle? C'est une question que l'on se pose volontiers à l'égard des prolapsus vaginaux supposés guéris, parce qu'il est arrivé bien des fois que les opérateurs se sont fait illusion sur leurs succès, et qu'il est survenu ce qu'on a appelé des récidives.

Dans ce cas-ci, sans vouloir poser d'une manière absolue aucune impossibilité, nous nous permettons, néanmoins, de douter que la lésion reparaisse. Le nouveau périnée est bien solide, et donne à la vulve une résistance qui sera difficilement surmontée désormais; le bas de la paroi antérieure du vagin est à l'état normal de tension; la tumeur a entièrement disparu; et l'opérée a repris ses travaux actifs sans ombre d'inconvénients. Les choses devant rester naturellement dans cet état, on ne voit pas trop comment et pourquoi un cystocèle pourrait se former de nouveau.

La guérison a été rapide, bien rapide. En 15 jours, tout a été fini; trois semaines après l'opération, la femme a repris tous ses travaux; le séjour total dans l'hôpital, en y comptant les jours préliminaires de l'opération, etc., a été d'un mois. Certes, on ne peut rien désirer de mieux.

Il en est et sera presque toujours ainsi, au reste, toutes les fois qu'une opération dont la base repose sur le principe de la réunion immédiate sera bien pratiquée.

La réunion immédiate est bien simple et bien facile à pratiquer, sans aucun doute. Cependant, comme toute autre chose, elle demande à être apprise et méditée. Qu'y a-t-il de plus simple que de regarder dans un microscope, et que d'y voir très-claires les choses telles qu'elles sont? Encore faut-il avoir appris à s'en servir, sans quoi on s'expose, en se permettant d'en parler, à ajouter de nouvelles niaiseries à celles qu'on ne s'est pas fait faute de débiter contre ce précieux instrument. De même, pour la réunion immédiate. Il ne suffit pas, dans un moment de dépit, parce qu'on est dérangé dans l'ensemble des idées qu'on s'était formées antérieurement, de saisir une aiguille armée d'un fil, et de faire en l'air et au hasard quelques points de suture sur la première plaie venue, pour qu'on ait ensuite le droit de s'écrier : Vous voyez bien que la réunion immédiate ne réussit pas ! Pour sûr, non, pratiquée ainsi, elle ne réussira pas. Mais qu'on se pénètre bien de tous les détails et de toute l'importance de la réunion immédiate, qui doit être le but final immédiat de l'immense majorité des opérations chirurgicales ; qu'on calcule, bien avant de commencer l'opération, la forme, l'étendue, la direction, les dispositions diverses de la plaie à pratiquer, pour qu'une fois l'opération terminée, elle soit disposée de la manière la plus favorable pour la réunion ; que dans les amputations on supprime les amputations circulaires pour les remplacer par des lambeaux, par exemple ; qu'on se soit bien pénétré de la valeur d'une foule de petits détails minutieux inconnus à la plupart des chirurgiens, et cependant indispensables dans l'application des sutures; qu'on relègue les ambitieux emplastiques à leur véritable et très-secondaire place; qu'une fois les sutures appliquées, on supprime toute traction nuisible à l'aide de divers appareils, comme on le fait si bien maintenant pour le bec-de-lièvre, ou à l'aide des sections latérales conseillées par Celse, qui sont si souvent utiles, et qui forment, nous persistons plus que jamais à le dire, le fond des perfectionnements récents de la staphyloraphie, de la périnéoraphie, etc. ; qu'on prévienne non-seulement les tractions mécaniques, mais aussi les tractions qui pourraient résulter du jeu trop actif des organes, comme le fait si bien M. Brown, pour la périnéoraphie; etc., etc....; à ces conditions, mais à ces conditions seules, on fait de la réunion immédiate. Mais aussi alors, on réussit presque toujours.

Que de raisons baroques n'a-t-on pas cherché à invoquer, pour expliquer l'insuccès de périnéoraphies inhabilement pratiquées? La réunion immédiate ne réussit pas, disait-on, au périnée, pour telles et telles raisons. Eh bien! nous remplaçons, nous, toutes ces raisons par une seule. A part quelques exceptions bien rares, vous ne réussissiez pas dans les sutures du périnée, parce que vous les faisiez mal, ou au milieu de mauvaises conditions que vous ne vous occupiez pas d'écarter. Mais voyez M. Brown prendre toutes les précautions convenables. Sur douze cas successifs, douze guérisons complètes, rapides, absolument immédiates, sans aucune complication. Voici un nouveau cas de cystocèle pour lequel, en une même séance, on pratique une suture périnéale et deux plaies étendues avec sutures le long de la vulve ; tout cela est fait dans de bonnes conditions ; aussi en huit jours tout est fini et guéri. Voyez M. Jobert obtenant d'admirables succès dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Ici encore, la réunion ne devait pas réussir pour bien de belles raisons. Et voilà qu'elle réussit merveilleusement, à une condition, c'est qu'au moyen des incisions latérales de Celse, on supprime toutes les tractions, soit que ces incisions soient faites latéralement sur la paroi antérieure du vagin, soit dans le haut de cette paroi, en y ajoutant la hardie et remarquable dissection du col utérin telle que l'a inventée M. Jobert. — En vérité, il y a une cataracte dans les yeux des chirurgiens de notre époque, cataracte qui les empêche d'y voir clair dans la question si capitale de la réunion immédiate. Celui qui sera assez habile pour opérer cette cataracte aura rendu un bien immense service; mais au moins, pour l'amour de Dieu, que ce soit par extraction et non par abaissement.

D'un seul fait, on a l'habitude de le dire avec raison, on ne peut pas tirer une conclusion définitive; néanmoins, lorsqu'il s'agit de choses mécaniques, un fait, quoique unique, acquiert une plus grande valeur que dans d'autres conditions, et, à ce point de vue, je crois que le fait précédent a une bien grande importance. Je désire beaucoup, pour mon compte, le voir appuyé sur de nouveaux faits pareils. En définitive, quelle que soit la perfection apportée dans la confection des pessaires en caoutchouc vulcanisé par M. Gariel, perfection considérable, je le reconnais, il n'y a pas de comparaison possible dans les résultats de l'emploi des pessaires ou de l'opération que nous venons de mentionner pour les cas de cystocèle vaginal; dans le cas de pessaire, avec quelque aisance qu'il soit porté, il n'en reste pas moins un vagin bourré et une vulve désastreusement large; dans le cas de l'opération, si les bons résultats qu'on en peut espérer se confirment, guérison radicale et vulve ramenée à des conditions plus régulières. Voilà bien un sujet des plus dignes, à tous égards, de fixer l'attention des chirurgiens.

A. Deville, *D. M. P.*

CORRESPONDANCE.

A Monsieur de Castelnau, rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

En lisant, dans le n° 41 de votre journal, l'article relatif à la présence de l'ammoniaque dans les plantes, nous avons remarqué une erreur que nous vous prions de vouloir bien rectifier ainsi :

A la onzième conclusion, il faut lire : « Dans l'eau cohobée du laurier « cerise, il y a de l'ammmoniaque, laquelle, combinée à l'acide cyanhi- « drique, forme dans la plante un cyanhydrate d'ammmoniaque. »

En vous priant, Monsieur, d'avoir la bonté de publier cette rectification, nous saisissons l'occasion de vous complimenter pour l'excellent esprit d'observation avec lequel votre journal est rédigé.

Veuillez agréer, etc., vos très-humbles serviteurs,

Benoit Viale, Vincent Latini, professeurs à l'Université de Rome.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *La danse des tables. — Réhabilitation du magnétisme et des escargots sympathiques.* — Nous aurions laissé passer inaperçue la nouvelle merveille que les journaux quotidiens, un peu à court de butin politique, nous décrivent depuis quelques jours avec de grands détails, et qui semble destinée à remplacer le canard des escargots sympathiques dont tout Paris se rappelle encore le colossal succès. Mais puisqu'un habile confrère a cru devoir prendre la plume en cette occurrence, c'est bien le moins que nous puissions faire que de prêter à sa narration et à ses piquantes remarques le concours de notre publicité. Ce confrère n'est autre que M. Eissen, ré-

dacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg;* vous voyez que la source est digne de considération.

Donc, voici quelques extraits de la lettre que l'honorable écrivain a cru devoir s'empresser d'écrire à l'*Union médicale*, croyant sans doute que la chose était trop importante pour qu'il pût attendre la publication d'un prochain numéro de son journal.

Avant de dire de quoi il est question, commençons par où finit l'auteur, c'est-à-dire, par lui rendre la justice qu'il se rend lui-même.

« Tout cela, écrit M. Eissen, a presque l'air d'une gasconnade, et si « vous accordez la publicité de vos colonnes à ma lettre, je passerai pro- « bablement pendant un certain temps, auprès d'un grand nombre de « confrères, pour un illuminé, ou pour quelque chose comme un niais. »

Le mot niais est une de ces qualifications qu'on ne s'adresse qu'à soi-même, suivant l'ingénieuse remarque de Brid'-Oison ; nous ne l'acceptons donc que très-mitigé pour le compte de M. Eissen ; en revanche, nous ne l'acceptons pas seulement pour un *certain temps*, mais bien pour un laps de temps tout à fait raisonnable. Voici, à moins d'erreur, de quoi justifier nos conditions.

De quoi s'agit-il, d'abord? D'un phénomène fort extraordinaire et dont l'expérience suivante, décrite dans la ville de Brême, dans un style un peu alsacien, par le *Courrier du Bas-Rhin*, donnera une idée suffisante :

« Huit personnes furent priées de s'asseoir en cercle autour de la table. « Celle-ci était ronde, en bois d'acajou, du poids de 60 livres environ ; elle « reposait sur quatre pieds. Sur les huit personnes assises autour, il y avait « trois hommes et cinq femmes, de l'âge de 16 à 40 ans. Les habits ne « doivent pas se toucher ; les chaises doivent donc être à distance l'une « de l'autre. Les personnes assises ne doivent pas se toucher par les « pieds ni toucher les pieds de la table. Elles ne sont en communication « avec cette dernière que par la chaîne que l'on forme en posant chacun « légèrement ses mains sur la table, et en touchant de ses petits doigts les « mains de ses deux voisins, de telle sorte que le petit doigt de la main « droite soit placé sur le petit doigt de la main gauche du voisin de droite.

« Au bout de vingt minutes environ, une des dames déclara qu'elle ne « pouvait rester plus longtemps à table, qu'elle se trouvait mal. Elle se « leva et rompit la chaîne qui fut cependant immédiatement reformée. « L'expérience commençait à traîner en longueur ; elle durait depuis plus « d'une demi-heure ; on parlait de se lever ; mais le jeune naturaliste « exhortait à la persévérance et disait éprouver dans le bras droit des cou- « rants d'une nature particulière, qui avaient passé insensiblement et avec « plus de force dans le bras gauche. Peu à peu les autres personnes dirent « éprouver les mêmes sensations, et il devint évident que tous ceux qui « faisaient partie de la chaîne étaient parcourus par le même fluide.

« Bientôt les sept expérimentateurs s'écrièrent à la fois : « Elle se meut ! « elle marche ! » Elle se mouvait en effet. Ce fut le dessus de la table qui commença d'abord à se mouvoir de droite à gauche et de gauche à droite, à se balancer ; ensuite la table tout entière se mit en mouvement.

Suivent des détails inutiles pour nos lecteurs. C'est de cette expérience, qui, suivant la *Gazette de Cologne*, la *Gazette de Leipzig*, la *Gazette d'Augsbourg*, etc., etc., c'est-à-dire suivant une foule de journaux politiquement sérieux, a été constatée et répétée par de hauts fonctionnaires, par des professeurs de l'École de droit de Heidelberg, voire même par des médecins ; c'est de cette expérience que M. Eissen dit ce qui suit :

« La première chose à faire, dans cette circonstance, est de s'assurer et « de s'assurer encore de la sincérité du phénomène. Pour cela, il ne s'agit « point de s'en rapporter aux grossières expériences faites par le vulgaire. « Il faut, avant tout, faire construire des appareils faciles à mettre en « mouvement, et s'entourer de personnes sérieuses et désireuses de con- « naître la vérité pour répéter les expériences. Les enthousiastes ne peu- « vent point être utilisés ici. »

C'est fort bien parler, il serait difficile de parler mieux. Mais comment M. Eissen a-t-il mis en pratique de si excellents préceptes? C'est ce qu'il oublie de dire. S'est-il réellement assuré lui-même du phénomène? On serait tenté de pencher pour l'affirmative, quand, après avoir garanti une foule de choses, il ajoute :

« J'ajoute, de plus, et *je garantis le fait, qui a été répété trois fois*, sur « trois personnes différentes, qu'une personne placée au centre de la chaîne, « à la place de la table, et à laquelle les mains furent imposées de la ma- « nière prescrite, finit par tourner involontairement et machinalement sur « elle-même. »

On serait encore tenté, mais plus faiblement, de pencher pour l'affirmative, quand M. Eissen écrit, après avoir mentionné l'incrédulité d'une foule de personnes :

« C'était, en passant, ma manière de voir personnelle jusqu'ici, mais qui « commence à devenir ébranlée par les faits observés. » — Observés par qui? « Cependant j'ai *résisté*, j'ai *scruté*, et je *commence à me rendre à* « *l'évidence.* »

Mais on se sent disposé à se prononcer pour la négative, quand M. Eissen avertit ses lecteurs qu'il a eu pour « but principal de provoquer les inves- « tigations des hommes sensés, sérieux, sur une remarquable propriété « de notre organisme (si elle est réelle), de les avertir les premiers et « avant les profanes, de ce qui se passe, et surtout de les engager à « entreprendre la question d'une manière scientifique, ce qui n'a pas été « fait jusqu'ici. »

Comment ! M. Eissen garantit quelque chose, et il n'a pas envisagé la question d'une manière scientifique? Il a vu tourner par trois fois une personne *imposée*, et il se demande si la remarquable *propriété de notre organisme est réelle!*

Enfin, on se sent encore bien plus porté vers la négative, quand on considère la teneur générale et le style de la lettre de M. Eissen qui se compose de beaucoup de phrases comme la suivante :

« Les tables non placées sur roulettes, les tables carrées, les tables ver- « nies et non vernies, toutes sont propres à l'expérience, seulement l'effet « est bien plus lent à se produire. »

Comment, l'effet est *bien plus lent à se produire sur les tables* VERNIES ET NON VERNIES. M. Eissen pense donc que M. A. de Musset a tort, et qu'une porte peut n'être ni ouverte ni fermée?

On rencontre, dans la lettre de M. Eissen, beaucoup d'autres phrases aussi curieuses que la précédente, et qu'on doit sans doute attribuer à l'empressement (peu heureux, il est vrai) qu'avait cet honorable confrère d'informer les savants avant les profanes du nouveau canard que l'Amérique venait d'expédier à l'Allemagne. On doit lui passer bien des choses en faveur de ses bonnes intentions. Pour lui prouver combien nous en tenons compte, nous lui dirons que nous connaissons des personnes sérieuses et non profanes, qui informées, en même temps que le *Courrier de Strasbourg*, du nouveau canard Brêmois, ont néanmoins voulu en constater l'identité par des expériences consciencieuses, et qu'elles l'ont reconnu pour être un des canards de la plus belle espèce, et tout à fait comparable à celui des escargots sympathiques et du serpent de mer. — H. de Castelnau.

— *Les énigmes du journal des chocolatiers, et comme quoi la suppression de deux lignes et la transposition de trois noms peuvent changer le concours du bureau central en un concours de l'agrégation.* — Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire remarquer quelles agréables distractions la *Gazette des Hôpitaux, journal des chocolatiers*, ménageait à ses lecteurs ; en voici une d'un nouveau genre, et qui pourrait donner à penser que le mystérieux *secrétaire de la rédaction*, sous la direction duquel se trouve l'estimable feuille, n'est autre qu'un descendant du fameux sphinx.

Voici ce qu'on lit dans le numéro du 28 avril dernier du susdit journal :

« Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris, pour l'agrégation en chirurgie, s'est terminé, lundi dernier, par la nomination de :

MM. Follin, prosecteur de la Faculté ;
Depaul, membre de l'Académie de médecine ;
Broca, ancien prosecteur de la Faculté.

« Ces nouveaux agrégés entreront en exercice au mois de novembre prochain, en remplacement de MM. Gosselin, Voillemier et Giraldès, qui passeront alors dans la section des agrégés libres. »

Dans le numéro du 30 avril de la même susdite feuille, on lit :

« *La suppression de deux lignes et la transposition de trois noms* nous ont fait dire, dans le dernier numéro, que MM. *Follin, Depaul* et *Broca* avaient été nommés agrégés ; ces honorables confrères ont été nommés chirurgiens du bureau central, à la suite du concours qui a été terminé lundi dernier.

« Nos lecteurs avaient déjà, sans doute, relevé d'eux-mêmes cette erreur matérielle. »

De notre temps, nous avions la bonne habitude de supposer beaucoup d'esprit à nos lecteurs ; mais nous n'avions jamais poussé la galanterie jusqu'au point de les considérer tous comme des Œdipe. Comment supposer qu'à moins d'être ce perspicace monarque en personne, on puisse deviner que c'est la *suppression de deux lignes* et *la transposition de trois noms* qui ont changé le concours du bureau central en concours de l'agrégation. C'est à peine si, maintenant encore, après y avoir bien réfléchi, nous accorderions à nos lecteurs toute l'intelligence nécessaire pour comprendre l'énigme, après l'ingénieuse explication qu'en a donnée le secrétaire-cryptonyme de la rédaction. Nous ne serions même pas éloigné de penser que beaucoup de lecteurs auront été assez maladroits pour attribuer la transformation dont il s'agit, à ce que l'impénétrable secrétaire de la rédaction est beaucoup plus au courant de la fabrication du chocolat que des concours de médecine et de chirurgie et autres événements scientifiques. — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 54. 1re année. Jeudi 5 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Nomination de deux professeurs à la Faculté de Paris. — Séance de l'Académie de médecine. — Du chloroforme pendant la grossesse et pendant l'allaitement, par M. Chassaignac. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CORRESPONDANCE : Vaccine et fièvre typhoïde.

Paris, le 4 mai 1853.

Nomination de deux professeurs à la Faculté de Paris.

Ainsi que nous l'avions annoncé, un décret en date du 30 avril a été inséré hier au *Moniteur,* qui nomme :

Professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, M. Grisolle, agrégé en exercice à la même Faculté;

Professeur d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté, M. Moquin-Tandon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Toulouse.

La spécialité de nos études ne nous permet pas d'apprécier tout le mérite du choix de M. le Ministre, en ce qui concerne le professeur d'histoire naturelle ; mais nous devons dire que les renseignements qui nous ont été donnés par plusieurs juges des plus compétents, dont quelques-uns appartiennent à l'Institut, sont extrêmement favorables à M. Moquin-Tandon. Tout nous porte donc à penser que la Faculté de Paris, comme celle de Montpellier, possédera un professeur de botanique d'un remarquable talent.

Quant à M. Grisolle, nos lecteurs connaissent depuis longtemps et son mérite et notre opinion à son égard. Ils savent qu'en se l'associant, la Faculté s'est assuré le concours d'un des hommes les plus profondément instruits, d'un des esprits les plus droits dont se puisse honorer l'enseignement médical. On pouvait craindre toutefois que ce fâcheux système des permutations n'eût entraîné M. Grisolle hors de sa sphère, et qu'il n'obtînt pas dans la chaire de thérapeutique le beau succès qui l'eût inévitablement attendu dans une chaire de clinique. Cette crainte que nous avions nous-même partagée en partie, l'événement l'a démentie d'une manière éclatante. M. Grisolle a commencé son cours de thérapeutique en qualité d'agrégé ; jamais ce cours n'a réuni un auditoire plus nombreux et plus attentif. Par ce nouvel exemple comme par celui de M. le professeur Nélaton, il reste donc bien démontré que si l'art de la phraséologie capte souvent la faveur publique, la solidité des connaissances et la rectitude du jugement sont des qualités qui trouvent dans la jeunesse de non moins nombreux appréciateurs.

H. DE CASTELNAU.

A monsieur EISSEN, *rédacteur en chef de la Gazette médicale de Strasbourg.*

Monsieur et très-honoré confrère,

Quoique la narration que vous avez faite des singulières expériences annoncées par les journaux allemands ne soit pas un modèle de description scientifique (je vous crois l'esprit assez bien fait pour en convenir sans peine), je n'aurais point songé cependant à en égayer la chronique du *Moniteur des Hôpitaux*, si je n'en avais cru le fond plus plaisant encore que la forme. Ce n'est point, toutefois, que je sois un adversaire systématique de ce qu'on est convenu d'appeler le merveilleux ; je crois qu'il est beaucoup de choses que nous ne comprenons pas et qu'il faut se garder de repousser sans examen, et si vous me faites l'honneur de me lire quelquefois, vous en serez convaincu, en vous rappelant les remarques dont je faisais suivre, il y a trois mois à peine, le beau rapport du célèbre Bailly, analysé par M. Arago (1). Ces remarques vous prouveront que j'a-

(1) Voici ces remarques : *Courtes remarques sur le rapport précédent.* — Ma prétention ne saurait être, dans les très-courtes remarques qui vont suivre, d'ajouter à l'intérêt ni à l'importance du beau modèle de critique scientifique que l'on vient de lire. Mon unique but est d'insister sur deux points que l'illustre secrétaire perpétuel a parfaitement traités pour le public auquel il s'adressait, mais trop sommairement peut-être, pour faire une impression suffisante sur les médecins et les physiologistes.

« En cherchant la cause imaginaire du magnétisme animal, dit M. Arago, on a constaté la puissance réelle que l'homme peut exercer sur l'homme, sans l'intermédiaire immédiat et démontré d'aucun agent physique. »

Ailleurs, le célèbre savant, après avoir rapporté les observations et les expériences excessivement curieuses de Wollaston et de Möser, déclare que c'est manquer à la prudence que de déclarer impossible tout fait qui n'est pas une contre-vérité mathématique, et, à plus forte raison, lorsqu'il s'agit de faits dépendant de l'organisation animale. Enfin, prenant toujours pour exemple le beau rapport de Bailly, il ajoute : « Ce travail a montré comment nos facultés doivent être étudiées expérimentalement ; par quelle voie la psychologie pourra arriver, un jour, à se placer parmi les sciences exactes. »

En parlant d'imprudence et de témérité, tout le monde a compris que M. Arago faisait allusion à l'Académie de médecine qui, on le sait, a décidé, par un vote solennel, qu'elle ne s'occuperait jamais de somnambulisme ou de magnétisme animal, voulant ainsi, en se basant sur de fausses analogies, parodier en quelque sorte l'Académie des sciences, qui a décidé qu'elle ne s'occuperait jamais de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel. Avec l'illustre secrétaire perpétuel, nous croyons que l'Académie de médecine a eu tort. *Les faits qui constatent l'action de l'homme sur l'homme* ont sans doute été démesurément grossis, dénaturés et surtout impudemment exploités par le charlatanisme ; mais, enfin, *dans une proportion quelconque, ces faits existent et peuvent, par conséquent, être scientifiquement étudiés.* En dédaignant une telle étude, un corps savant n'empêche aucun mal, et il se prive gratuitement du mérite de faire un bien réel, en cherchant d'abord sans passion, en propageant ensuite la vérité. Aujourd'hui, dans la crainte de se perdre dans l'opinion de tous ses confrères, aucun médecin sérieux n'ose aborder l'étude des faits qui peuvent être considérés comme étant du

vais en ma possession des faits positifs qui sortent du domaine de la pathologie et de la physiologie officielles; mais que la crainte d'offusquer des susceptibilités respectables et générales m'empêchaient de publier ces faits. C'est vous dire déjà qu'aussitôt que j'ai eu connaissance des expériences que vous avez racontées, je me suis mis en expérimentation, avec quelques préventions sans doute, mais le ferme désir de tout faire pour arriver à la vérité, avec la ferme résolution de la proclamer telle qu'elle m'apparaîtrait. J'ai donc fait ces expériences dans les conditions en apparence les plus favorables; dans l'une d'elles je suis resté avec trois personnes bienveillantes pendant *soixante-cinq minutes* autour d'un guéridon léger, à roulettes, en bois d'acajou, placé sur un parquet, et, je dois l'avouer, dans aucun cas, je n'ai réussi ni vu réussir. Un tel résultat, rapproché de la singularité des descriptions données, était bien fait pour alimenter le penchant au scepticisme qui doit, dit-on, être le fond du caractère de tout homme de science, je n'ose pas dire du sage. J'ai donc obéi à ce penchant.

Ma loyauté, monsieur et très-honoré confrère, me fait un devoir de vous déclarer que je crains sérieusement de m'être trop pressé. Ce n'est pas qu'il m'ait été donné une seule fois encore d'assister à un succès; mais les lettres suivantes, émanées de confrères non moins recommandables par leur instruction et leur talent que par leur caractère, ces deux lettres font plus que m'ébranler. Je vous les transmets et les livre à votre générosité : j'espère que vous n'en abuserez pas contre moi, et dans cet espoir, je les fais suivre de l'expression de ma cordiale estime.

H. DE CASTELNAU.

Mon cher et très-honoré confrère,

Au moment où l'attention du public est fixée sur le curieux phénomène décrit sous le nom de *la danse des tables,* il ne serait pas, je crois, déplacé que le corps médical cherchât à s'éclairer sur la réalité de ce fait. Quel que soit l'agent auquel le public se sente disposé d'attribuer ce curieux phénomène, son bon sens le reporte naturellement sur le terrain des études médicales, aussi nous arrive-t-il, à chaque instant, d'être interrogé sur notre manière de voir à cet égard. La plupart de nos confrères habitués au doute philosophique, vertu indispensable pour chaque savant, sont généralement disposés à se méfier des assertions des journaux politiques et à ranger *la danse des tables* dans la catégorie des *escargots sympathiques* ou d'autres mystifications de ce genre. Telle a été aussi la disposition de mon esprit jusqu'à ce soir où, à cause de la facilité de la chose, j'ai eu l'idée de chercher à vérifier ce fait par moi-même. Nous avons été six au commencement de l'expérience, MM. Bouin, chef de bureau au Ministère de l'Instruction publique; Rey, employé de l'Administration des hôpitaux; Zebroski, conducteur des ponts-et-chaussées; Munilla, élève en médecine, avec un de ses amis et moi. Nous avons placé au milieu de mon cabinet, en contact immédiat avec le parquet, une petite table en chêne sculpté, de 45 centimètres de diamètre, dont le pied tors se terminait par un trépied sans roulettes. J'ai placé quatre de ces messieurs autour de cette petite table, de manière à ce qu'ils ne se touchassent pas par leurs habits et qu'ils ne touchassent pas la table avec leurs pieds. Ces quatre personnes touchaient seulement la surface de la table avec les extrémités de leurs doigts, dont le cinquième s'appuyait sur le doigt correspondant du voisin, de manière à former ainsi une chaîne non interrompue. On n'a pas cessé de parler pendant toute la durée de l'expérience. Au bout de vingt minutes, quelques acteurs de l'expérience commencèrent à éprouver de légères secousses dans les doigts et, plus tard, des fourmillements dans les bras. Au bout de quarante minutes, on aperçut pour la première fois un petit mouvement de rotation suivi au bout de deux minutes d'un second, puis d'un troisième, et ainsi de suite, à des intervalles de plus en plus rapprochés, de manière qu'en huit à dix minutes de temps, nous avons assisté à un mouvement de rotation non interrompu, une sorte de *valse* accompagnée de bruit provenant du frottement du trépied contre le parquet. Ce mouvement s'opérait du sud vers le nord et de gauche à droite. Ce succès ayant surpassé nos espérances, j'ai voulu en rendre témoin une de mes clientes qui habite l'appartement au-dessus du mien, madame la comtesse de Chavagnac, qui me fit l'honneur de venir assister à l'expérience avec quatre messieurs de sa famille. Deux minutes environ après l'entrée de ces personnes dans mon cabinet, la table suspendit son mouvement rotatoire, mais il reparut quelques minutes après pour ne plus cesser qu'au moment où les acteurs de l'expérience eurent rompu la chaîne en levant leurs doigts de dessus la table. Je finirai par faire remarquer que le mouvement de la table a paru être favorisé par le silence que, las d'attendre, nous avons réclamé de la part des personnes qui touchaient à la table. Ce qu'il y a de certain, c'est que très-peu de temps après avoir cessé de parler, ces personnes avaient ressenti le premier mouvement.

Je termine ici la description de cette intéressante expérience dont je vous garantis l'exactitude dans tous ses détails. Je laisse à d'autres le soin d'expliquer ce curieux phénomène sur lequel je ne saurais trop appeler l'attention de mes confrères. Je suis persuadé qu'il y en aura parmi eux qui, s'étant voués plus spécialement à l'étude des sciences physiques, pourront trouver là-dedans la source de quelques inductions précieuses. En présence d'un pareil fait, nous sommes forcé d'admettre chez l'homme l'existence d'une puissance dynamique puisant sa source dans l'organisme même et dont l'influence peut s'exercer sur les corps environnants et réciproquement. La nature de cette puissance nous échappe, mais la nier, ce serait se refuser à l'évidence. A ceux qui douteraient de cette influence, je proposerais l'expérience suivante, à portée de tout le monde, et par conséquent très-facile à vérifier : qu'on attache une bague à un fil de coton long de 18 à 20 centimètres, dont l'extrémité libre doit être tenue entre les doigts d'une main élevée en l'air de toute la longueur de l'avant-bras, car, pour plus de solidité, on doit appuyer le coude sur une table. La bague fera d'abord quelques oscillations horizontales suivies bientôt de repos. Si alors un des assistants prend la main libre de l'expérimentateur, de manière à la serrer modérément, on aperçoit de suite, sans que la main qui tient le fil ait bougé, des oscillations circulaires de plus en plus étendues dans l'anneau. Ces oscillations ont toujours un sens déterminé, de gauche à droite pour les hommes, et en sens inverse pour les femmes. Rien de plus curieux que de les voir ainsi faiblir, puis s'arrêter, puis enfin recommencer le mouvement, mais en sens inverse, à chaque changement de sexe, dans les personnes qui touchent la main de l'expérimentateur. Chose remarquable! les enfants et quelques personnes placées dans des conditions exceptionnelles semblent n'exercer aucune influence sur l'anneau, qui reste alors au repos fixe. Je termine ce que

---

domaine du somnambulisme; cette crainte peut être un véritable dommage pour la science; elle le serait réellement, si j'acceptais sans réserve les résultats que dit avoir constatés un homme dont personne ne peut contester ici le talent ni l'honorabilité, un médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Gromier, enfin, dont tout le monde connaît le beau rapport médico-légal dans l'affaire Jobard.

Certes, après la manière dont j'ai traité la dernière jonglerie dont l'Académie s'est occupée, j'ai peut-être quelques droits à n'être point taxé de faiblesse envers les mystifications; mais, plus on est sévère envers l'erreur et la mauvaise foi démontrées, *plus on doit être circonspect en face de l'inconnu*, plus on doit applaudir à ces belles paroles de M. Arago :

« Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quoique, malgré les possibilités que j'ai signalées, je n'admette les réalités de lectures, ni à travers un mur, ni à travers tout autre corps opaque, ni par la seule entremise du coude ou de l'occiput, je croirais manquer à mon devoir d'académicien, si je refusais d'assister à des séances où de tels phénomènes me seraient promis, pourvu qu'on m'accordât assez d'influence, dans la direction des épreuves, pour être certain de ne pas devenir victime d'une jonglerie. »

H. DE CASTELNAU.

(*Moniteur des Hôpitaux*, 1er février 1853.)

j'avais à dire, mais je ne dis pas tout ce que j'en pense, la sagacité de vos lecteurs y suppléera, si vous jugez cette communication digne de votre estimable journal.

Agréez, mon cher et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

RACIBORSKI,

ancien chef de clinique de la Faculté, lauréat de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine.

Ce 2 mai 1853.

Mon cher ami,

Vous me demandez de vous rendre compte de mes expériences sur les objets tournants; je me fais un plaisir de me rendre à votre désir en vous autorisant à faire de ma lettre l'usage qui vous conviendra.

Je vous dirai donc que, séduit par les récits de personnes qui avaient vu s'agiter une table, je résolus de tenter moi-même l'expérience, et que je l'essayai lundi soir en famille, avec l'aide de ma femme et de ma fille, âgée de 8 ans. La première expérience eut lieu sur une table en bois assez lourde et assez épaisse, les mains étaient apposées suivant la prescription, le petit doigt de la main gauche croisé sur le petit de la main droite de la personne voisine, et les pouces de chaque personne maintenus écartés l'un de l'autre; au bout de quarante minutes, aucun phénomène n'était survenu; madame Hardy s'impatientait; ma petite fille pleurait de rester tranquille si longtemps; l'expérience fut interrompue et demeura sans résultat. Mais immédiatement après, je tentai un nouvel essai sur un chapeau placé sur une table, avec l'aide des mêmes personnes, et les mains placées sur le bord du chapeau comme elles l'avaient été sur la table. Au bout de quinze minutes, le chapeau commença à s'agiter doucement en exécutant sur lui-même un mouvement de rotation qui, s'augmentant peu à peu, nous obligea bientôt, pour le suivre sans ôter les mains, à courir rapidement autour de la table. La réussite était complète: le chapeau avait tourné autour de la table, comme tournent ces jouets d'enfants mécaniques qu'on monte avec un ressort, et qui parcourent ensuite spontanément des cercles plus ou moins étendus sur une table ou sur un parquet.

Après cette expérience, je suis allé pour passer la soirée dans une maison où étaient réunies douze ou quinze personnes; au moment où j'arrivais, on parlait justement avec incrédulité des tables tournantes: aux dénégations presque universelles, j'opposai ma récente expérience que j'offris de renouveler. Trois jeunes femmes furent placées autour d'un chapeau, les mains méthodiquement appliquées; au bout de quinze minutes, le chapeau s'agitait, tournait doucement, puis rapidement. Malgré ce succès, un spectateur, M. V...., général du génie, ancien élève de l'École polytechnique, sceptique comme les savants, crut à quelque supercherie; il voulut recommencer l'expérience lui-même. Nous la tentâmes avec le même chapeau, le général V...., une dame qui avait coopéré au premier essai et moi; au bout de huit minutes, le chapeau tourna. Au moment de sa plus grande vitesse de rotation, nous changeâmes les petits doigts de position, de manière que celui qui était en dessus vint en dessous et réciproquement, de suite le chapeau s'arrêta, puis, après quelques oscillations, il se remit à tourner en sens inverse. Il n'y eut plus à douter pour personne.

Fort de ces succès, nous voulûmes expérimenter sur une table. Nous choisîmes une table carrée en acajou, à quatre pieds, à roulettes, dite table à thé; nous nous mîmes six autour d'elle, trois hommes et trois femmes; trente minutes étaient écoulées, l'ennui gagnait les spectateurs et les expérimentateurs; je demandai encore quelques minutes, et au moment où de guerre lasse on allait suspendre, après 36 minutes, la table s'agita et tourna d'abord lentement, puis ensuite très-rapidement; nous changeâmes l'ordre de superposition des doigts, et le mouvement de rotation eut également lieu en sens inverse, pour ne cesser qu'au moment où les mains furent retirées de la table.

Tel est, mon cher ami, le récit fidèle des expériences que j'ai tentées avant-hier et que j'ai répétées également hier avec succès. Je vous livre ces faits sans tenter de les expliquer; chacun peut les vérifier, les contrôler, et il est plus que probable que tous ceux qui tenteront l'expérience avec assez de patience arriveront à la réussite. Pour moi, le mouvement de rotation est impossible à nier; mais ce mouvement est-il véritablement spontané, n'est-il que le résultat d'une impulsion involontaire et inaperçue que chacun des expérimentateurs imprime, comme malgré lui et sans en avoir conscience, à l'objet sur lequel on tente l'expérience? (1) c'est ce que je ne saurais encore décider; je puis dire, néanmoins, malgré mon peu de penchant pour le merveilleux, que je penche pour la première hypothèse, l'expérience réussissant lorsqu'on appuie très-légèrement, sur le bord du chapeau, les seuls doigts auriculaires qui seraient alors à eux seuls incapables de déterminer un mouvement de rotation.

Agréez, mon cher ami, l'expression de mes sentiments bien dévoués,

A. HARDY,

Agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Paris, 4 mai 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

M. le président a rappelé l'autre jour M. Cazeaux aux usages académiques; il aurait bien pu y rappeler hier le conseil d'administration. La lecture de la lettre de M. Ménière n'est autre chose, en effet, que l'intervention d'une personne étrangère dans la discussion d'un rapport fait par une commission académique. Nous aurions compris que M. Ménière adressât sa lettre à la commission lorsqu'elle rassemblait les éléments de son rapport; mais venir, et encore par de simples assertions, contredire les faits mêmes observés et constatés par les cinq membres de la commission, cela n'est conforme ni aux convenances, ni aux usages académiques. Voilà pour la forme.

Que dirons-nous du fond; méritait-il cette dérogation aux usages invoqués avec tant de raison dans la séance précédente, par M. le président? La lettre de M. Ménière apportait-elle dans la discussion, ainsi que l'a proclamé M. J. Guérin, une vive lumière? La position qu'occupe M. Ménière, l'estime que nous avons pour son caractère, tout nous le faisait désirer avec ardeur; mais, nous devons l'avouer avec notre franchise accoutumée, nos vœux ont été loin d'être satisfaits, et pour obéir à la voix de la vérité nous devons dire que, soit précipitation de l'auteur, soit mauvaise disposition spontanée de son esprit, sa lettre n'est qu'une longue divagation, combattant dans le rapport ce qui n'y est pas; attribuant aux auteurs autre chose que ce qu'ils ont dit; enveloppant, à la faveur d'une confusion de mauvais goût, dans l'injurieuse dénomination de *guérisseurs*, des charlatans ignares et des hommes estimables par leurs travaux; niant enfin, sans raison et sans façon, des faits constatés non-seulement par la commission, mais par une foule d'hommes recommandables, et qui sont chaque jour soumis à l'examen du premier curieux venu. Toute la lettre de M. Ménière se borne au résumé qu'il en a lui-même donné dans cette phrase, qui reste sous sa plume à l'état de simple assertion :

« *On n'a jamais guéri de sourds-muets.* »

Eh bien! cette assertion est une mimeuse erreur. Pour notre compte, nous avons vu des sourds-muets parlants; nous avons conversé longuement avec eux; nous avons

(1) Cette opinion a été celle d'un des membres les plus distingués de l'Institut présent à la séance; mais elle n'est évidemment pas admissible.

reçu d'eux le témoignage du vif sentiment de bonheur qu'ils éprouvaient de pouvoir parler, et nous avons hautement applaudi, en les voyant, aux progrès de la science et de la thérapeutique. Quand on ne trouverait qu'un sourd-muet sur cent qui pût arriver à un tel degré de curabilité, ne serait-ce pas beaucoup plus qu'il n'en faut pour encourager, pour perfectionner l'enseignement de la parole dans les établissements destinés à ces infortunés? Que serait-ce donc si, comme la commission semble l'avoir constaté, comme M. Ménière, chose étrange! le déclare presque positivement dans sa lettre, on en pouvait trouver un sur quatre!

La lecture de la lettre de M. Ménière n'a laissé de temps qu'à un seul orateur, à M. Guérin, encore l'honorable académicien n'a-t-il fait que commencer un discours dont les proportions semblent devoir être considérables. M. Guérin se renferme difficilement dans un cercle aussi étroit que celui que s'était tracé la commission, ou plutôt de celui qu'on lui avait tracé; son esprit généralisateur aime à planer dans des régions assez élevées pour dominer l'ensemble des faits et des doctrines. Mais, il faut reconnaître que dans ses pérégrinations il ne choisit pas toujours les plus courts chemins, et par suite sa diction n'est pas toujours de la plus extrême lucidité. En outre, parmi ses aperçus souvent pleins de sagacité, il se glisse quelquefois çà et là des erreurs matérielles auxquelles l'éminent académicien semble n'attacher qu'une importance secondaire, tant les faits particuliers semblent être pour lui subordonnés aux lois générales. Toutes ces qualités et tous ces défauts se sont montrés dans le nouveau discours de M. Guérin. C'est ce que nous aurons occasion de faire ressortir dans huit jours.

H. DE CASTELNAU.

Du chloroforme pendant la grossesse et pendant l'allaitement (1).

Par M. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Il était fort à craindre que le trouble profond déterminé dans l'économie par l'action du chloroforme, n'eût un retentissement fâcheux sur l'état du fœtus contenu dans le sein de sa mère pendant la grossesse, ou sur l'état de l'enfant allaité par une nourrice à laquelle on aurait fait respirer le chloroforme. Des faits de cette double espèce, et dont nous avons été témoins, nous permettent, quoique peu nombreux, sinon de résoudre la question, du moins de la poser de manière à provoquer peut-être de la part des accoucheurs quelques renseignements d'une grande importance. Nous dirons d'abord quelques mots de l'anesthésie pendant la grossesse, nous nous occuperons ensuite de l'anesthésie pendant l'allaitement.

La première fois qu'il nous soit arrivé de provoquer l'anesthésie pendant la grossesse, c'était chez une malade de l'hôpital Saint-Antoine, arrivée au cinquième mois de la gestation, et chez laquelle il s'agissait de détruire d'énormes végétations occupant les grandes lèvres. L'observation de cette malade nous paraît offrir assez d'intérêt pour que nous la rapportions ici complétement.

Végétations énormes de la vulve. — Grossesse de 5 mois. — Nombreuses tentatives pour détruire les végétations. — Ligatures multiples. — Guérison. — Trois inhalations de chloroforme à quelques jours de distance.

Kirsch (Sophie), âgée de 20 ans, blanchisseuse, bonne constitution. Cette fille fait remonter l'origine de ses végétations au début de sa grossesse. Dans le principe, elle s'aperçut de l'existence, à la face interne des grandes lèvres, de deux petits boutons qui prirent du développement. La vaginite dont elle est encore atteinte aujourd'hui remonte évidemment à la même époque.

Lors de l'entrée de cette malade à l'hôpital, voici quel est son état :

Des végétations très-volumineuses couvrent toute la surface de la vulve, s'étendant depuis l'anus jusqu'au pubis. Ces végétations, quoique très-condensées à leur surface libre, forment des groupes distincts et pédiculés; elles sécrètent une sanie dont l'odeur est particulière, et s'accompagnent d'un érythème occupant la face interne des cuisses, de manière à rendre la marche tout à fait impossible. Bains; lotions émollientes.

Quoique l'état de cette femme n'eût rien d'immédiatement urgent, et que sa grossesse parût marcher heureusement, puisqu'elle sentait d'une manière déjà distincte les mouvements du fœtus, nous jugeâmes que, la nécessité de garder le lit jusqu'à l'époque de ses couches, le développement monstrueux que ne pouvaient manquer de prendre, jusqu'à cette époque, des végétations déjà si considérables, l'influence que pouvait exercer sur la santé générale de la femme et sur l'état de l'enfant, un foyer continu et abondant de matières sanieuses, les chances d'hémorrhagie auxquelles devait donner lieu, plus tard, un développement vasculaire, pareil à celui que nous avions sous les yeux, nous imposaient le devoir de ne point rester spectateur passif des accidents qui pouvaient survenir.

Je résolus donc d'intervenir.

Mais, ici, de grandes difficultés pratiques se présentaient et me faisaient comprendre combien il serait avantageux de trouver, dans quelque travail spécial, des règles de conduite bien tracées sur la manière de détruire sans danger les végétations très-volumineuses chez les femmes enceintes. Je craignais, d'une part, l'hémorrhagie, à cause de la turgescence vasculaire des organes de la génération pendant la grossesse; d'autre part, l'avortement par suite des douleurs et des accidents de diverse nature, auxquels pouvaient donner lieu les opérations qu'il s'agissait d'entreprendre.

Ce sont ces craintes qui expliqueront les tâtonnements par lesquels il nous a fallu passer, et dont il nous reste à rendre compte.

J'avais, par devers moi, des preuves nombreuses et concluantes de la puissance de l'acide acétique pour la destruction des verrues, et me guidant sur une analogie de texture qui, du reste, est loin d'être démontrée, je pensai qu'on obtiendrait peut-être de l'emploi de cet agent, des résultats d'autant plus heureux, que l'acide acétique, du moins dans la destruction des verrues, respecte les tissus qui leur servent de support et attaque la production anormale par une sorte d'affinité élective telle, que cette production est seule frappée, tandis que tout son entourage reste intact.

Je commençai donc, le 29 septembre 1849, à pratiquer, deux fois par jour, l'attouchement des végétations avec un pinceau chargé d'acide acétique concentré. Dans l'intervalle des deux applications, on maintient sur la tumeur des compresses imbibées de vinaigre.

30 *septembre.* L'action de l'acide acétique est très-douloureuse. La malade a été privée de sommeil toute la nuit. On ne peut obtenir de calme que par les opiacés à haute dose.

1er *octobre.* Nouvelles applications d'acide toujours douloureuses. L'acide paraît agir d'une manière efficace sur les végétations, les flétrit, les noircit, et détermine une escarre qui n'est que superficielle. Bain.

8 *octobre.* Les applications d'acide et de compresses vinaigrées sont continuées avec persévérance. Douleurs continues, malaise général, coliques utérines. Toutes les dix minutes, la malade sent, dit-elle, son ventre se durcir. Il y a imminence de fausse couche.

Lavement avec vingt gouttes de laudanum. Les tranchées se calment. La malade a reposé.

9 *octobre.* Nous sommes bien convaincu, désormais, non-seulement des dangers que la persistance, dans une pareille

(1) Nous devons rappeler ici que l'article sur la *cyanose du sang par le chloroforme*, inséré dans notre numéro du 30 avril dernier, est également de M. Chassaignac, dont le nom a été omis par erreur.

médication, peut entraîner, mais aussi de l'impuissance définitive de l'acide acétique pour la destruction de la tumeur qui, en somme, paraît rester stationnaire.

12 *octobre*. Après avoir recouvert la tumeur avec le mélange réfrigérant du docteur Arnott, afin de modérer à la fois l'écoulement sanguin et la vivacité des douleurs, je pratique la cautérisation au moyen d'une forte application de pâte de Vienne. L'anesthésie, produite par la glace, n'est que momentanée et l'application du caustique est très-douloureuse. Il est à remarquer que ce genre d'anesthésie locale n'atteint les tissus que dans leurs couches les plus superficielles.

Le 13, nouvelle application du mélange Arnott, qui détermine des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Cautérisation à la pâte de Vienne, insensible d'abord, bientôt douloureuse.

Le 16, obligé, par la force des choses, de renoncer aux moyens précédemment décrits ; considérant, d'autre part, que la configuration de la tumeur en pédicules multiples, mais bien distincts, indiquait, en quelque sorte tout naturellement, l'emploi de la ligature, je me décidai à employer ce moyen de traitement. Mais une pareille application, sur une grande échelle, devant produire une somme de douleur dont je redoutais l'effet sur une malade rendue irritable et nerveuse par les tentatives précédentes, me conduisit à user du chloroforme.

Je fis donc pratiquer l'inhalation, et en une seule séance j'appliquai douze ligatures, de manière à cerner à peu près tous les pédicules de la tumeur.

Un quart d'heure environ après l'opération, la malade accuse de vives douleurs dont elle ne peut cependant pas rendre exactement compte. Malaise général : agitation, changement incessant de position ; finalement, attaques d'hystérie qui durent deux heures.

Malgré l'administration de 5 centigrammes d'opium et l'application de compresses imbibées de laudanum sur la vulve, le malaise général et les douleurs vulvaires persistent toute la journée. Elles ne se calment que vers le soir, après une nouvelle dose d'opium.

Le 17, bain.

Le 21, les ligatures sont toutes tombées. La tumeur a diminué des trois quarts environ.

Le 22, bain.

Le 23, malgré tout le soin qu'on avait mis à comprendre, en une première application, le plus grand nombre possible de pédicules, il en est plusieurs qui ont échappé aux douze ligatures. Une nouvelle application est exécutée après assoupissement de la malade par le chloroforme. Au réveil, nouvelles douleurs aussi violentes que lors de la première application. Attaque d'hystérie. Extrait gommeux thébaïque, 10 centigrammes.

Le 26, *coliques utérines*. Le ventre se *durcit toutes les* 7 *à* 8 *minutes*. Douleurs lombaires, pouls fréquent, face rouge, céphalalgie. Lavement avec 20 gouttes de laudanum.

Le 27, la céphalalgie continue. Les tranchées utérines ont cessé à la suite du lavement. Toutes les végétations qui ont été liées sont tombées. L'état de la malade s'oppose à une nouvelle application de ligatures. Du reste, les mouvements de l'enfant sont nettement perçus.

Le 28, les accidents étant calmés, et quelques pédicules ayant encore échappé, une troisième et dernière application de ligatures, au nombre de cinq, est pratiquée après avoir obtenu l'état anesthésique. Cette fois, la malade a beaucoup moins souffert à la suite de l'opération.

Le 31, la malade est parfaitement bien. Les mouvements de l'enfant sont bien perceptibles et n'offrent rien d'anormal. La vulve est complétement débarrassée des végétations. Il n'y a plus de douleurs. La marche est facile et nullement douloureuse. La vaginite n'est pas guérie, mais elle a considérablement diminué.

Cette malade est restée à peu près un mois à l'hôpital après sa dernière opération. Aucun accident n'est survenu. Elle est sortie pour reprendre ses travaux, et nous nous sommes assuré, avant son départ, que la grossesse continuait son cours normal.

Ainsi chez cette femme, arrivée au cinquième mois de la grossesse, trois opérations accompagnées de l'emploi du chloroforme et suivies néanmoins de douleurs très-vives, ont été faites à des intervalles assez courts. Nous avons dû nous demander si les attaques d'hystérie et les tranchées utérines qui avaient eu lieu après les deux premières opérations, dépendaient du chloroforme ou de l'opération elle-même. Pour les attaques d'hystérie qui ont succédé presque immédiatement à l'emploi du chloroforme, il nous a paru rationnel de les attribuer à l'emploi de ce moyen. Quant aux tranchées utérines, si l'on veut bien prendre note qu'elles n'ont paru que le troisième jour après l'opération du 23, c'est-à-dire le 26 octobre, on comprendra que nous croyons devoir les attribuer plutôt encore aux suites de l'opération et aux douleurs vulvaires, qu'à l'action du chloroforme. D'autant mieux que, dans une autre observation dont il nous reste à parler et qui n'eut aucune suite douloureuse, l'emploi du chloroforme n'a déterminé absolument aucune contraction utérine.

Voici un résumé très-court de cette observation :

Grapinet (Apolline), 18 ans, enceinte de cinq mois, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 11 février 1853, pour un abcès situé au sein gauche et qui date d'à peu près trois semaines. Afin de soumettre cette malade à la méthode de traitement que nous avons instituée pour la presque généralité des abcès, méthode qui consiste à les laver avec soin et à les réunir par première intention, on lui fait respirer le chloroforme avant d'opérer.

La réunion primitive a échoué, comme cela s'observe assez souvent dans les abcès du sein. Mais cette malade a été suivie, même après qu'elle a eu quitté l'hôpital, et nous savons très-positivement que sa grossesse n'a subi aucune entrave.

De ce que, dans les deux observations qui précèdent, le chloroforme n'a exercé aucune influence fâcheuse sur la grossesse, nous serions loin de conclure que cet agent puisse être employé toujours impunément chez les femmes enceintes. Nous pensons, au contraire, que malgré l'innocuité qu'il a eue entre nos mains dans ce cas, on ne doit pas recourir légèrement et sans motifs sérieux à l'anesthésie pendant la grossesse. Mais enfin, nous avons bien dû, puisque nous étions conduit à traiter des avantages aussi bien que des inconvénients du chloroforme, faire connaître le résultat de notre expérience sur ce sujet. Nous avons cru pouvoir, par là, poser quelques prémisses utiles dans la condition de grossesse, où certaines circonstances peuvent engager le praticien à se demander s'il doit accorder ou refuser d'une manière absolue le secours du chloroforme à ses malades.

Nous n'avons plus qu'à dire quelque chose du chloroforme pendant l'allaitement.

Peut-on faire respirer le chloroforme à une nourrice? Quelle influence l'ànesthésie peut-elle avoir sur le nourrisson ?

Cette double question, qu'il serait si important de résoudre par une série d'observations bien faites, s'est présentée à nous bien des fois, parce que notre traitement pour les abcès du sein (lavage suivi d'occlusion), ne pouvant être appliqué sans déterminer des douleurs assez vives, nous avons eu recours à l'emploi du chloroforme chez un assez grand nombre de nourrices, soit à l'hôpital Saint-Antoine, soit dans la ville. Chez aucune d'elles nous n'avons observé d'accidents, et les nourrissons ne nous ont pas paru ressentir une influence fâcheuse, toutefois, dans un cas, l'enfant allaité par une femme à laquelle nous avions fait respirer le chloroforme, a été pris d'un assoupissement auquel cet agent ne nous a pas paru étranger. Nous avons donc pensé que, tout en avançant d'une manière générale que l'allaitement n'était pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme, il était de notre devoir de ne pas laisser ignorer que dans certains cas le nourrisson pouvait recevoir du fait de l'anesthésie un contre-coup dont il convient de tenir compte.

Voici donc de quoi il s'agit :

Une femme se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, avec un enfant de quelques mois, dont elle est la mère et qu'elle allaite. Elle souffre d'un abcès volumineux du sein droit. Elle est reçue à la salle des Nourrices, dans le service de

notre honorable collègue M. Boulay. Comme la méthode du lavage est assez douloureuse dans les abcès du sein, on fait respirer le chloroforme. Revenue à elle depuis quelque temps et toute trace de l'anesthésie étant dissipée, cette femme donne à teter à son enfant du côté qui n'a pas été opéré. Le nourrisson est pris d'un assoupissement qui est remarqué par les parents de la malade venus pour la voir, le jour même de l'opération. Cet assoupissement est accompagné de pâleur. Il ne se dissipe qu'au bout de quelques heures. Nous disons que, malgré l'absence complète de suites fâcheuses dans ce cas, il y a lieu du moins à établir ce précepte : que, quand une nourrice a été soumise à l'action du chloroforme, elle ne doit pas donner le sein à l'enfant, avant qu'il ne se soit écoulé quelques heures, trois heures au moins, quatre ou cinq peut-être.

Voici, du reste, les détails de l'observation :

Froment (Jeanne), charbonnière, âgée de 29 ans, rue Lenoir, n° 9, entre le 8 octobre 1852 à l'hôpital Saint-Antoine, n° 3 de la salle Saint-Paul.

Il y a trois semaines, la malade, qui accoucha il y a quatre mois, a commencé à ressentir dans le sein droit des douleurs dépendant d'une inflammation qui a été suivie d'un vaste abcès accompagné de tuméfaction considérable du sein, avec rougeur et amincissement de la peau, au côté interne du mamelon.

10 *octobre*. Évacuation de l'abcès par une incision de 2 centimètres de longueur. Lavage abondant. Occlusion. Il est à noter que, jusqu'à ce jour, cette femme a donné à teter aussi bien du sein malade que de l'autre. L'abcès siége évidemment dans le parenchyme de la glande, car le pus qui s'écoule est sensiblement mélangé de stries laiteuses.

11 *octobre*. Nous apprenons que la malade, revenue de son assoupissement, a présenté le sein à l'enfant au bout de deux heures, et que, quelque temps après, celui-ci a été pris d'un assoupissement qui s'est prolongé une grande partie de la journée, s'accompagnant d'une pâleur qui a paru, ainsi que ce sommeil, tout à fait inaccoutumée au père de l'enfant qui est venu voir sa femme dans la journée. Ce matin, nous ne trouvons rien d'anormal chez cet enfant. Il n'y a eu, dans la journée d'hier, aucun phénomène particulier du côté des organes digestifs.

Nous devons faire remarquer que toutes les personnes qui ont observé l'enfant dans la journée du 10, après qu'il eut pris le sein, se sont accordées à dire qu'il était devenu très-pâle, et que son sommeil avait été beaucoup plus long et plus profond.

Quant à la mère : le matin du 11, le sein qui était la veille excessivement douloureux n'est nullement sensible à la pression, même assez forte, que nous exerçons. C'est un résultat constant de la méthode du lavage suivi d'occlusion. Il n'en est pas de même de la réunion primitive : elle échoue souvent dans les abcès laiteux du sein. Aussitôt que la non-réussite est constatée, nous plaçons une canule de caoutchouc en Y. On fait des injections tous les jours. La durée de la maladie et ses complications sont par là singulièrement amoindries.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté après une observation de M. Ferrus qui déclare que s'il a proposé à l'Académie de retenir la question, ce n'est point pour s'opposer à ce qu'on adoptât les conclusions favorables à M. Blanchet ; il pense au contraire que ces conclusions doivent être les plus favorables possible ; il veut seulement que l'Académie étudie la question entière, et c'est seulement eu égard à son ensemble que M. Ferrus désire que le rapport de l'Académie soit provisoire.

Pas de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Surdi-mutité.

L'Académie reçoît plusieurs communications relatives à la discussion pendante, et parmi lesquelles nous devons nous contenter d'analyser celle de M. Ménière que M. le secrétaire perpétuel lit textuellement :

Nous sommes assez portés, par le sentiment orgueilleux de nos perfections, à plaindre beaucoup ceux qui n'en possèdent pas autant que nous. La pitié que les sourds-muets nous inspirent prend sa source dans une comparaison tacite, mais il faut savoir que ceux-ci sont peu disposés à l'accepter. Il en est beaucoup, et des mieux instruits, des plus habiles, qui rejettent bien loin cette sympathie dont le motif les blesse. Les sourds-muets se croient nos égaux en tout point ; les ressources dont ils disposent pour communiquer entre eux et avec les parlants leur suffisent à tous égards, et ils ne se croient pas trop à plaindre, parce qu'ils n'entendent pas tout ce que nous disons. C'est une illusion que l'on comprend et qu'il serait généreux de ne pas détruire.

Quoi qu'il en soit, comme la surdi-mutité est bien véritablement une infirmité ; comme il s'agit d'une imperfection organique plaçant l'individu dans un rapport d'infériorité relative à l'égard des entendants, il est du devoir de la science d'intervenir et de chercher à réparer un mal plus ou moins fâcheux pour celui qui en est atteint. Mais que faire ? Peut-on guérir en pareil cas, ou sinon améliorer l'oreille défaillante au point de rendre la conversation possible ?

Si l'on pouvait résoudre ce beau problème, ce serait un grand bienfait ; il faudrait élever des statues à l'heureux inventeur d'une méthode capable de remettre dans les conditions normales les infortunés sourds-muets, mais il faut bien en convenir, jusqu'ici toutes les tentatives ont échoué.

Ma position à l'Institution de Paris m'a procuré l'avantage de voir à l'œuvre un certain nombre de guérisseurs de la surdi-mutité.

Suit un historique de quelques tentatives faites par les guérisseurs en question ; puis, l'auteur ajoute :

La tentative actuelle, celle sur la valeur de laquelle l'Académie est appelée à se prononcer aujourd'hui, a-t-elle enfin atteint le but, objet de tant d'efforts ?

Parce que quelques sourds-muets incomplets sont arrivés à percevoir certains bruits, s'ensuit-il que ces pauvres enfants cessent d'appartenir à la catégorie des individus qui ne peuvent communiquer avec les entendants qu'au moyen de procédés artificiels? Quand, à l'aide d'un acoumètre, on parviendrait à savoir quel nombre de vibrations pourrait ébranler bien moins l'oreille que le crâne d'un sourd-muet, faut-il en conclure que la voix articulée, la parole avec la musique, si délicate, si intellectuelle, sera perçue par un organe affaibli, vicié ou nul ?

Il suffit d'avoir étudié ces petits prodiges pour se convaincre que les sourds-muets parlants n'entendent pas, mais *voient* parler. Ceux qui n'ont aucun intérêt à feindre, avouent ingénuement que la main placée devant la bouche de leur interlocuteur rompt à l'instant toute communication avec lui, de sorte que c'est *toujours l'œil qui se substitue à l'oreille*, et cause au spectateur non prévenu l'étonnement naïf dont *l'explosion* ne se fait jamais attendre.

En s'adressant à cet insatiable désir de guérison qui couve au cœur des parents d'un enfant sourd-muet, on se trouve en présence de la plus vivace de toutes les crédulités : magnétiseurs, somnambules, homœopathes, empiriques de tous genres, sont ardents à cette œuvre, le bienfait promis non moins qu'espéré se fait attendre longtemps : il n'arrive pas !... Mais si son œil rapide apprend à lire sur les lèvres des parlants, ç'en est assez pour satisfaire les moins difficiles, et les guérisseurs enregistrent un nouveau triomphe.

L'appréciation sévère des faits de ce genre n'accueille pas si facilement l'idée d'un succès en pareil cas.

L'Académie de médecine accordera-t-elle sa haute sanction aux tentatives dont les résultats lui sont soumis? Il est permis d'en douter, d'autant plus que les moyens mis en usage n'ont évidemment rien de *nouveau*.

L'enfant qui naît avec une *certaine faiblesse d'ouïe*, ou qui devient sourd peu de temps après sa naissance, est irrévocablement condamné à rester dans une classe exceptionnelle, il est par CELA MÊME SOURD-MUET, *il restera sourd-muet*.... Aucun fait, garanti par une saine critique, n'est venu protester contre cet arrêt, et ce qui se passe de nos jours est loin de pouvoir servir de base à une opinion contraire.

En octobre 1847, il y eut à Pforzheim, dans le grand duché de Bade, une sorte de congrès des sourds-muets allemands. Des invitations avaient été adressées aux professeurs des pays voisins. M. Morel, directeur à Bordeaux, se rendit à cette convocation, la langue *allemande lui est familière*, il prit une part active aux travaux de cette réunion. Il résulte des procès-verbaux recueillis par cet honorable maître que les élèves français, instruits par la *mimique*, possèdent une instruction bien plus étendue que ceux à qui l'on s'est efforcé d'apprendre *à parler*.

La raison de cette différence est bien simple. Il faut beaucoup moins de temps pour apprendre un fait que pour l'exprimer en mots ; les idées valent mieux que les paroles ; un enfant a bien plus d'intérêt à savoir qu'à dire ; le *langage intellectuel* est *préférable* cent fois *à l'articulation* de quelques sons ; nos élèves de l'École de Paris savent beaucoup plus de choses qu'ils n'en peuvent exprimer oralement ; enfin les nôtres pensent et savent beaucoup, tandis que les autres s'efforcent de dire un peu....

Tel a été le résultat d'une conférence dans laquelle le professeur français avait à lutter contre un système qui prenait à l'étranger ; mais les maîtres allemands ont été amenés, par l'évidence, à reconnaître que la méthode suivie en France convenait mieux à la pluralité des sourds-muets, leur donnait incontestablement une plus grande valeur intellectuelle, en faisait des hommes plus utiles, meilleurs, plus en rapport avec le milieu social où ils sont appelés à vivre.

Nous reconnaissons volontiers, de notre côté, que la méthode est plus satisfaisante pour ceux qui vivent avec les sourds-muets ; mais, monsieur le président, permettez-moi de le dire, entre *deux égoïsmes*, il est juste de

donner la préférence à la partie intéressée. Les sourds-muets, l'Académie le comprendra, sont moins faits pour nous que nous pour eux; c'est à nous, les riches, les favorisés, à venir vers eux ; nous devons faire les avances et ne pas leur imposer la *torture* de prononcer à grand'peine quelques mots qu'ils n'entendent pas et dont ils ne se servent plus dès qu'ils sont loin de l'œil du maître. Les sourds-muets forment, quoi qu'on en puisse dire, une classe à part....

Ainsi, l'École de Paris s'*efforce de faire de bons sourds-muets ;* des sourds-muets instruits, moraux, laborieux, des sourds-muets pourvus de *tous* les moyens de communication avec les hommes....

Je crois qu'il est impossible de faire de ces cas rares, exceptionnels, la règle uniforme d'un enseignement public; les trois quarts des sourds-muets, soumis à ce système d'enseignement, n'en tireraient aucun profit réel....

En résumé, monsieur le président, on n'a JAMAIS GUÉRI DE SOURDS-MUETS. La possibilité de cette guérison doit être reléguée au nombre des *désidérata* les plus incertains de la science....

Ergot de seigle.

M. Letellier, de Saint-Leu-Taverny, adresse une lettre en faveur de l'ergot de seigle.

Fébrifuge.

M. Mouchon adresse un mémoire sur la saponine, l'esculine et l'extrait de marron d'Inde considérés comme fébrifuges.

Vaccine.

Tableaux des vaccinations, par M. le docteur Hullin, membre correspondant à Mortagne (Vendée).

Eaux minérales.

Mémoire sur les eaux sulfureuses du département de l'Ariége (Ax, Mœrens, Cascanières), par M. Alibert.

Sonde évacuatrice et brise-pierre évacuateur à double courant.

M. Leroy (d'Étiolles) écrit qu'il a ajouté au conduit afférent de la sonde évacuatrice, un brise-pierre évacuateur dont il a donné la description et la figure dans son *Traité de Lithotritie* publié en 1836. Le double courant évacuateur joint à l'écrasement des fragments qui s'engagent, mais qui sont trop gros pour sortir complétement. Cet instrument a été fabriqué par M. Mathieu, avec son habileté ordinaire.

Version obstétricale.

M. Ch. Dubreuilh adresse un mémoire sur *la version pour remplacer la craniotomie,* dans les cas de rétrécissement du bassin. (Comm. MM. Danyau, Cazeaux.)

Intermittence larvée.

M. le docteur Rossignol, médecin major au 9e dragons, adresse un mémoire étendu sur l'intermittence larvée dans les maladies inflammatoires, nerveuses et dans d'autres affections.

Rhumatisme.

M. Chevaudier adresse un second mémoire sur le traitement du rhumatisme par les bains de vapeur térébenthinée.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit un rapport sur l'analyse d'une source minérale située à Siradan (Hautes-Pyrénées). D'après l'analyse de M. Henry, à peu près rigoureusement conforme à celle de M. Filhol, un litre (1000 grammes) de cette eau minérale est ainsi composé :

Acide carbonique libre.	faible quantité.	
Bi-carbonates. . . de chaux.		0gr,390
— de magnésie.		0, 110
Sulfates anhydres de chaux.		1, 400
— de soude.		0, 120
— de magnésie.		0, 300
— de strontiane	indices.	
Chlorures. . . . . de sodium		0, 030
— de magnésium et de calcium.		
Sel de potasse.	sensible.	
Iodure alcalin	traces légères.	
Silice et alumine.		
Oxyde de fer. . . . . peu.		
Phosphate de chaux ou d'alumine.		0, 100
Matière organique de l'humus. .		
Principe ammoniacal		
Total.		2gr,450

D'après cette analyse, l'eau de Siradan offre beaucoup d'analogie avec celle des diverses sources de l'établissement de Sainte-Marie (Hautes-Pyrénées), de Bagnères, de Bigorre (source de la reine), d'Encausse, d'Audinac, d'Aulus, etc. On paraît d'ailleurs en avoir obtenu déjà de bons effets médicaux.

M. le rapporteur conclut à l'autorisation d'exploitation. (Adopté.)

DISCUSSION DU RAPPORT DE LA COMMISSION DES SOURDS-MUETS.

La parole est à M. J. Guérin. L'orateur propose d'abord de renvoyer la discussion à la prochaine séance, à cause de la communication de M. Ménière, qui demande, suivant lui, une nouvelle étude par les nouvelles lumières qu'elle apporte et agrandit la discussion. L'Académie décide que la discussion doit continuer.

Nous sommes obligé de renvoyer au compte rendu de la prochaine séance l'analyse du discours de M. Guérin.

Valvules urétrales.

M. Mercier présente un malade, dont l'histoire est la suite de la quatrième observation publiée dans une de ses brochures. L'orateur, se permettant quelques personnalités, se fait rappeler à l'ordre par M. le président.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente la malade sur laquelle il a pratiqué l'ablation de la mâchoire. Nous publierons ce fait important.

La séance est levée à cinq heures passées.

CORRESPONDANCE.

A M. de Castelnau, rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Turin, le 18 avril 1853.

Monsieur,

En vous remerciant de l'obligeance que vous avez eue d'insérer ma réponse dans le n° 36 de votre journal, et de la bonne opinion que vous voulez bien avoir de mon caractère, permettez, monsieur, que je vous présente quelques observations sur les réflexions que vous avez ajoutées à ma lettre.

Vous dites qu'elle ne répond pas aux faits allégués par votre correspondant. C'est vrai, mais il vous suffira de comparer les dates des deux lettres pour vous assurer qu'il ne pouvait en être autrement, car celle à laquelle je répondais ne contenait encore rien de particulièrement relatif aux faits de syphilisation. Du reste, quant à l'examen du rapport de la commission, je me réserve de le publier et j'espère qu'après l'avoir lu vous ne me ferez plus ce reproche.

Votre correspondant avance (on voit facilement dans quel but) que la commission refusa de signer les faits que je lui ai présentés. Voici la vérité. — J'avais d'abord demandé que les faits fussent signés par la commission, afin que les personnes qui ne me connaissent pas les acceptassent plus facilement, et que, quelles que fussent les divergences des conclusions, on fût au moins d'accord sur la base ; la manière dont je les ai présentés dans mon ouvrage prouve assez que je n'ai pas eu l'intention de surprendre le jugement de personne, car j'y ai consigné aussi bien les succès que les revers. Aussi, lorsque M. X. fait sonner si haut le refus d'approbation, il oublie que la commission a avoué elle-même, au commencement de son travail, que j'ai toujours été loyal dans tous les rapports que j'ai eus avec elle. Après avoir lu les histoires que je lui avais présentées et mises parfaitement d'accord avec les notes qu'elle avait prises, la commission m'avait promis en présence d'un confrère de certifier, quand je lui aurais transmis les épreuves, que ma description des faits était exacte, et ce ne fut que sur les observations d'un de ses membres, qui crut y voir une marque de défiance envers la commission, que deux heures après elle me notifia par lettre la résolution contraire qu'elle venait de prendre. La publication de quelques documents, qui sont entre mes mains, jettera un plus grand jour sur une question aussi délicate.

Votre correspondant fait dire à M. Demaria que le jour sous lequel la commission a présenté les faits est *le seul vrai.* M. Demaria n'a pas dit cela, et s'il le disait, je répondrais à son affirmation par une dénégation aussi formelle que solennelle.

Votre correspondant veut mettre en cause le Ministre de l'Intérieur et paraît désirer même de faire un peu de scandale à ce sujet. Je ne le suivrai pas sur ce terrain ; je me contenterai seulement de dire que si M. le Ministre a cru pouvoir m'autoriser à continuer mes études de syphilisation et à faire un cours public, c'est qu'il est bien certain que mon *volumineux ouvrage* n'est pas, comme le dit M. X., un tissu d'*erreurs,* d'*illusions* et d'*utopies.* Du reste, je poursuis tranquillement mes travaux en présence d'une foule de docteurs et d'étudiants qui viennent apprécier par eux-mêmes les résultats que j'ai annoncés et auxquels jusqu'ici les faits nouveaux n'ont pas donné de démenti.

En entendant les graves récriminations que le rapport laissait peser sur la syphilisation, j'ai demandé qu'une commission d'enquête fût immédiatement instituée, afin que l'opinion publique ne pût pas être induite en erreur : on n'a pas cru nécessaire d'obtempérer à ma demande et on me

confirma l'autorisation de continuer mon cours et mes études de syphilisation.

J'ose espérer, monsieur, de votre impartialité l'insertion de cette lettre dans le prochain numéro de votre estimable journal. C. Sperino.

Nous regrettons sincèrement que M. Spérino ait cru devoir recourir une seconde fois à la publicité de notre journal à propos d'une question alimentée par l'ignorance, l'illumination et le charlatanisme, mais que la quasi-unanimité des hommes de bon sens et de probité jugent être aussi définitivement résolue que puisse l'être une question scientifique. Les petits incidents qui peuvent s'être passés dans les rapports de la commission avec M. Spérino ne touchent en rien au fond de cette question, et ne peuvent guère avoir qu'un intérêt de curiosité. Quant aux faits de la commission, ces faits n'ont besoin d'être présentés sous un jour ni favorable ni défavorable; ils sont assez éclatants pour porter eux-mêmes la lumière dans tous les esprits susceptibles de la recevoir.

Nous n'insisterons pas plus que M. Spérino sur ce qui peut toucher M. le Ministre de l'intérieur. Nous lui ferons seulement observer que l'autorisation donnée par ce haut fonctionnaire de faire un cours de syphilisation, ne prouve nullement qu'*il soit bien certain* de ce que contient ou de ce que ne contient pas le livre de M. Spérino. M. le Ministre n'a d'autres moyens de se faire une opinion à cet égard, que de consulter une commission d'hommes compétents, et de prendre une détermination d'après leurs avis, ainsi que l'a si sagement fait M. le Préfet de police de Paris. Agir différemment, c'est livrer la santé publique aux dangereux hasards de l'ignorance, du charlatanisme ou de l'illumination.

Je terminerai ces remarques, qui, je l'espère, seront les dernières que j'aurai l'occasion de présenter sur un sujet aussi peu digne d'occuper des esprits sérieux, par un conseil à M. Spérino, voire même à la commission, dont nous nous plaisons d'ailleurs à proclamer hautement le zèle, l'intelligence et le dévoûment.

Si l'idée était venue à un quidam étranger à la science de préserver et de guérir de la syphilis en inoculant à satiété la syphilis elle-même; si, passant de la théorie à la pratique, ce quidam avait inoculé à une malheureuse victime jusqu'à 577 chancres, le corps médical n'aurait pas eu assez d'imprécations et contre l'auteur d'une aussi indigne jonglerie, et contre les autorités qui auraient toléré un tel abus. Tous les jours nous voyons des récriminations élevées par les médecins, èt à juste titre, pour des faits beaucoup moins condamnables.

Or, si nous voulons que les autorités fassent droit à nos doléances, que le public nous conserve sa considération, son respect, notre premier soin doit être de ne pas tomber dans des excès que nous condamnerions si rigoureusement chez les autres. Si M. Spérino est dans de tels sentiments, il renoncera à des expérimentations illégitimes au point de vue moral, et que des accidents, qu'il n'est que trop raisonnable de craindre, rendraient parfaitement justiciables des tribunaux, au grand détriment de la dignité médicale. H. de Castelnau.

Vaccine et fièvre typhoïde.

Napoléon, le 27 avril 1853.

Monsieur le rédacteur,

Dans son numéro du 23 avril dernier, la *Gazette des Hôpitaux* renferme un article à l'adresse de M. Michel Levy, sur l'identité de la variole confluente et de la fièvre typhoïde. Dans cet article, tout plein de points d'interrogations, M. le docteur A. Bayard traite assez vertement son savant contradicteur, pour avoir eu l'irrévérence d'écrire que la vaccine était attaquée par le paradoxe et la déclamation.

Il ne m'appartient pas de me mettre à la place de M. Michel Levy, ni de relever les superbes défis qui lui sont jetés; ma tâche est plus modeste : je laisserai donc M. A. Bayard triompher, tout à son aise, de l'épidémie de fièvre typhoïde qui décima la garnison de Lunéville, en dépit de ses belles casernes; lui faisant observer pourtant qu'il arrive quelquefois que le choléra ne se comporte pas autrement, et que personne, jusqu'à ce jour, n'avait songé à rendre la vaccine responsable de ses ravages. J'arrive à d'autres faits; car, dans l'argumentation de M. A. Bayard, tout s'enchaîne; après la logique, l'histoire; après les raisonnements, les preuves à l'appui. C'est sur ce terrain que M. A. Bayard, suivant une expression qui lui est chère, se pose carrément. Comme il écrase ce pauvre M. Michel Levy! Je ne lui reproche qu'une chose, c'est de ne pas y mettre un peu plus de générosité. La modération sied si bien à la force!

« Écoutez ceci, s'écrie-t-il dans la chaleur de la discussion, et répon-
« dez.....

« Avant 1800, cette dernière pratique (l'inoculation de la variole) était
« universellement répandue; elle l'est encore de nos jours en Afrique, et
« même dans la Vendée, où les mères inoculent leurs enfants. Sur la fin
« du XVIIIe siècle, tous les personnages illustres de cette époque furent
« inoculés. Je cite Charles X et Louis-Philippe, qui tous deux ont atteint
« un âge jusque-là inconnu aux rois. Il n'y a pas un seul exemple de prince
« ou de princesse pour qui la pratique de l'inoculation eût offert le moin-
« dre danger au XVIIIe siècle : *voilà les faits.*

« Le roi de Rome, vacciné en 1811, est mort à vingt ans : *voilà le fait.* »

J'ai écouté; je vais tâcher de répondre.

Si j'étais un critique de détail, prêt à contester, dans un écrit, tout ce qui est contestable, je pourrais bien m'arrêter un moment sur Charles X et Louis-Philippe, *qui tous deux*, suivant M. Bayard, *ont atteint un âge jusque-là inconnu aux rois.* Il me semble, en effet, que les deux plus grands monarques dont la France garde le souvenir, Charlemagne et Louis XIV, ne sont pas morts à la fleur de l'âge, et que Louis XV, qui ne brillait pourtant pas par sa continence, serait peut-être arrivé à un âge aussi avancé que son aïeul, s'il n'avait pas été enlevé précisément par la variole. Mais, je le répète, je n'ai pas de goût pour la polémique de chicane. J'accorde donc volontiers, à M. Bayard, que Charles X et Louis-Philippe ont été inoculés et qu'ils ont fourni, malgré tous leurs malheurs, une longue carrière.

Je lui accorde encore que le roi de Rome a été vacciné et qu'il est mort à vingt ans.

La conséquence forcée qui découle de ces prémisses, est celle-ci : la vaccine condamne fatalement à une mort précoce; elle engendre la phthisie comme la fièvre typhoïde. Le jour où l'on est vacciné, l'on n'a rien de mieux à faire qu'à dicter ses dernières volontés. L'inoculation, au contraire, assure de longs jours, et préserve les populations des plus terribles maladies.

Cette menace de mort ne laisse pas que de m'inquiéter pour moi; pour ma famille, vaccinée par mes mains; pour les pauvres enfants dans les veines desquels j'ai déposé des germes de mort; pour M. Bayard, enfin, qui, né à une époque où la vaccine était en honneur, a peut-être été soumis à cette barbare pratique.

Mais il faut se soumettre aux arrêts du destin et aux sentences de M. Bayard.

De tout son écrit, je ne conteste qu'un seul fait, et c'est précisément à cause de l'assertion qu'il renferme, que j'ai l'honneur de vous écrire. M. le docteur A. Bayard affirme qu'en Afrique et même dans la Vendée, les mères inoculent leurs enfants.

Je prierai M. le docteur A. Bayard de vouloir bien me dire où il prend ses renseignements, et quel peut être son correspondant dans la Vendée. J'ai l'honneur d'être, depuis vingt ans, secrétaire du comité de vaccine de la Vendée; en cette qualité, je suis en communication avec tous les médecins et tous les maires du département, il ne m'avait pas encore été appris qu'il y eût eu, pendant ce long espace de temps, un seul cas d'inoculation; et des affirmations, venues de si loin, ne peuvent pas détruire mon incrédulité à cet endroit. Malheureusement, suivant moi, heureusement suivant M. le docteur A. Bayard, la vaccine est bien encore un peu négligée dans nos campagnes; et, contrairement aux conséquences qu'il en tire, la fièvre typhoïde y fait souvent de graves ravages.

Que M. le docteur A. Bayard cherche donc ailleurs, tant qu'il le voudra, des faits à l'appui de sa thèse; qu'il passe en Algérie; qu'il pousse même jusqu'à Tombouctou, si la fantaisie lui en prend, je le laisse libre possesseur de l'Afrique; il sera d'autant plus à l'aise dans ces vastes contrées, qu'il n'y trouvera guère de contradicteurs. Mais, de grâce, qu'il ne vienne pas nous trouver jusque chez nous; qu'il nous laisse le sol vendéen, sur lequel nous sommes né et avons été vacciné; sur lequel nous avons vacciné nous-même des milliers d'enfants; ou, si ses pérégrinations scientifiques l'y conduisent, pour recevoir un bon accueil, un accueil de confrère, qu'il respecte la vérité, qu'il n'affirme rien sans être bien sûr de ce qu'il avance; ou nous serons forcé de lui répondre, avec toute la politesse de l'ancienne école : *Pace tua nego majorem.*

Agréez, M. le rédacteur, l'expression de mes civilités empressées.

C. Merland.

— L'espace nous manque pour insérer le jugement rendu dans l'importante affaire d'homicide par le chloroforme. Nous y reviendrons prochainement.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 55. 1re année. Samedi 7 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Explication scientifique du phénomène des objets tournants. — Séance du 4 mai de la Société de chirurgie. — Du milium palpébral, par le Dr Sichel. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : Emphysème pulmonaire sous-pleural. Accidents aigus. Mort rapide. Autopsie. Emphysème des parois du cœur, par le Dr Retsin. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 6 mai 1853.

Explication scientifique du phénomène des objets tournants.

A monsieur Eissen, *rédacteur en chef de la Gazette médicale de Strasbourg.*

Monsieur et très-honoré confrère,

Aussitôt que des témoignages irrécusables sont venus ébranler mon incrédulité touchant les singuliers phénomènes qui occupent également, en ce moment, et la foule des badauds et le public scientifique, j'ai tenu à honneur de vous adresser un commencement de réparation touchant les innocentes plaisanteries que je me suis permises à votre égard. Permettez-moi d'achever aujourd'hui cette réparation, qui sera d'autant plus complète, je l'espère, que ce que j'ai à vous dire commencera peut-être à détruire ce qu'il paraît y avoir de merveilleux dans les phénomènes en question, et à faire rentrer ces phénomènes dans l'ordre des faits que les lois de la physique et de la physiologie expliquent de la manière la plus satisfaisante et la plus naturelle.

Je me hâte d'abord de vous déclarer que j'ai vu tourner, que j'ai fait tourner de mes propres mains et à plusieurs reprises, un chapeau, des tables, des assiettes, des couteaux, des livres, en un mot tous les objets qui sont tombés sous ma main ou sous la main de mes amis. Mais il s'en faut que, dans leurs mouvements, ces objets aient suivi les règles qu'ont tracées les importateurs allemands de la découverte nouvelle, et que vous avez vous-même indiquées.

En premier lieu, le mouvement exécuté par les objets est loin de se faire constamment dans le sens des doigts superposés. Dans une expérience faite avec un chapeau dont le mouvement rotatoire n'a pas été suivi moins d'un quart d'heure, on a pu changer les doigts de position ; l'un des expérimentateurs a pu mettre tantôt ses deux auriculaires sous ceux de ses voisins, tantôt dessus, et le mouvement n'en a pas moins continué dans le même sens.

En second lieu, l'expérience réussit à peu près également bien, quelle que soit la position respective que l'on donne aux doigts.

Elle réussit même à peu près également bien, que les mains des expérimentateurs se touchent ou ne se touchent pas, que les expérimentateurs se touchent ou non par leurs vêtements.

Enfin, et ceci vous paraîtra sans doute bien curieux, un seul expérimentateur réussit parfaitement à faire tourner un chapeau ou tout autre objet dont le poids ne dépasse pas certaines proportions.

Tels sont, monsieur et très-honoré confrère, sommairement résumés à la hâte, les faits dont je puis vous garantir la parfaite exactitude. Vous voyez déjà qu'une grande partie du merveilleux qui semblait devoir s'attacher à l'attirail des expérimentateurs allemands s'évanouit devant ces faits. Encore quelques mots, et j'espère qu'il n'en restera pas grand'chose.

La première explication à laquelle on a dû songer, à laquelle tout le monde a songé, à laquelle j'ai dû songer moi-même en présence d'un phénomène désormais démontré être aussi général, c'est l'explication à l'aide de l'électricité ou de l'électro-magnétisme. J'ai donc eu une conversation à cet égard avec un physicien éminent, avec M. Despretz, membre de l'Institut (1). De cette conversation, il est résulté la certitude que la force qui imprimait les mouvements rotatoires ne pouvait être de même nature que celle qui détermine l'action des courants sur les aimants et réciproquement. Je m'expliquerai à cet égard plus tard d'une manière plus détaillée et plus intelligible pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec les phénomènes de l'électro-magnétisme, et avec les dénominations de ces phénomènes ; le temps ne me permet aujourd'hui que de vous indiquer des aperçus généraux, quoique rigoureusement exacts. Donc, le refuge de l'électro-magnétisme nous faisant complétement défaut, il fallait chercher ailleurs.

C'est ce que je faisais encore il y a quelques heures, lorsque la fortune m'envoya un de mes bons amis, aussi connu par sa sagacité d'observateur et d'expérimentateur, que familiarisé avec les connaissances physiques, M. le docteur Lucien Corvisart. Lui aussi avait partagé la préoccupation de tout le monde, et il est inutile de dire qu'il avait été préoccupé en savant et en observateur. Je vais essayer de vous exposer en quelques mots le résultat de ses observations.

Vous connaissez comme moi cette expérience, à la fois élégante et curieuse, qui consiste à recouvrir d'une légère couche de sable un large disque de verre ou de métal, puis

(1) Je crois utile de vous dire que ce n'est point ce savant qui assistait aux expériences de M. Hardy, dont je vous ai entretenu dans ma dernière lettre.

à promener un archet sur le bord de ce disque; dès que l'archet a exécuté quelques courses, des vibrations invisibles, mais certaines puisqu'elles produisent un son, sont imprimées au disque, et aussitôt le sable commence à s'agiter; il se met ensuite en mouvement, prend des directions déterminées, s'éloigne de certains points, se rassemble sur d'autres, et finalement forme des dessins d'une régularité parfaite et quelquefois d'une rare élégance.

Eh bien! monsieur et très-honoré confrère, d'après M. Corvisart, le mouvement imprimé à la table ou au chapeau n'aurait d'autre cause que des vibrations invisibles, qui, au lieu de partir de l'archet, partent du système musculaire des expérimentateurs.

En effet, la contraction nécessaire pour maintenir, lorsqu'on n'a pas un appui parfait, un membre et à plus forte raison le corps, dans une position donnée et stable, cette contraction a lieu par une série d'oscillations musculaires, ou si l'on veut de vibrations; exagérées, comme par exemple lorsqu'on veut maintenir le bras tendu, ces vibrations deviennent promptement un tremblement visible. Dès lors, il n'est point étonnant que plusieurs personnes, dont les muscles fatigués s'agitent par un mouvement aussi invisible que les contractions fibrillaires, ou les vibrations du disque sonore, agitent un chapeau ou tout autre objet dont le poids ne sera pas en trop grande disproportion avec la force des vibrations. J'ai appliqué cette doctrine à l'explication de tous les faits dont j'ai été le témoin ou l'auteur, et elle m'a parfaitement satisfait.

En résumé donc, monsieur et très-honoré confrère, le mouvement des tables et des chapeaux tournants a son origine dans des vibrations musculaires invisibles et involontaires. C'est ce que j'aurai l'honneur, je l'espère, de vous démontrer dans une prochaine lettre, le temps m'interdisant aujourd'hui tous les développements, et m'obligeant à m'arrêter ici.

Votre très-dévoué confrère,

H. DE CASTELNAU.

Séance du 4 mai de la Société de chirurgie.

(Kyste de la mâchoire. — Goître. — Rupture du cœur. — Nouvelles expériences sur l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer. Historique de cette question.)

La presque totalité de cette séance a été consacrée à des communications faites par des chirurgiens étrangers à la Société.

M. Mayor de Genève a lu, au nom de son fils, ancien interne fort distingué des hôpitaux de Paris, deux intéressantes observations de chirurgie.

La première est relative à un *kyste multiloculaire développé dans la moitié gauche de la mâchoire inférieure.*

La deuxième, à une *extirpation d'un goître développé au côté droit de la glande thyroïde.* Nous reviendrons sur ces observations à l'occasion du rapport dont elles seront l'objet.

M. Giraldès a donné ensuite lecture d'une observation de rupture du cœur adressée par M. Prescott-Hervet, membre correspondant. Cette observation n'a pas offert de particularité remarquable.

M. Larrey a fait une communication d'une plus grande importance, en lisant la suite de l'observation qu'il avait déjà présentée au nom de M. Raoul Deslonchamps, et dont nous avons publié le résumé; cette observation, on se le rappelle, était relative au traitement d'une tumeur réputée anévrysmatique par le perchlorure de fer. D'après les nouveaux détails donnés par M. Raoul Deslonchamps, la guérison de la tumeur persiste toujours; mais il s'en est développé une seconde que l'observateur considère comme de nature érectile et artérielle. Cette tumeur nouvelle vient apporter un appui important à l'opinion de M. Robert, qui n'avait pas cru pouvoir admettre sans de grandes réserves la nature anévrysmatique de la première.

L'intérêt de la séance s'est surtout concentré sur la lecture, faite par M. Marjolin, d'une communication de M. Pravaz, de Lyon. Ce curieux document devant être désormais indispensable pour l'histoire du nouveau procédé de coagulation du sang, nous le reproduisons dès aujourd'hui *in extenso*, en y ajoutant une note instructive de M. Burin du Buisson, sur la préparation du perchlorure de fer liquide. Nos lecteurs trouveront dans ces deux communications des renseignements éminemment utiles.

Nous devons ajouter aussi que M. Marjolin a pu, dans deux occasions récentes, retirer de précieux avantages de l'emploi du perchlorure de fer.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une hémorrhagie réfractaire. M. Marjolin prescrivit une injection avec le liquide suivant :

Eau	500 grammes.
Perchlorure de fer . .	2 —

La perte de sang s'arrêta immédiatement.

Dans le deuxième cas, une hémorrhagie en nappe se montrant sur une plaie résultant de l'ablation d'une tumeur située près la marge de l'anus, a été non moins heureusement supprimée, par l'application d'un morceau d'agaric imprégné de perchlorure de fer liquide pur.

La plaie n'a subi aucune mauvaise influence des suites de cette application.

Enfin M. Guersant, il y a cinq jours, a également fait cesser une hémorrhagie, suite d'une avulsion de dent. La cautérisation, la glace, le tamponnement, avaient échoué.

M. Debout a clos la séance par la présentation de pièces anatomiques de nature à porter un premier jour sur la question des injections artérielles de perchlorure. Dans un cas d'injection faite dans l'artère carotide d'un cheval, il s'est manifesté une inflammation suppurative qui évidemment aurait pu avoir chez l'homme les plus graves dangers. L'observation de M. Debout engagera sans doute la plupart des chirurgiens à étudier encore pendant quelque temps la question par l'expérimentation, avant de tenter des essais thérapeutiques sur l'homme, si ce n'est peut-être dans les cas analogues à celui de M. Deslonchamps, où une inflammation, même suppurative, pourrait ne pas entraîner des conséquences trop sérieuses.

A M. le docteur MARJOLIN, *secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.*

Monsieur et cher collègue,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques renseignements, pour compléter les communications que M. Lallemand a bien voulu faire en mon nom à l'Académie des sciences et à la Société de chirurgie, sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes.

Lors même que je ne devrais pas ma faible coopération aux importants travaux d'une compagnie savante qui a bien voulu m'admettre au nombre de ses membres correspondants, je suis trop flatté de l'appel qui est fait à mon intervention directe, dans la grave question qui s'agite, pour ne pas m'empresser de satisfaire au désir que vous m'exprimez, comme secrétaire de la Société de chirurgie, de savoir :

1° Par quelle série d'idées j'ai été amené à employer l'électricité comme agent coagulant;

2° Pourquoi, après avoir usé des moyens physiques, j'ai préféré l'emploi des moyens chimiques.

J'entre donc en matière.

Entraîné, par mes études antérieures, vers l'application des sciences physiques à l'art de guérir, j'entrepris, en 1828, des recherches sur les moyens de prévenir l'absorption des virus.

Entre ces moyens, la cautérisation des plaies envenimées par le galvanisme est un de ceux qui me réussit le mieux. Je l'essayai d'abord contre les morsures de la vipère ; plus tard, en commun avec *M. Breschet*, contre l'inoculation du venin si redoutable des serpents de l'*Inde*, et enfin, je l'appliquai à neutraliser le virus rabiéique chez les animaux, même deux jours après son insertion.

Dans le cours de ces dernières expériences, dont la plupart eurent lieu à *Alfort*, avec le concours de *MM. Girard*, *Delafond* et *Rigot*, et qui ont été publiées dans les *Annales d'hygiène*, j'eus l'occasion de remarquer, après *Brandt* et *Seudamore*, avec quelle rapidité le rapprochement des deux *électrodes* détermine la coagulation du sang. Le galvanisme me parut dès lors un agent hémostatique qui pourrait avoir son utilité dans certaines circonstances, mais je n'entrevis formellement l'opportunité de ses applications dans le traitement des anévrysmes, que lorsque *M. Velpeau* eut fait connaître les expériences par lesquelles il a constaté qu'une aiguille, introduite à demeure dans le calibre d'un vaisseau, y détermine, en quelques heures, la formation d'un caillot. Je crus reconnaître, dans ce fait, le résultat d'une action galvanique faible, et il me parut très-probable que la coagulation du sang serait obtenue plus facilement et plus promptement, par le moyen de deux aiguilles déliées, introduites dans l'artère, et mises en communication avec les deux pôles d'une pile voltaïque.

Pour vérifier cette vue spéculative, j'instituai à *Alfort*, avec le concours de *M. Delafond*, aujourd'hui professeur de cette École, une suite d'expériences qui me confirmèrent dans la conviction qu'appliqué à la cure des anévrysmes, le galvano-poncture offrait de nombreuses chances de succès.

S'il est assez facile d'expérimenter sur les animaux, il n'en est pas de même, lorsqu'il s'agit de constater chez l'homme vivant l'innocuité et l'utilité de méthodes thérapeutiques nouvelles, qui s'éloignent notablement de la pratique ordinaire. Il faut être chargé, pour cela, d'un service d'hôpital, ou avoir une clientèle chirurgicale assez nombreuse ; je n'étais dans aucune de ces positions, et ne pouvant soumettre personnellement à une épreuve véritablement décisive l'idée que j'avais conçue, je fus réduit à la communiquer, en 1831, à quelques jeunes chirurgiens, en leur exposant toutes les raisons qui, dans mon esprit, la rendaient parfaitement réalisable.

Cet appel au concours des praticiens qui étaient en position de faire passer, dans l'art, une méthode curative qui n'était encore qu'une conception de la science, resta sans effet pendant de longues années, et l'application de la *galvano-poncture* au traitement des anévrysmes n'a été citée que comme une idée ingénieuse qui attendait encore la sanction de l'expérience, dans divers ouvrages publiés depuis 1831, tels que le nouveau *Dictionnaire de médecine*, et un travail assez étendu de *M. Lisfranc* sur les méthodes connues d'oblitération des artères, travail qui parut en 1834.

C'est seulement en 1845, que *M. Pétrequin*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, tenta l'application de la *galvano-poncture*, dans un cas de tumeur anévrysmale développée sur le trajet de l'artère temporale. Le premier essai, dirigé avec habileté, fut couronné d'un succès complet, que suivirent d'autres opérations non moins heureuses, pratiquées soit par le savant chirurgien lyonnais, soit par d'autres médecins nationaux ou étrangers.

La nouvelle méthode compta aussi des revers, dont quelques-uns peuvent être attribués, avec assez de raison, à l'inexpérience des opérateurs. Quoi qu'il en soit, bien que certains relevés statistiques lui paraissent favorables, elle est encore en instance auprès des sociétés savantes, pour se faire naturaliser complétement dans la pratique de l'art.

Je viens de vous exposer, monsieur et cher collègue, l'origine de l'électro-poncture, appliquée au traitement des anévrysmes, et la part théorique et expérimentale que j'ai prise à cette nouvelle thérapeutique. Il me reste à vous dire par quelle transition je suis arrivé à lui substituer, sinon dans tous les cas, au moins dans le plus grand nombre, une autre méthode purement chimique.

Je suivais depuis 1845, avec tout l'intérêt d'une paternité intellectuelle, les applications que la galvano-poncture recevait dans la plupart des contrées de l'Europe. Je ne pouvais me dissimuler que cette méthode, par les soins délicats qu'elle demande, par l'imperfection fréquente des appareils, et peut-être par une certaine *idiosyncrasie* (1) du sang, marquait assez souvent le but désiré. Des expérimentateurs persévérants et éclairés, parmi lesquels je citerai le docteur *G. Strambio*, de Milan, avaient signalé, il est vrai, quelques-uns des écueils à éviter, mais il me semblait que pour vulgariser l'emploi du galvanisme, dans le traitement des anévrysmes, les précautions indiquées étaient insuffisantes, et que le procédé généralement usité devait être modifié.

Préoccupé depuis longtemps de cette idée, j'essayai en 1851 de la réaliser, en supprimant l'intermédiaire des aiguilles, pour la coagulation du sang dans le sac anévrysmal. Je fondais la rationalité de cette tentative sur la propriété que possède l'électricité voltaïque d'opérer le transport de certaines substances d'un pôle à l'autre, même à travers l'épaisseur des tissus.

J'imaginais qu'en placant, sur la tumeur anévrysmale, une compresse imbibée d'une solution saline facilement décomposable ; mettant cette compresse en contact avec l'un des pôles de la pile, tandis que l'autre électrode serait appliquée sur la partie opposée du corps, je déterminerais le passage de l'un des éléments de la substance saline dans l'intérieur même du sac. Si cet élément était susceptible de donner, avec l'albumine du sang, un composé insoluble, ce liquide serait coagulé plus ou moins promptement.

J'instituai, d'après ces idées théoriques, l'expérimentation suivante :

Ayant rempli un tube de verre d'une solution d'albumine, j'en fermai les deux extrémités par un morceau de parchemin épais. Ayant ensuite appliqué, sur chacune d'elles, une compresse imbibée de solutions salines diverses, et mis les deux pôles de la pile en communication avec les bouts du tube, il me sembla que dans quelques cas des stries opaques s'étendaient peu à peu d'une extrémité du tube à l'autre, à travers la solution d'albumine.

En supposant que je ne me fisse pas illusion à cet égard, ce que je n'ose affirmer, ce résultat était loin de répondre à mes espérances, car il impliquait la nécessité d'un temps très-long pour la solidification de l'albumine.

Je me décidai alors à varier le procédé par l'introduction d'une aiguille, servant d'*électrode*, à travers l'un des morceaux de parchemin.

Cette fois, je vis un *coagulum* se former assez rapidement autour de ce corps étranger. Je ne pouvais douter que cet effet ne fût déterminé par le transport de l'un des éléments de la solution saline, car, si on substituait à celle-ci de l'eau pure, le phénomène ne se produisait plus que d'une manière lente et peu prononcée.

Le procédé que je viens de décrire rentrait, en partie, dans celui de la *meso-acuponcture*, indiqué en 1847, par le docteur *G. Strambio*, et appliqué depuis, sans beaucoup de succès, je crois, par *MM. Baumgarten* et *Wertheimber* ; mais il en différait par l'intervention d'un élément chimique qui augmentait la *coagubilité* de l'albumine, sous l'influence du galvanisme.

Je pouvais donc le regarder comme un perfectionnement *probable* de la *galvano-poncture*, puisqu'en supprimant une des

(1) Je suis disposé à croire qu'une diminution dans la quantité normale du chlorure de sodium, dissous dans le sérum du sang, peut rendre celui-ci moins coagulable par le galvanisme. Je fonde d'abord cette opinion sur l'explication que l'on donne de la manière dont la dissociation des éléments du sel marin, produite par le galvanisme, amène la coagulation du sang à chacun des deux pôles ; et ensuite sur des expériences, par lesquelles j'ai constaté, qu'en ajoutant un peu de sel marin à une solution d'albumine, on obtient plus promptement la coagulation de celle-ci. Pourrait-on conclure de là que l'injection préalable dans une tumeur anévrysmale, d'une solution de sel, rendrait la galvano-poncture plus efficace ?

aiguilles on évitait la cautérisation si fréquente des parois du sac, et on diminuait la chance de rencontrer un filet nerveux.

Un autre résultat, que j'appellerai providentiel, s'il est aussi généralement utile qu'on a lieu de l'espérer, devait être le fruit imprévu de mes recherches.

Durant le cours des expériences que je viens de rapporter, et qui avaient pour but soit de supprimer l'acuponcture, en conservant le galvanisme, soit de réduire l'opération à l'introduction d'une seule aiguille, je remarquai avec quelle *instantanéité* l'une des substances que j'essayais, le *perchlorure de fer,* déterminait *la prise en masse* d'une solution d'albumine ; considérant, en même temps, que les *martiaux* sont en général inoffensifs pour l'économie, employés à dose médiocre, je me demandai si au lieu de chercher à supprimer l'*acuponcture*, dans le traitement des anévrysmes, il ne serait pas plus avantageux de renoncer à l'emploi de l'électricité, en conservant la première pour introduire, dans la cavité du sac, un principe coagulant (1) aussi énergique que le *perchlorure* de fer. Je pensai aussitôt à réaliser cette idée, au moyen du *trocart* explorateur que l'on emploie pour reconnaître la nature des liquides contenus dans certaines tumeurs. Mais ceux que l'on trouve ordinairement chez les fabricants d'instruments de chirurgie ne me paraissant pas assez déliés, j'attendis l'occasion d'un voyage à Paris pour en faire exécuter de plus appropriés au but que je me proposais. *M. Charrière* remplit parfaitement mes vues à cet égard. Je me procurai en outre une petite seringue dont le piston était manœuvré au moyen d'un pas de vis, afin que l'injection s'opérât sans secousse, d'une manière continue, et pût être ménagée à volonté, d'une manière exacte.

J'étais dès lors en possession du matériel opératoire très-simple qui m'était nécessaire.

De retour à Lyon, j'essayai, assisté de mon fils, interne des hôpitaux, de coaguler le sang dans la carotide d'un lapin ; mais cette artère était trop déliée pour permettre d'introduire facilement le trocart dans l'intérieur de son calibre, sans perforer sa paroi d'outre en outre. Nous échouâmes donc dans cette première expérience dont le succès, d'ailleurs, aurait été fort peu concluant. Je me proposais de la recommencer bientôt, en opérant sur des animaux de forte taille, lorsqu'une maladie assez grave vint interrompre le cours de mes recherches. Elles auraient été peut-être ajournées indéfiniment, si le séjour du professeur *Lallemand* dans ma maison, en contribuant à me rendre la santé, n'eût ranimé en même temps mon ardeur scientifique presque éteinte.

Lui ayant communiqué, dans un de nos fréquents entretiens, qui étaient pour moi une source intarissable d'instruction, mes idées sur la chance probable de substituer aux moyens usités pour la guérison des anévrysmes une méthode plus simple, plus prompte et moins douloureuse, il m'encouragea à en reprendre l'exécution, et voulut bien me prêter l'assistance de ses lumières et de son intervention personnelle dans les expériences qu'il s'agissait de faire sur les animaux avant de proposer pour l'homme cette nouvelle thérapeutique.

M. *Pétrequin*, invité à participer à nos essais, tenta d'abord de produire un anévrysme traumatique sur le trajet de l'artère carotide d'un mouton ; mais son opération, répétée deux fois, n'eut pas le succès qu'il en attendait. Un simple épanchement de flux, bientôt résorbé, fut le seul résultat de la ponction de chacune des carotides.

Nous nous décidâmes alors à opérer sur l'artère elle-même, et à tenter d'y intercepter le cours du sang, au moyen de l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer.

L'*Institut* et la Société de chirurgie ont reçu de *M. Lallemand* communication des suites de cette expérience et de celles qui furent exécutées ultérieurement sur des chevaux, avec le concours éclairé et bienveillant de *M. Lecocq*, directeur de l'école vétérinaire de Lyon. Je ne les rappellerai pas ici ; je compléterai seulement l'observation relative au mouton, en ajoutant à cette note l'autopsie qui en fut faite deux mois et demi après l'opération par *M. Lecocq*, parce qu'elle offre des particularités qui n'ont pu être remarquées chez les autres animaux que l'on a sacrifiés avant que leurs plaies fussent cicatrisées.

Autopsie faite le 24 février 1853. — La peau qui recouvre le point de l'opération est parfaitement cicatrisée.

La jugulaire, légèrement déviée sur le point de l'opération par le tissu de cicatrice, présente son canal entièrement libre et de diamètre ordinaire.

La carotide, un peu déviée aussi, adhère assez fortement à la trachée sur le même point, par quelques brides fibreuses. Son canal intérieur est suivi facilement par le stylet ou par l'air insufflé, jusqu'à deux centimètres environ du point où a eu lieu l'injection ; là, l'oblitération de sa cavité est tout à fait évidente.

L'extrémité située du côté de la tête présente un canal parfaitement libre, jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure du corps thyroïde.

A ce point commence l'oblitération, et l'artère, en descendant jusqu'au point oblitéré inférieur, ne présente qu'un cordon fibreux, un peu confondu, au niveau de la cicatrice, avec le tissu cellulaire, enveloppant en commun les cordons du grand sympathique et de la 10e paire.

L'espace oblitéré mesure en tout une longueur de 85 millimètres.

Au commencement de l'oblitération supérieure, se trouve un petit magma coloré, que l'on prend d'abord pour un caillot sanguin, mais qui, examiné avec soin, laisse voir la couleur de rouille, particulière au sel de fer injecté. Le volume de ce caillot égale à peine celui d'un grain de millet un peu allongé.

On voit, par les détails de cette autopsie, que le *magma*, produit immédiat de l'injection, et les caillots sanguins qui ont dû se former consécutivement à l'opération, comme on l'a observé chez le cheval abattu au bout de dix jours, avaient été, pour ainsi dire, complétement résorbés au bout de deux mois et demi. Ce travail éliminateur ne fut accompagné d'aucun symptôme grave ; seulement l'animal perdit l'appétit pendant les premiers jours qui suivirent l'injection. Ce trouble pouvait être produit par l'inflammation de la plaie assez large que l'on avait laissée à découvert sans aucun pansement.

Pour expliquer la fièvre et l'anorexie observées chez les animaux opérés à *Alfort*, on a dit qu'elles étaient probablement le résultat d'une sorte d'intoxication par le sel ferreux injecté ; je ne suis pas disposé à admettre cette étiologie ; mais je n'en pense pas moins qu'il importe de n'employer que la quantité de *perchlorure* nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur. Les moyens que j'ai indiqués pour mesurer cette quantité attestent assez l'importance que j'attache à ce précepte.

Un nouveau cas d'application de la méthode d'injection qui sera publié prochainement montrera que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives que *M. Lallemand* et moi avons fixées, sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot fermé se redissolve ; mais il peut résulter d'une injection exubérante une inflammation trop vive du sac, qui en amène l'ulcération consécutive, et l'expulsion en bloc du *magma* qu'il contient.

Il est inutile d'énumérer les inconvénients éventuels de cette élimination prématurée du bouchon destiné à amener l'oblitération progressive de l'artère ; je me bornerai à dire que le point essentiel au succès de l'opération est de ménager toutes choses, de manière qu'il y ait résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. L'autopsie du mouton, que j'ai rapportée, et l'observation de *M. Raoul Deslonchamps*, prouvent que cette terminaison est possible ; une des conditions propres à l'assurer, est d'éviter d'introduire dans le sac anévrysmal un excès du liquide coagulant.

(1) On a dit que le perchlorure de fer ne déterminait point une véritable coagulation de l'albumine : on peut en dire autant des acides et des alcalis ; alors, l'impropriété de l'expression, pour caractériser le phénomène, peut être reprochée à tous les chimistes. Le calorique seul paraît un véritable coagulant de l'albumine, car seul il la solidifie sans lui ajouter aucun principe pondérable.

Ce précepte deviendrait surtout d'une rigueur absolue, s'il s'agissait d'un anévrysme profond où une simple fissure des parois du sac pourrait venir, non plus au dehors, mais au dedans de l'organisme, un liquide irritant.

Si j'avais à appliquer, dans un cas de cette espèce, la nouvelle méthode, je n'injecterais d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure de fer. En effet, il ne s'agit pas ici d'arrêter brusquement le cours impétueux du sang dans une artère volumineuse, comme la carotide d'un cheval. L'indication à remplir n'étant pas aussi immédiate, je crois que pour arriver à un heureux résultat, il suffit de déposer dans la tumeur anévrysmale un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation de couches albumineuses successives; car, j'ai remarqué que, si on laisse tomber dans une solution d'albumine une seule goutte de *perchlorure* de fer concentré, il se forme bientôt autour d'elle des espèces de *stalagmites* qui sextuplent au moins son volume, et donnent un caillot solide dont le diamètre excède de beaucoup celui du calibre de l'artère la plus volumineuse, en sorte qu'il ne pourrait être entraîné hors du sac.

Si, au bout d'un certain temps, les battements de la tumeur n'avaient point cessé complétement, rien ne s'opposerait à ce que l'on répétât l'injection, car la ponction, par un trocart délié comme celui que j'ai indiqué, est une opération absolument inoffensive.

Nous avons évalué, *M. Lallemand* et moi, à trois gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite; mais pour qu'elle puisse guider sûrement l'opérateur, il convient d'indiquer à quel degré de concentration doit être amenée la solution de *perchlorure* de fer.

C'est dans cette vue que je joins ici la description du procédé à suivre pour obtenir une liqueur toujours identique, parfaitement pure, et marquant 46 degrés à l'*aréomètre*. Cette description a été rédigée par l'un de nos pharmaciens chimistes les plus distingués, *M. Burin du Buisson*.

Je termine cette note, que je n'ai pas eu le temps de rendre plus courte, en soumettant les idées qu'elle renferme à l'examen éclairé de la Société de chirurgie; persuadé que si la nouvelle méthode doit prendre rang parmi les progrès de l'art de guérir, c'est lorsqu'une discussion approfondie, comme toutes celles auxquelles se livre la Société, aura bien précisé les cas d'application et les moyens les plus rationnels de rendre cette application inoffensive, autant que le comporte la gravité des cas.

Agréez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération la plus distinguée. CH. PRAVAZ, *D. M. P.*

Paris, 2 mai 1853.

— *Note de M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, sur la préparation du perchlorure de fer liquide considéré comme agent coagulateur du sang.*

On sait combien est grand le nombre de substances qui ont la propriété de précipiter l'albumine de ses dissolutions.

Presque tous les acides la précipitent en blanc, l'acide acétique fait prendre en gelée les dissolutions concentrées d'albumine.

La strontiane, la baryte et la chaux forment avec l'albumine des précipités insolubles dans l'eau.

Presque tous les sels métalliques sont précipités par l'albumine, et le précipité blanc insoluble dans l'eau que forme cette substance avec le bi-chlorure de mercure, est particulièrement connu. Parmi les autres métaux qui jouissent de cette propriété, il faut encore ajouter le sulfate de cuivre, mais plus particulièrement *le perchlorure de fer*.

Le chlorure ferrique possède, en effet, au plus haut degré, la propriété de se combiner avec l'albumine instantanément et de former avec elle un précipité sous forme de magma consistant et insoluble, ainsi que vient de le constater M. le docteur Pravaz, et chacun connaît aujourd'hui combien est importante l'application que cet habile praticien vient de faire de la solution aqueuse de ce sel pour coaguler instantanément le sang dans les artères, en vue de son emploi spécial, pour la guérison des anévrysmes chez l'homme.

Le perchlorure de fer réunit, en effet, toutes les qualités désirables (et même exclusives) pour remplir le but auquel M. le docteur Pravaz le destine si heureusement: pouvoir hémostatique puissant, innocuité parfaite, solubilité dans l'eau excessive; — il ne restait donc plus qu'à chercher un mode de préparation qui permît d'obtenir ce sel toujours *très-pur*, et sa solution aqueuse à une densité maximum *qui fût toujours et partout identique*, conditions indispensables pour atteindre le but que s'est proposé M. le docteur Pravaz, qui a bien voulu nous charger de ce dernier travail, dont nous allons exposer les résultats :

Perchlorure de fer liquide du docteur Pravaz.

On prend :

Sulfate de fer du commerce de couleur émeraude.	1,000,00
Eau.	3,000,00
Limaille de fer pure.	100,00
Acide sulfurique.	15,00

On introduit le tout dans un matras ou mieux dans un vase en fonte émaillée, et on laisse digérer sur un bain de sable jusqu'à ce que tout dégagement de gaz cesse; on filtre, on ajoute à la liqueur 500 grammes d'acide hydro-sulfurique liquide et on laisse en repos pendant douze heures; au bout de ce temps, on porte la solution sur le feu, on laisse bouillir demi-heure et on filtre.

Le liquide filtré est additionné de 200 grammes d'acide sulfurique pur et concentré; on place le mélange dans une capsule en porcelaine ou un vase de fonte émaillée, qui ne doit être rempli qu'à moitié, on porte à l'ébullition et l'on ajoute par petites quantités de l'acide azotique pur, jusqu'à ce que la dernière affusion ne donne plus lieu à un dégagement de vapeurs rutilantes; — on retire alors du feu, on étend le liquide de vingt-cinq à trente fois son poids d'eau froide et on précipite tout le fer à l'état de peroxyde par un léger excès d'ammoniaque liquide; on lave par décantation à l'eau pure le précipité un grand nombre de fois et on le fait sécher à l'air en le divisant en couches minces sur de la toile.

L'oxyde sec et pulvérisé est ensuite calciné au rouge dans un vase en fer battu, large et peu profond, afin de ne pas trop élever la température; on obtient ainsi le safran de mars astringent des pharmacies, qui n'est autre que du peroxyde de fer pur, lorsqu'il est ainsi préparé.

On obtient ensuite le perchlorure de fer de la manière suivante :

Peroxyde de fer ci-dessus.	200 grammes.
Acide hydro-chlorique blanc et pur. .	1000 —

On laisse réagir à froid pendant cinq à six heures, puis on porte le vase sur un bain-marie d'eau bouillante et l'on chauffe jusqu'à solution à peu près complète de l'oxyde; cette opération doit être faite dans une capsule de porcelaine dont on connaît le poids, on décante le liquide pour séparer l'oxyde indissous et on l'évapore avec ménagement au bain-marie en agitant continuellement jusqu'à consistance de sirop épais, dont on détermine alors le poids; on ajoute une quantité d'eau distillée égale à la moitié de ce poids, on chauffe encore quelques instants et on jette le tout sur un filtre; on lave la capsule, puis le filtre, avec une nouvelle quantité d'eau égale à la première, et l'on ajoute au premier liquide la quantité suffisante du dernier pour obtenir un mélange homogène ayant une densité *constante* de 43,5 à 44 degrés.

En opérant ainsi, on obtient un liquide très-limpide ayant seulement une légère réaction acide, mais parfaitement pur, *au maximum de saturation et toujours identique*, se conservant parfaitement sans aucun dépôt de sel, pourvu qu'il soit tenu dans un vase bien bouché; il est d'une couleur brun foncé vu en masse, et d'un jaune doré verdâtre vu par transparence et en couche mince.

Cinq à six gouttes de ce liquide, mêlées à un blanc d'œuf dé-

layé dans 20 grammes d'eau, suffisent en moins de 15 secondes pour faire prendre le tout en une masse qui, en renversant le vase qui la contient, reste collée au fond et ne s'en détache qu'au bout d'un temps assez long avec lequel l'eau commence à s'en séparer en partie à la manière du sérum du sang coagulé.

Cette préparation réunit donc ainsi toutes les conditions voulues pour réaliser les espérances que font naître, à juste titre, les observations de M. le docteur Pravaz.

Du milium palpébral,

Par le Dr Sichel.

Le *milium* est une petite tumeur sébacée, développée sur le bord des paupières ou dans son voisinage. Comme le dit son nom, il a quelque ressemblance avec un grain de millet. Il est indolore, arrondi, hémisphérique, d'ordinaire un peu aplati de haut en bas, de couleur blanc jaunâtre, lisse à sa surface et souvent un peu vascularisé par quelques ramuscules capillaires venant de la peau du voisinage. Son volume varie depuis celui d'un grain de sable jusqu'à celui d'un grain de millet ou même de chènevis; il est rare de le voir atteindre la grosseur d'un petit pois. Placé le plus ordinairement très-près du bord libre des paupières, il siége pourtant quelquefois à une certaine distance de ce bord et même près de la commissure palpébrale interne. Il est infiniment plus rare à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, du moins si j'en juge par ce que j'ai vu moi-même.

Cette petite tumeur n'est, selon moi, que l'effet de l'accumulation de la matière sébacée produite par l'altération d'un des follicules qui la sécrètent. L'opinion que j'exprime à cet égard est entièrement conforme à celle déjà émise par Beer. A l'œil nu, la matière qu'on fait sortir par la pression d'un milium ouvert avec un instrument pointu, est absolument analogue au sébum, blanchâtre, d'une consistance molle, semblable à celle d'une bouillie épaisse et rarement d'une consistance plus grande. Sous le microscope, elle fournit également, dans la presque totalité des cas, les caractères du sébum. Au début seulement, la petite tumeur contient une sérosité limpide qui lui donne beaucoup de ressemblance avec un kyste séreux; mais la sérosité du milium diffère probablement de celle du kyste par la présence de matières grasses dissoutes ou suspendues dans ce liquide.

1re *Observation.* — Le contenu d'un milium que j'opérai à ma Clinique, le 4 novembre 1848, examiné au microscope par le docteur Hirschler (de Pesth), lui donna les résultats suivants :

« La matière extraite est une masse plus ou moins homogène, blanche ou un peu jaunâtre, de la consistance d'une cire molle, globuleuse, et se dissout très-difficilement dans l'eau. Si on la prépare avec une goutte d'huile, on voit sous le microscope les éléments suivants :

1° La plus grande partie de la masse est composée de cellules, qu'on reconnaît aisément pour celles qui servent à la sécrétion du sébum, et qui recouvrent la surface interne des glandes sébacées en forme d'épithélium. Elles se distinguent des cellules épithéliales de la surface du corps par l'absence du noyau et par les grandes ombres qui sont dues à des plis nombreux;

2° Des molécules graisseuses et des gouttelettes de graisse libre;

3° Des cristaux en forme d'aiguilles (acide margarique) et d'autres offrant des taches rhomboédriques (cholestérine), dont le nombre est en raison directe de l'âge du milium. »

Dans l'observation suivante, un résultat analogue avait été obtenu par l'examen microscopique du contenu d'un milium opéré par moi à ma Clinique, le 1er août 1848. Je ferai observer que le peu de temps qui me reste pour me livrer aux recherches micrographiques ne suffisant pas pour me faire arriver à un degré de compétence absolue sur cette matière, je me fais toujours aider dans ce genre de recherches par une personne plus exercée que moi, ou même je les lui abandonne entièrement sous sa responsabilité propre.

2e *Observation.* — Ce milium, le plus volumineux de tous ceux que j'ai vus, siégeait, chez un homme de 45 ans, sur l'extrémité interne du bord libre de la paupière supérieure gauche, presque à sa jonction avec la paupière inférieure; il existait depuis plusieurs mois : très-régulièrement arrondi, d'un diamètre de 5 millimètres et d'une hauteur de près de 3 millimètres d'avant en arrière, il était d'une teinte jaune pâle un peu luisante et recouvert à sa circonférence de vaisseaux sanguins nombreux et fins.

Le contenu, évacué complétement par une ponction le 1er août 1848, présentait également à l'œil nu et au microscope tous les caractères de la matière sébacée. Par précaution, on cautérisa légèrement la cavité avec l'azotate d'argent. La guérison fut prompte et complète.

Dans quelques cas exceptionnels, l'examen microscopique du milium fournit un autre résultat, d'après lequel on pourrait être tenté de regarder cette affection comme une véritable tumeur ou végétation épithéliale. Néanmoins, tout bien pesé, cette opinion me paraît plus spécieuse que réelle, et fondée seulement sur une appréciation un peu exclusive des faits.

3e *Observation.* — Le 6 juillet 1847, je présentai à ma Clinique, sur un homme d'une quarantaine d'années et fortement constitué, un milium jaunâtre très-élevé, irrégulièrement arrondi, un peu plus long que large, de 5 millimètres sur 3 et demi, situé près du bord libre de la paupière inférieure, non loin du grand angle. A quelque distance, à peu près au milieu du bord libre de la paupière inférieure, il en existait un autre très-petit, à peine commençant, d'une teinte jaunâtre beaucoup plus pâle; lorsque je l'eus ponctionné avec une aiguille, il n'en sortit qu'une sérosité limpide, comme celle qui est contenue dans les kystes séreux. La matière jaunâtre, trop peu copieuse, ne put être examinée.

J'ouvris ensuite le plus volumineux avec la pointe d'un bistouri, et je le vidai par la pression. Son contenu fut soumis le même jour à l'examen microscopique par les docteurs Herschel (de Cologne) et Mandl. Ils trouvèrent :

« 1° Des cellules, et principalement des cellules épithéliales sans noyau visible;

« 2° Des cristaux rhomboédriques de cholestérine. »

D'après ces caractères, selon ces messieurs, « la petite tumeur doit être regardée *anatomiquement* comme une végétation ou hypertrophie épithéliale. »

Quant à moi, je n'ai pu me rendre à l'opinion de ces messieurs et croire que tout le contenu de la tumeur dans ce cas, et du milium en général, doive être regardé uniquement comme le produit du développement anormal de l'épithélium. Le rôle des matières sébacées ou graisseuses (graisse, cholestérine, etc.) devait être plus grand, d'après tout ce que j'avais observé et que des recherches anatomiques et micrographiques m'ont appris dans d'autres cas. Prenant pour des cellules épithéliales ordinaires les cellules de l'épithélium de la cavité des glandes sébacées, qui n'en diffèrent pas d'une manière sensible, et frappés de leur grand nombre, nos savants confrères, négligeant les autres éléments de la matière extraite, en ont conclu que le milium appartient aux tumeurs épithéliales. Pour bien établir la distinction, il suffit, selon moi, outre l'aspect fort caractéristique de cette petite tumeur avant l'opération, de la grande quantité d'éléments graisseux, dont la présence dans son intérieur est démontrée par le microscope.

Le milium est quelquefois multiple. Ces tumeurs sont alors de volume inégal, ayant différents états de développement selon leur âge, les dernières venues étant les plus petites et semi-diaphanes. Toutes se trouvent plus ou moins rapprochées, agglomérées dans une portion de la paupière, notamment sur la supérieure et sur la peau du grand angle, où elles occupent le voisinage des paupières. Leur forme alors est souvent irrégulière, angulaire, même triangulaire. Dans le cas de multiplicité des miliums, on trouve quelquefois une irritation ou une inflammation chronique de la paupière, comme cause de cette espèce d'éruption; quelquefois même une disposition générale, le plus souvent strumeuse. En pareille circonstance, les miliums ont

beaucoup d'analogie avec l'*acné sébacé verruciforme* des paupières, affection assez fréquente chez les individus lymphatiques, surtout d'un âge peu avancé, et que j'ai décrite dans une note insérée dans le *Journal des connaissances médicales pratiques* (juin 1848, p. 352).

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Emphysème pulmonaire sous-pleural. — Accidents aigus. — Mort rapide. — Autopsie. — Emphysème des parois du cœur.

Par le Dr Retsin.

Le fait suivant, qui offrirait beaucoup plus d'intérêt encore s'il avait été exposé avec des détails plus nombreux, est cependant assez important pour que nous jugions utile d'appeler sur lui l'attention de nos lecteurs.

Le nommé Dupont, Jean, âgé de 41 ans, cordonnier, marié, d'une constitution affaiblie et d'un tempérament lymphatico-sanguin, est entré à la maison de sûreté de Bruges, le 23 février 1852, pour y subir un emprisonnement de deux mois. Sa santé générale à cette époque était bonne; il se plaignait toutefois d'être *court d'haleine* depuis environ six ans. Jusqu'au 12 avril Dupont n'avait subi aucune altération dans l'état habituel de sa santé, lorsque, dans la matinée du 13, sans cause connue, il accusa subitement une dyspnée considérable et un sentiment d'étouffement tellement fort à la poitrine que le gardien-infirmier, en voyant l'altération de ses traits, le fit déposer à l'infirmerie.

A ma visite, une heure après le début de ces accidents, je trouvai Dupont dans l'état suivant : décubitus en supination, lèvres bleues, injection bleuâtre du nez, des joues et des mains, veinules fortement dessinées sur les conjonctives oculaires; température des extrémités au-dessous de la normale; point d'œdème aux jambes ni au scrotum; dyspnée considérable, peu ou point de toux, expectoration nulle; poitrine large, fortement bombée et cylindrique en avant, élargie à sa base, les espaces intercostaux à gauche, à partir du quatrième, exagérés et bombés; sonorité très-prononcée, surtout aux parties antérieures du thorax et principalement à gauche, matité précordiale diminuée, murmure respiratoire affaibli sous les clavicules, presque nul dans toute l'étendue du lobe inférieur gauche, très-peu distinct à droite; râles muqueux à la racine des bronches; pouls lent, très-faible. Le malade n'accusait aucune douleur; rien du côté des voies digestives. Le diagnostic était évident, nous étions en présence d'un emphysème pulmonaire, qu'à l'élévation et à l'acuité des symptômes, ainsi qu'à l'absence de complications thoraciques, nous jugeâmes être un emphysème à grosses bulles, un emphysème sous-pleural.

(Sinapismes aux cuisses, frictions stimulantes aux membres, potion éthérée fortement opiacée.)

Le 14, au matin, même aspect de la face, peu de chaleur aux extrémités, décubitus horizontal impossible, dyspnée très-intense, orthopnée; pouls très-faible, à 54; râle muqueux très-prononcé, toux nulle, pas d'expectoration, écume blanchâtre à la bouche; sens obscurcis; réponses nulles. (Large vésicatoire à la poitrine, sinapismes aux extrémités inférieures, frictions; opiacés.)

A la visite du soir, les signes d'asphyxie sont devenus de plus en plus intenses, les extrémités sont très-froides. Un râle trachéal sonore a succédé au râle muqueux, on l'entend à distance. Le pouls est devenu filiforme, yeux fermés, insensibilité de l'ouïe.

Mort pendant la nuit.

Autopsie, trente-cinq heures après la mort.

Amaigrissement peu marqué, les caractères extérieurs de la poitrine indiqués ci-dessus, traces de vésication à la paroi antérieure. A l'ouverture du thorax, les deux poumons, parfaitement libres de toute adhérence, font largement et subitement hernie; le cœur est recouvert. A la surface du poumon gauche se présentent deux traînées bosselées, semi-transparentes, très-analogues à des circonvolutions intestinales; elles occupent l'une le voisinage du bord antérieur interne, l'autre le bord inférieur et la face concave du lobe inférieur. Les bosselures s'affaissent par une simple piqûre de la pointe du scalpel; elles sont mobiles, quelques-unes atteignent le volume d'un œuf de poule. Le poumon droit présente des bulles moins nombreuses et moins grandes, mais également susceptibles de déplacement. La substance pulmonaire surnage très-facilement en totalité et par fragments; elle est très-légère et nettement crépitante; on y distingue une quantité considérable de petites vésicules demi-transparentes de la grandeur d'un grain d'orge et plus petites. La muqueuse bronchique présente quelques légères arborisations, elle est couverte en quelques endroits d'un mucus spumeux adhérent. Les incisions pratiquées en plusieurs endroits des lobes pulmonaires donnent lieu à un écoulement peu prononcé de liquide sanguin. Le péricarde ne contient point de sérosité anormale. Le cœur est volumineux; les cavités droites contiennent beaucoup de sang noir, poisseux, non coagulé. Eu égard à son volume cet organe paraît fort léger; mais, ce qui nous surprend davantage, c'est l'état des parois ventriculaires. A la section verticale ces parois paraissent manifestement épaissies; pressées entre les doigts, elles donnent la sensation d'une crépitation très-fine, fort distincte; elles n'ont rien de leur état compact habituel et, en exerçant une pression plus forte, il s'écoule de toute la surface de la section un liquide sanguinolent mêlé d'une quantité considérable de petites bulles gazeuses : par cette pression l'épaisseur pathologique des parois disparaît en grande partie. Les deux ventricules présentent le même aspect. Les cavités ventriculaires ne sont point rétrécies; l'épaississement des parois, au lieu d'appartenir à une hypertrophie excentrique, est uniquement le résultat de l'état emphysémateux de ces mêmes parois. Les artères et les veines pulmonaires ont leurs parois normales.

Les organes abdominaux n'ont présenté aucune altération. La tête n'a pas été examinée.

Remarques. — Quelques points importants d'anatomie pathologique et d'étiologie sont encore controversés dans l'histoire de l'emphysème pulmonaire. Les détails nécroscopiques de l'observation que nous venons de rapporter mènent à quelques conclusions positives. Nous avons constaté des dilatations gazifères de dimensions très-différentes, depuis la grosseur d'une graine de colza jusqu'à celle d'un œuf de poule, mais les caractères physiques de toutes ces bulles, grosses et petites, étaient les mêmes. C'est ce qui nous a fait conclure qu'elles étaient toutes le résultat d'une infiltration d'air dans le tissu cellulaire, soit intervésiculaire, soit interlobulaire et sous-pleural. Cette interprétation des lésions constatées à l'autopsie est conforme aux doctrines de M. Prus, qui croit que la dilatation des cellules pulmonaires au delà des limites microscopiques est impossible, et que toute dilatation visible à l'œil nu est un épanchement dans le tissu cellulaire. Cette opinion, contraire à celle de Laënnec et des partisans de l'emphysème vésiculaire, est partagée par MM. Magendie, Piedagnel, Gavarret, Rochoux, Andral, Requin, etc.

Notre observation prouve encore que l'emphysème pulmonaire peut produire la mort sans l'intervention d'aucune lésion concomitante. Cela n'a lieu toutefois que dans le cas d'emphysème à grosses bulles, et alors la marche est toujours rapide, il y a emphysème aigu. L'emphysème chronique ou à petites bulles ne devient jamais par lui-même cause de mort; cette terminaison fatale est le résultat des complications habituelles de la lésion pulmonaire.

L'emphysème des parois du cœur a-t-il eu une part dans l'asphyxie qui a déterminé la mort ? C'est ce que nous ne pouvons décider. Cette lésion, qui n'est évidemment pas un phénomène cadavérique, est fort remarquable, soit qu'on la considère comme dépendante de l'état emphysémateux si considérable des pou-

mons (1), soit qu'on l'explique par un développement spontané de fluide gazéiforme dans le tissu cellulaire fort serré qui unit les différents plans musculaires propres et communs qui entrent dans la structure des parois ventriculaires.

L'état emphysémateux n'a été consigné nulle part, que nous sachions, parmi les lésions anatomo-pathologiques du cœur. Faut-il attribuer cela à sa rareté, ou bien faut-il croire que cette altération a été confondue avec l'état hypertrophique que présente si fréquemment le cœur dans l'emphysème pulmonaire? Quoi qu'il en soit, l'emphysème cardiaque mérite d'être signalé et médité. La possibilité de la présence d'un fluide gazeux, dans les parois de l'organe central de la circulation, doit mettre en question celle de la pénétration de ce gaz dans le liquide sanguin que renferme le cœur, et on comprend tout le danger de ce mélange. (*Ann. de la Société médico-chirurg. de Bruges.*)

Nous devons également rapporter, à la suite du fait qu'on vient de lire, deux autres faits analogues mentionnés par M. le docteur Beghin, dans le rapport qu'il a fait à la Société médico-chirurgicale de Bruges, sur l'observation de M. Retsin.

La mort, dans le cas qui nous occupe, a dit M. Beghin, est-elle uniquement le résultat de l'emphysème pulmonaire? Nous le croyons avec M. Retsin. L'emphysème des parois du cœur ne nous semble pas avoir eu une influence directe, propre, sur l'issue funeste de la maladie. A raison de la rareté de cette lésion, dont nous ne connaissions pas d'exemple avant la communication de notre confrère, nous allons vous faire part de deux autres cas que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Decondé.

Le premier a été observé en 1847. M. V..., colonel, commandant un régiment, éprouvait depuis quelque temps des troubles fonctionnels de la respiration, de la circulation et de la digestion. Les désordres augmentèrent à tel point qu'on porta ce diagnostic : *Endocardite chronique; épaississement* et peut-être *insuffisance des valvules aortiques.* — *Pneumonie* et *irritation inflammatoire de l'estomac.* Tous les secours prodigués au colonel restèrent sans succès; il succomba.

MM. les docteurs Decondé et Fossion, auxquels M. le professeur Spring, de l'Université de Liége, voulut bien s'adjoindre, constatèrent à l'autopsie les lésions suivantes : *Anévrysme circonscrit de l'aorte ascendante.* — *Endocardite.* — EMPHYSÈME DE LA SUBSTANCE MUSCULAIRE DU COEUR. — *Pneumo-pericardium.*

M. Spring décrit ainsi l'altération pathologique dont nous nous occupons :

« La *substance musculaire* des deux côtés du cœur était peu développée, surtout eu égard au volume et à la consistance des muscles du squelette. La graisse était très-abondante aux sillons et recouvrait, en outre, la substance musculaire des ventricules sous forme d'une couche non interrompue qui allait en s'épaississant vers la pointe du cœur.

« La substance musculaire dont il vient d'être question offrait une altération très-remarquable. *Elle était pâle à l'excès, flasque, spongieuse, infiltrée d'air et crépitant sous le doigt. On ne pourrait mieux la comparer qu'au tissu des poumons rempli d'air* (2).

« Outre les bulles d'air, on pouvait faire sortir par la pression une faible quantité d'un liquide viscoso-séreux. »

Le deuxième cas, observé en 1852 par M. le docteur Decondé, à l'infirmerie militaire d'Ostende, s'est présenté chez un nommé Detrixhe, âgé de 24 ans, soldat au 6e de ligne. Atteint d'abord de fièvre gastrique rémittente, il présenta bientôt des symptômes d'affection cérébrale; il succomba après douze jours de maladie.

A l'autopsie, M. Decondé trouva des traces d'inflammation des méninges; le cerveau était congestionné, et les ventricules renfermaient une sérosité claire. La colonne sanguine des vaisseaux veineux apparents du cerveau et de ses enveloppes se trouvait divisée en chapelet par des bulbes gazeuses, qu'aisément on faisait passer d'un vaisseau dans un autre.

La description des vaisseaux anatomiques est terminée par ces lignes :

« Les poumons sont sains; le cœur présente plusieurs parti-
« cularités remarquables. *Les vaisseaux veineux de la sur-*
« *face sont gorgés d'air et la substance du cœur, pressée sous*
« *l'eau, y laisse échapper des milliers de bulles de gaz d'une*
« *ténuité excessive.* Les gros vaisseaux veineux du bras et de
« la cuisse, examinés avec attention, ne présentent pas la moin-
« dre trace d'air. »

Ces deux faits, dans lesquels on ne trouvera pas plus un résultat de décomposition cadavérique que dans celui de M. Retsin, pourraient également donner lieu à des remarques intéressantes. Nous devons ici nous borner à dire qu'en les rapprochant de ce dernier, on voit que, dans chacun des trois cas, l'emphysème des parois du cœur a coexisté avec des lésions à elles seules suffisantes pour déterminer la mort. C'est ce qui nous porte à croire qu'il n'a pas eu d'influence directe sur celle-ci.

Le développement spontané (1) de gaz au sein des organes vivants, ou du moins non encore soumis à la décomposition putride, est un phénomène rare, peut-être moins rare, toutefois, qu'on ne serait porté à le croire, d'après le petit nombre d'exemples qui en ont été consignés.

(1) Il est difficile de comprendre comment l'auteur peut s'expliquer une telle dépendance. (*Note du rédacteur.*)

(2) « Cet état emphysémateux de la substance musculaire du cœur, dans un ca-
« davre qui n'avait encore éprouvé qu'un très-léger degré de décomposition, nous
« paraît être sans exemple. Il se manifestait dans toute l'étendue des deux ventri-
« cules et avait été constaté simultanément et sans la moindre hésitation, par nous
« tous qui assistions à l'autopsie. »

(1) Nous disons spontané, parce que nous ne supposons pas qu'on puisse s'arrêter à l'alternative, considérée comme possible par M. Retsin, d'une communication entre le gaz du tissu musculaire du cœur et celui du poumon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Concours pour l'agrégation en chirurgie. — Les thèses distribuées aux candidats, il y a trois jours, sont ainsi conçues :

M. Broca. — *De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent le simuler.*

M. Follin. — *Des rétrécissements de l'œsophage.*

M. Jamain. — *De l'hématocèle du scrotum.*

M. Morel-Lavallée. — *Des corps étrangers articulaires.*

M. Desormeaux, — *Du traitement des kystes de l'ovaire.*

M. Demarquay. — *Des tumeurs de l'orbite.*

M. Cusco. — *De l'antéflexion et de la rétroversion de l'utérus.*

M. Richard. — *Des diverses espèces de cataractes et des indications qu'elles fournissent à la médecine opératoire.*

M. Pajot. — *Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement.*

M. Moreau. — *Des grossesses extra-utérines.*

M. Blot. — *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*

M. Verneuil, qui avait fait preuve d'un remarquable talent, a renoncé à suivre les épreuves du concours.

— *École préparatoire de Rheims.* — Cette école, dont nous avons annoncé la réorganisation, vient d'être ainsi constituée :

Chimie et pharmacie. — M. Paty, professeur titulaire.
Histoire naturelle et matière médicale. — M. Maldan, *id.*
Anatomie et physiologie. — M. Gaillet, *id.*
Clinique interne. — M. Landouzy, *id.*
Clinique externe. — M. Philippe.
Pathologie interne. — M. Blanchard, professeur adjoint.
Pathologie externe. — M. Décès, professeur titulaire.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Panif, *id.*

M. Landouzy est nommé directeur de l'École.

M. Strapart, professeur suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques.

— Le journal *le Pays*, en rendant compte d'un procès relatif à une mort survenue pendant l'administration du chloroforme, donne la qualification d'interne des hôpitaux à M. Élie-Narcisse Masson, jeune étudiant fort instruit et fort honorable, mais qui n'est point interne. L'interne de ce nom est M. Oscar Masson, lequel est tout à fait étranger à cette affaire.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE CARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 56. 1re année. Mardi 10 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Discussion sur le rapport relatif à l'enseignement de la parole aux sourds-muets. — Questions adressées à l'Académie par M. le Ministre. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par le Dr Racle. (*Suite.*) — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE : HÔPITAL DE SAINTE-MARIE-AUX-MINES. Hernie recto-vaginale. Opération d'élytrodesmoraphie, par M. Léon Gros. — Rapport sur des questions adressées à l'Académie de médecine par M. le Ministre de l'intérieur, à propos d'un mémoire de M. le Dr Blanchet relatif à l'enseignement de la parole aux sourds-muets. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 9 mai 1853.

Discussion sur le rapport relatif à l'enseignement de la parole aux sourds-muets.

Nous l'avons déjà dit, nous sommes loin de blâmer la tendance qu'ont manifestée plusieurs membres de l'Académie, d'embrasser dans son ensemble la belle question de la surdi-mutité. Mais ce que nous redoutons avant tout, c'est la confusion : que l'Académie traite l'étiologie, la pathologie et la thérapeutique de la surdi-mutité, et jette sur chacune de ses parties toutes les lumières désirables, rien de mieux ; mais qu'on parte de cette louable résolution, pour reprocher à une commission de s'être renfermée dans le cercle des questions qui lui ont été officiellement soumises, c'est ce que nous ne saurions approuver en principe, c'est ce que nous approuverions moins encore si nous songions à la manière dont les commissions académiques s'acquittent en général des missions qui leur sont confiées. Or, c'est là précisément la marche qu'ont suivie les orateurs qui jusqu'à présent ont pris la parole. Chacun, se plaçant au point de vue qui lui convenait le mieux, s'est plaint que la commission n'eût pas adopté elle-même ce point de vue, et n'a nullement songé à examiner si les solutions qu'elle a données aux questions qu'elle avait à résoudre sont ou non fondées. Quelques-uns ne se sont pas bornés là, et ils ont signalé dans le rapport des omissions ou des lacunes qui n'y existent nullement.

Quoique la même marche, si nous en jugeons d'après la conversation que nous avons eue avec quelques académiciens, doive encore être suivie dans la discussion de demain, nous essaierons de ramener cette discussion sur son véritable terrain en publiant aujourd'hui et les questions posées par M. le Ministre et le rapport de la commission. Si, comme nous devons le supposer, l'Académie tient à économiser son temps, elle restera exclusivement sur le terrain de ces questions et de ce rapport, et elle renverra à un autre temps une discussion générale à laquelle, nous ne craignons pas de le dire, personne dans la docte assemblée n'est actuellement préparé. Quand une commission aura étudié la surdi-mutité avec autant de soin que la commission actuelle a étudié les questions qui lui ont été soumises par M. le Ministre, alors seulement l'Académie pourra engager avec fruit une discussion générale ; jusque-là, elle ne fera que se livrer aux hasards de l'improvisation, aux inspirations plus ou moins lumineuses de ses orateurs.

Un mot maintenant sur les questions de M. le Ministre et sur le rapport de la commission.

Et d'abord, faut-il admettre, avec notre savant ami, M. J. Guérin, que l'Académie doit s'enquérir, avant de répondre à une question qui lui est posée par l'autorité, quel usage on veut faire de sa réponse? En toute conscience, nous ne le pensons aucunement. Dans ses réponses à l'administration, l'Académie, de même que le médecin légiste devant les magistrats, ne doit se préoccuper que d'une chose, c'est de rechercher et de dire la vérité. Agir différemment, ce serait s'engager dans une voie féconde en conflits de tout genre, et l'on peut facilement prévoir quelles seraient les conséquences d'un conflit entre l'Académie et l'administration.

En résumé, M. le Ministre a posé à l'Académie des questions parfaitement précises ; une commission composée de cinq membres a résolu, par des faits positifs, chacune de ces questions ; l'Académie n'a, pour le moment, qu'une chose à faire : c'est de s'inscrire en faux contre les faits de la commission, faits qui ont d'ailleurs été constatés par de nombreux observateurs, faits qui, par eux-mêmes, sont de nature à frapper tous les yeux ; ou bien de confirmer par son vote l'exactitude de ces faits, et de laisser à M. le Ministre le soin d'en tirer les conséquences légitimes. Entre ces deux partis, l'Académie, nous l'espérons pour elle, n'hésitera pas ; elle s'empressera de voter les conclusions de sa commission, et d'encourager ainsi ceux de ses membres qui, dans une occasion donnée, savent prendre leurs devoirs au sérieux. Quand elle aura adopté les conclusions du rapport, l'Académie pourra, si elle se sent en veine de zèle, nommer une commission nouvelle pour étudier l'histoire générale de la surdi-mutité ; mais, nous ne croyons pas être un trop mauvais prophète, en lui prédisant que le rapport de cette commission, s'il voit jamais le jour, ne sera pas rédigé avant l'an 1863, quand bien même notre savant ami, M. J. Guérin, en ferait partie.

H. DE CASTELNAU.

Questions adressées à l'Académie par M. le Ministre.

Après avoir constaté l'état des élèves de l'Institution impériale des sourds-muets, traités par M. le docteur Blanchet, pour la surdi-mutité, les commissaires délégués sont priés d'examiner :

1° Si, parmi les élèves qui entrent chaque année dans l'établissement, il ne s'en trouve pas un *certain nombre,* ainsi que le signale ce chirurgien, qui, par suite du traitement qu'il a imaginé, seraient susceptibles de *guérison* ou *d'amélioration,* et pourraient arriver à saisir la parole *directement par l'oreille ou par l'intermédiaire d'*instruments *d'acoustique ou par tout autre moyen ;*

2° Si d'autres n'ont pas conservé l'usage de la parole et ne *seraient pas susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres,* quoiqu'ils soient atteints d'une surdité incurable ;

3° Si, les élèves de cette dernière catégorie ne pourraient pas recevoir *quelque notion* du son, par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique M. Blanchet ;

4° Si dans sa pensée, *il y aurait avantage* à ce que, suivant le vœu de ce chirurgien, les élèves composant les deux catégories ci-dessus mentionnées, les uns pour retirer plus de bénéfices du traitement, les autres pour développer leur faculté d'articuler et de lire la parole sur les lèvres, *fussent appelés à recevoir une éducation spéciale,* donnée exclusivement par des professeurs parlants, qui les exerceraient plusieurs heures chaque jour à l'étude de la parole.

5° Enfin, la commission exprimera un avis sur l'opinion de M. Blanchet, qui assure que les élèves soumis à son traitement chirurgical et à ce mode particulier d'instruction, pourraient rentrer dans la société, à la fin de leur cours d'études, avec la faculté de communiquer à l'aide du langage articulé.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.— M. Bouillaud.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur,

Rédigées par le Dr Racle, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir les n*os 44, 51.)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§ 2. *Diagnostic.* — Avant l'époque moderne, le diagnostic des maladies du cœur était environné des plus épaisses ténèbres. On soupçonnait, on devinait quelquefois que le cœur était malade, mais on ne pouvait préciser la nature et le siége de la lésion ; à peine reconnaissait-on, avec quelque certitude, les anévrysmes de l'aorte arrivés au dernier degré, et seulement dans les cas où ils faisaient saillie à l'extérieur. On peut se convaincre de l'exactitude de ce que nous avançons, en ouvrant tous les livres où l'on s'occupe des affections du cœur, depuis Morgagni jusqu'à Sénac et Corvisart. Le défaut de méthodes exactes d'observation est la cause qui a toujours laissé planer une si grande obscurité sur cette importante partie de la pathologie. Plus heureux que nos devanciers, nous possédons aujourd'hui des moyens d'exploration qui permettent d'arriver à une grande précision dans le diagnostic de ces affections ; seulement il faut apporter dans leur emploi une attention soutenue, beaucoup d'habitude et une connaissance approfondie de la pathologie. Il est difficile qu'en en faisant l'usage convenable on n'arrive pas à indiquer la nature, le degré et l'étendue des lésions auxquelles on a affaire ; il peut arriver, il est vrai, qu'on ne soit pas toujours en état de reconnaître une affection légère au commencement, ou certaines particularités de détail ; mais au moins pour ce qui est des maladies graves, sérieuses, il n'est plus possible aujourd'hui, il n'est plus permis de les méconnaître entièrement. Et cependant, nous avons trop souvent à déplorer l'inexpérience de beaucoup de praticiens, qui sont encore aujourd'hui hors d'état de faire l'application des méthodes d'observation à l'aide desquelles on peut arriver d'une manière certaine à établir le diagnostic en général et celui des affections du cœur en particulier. Nous voyons encore journellement des médecins prendre les troubles purement fonctionnels que détermine la chlorose pour des symptômes de lésions du tissu ou des orifices du cœur, ou bien attribuer à des affections de ce même organe les accidents de suffocation, de semi-asphyxie produits par de vastes épanchements pleurétiques.

Causes. Ce que nous avons dit du diagnostic, nous pouvons le répéter à propos des causes. De même que, jusqu'à présent, on n'avait jamais pu arriver au diagnostic exact d'aucune maladie du cœur, de même on n'avait saisi aucune des causes qui les produisent habituellement. Le nombre si considérable des affections chroniques incurables qui se présentent journellement dans les services de médecine témoigne non-seulement de l'impuissance où l'on a été de les guérir à leur début, mais encore de l'ignorance où l'on se trouvait à l'égard de leurs causes productrices. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance qu'il y a à reconnaître ces causes, puisqu'en les attaquant, on peut prévenir le développement des affections chroniques organiques qui, une fois produites, sont au-dessus des ressources de l'art. Nous comparons ces lésions du cœur aux tumeurs blanches des articulations, aux indurations des organes extérieurs (sein, testicule) qui abondent dans les services de chirurgie et sont absolument inguérissables sans le secours d'opérations graves et qui ne sont, en définitive, que des restes d'affections aiguës, inflammatoires, qu'on n'a su ni traiter ni guérir à leur début.

Trois ordres de causes : causes mécaniques, causes chimiques, causes morales ou dynamiques, président au développement des maladies du cœur. Corvisart avait insisté d'une manière particulière sur l'influence de celles de la première et de la troisième espèces. Mais il en a certainement exagéré l'importance, et, dans le cas où elles ont une action réelle, il en a également méconnu le mode d'action. Il est bien vrai que certaines professions, celles qui exigent des efforts, un grand déploiement de forces musculaires, exposent à beaucoup d'affections du cœur. Corvisart signalait spécialement les charrons, les charpentiers, les portefaix et tous les hommes de peine en général comme y étant plus sujets que d'autres ; et le fait est vrai. Mais le mécanisme qu'il admet dans leur production n'est pas le mécanisme réel. Il croyait que, dans ces cas, le cœur s'hypertrophie, s'altère par excès d'action, de même que, chez certains individus, les muscles plus spécialement exercés prennent un volume exagéré. C'est là une assertion purement gratuite. La seule chose qui soit réellement démontrée, c'est que les efforts violents peuvent produire la rupture du cœur, et encore ces accidents sont-ils extrêmement rares. Nous n'en avons vu dans notre longue pratique que deux ou trois exemples. On a même le droit de se demander si les efforts sont la seule cause agissante, ou si la rupture n'aurait pas été préparée par quelque lésion antérieure, comme un ramollissement de la substance de l'organe. Comme on le voit, la part des causes mécaniques est extrêmement minime dans la production des affections du cœur, et elles ne peuvent entrer en comparaison avec une influence bien autrement puissante et facile à démontrer, l'inflammation des membranes qui tapissent le cœur à l'extérieur et à l'intérieur, influence sur laquelle nous reviendrons longuement dans le cours de ces leçons.

La part des causes morales a été également exagérée et n'est pas plus réelle que la précédente ; du moins, il est impossible de fournir un seul exemple démonstratif. A l'époque où Corvisart observait, et où de profonds bouleversements politiques frappaient les esprits, remuaient toutes les passions, répandaient l'enthousiasme ou la terreur, on pouvait, à la rigueur, établir quelques rapports entre les perturbations morales, communes alors, et les affections du cœur, cet organe étant de ceux qui sont le plus profondément, le plus rapidement influencés par les agitations de l'esprit. Mais cette coïncidence autorisait-elle Corvi-

sart à établir entre l'un et l'autre fait un rapport de causalité? Si cette relation était réelle, ces affections auraient de nos jours, sinon disparu, du moins diminué, et quant au petit nombre de celles qui se montreraient, il serait possible de les rattacher, de les faire remonter à la cause assignée; et pourtant peut-on ignorer que ces affections sont aussi communes aujourd'hui qu'autrefois; il est de toute impossibilité d'établir d'une manière authentique la filiation indiquée. En conséquence, et jusqu'à plus ample informé, nous considérons la proposition de Corvisart comme une simple hypothèse, et nous ferons remarquer qu'en médecine les hypothèses non démontrées n'ont pas force de loi.

Quelles sont donc les véritables causes des affections du cœur? Corvisart, en étudiant la péricardite, avait émis une singulière assertion; il regardait le cœur comme soustrait à l'influence des causes extérieures, et surtout à celle de l'atmosphère; et, dans un autre endroit, il fait remarquer que les taches blanches du péricarde pourraient bien être goutteuses ou rhumatismales, double assertion évidemment contradictoire, puisque l'on doit considérer les affections rhumatismales comme étant surtout produites par le froid. Nous croyons qu'on ne peut pas méconnaître que le cœur, aussi bien que la plèvre, le poumon, est un des organes le plus exposés aux injures atmosphériques. Nous verrons, d'ailleurs, que deux des plus importantes affections de cet organe, l'endocardite et la péricardite, se trouvent presque exclusivement liées à des maladies qui naissent incontestablement sous l'influence du froid. La moitié des cas d'endocardite et de péricardite coïncide avec le rhumatisme articulaire aigu, l'autre avec la pleurésie et la pleuro-pneumonie. Le motif pour lequel on méconnaît si souvent la cause dont il s'agit, c'est que la maladie première (rhumatisme, pleurésie) disparaît avant l'autre et que quand il ne reste sous les yeux qu'une maladie du cœur, il est difficile d'établir la filiation entre ce résultat et sa cause productrice.

Corvisart pouvait reconnaître que le froid est la cause du rhumatisme, sans le considérer pour cela comme étant le point de départ des affections du cœur, puisqu'il ignorait la coïncidence si remarquable qui existe entre la première maladie et l'endocardite ou la péricardite; nous verrons, en effet, que l'endocardite lui était absolument inconnue, et que s'il connaissait la péricardite, il ne la connaissait guère qu'anatomiquement; il considérait le diagnostic de cette affection comme extrêmement difficile, ainsi qu'on peut le voir par la description et les observations qu'il donne dans son traité des maladies du cœur.

Comme on le voit, une grande révolution s'est opérée dans l'étiologie des affections du cœur, et cette révolution n'est pas moins complète que celle qui a eu lieu sous le rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement. Les émotions morales sont loin d'être une des causes les plus puissantes de la production des affections chroniques organiques de ce viscère, ainsi que le pensait Corvisart; elles peuvent, nous le croyons, donner lieu à des troubles passagers dans l'organe central de la circulation, mais elle ne produisent pas de lésions permanentes, définitives. Nous croyons rester dans le vrai, en restreignant leur action à la production des affections dites nerveuses, des palpitations, des lipothymies, des syncopes; peut-être même leur influence peut-elle être assez intense pour produire des défaillances mortelles; nous avons, du moins, plus d'un cas de mort subite, qui ne paraissent pouvoir s'expliquer que par un trouble profond dans l'innervation du cœur, par suite d'une émotion morale; et ces cas se sont présentés surtout chez des individus chlorotiques ou anémiques; mais il n'y a, à notre connaissance, aucun fait qui établisse que des lésions organiques puissent se développer sous cette même influence. Quant aux causes mécaniques, nous avons vu combien leur action était restreinte, et nous avons montré comment on doit interpréter les faits où cette influence semble avoir joué un rôle.

§ 3. *Traitement.* — Le progrès qui s'est accompli sous ce point de vue est peut-être encore plus éclatant que celui qui s'est effectué, à tout autre égard, dans la pathologie du cœur. A vrai dire, jusqu'à nos jours, il n'y a pas un seul médecin qui ait *enseigné à guérir* les affections de cet organe. Morgagni et ceux qui l'ont suivi n'en ont fait que l'anatomie pathologique, et l'épigraphe même du livre de Corvisart : *hœret lateri lethalis arundo,* témoigne hautement de l'impuissance à laquelle on se sentait réduit sous le rapport thérapeutique. C'est une chose triste à dire, mais c'est la vérité, on a cru la médecine désarmée et absolument impuissante dans ces cas. Et non-seulement on avait cette désolante conviction à l'égard des affections chroniques, mais encore relativement aux maladies aiguës. Corvisart considère la péricardite elle-même comme entièrement au-dessus des ressources de l'art; à peine fait-il une exception pour une forme particulière pour la péricardite, qu'il nomme *sub-aiguë;* mais c'est plutôt pour atténuer une assertion trop désolante que pour rendre hommage à ce qu'il croyait être la vérité, qu'il s'exprime de la sorte; comment pouvait-il en effet avoir la certitude de guérir cette forme particulière de la maladie, puisque, de son aveu même, il ne pouvait parvenir à la reconnaître sur le vivant. Si nous avançons encore de quelques années, on verra que nous n'exagérons pas en disant qu'on ne croyait pas à l'influence de la thérapeutique dans la péricardite, car le chapitre du traitement de cette affection *manque* dans l'ouvrage de Laënnec.

L'art de guérir les maladies du cœur était donc à trouver. A-t-il été trouvé? Pour notre compte, nous oserions répondre affirmativement, mais nous n'en dirions pas autant de la pratique des autres médecins. Il suffit de considérer le nombre immense des maladies chroniques organiques du cœur qui entrent journellement dans les hôpitaux, et qui ne sont que les suites d'affections aiguës méconnues ou abandonnées à elles-mêmes, pour reconnaître qu'on ne sait pas encore guérir ces affections aiguës.

Or, en songeant à la proportion si considérable de ces affections, relativement à toutes les autres maladies, on est effrayé du nombre d'individus qui doivent être affectés de la même manière, sur toute la surface d'un grand pays comme la France, d'un continent, du monde entier, et l'on se demande comment la médecine ne fait pas plus d'efforts pour détruire des affections qui déciment si effroyablement les populations. Le nombre de ces maladies n'a pas diminué depuis l'époque des recherches exactes en médecine, et comme on a cependant essayé mille traitements aussi divers qu'ils sont absurdes, on en est arrivé au scepticisme et à une coupable indifférence pour des maux qu'on croit au-dessus des ressources de l'art.

Pourquoi donc, en présence de résultats aussi désastreux, hésiterait-on à mettre en usage des moyens énergiques, puissants, une thérapeutique qui n'est pas seulement à l'état de progrès, mais qui a été mise à l'épreuve avec un succès constant, qui a fait ses preuves, et qui, dans nos mains, réussit depuis vingt ans et nous laisse la consolante certitude d'avoir arraché des centaines, peut-être des milliers d'individus, aux dangers inévitablement attachés aux lésions chroniques organiques du cœur?

Nous ne nous vantons pas de guérir ces affections, lorsqu'elles sont dans cet état de chronicité où l'on n'a plus affaire qu'à des lésions mécaniques et où tout travail vital a disparu; mais nous prétendons qu'on peut empêcher la formation de ces lésions physiques, en arrêtant à leur début, dans leur période d'unité, les inflammations qui en sont les causes productrices; aussi est-ce à ces inflammations que nous voulons qu'on s'attaque; ce sont elles que nous voulons arrêter dans leur marche, et à une époque aussi voisine que possible de leur début. Nous traitons tous les ans un grand nombre d'affections aiguës du cœur comme celles qui se développent en même temps que les rhumatismes, les pleurésies, etc., et nous pouvons affirmer que pas un de nos malades ne sort en emportant d'affection chronique organique, ou même ces lésions que nous décrirons et qui en sont les premiers rudiments.

Notre méthode de traitement sera indiquée plus loin; on verra qu'elle a sur toutes les autres, à part l'incontestable avantage de guérir, le mérite d'être formulée, précisée d'une manière mathé-

matique ; qu'elle s'adapte aux cas particuliers, qu'elle se mesure sur l'intensité de la maladie et sur l'état du malade ; enfin que c'est une méthode certaine et plus précise qu'aucune de celles que la thérapeutique ait jamais employée.

Quelques praticiens prétendent l'avoir mise en usage, et ne lui ont pas trouvé les avantages que nous lui reconnaissons : nous n'acceptons pas ce reproche ; on n'a jamais employé notre traitement qu'à demi, et sans remplir aucune des indications qui se présentent et que nous signalons ; de plus, on croit pouvoir y avoir recours aux périodes les plus avancées de la maladie, mais alors ce n'est plus faire ce que nous recommandons, et dès lors notre méthode n'a pas à supporter les résultats des erreurs qu'on a commises en voulant l'appliquer. En conséquence, nous aurons soin de préciser exactement les conditions que nous réclamons pour la thérapeutique qui nous est propre.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines.

Hernie recto-vaginale. — Opération d'élytrodesmoraphie.

Par M. Léon Gros, *médecin en chef.*

Les cas de hernie recto-vaginale ou rectocèle vaginal sont assez fréquents, mais cette infirmité produit rarement des accidents assez graves pour nécessiter l'intervention du chirurgien. D'un autre côté, les femmes atteintes de rectocèle vaginal consultent le plus souvent des sages-femmes qui, méconnaissant la lésion qu'elles ont sous les yeux, la confondent avec un prolapsus utérin et la traitent comme tel. Aussi les opérations pratiquées pour obtenir la cure radicale du rectocèle vaginal, sont-elles rares et les procédés opératoires sont-ils peu connus.

L'élytroraphie ou suture du vagin, l'épisioraphie ou suture d'une partie des grandes lèvres, sont des opérations insuffisantes pour combattre le rectocèle vaginal, qui n'ont été pratiquées que dans des cas de prolapsus de la matrice du vagin ou de la vessie.

M. Bellini, de Florence, a pratiqué dans un cas de rectocèle vaginal une opération à laquelle il a donné le nom de colpodesmoraphie et qui consiste à étrangler par une suture une portion de la muqueuse du vagin.

En 1842, M. le professeur Stoltz pratiqua deux fois une opération qui tient de l'élytroraphie et de l'opération de M. Bellini. Le détail de ces observations se trouve consigné dans la thèse de M. le docteur Coze sur le rectocèle vaginal, thèse à laquelle j'emprunte les quelques données historiques qui précèdent (1).

C'est cette opération, à laquelle M. Coze propose de donner le nom d'élytrodesmoraphie, que j'ai eu l'occasion de pratiquer avec un plein succès, comme le prouve l'observation suivante :

Observation. — Catherine B...., âgée de 24 ans, d'une conduite déréglée, accoucha, au printemps de 1851, de deux jumeaux, dont l'un ne vécut que quelques semaines et dont l'autre vit encore. Elle prétend n'avoir jamais eu de maladie vénérienne ; cependant, la soignant en décembre 1851 pour une cystite aiguë, je trouvai sur ses grandes lèvres des tubercules plats bien caractérisés. Je lui fis subir, à cette époque, un traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et la pommade au précipité blanc à l'extérieur. La malade quitta l'hôpital après un séjour de trois mois, guérie de sa syphilis, mais souffrant encore d'un catarrhe vésical et d'une autre infirmité dont il va être fait mention.

Peu de temps après son accouchement, qui fut long et difficile, sans cependant avoir rien présenté de particulier à cet égard, la malade remarqua que souvent, quand les selles étaient difficiles, il se formait à la partie inférieure du vagin une tumeur arrondie qui, dans les premiers temps, disparaissait après la défécation pour se reformer bientôt après. La malade porta cette infirmité pendant plusieurs mois sans s'en inquiéter, parce qu'elle n'en souffrait nullement. Au bout de ce temps, la tumeur prit un plus grand développement, ne disparut plus complétement, même après la défécation. La malade consulta une sage-femme qui diagnostiqua une descente de matrice et lui fit porter un pessaire.

Vers le milieu de novembre 1851, la tumeur augmenta encore de volume et devint le siége de douleurs assez vives. La constipation devint plus opiniâtre. Entrée quelques jours plus tard à l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines pour sa cystite, la malade me fit examiner sa tumeur et je constatai l'état suivant :

Parties génitales flasques, vagin très-large. A la partie inférieure du vagin on aperçoit, en écartant les grandes lèvres, une tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule et recouverte par la muqueuse de la paroi inférieure du vagin. Le doigt, introduit en supination dans le rectum et recourbé en crochet, tombe, au-dessus du sphincter interne, dans une poche sans collet bien marquée. Le rectum forme donc la paroi postérieure de la tumeur observée dans le vagin, et la hernie recto-vaginale me parut donc des mieux caractérisée. Je m'assurai de la position normale de l'utérus et dis à la malade qu'une opération la débarrasserait de ses souffrances et des douleurs qu'elle éprouvait en allant à la selle. La malade refusa obstinément de se soumettre à une opération. Je me contentai donc de maintenir la hernie réduite par un tampon introduit dans le vagin et d'entretenir la liberté du ventre par des laxatifs répétés. Ce traitement, continué pendant deux mois, n'amena aucun soulagement et la malade quitta l'hôpital en février 1852, pour se remettre entre les mains des sages-femmes.

Le 24 septembre, la malade rentre à l'hôpital, bien décidée à se laisser opérer. Les douleurs en allant à la selle, la constipation, la gêne occasionnée par la tumeur, n'ont fait qu'augmenter depuis le mois de février, et la malade juge son état intolérable. L'état général est satisfaisant, il n'y a plus d'accidents vénériens, seulement au catarrhe vésical a succédé une strangurie assez prononcée.

Pendant cinq jours, j'administre à la malade des bains simples et j'entretiens le ventre libre par des lavements.

Le 1er octobre, je procède à l'opération du rectocèle vaginal par le procédé de l'élytrodesmoraphie, avec l'aide de mes confrères, MM. les docteurs Dittmar et Neser.

La malade est couchée en travers sur un lit, le siége élevé, les pieds reposant sur deux chaises, les genoux fortement écartés. Un aide introduit dans le rectum le doigt indicateur en supination, le courbe en crochet et maintient ainsi le rectocèle au dehors. Je circonscrivis alors la base de la tumeur par deux incisions semi-elliptiques, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale. J'enlevai ce lambeau circonscrit avec le bistouri en rasant la paroi correspondante du rectum. L'écoulement de sang fut considérable ; je liai une artériole du raphé qui donnait beaucoup de sang. Puis, avec une aiguille courbe munie d'un long fil ciré, je fis, à partir de la commissure inférieure de la plaie, en allant de gauche à droite, une suture à points passés qui entoura toute la plaie et finit à droite à une petite distance du point de départ, en ayant soin de ne pas intéresser les parois du rectum. La suture achevée, je tirai sur les deux extrémités du fil, et refoulant la tumeur de la main gauche, je rapprochai, en les fronçant, les bords saignants de la plaie. Le doigt de l'aide, engagé dans le rectum, fut repoussé et la hernie disparut. Je liai ensuite les bouts du fil sur un petit rouleau de sparadrap. La tumeur avait disparu et on ne voyait plus qu'une petite plaie dont les bords étaient très-fortement froncés. Le lambeau excisé avait 4 centimètres de long sur 3 de large.

La malade est couchée dans son lit. On lui recommande le repos, et on prescrit des injections d'eau froide chaque fois qu'elle aura uriné ; de plus, un lavement émollient.

Le 2 octobre, journée et nuit calmes ; léger ténesme vésical ; pas de fièvre, pas de douleurs à la plaie ; une selle facile par le lavement.

Le 10, la ligature tombe d'elle-même. Un peu de suppuration

(1) *Thèses de Strasbourg*, 1842, 2e série, no 103.

de bonne nature. La cicatrisation marche rapidement. Selles faciles par les lavements.

Le 14, la cicatrice est presque complète; encore un léger suintement au centre. La cicatrice est rayonnée. La malade veut absolument quitter l'hôpital. Je lui recommande de continuer les injections froides jusqu'à parfaite cicatrisation et de ne pas aller à la selle sans lavement.

Depuis lors, j'ai souvent revu ma malade, qui n'a conservé que le souvenir de son incommodité. La cicatrice est très-solide; les selles sont faciles et régulières. La strangurie a été heureusement modifiée par l'usage interne de l'eau balsamique de Soulzmatt.

RAPPORT

sur des questions adressées à l'Académie de médecine par M. le Ministre de l'intérieur, à propos d'un mémoire de M. le Dr Blanchet,

RELATIF A

l'enseignement de la parole aux sourds-muets,

Par une commission composée de MM. Begin, Baillarger, Guéneau de Mussy, Bouillaud *et* Piorry, *rapporteur.*

Le 11 décembre 1848, M. le ministre de l'intérieur invitait le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine à faire nommer une commission de trois membres pour apprécier les propositions de M. Blanchet, chirurgien de l'Institution impériale des Sourds-Muets, relatives à la surdi-mutité.

Une mission dont ce médecin fut chargé par le gouvernement dans le but d'étudier l'enseignement de la parole dans les Institutions belges et allemandes et une affection dont il fut atteint à son retour, interrompirent momentanément les expériences qui avaient eu lieu sous les yeux de la commission à l'établissement des Sourds-Muets de Paris. Depuis, M. le ministre a demandé à la commission de hâter son rapport, en l'*autorisant à scinder* son travail si elle le jugeait nécessaire.

Nous rappellerons que déjà, à une autre époque, Itard avait émis sur l'éducation physiologique du sens auditif chez le sourd-muet, des idées que lui avaient suggérées des expériences d'acoustique faites en 1802 à la même école.

Commençant en 1805 ses essais sur élèves, Itard expérimenta d'abord les sons les plus pénétrants, tels que ceux d'une grosse cloche, d'un tambour, d'un timbre de pendule et d'une flûte, etc. Il passa ensuite à l'audition des voyelles, des consonnes et des mots articulés. Ces expériences furent le sujet de deux mémoires qu'il lut en 1808 à l'ancienne Société de la Faculté de médecine.

Alors comme aujourd'hui, le gouvernement soumit le travail d'Itard au jugement de l'Académie.

Une commission nommée pour l'examiner constata les succès que ce savant praticien avait obtenus sur quelques élèves de l'Institution de Paris. Nous mentionnerons encore que, vers les années 1827 et 1829, M. le docteur Deleau entreprit aussi le traitement de quelques sourds-muets qui lui valut des encouragements de l'Académie des sciences.

La commission chargée d'examiner les travaux d'Itard établit dans son rapport du 6 mai 1828 :

1° Que l'éducation qui consiste dans la combinaison des signes avec la parole est possible chez un certain nombre des enfants admis dans l'établissement des Sourds-Muets (1 sur 10 ou 12).

2° Que cette méthode doit nécessairement modifier d'une manière avantageuse le langage des signes, langage qui, en raison de ses imperfections, rend en général les idées des sourds-muets imparfaites et tronquées (*Rapport de l'Académie sur Itard,* 1828).

(Itard divisait les sourds-muets en cinq catégories, suivant leur degré de surdité.)

L'Académie recommanda en 1828, à M. le ministre de l'intérieur, la proposition faite depuis longtemps par M. Itard à l'administration, de fonder dans l'Institution une classe spéciale pour l'enseignement de la parole aux sourds-muets. Cette réclamation fut prise en sérieuse considération et le gouvernement fournit, peu de temps après ce rapport, les fonds nécessaires pour établir ces modifications.

Mais cette classe est insuffisante et elle est loin d'atteindre son but, puisque tout s'y réduit à un seul professeur donnant cinq fois par semaine une heure d'articulation aux élèves des diverses classes réunis, et qu'en dehors de cette classe, *les demi-sourds-muets, les sourds parlants et ceux qui sont susceptibles d'une amélioration auditive,* de même que les autres élèves, sont tous exclusivement instruits *à l'aide des signes et de l'écriture,* par des professeurs qui sont sourds-muets dans le rapport de 4 sur 6.

De plus, suivant le système de rotation en usage, tous les élèves à leur entrée sont confiés indistinctement au *même professeur,* qu'il soit *sourd-muet ou parlant:* il continue leur éducation pendant six ans, c'est-à-dire jusqu'à leur sortie de l'établissement. Ajoutons à cela que tous les maîtres d'étude, qui veillent sur les élèves le reste de la journée, sont sourds-muets. M. Blanchet, par ses expériences et les faits qu'il a soumis à la commission, a démontré l'insuffisance des modifications apportées jusqu'ici au développement de l'ouïe et à l'enseignement de la parole pour en assurer le succès.

Peu de temps après, M. le ministre de l'intérieur apporta à l'enseignement des sourds-muets les modifications réclamées par l'administration et ce médecin, modifications de la plus grande utilité, mais dont les travaux de M. Blanchet et les observations de la commission démontrent aujourd'hui l'insuffisance.

L'enseignement de la parole aux sourds-muets, pratiqué en Espagne dès le milieu du XVIe siècle, a été introduit par Heinick en Allemagne en 1778; il est aujourd'hui étendu dans cette contrée à la plupart des sourds-muets intelligents, il les enlève à la misère, leur donne la possibilité de trouver facilement des emplois, tandis qu'en France le langage articulé est si négligé ou donné d'une manière si incomplète, que la plupart des élèves n'en retirent aucun profit, et que les enfants entrés demi-muets dans les écoles sont exposés à en sortir muets.

Nous ne ferons pas ici un examen comparatif des méthodes employées par les divers auteurs, nous nous bornerons à la constatation des faits qui doivent servir de réponses aux questions posées par M. le ministre.

Les membres de la commission ont successivement passé en revue quatre séries d'élèves, faisant répéter ou répétant la plupart des expériences, afin de s'assurer par eux-mêmes de leur exactitude.

Ils ont remarqué, comme Itard en 1802 et 1826, que les sourds-muets se font un point d'honneur de paraître entendre quand ils n'entendent pas. Pour éviter cette fraude, M. Blanchet, à l'exemple de ce médecin, après avoir isolé ses élèves, leur bande les yeux ou use de moyens analogues, il leur prescrit de lever la main lorsqu'ils entendent un son.

La détermination du degré de perception tactile des diverses parties du corps, nos expériences faites chaque fois dans le même local, avec des instruments toujours semblables, la précision mathématique avec laquelle ces mêmes instruments ont servi à déterminer la perception auditive comme la perception tactile, nous permettent d'espérer que nous aurons réussi à éviter toute espèce d'erreurs.

Ire SÉRIE. Examinant avec soin d'abord les élèves qui, récemment entrés dans l'Institution, n'ont encore subi aucun traitement, puis ceux qui reçoivent les soins de M. Blanchet depuis leur admission successive dans l'établissement, nous avons pu observer (procès-verbal n° 1) que, parmi les 16 nouveaux, 4 surtout présentaient des altérations organiques et fonctionnelles, susceptibles de guérison ou d'amélioration, que le premier entendait des sons donnant dans l'échelle diatonique de 132 vibrations à 312; il portait dans chaque oreille, depuis l'âge de 2 à 3 ans, un polype inséré sur le timpan avec perforation de cette membrane (procès-verbal n° 1).

Chez le second, l'audition était de 86 à 500, avec une perception tactile (suivant le même) de 100 à 1,000 environ, son affection paraissait être le résultat d'accidents cérébraux dont il avait été atteint lors de sa première dentition (feuille de renseignement de l'Institution).

Le troisième entendait des sons de 172 à 300 vibrations, il offrait une obstruction des trompes d'Eustache.

Le quatrième entendait à peine des sons de 86 et sa perception tactile s'étendait (suivant le même) à des vibrations de 80 à 1,100; il avait été atteint de surdité à la suite d'une méningite fort grave (1). Ce dernier nous a été présenté comme à peu près incurable sous le rapport de l'ouïe, mais digne d'intérêt par la *possibilité d'articuler qu'il a conservée, à cause de l'âge avancé auquel il a cessé d'entendre, et par son aptitude à acquérir la faculté de lire la parole sur les lèvres* (*voir* pour tous ces faits le procès-verbal n° 1 et les feuilles de renseignement de l'Institution). La perception tactile de ces élèves à laquelle donnaient lieu les sons divers, s'étendait de 80, 100 à 1,000, 1,100. Suivant les documents fournis par M. Blanchet sur les autres élèves de la même série, il s'en trouvait encore parmi les 12 restants qui présentaient des lésions organiques et fonctionnelles susceptibles d'être améliorées et dont la perception tactile était supérieure pour le nombre des vibrations à la perception auditive : elle s'élevait jusqu'à 1,000 et pour quelques-uns à 1,100 et même 1,200. En 1849, à la fin de l'année scolaire, en procédant de nouveau à l'examen de ces élèves, nous avons observé en eux des améliorations sensibles (procès-verbaux nos 1 et 2). Le n° 1, qui n'entendait pas dans la séance

(1) Feuille de renseignement de l'école.

précédente au-dessous de 132 vibrations et au-dessus de 512, avait acquis un développement d'ouïe qui lui permettait de percevoir des ondes sonores depuis 86 jusqu'à 2,000 vibrations. Son audition qui, mesurée à l'acoumètre (instrument ingénieux dont se sert M. Blanchet pour apprécier les degrés d'aptitude à entendre), était seulement de 2, s'élevait maintenant jusqu'à 8 (deuxième procès-verbal).

La perception auditive de l'élève n° 2, qui avait pour limites 86 et 512, s'était développée d'une manière si remarquable, qu'elle s'étendait maintenant depuis 66 jusqu'à 4,000 vibrations, et que cet élève entendait le n° 10⁰ de l'acoumètre. Le n° 3, dont l'audition s'arrêtait aux sons de 172 et 309 et au n° 1° de l'acoumètre, avait obtenu, sous l'influence du traitement des altérations organiques et fonctionnelles, une amélioration auditive qui lui permettait d'entendre des ondes sonores depuis 66 jusqu'à 1,052 vibrations et les nos 7 et même 8 de l'acoumètre (procès-verbal n° 1).

L'élève n° 4 qui, avant le traitement, n'entendait que des sons de 86 et même très-faiblement, et qui pour l'acoumètre ne dépassait pas le n° 1, percevait maintenant des sons de 86 à 526 vibrations et le n° 6 de l'acoumètre (premier et deuxième procès-verbal).

La commission a également observé que, sous l'influence des exercices de chant (gymnastique vocale et auditive), le n° 2 accordait sa voix aux sons de l'orgue qui étaient dans le registre de son appareil vocal, et que l'élève n° 1, n'ayant pu être encore suffisamment exercé, ne présentait pas, sous ce rapport, des résultats aussi complets.

Quant à la parole, le n° 3 répétait mot à mot et d'une voix claire et distincte, les sons articulés qu'on prononçait d'un ton élevé à son oreille.

L'élève n° 1 ne répétait que certains mots et ne pouvait, faute d'exercice, en prononcer beaucoup d'autres qu'il entendait.

L'élève n° 2 était parvenu à répéter très-bien et presque indistinctement tous les mots (deuxième procès-verbal).

Le n° 4, grâce aux exercices auxquels l'a soumis M. Blanchet, a acquis la faculté de lire la parole sur les lèvres; quoique son audition se soit notablement développée en s'élevant de 86 à 526 vibrations, il ne pouvait entendre les mots prononcés par une voix ordinaire. Nous avons réussi à lui faire percevoir par l'oreille quelques sons articulés, en les prononçant sur un ton grave, en rapport avec les chiffres de son audition (principes de M. Blanchet).

En 1852, à notre dernier examen, nouvelle amélioration sensible dans l'état organique et fonctionnel (quatrième procès-verbal).

L'élève n° 1, qui n'entendait rien à son entrée dans l'établissement et auquel M. Blanchet avait extirpé deux polypes insérés sur le tympan et sur le pourtour du conduit auditif, était parvenu, sous l'influence du traitement et des exercices de gymnastique vocale et auditive, à percevoir les sons articulés qu'on proférait à voix haute près de son oreille, et même les mots prononcés à voix basse à l'aide d'un cornet acoustique (procès-verbal n° 4).

L'élève n° 2 entendait jusqu'à 4,600 vibrations, mettait sa voix à l'unisson avec l'harmonium, percevait les mots à 2 mètres de distance de son oreille et les répétait (procès-verbal n° 4).

Le n° 3, qui précédemment ne percevait que des sons de 172 à 300, entendait maintenant jusqu'à 1,500 vibrations; il répétait les mots à la distance de 1 mètre; il exécutait les ordres qu'on lui donnait: ainsi, si on lui demandait l'heure qu'il était, il allait regarder l'horloge, etc....

Le n° 4 était parvenu à parler assez bien (procès-verbal n° 4). Son audition, ainsi que l'avait annoncé M. Blanchet, ne paraissait pas susceptible d'une amélioration bien supérieure au chiffre de 524 vibrations. En revanche, sa facilité à lire la parole sur les lèvres s'était notablement développée depuis notre dernier examen, et, si on n'avait pas été prévenu de son altération de l'ouïe par le timbre de sa voix et sa conversation un peu monotone, on se serait à peine douté de son infirmité.

Ce médecin n'avait présenté cet élève à la commission que pour montrer ce qu'on peut faire en pareil cas pour des enfants qui ont conservé la faculté de parler, quoique atteints d'une surdité à peu près incurable.

IIe SÉRIE. Nous avons encore procédé, en 1849, à l'examen d'autres élèves traités par M. Blanchet, avant que la commission eût commencé ses travaux, et dont elle n'a pu établir le point de départ que sur les renseignements fournis par ce praticien et par les feuilles de l'institution.

Le n° 1, âgé de 14 ans, a un frère et un cousin atteints de surdi-mutité congéniale (1); son audition (suivant M. Blanchet), qui était au début de 350 à droite et de 500 à gauche, s'étend maintenant aux sons de 66 à 4,028 vibrations. Sa perception tactile était de 90 à 1,000 environ. Sa langue, courte et très-épaisse, se prêtait difficilement aux exercices d'articulation. C'était pour remédier aux vices organiques de son appareil vocal, en même temps que pour développer son ouïe, que ce médecin l'avait soumis à de nombreux exercices d'audition et de vocalisation. La commission a constaté, en juillet 1849, que non-seulement il répétait les mots, mais qu'il commençait à *causer assez bien* et qu'il mettait parfaitement sa voix d'accord avec les sons de l'orgue, et chantait quelques airs variés (procès-verbal n° 2).

Le n° 2 (suivant le même médecin) avait deux sœurs et deux frères atteints, comme lui, de surdi-mutité congéniale (1). Son audition qui, avant le traitement, s'arrêtait à 500 vibrations, s'était étendue aux sons de 80 à 3,000 vibrations, et sa perception tactile était de 120 à 900. La commission a constaté que, comme le précédent, et plusieurs autres élèves qu'elle a examinés avant lui, il répète bien tous les mots.

Le premier de ces enfants, examiné de nouveau par la commission, en août 1852, lui a paru fort avancé, à un tel point qu'il était en état d'aider à l'éducation de son jeune frère, récemment entré dans l'institution, et à l'exercer à la gymnastique vocale et auditive. Il chantait des airs variés, en s'accompagnant lui-même sur le piano. Il a récité, devant les membres de la commission, la fable *du Renard et du Corbeau*. Quand il parle, sa voix est rude, profonde; mais cependant sa parole est très-distincte (procès-verbal n° 4). Nous ajouterons qu'il répondait aux diverses questions qu'on lui adressait à une assez grande distance de son oreille, et que la manière dont il a imité, devant la commission, le commandement militaire; les inflexions de voix dont il s'est servi en chantant ou en récitant des fables, ont montré tout le développement qu'avaient acquis, sous l'influence des moyens employés, ses organes et leurs fonctions.

La commission a regretté de ne pouvoir examiner le n° 3 et un autre élève qui venaient de partir pour les vacances.

Il semble qu'il ne manque à beaucoup de ces enfants qu'une éducation spéciale donnée par des professeurs parlants, pour développer leur audition et acquérir complétement l'usage de la parole,

IIIe SÉRIE. Dans ses dernières séances des 5 et 7 août 1852, la commission a passé en revue deux autres séries d'élèves entrés dans l'école en 1850 et 1851, dont l'examen lui a paru utile pour répondre aux questions posées par M. le ministre (*voir* procès-verbaux nos 3 et 4).

Les enfants entrés en 1850 et 1851, au nombre de 17, traités depuis deux ans, avaient été divisés par M. Blanchet en deux classes: la première était formée de 4 élèves dont la perception auditive était supérieure à la perception tactile, et s'étendait de 66 à 4,000 vibrations environ.

Le n° 1 (à la feuille de renseignements duquel se trouve joint le certificat d'un médecin d'une institution impériale de sourds-muets qui le déclare atteint d'une surdité incurable) était parvenu, sous l'influence du traitement que M. Blanchet lui a fait suivre, à entendre jusqu'à 4,000 vibrations, et répétait les mots qu'on lui disait à une distance de 30 ou 40 centimètres de son oreille.

Le n° 2, élève d'une physionomie très-intelligente, entendait également jusqu'à 4,000 vibrations; il percevait facilement la parole par l'oreille et répondait sans plus de difficulté aux questions qu'on lui adressait.

Les nos 3 et 4 offraient les mêmes chiffres d'audition que les deux premiers élèves (4,000 vibrations); comme eux, ils entendaient la voix, la parole à 30 ou 40 centimètres et répétaient avec la même facilité les mots qu'on leur disait (procès-verbal n° 4).

IVe SÉRIE. Enfin, la dernière série d'élèves entrés en 1851 et 1852, plus nombreuse que les précédentes, comprenait 31 élèves. M. Blanchet, après huit mois de traitement, les avait divisés en deux classes que nous indiquerons ici pour montrer l'utilité qu'il y aurait à établir, chaque année, d'après ses principes, une classification des élèves entrants.

La première classe se composait de six élèves dont cinq seulement ont été examinés par la commission:

Chez les trois premiers, l'audition commençait à 90 et s'élevait aux sons de 2,000 vibrations. Chez le quatrième, elle s'étendait de 86 à 2,048. Tous ces élèves entendaient la parole et répétaient les mots qu'on proférait à une distance de leur oreille.

La faculté auditive du cinquième était encore plus grande: il percevait des ondes sonores depuis 66 jusqu'à 4,087 vibrations; il entendait la voix, la parole à plus de 1 mètre de distance et répétait tous les mots qu'on lui disait (procès-verbal n° 4). Cet élève suit un traitement pour ses altérations organiques et fonctionnelles depuis dix mois. La feuille de l'Institution et le certificat du médecin portent qu'il a un frère et un cousin sourds-muets, que son affection est congéniale et qu'il ne savait prononcer que les mots *papa* et *maman*.

La deuxième classe était formée de vingt-cinq élèves dont l'audition était inférieure, suivant M. Blanchet, au chiffre de la perception tactile. La commission en a examiné seize pris au hasard et a observé que les vibrations entendues par l'oreille variaient de 128 à 512, et celles perçues par le tact, lors de la production des sons, de 912 à 1,200 vibrations.

(1) Certificat du médecin et feuille de l'établissement.

(1) Une de ses sœurs est, depuis deux ans, élève de l'Institution.

Voici le tableau des vibrations perçues par l'oreille et par le tact :

PERCEPTION AUDITIVE.	PERCEPTION TACTILE.
(1) 256	1,200
256	1,000
128	1,000
256	1,000
256	912
250	1,000
250	1,000
256	950
250	1,000
200	1,012
300	1,000
512	1,100
450	1,100
250	1,024

Toutes ces expériences ont été faites sous les yeux de la commission, le plus grand nombre répétées par ses membres plusieurs fois et avec le plus grand soin.

Parmi les élèves de ces deux dernières séries, de même que parmi ceux des précédentes, il s'est constamment trouvé, comme on l'a vu, des sujets, les uns susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole (1 sur 4 ou 5), les autres, atteints de surdité plusieurs années après leur naissance, ayant conservé la faculté de parler, et pouvant acquérir celle de lire le langage articulé sur les lèvres. A tous, il ne faudrait qu'une éducation spéciale, des professeurs parlants, l'admission dans une division particulière pour développer cette aptitude et les soustraire au mutisme.

Ces observations démontrent que la plupart des sourds-muets différant sous le rapport de la nature et du degré de leur infirmité, on ne saurait leur appliquer à tous les mêmes moyens thérapeutiques et le même mode d'éducation. En conséquence, il paraît important de classer tous les enfants, et cela dès leur entrée dans l'école, d'après l'état de leur audition et de leur degré de mutisme : on empêchera ainsi que, suivant le système de rotation actuellement suivi, ils ne soient uniformément, et sans distinction, tous instruits de la même façon pendant la durée de leur enseignement, et à l'aide de la mimique. Bien plus, les professeurs sourds-muets sont au nombre de quatre sur six, et les maîtres d'étude sont tous privés de l'ouïe et de la parole. Il faut encore ajouter que les professeurs parlants se servant aussi exclusivement de la mimique et de l'écriture à l'égard de tous les élèves pendant toute la durée de l'instruction de ceux-ci, hors le temps indiqué (1848, règl. de l'Institution); on comprendra que, plongés toute la journée dans une sorte d'atmosphère muette, où rien ne parle qu'aux yeux, où ils ne voient que des signes et n'entendent pas de sons (hors les cinq heures environ consacrées chaque semaine à l'enseignement de l'articulation par un seul professeur chargé des élèves de toutes les classes réunies), il soit impossible à ces infortunés, quelques heureuses dispositions qu'ils présentassent, d'acquérir ou même de conserver la faculté de parler. Une pareille méthode rendra toujours stériles les efforts que l'on entreprendra pour guérir ou améliorer l'affection des enfants qui se montrent susceptibles de ce bienfait; elle n'est propre qu'à faire perdre l'usage de la parole aux *demi-sourds-muets* et aux *sourds parlants*.

Il résulte encore de l'exposé de ces faits et de quelques autres, ainsi que de l'examen des élèves, que le sourd-muet entend d'autant mieux qu'il perçoit des sons composés d'un plus grand nombre de vibrations.

Que toutes les fois qu'il reçoit une amélioration auditive, il perçoit des ondes sonores composées d'un plus grand nombre de vibrations.

Qu'il est utile, lorsqu'on examine un élève, de tenir compte non-seulement du chiffre de son audition, mais encore de son degré d'intelligence et de mutisme.

Qu'avec ces règles, il est possible de déterminer quand le degré d'audition de l'élève lui permet d'entendre des sons composés d'un nombre de vibrations égal à celui que son larynx peut former, et de se livrer avec profit à des exercices de gymnastique vocale et auditive propres à développer son ouïe et à lui donner une bonne articulation.

Qu'à l'aide des mêmes principes, on pourra connaître quand il sera capable d'entendre la voix, la parole, celle de l'homme qui s'étend, d'après Savart, de 192 à 633; celle de la femme qui a pour limites, en moyenne, 576 et 1,620; celle de l'enfant et de la plupart des sourds-muets avant la mue, dont les sons rendus par l'appareil vocal s'élèvent quelquefois, d'après les observations de M. Blanchet, jusqu'à 2,000 et au delà.

Que ces connaissances démontrent pourquoi le sourd-muet entend telle voix plutôt que telle autre; pourquoi il perçoit mieux les sons qui se rapprochent du médium de la voix humaine; pourquoi il entend des *sons vocaux*, des mots, sans pouvoir *les reproduire*, ce qui aura donné quelquefois à penser que le mutisme tenait à une autre cause que la perte de l'ouïe, et se rattachait à un vice de l'appareil vocal.

Que c'est encore à l'aide de ces moyens que les élèves soumis à notre examen ont été classés, et que nous avons pu suivre avec une précision presque mathématique les résultats obtenus.

Que la parole étant formée du même nombre de vibrations que le chant, nous parlons toujours sur une des notes de notre gamme diatonique et produisons des modulations auxquelles l'habitude nous empêche seule de faire attention.

C'est d'après cette idée, exposée devant la commission avec des expériences à l'appui, que M. Blanchet a été conduit à employer le chant et la gymnastique vocale et auditive, conjointement avec le traitement général dirigé contre les vices de la constitution et le traitement local des lésions organiques, comme étant un moyen propre à développer graduellement l'audition et l'appareil vocal du sourd-muet.

Que les sourds-muets sont susceptibles de percevoir, par les nerfs sensitifs, un certain nombre de vibrations, et que cette faculté est d'autant plus développée qu'elle s'étend à un plus petit et à un plus grand nombre de vibrations.

Que chez la plupart, la perception tactile commence à 80, 90, 100 et s'élève jusqu'à 1,000, 1,100 et même 1,200 vibrations (procès-verbaux 3 et 4).

Que les mains et les pieds sont la partie du corps où la perception tactile est le plus développée, et que cette propriété, dont jouit le premier de ces organes, peut servir aux sourds-muets à apprécier les vibrations de l'appareil vocal, comme celle dont jouit le second lui permet d'éviter les voitures, et d'être prévenu de l'approche de quelqu'un presque aussitôt qu'en l'entendant.

C'est encore d'après la connaissance de ces faits, constatés par le docteur Blanchet, que les sourds-muets ont remplacé les rubans qui leur tenaient lieu de sonnette par un morceau de bois ou de métal, suspendu à une poulie, lequel, en tombant, produit sur le parquet un ébranlement qui se communique à leurs pieds et sert à les avertir.

Toutes ces observations démontrent que l'éducation physiologique des nerfs sensitifs est propre à faciliter, à ces infortunés, la vie de relation, et qu'elle peut prêter quelque secours à leur enseignement.

Qu'on ne saurait enfin trop cultiver, chez les sujets atteints d'une surdité incurable, tous les moyens capables d'alléger leur infirmité et de suppléer, en partie, au sens qui leur manque.

Que pour constater l'état des élèves et développer leurs appareils auditif et vocal, M. Blanchet se sert de divers instruments tels que l'orgue, les acoumètres, le monocorde, la sirène, etc.; l'orgue offre, entre autres avantages, celui de produire les sons les plus variés quant au nombre et au timbre, ses sons se rapprochant de la voix humaine, et étant susceptibles de se prolonger à volonté; il est très-utile également pour apprécier la perception tactile et la développer.

Il résulte des observations de la commission et des faits consignés dans ses procès-verbaux :

Que la plupart des élèves, traités par le docteur Blanchet, ont éprouvé une amélioration notable dans l'état de leurs appareils auditif et vocal.

Que, relativement à ceux de la première série, le n° 1 qui n'entendait, au moment de son entrée dans l'école (procès-verbal 4, p. 14), aucun son articulé et pas d'ondes sonores au-dessus de 512 vibrations, percevait, après le traitement, des sons de 2,900, la parole à voix haute près de son oreille; et, à l'aide d'un cornet acoustique, les mots prononcés à voix haute. Chez le n° 2, qui n'entendait que 512, l'audition s'était développée au point de percevoir 4,000 vibrations et de pouvoir mettre sa voix d'accord avec tous les sons de l'harmonium qui se trouvaient dans le registre de son appareil vocal, d'entendre les mots prononcés à environ deux mètres de distance de son oreille et de pouvoir les répéter (procès-verbaux 1, 2, 4).

Le n° 3, qui précédemment ne percevait que des sons de 172 à 300, entendait maintenant jusqu'à 2,500 vibrations, répétait les mots proférés à la distance d'un mètre, et exécutait les ordres qu'on lui donnait à l'aide de la parole (procès-verbaux 1, 2, 4).

Le n° 4 était parvenu à acquérir la parole et la faculté de la lire facilement sur les lèvres, bien que son audition ne se fût élevée que de 86 à 526.

Que relativement aux élèves de la deuxième série, le n° 1 était parvenu à causer facilement (procès-verbaux 2, 4), à chanter des airs variés, à réciter des fables, sa voix avait acquis un notable développement, et sa parole, quoiqu'un peu rude, était très-distincte. Ses progrès pour l'audition et la parole étaient si avancés, que la commission l'a vu exerçant très-bien son jeune frère à la gymnastique vocale et auditive (procès-verbal 4).

Le n° 2, comme le précédent, atteint de surdi-mutité congéniale, entendait tous les mots à une certaine distance de son oreille et pouvait facilement les reproduire (procès verbaux 2 et 4).

Que parmi les élèves de la troisième série il s'en trouvait quatre dont

(1) Ces chiffres ne représentent que le degré supérieur de ces perceptions; le degré inférieur varie de 80 à 200.

l'audition s'était étendue jusqu'à 4,000 vibrations et qui percevaient la voix, la parole à 30 ou 40 centimètres de distance, répétaient aisément les mots qu'on leur disait et répondaient, pour la plupart, aux diverses questions qu'on leur adressait (procès verbal, 4, p. 12 et 14).

Que relativement aux élèves de la quatrième série, la commission en a observé cinq dont l'audition s'étendait, pour quatre à 2,000, et chez un cinquième à 4,087 vibrations. Tous entendaient les mots, les répétaient distinctement, le cinquième percevait même la parole à plus de 1 mètre de distance (procès-verbal 4, p. 12).

D'après tout ce qui précède, la commission pense que l'on peut répondre aux cinq questions posées par M. le Ministre :

1° Que d'après l'examen des élèves auquel la commission a procédé, il s'en est trouvé constamment dans chaque série un certain nombre (1 sur 4 ou 5) dont l'affection s'est montrée susceptible d'être guérie ou améliorée, et qui, soumis à une éducation et à un traitement convenables, pourraient arriver à saisir directement la parole par l'oreille ou par l'intermédiaire d'instruments acoustiques.

Que l'appréciation des altérations de l'ouïe, de l'appareil vocal et des résultats du traitement faite à l'aide des acoumètres et du nombre de vibrations perçues, a paru à la commission un moyen d'une grande exactitude et non moins utile que l'emploi de l'orgue appliqué aux exercices de gymnastique vocale et auditive.

2° Que relativement à d'autres sourds-muets atteints de la perte de l'ouïe, à un âge avancé, mais possédant encore à un degré plus ou moins parfait l'usage du langage articulé, ils peuvent, quoique affectés d'une surdité à peu près incurable, non-seulement converser, mais encore développer la faculté de parler, et acquérir celle de lire la parole sur les lèvres.

3° Que les sourds-muets de cette dernière catégorie, ainsi que le constatent les expériences nombreuses que les membres de la commission ont répétées eux-mêmes, peuvent percevoir, par les nerfs de sensibilité générale, un certain nombre de vibrations, depuis 80, 90, 100, jusqu'à 1,000 et même 1,200, et *recevoir ainsi l'impression d'un certain nombre d'ondes sonores*, et que la culture et le développement de cette faculté devront nécessairement leur faciliter la vie de relation et alléger leur infirmité.

4° Qu'il est indispensable que *les élèves des deux catégories que nous venons de signaler, les uns pour retirer plus de bénéfice du traitement*, les autres pour conserver ou développer leur faculté de parler et d'entendre, d'autres enfin pour acquérir celle de lire la parole sur les lèvres et ne pas perdre l'usage du langage articulé, reçoivent une éducation spéciale donnée par des professeurs parlants chargés de les exercer suffisamment à l'articulation.

Qu'il est encore nécessaire, pour assurer et hâter le progrès de la parole et le développement de l'audition, de les placer *dans une division spéciale; de les isoler, dans tous les instants de la journée*, des autres enfants qui n'offrent pas les mêmes dispositions à acquérir le langage articulé, ou à recouvrer l'ouïe.

Que pour pouvoir établir cette division et empêcher que, d'après le système de rotation en usage à l'école de Paris, les sourds-parlants, les demi-sourds-muets, les sujets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole, ne restent entièrement confondus avec ceux qui sont tout à fait sourds-muets; qu'ils ne soient indistinctement instruits comme eux, pendant toute la durée de leurs études, presque exclusivement à l'aide des signes, par des professeurs sourds-muets ou parlants; qu'ils perdent par conséquent l'usage de la parole, et sortent des écoles avec une aggravation de leur infirmité : il faut classer tous ces enfants dès leur entrée dans l'Institution.

5° Qu'enfin, en observant ces règles, il y a tout lieu d'espérer que les élèves *des deux catégories mentionnées* pourront rentrer, à la fin de leurs cours d'études, dans leurs familles et dans la société, avec la facilité de communiquer et de converser plus ou moins complétement, à l'aide du langage articulé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

AVIS. *Les entraves qu'une rivalité impuissante a voulu mettre au succès du* Moniteur des Hôpitaux, *n'a fait, grâces à Dieu, que provoquer la manifestation des sympathies que nous porte le corps médical. D'ici à quelque temps, nous chercherons à justifier cette sympathie en mettant sans restriction sous les yeux de nos lecteurs, ainsi que nous l'avons promis, l'histoire de nos relations avec le propriétaire de la* Gazette des Hôpitaux, *aujourd'hui intéressé, ainsi que M. Giraudeau de Saint-Gervais, dans la propriété de l'*Abeille Médicale. *En attendant, nous sommes de ceux qui pensent qu'à l'œuvre on connaît l'artisan, et qui demandent à être jugés d'après ce principe.*

A ceux qui l'adoptent, nous dirons :

Le Moniteur des Hôpitaux *compte à peine quatre mois d'existence, et déjà il a publié plus de travaux utiles et importants qu'aucun autre journal. Parmi ces travaux, il suffira de citer les suivants,* expressément *rédigés pour le* Moniteur, *qui en a la propriété exclusive : 1° Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, par M. Maisonneuve; 2° Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par M. le professeur Bouillaud; 3° Observations sur les douches utérines considérées comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré artificiel, par M. le professeur P. Dubois; 4° Leçons cliniques sur les maladies nerveuses, par M. Gendrin; 5° Leçons cliniques sur le rachitisme, par M. Guillot, etc., etc. Toutes ces Leçons seront tirées à part et données, soit gratuitement, soit à prix réduit, aux nouveaux souscripteurs. Les leçons de M. Maisonneuve sont déjà délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.*

Les illustrations étrangères n'ont pas montré au Moniteur *une sympathie moins prompte que les savants français. Une analyse du grand rapport de l'Académie royale de Turin sur la syphilisation a été envoyée à Paris : c'est au* Moniteur *qu'elle a été adressée; le professeur Heifelder, d'Erlangen; le profeseur Fayé, de Christiania; les professeurs Viale et Latini, de Rome; le professeur Baeza, de Madrid, etc., ont voulu publier en France des faits importants de leur pratique : c'est dans le* Moniteur *que ces travaux ont été insérés.*

Après un tel début, nous n'avons qu'à continuer nos efforts pour déjouer tous les obstacles que pourrait imaginer l'industrialisme. Nos lecteurs peuvent avoir la conviction que nous n'y faillirons pas. — H. de Castelnau.

— On sait que la démolition de l'antique et célèbre Hôtel-Dieu de Paris a été décidée dans une des dernières séances de la Commission municipale. Mais cette démolition n'est pas la seule qui doive être opérée dans l'île de la Cité. D'après un grand projet dont l'idée appartiendrait au chef de l'État, toutes les constructions particulières qui existent dans la vieille Lutèce disparaîtraient; il n'y resterait que le Palais-de-Justice, la Préfecture de Police et Notre-Dame. Sur le vaste emplacement mis à nu, on construirait une caserne monumentale, de nouveaux bâtiments pour le Palais-de-Justice et la Préfecture de Police, et enfin une magnifique place qui permettrait d'admirer, sous une belle perspective, toutes les beautés de la Cathédrale. D'après ce plan, l'Hôtel-Dieu devrait être transporté en entier sur la rive gauche du petit bras de la Seine où il se trouve déjà en partie. On dit que, grâce à l'intervention toute récente d'un honorable professeur, le plan dont il s'agit aurait été modifié ou serait sur le point de l'être. Suivant la nouvelle modification, l'Hôtel-Dieu serait reconstruit dans des proportions tout à fait monumentales, au nord de Notre-Dame. Les dimensions du nouvel hôpital seraient assez considérables pour permettre d'y transporter les deux services de l'hôpital des Cliniques, et les bâtiments de ce dernier hôpital seraient acquis par la Faculté qui y placerait ses collections et sa bibliothèque.

BIBLIOGRAPHIE.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

L'huile de foie de morue *envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique*, par M. L.-J. Jong. — Paris, 1853, 1 vol. in-8. Prix : 5 fr. 50.

Guide pratique aux eaux minérales de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Savoie, d'Italie et aux bains de mer; contenant la description détaillée des lieux où elles se trouvent, ainsi que la composition chimique, les propriétés médicales et le mode d'emploi de ces sources, par M. Constantin James. — 2e édition, renfermant, entre autres additions nombreuses et importantes, une nomenclature des eaux minérales transportées et une Notice spéciale sur chacune d'elles. — Paris, 1852, 1 volume in-8. Prix : 7 fr. 50.

De l'emploi des eaux minérales *dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis*, par M. Constantin James. — Paris, 1852, 1 vol. in-8. Prix 1 f. 25.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par M. Sédillot. — Deuxième édition, augmentée. — Paris, 1853, 2 vol. gr. in-18, publiés en 4 parties, avec figures dans le texte. Prix : 16 fr.

Traité des maladies vénériennes, par Vidal (de Cassis). — Paris, 1853. 1 vol. in-8, avec planches gravées en taille-douce et color. Prix : 10 fr.

A LA LIBRAIRIE DE GERMER-BAILLIÈRE, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

Études sur les maladies des femmes *qu'on observe le plus fréquemment dans la pratique*, par le Dr Alexis Favrot. — 1 vol in-8. Prix 6 fr.

Les maladies décrites dans le livre de M. Favrot sont : les affections des organes génitaux externes : le phlegmon, les éruptions cutanées de toutes sortes, les écoulements du canal vulvo-utérin, la granulation et les ulcérations du col de la matrice; les engorgements, les déviations de l'utérus; enfin, un dernier chapitre est consacré à l'examen des kystes et des corps fibreux de l'ovaire.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 57. 1re année. Jeudi 12 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Dyssenterie. Hémorrhagie intestinale. Transfusion du sang, par M. Thouvenet. — **—ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CORRESPONDANCE** : Objets tournants. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 11 *mai* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin, malgré son remarquable talent, malgré l'abondance de ses idées et peut-être même à cause de cette abondance, est un des orateurs qui auraient le plus besoin

« Cent fois sur le métier de mettre leur ouvrage, »

et par conséquent de se livrer le moins possible à l'improvisation. Mais, en supposant qu'il sente lui-même cette nécessité, on comprend que ses triples obligations de journaliste, de praticien répandu et d'académicien (ces dernières comptent, il est vrai, pour peu de chose) ne lui laissent guère le temps de se recueillir suffisamment pour préparer ses discours et les mettre sur le papier. C'est à cette circonstance, sans doute, qu'il faut attribuer ce qui a pu manquer d'ordre, de précision, de netteté dans le nouveau discours du savant académicien ; nous sommes obligé d'en renvoyer l'analyse à un autre numéro. Du reste, à part deux ou trois points particuliers, tels que celui de la transmission du son par les nerfs de la sensibilité tactile, et que l'orateur a plutôt effleurés que traités, la critique qu'il a faite du rapport de la commission n'a été que le développement de celle qu'il avait déjà commencée, c'est-à-dire qu'après lui avoir adressé le reproche général de n'avoir pas envisagé dans son ensemble la question de la surdi-mutité, il a justifié par de nombreux exemples particuliers la justesse de ce reproche. On sait notre manière de voir à cet égard. La commission l'a partagée, puisque M. le rapporteur n'a pas cru devoir se justifier, et qu'il a déclaré au contraire s'être volontairement exposé au reproche qu'on lui faisait.

Les rapports comme les discours de M. Bégin brillent habituellement par la justesse des idées, par leur caractère essentiellement pratique, par la clarté, souvent par l'élégance de l'exposition. Soit défaut de temps, soit mauvaise disposition d'esprit, les deux dernières qualités ont un peu fait défaut à M. Bégin pour cette fois ; mais les autres, qui sont les plus essentielles, donnent à son discours une portée et une autorité que l'Académie a parfaitement appréciées et qui ont assuré une majorité imposante aux conclusions de la commission. Ceux-là seulement qui connaissent l'esprit de réserve, quelquefois excessif en apparence, de M. Bégin, apprécieront combien sont importantes et indispensables les améliorations à apporter dans l'éducation des sourds-muets, lorsqu'ils liront les paroles suivantes écrites dans le discours de l'éminent académicien :

« *Je ne ferai, au sujet de nos écoles, qu'une réflexion, c'est que je crois y apercevoir un esprit de routine et une sorte d'arbitraire nuisible à leurs progrès.... Le système qu'on y adopte achève de mutiler ceux qui ne le sont qu'à demi.* »

Ces paroles sont d'autant plus graves, qu'elles émanent d'un homme dont l'extrême réserve est connue de tout le monde ; mais par cela même, elles n'en représentent que plus certainement le véritable état de la question. Cet état, du reste, est trop naturel pour qu'il ne soit pas vrai. Lorsqu'un système, en général, lorsqu'un système d'éducation surtout est une fois en activité dans un établissement, ce système finit par créer une tradition qui se transmet de génération en génération et se perpétue ; après un certain temps, le système marche tout seul, mécaniquement en quelque sorte, et, pour lui imprimer un progrès nouveau, il faut l'apparition d'un homme de génie, ou tout au moins d'un de ces hommes dont le dévouement et l'opiniâtreté triomphent de tous les obstacles. Or, en ce qui concerne les sourds-muets, la routine est d'autant mieux assise, qu'elle s'appuie sur l'opinion de la science ou du moins de ceux qui ont mission de la représenter dans nos établissements nationaux, et qui déclarent incurables tous les sourds-muets. M. Bégin a non-seulement signalé cet état de choses, mais avec son esprit à la fois sage et progressif, il a indiqué le moyen, c'est d'adopter les perfectionnements proposés par M. Blanchet, et d'en prévenir le retour, c'est de créer un conseil de surveillance et de perfectionnement dont la mission sera à la fois de repousser les réformes inspirées par de vaines théories ou par l'esprit d'agitation stérile, et d'adopter celles qu'approuverait une sage pratique et qui constituent un progrès réel. L'initiative prise par M. Bégin fera honneur à l'Académie, et l'on ne peut guère douter que M. le Ministre, qui a montré tant de sollicitude pour les sourds-muets, ne s'empresse de prendre une mesure qui aurait pour résultat de maintenir constamment leur enseignement au niveau des progrès de la science.

Un discours de M. Bousquet a terminé la séance. Quelle est la signification de ce discours ? C'est difficile à dire. M. Bousquet est un amant par excellence de l'harmonie, et pourvu qu'une collection de mots soit agencée avec un

certain accord, il ne paraît pas toujours tenir énormément à ce qu'ils représentent une erreur, une contradiction ou une vérité trop vraie. Par exemple, c'est par une vérité de cette espèce qu'il a débuté :

« S'il est vrai, a-t-il dit, et qui pourrait en douter? que le « sourd-muet parle parce qu'il n'entend pas, il est clair « que pour le faire parler, il faut le faire entendre. »

Si M. Bousquet avait été fidèle à ce début, il aurait assurément trouvé peu de contradicteurs; mais il s'en faut bien qu'il ait été partout aussi sage. Bientôt il s'est associé à ceux qui croient à l'incurabilité absolue des sourds-muets, et pour prouver son opinion, il a cité l'observation de M. Morel qui, dans une institution, « sur 33 élèves, n'en a « trouvé que 3 qui parlaient bien, » et celle de l'abbé Carton, « qui a trouvé les mêmes proportions ! » C'est là, on en conviendra sans peine, une singulière manière de prouver que tous les sourds-muets sont incurables, et de combattre les conclusions de la commission.

Ailleurs, M. Bousquet rappelant que, pour guérir la surdi-mutité, il faut s'attaquer à la cause qui la produit, affirme que « personne ne s'est occupé des lésions congé- « niales ou acquises, qui peuvent entraver la surdi-mutité. »

Il nous est pénible de le dire, mais cette assertion dénote l'ignorance complète de tous les travaux exécutés dans les quinze ou vingt dernières années, et dans lesquels se trouvent décrites minutieusement un grand nombre des lésions dont parle M. Bousquet.

Enfin, le littéraire académicien passant de la vérité à l'erreur, des analogies aux contrastes, monte jusqu'au sentiment, et reproche aux innovateurs modernes de ne « courir qu'après les victoires les plus faciles; le sourd-muet « qui n'entend pas *est abandonné sans pitié;* on n'a de sollici- « tude que pour le demi-sourd ! »

Qu'est-ce à dire? M. Bousquet, qui tout à l'heure repoussait l'enseignement de la parole, parce qu'il ne pouvait réussir qu'une fois sur trente-trois, veut-il maintenant qu'on l'applique à tous les sourds-muets? — Non. — Eh bien! que signifie alors cette exclamation sentimentale? — Hélas ! elle signifie tout simplement que les mots qui la composent forment un certain accord qui a flatté l'oreille délicate de M. Bousquet, et M. Bousquet a écrit : pour un homme moins sensible aux charmes de l'harmonie, cette exclamation signifie que les innovateurs ne veulent enseigner la parole qu'à ceux qui sont susceptibles de l'apprendre, et il nous semble qu'en cela ils sont plus à louer qu'à blâmer. Quant aux autres sourds-muets, ils ne seront pas plus abandonnés qu'ils ne le sont aujourd'hui : on continuera pour eux le système actuel, et voilà tout.

En résumé, le rapport de la commission est sorti de la discussion d'hier sans avoir reçu aucune atteinte sérieuse dans ce qu'il a d'essentiel, et nul doute que l'Académie, désormais parfaitement éclairée, n'en adopte prochainement et à une grande majorité les conclusions.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Dyssenterie. — Hémorrhagie intestinale. — Transfusion du sang.

Par M. THOUVENET, de Limoges.

(*Communiqué à l'Académie de médecine.*)

Frugier, âgé de 20 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, bien constitué, fut atteint d'une dyssenterie le 12 septembre 1852. La maladie s'est déclarée sans cause appréciable et a débuté sans prodrômes par des douleurs abdominales, des besoins fréquents d'aller à la garde-robe et des selles sanguinolentes. Espérant, comme font tous les malades de nos campagnes, que le mal disparaîtrait de lui-même et à l'aide de quelques soins insignifiants, on attendit trois jours avant de demander des conseils à un médecin; cependant le mal augmenta et je fus appelé. Voici ce que je constatai : douleur assez vive, spontanée, exaspérée par la pression dans la fosse iliaque gauche; besoins fréquents d'aller à la garde-robe; épreintes; quelquefois expulsion d'une très-petite quantité de matières muqueuses semblables à des raclures de boyaux et mêlées de sang; fièvre modérée; perte de l'appétit; langue recouverte d'un enduit jaunâtre.

Prescription. Poudre d'ipécacuanha, 25 centigrammes toutes les trois heures; demi-lavement émollient avec 10 gouttes de laudanum.

17 *septembre.* Les mêmes symptômes persistent et se sont aggravés; les selles sont formées des mêmes matières muqueuses, sanguinolentes, leur passage occasionne à l'anus de vives douleurs; les épreintes sont aussi fréquentes, aussi douloureuses; la fièvre est plus intense; la douleur dans la fosse iliaque gauche persiste; le malade a eu plusieurs vomissements; le lavement laudanisé a été immédiatement expulsé.

Prescription. 20 sangsues dans la fosse iliaque gauche, cataplasmes, 2 bains entiers et 1 demi-grain d'opium quatre fois dans la journée, eau albumineuse.

Le 18, la fièvre est toujours très-forte. Le malade a un peu divagué pendant la nuit; mais dans la journée, surtout vers le soir, il se trouve mieux et dit qu'il souffre moins en allant à la selle. Les matières sont les mêmes. Bains, cataplasmes, opium. J'ai renoncé aux lavements, qui sont vivement expulsés aussitôt après qu'on les a donnés.

Le 19, la nuit a été mauvaise; le malade ne se trouve bien que dans le bain, et il se met souvent dans la baignoire qui est en permanence auprès de son lit. Les selles et les épreintes sont les mêmes; il y a un peu moins de sang dans les matières; il est survenu quelques vomissements. Même prescription, moins l'opium; l'état du malade ne permet plus de recourir aux évacuations sanguines; le pouls est à 120 et petit.

Le 20, agitation, vomissements, selles; du sang pur est rendu par les selles en assez grande quantité. On revient à l'opium. Le soir, le malade éprouve un notable soulagement, les selles sont brunes, muqueuses, plus faciles, plus abondantes.

Le 21, la nuit n'a pas été aussi mauvaise que de coutume, le malade tombe souvent dans l'assoupissement, il a de la pesanteur, quelques douleurs de tête; les selles sont fétides, ce qui n'avait pas eu lieu jusque-là, elles coulent sans effort de la part du malade, au travers de l'anus, qui est entr'ouvert, elles sont copieuses, brunes, ont une odeur gangréneuse très-forte; le ventre est déprimé, très-douloureux; il y a par moments des coliques plus vives dans la fosse iliaque gauche; quelques envies de vomir; la fièvre est toujours vive.

Bains, cataplasmes, opium, eau albumineuse.

Le soir, le malade dit qu'il se trouve mieux, il est plus calme; les coliques sont moins fortes; les selles moins fétides, brunes, plus épaisses et moins liées; la soif est vive, ce qui n'avait pas été jusque-là; la tête est un peu embarrassée.

Le 22, dans la nuit, il est survenu une hémorrhagie intestinale abondante, le sang évacué est noir, fétide; le malade a eu deux faiblesses dans la journée.

Lavement froid, sinapismes aux membres supérieurs, potion avec extrait de ratanhia, limonade sulfurique.

L'hémorrhagie continue dans la journée, le pouls est à 90, assez plein, mais sans résistance, facilement dépressible. Le malade se sent mieux, il n'a plus de coliques que de temps à autre, les intervalles de calme sont plus longs; le facies est assez bon.

Lavement froid avec extrait de ratanhia, potion avec extrait de ratanhia, sinapismes sur les membres supérieurs, limonade sulfurique.

Le 23, l'hémorrhagie continue; les selles coulent sans effort, sans occasionner de douleurs, elles sont liquides, de couleur chocolat; le ventre est affaissé, douloureux au toucher; le malade est calme, se trouve mieux, mais est très-faible; le pouls est petit, fréquent; la potion détermine quelques vomissements et des éructations fatigantes : on la suspend.

Lavement avec ratanhia, ventouses sèches promenées sur toute la poitrine et les bras, suivies de l'application de sinapismes, eau albumineuse, limonade sulfurique.

Le 24, la nuit a été très-calme, le malade a été assoupi, il ne se plaint plus du ventre, mais l'hémorrhagie continue, le sang s'échappe au dehors, sans que le malade le sente, sous forme d'un liquide épais couleur de chocolat, ayant une odeur très-forte de sang putréfié; le pouls a repris un peu de force; il n'y a plus d'éructations.

Ventouses sèches sur le dos et la poitrine, sinapismes aussitôt après, lavement froid avec extrait de ratanhia, limonade sulfurique, eau albumineuse, extrait de quinquina, pilules avec alun, cachou et ratanhia.

Le 25, même état; l'hémorrhagie continue; les selles ont tantôt la couleur chocolat, tantôt sont rouges, formées par du sang moins altéré.

Le 26, la nuit a été mauvaise, on a donné une pilule d'opium qui a procuré un peu de repos; le sang coule toujours. Le matin, à ma visite, je trouve le malade complétement désespéré; il y a eu une quantité de sang considérable d'expulsée hier au soir, il est aussi plus rouge que de coutume; depuis, il n'y a pas eu de nouvelles selles. Le pouls bat 96, il est grêle, misérable; une sueur froide perle sur la face, les joues sont froides, les yeux caves; le malade n'a plus la force ni de se remuer, ni de parler.

Je m'en retournai désespéré de n'avoir pu arrêter cette hémorrhagie, malgré tous les moyens que j'avais mis en usage, malgré tous les soins que j'avais donnés au malade, ne m'en rapportant le plus souvent qu'à moi pour l'administration des remèdes, faisant tout moi-même. Évidemment mon malade mourait par le fait de l'hémorrhagie. La dyssenterie avait été très-aiguë, mais le malade n'avait présenté aucun de ces symptômes qui indiquent un état général grave. D'abord l'état inflammatoire avait été franchement accusé, puis vers le huitième jour il était survenu de la gangrène probablement, ce qu'indiquaient l'état du malade et l'odeur des évacuations, et cette gangrène avait ouvert quelque vaisseau et déterminé l'hémorrhagie.

Le malade avait été mieux, sauf l'épuisement et la faiblesse occasionnés par la perte du sang. Il y avait lieu de croire que la maladie était entrée dans une période de déclin et qu'elle ne demandait, pour se terminer, qu'un peu de résistance de la part du malade. Le ventre était déprimé, il n'y avait de ce côté aucune trace de phlegmasie péritonéale, ou même d'une inflammation étendue de l'intestin, cette hémorrhagie persistante conduisait seule le malade à sa fin, et peut-être cette complication si terrible avait-elle pour point de départ une ulcération limitée. Le sang n'avait pas coulé depuis la veille, il ne paraissait pas y en avoir d'accumulé dans l'intestin, que l'on pouvait explorer bien facilement au travers de la paroi abdominale, peut-être les vaisseaux ulcérés s'étaient-ils rétractés, ne recevant presque plus de sang, peut-être même un caillot s'était-il formé pendant un instant de répit; il me semblait que si on avait pu gagner du temps, accorder quelques jours de plus au malade, en lui rendant un peu de force, l'organisme, si puissant à cet âge chez un sujet bien constitué, se serait relevé et aurait achevé de le guérir. Il succombait à la perte considérable de sang, si on avait pu lui en rendre un peu!

Je songeai à la transfusion. La ressource était extrême. Il y avait peu de chances de réussite; mais la fin du malade était si certaine et si proche, mieux valait employer un remède douteux que se croiser les bras.

J'appelai deux confrères. Ayant constaté qu'il n'y avait aucune espèce de salut, que le malade n'avait que peu d'heures à vivre, ils partagèrent mon avis et m'encouragèrent à pratiquer l'opération.

Une ligature est appliquée sur le bras gauche, comme pour faire une saignée; la médiane basilique est mise à nu, incisée longitudinalement, et une canule en gomme introduite dans sa cavité. Il s'écoule un peu de sang noir qui se coagule rapidement. On saigne une sœur du malade, jeune et forte paysanne qui donne de grand cœur de son sang pour son frère; le sang tombe dans une seringue qui est plongée dans un vase plein d'eau, à la température de 30 degrés. Quand la seringue est pleine, sans la retirer de l'eau, on érige la canule, et, pour chasser l'air, on pousse le piston jusqu'à ce que le sang sorte. Alors on remplit d'abord la canule qui est introduite dans la veine, puis on y adapte la seringue, et après avoir défait la ligature, ayant bien soin de maintenir exactement la canule dans la veine par une pression convenable exercée avec les doigts, on pousse l'injection, le sang pénètre aisément, mais, à la fin, le doigt appliqué sur la veine sent un bruissement, un susurrus particulier dû sans doute au passage dans la veine de la partie spumeuse du sang de la saignée, ce qu'il faudra savoir éviter une autre fois. La ligature est réappliquée, une nouvelle quantité de sang est reçue dans la seringue, de la même manière que la première fois; j'ai soin de bien rejeter toute la partie écumeuse avant de fermer la seringue, puis je pousse cette nouvelle injection, mais elle pénètre mal, parce que des caillots obturent en partie la canule demeurée dans la veine. Second accident qu'il est bon de signaler, afin d'indiquer, dans le procédé opératoire, des précautions capables de le faire éviter, savoir : s'assurer si la canule restée en place est obstruée et en retirer les caillots qui pourraient s'être formés. Il y a eu environ 250 grammes de sang d'injectés en tout.

La plaie est pansée.

Le malade dit qu'il a senti le sang remonter le long du bras jusqu'au cœur; il n'a pas été fatigué par l'opération, se trouve bien même.

On explore le pouls, il bat 96, exactement comme avant l'opération; mais, ce qui n'est pas une illusion, il est un peu plus ample.

On donne du vin par cuillerées, un peu de bouillon; on applique des sinapismes sur la poitrine.

Le soir, cinq heures après l'opération, la figure est rouge, animée, couverte de sueurs; le pouls a 8 pulsations de plus, 104, il a les mêmes caractères. Le malade se trouve dans le même état; la fièvre a monté, comme disent les parents. Beaucoup de sang presque pur a été rendu par les selles.

Dans la nuit, agitation, délire, mort à huit heures du matin, vingt heures après l'opération.

Dans cette observation, nous voyons un cas de dyssenterie d'une intensité moyenne, régulière dans sa marche, mais qui se compliqua d'une hémorrhagie abondante; celle-ci persista malgré l'emploi de tous les moyens auxquels on a recours dans des cas semblables, et, après avoir duré plusieurs jours, elle mit le malade dans un état anémique qui rendait la mort imminente. Dans cette position extrême, où il n'y a plus rien à perdre, je me suis appuyé sur le vieux principe : *melius anceps remedium quam nullum,* et j'ai cherché à rendre, à l'aide de la transfusion, quelque force à mon pauvre malade; je n'ai, sans doute, eu d'autre tort que celui d'avoir trop attendu avant de recourir à ce moyen. L'opération était-elle indiquée? doit-elle entrer décidément dans le cadre des moyens dont la science dispose pour guérir, ou n'est-elle qu'une de ces témérités dont il faut se garder? a-t-elle droit à être pratiquée plus souvent dans ces cas où une hémorrhagie fait mourir les malades, sans que, par le fait d'une autre cause, la vie soit compromise? ne doit-on pas la regarder comme une opération utile qui, exécutée avec les précautions convenables, est moins dangereuse qu'un très-grand nombre des opérations de la chirurgie, et trouve au moins autant que celle-ci sa justification dans un état excessivement grave, désespéré des malades qu'on pourrait y soumettre? Telles sont les questions que cette observation soulève, c'est là la seule chose qui me la fasse considérer comme digne d'être mise sous les yeux de

l'Académie. La science et l'humanité gagneront à la discussion qu'elle soulèvera, et l'avis de la Compagnie éclairera ces questions et servira de guide aux praticiens qui sont désireux de ne marcher que suivant les règles d'une sage prudence.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales.

Rapports sur les établissements de bains de Dunkerque, par M. Lesnaire, médecin-inspecteur des bains de mer, et sur les eaux de Castel-jaloux (Lot-et-Garonne), par M. Selnave, médecin-inspecteur des eaux de cet établissement.

Épidémies.

Rapports sur les épidémies suivantes :

Fièvre typhoïde dans les Vosges, par M. Mangin, médecin cantonnal à Lamarche (arrondissement de Neufchâteau).

Variole, par Liégey, de Rambervilliers (Vosges).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine.

Remarques pratiques sur la vaccination chez les adultes, par M. Zandyck, de Dunkerque.

Deux tableaux de vaccinations.

Candidatures.

M. Ch. Robin se porte candidat à la place qui sera déclarée vacante dans la section de matière médicale et d'histoire naturelle (reçue à la dernière séance et datée du 25 avril).

Don.

Madame veuve Husson fait hommage à l'Académie d'une partie de la bibliothèque de feu M. Husson.

Transfusion.

M. Thouvenet, de Limoges, adresse une observation de transfusion (*voir* ci-dessus). (Comm. MM. Longet, Bouvier, Bérard.)

RAPPORTS.

Déclaration de vacance.

M. Londe fait, au nom d'une commission de onze membres, un rapport sur la déclaration de vacance. Par différentes considérations, la commission propose de déclarer la vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle. (Adopté.)

DISCUSSION SUR LE RAPPORT RELATIF A LA SURDI-MUTITÉ.

M. Guérin monte à la tribune pour continuer le discours qu'il avait commencé dans la dernière séance. Nous devons renvoyer à un autre numéro l'analyse de son discours.

M. Bégin.—La question qui nous occupe s'étend et acquiert plus d'importance à mesure que la discussion met en relief les différents aspects. Limitée d'abord à quelques réponses assez simples à adresser à M. le Ministre de l'Intérieur concernant des travaux individuels que vous avez chargé une commission d'examiner, elle a pris graduellement les proportions d'un grand problème d'enseignement à résoudre. Derrière les faits particuliers sur la valeur et les conseignements, l'Académie est invitée à se prononcer, s'est glissé le débat, déjà plusieurs fois reproduit, de la supériorité relative des méthodes employées pour l'instruction des sourds-muets. On a cru voir qu'il s'agissait d'un changement profond à opérer dans le système adopté, et dans les procédés traditionnellement suivis, en France, pour développer les facultés intellectuelles et morales de ces infortunés et pour les mettre en rapport avec les autres parties de la société.

Bien qu'au premier abord, le jugement qu'elle va porter, pouvant n'être que provisoire et susceptible de modifications ultérieures, semble ne pas l'engager définitivement, l'Académie comprend cependant toute son importance et ne se dissimule pas que si l'avis qui lui est demandé par M. le Ministre ne restait pas une lettre morte, la responsabilité des dispositions d'application auxquelles il donnera lieu lui appartiendra en grande partie.

Cette préoccupation très-naturelle, quoique mal définie peut-être, me semble la cause principale de l'hésitation qui suspend depuis trois ou quatre séances notre vote sur les conclusions du rapport.

La question, selon moi, n'est pas nettement posée, ou plutôt n'a pas été parfaitement saisie par quelques-uns de nos collègues qui l'ont discutée, et de cette confusion est résultée une incertitude correspondante concernant la portée réelle de l'avis que nous allons exprimer. C'est en vue de la ramener à ce que je crois être ses véritables termes, et de préparer, si je suis assez heureux pour y parvenir, la conviction éclairée de l'Académie, que je lui demande quelques instants d'attention.

Depuis les premières années de la seconde moitié du dernier siècle, l'instruction des sourds-muets, inventée par l'abbé de l'Épée et perfectionnée par son illustre successeur l'abbé Sicard, a pour base fondamentale une mimique soumise à des règles spéciales et servant tout à la fois au maître pour enseigner et en grande partie à l'élève pour exprimer sa pensée et communiquer avec les autres hommes.

Avant l'abbé de l'Épée, l'instruction des sourds-muets, à peine ébauchée, rarement entreprise et ne produisant que des résultats très-incomplets, était donnée principalement à l'aide de la lecture, si je puis ainsi dire, de la parole sur les lèvres du maître, parole qu'on exerçait l'élève à imiter, et qui devenait pour lui l'instrument de ses communications extérieures.

Dans plusieurs contrées de l'Europe, les instituteurs de sourds-muets sont restés fidèles à cette seconde méthode, et lui attribuent une supériorité que notre enseignement officiel de Paris et de Bordeaux lui conteste à son tour.

Il serait hors de propos de revenir sur les avantages et les inconvénients attachés à chacune des méthodes indiquées, que quelques personnes prétendent susceptibles d'être associées, mais qui sont formellement exclusives dans la pratique, les élèves s'attachant toujours, par la suite, à l'un ou à l'autre des deux langages mimique ou parlé, qui leur a été spécialement enseigné, mais en revenant plus volontiers au premier qui leur est plus naturel et plus facile.

La médecine n'a participé en rien à l'une ni à l'autre de ces méthodes et reste encore à peu près étrangère à leur emploi. On comprend qu'il en dut être ainsi, alors que la surdi-mutité était considérée comme le résultat d'une imperfection originelle d'organisation, ou d'une atteinte postérieurement portée aux organes de la perception auditive; en d'autres termes, un état morbide toujours identique à lui-même, et de sa nature irremédiable. Mais, aujourd'hui, les conquêtes modernes de la science, l'étude qu'elle a faite des variétés nombreuses de lésions, dont la surdi-mutité congéniale ou acquise peut être la conséquence, cette confusion ne saurait être maintenue. Il faut absolument établir entre les sourds-muets, d'après les procédés de diagnostic précis déjà employés avec succès, et que le temps perfectionnera, des catégories qui permettent de les soumettre au mode de traitement ou d'instruction indiqué pour chacune d'elles. Continuer à les soumettre tous indistinctement à un même système d'éducation, quel qu'il soit, et surtout à *celui qui a pour effet d'achever de mutiler ceux qui ne le sont qu'à demi, en effaçant chez eux les restes de susceptibilité* qu'on pourrait développer.

Le problème aujourd'hui posé est donc complexe, d'une part, au point de vue de l'éducation générale des sourds-muets, la supériorité de la méthode mimique, telle que l'appliquent en France les écoles de l'État, est remise en question, comparativement à la méthode vocale, prédominante à l'étranger, et adoptée chez nous dans plusieurs institutions particulières. D'autre part, on se demande si les sourds-muets sont définitivement incurables, et si quelques-uns d'entre eux ne pourraient pas être guéris de leur surdi-mutité, et ramenés aux conditions des enfants entendants et parlants?

En ce qui concerne la première question, celle de la meilleure méthode à suivre pour instruire les sourds-muets, en leur conservant leur surdité, je me récuse complétement; non que je ne sois porté à croire que la méthode orale ne soit préférable à l'autre, quant aux moyens de communication qu'elle donne aux sourds-muets, sans lui être inférieure comme instrument de développement intellectuel; mais parce qu'il me manque, pour me décider et m'autoriser à donner un avis au ministre, une connaissance pratique suffisante du mécanisme des procédés employés et surtout de la valeur des résultats obtenus. J'ai parcouru, en grande partie au moins, ce qui a été publié des deux côtés au moins. Mais je me défie des éloges que les intéressés se prodiguent si facilement eux-mêmes, et je n'accepte leur panégyrique que sous le bénéfice d'une vérification exacte.

Je ne ferai, au sujet de nos écoles, qu'une réflexion, c'est que je crois y apercevoir *un esprit de routine* et une *sorte d'arbitraire nuisible à leurs progrès.* J'ai lu, avec une surprise douloureuse, dans une lettre qui nous a été distribuée, que la classe d'articulation fondée par Itard avait pu être instituée, délaissée et ensuite reprise; qu'un directeur avait, à une certaine époque, substitué à la méthode mimique la méthode vocale, abandonnée à son tour peu de temps après, par suite des difficultés de son application, et, dit-on, de la faiblesse de ses résultats. J'apprends, d'autre part, que le gymnase, si utile pour les enfants dont la poitrine est souvent resserrée, après avoir été installé, n'existe plus par suite de vétusté et

faute d'entretien. Je me demande, enfin, si des procédés d'instruction, employés dans des institutions particulières avec des avantages qui paraissent constatés, ont été sérieusement examinés, et sont écartés en parfaite connaissance de cause.

Ces faits me suggèrent la pensée d'émettre le vœu qu'un conseil de perfectionnement soit créé pour les institutions de sourds-muets qui dépendent du gouvernement, à l'instar de celui qui a élevé et qui maintient notre école polytechnique au premier rang parmi les établissements d'instruction. Ce conseil, composé d'éléments puisés dans l'Académie des sciences morales et politiques, dans la médecine et dans le professorat, imprimerait à l'enseignement des sourds-muets, dans toutes ses parties, une direction progressive toujours en rapport avec l'état de la science, et conservant les saines traditions, comme introduisant dans la pratique les procédés que la raison avoue et que l'expérience justifie.

Je reviens à la seconde partie de la question, telle que je l'ai posée, la seule, selon moi, qui ait un caractère réellement médical, et pour la solution de laquelle cette Académie soit parfaitement compétente, à savoir la guérison de la surdi-mutité, et les moyens à employer pour l'obtenir. Itard a ouvert la route à suivre, et signalé tout à la fois les principales difficultés qu'elle présente et les moyens de les surmonter. En ce genre, il n'a pas été moins créateur que l'abbé de l'Épée. Ce que voulut Itard, ce qu'il obtint, sur une petite échelle, sans autre secours que sa merveilleuse sagacité, sa persévérance infatigable et son dévouement à l'humanité, d'habiles successeurs l'ont poursuivi avec un succès qui ne permet plus l'indifférence ou le doute.

La question, pour nous, la véritable question n'est pas, je le répète, de faire parler les sourds-muets en leur conservant la surdité. Quelque opinion que l'on adopte, concernant les avantages ou l'inutilité de cette addition à la mimique, la médecine n'a presque rien à y voir, si ce n'est au point de vue de l'hygiène et de l'action salutaire que l'exercice de la parole peut produire sur l'appareil respiratoire, chez les sujets à poitrine étroite, à haleine courte, ayant de manifestes dispositions aux affections tuberculeuses.

Ce que nous avons à examiner, c'est la possibilité de rétablir le sens de l'ouïe à un degré suffisant, pour que le sourd-muet entende parler les autres, s'entende parler lui-même, et puisse, par suite, entrer en communication orale avec la société.

Ici se présente, dès le début, une difficulté assez sérieuse; c'est tout simplement qu'on a nié la possibilité de cette guérison de la surdi-mutité, ou du moins ses résultats utiles pour l'infortuné sur qui elle a été opérée. Cette fin de non-recevoir est fondée sur deux motifs : 1° l'état des organes du sourd-muet, non pas tant en ce qui concerne l'oreille et le larynx, qu'en ce qu'il a perdu l'aptitude intellectuelle à se servir de la parole; 2° le fait d'expérience qui constate, assure-t-on, que l'audition et l'expression vocale ne sont aux sourds-muets de presque aucune utilité, que les plus avancés d'entre eux sous ce double rapport n'arrivent jamais qu'à soutenir des conversations sur les idées les plus simples et les plus matérielles, et redeviennent à l'instant sourds et muets, dès qu'on arrive à se servir d'expressions qui ne leur sont plus aussi familières (1).

Ces observations doivent être examinées d'autant plus sérieusement que si elles étaient fondées, il n'y aurait pas lieu à passer outre. On doit se demander d'abord si cette prétendue perte de la faculté instinctive de faire usage de la parole n'est pas une simple supposition? Pourquoi l'instinct d'imitation serait-il plus affaibli chez le sourd-muet que chez les autres enfants du même âge? Il n'est pas douteux que lorsque la surdi-mutité congéniale ou survenue pendant la première enfance, est produite par des lésions intra-crâniennes, certaines facultés ne puissent recevoir et ne reçoivent fréquemment, en effet, des atteintes qui peuvent aller jusqu'à l'idiotie. Mais lorsque l'altération est bornée à différentes parties de l'appareil auditif proprement dit, rien ne saurait justifier cette assertion que la maladie étant guérie, les conséquences de la guérison ne pourront être obtenues.

Si l'expérience paraît affirmer qu'il n'en est pas ainsi, c'est qu'elle n'est pas exactement interprétée, et que les personnes qui l'invoquent négligent de tenir compte des conditions les plus essentielles des faits observés.

Lorsqu'un sens n'a jamais fonctionné, ou lorsque ses fonctions ont été abolies avant qu'il n'ait fourni des notions durables, il est toujours fort difficile de rétablir son action et de déshabituer le sujet de se servir des autres sens et des instruments supplémentaires d'activité qu'il employait et qui jusque-là ont suffi à ses besoins. Ce phénomène ne se produit pas seulement pour l'oreille et la parole, mais pour l'œil et les conséquences de la vision, dont le mécanisme est bien plus simple. Dupuytren rapporte le fait d'une jeune fille de 6 ans, aveugle de naissance, qui remplaçait avec une admirable perfection la vue qui lui manquait par l'odorat, l'ouïe et surtout le toucher. Opérée avec succès de la cataracte, elle semblait sinon immédiatement, du moins en assez peu de temps, devoir se servir spontanément de l'organe qui lui était rendu. Il n'en fut rien; elle continuait obstinément à ne se guider qu'à l'aide des sens qu'elle avait l'habitude d'employer. Il fallut, pour l'obliger à regarder, lui lier d'abord les mains derrière le dos, puis lui fermer les oreilles. Ce n'est qu'après plusieurs mois qu'elle put évaluer les distances, distinguer les formes, se guider sans se heurter. Elle avait la manie de ne pas nommer les objets qu'on lui montrait, bien qu'elle connût leur usage et qu'elle répétât même leurs noms lorsqu'elle était seule. Pour corriger cette sorte de paresse intellectuelle, Dupuytren ordonna de ne lui donner d'aliments ou d'autres choses nécessaires ou agréables que lorsqu'elle les demanderait par leur nom. Des cas du même genre se sont reproduits plusieurs fois à la Clinique de ce grand maître.

Même à l'état normal chez les enfants bien organisés, l'éducation des sens, l'instruction donnée par leur intermédiaire, aussi bien que les différents modes d'expression des idées, loin d'être chose aussi facile, aussi naturelle, pour ainsi dire, que l'affirment certaines personnes, exigent, chez ceux qui enseignent, beaucoup de patience et d'habileté et ne s'achètent, pour ceux qui apprennent, qu'au prix de beaucoup de fatigue et d'ennui. Comment s'étonner que pareille tâche soit difficile, lorsqu'elle doit s'accomplir sur des enfants ou même des adolescents dont il s'agit de réformer toutes les habitudes et que leur infirmité même rend moins aptes soit à comprendre les leçons qui leur sont données, soit à sentir l'importance d'organes et de moyens d'expression dont ils se sont fort bien passés jusqu'alors.

Les sceptiques obstinés qui poursuivent de leur incrédulité le traitement curatif des sourds-muets, s'appuient incessamment, sans vouloir les expliquer, sur les insuccès et sur le peu d'importance des résultats obtenus. Mais, malgré l'insuffisance ou le complet oubli des soins consécutifs indispensables pour assurer les conséquences de la guérison, n'existe-t-il donc aucun exemple de progrès rapides et de facultés définitivement reconquises à la suite de celles-ci? Indépendamment du fait authentique, quoique embelli probablement dans ses détails, rapporté par Félibien, et consigné dans l'histoire de l'Académie des sciences, 1702, d'un jeune homme de Chartres, dont la surdité s'étant guérie spontanément, à la suite d'écoulement d'oreilles, se mit tout à coup à parler après trois à quatre mois d'audition et d'exercice solitaire de la voix, et ne cessa depuis de se servir de la parole. Indépendamment de ce fait, n'en existe-t-il pas un assez grand nombre d'autres publiés par des praticiens dignes de foi? Itard rapporte l'histoire d'une jeune fille de 16 ans devenue sourde pendant la première enfance, et dès lors muette, laquelle ayant recouvré l'ouïe à l'Institution de Bordeaux, par l'effet d'un traitement local externe, oublia ou plutôt ne voulut plus employer les signes actuels des sourds-muets, et apprit en moins de six mois à faire usage de la parole qu'elle conserva ensuite. Un jeune garçon de 8 à 9 ans, de la même Institution, dont l'audition, quoique restée imparfaite, devint cependant suffisante pour qu'il apprît à parler, est resté également en possession de cette faculté. Ces deux faits ont été vérifiés, d'après Itard, par Coutançon, plusieurs années après l'époque où on les avait observés. Les cas qui appartiennent à Itard lui-même, celui entre autres du jeune Dietz, sur qui fut pratiquée pour la première fois la perforation de la membrane du tympan; ceux de ces enfants qu'il avait amenés, à force de persévérance et à l'aide de procédés si ingénieux, à entendre, à reproduire les sons, et enfin à faire usage de la parole. Ces faits, constatés par des commissaires de cette Académie, aussi bien que d'autres publiés et vérifiés depuis, ne sont-ils pas plus que suffisants pour démontrer, non pas seulement la possibilité de la guérison de certaines surdi-mutités, mais la certitude d'en obtenir des effets durables?

On a beaucoup parlé du découragement dans lequel était tombé Itard, vers la fin de sa carrière; mais qu'on ne s'y trompe pas, ce sentiment était bien moins chez lui l'effet du doute ou de la conviction, de l'inanité de ses efforts, que le résultat de l'indifférence avec laquelle ses efforts étaient accueillis; de l'isolement dans lequel on le laissait et de l'absence de concours qu'il sollicitait, concours indispensable.

Arrivé à ce point de notre délibération, une dernière considération se présente à mon esprit : c'est celle du nombre de sourds-muets à qui pouvaient être profitables les bienfaits du traitement difficile et nécessairement prolongé de leur infirmité. Bien que l'Administration ne paraisse pas avoir procédé, jusqu'à présent, à un recensement authentique des sourds-muets, on s'accorde généralement à porter leur nombre à 22 ou 24,000 environ pour toute la France. D'après les recherches de plusieurs statisticiens modernes, ce chiffre pourrait même s'élever à 30,000, et à 300,000 pour l'Europe entière. D'autre part, Itard avait établi que la proportion des sourds-muets susceptibles d'être soumis avec avantage au traitement curatif, et formant les trois premières de ses cinq catégories, pouvait être du dixième, approximativement. M. Blanchet, dont notre honorable et savant rapporteur nous a fait connaître les travaux, élève cette proportion au cinquième et même au quart. En se bornant au nombre le plus faible, ce serait donc,

(1) Magendie, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1841, 1er trimestre, page 1071.

pour la France, 12 à 1500 individus au moins que l'art aurait l'espoir de rendre à la plénitude de la vie sociale, et si la science répondait aux espérances que font naître les faits déjà acquis, ce n'est pas à moins de 30,000 pour toute l'Europe que cet admirable résultat pourrait s'étendre.

Une remarque affligeante doit trouver place ici, c'est que sur les nombres indiqués de sourds-muets qui paraissent exister en France, répartis en égale proportion à peu près entre les deux sexes, les deux Institutions de Paris et de Bordeaux n'en reçoivent, d'après un relevé publié par M. Blanchet, en 1852, que 264, dont 187 garçons et 77 filles ; le même relevé ne porte pas au delà de 1621 (942 garçons et 679 filles) le nombre total de sourds-muets admis, dans 46 Institutions, à recevoir les bénéfices d'une instruction qui leur serait nécessaire à tant de titres. Il ne faut pas oublier que les deux Écoles de l'État sont les plus aptes à recevoir les sourds-muets indigents, et que la surdi-mutité est en proportion plus grande dans les classes pauvres que dans les autres.

Le système à mettre en pratique, pour rendre l'audition et l'usage de la parole aux sourds-muets qui sont susceptibles de recevoir ce double bienfait, n'a rien d'exclusif et peut, sans perturbation considérable, être introduit dans les Écoles de l'État ; mais c'est manifestement l'État qui peut, au début, l'appliquer avec le plus d'avantages et lui faire produire tout ce qu'il est possible d'en attendre : d'abord, parce qu'il possède le plus de ressources, et ensuite par cette autre raison que, faire appel, ainsi que je l'ai déjà indiqué, au concours des hommes les plus éclairés, la marche sera plus ferme, et les progrès devront être plus certains et plus complets.

Il y a certainement, dans cette voie nouvelle si largement ouverte par Itard, une palme de gloire à cueillir que la France pourrait regretter plus tard d'avoir abandonnée à des rivaux.

Je ne dirai ici de l'enseignement et des soins auxquels devraient, selon moi, être soumis les sourds-muets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole, que ce qui me paraît indispensable pour corroborer ce qui précède, et montrer la simplicité et la facilité d'application des moyens à employer pour atteindre le but.

D'abord, tous les sourds-muets admis dans les Institutions de l'État seraient soumis, lors de leur entrée, à un examen minutieux ayant pour objet :

1° De vérifier, autant que possible, les indications portées sur la feuille de renseignements dont ils sont porteurs, et dont les détails pourraient être complétés ;

2° De constater leur état physique actuel, sous le double rapport de la constitution et de la santé générale, et sous celui des dispositions appréciables des différentes parties de l'appareil auditif ;

3° De reconnaître, à l'aide d'épreuves déterminées et combinées à cet effet, leur degré d'aptitude à percevoir les sons, à les produire par la voix, et, approximativement au moins, le développement de leur intelligence.

De ce premier examen médical et physiologique, dont les détails seront immédiatement consignés sur un registre, résultera un premier classement des élèves, dont les uns suivront la direction générale de l'enseignement adopté pour les sourds-muets, et dont les autres seront en outre soumis, soit aux traitements qui seront reconnus applicables des lésions constatées de l'appareil auditif, soit seulement aux exercices de l'audition et de la voix qui auront été adoptés.

Les élèves arrivés à pouvoir entendre la parole et à la reproduire, seront définitivement séparés des autres et placés dans un quartier distinct, n'ayant plus de communication avec les sourds-muets; là ils continueront la gymnastique auriculaire et vocale; la parole sera le moyen de communication exclusivement en usage ; aucune chose ne sera donnée, pour satisfaction des besoins ou pour tout autre motif, qu'autant qu'elle sera demandée par son nom. On pourra même, s'il est nécessaire, empêcher l'usage de la mimique en attachant les bras ou en bandant les yeux.

Pendant les exercices d'instruction, pour faciliter les rapports des maîtres avec certains élèves ou avec des classes entières, et ceux des élèves entre eux, il sera possible d'armer le premier d'instruments de renforcement de la voix, et de munir les seconds de cornets propres à concentrer les vibrations sonores. Bien entendu que ces instruments pourront être affaiblis ou supprimés, à mesure que l'audition fera des progrès.

Pour compléter ces indications très-succinctes, j'ajouterai que dans l'intérêt des élèves, il pourrait être avantageux, dès que l'audition et la parole seront suffisamment développées, de les placer dans quelque établissement affecté à l'éducation des enfants parlants.

Je ne présente ces idées que pour donner un aperçu de la route qu'il serait possible de suivre, et, par conséquent, pour appuyer les conclusions du rapport que vous avez entendu, avec cette restriction, toutefois, que, sans indiquer au ministre de procédé à adopter de préférence, l'Académie se bornera à poser et à approuver le principe de la nécessité du traitement curatif des sourds-muets, en l'invitant à charger une commission de coordonner les moyens les plus efficaces pour y réussir, et de réglementer leur emploi, dont la surveillance et la direction lui resteront confiées.

(Ce discours est suivi d'un long murmure approbateur.)

M. Bousquet lit un discours qui commence ainsi : « S'il est vrai, et qui « en pourrait douter? que le sourd-muet parle parce qu'il n'entend pas, « il est clair que pour le faire parler, il faut le faire entendre. »

La conséquence de cette première donnée, c'est que la seule méthode à appliquer aux sourds-muets est la mimique, et que quant à ceux qui peuvent être guéris de leur surdi-mutité, une fois qu'ils entendront, ils parleront seuls, sans avoir de maître.

Pour appuyer cette manière de voir, M. Bousquet passe en revue les trois méthodes : mimique, lecture sur les lèvres, et enseignement de la parole, et se prononce pour la mimique.

Quant à l'enseignement de la parole : « La parole, dit-il, reste toujours « bornée, rude, sans expression ; les demi-sourds sont toujours demi-« muets; ils parlent, mais ils ne conversent pas. Tels étaient les élèves « d'Itard, et il ne s'en cachait pas. Ceux de M. Blanchet seraient-ils plus « heureux? Il n'y a pas d'apparence. S'ils le sont, c'est qu'ils ont été « mieux choisis; c'est qu'ils entendaient mieux quand on a commencé « leur éducation. »

Pour rapprocher le sourd-muet du parlant, il n'y a qu'un moyen : c'est de lui rendre l'ouïe.

On admire la facilité qu'ont les enfants à apprendre à parler; c'est merveilleux! Et, cependant, ils n'ont pas de maître. Quant à ceux qui apprennent à parler, à entendre bien, ils oublient bientôt ce qu'ils ont appris ou s'en dégoûtent. En conséquence, je supplie l'Académie de ne pas se prononcer avant que la commission ait vu les guérisons durer pendant plusieurs années.

Il y a déjà longtemps, un médecin, qui a fait une étude spéciale des maladies de l'oreille, annonça qu'il faisait parler les muets, entendre les sourds de naissance. Il était si sûr de lui, qu'il en écrivit à l'Académie des sciences, pour la rendre juge et témoin des prodiges qu'il lui préparait, *si elle en voulait faire les frais*.

L'Académie, riche et généreuse, accepta le défi tel qu'il lui fut proposé. Cinq sourds-muets furent choisis et mis en expérience.

Elle employa, dit-on, *quarante mille francs* à cette éducation, et ce ne serait pas trop pour un si grand bienfait!

Cependant, que sont devenus ces malheureux? Entendent-ils? parlent-ils? S'ils parlent, comment parlent-ils? M. Deleau le sait et nous le dira. Pour moi, tout ce que je sais, c'est qu'un rapport devait être fait et qu'il ne l'a pas été. La chose en valait pourtant la peine.

Après M. Deleau, est venu M. Dupotel. Celui-ci fondait toutes ses espérances sur le magnétisme animal....

Ainsi, tout ce qu'on a fait jusqu'ici pour rendre l'ouïe aux sourds-muets a échoué. Je crois qu'il faut louer M. Blanchet de ne s'être pas laissé décourager; mais je ne crois pas que le moment soit venu de proclamer son triomphe.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE.

Objets tournants.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de résumer aujourd'hui toutes les expériences dont la relation nous est adressée, toutes celles que nous avons faites ou dirigées nous-même, nous choisissons dans notre correspondance les trois lettres suivantes dans lesquelles des expériences et des explications sont exposées d'une manière précise. Nous devons ajouter d'ailleurs que tous nos correspondants s'accordent sur la théorie que nous avons proposée avec notre excellent ami M. Corvisart, la seule que puissent adopter tous ceux qui ont vu un nombre suffisant de faits et qui joignent à ce premier élément quelques connaissances physiologiques et des notions de physique élémentaires, mais précises ; malheureusement les articles publiés de différents côtés ne prouvent que trop combien ces dernières notions sont étrangères à beaucoup d'écrivains, médecins et autres.

Monsieur et cher confrère,

Quand un phénomène nouveau se produit, vous n'êtes pas de ceux qui crient au magnétisme animal. Avec vous on peut discuter. Vous sentez que je veux parler de ces faits curieux, bizarres même, qui occupent en ce moment l'attention publique.

Je vous dirai d'abord que, jusqu'à présent, je n'ai vu tourner que des chapeaux, et encore n'ont-ils pas toujours tourné. Je ne fais cependant nulle difficulté d'admettre aussi le tournoiement des tables et d'une foule

d'autres objets d'un déplacement facile. Mais vous avouerez avec moi, que le phénomène manque pour le moins aussi souvent qu'il se manifeste.

Vous avez publié, dans un des derniers numéros de votre journal, une explication ingénieuse d'un de nos amis communs, M. Lucien Corvisart. J'ai aussi la mienne, et c'est pour vous la soumettre que j'ai pris la plume. Mon explication est bien simple, si simple même qu'elle a toutes chances de n'être point agréée. La voici : *les tables tournent parce qu'on les fait tourner*. Mais ceci demande quelques éclaircissements.

Vous avez quelquefois assisté à des courses de chevaux ? Voici les chevaux qui approchent du but. Détournez un instant les yeux de l'hippodrôme, et observez les spectateurs, observez vous vous-même. Le cou tendu, chacun a jeté instinctivement le corps en avant, comme pour accélérer encore la rapidité entraînante des cavaliers. Tous ces corps qui se sont inclinés, l'ont-ils fait volontairement? Autre exemple : Voici une voiture emportée par un cheval dont le conducteur n'est plus le maître; trop loin pour porter du secours, les spectateurs de cette scène se sont arrêtés immobiles. Le cheval, qui ne sent plus la main qui le guide, court en droite ligne vers un obstacle contre lequel il doit se briser. Que font les spectateurs impuissants? Par un mouvement dont ils n'ont pas conscience, ils se rejetteut en arrière, comme s'ils espéraient retarder un malheur inévitable.

Vous voyez, mon cher confrère, où j'en veux venir. Je fais la part des dupes et des fripons (où n'y en a-t-il pas?), et je dis que les hommes honorables et consciencieux, qui ont observé le phénomène du tournoiement des tables, ont contribué involontairement à le produire par une pression insensible dirigée dans le sens *préalablement annoncé* du déplacement.

Vous comprenez parfaitement, dès lors, pourquoi le phénomène est si inconstant ; pourquoi il réussit avec les uns et non avec les autres, etc. Répétez l'expérience avec des personnes qui ne l'ont jamais faite, et laissez-leur ignorer le sens dans lequel doit se produire la rotation, le phénomène n'aura point lieu, parce que les efforts insensibles et *involontaires* ne seront point *concordants*.

Agréez, je vous prie, monsieur et cher confrère, l'expression de ma profonde estime et de ma haute considération. JULES BECLARD.

Mercredi, 11 mai 1853.

Monsieur le rédacteur,

L'épidémie des *tables tournantes* augmentant tous les jours, et les médecins étant consultés à chaque instant, il serait convenable d'avoir une réponse satisfaisante à faire aux personnes qui viennent demander des avis. C'est après avoir fait plusieurs expériences que je viens vous proposer une explication physiologique très-simple d'un phénomène qui paraît *miraculeux*, même à plusieurs de nos confrères, et nous sommes généralement des gens doués d'une bonne dose de scepticisme.

Fait. — Il est certain qu'en appliquant les mains de plusieurs expérimentateurs sur une table mobile, de manière que le doigt auriculaire de la main droite appuie sur le doigt auriculaire de la main gauche de l'expérimentateur suivant, on finit par voir tourner la table d'un mouvement souvent très-rapide. On peut disposer les doigts d'une manière inverse. Personne ne peut nier ce fait. L'expérience prolongée un temps suffisant, parfois 50 minutes, réussit très-généralement. La table importe peu, pourvu qu'elle soit mobile. Elle peut être pesante, légère, sur pivot, sur roulettes, en acajou, en sapin, vernie, non vernie, etc.... La durée de l'imposition des mains varie. La force peut être électrique, magnétique, musculaire ou *inconnue*.

L'électricité n'est pour rien dans le phénomène. — On ne découvre ni sur les personnes, ni sur la table tournante, aucun signe de dégagement électrique ; les corps légers ne sont ni attirés, ni repoussés ; du reste, les conditions de l'expérience sont entièrement en dehors des lois reconnues au fluide électrique.

Il n'y a pas de phénomènes magnétiques. — Une aiguille aimantée placée près de la table, sur son centre, etc..., ne présente aucunes variations.

La force qui fait mouvoir la table est donc ou la contraction musculaire ou une *force nouvelle*, cinquième fluide impondérable. Voyons les faits.

Si les auriculaires sont tous placés dans le même sens, les autres conditions dans lesquelles se placent les expérimentateurs n'empêchent pas la production du phénomène. — J'ai vérifié qu'on peut se tenir debout, assis, ou bien s'asseoir et se lever alternativement ; se toucher ; toucher les pieds de la table ; être touché par des personnes étrangères, etc... Après un certain temps, la rotation a lieu.

On peut interrompre la chaîne et le mouvement continue. — J'ai abandonné la table lorsqu'elle tournait, et elle a continué son mouvement avec la même vélocité. Nous étions cinq à expérimenter sur un guéridon peu mobile ; une seconde personne se retira et tout s'arrêta.

Si en commençant l'expérience on s'assure que la table n'est pas assez mobile pour que les expérimentateurs puissent la mettre volontairement en mouvement en poussant avec une certaine force, le phénomène n'a pas lieu. — Si on augmente le nombre des expérimentateurs, le mouvement se produit. Il est évident que le poids de la table n'est rien dans tout cela, c'est sa mobilité qu'il faut considérer.

En recouvrant la table d'une étoffe légère, elle se fronce dans la direction du mouvement qui doit avoir lieu. — Ce fait s'aperçoit 15 minutes après avoir commencé. Le tapis se fronce d'autant plus vite que les expérimentateurs sont plus fatigués.

Si on met un corps dépressible sur la table, on voit que l'auriculaire recouvert par celui du voisin a subi la plus grande pression. — Si on recouvre la table de sable humide, chaque doigt fait une dépression ; celle de l'auriculaire comprimé est la plus profonde, et elle est dirigée obliquement, c'est-à-dire dans le sens du mouvement.

Les doigts sont placés de manière à produire une force tangentielle. — Aussi légère qu'on suppose la pression produite sur l'auriculaire, cette force se décompose en deux forces, dont l'une est tangentielle : et on connaît l'efficacité de cette force.

Si dans l'expérience on a soin de changer souvent de pied pour prendre un point d'appui sur le sol, ou bien de s'asseoir ou de se lever alternativement, on retarde la rotation ou on l'empêche. — Cela arrive parce qu'on repose ainsi les muscles contractés; si on reste toujours dans la même position, surtout si cette position est gênée par la forme ou la hauteur de la table, les muscles des avant-bras se contractent plus rapidement.

Quand on est dans la station verticale, si on place l'extrémité d'un doigt sur un corps solide, après un certain temps, on prend involontairement un point d'appui sur ce corps pour maintenir son équilibre. — J'ai fixé une tige flexible et élastique par un de ses bouts. A l'autre extrémité j'ai attaché un cordon qui supportait un anneau. Je me suis mis debout et j'ai placé l'extrémité du doigt dans cet anneau, en ayant soin d'étendre modérément le bras. Après dix minutes, et en regardant le petit appareil, j'imprimais déjà des mouvements à la tige. J'ai recommencé en ne regardant pas l'appareil : quinze minutes après, la tige était fortement courbée et il m'avait toujours semblé que je ne faisais que toucher l'anneau. Si on étend l'autre bras, ou si l'on se tient sur un pied, le phénomène se manifeste plus rapidement.

Dans l'expérience habituelle il y arrive un moment où l'on n'apprécie plus l'effort que le voisin fait sur l'auriculaire. — Le moment est celui où la table va commencer à tourner. Les doigts sont alors engourdis et peu sensibles.

En augmentant par la position la fatigue musculaire on hâte le développement du phénomène. — C'est ainsi qu'on le développe rapidement en se tenant sur un seul pied, en ne parlant pas, en restant immobile; on le retarde, au contraire, en s'asseyant et se levant alternativement, etc.

En changeant involontairement la direction des contractions musculaires, sans changer la position relative des doigts auriculaires, on intervertit le mouvement. — Lorsque la table tourne lentement, si vous ordonnez de se tenir sur un pied, la table suit la direction du pied lesté; si vous ordonnez de changer de pied, elle suit une autre direction, et tout cela sans déplacer les auriculaires. J'ai fait ainsi changer la direction six fois, en faisant varier la station.

Si au lieu de recouvrir les auriculaires on les dirige perpendiculairement au plan de la table en les faisant toucher, on n'obtient plus de mouvements. — Après un temps très-long (40 ou 50 minutes), on peut obtenir des mouvements irréguliers, on *affole* la table ; elle part alors, si on incline tous les doigts dans le même sens.

Il me semble, monsieur le rédacteur, après ce qui précède, que le point de départ est tout simplement une impulsion involontaire et inaperçue que chaque expérimentateur imprime à la table. L'électricité et le magnétisme n'y sont pour rien ; — faites lever le pied droit, la table tourne à droite, faites lever le pied gauche, elle tourne à gauche ; — reposez les muscles fatigués en changeant les contractions de certains muscles du corps, le mouvement est retardé ; — augmentez la fatigue musculaire, vous hâtez le mouvement ; — mettez les auriculaires perpendiculaires au plan de la table, et vous empêchez le mouvement, etc... Ajoutons que j'ai démontré qu'on s'appuie involontairement sur la table, surtout sur l'auriculaire, que le tapis se plisse dans le sens de la rotation, que la pression fournit une force tangente au plan, etc...

Si l'on admet le plus léger mouvement par suite d'une impulsion involontaire, il est clair qu'en marchant les expérimentateurs *poussent* la table dans leur direction, malgré leur meilleure volonté, et, parce que l'un d'eux chercherait sans y réussir à retenir la table, cela ne prouve rien du tout.

Je formule ainsi mon opinion sur ce phénomène : on ne *veut* pas pousser la table, on ne *croit* pas la pousser et *chacun la pousse involontairement.*

Cette expérience n'est pas l'embryon d'une découverte nouvelle ; elle restera à peine comme un jeu fort ennuyeux.

Agréez, monsieur, mes salutations confraternelles.

Émile Marchand, *D. M. P.*

Sainte-Foy (Gironde), 7 mai 1853.

Napoléon, 9 mai 1853.

Monsieur le rédacteur,

La danse des tables et les autres objets tournants me rappellent une expérience que j'ai faite et que j'ai vu faire il y a quelque vingt-cinq ans. Vous jugerez, par le récit que je vous en adresse, si son histoire a quelque rapport avec la question qui préoccupe si vivement les esprits, et si elle mérite d'attirer, un instant, l'attention de vos lecteurs. Je la livre à votre appréciation.

J'avais lu dans un journal l'article suivant, auquel son auteur avait donné une couleur scientifique, en affirmant qu'il émanait de l'École polytechnique.

Prenez, disait l'article, une noisette, enlevez par un petit trou circulaire l'amande qu'elle contient; remplissez-la de mercure, fermez le trou avec de la cire vierge et attachez-y un fil de lin.

Si vous prenez entre l'index et le pouce l'extrémité libre de ce fil, et si vous suspendez la noisette à quelques centimètres au-dessus d'une monnaie d'argent, la noisette tournera de droite à gauche ; elle tournera, au contraire, de gauche à droite, au-dessus d'une monnaie d'or. Elle tournera également au-dessus de la tête d'un chat; enfin, elle oscillera, comme une pendule, au-dessus de la lame d'un couteau, et dans la direction de cette lame.

J'avais répété cette expérience plus de vingt fois; dix personnes l'avaient répétée devant moi, et le résultat avait toujours été tel que l'annonçait le journal.

J'ajouterai que la bonne foi des expérimentateurs n'était pas douteuse, et que notre croyance dans les propriétés de la noisette au mercure était si profonde, qu'elle en devenait intolérante. Nous n'admettions pas qu'il fût permis d'en douter. Nous commençions même à bâtir sur cette base, quand une dernière épreuve vint la renverser. L'expérience fut recommencée, mais cette fois l'expérimentateur avait un bandeau sur les yeux, qui ne lui permettait pas de connaître l'objet au-dessus duquel la fameuse noisette était suspendue. Dès lors, toutes nos expériences eurent un résultat opposé à celui qu'elles avaient eu auparavant. La noisette oscillait sur les pièces d'or et d'argent; elle tournait autour de la lame d'un couteau, et restait immobile sur la tête du chat. *Le mouvement n'était donc pas spontané; il n'était que le résultat d'une impulsion involontaire et inaperçue que chacun des expérimentateurs imprimait comme malgré lui et sans en avoir conscience, suivant l'objet au-dessus duquel on tentait l'expérience.*

Cette explication ne peut-elle point s'appliquer aux tables et aux autres objets tournants? M. Hardy ne la trouve guère satisfaisante; je vous avoue que je suis moins difficile que votre honorable correspondant. Je suis, au contraire, très-disposé à l'admettre; en considérant surtout ce qui s'est passé sous mes yeux. J'ai toujours vu les expérimentateurs animés d'une foi vive, réussir beaucoup mieux que les incrédules. Ces derniers s'épuisaient même le plus souvent en impositions de mains fatigantes et inutiles; ou, quand les objets finissaient par tourner, c'est que la chaîne humaine renfermait quelque adepte.

Est-ce une grande témérité de supposer que, dans ce cas, un seul chaînon ayant imprimé un mouvement, tous auront dû le ressentir. Il ne faut pas un grand effort pour cela; et les corps légers, tels que les saladiers et les chapeaux, pour peu qu'on y mette un peu de bonne volonté, tournent avec facilité. Or, un enthousiaste est admirablement propre à venir en aide aux rêves que caresse son imagination.

Mais, dira-t-on, les corps pesants, tels que les tables et les guéridons, ont besoin, pour être mis en mouvement, d'un agent dynamique bien autrement puissant que des contractions fibrillaires inaperçues même de ceux qui les éprouvent; et une fois en mouvement, elles ne tardent pas à être emportées dans leurs courbes, avec une telle force et une telle rapidité, que l'on est contraint de les suivre. Il semble qu'un esprit les anime, *mens agitat molem.*

Je répondrai d'abord, que souvent, très-souvent, les tables ne tournent pas du tout; en second lieu, qu'une table montée sur de bonnes roulettes anglaises n'a pas besoin d'une grande puissance pour être mise en mouvement, pour peu surtout que l'expérience se fasse sur le parquet d'un salon bien glissant.

L'impulsion une fois donnée, le mouvement devient, dit-on, irrésistible, et les expérimentateurs sont entraînés dans la course de la table. Je changerais volontiers un mot à cette phrase, pour qu'elle me parût entièrement juste. Au lieu de recevoir l'action de la table, je croirais plutôt que les expérimentateurs la lui communiquent. Je voudrais donc que le mot *entraîné* fût ici un verbe actif et non un verbe passif. Alors, l'explication serait toute simple : d'après les lois de la physique, les corps sont indifférents au repos et au mouvement. Cette table qui tourne, tournerait donc toujours, sans la résistance du frottement et celle de l'air, résistances bien faibles et qui ne peuvent pas lutter avec le nouveau mouvement qui lui est imprimé sans cesse par ceux qui tournent avec elle. Rien d'étonnant, alors, qu'elle acquiert une grande vitesse.

Serait-ce la première fois, d'ailleurs, que nous aurions été dupes de nos sens? et les illusions qu'ils produisent sont-elles donc si rares! L'homme est un grand enfant qui naturellement aime le merveilleux ; lors même que sa raison repousse les prodiges, il se sent attiré vers eux, au moins par un grand intérêt de curiosité : de la curiosité au désir, il n'y a qu'un pas, et ce que l'on désire, l'on ne tarde pas à le vouloir. Or, comme l'action des muscles est sous la dépendance de la volonté, par eux l'impulsion est donnée et la table tourne. Ce sera, si vous le voulez, une impulsion inaperçue même de son auteur ; l'action aura lieu, je vous demande pardon de l'antinomie, par une volonté involontaire ; elle ne reconnaîtra pas moins pour source l'agent par lequel nous nous mouvons et nous mouvons les corps, la puissance musculaire.

En définitive, pour lever tous mes doutes, je me propose de faire l'expérience suivante dont je vous transmettrai le résultat. Je prendrai cinq ou six de mes compatriotes, de bons villageois Vendéens (j'aimerais encore mieux des Bas-Bretons); je les rangerai autour d'une table, avec les conditions requises pour le succès de l'expérience ; ils ignoreront, bien entendu, ce que l'on attend d'eux. Si, après une heure ou deux heures, la table tourne, je m'incline devant le fait; mais, si elle reste immobile, il me sera bien permis de conserver le doute que la philosophie recommande.

Agréez, monsieur le rédacteur, la nouvelle expression de mes sentiments de confraternité.

C. Merland.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— MM. Rouget et Trélat viennent d'être nommés aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

— M. le président a annoncé hier la mort de M. Lemercier, membre correspondant de l'Académie à Amiens.

— La commission des onze a présenté hier, par l'organe de M. Londe, un spirituel rapport à l'Académie ; la savante compagnie l'a adopté à l'unanimité, et une vacance a été déclarée dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle. Mais il paraît que les journalistes ne sont pas les seuls curieux qui écoutent aux portes, et qu'au moins les candidats les valent sous ce rapport. En effet, avant que le rapport en question n'eût été adopté, bien avant même, un jeune savant, fort connu par son zèle pour la science et aussi, à ce qu'il paraît, pour les places vacantes, avait déjà envoyé une lettre pour annoncer sa candidature. Cette lettre avait été omise dans la correspondance de la dernière séance, mais on a jugé à propos de la faire figurer dans la correspondance d'hier, quoique la vacance n'ait été déclarée qu'après la correspondance. — Rien ne sert de courir ; il faut partir à temps. Quoique peu classique, le jeune candidat n'a pas oublié ce précepte du bonhomme Jean.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, mercredi dernier, au renouvellement de son bureau et à la formation de ses différents comités. M. le professeur Requin, vice-président de l'année dernière, a été élu président pour l'année 1853-1854. Ont été nommés : vice-président, M. Bricheteau ; secrétaire général, M. Henri Roger; secrétaires particuliers, MM. Hérard et Léger; trésorier, M. Labric. On a procédé ensuite à l'élection du conseil d'administration, dont MM. Barth, Legroux, Marrotte, Trélat et Vigla ont été nommés membres. En outre, feront partie du comité de publication, MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte et Roger; et du conseil de famille, MM. Devergie, Hervez de Chégoin, Horteloup, Guérard et Natalis Guillot.

Le secrétaire général rappelle que la Société médicale des hôpitaux de Paris se compose de membres titulaires (médecins des hôpitaux), de membres associés et de correspondants ; elle tient ses séances les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans l'amphithéâtre des hôpitaux, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à trois heures et demie de l'après-midi ; ces séances sont publiques. Il rappelle également que la Société a proposé un prix de 1,000 fr. à décerner, en 1854, à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*albuminurie*. — S'adresser, pour les renseignements, à M. Henri Roger, secrétaire général, boulevard de la Madeleine, 15, à qui les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 décembre 1853.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 58. 1re année. Samedi 14 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances de l'Académie des sciences. — Mouvements rotatoires. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. GENDRIN. Leçons cliniques sur l'hystérie, par A. H. Margerie. (*Suite.*) — HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. MICHON. Quelques considérations sur un cas d'épiplocèle irréductible, par M. Zambaco. — Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de mal de Pott, et sur le traitement de plusieurs d'entre elles par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, par M. Piorry. — Un mot sur une forme d'ulcères particuliers aux gencives, par M. Bauchet. — Maladie du sinus maxillaire. Guérison par la sortie d'une grande quantité de pus, par M. Heulhard d'Arcy. — **ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 13 mai 1853.

Séances de l'Académie des sciences.

Nous sommes un peu arriérés avec l'Académie des sciences, qui cependant a offert plusieurs communications dignes de notre attention.

M. Flourens a d'abord mentionné avec beaucoup d'intérêt une communication d'un médecin fort honorable, M. de Lamare, relative au traitement de la phthisie pulmonaire par un extrait de colimaçons désigné sous le nom d'*hélicine*. Ce mode de traitement sera-t-il une nouvelle illusion, ou bien quelques malheureux tuberculeux lui devront-ils la vie? c'est ce qu'une expérience ultérieure pourra seule décider. Nous devons dire toutefois que l'auteur a rapporté dans son mémoire plusieurs observations de guérison, au moins provisoire, dans lesquelles l'état des malades aurait été constaté par les hommes les plus recommandables, notamment par MM. Andral et Louis.

La fistule du sac lacrymal aurait son moyen héroïque, suivant M. Magne, et ce moyen consisterait dans la cautérisation, pratiquée suivant certaines règles. Mais comme le précédent, l'efficacité de ce moyen a besoin d'être confirmée par l'expérience générale.

M. Szokalski a signalé à l'attention de l'Académie un phénomène fort curieux, celui de l'immobilité relative des globes oculaires dans les mouvements, et qui pourra conduire à des résultats physiologiques quand il aura été étudié avec une plus grande précision. Pour le moment, on ne peut qu'appeler sur lui les observations des physiologistes.

Dans la séance du 9, l'Académie a reçu de M. Lallemand la seconde (1), peut-être même la troisième observation d'anévrisme traité par l'injection du perchlorure de fer. Cette observation est d'autant plus importante qu'elle a pour auteur un praticien dont la sagacité est bien connue, M. Serre (d'Alais). Dans ce fait, comme dans celui de M. Niepce, l'injection a été suivie d'une inflammation vive et d'une gangrène des parois du sac, deux accidents graves, mais qui néanmoins n'ont point entraîné d'hémorrhagie ni entravé la guérison. M. Lallemand est disposé à penser que ces accidents, sur l'innocuité desquels il est difficile de compter dans tous les cas, sont dus à ce que l'on a, dans les deux cas, employé un excès de liquide coagulant. Il est permis de croire que cette espérance se réalisera. Toutefois, jusqu'à ce qu'elle ait prononcé d'une manière définitive, des accidents habituellement aussi sérieux doivent imposer la plus grande réserve aux praticiens.

H. DE CASTELNAU.

(1) La première, dans le cas où l'on ne compterait pas celle de M. Raoul Desloncharnps, serait une observation communiquée à l'Académie des sciences par M. Niepce, et qui, par erreur du secrétariat, n'a pas figuré à la correspondance de l'Académie.

Mouvements rotatoires.

Le nombre des lettres que nous avons reçues touchant les phénomènes qui occupent en ce moment le monde savant et surtout le monde des oisifs, est tellement considérable, que nous sommes forcé de demander un nouveau délai pour présenter notre résumé. Nous publions en attendant l'article suivant qu'a bien voulu nous remettre notre excellent ami M. le docteur L. Corvisart. C'est le développement pur et simple des *deux principes* sur lesquels il a appuyé près de nous, le 6 mai, sa théorie. Nous croyons faire remarquer, avant d'insérer cet article, que M. l'abbé Moigno a exposé aujourd'hui dans le *Pays* une théorie basée sur les mêmes principes que ceux que le *Moniteur des Hôpitaux* a fait connaître il y a huit jours.

H. DE CASTELNAU.

—

Comment se fait-il que des chapeaux, des assiettes, des tables s'agitent, qu'ils tournent, s'arrêtent, retournent, etc.?

Voilà ce qu'il est permis d'expliquer d'une manière si simple, que les gens sensés qui se sont laissé prendre à la magie seront les premiers à en rire.

Si ce n'était un engouement fiévreux, comparable aux accès des convulsionnaires de Saint-Médard, menaçant de donner beau jeu aux charlatans de toutes sortes, qui n'ayant rien étudié ne doutent de rien, les hommes d'étude ne se seraient point dérangés.

Ceux qui ne croient surnaturelles que les choses divines et y mettent leur foi, ne persisteront point à croire à l'omnipotence de la volonté humaine, ce qui serait un blasphème. Ceux qui

croient à tout excepté à Dieu ne liront point ces explications, leur foi est trop grande !

Quoi qu'il en soit, il est deux choses qui chez nous sont involontaires et sont des mouvements très-réels et très-énergiques.

1° Un frémissement continuel, chacune à leur tour, des fibres microscopiques qui composent nos muscles, *frémissement vibratoire* très-rapide et à cause de cela peu visible, à moins que le muscle ne soit mis à nu par une amputation ou autre opération, et vu à la loupe; qui devient plus lent, à course plus étendue, pour ainsi dire et plus visible, quand on tremble. La fatigue augmente l'un et l'autre; l'énergie du frémissement vibratoire invisible vient de sa *rapidité*, celle du tremblement visible de son *amplitude*.

2° Il est un phénomène que M. Chevreul (de l'Institut) a fort bien étudié et qu'on appelle en physiologie *tendance au mouvement;* c'est lui qui fait que lorsqu'une pierre est jetée, nous la suivons *involontairement* du corps; que lorsqu'on joue au billard et que la bille n'atteint pas son but, on se penche en avant comme pour la pousser et sans le vouloir, car ce serait une absurdité; que si nous tenons suspendu entre les doigts à un fil un corps un peu lourd, faisant pendule, ce dernier oscille sous nos doigts sans qu'on le veuille, et décrit des courses d'autant plus amples que notre étonnement est plus grand, notre attention plus vive, notre regard plus fixe; et que les courses diminuent d'étendue et s'arrêtent quand on nous bande les yeux (à moins, toutefois, que nous ne suppléions à ceux-ci par notre tact, car si ce dernier nous avertit du mouvement, nous l'exagérons par notre seule attention, qui met en jeu les agents de nos mouvements, sans la volonté, à moins que celle-ci ne soit contraire et douée d'une rare énergie).

Il est de fait que les incrédules ou les savants *réfléchis* mettent un temps assez long à faire mouvoir les objets.

C'est que, seulement alors, survient chez eux, ce qu'il y a de tout à fait irrésistible, les vibrations fibrillaires des muscles et des doigts, résultat inévitable de la fatigue; puis, chez quelques-uns, un tremblement léger (je ne parle pas même de secousses dans les bras); c'est seulement alors, dis-je, que survient le seul *premier moteur* à l'usage des personnes dont je parle.

Les crédules, les gens impressionnables au merveilleux, je dirai *irréfléchis*, peuvent se passer de ce premier moteur. Aussitôt les mains apposées, sans que la volonté intervienne, et même malgré elle, les doigts, par le phénomène de la *tendance au mouvement*, poussent l'objet.

Quand le premier mouvement est dû au *frémissement vibratoire*, il est *hésitant;* il y a un mouvement *franc et rapide* quand celui-ci est dû, d'emblée, au phénomène de la tendance au mouvement.

Voici l'objet en mouvement; quel qu'ait été le *premier moteur*, et dès lors, aussi bien entre les mains des ignorants ou des savants, des crédules ou des incrédules, le phénomène de la *tendance au mouvement* entre en jeu, accélère ou dirige ce mouvement; mais, à moins de jonglerie, d'une manière involontaire.

De même que les oscillations du pendule, par ce phénomène, sont d'autant plus grandes qu'on fait plus d'attention, de même se fait plus vite le mouvement de rotation du chapeau, de même se fait la rotation de la clé sur les doigs.

Et encore ici, plus on est instruit des choses physiques, et par cela moins enclin à la foi aveugle, plus la rotation tarde à se produire, mais elle se produit *nécessairement* quand commence la fatigue, et le mouvement vient précisément du côté où l'attention a été plus fixée, et où, à cause d'elle, la fatigue est plus grande. Ici encore, la *tendance au mouvement* peut produire d'emblée la rotation de la clef (par équilibration plutôt dans un sens).

Ici encore la jonglerie, par un mouvement très-réel et volontaire, quoique *tout invisible* (même en prévenant la personne qui, avec vous, fait le tour) peut produire d'emblée la rotation de la clef sur son appui glissant, le doigt.

Le phénomène du mouvement de la clef suspendue par un fil dépend de ces mêmes mouvements involontaires qui font tourner le fil dans les doigts. On peut voir combien est irrésistible et involontaire ce mouvement, en prenant un crayon entre le pouce et l'index, et examinant un point de ce crayon à la loupe, il tournera. Dans tous ces phénomènes, un *seul* membre, une *seule* personne suffit pour les objets très-mobiles; la *lourdeur* seule nécessite l'intervention de *plusieurs* personnes ou d'un grand nombre.

Frémissement vibratoire, tendance au mouvement, s'enchaînent; le premier agit d'abord, si la foi ou l'attention ne produit pas tout d'abord le deuxième; le deuxième entre en jeu dès qu'un mouvement *quelconque* a éveillé une *vive attention*.

Les changements de tour, ou le début d'une rotation commencent le plus souvent par un mouvement *incertain*, produit par *le frémissement musculaire;* si ce frémissement prédomine d'un côté, soit par sa vitesse ou sa force, si l'inclinaison des doigts est favorable et tangentielle, si le corps tout entier est porté favorablement, si la forme du corps à mouvoir s'y prête, la rotation a lieu de ce côté et par ces raisons seules; dès qu'elle s'opère, l'attention même des incrédules est éveillée et avec elle la *tendance au mouvement* mise en jeu, la rotation est accélérée.

Si ces conditions ne sont point favorables ou sont contraires, l'attention qui amène la tendance au mouvement vient en aide, et bientôt l'objet tourne, la rotation est encore rapide. Mais si, dans ces conditions fâcheuses, l'*incrédulité* ou la *distraction* empêche l'intervention de la *tendance au mouvement*, le frémissement est impuissant, la rotation est nulle.

Ainsi s'explique les cas où on ne réussit point.

Il est des choses *inexplicables cependant;* c'est que les crédules renforcés ou les jongleurs vous disent qu'il suffit qu'une personne touche l'habit d'un expérimentateur, même à son insu, pour transmettre son fluide ou sa volonté à l'objet, l'habit transmettant ce fluide; et qu'ils ne puissent, avec ce même conducteur, transmettre le mouvement à la table sans la toucher. Qu'une lourde chaîne d'expérimentateurs, sur un lourd navire, fasse virer ce dernier, et qu'un enfant, sur une table légère, empêche, par son poids, la rotation, malgré la chaîne puissante des expérimentateurs!

Dr L. Corvisart.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les nos* 16, 23, 28, 29, 36, 53.)

Avant de comparer les accidents de l'hystérie aux symptômes des maladies nerveuses avec lesquelles elle offre le plus de ressemblance et spécialement aux symptômes particuliers qui caractérisent l'épilepsie et certaines formes de manie, il importe d'aborder les considérations que comprend l'étiologie de cette affection.

Au nombre des causes de la maladie hystérique, nous devons placer en premier lieu, comme cause prédisposante, ou pour mieux dire, comme la seule cause prédisposante efficace, la mobilité nerveuse exagérée.

La mobilité nerveuse exagérée a été par nous longuement décrite; comme on sait, elle est principalement le partage des jeunes sujets et particulièrement des jeunes filles, elle consiste en un état physiologique dans lequel l'action du système nerveux subit avec une extrême facilité les plus larges oscillations.

A la faveur de la mobilité exagérée du système nerveux, toutes les causes capables de déterminer dans l'économie un ébranlement assez énergique pour mettre violemment en jeu la sensibilité, ou pour agir fortement sur les facultés intellectuelles, peuvent amener l'explosion des phénomènes morbides de l'hystérie. Or, parmi les causes qui amènent le plus fréquemment un semblable résultat, doivent être mentionnés tout d'abord les

états de souffrance permanente qui, localisés dans certains viscères, deviennent l'origine de douleurs vives et prolongées.

Rien n'est plus commun que de rencontrer chez les jeunes filles des douleurs d'estomac, ces douleurs se rattachent tantôt à l'établissement plus ou moins difficile de la menstruation, tantôt à l'évolution plus ou moins pénible de l'organisme pendant l'âge de la puberté; les douleurs d'estomac dont se plaignent la plupart des chlorotiques en général ne sont pas d'une autre nature et ne reconnaissent pas une autre cause; elles sont l'effet de digestions laborieuses, elles tiennent à l'imperfection des fonctions de l'estomac, par leur ténacité et leur persistance, elles réagissent puissamment sur le système nerveux; en vertu de leur continuité et de leur durée, elles suscitent dans ses fonctions des oscillations plus étendues que celles dont la seule mobilité nerveuse est la source, en telle sorte qu'elles deviennent fréquemment la cause de l'invasion des accidents hystériques.

Un certain nombre de jeunes femmes, celles principalement chez lesquelles la circulation a pris une grande activité, éprouvent, coïncidemment avec l'apparition des règles, des douleurs, des coliques utérines qui sont quelquefois assez intenses pour les forcer de s'arrêter subitement : ces douleurs sont dues au travail fonctionnel qui a pour siége les ovaires, et à la turgescence qui s'opère dans la matrice lors de chaque époque menstruelle, elles se réveillent périodiquement tous les mois, et, de même que les douleurs d'estomac, provoquent fréquemment l'explosion des manifestations paroxystiques de l'hystérie.

La concentration habituelle de souffrances morales chaque jour renouvelées, les peines de toute sorte, les chagrins qui sont la conséquence inévitable d'une vie mal instituée ou mal comprise, de la misère, des malheurs de famille, toutes les causes en un mot qui peuvent amener un état de continuelle tristesse et jeter des individus jeunes encore dans un ébranlement moral dont les secousses atteignent nécessairement un plus haut degré de violence que chez des personnes avancées en âge, suffisent dans un grand nombre de cas, en l'absence de toute autre influence, à développer et à faire éclater les accidents de l'hystérie. C'est ainsi que s'explique la singulière facilité avec laquelle apparaît cette maladie dans toutes les circonstances où prennent naissance des passions tristes et prolongées, à la suite d'amours contrariées, de mariages manqués, de renversements de fortune et de misères imprévues.

L'hystérie peut également être occasionnée par un travail fonctionnel exagéré, dont l'accomplissement place l'économie dans des conditions insolites; aussi voit-on l'accroissement rapide qui s'opère chez les jeunes filles et qui se prononce surtout à l'âge de la puberté, lorsqu'il dépasse les limites de l'état physiologique, devenir souvent l'occasion de maladies hystériques destinées à subsister jusqu'à l'âge adulte confirmé; ces maladies hystériques ne sont pas autre chose que ce qu'on désigne vulgairement sous le nom de maux de nerfs arrivant par croissance.

La grossesse, qui entraîne avec elle un état fonctionnel passager, mais d'une grande activité, puisqu'il a pour objet de subvenir aux frais de nutrition qu'exigent à la fois et le développement de l'utérus et l'évolution du produit de la conception, la grossesse, durant laquelle la mobilité nerveuse est constamment exagérée, devient souvent l'origine des accidents de l'hystérie.

Nous en devons dire autant de la lactation : fonction temporaire comme la gestation, la lactation est souvent disproportionnée avec la force des femmes qui consentent à nourrir leurs enfants; par les déperditions qu'elle impose à l'organisme, par les excitations qui résultent de la succion du mamelon répétée plusieurs fois par jour, elle crée dans l'organisme les conditions les plus favorables au développement de la maladie qui nous occupe. Signalons ici une circonstance digne d'être mentionnée; par une heureuse particularité, les hystéries qui se manifestent secondairement à la lactation, aussi bien qu'à la grossesse, et qui sont en dernière analyse l'épigénèse de fonctions transitoires, cessent ordinairement avec les conditions spéciales dans lesquelles elles ont puisé leur origine.

Les commotions morales très-vives déterminent fréquemment un ébranlement brusque, rapide et violent du système nerveux, qui se traduit par des attaques de nerfs; ces attaques, dans un certain nombre de cas, constituent un phénomène passager et qui ne se reproduit pas ultérieurement; toutefois elles se renouvellent habituellement, à des intervalles plus ou moins rapprochés, chez les personnes qu'un haut degré de mobilité nerveuse prédispose à l'hystérie; c'est de cette manière qu'une frayeur soudaine, qu'une joie démesurée, que toutes les impressions en un mot dont l'action, pénétrant par les voies de l'intelligence ou de la sensibilité, exalte jusqu'à leurs dernières limites les fonctions de l'innervation, amènent à leur suite les maladies hystériques.

Il n'entre pas dans notre sujet de parcourir la longue série de toutes les circonstances susceptibles de produire un brusque ébranlement du système nerveux; nous nous contenterons donc d'appeler l'attention sur le nombre considérable et la multiplicité de ces circonstances.

Telles sont en résumé les causes principales sur lesquelles il était de notre devoir d'insister; si à ces causes on ajoute une prédisposition spéciale qui appartient à certaines personnes et se montre héréditaire dans certaines familles, on possédera, touchant l'étiologie de l'hystérie, l'ensemble des notions acquises aujourd'hui à la science.

On voit des familles au sein desquelles l'hystérie se perpétue pendant plusieurs générations successives, on en rencontre d'autres dans lesquelles elle éclate après avoir été précédée, pendant un laps de temps variable, par des affections nerveuses plus graves et notamment par l'épilepsie. C'est que toutes les affections nerveuses se lient, à des degrés divers, à la mobilité nerveuse exagérée, laquelle se transmet par voie d'hérédité dans certaines familles et constitue l'une des causes qui prédisposent le plus puissamment à l'hystérie.

On peut dire, d'une manière générale, que la mobilité exagérée du système nerveux, en tant que prédisposition, représente la cause ordinaire des maladies hystériques. Les conditions physiologiques qui rendent le système nerveux plus facilement accessible aux excitations diverses qu'il est susceptible de ressentir, doivent prendre rang parmi les causes prédisposantes de second ordre; telles sont le jeune âge, la puberté, le sexe; personne n'ignore que les femmes sont douées d'une mobilité et d'une irritabilité nerveuse plus grande que les hommes. Tous les ébranlements physiques, physiologiques et pathologiques du système nerveux, lorsqu'ils rencontrent une prédisposition suffisante, peuvent devenir l'origine de la maladie hystérique.

Toutes les fois que la mobilité nerveuse est peu développée, les perturbations qu'éprouve l'innervation, qu'elles aient leur source dans le monde intérieur ou dans le monde extérieur, conservent le caractère de phénomènes isolés et temporaires, elles amènent l'hystérie à leur suite lorsqu'elles s'accomplissent dans des circonstances opposées et se trouvent secondées dans leurs effets par une susceptibilité exagérée du système nerveux.

Les auteurs ont souvent et longuement discuté la question de savoir si l'hystérie est une maladie propre à la femme, une maladie dont l'homme ne peut être affecté; suivant la manière d'après laquelle la solution de cette question a été par eux envisagée, ils ont admis ou rejeté l'opinion qui rattache l'hystérie aux organes génitaux internes et aux fonctions du système utéro-ovarien. Nous n'avons pas besoin de le dire : ceux qui ont considéré l'affection qui nous occupe comme le partage exclusif du sexe féminin, ont placé, dans la matrice et ses annexes, le point de départ des manifestations pathologiques que comprennent les diverses variétés de l'hystérie.

Les nosologistes, et Louyer-Villermé est de ce nombre, qui ont vu dans l'hystérie une maladie commune à l'homme et à la femme, ont commencé par lui attribuer une forme unique dont la suffocation formait, à leur avis, l'élément dominant; ils ont ensuite recherché si les phénomènes constitutifs de la forme unique admise par eux, et notamment la suffocation, avaient été constatés chez l'homme d'une manière positive et incontestable; ils sont arrivés à conclure qu'on avait plusieurs fois observé sur

des personnes peu avancées en âge, appartenant au sexe masculin, des accidents nerveux accompagnés de suffocation, dans des circonstances analogues à celles au milieu desquelles les symptômes de l'hystérie apparaissent chez la femme; en conséquence, ils ont affirmé que la maladie hystérique atteint, bien que très-rarement à la vérité, les sujets du sexe masculin. Il y a dans cette affirmation un fait qu'on ne saurait révoquer en doute; Robert Whytt l'a indiqué.

Restreindre l'hystérie à une forme unique, c'est commettre une erreur d'observation, c'est méconnaître toutes les autres variétés de la maladie, même dans les cas où elles alternent avec des accès de suffocation convulsive; toutefois, en admettant une semblable restriction, il reste prouvé que l'hystérie peut sévir avec beaucoup moins de fréquence, il est vrai, mais avec autant d'intensité et d'évidence chez l'homme que chez la femme.

Lorsqu'on comprend, sous la dénomination d'hystérie, un plus vaste ensemble de phénomènes, lorsqu'on accepte comme vérité démontrée que les manifestations paroxystiques de cette affection ne se lient pas invariablement à la suffocation, il devient manifeste que les accidents hystériques sont plus communs parmi les personnes du sexe masculin qu'on ne le pense généralement. Il n'est pas très-rare de voir chez des adolescents s'établir, comme une sorte d'habitude, des perturbations nerveuses qui empruntent leur caractère fondamental tantôt à l'extase, tantôt à la suffocation; ces perturbations s'accompagnent constamment des accidents continus de l'hystérie, d'une anesthésie plus ou moins étendue, avec points hypéresthésiques. Pour notre part, nous ne doutons nullement que les diverses formes de la maladie hystérique ne puissent appartenir au sexe masculin aussi bien qu'au sexe féminin, seulement nous avons en même temps la conviction qu'elles se présentent beaucoup moins fréquemment dans l'un que dans l'autre; que, par exemple, pour trente cas d'hystérie qui se montrent chez des femmes, on trouve tout au plus un ou deux cas d'hystérie apparaissant chez des hommes.

Lorsqu'on examine le mode suivant lequel s'établissent les fonctions du système nerveux, on trouve facilement la raison de la différence que nous signalons ici : l'homme est doué d'une moins grande mobilité nerveuse que la femme; de là résulte, quant à la fréquence relative de l'hystérie chez l'un et chez l'autre, une disproportion qu'on retrouve dans toutes les maladies nerveuses sans exception; l'éclampsie dentaire, les accidents nerveux hypochondriaques et mélancoliques, la danse de Saint-Guy, toutes les maladies nerveuses, en un mot, dans lesquelles se produisent des mouvements anormaux du système nerveux, déterminant des convulsions, des contractures, des anomalies dans la répartition de l'innervation, sont infiniment plus communes chez les femmes que chez les hommes; c'est que chez les premières, à un plus haut degré que chez les seconds, les actes du système nerveux peuvent osciller dans de larges limites; ajoutez que les impressions dont la perception est dévolue au système nerveux sont plus vivement senties par les jeunes filles que par les jeunes garçons; que les femmes, au point de vue de l'action des causes extérieures, sont plus accessibles que les hommes à l'invasion des causes déterminantes de toutes les maladies nerveuses.

Il est maintenant facile de comprendre que toutes les causes susceptibles de déterminer la manifestation primitive de l'hystérie ont le pouvoir de déterminer pareillement la manifestation des paroxysmes de cette maladie; que celles sous l'influence desquelles s'efface et disparaît l'aptitude à contracter les affections nerveuses ont la puissance d'amener par leur action l'atténuation et l'annihilation de ces mêmes affections lorsqu'une fois elles se sont établies dans l'économie. La mobilité nerveuse diminue avec le ralentissement des fonctions vitales; par suite du décroissement qu'elle subit avec l'âge, elle fait cesser d'une manière manifeste les conditions d'opportunité qui président au développement et à la persistance de l'hystérie, aussi voit-on les accidents hystériques prendre fin dans toutes les périodes de l'existence que marque un affaiblissement de la mobilité nerveuse aux approches de l'âge critique chez la femme, de l'âge adulte chez l'homme.

A. H. MARGERIE.

(La suite à un prochain numéro.)

Hôpital de la Pitié.—M. MICHON.

Quelques considérations sur un cas d'épiplocèle irréductible.

Au n° 24 de la salle Saint-Louis, est couché un homme âgé de 75 ans, très-bien conservé, d'une constitution forte et vigoureuse, et exerçant l'état de boutonnier.

Il porte une hernie épiploïque gauche depuis 33 ans, qu'il maintient habituellement contenue par un bandage inguinal. Toutes les fois que l'épiploon sortait à travers l'anneau dilaté, il lui était très-facile de le faire rentrer, en pressant légèrement sur la tumeur.

Il y a quelques jours, à la suite de violents efforts, la hernie a filé derrière le bandage et a subi pendant quelque temps un froissement, une compression par la pelote de l'appareil contentif.

La sortie du viscère à travers l'ouverture, masquée par le bandage, serait déjà un signe presque suffisant à lui seul pour diagnostiquer un épiplocèle, si les commémoratifs et d'autres symptômes, tant négatifs que positifs, qu'il est inutile d'énumérer, n'établissaient pas, d'une manière non douteuse, la nature de la partie échappée. En effet, dit M. Michon, un épiplocèle est bien plus difficile à contenir qu'un entérocèle. Une petite portion du sac épiploïque peut se sauver et arriver ainsi sous les téguments, malgré la présence du brayer; elle peut sortir, quelque petite que soit l'ouverture qui lui fraye passage, et une fois hors de la cavité abdominale, elle grossit en continuant de marcher et d'accroître malgré la contention. Il n'en est pas de même de l'instestin, qui ne peut sortir qu'à travers un orifice assez grand.

Le malade essaya, mais ne put réduire cette fois-ci, soit que la partie déplacée fût plus volumineuse que d'habitude, soit qu'elle fût engorgée.

Le même jour, il fit appeler un médecin qui pratiqua le taxis pendant une demi-heure, et revint à trois différentes reprises, malaxant ainsi outre mesure et exagérant les manœuvres opératoires (du moins selon l'avis de plusieurs chirurgiens, non partisans du taxis forcé). Toutes les tentatives ont échoué, malgré l'insistance du médecin. Le malade éprouvait de la douleur assez vive, ce qui n'arrivait pas lorsqu'il réduisait sa hernie lui-même.

Lorsqu'une hernie réductible habituellement, dit M. Michon, cesse de l'être tout à coup, en même temps qu'elle devient douloureuse, elle réclame la plus grande attention, la plus grande surveillance de la part du chirurgien qui ne doit essayer le taxis qu'avec grande modération et prudence, surtout lorsque la hernie est constituée par un corps gras comme le péritoine qui rentre sans difficulté, ordinairement. Si l'on persiste avec entêtement, les palpations prolongées engorgent, tuméfient, enflamment la séreuse, ainsi qu'il est arrivé chez notre malade, qui présente aujourd'hui une tumeur grosse comme la moitié du poing, solide, dure, irréductible et douloureuse; l'inflammation peut se propager en remontant et par voie de continuité dans le canal inguinal et être ainsi le départ d'une péritonite générale. La prolongation du taxis a donné bien souvent lieu à une phlogose mortelle de la séreuse. En voyant cette tumeur, on ne croirait pas, à son volume, qu'elle ne datât que de quelques jours. Mais l'épiplocèle enflammé forme une sorte de boule qui augmente rapidement de volume, il se durcit d'autant plus qu'étranglé, en quelque sorte, par l'anneau inguinal, il ne peut pénétrer dans l'abdomen à travers un canal si étroit relativement.

L'expérience démontre que lorsque l'épiploon est dans cet état, il réclame un traitement tout différent de celui des hernies : il faut du repos et un décubitus tel, que les muscles larges de l'abdomen soient dans un relâchement complet, pour favoriser la circulation de la portion de la séreuse échappée.

Il faut, en outre, un traitement général et local approprié.

Dans l'épiplocèle, il y a bien moins à s'empresser à réduire que dans l'entérocèle. L'étranglement même du péritoine a une marche bien plus lente. On peut et l'on doit différer la réduction. Si on néglige ces préceptes, on risque d'aggraver bien plus l'état du malade que s'il était abandonné à lui-même.

Les sangsues sont employées avec succès dans ces cas. Elles peuvent être appliquées tant sur la tumeur qu'à la marge de l'anus; on atteint, en effet, le même but, si l'on ne réussit pas mieux, en les posant sur ce dernier endroit; on dégage les hémorroïdales, branches de la veine-porte, et on attaque ainsi directement la circulation intra-abdominale.

En même temps, on prescrira des érythèmes émollients, des frictions

hydrargyriques pour obtenir une résolution prompte. Supposons, maintenant, que l'on soit en présence d'un malade qui offre une tumeur inguinale volumineuse, dure, empâtée, enflammée, et prenons d'abord le cas le plus simple, un épiplocèle avéré ; les émissions sanguines locales, corroborées par un traitement convenable, ont amené une grande diminution de volume ; doit-on se dépêcher de réduire, dès que le taxis est praticable ; c'est s'empresser de donner une satisfaction bien souvent momentanée au malade et à soi-même, selon l'opinion de M. Michon ; opinion fondée sur un grand nombre d'observations, que sa longue expérience lui a fournies.

Un épiplocèle peut redevenir réductible avant que toute trace d'irritation ne disparaisse, lorsqu'il conserve encore un haut degré de tuméfaction et surtout d'induration ; or, qu'arrive-t-il après la réduction ? ou bien l'inflammation se propage par contagion, ou bien le péritoine devient le siége d'une phlogose, déterminée par la présence de la tumeur elle-même, agissant à la manière des corps étrangers. Mais le diagnostic de l'épiplocèle n'est pas toujours chose très-facile ; plus d'une circonstance le rendent embarrassant.

Tel fut le cas échu à M. Michon dans un de ses concours ; le malade offrait une tumeur inguinale assez volumineuse, empâtée inférieurement, tandis qu'elle faisait sentir une légère fluctuation supérieurement.

Le candidat, ainsi que le jury, était fort embarrassé ; pour les uns, c'était un kyste ; pour les autres, un épiplocèle, et pour les conciliateurs, l'un et l'autre. Le lendemain, pour élucider la question, le chirurgien de service fit une ponction exploratrice ; il jaillit un peu de liquide en même temps qu'on vit l'épiploon sortir à travers l'ouverture.

Au service de M. Michon, un autre cas à peu près semblable se présenta ; plusieurs membres de la Société de chirurgie furent convoqués ; une grande dissidence régnait parmi les opinions. Une ponction livra issue à un liquide sanguinolent, et tout le monde fut d'accord après sur l'existence d'un épiplocèle. La tumeur rentra en bloc et avec bruit, mais de même que dans le cas précédent, une péritonite se déclara consécutivement.

Comme déductions rationnelles de tout ce qui précède, on doit tirer les suivantes :

1° Si un épiplocèle réductible habituellement devient subitement irréductible, la prudence condamne de prolonger pendant longtemps les manœuvres du taxis, et notamment lorsque celles-ci occasionnent des douleurs au malade ;

2° Dans les épiplocèles phlogosés, on doit s'abstenir de réduire dès que le taxis sera praticable, et avant la disparition complète des phénomènes morbides ;

3° On doit surtout se conduire avec prudence et réserve, dans les cas d'un diagnostic obscur et incertain. D. Zambaco, *interne*.

Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de mal de Pott, et sur le traitement de plusieurs d'entre elles par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium.

Par M. Piorry, professeur à la Faculté de médecine.

(*Lu à l'Académie des sciences.*)

Le mal auquel l'illustre Pott a donné son nom est une des affections dont l'étude prouve le mieux que le médecin doit avoir en vue l'organisation modifiée par des lésions et non par des collections de symptômes individualisées sous le nom de maladies.

Il s'agit, dans cet appareil symptomatique, d'une paralysie intéressant séparément, successivement ou simultanément les sensations et les mouvements dans les extrémités inférieures, la vessie et le rectum ; paralysie à laquelle se joint une tuméfaction plus ou moins étendue de la colonne vertébrale, parfois suivie d'abcès développés localement ou sur des points éloignés de ceux où existe la maladie du rachis.

Énumérer les nombreux travaux qui ont été faits sur le mal de Pott, serait étendre de beaucoup le temps que cette lecture doit comporter. Il est seulement indispensable de dire où la science et la pratique générale sur ce sujet sont actuellement parvenues. Le mal de Pott est considéré, par la plupart des auteurs modernes, comme étant le résultat de tubercules développés dans le corps des vertèbres et dont le ramollissement a pour conséquence fréquente un abcès dans cette partie, lui-même suivi d'accidents variés.

On admet encore que, dans un assez grand nombre de cas, des inflammations d'une partie du rachis, de son périoste, de ses ligaments, du tissu fibro-cartilagineux qui sépare le corps des vertèbres, sont les points de départ des phénomènes observés. On pense que des contusions dont les os ont été frappés, que des tiraillements, des ruptures de muscles ou de ligaments, que des luxations incomplètes, etc., ont été parfois les circonstances dont la maladie de Pott a été la conséquence.

On dit, mais d'une manière vague, que la syphilis, le rhumatisme (et l'on ne définit pas ce mot sur lequel on ne s'entend pas), le vice scrofuleux (dont on spécifie fort mal les symptômes, la nature et même l'existence), impriment parfois des caractères spéciaux au mal dont il s'agit.

Enfin, dans quelques cas excessivement rares, des cancers, des hydatides déterminent, assure-t-on, la tuméfaction d'une ou de plusieurs vertèbres.

C'est principalement à une époque très-avancée du mal, quand l'os est tuméfié à ce point que les nerfs dorsaux ou lombaires sont comprimés à leur sortie par les trous de conjugaison, c'est quand les symptômes de compression auxquels donnent alors lieu ces nerfs, où la moelle se dessine, c'est alors, dis-je, que les médecins pensent à la possibilité de l'existence d'une maladie vertébrale et cherchent à la reconnaître.

Trop souvent, à cette époque, des abcès sont formés, les os ramollis, et les vertèbres malades s'affaissent ; alors les épines dorso-lombaires sont devenues saillantes ; les gouttières latérales à ces épines et situées au niveau de la partie affectée, sont tuméfiées, soit des deux côtés, soit d'un seul, et parfois encore des tumeurs fluctuantes et suppuratives sont formées sur des régions voisines des os malades. Le mal n'est même quelquefois reconnu qu'au moment où des collections de pus viennent à se déclarer symptomatiquement aux lombes, aux aines, aux cuisses, au siége, etc.

Pour le plus grand nombre des praticiens de nos jours, c'est donc la succession des divers symptômes en rapport avec la compression de la moelle, réunis à ceux de la tumeur vertébrale constatée par la vue et par le toucher, qui caractérisent le mal de Pott ; or, comme cet ensemble pathologique ne se manifeste que fort tard, il arrive que le traitement, faute d'une diagnose positive, n'est opposé aux accidents dont il s'agit qu'au moment où il est à peu près impossible d'y remédier.

Le malade reste bientôt immobile dans son lit ; là, les téguments du siége se trouvent placés sur un plan déprimé et sont salis par des liquides sortis de l'intestin et de la vessie paralysés. Une éruption de boutons rouges, souvent surmontés d'une vésicule contenant une sérosité que colore en violet du sang échappé des vaisseaux, se prononce sur cette partie de la peau. Au-dessous de cette vésicule, véritable pustule maligne, se trouve une portion de téguments mortifiés ; l'escarre qui constitue celle-ci s'étend, tantôt profondément au-dessous du derme, dans les muscles, le tissu cellulaire, et tantôt superficiellement et dans une vaste surface de la peau. Il en résulte des ulcérations énormes, grisâtres et noirâtres, suintant un liquide sanieux, trouble et fétide. On voit trop souvent les parties molles, et dans une immense étendue, détruites jusqu'à l'os. Parfois, le pus des abcès provenant du rachis malade coule abondamment. Altéré qu'il est par l'air, ce liquide pénètre dans les vaisseaux ramollis ou ulcérés et cause les symptômes autrefois attribués à la fièvre lente ou hectique (pyémie chronique). Ailleurs, la sanie putride résorbée rentre aussi dans le courant sanguin et détermine les phénomènes les plus graves et les plus promptement funestes.

La marche de ces accidents ultérieurs varie infiniment sous le rapport de sa promptitude ; mais la mort, dans la plupart des faits observés, a été presque constante. On trouve, lors de la nécroscopie, les lésions les plus terribles et qui consistent en des ramollissements, des ulcérations, des destructions d'os et de cartilages, des collections purulentes parfois enkystées, des abcès étendus au loin.

Presque toujours, les portions de la colonne vertébrale affectées ont perdu la plus grande partie de leurs sels constitués par

du phosphate et du carbonate calcaire. Dans quelques cas, il ne reste plus, de la substance osseuse, que la trame organique altérée et souvent partiellement détruite. Aussi arrive-t-il quelquefois accidentellement que, pendant la vie du malade, tout à coup le corps se fléchit, et cela par suite d'une véritable rupture de ce qui reste de tissu solide; il en résulte une déformation complète, accompagnée parfois d'extrêmes douleurs dues à la compression des nerfs dorsaux ou lombaires. Dans un cas de guérison, j'ai vu la colonne, divisée en deux parties au niveau de la région lombaire, être remplacée par du tissu fibreux (15e *obs.*).

Quand le mal occupe des régions très-élevées du rachis, il se joint à ces symptômes des phénomènes en rapport avec les fonctions dont sont normalement chargées les parties supérieures de la moelle et de la colonne vertébrale.

Les symptômes varient aussi suivant la nature de la lésion qui donne lieu aux phénomènes morbides : dans le cas où il s'agit d'une inflammation véritable des vertèbres ou de leur périoste, les accidents, alors précédés de contusions, de blessures, etc., sont plus aigus; des douleurs plus vives se déclarent; des troubles généraux et locaux de circulation surviennent, et s'il s'agit de tubercules dans les vertèbres, souvent les poumons en contiennent aussi. On voit alors se déclarer des symptômes généraux rapportés par les auteurs aux affections tuberculeuses ou scrofuleuses; si des cancers de la colonne vertébrale ont lieu, il existe souvent ailleurs d'autres affections cancéreuses. Les maladies syphilitiques du rachis consisteraient le plus ordinairement en des intumescences partielles des vertèbres, de leurs apophyses et surtout de leur périoste (39e *obs.*), accompagnées de douleurs plus ou moins vives, existant principalement lorsque le malade est couché dans un lit échauffé, et coïncidant avec d'autres accidents dits vénériens; tels que des pustules, des ulcérations spéciales, chroniques, soit du pharynx, soit de la peau; des taches ou seulement des cicatrices de chancres ou de bubons datant d'une époque plus ou moins rapprochée, etc.

Bien que la nature du mal établisse quelques différences dans le jugement que l'on doit porter sur sa marche, toujours est-il que les accidents qu'il cause deviennent le plus souvent funestes; aussi les praticiens ont-ils, depuis les beaux travaux de Pott sur ce sujet, employé le traitement le plus actif pour les combattre et pour entraver la marche terrible des phénomènes dont il s'agit.

Un mot sur une forme d'ulcères particuliers aux gencives.

On rencontre souvent dans les hôpitaux, plus souvent encore dans la clientèle privée, des personnes qui souffrent depuis des semaines et même des mois de certains points des gencives. Ces douleurs sont ordinairement assez vives pour que la mastication soit pénible. Si l'on explore alors la cavité buccale, on ne trouve pas de plaie, pas de vaste ulcération; mais on remarque au niveau du collet d'une ou de plusieurs dents, dans un point d'habitude bien limité, un petit liséré gris, une espèce de petit chancre (qu'on me passe le mot, parce qu'il rend bien l'altération que l'on observe), qui tend à décoller la gencive. C'est une sorte de diphtérite, de phlegmasie couenneuse, à laquelle a bientôt succédé une petite ulcération. Cette ulcération amène les douleurs vives que j'ai signalées plus haut; elle dénude les dents, les déchausse si l'on n'y prend pas garde; et même, dans certains cas, atteint l'alvéole.

Cette petite ulcération est rebelle, et persiste si on ne l'attaque violemment; elle ne cède guère qu'à l'emploi de styptiques énergiques, ou à la cautérisation.

Ce petit ulcère envahit d'abord la gencive. Et ici l'on doit établir, avec M. Velpeau, quelques divisions, quant à son siége; divisions importantes pour le traitement à mettre en usage.

L'ulcère peut débuter par la face externe de la gencive, près de son bord libre, ou bien par son bord libre, ou ces deux points à la fois. Dans ces cas, la poudre d'alun, appliquée avec soin sur toute la partie ulcérée, a parfaitement réussi à M. Velpeau. Cette poudre d'alun doit être mise en usage tous les deux jours, souvent trois ou quatre fois de suite.

Mais que l'ulcère débute par le bord libre de la gencive, au niveau des alvéoles, qu'il gagne la face profonde de la gencive, ou bien qu'il n'occupe que ce dernier point, les douleurs sont plus vives, la gencive est un peu boursouflée, la dent est comme déchaussée; et quand on vient à toucher ce point, la souffrance est quelquefois très-aiguë. On comprend de suite qu'il est difficile de porter de la poudre d'alun dans une excavation aussi petite, combien surtout il est difficile de toucher les divers points de l'ulcération. C'est dans ces cas que M. Velpeau a employé avec succès le crayon de nitrate d'argent : encore a-t-il bien soin que le crayon soit taillé en pointe assez déliée. Il insinue ce crayon dans la petite excavation, et en cautérise toute l'étendue.

Il y aurait encore un autre moyen : fendre la gencive au niveau de l'ulcère, et le frotter ensuite avec de l'alun en poudre; mais ce moyen est tout aussi douloureux, n'amène pas une guérison plus prompte, et répugne le plus souvent aux malades.

A l'aide de ce traitement, ces petits ulcères marchent vers la cicatrisation, et au bout de huit à dix jours, rarement plus longtemps, les malades sont complétement débarrassés de cette fâcheuse altération des gencives. On peut résumer, dans les trois propositions suivantes, le traitement de ces ulcérations :

1° Pour la diphtérite gingivale externe : — Gargarisme aluminé; alun en poudre;

2° Pour les diphtérites du bord libre des gencives : — Alun en poudre;

3° Pour les diphtérites gingivales internes : — Incision de la gencive; alun en poudre, — ou mieux : cautérisation (trois ou quatre fois, souvent deux fois seulement) avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe. BAUCHET.

(*Bull. de Thérapeut.*)

Maladie du sinus maxillaire. — Guérison par la sortie d'une grande quantité de pus,

Par M. HEULHARD D'ARCY, *médecin à Clamecy.*

En lisant le numéro de décembre de la *Revue médico chirurgicale,* l'article sur les tumeurs fongueuses du sinus maxillaire m'a rappelé une observation, que, peut-être, vous ne lirez pas sans intérêt. Je vais vous la rapporter en quelques mots.

Morlo, manœuvre, âgé de 40 ans, se présenta chez moi dans le courant de mai 1851, se plaignant de ne plus pouvoir ni se moucher, ni respirer par la narine droite. Je lui demandai depuis combien de temps il s'apercevait de cette incommodité, il ne sut pas me répondre. En examinant cette narine, je la trouvai complétement obstruée par une tumeur dure, qui avait refoulé le cornet inférieur jusque contre la cloison. La voûte palatine était fortement déprimée en bas. L'os était détruit dans une étendue de 6 centimètres carrés, on sentait la muqueuse pressée par une tumeur analogue à celle que l'on sentait dans la narine. Quelle était la nature de cette maladie? Je crus avoir affaire à un polype du sinus maxillaire, et pour me donner le temps de réfléchir sur la manière dont j'en débarrasserais mon malade, je l'engageai à venir me revoir sous quinze jours. Par des circonstances indépendantes de sa volonté, il ne revint qu'au bout d'un mois. La tumeur avait grossi d'une manière très-appréciable; les dents molaires, en partie cariées, qui s'implantaient dans les alvéoles de ce côté, étaient ébranlées; j'en arrachai une avec la plus grande facilité et sans autre instrument que mes doigts. Par un premier examen, j'étais arrivé à diagnostiquer un polype; cette fois, je pus constater de la fluctuation, au moins du côté de la voûte palatine. M'armant aussitôt d'un burin, je l'enfonçai dans l'alvéole de la dent que j'avais extraite, et je le fis pénétrer dans le sinus maxillaire; tout aussitôt, il s'en écoula un pus d'une horrible fétidité, et en quantité considérable. Des injections répétées plusieurs fois par jour avec de l'eau, à laquelle j'ajoutais un peu de chlorure

d'oxyde de sodium, firent cesser la mauvaise odeur et contribuèrent à accélérer la guérison. La narine se désobstrua complétement, la respiration devint libre, la voûte palatine remonta à son niveau normal, et, au bout de cinq à six semaines, l'écoulement de pus qui diminuait chaque jour, cessa de se faire par le trou alvéolaire. La destruction de l'os maxillaire dans sa portion palatine, est une circonstance curieuse qui m'a fait attacher quelque prix à cette observation. La maladie de Morlo n'était-elle qu'un abcès simple dans l'origine? Je ne saurais l'admettre. Disons, pour terminer, que cet homme n'a jamais eu d'affection vénérienne, et que la guérison s'est constamment soutenue jusqu'à ce jour. (*Rev. méd. chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 2 et du 9 mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Séance du 2 mai.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'hélicine.

M. le docteur *Édouard de Lamare* adresse un mémoire sur le traitement et la guérison radicale de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'hélicine, ou mucilage concentré provenant des limaçons.

Les différentes préparations du limaçon, dont un usage ancien et la pratique populaire avaient autrefois généralisé l'emploi dans les maladies de poitrine, ne produisent, entre les mains des praticiens actuels, que des effets nuls ou tout au moins palliatifs.

M. de Lamare a pensé que le discrédit dans lequel est tombé ce médicament pouvait tenir à un mauvais mode d'administration et à l'insuffisance des doses employées. Il a donc, à cet égard, fait des expériences nombreuses dont le résultat est le sujet de son mémoire. Ces expériences démontrent que l'hélicine (mucilage du limaçon), qui se trouve presque impuissante toutes les fois qu'elle est administrée en bouillons légers ou en sirop, devient au contraire un moyen puissamment actif lorsqu'elle est suffisamment concentrée pour être administrée à haute dose, sous un petit volume. M. de Lamare dit avoir obtenu, à l'aide de cette substance, la guérison radicale d'un grand nombre de phthisies tuberculeuses avec cavernes constatées par d'habiles praticiens, et dont il rapporte les observations.

Traitement de la fistule du sac lacrymal par la cautérisation.

M. le docteur *Mayne* adresse une note sur le procédé qu'il a toujours employé avec succes contre la fistule du sac lacrymal. — Voici comment il décrit ce procédé :

« A l'aide d'un couteau dont la lame est à double tranchant, j'incise le sac, ou j'élargis l'ouverture s'il existe un trajet fistuleux ; j'écarte les lèvres de la plaie avec l'instrument que j'ai appelé *spéculum* ou *dilatateur du sac;* je vide et nettoie la cavité ; j'introduis ensuite le *porte-caustique*, et je cautérise surtout à l'embouchure des conduits lacrymaux. Le spéculum du sac offre le double avantage d'écarter les lèvres de la plaie, et de préserver du caustique les parties qui n'ont pas besoin d'être touchées. Il suffit alors d'un simple pansement à plat que l'on renouvelle tous les jours. Cette opération, aisée à pratiquer, dure deux minutes au plus, et peut se faire sans le secours d'un aide.

« C'est ainsi que j'ai opéré, le 13 décembre dernier, M^me^ B..., place de Laborde, n° 7, pour une tumeur lacrymale datant de cinq années; douze jours après, la cicatrisation était complète. — M^me^ R..., des environs de Dourdan, opérée de la même manière, le 14 janvier 1853, et dont la tumeur remontait à quinze années, obtint un résultat semblale le seizième jour.

« Le larmoiement qui se manifeste après l'oblitération du sac finit par disparaître, soit que les larmes s'évaporent sur la surface de l'œil, soit qu'il surgisse dans la glande lacrymale une modification physiologique en présence d'une partie de l'appareil supprimé. »

Présence de l'albumine dans le lait.

M. Girardin, de Rouen, dit avoir eu l'occasion de reconnaître, il y a déjà plusieurs années, comme l'a fait M. Doyère en 1851, que l'albumine est un élément constant du lait ; il a observé en outre que ce principe azoté augmentait beaucoup, dans certaines maladies des vaches, et donnait alors au lait un aspect visqueux et filant.

M. Girardin pense donc que l'albumine a été confondue avec la caséine, dans les analyses antérieures à ses essais.

Sur le phénomène de la rotation du globe oculaire autour de son axe dans les mouvements latéraux de la tête.

M. Victor Szokalski, de Savigny (sous Beaune), adresse quelques observations sur la rotation de l'œil autour de son axe, et signale, comme preuve de cette fonction encore peu connue, un phénomène objectif de la vision qui lui paraît, malgré sa fréquence, avoir échappé à l'attention des observateurs.

La rotation du globe oculaire autour de son axe est facile à constater, dit-il, par la simple inspection de l'œil. Lorsqu'on observe attentivement un objet quelconque placé près du pourtour de la cornée transparente de l'œil d'une personne placée devant nous, et si on lui fait incliner alternativement la tête, tantôt vers une, tantôt vers l'autre épaule, on remarque que le globe de l'œil reste immobile comme une boussole d'un navire, et que l'orbite et ses paupières tournent autour de lui.

Pour se rendre compte d'un tel état de choses, on est obligé d'admettre que le globe de l'œil est soumis à un mouvement antagoniste et correctif, et l'examen anatomique des parties démontre alors qu'il n'y a que les muscles obliques qui pourraient faire exécuter un pareil mouvement. En effet, ces muscles embrassent le globe oculaire comme une corde embrasse une poulie clouée sur place, et lui impriment, par leurs contractions alternatives le mouvement de va-et-vient; ainsi, lorsqu'on ferme, par exemple, l'œil gauche et que l'on incline la tête du côté de l'épaule droite, l'oblique supérieur de ce côté se contracte et l'œil se tourne de manière que sa dimension verticale, au lieu de s'incliner à droite, conserve, jusqu'à une certaine limite, sa position primitive.

L'effort que nous faisons pour remuer latéralement la tête, excite en même temps, et à notre insu, la rotation de l'œil, ce qui a probablement lieu par l'intermédiaire des filets qui prennent leur source des premiers nerfs cervicaux, passent par leurs ganglions sympathiques et se mêlent avec les filets des nerfs oculo-moteurs.

Les impressions rétiniennes règlent et dirigent la rotation, mais il n'en est pas moins vrai que cette fonction est primordialement associée au mouvement oscillatoire de la tête, car on l'observe aussi bien chez les aveugles de naissance, que sur ceux qui voient et fixent de leur regard les objets.

Dans la vision binoculaire, la contraction de l'oblique supérieur, d'un côté, est toujours accompagnée de celle de l'oblique inférieur de l'autre côté, en sorte que toutes les dimensions correspondantes des deux rétines conservent leur parallélisme dans toutes les directions possibles du regard.

Ce mécanisme diminue considérablement la vacillation des images optiques au fond des yeux, mais son but principal est beaucoup plus important et plus élevé. Il faut, pour voir simple, que les deux images tombent sur les parties identiques des deux rétines; mais le mouvement de la tête, du corps et du regard entravent continuellement ce rapport, et le jeu des muscles droits qui combine les deux axes visuels dans toutes les directions du regard, ne suffit nullement pour concorder entre eux tous les points des deux surfaces sensibles des deux rétines.

Il est évident, ajoute l'auteur, que nous ne verrions exactement, sans le secours des muscles obliques, que les portions des objets placés à l'endroit où se rencontrent les deux axes optiques, et que les autres parties nous paraîtraient doubles dans le plus grand nombre de directions du regard. Afin de nous préserver de cette diplopie, la rotation des yeux autour de leur axe est de toute nécessité, mais le jeu des muscles obliques est, à cet effet, beaucoup plus varié et plus compliqué que l'on ne le pourrait croire. On est souvent obligé, pour faire concorder les deux images, de faire agir tantôt les deux obliques supérieurs, tantôt les deux inférieurs, de les contracter au même degré où à des degrés différents, et de combiner à l'infini leur action avec celle des muscles droits.

Séance du 9 mai.

Traitement des anévrismes par l'injection du perchlorure de fer.

M. Lallemand fait la communication suivante :

Je viens de recevoir du docteur Serre (d'Alais) une observation de guérison d'un anévrisme variqueux au pli du coude, guérison obtenue par l'injection du perchlorure de fer dans la cavité du sac, suivant les indications de M. Pravaz. Je ne puis entrer ici dans les détails de cette observation et des circonstances qui l'ont suivie, je dirai seulement ce qui m'a paru le plus remarquable.

Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur quand la compression de l'artère brachiale a été levée ; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale; une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une escarre s'est détachée des parois du sac sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides.

Ainsi, les caillots formés dans le sac anévrismal, dans l'artère brachiale et ses divisions, ces caillots ont amené la guérison, de même que si une ligature eût été appliquée au-dessus et au-dessous de la

lésion artérielle, comme on a coutume de le faire dans les anévrismes variqueux.

Cette observation mérite d'être rapprochée de celle que M. le docteur Niepce vous a fait connaître dans l'une de vos dernières séances; seulement ici la tumeur anévrismale occupait l'artère poplitée, au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant *très-dure*, on cessa de comprimer l'artère crurale et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac. Enfin, quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. Le lendemain et les jours suivants, une vive inflammation se manifeste dans les parties opérées; le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors tous les symptômes inflammatoires disparurent. Le vingtième jour, on ne sentait plus à la place de la tumeur anévrismale qu'un noyau dur, de la grosseur d'une noisette. La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrismes.

Ces deux observations confirment pleinement les prévisions du docteur Pravaz sur l'efficacité des injections de perchlorure de fer employées contre les anévrismes, injections dont l'effet est plus sûr et plus prompt que celui de la galvano-puncture. Dans ces deux cas, l'injection du perchlorure de fer fut suivie d'une vive inflammation des parois du sac et d'une petite collection séro-purulente à laquelle il fallut donner issue. Ces inflammations sont-elles inhérentes à la méthode? Peut-on les éviter ou les réduire à très-peu de chose? Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse rien affirmer à cet égard. Mais je dois faire remarquer que, dans ces deux cas, il a été injecté au moins trois fois plus de perchlorure de fer qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot, comme l'ont bien démontré les expériences du docteur Pravaz. On conçoit que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Cette exagération se comprend de la part des opérateurs qui emploient un moyen dont ils craignent l'insuffisance plus que l'excès d'énergie. Qu'on me permette à cet égard quelques rapprochements pris dans le sujet même dont il est ici question.

Dans les premiers temps de l'emploi des ligatures au traitement des lésions artérielles, on crut devoir faire usage de plusieurs fils cirés disposés en manière de rubans afin de prévenir la section trop prompte des parois artérielles; la crainte d'une hémorrhagie consécutive fit appliquer aussi des ligatures d'attente plus dangereuses que celles qui étaient serrées. On poussa la précaution jusqu'à passer une ligature au-dessous de la lésion artérielle, anévrisme ou piqûre, pour prévenir les hémorrhagies en retour par les anastomoses. Ce n'est pas tout encore : après avoir placé la tumeur anévrismale entre deux ligatures, on s'est cru obligé à fendre le sac, pour le débarrasser de ses caillots et le bonnet de charpie, d'amadou, de corps absorbants propres à coaguler le sang qui pourrait déborder de quelque point. Il a fallu beaucoup de temps et d'expérience pour rassurer contre des terreurs exagérées et pour faire renoncer à ce luxe de moyens dont l'effet le plus certain était précisément de provoquer des suppurations abondantes, la destruction des caillots obturateurs, en un mot les hémorrhagies consécutives qu'on voulait prévenir.

Espérons qu'il en sera de même des injections de perchlorure de fer, qu'on en simplifiera tous les jours l'application et qu'on réduira dans de justes limites les proportions du styptique.

Dans les observations de M. Serre et de M. Niepce, la guérison eût pu être obtenue par la ligature; mais dans le cas de M. Raoul Deslonchamps, rapporté par M. Larrey à la Société de chirurgie, la tumeur avait son siége sur l'artère frontale à sa sortie de l'orbite, de sorte qu'il eût été très-difficile d'aller porter une ligature sur l'artère ophthalmique, au-dessous de la voûte orbitaire. Mais la supériorité de l'injection sur tous les autres moyens serait encore bien plus évidente s'il s'agissait d'un anévrisme de l'artère crurale au pli de l'aine ou de la fin de l'iliaque; auquel cas il faut, pour exécuter l'opération ordinaire, inciser la paroi abdominale, décoller le péritoine, séparer l'artère de la veine, etc, etc. Les difficultés et les dangers ne sont pas moindres quand il s'agit d'anévrismes occupant l'artère axillaire, la sous-clavière, le tronc brachio-céphalique, le commencement de la carotide, etc.

Les succès déjà connus de la méthode Pravaz me confirment de plus en plus dans la conviction de sa supériorité par rapport à toutes les autres. Je suis intimement persuadé que l'injection des anévrismes sera, dans le traitement de ces affections, une révolution aussi complète, aussi importante que celle de la lithotritie dans les maladies calculeuses. Les premiers instruments inventés pour broyer la pierre étaient bien compliqués, bien imparfaits, et pendant longtemps les succès furent mêlés d'accidents graves et de nombreux revers difficilement dissimulés; mais aujourd'hui, la lithotritie ne ressemble plus à ce qu'elle était à ses premiers débuts. Il en sera sans doute un jour de même de la méthode Pravaz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Après un concours dont la *Gazette médicale de Lyon* rend compte avec de grands éloges, MM. Pomiès et Rambaud ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. le docteur Lavirotte, le troisième candidat, paraît s'être distingué et avoir suivi de très-près ses deux heureux compétiteurs.

— *Nouvelle du choléra.* — Une lettre de Saint-Pétersbourg, datée des 9 et 21 avril, nous avait annoncé que l'épidémie de choléra, qui sévissait avec violence à Moscou, avait également reparu dans la capitale de la Russie. Une actrice a été atteinte sur la scène et a succombé en très-peu de temps. Plusieurs autres personnes sont mortes en quelques jours, et parmi elles le célèbre tragédien Karatiguine. Ces faits, que nous n'avions pas voulu nous empresser de publier, pouvaient faire craindre une nouvelle invasion de la maladie; mais une lettre plus récente nous apprend que la maladie n'a pas fait de progrès, et qu'elle se borne à des cas isolés, qui cependant sont toujours d'une extrême gravité.

— La nouvelle qu'on a donnée de la nomination de M. Rigaud à la chaire d'anatomie vacante à la Faculté de Montpellier, est définitivement arrêtée, ainsi que celle de M. Lacauchie à la place laissée vacante par la nomination de M. Rigaud. M. Benoît serait nommé à la place de M. Rech, décédé, si la Faculté de Montpellier le représentait une seconde fois sur la liste, ce qui ne paraît pas douteux. La nomination de M. Rigaud a l'extrême avantage de tirer cet habile professeur de la situation fort pénible dans laquelle il se trouvait à Strasbourg, où il alternait, avec M. Sédillot, dans les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales. Or, il arrivait qu'à changement de professeur, les élèves de la clinique suivaient M. Sédillot à la pathologie et le suivaient encore de la pathologie à la clinique. On comprend tout ce qu'avait de pénible le parallèle résultant d'une telle situation, et la dignité professorale gagnera sans doute au transfèrement de M. Rigaud, qui, à Montpellier sera seul professeur d'anatomie, et par conséquent n'aura aucun parallèle à redouter.

Une hernie crochue. — Les grands journaux inventent tous les jours de nouvelles variétés de maladies plus curieuses les unes que les autres. En voici une que *le Pays* met généreusement sur le dos de deux médecins, et qui ne laisse pas que d'être assez piquante; nous la signalons spécialement au savant professeur Malgaigne :

« Une jeune femme de Courbevoie étant morte subitement samedi, des bruits d'empoisonnement se répandirent dans cette commune, et prirent bientôt un tel caractère de gravité que le maire et le commissaire de police crurent devoir les porter à la connaissance de M. le procureur impérial en son parquet. Ce magistrat ayant ordonné que l'autopsie cadavérique aurait lieu avant qu'il fût procédé à l'inhumation, cette opération a eu lieu hier.

« M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé de la Faculté de Paris, judiciairement commis, et M. le docteur Édouard Thama, médecin à Courbevoie, désigné par M. le maire, ont pratiqué l'autopsie, et il est résulté de cette opération, que non-seulement le corps ne portait aucune trace de nature à justifier les soupçons, mais que la mort, qui avait dû être instantanée, avait été déterminée par une *hernie crochue.* Les faits ainsi expliqués, le permis d'inhumation a été régulièrement donné, et cette triste cérémonie s'est accomplie sans incident ultérieur. »

— Une feuille, qui a la plaisante prétention de s'intituler *médicale*, mais dont, par malheur, tous les médecins ignorent le nom, paraît s'accommoder assez mal de ce dédain public, et voudrait bien trouver une bonne âme qui, de temps en temps, fît mention de son existence. Après avoir frappé en vain à plusieurs portes, avec toutes sortes de marteaux, après avoir en vain essayé de tous les moyens, après avoir appelé M. A.... un grand homme, et M. Ricord *maître Ricord*, elle a sans doute espéré trouver plus de générosité dans le *Moniteur des Hôpitaux*, et, afin de s'attirer un regard compatissant, la béate feuille nous a honoré de plusieurs exhortations paternelles tirées de son catéchisme.... poissard. Notre délicatesse nous défend de la laisser plus longtemps dans l'illusion : il nous est absolument impossible de rien faire pour elle dans ce moment; mais qu'elle acquière un peu de sens commun, de science et de français, qu'en un mot elle devienne un peu moins Sales, et nous lui promettons de lui faire la charité de prononcer quelquefois son nom. — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 59. 1re année. Mardi 17 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Prévention d'homicide par imprudence dans un cas de mort par le chloroforme. Condamnation du médecin et de son aide. — Séance du 11 mai de la Société de chirurgie. — Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de mal de Pott, et sur le traitement de plusieurs d'entre elles par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, par M. Piorry. (*Suite.*) — Addition aux séances de l'Académie de médecine du 3 et du 10 mai. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 16 mai 1853.

Prévention d'homicide par imprudence dans un cas de mort par le chloroforme. — Condamnation du médecin et de son aide.

CONSIDÉRATIONS SUR LES CONSÉQUENCES PRATIQUES ET PROFESSIONNELLES DE CETTE AFFAIRE.

L'événement dont M. de Castelnau a si souvent signalé la possibilité depuis deux ans, c'est-à-dire l'intervention de la justice dans les cas de mort par suite des inhalations du chloroforme, s'est présenté deux fois déjà depuis la grande discussion académique soulevée par la communication de M. Gorré. Le premier, qui s'est dénoué devant le tribunal correctionnel de Strasbourg, a eu une issue favorable pour l'accusé et pour la profession médicale en général; mais il n'en est pas de même du second, qui vient de recevoir sa solution devant la 6e chambre du tribunal de police correctionnelle de Paris. Ce dernier fait mérite à un haut degré d'appeler l'attention du corps médical dont la responsabilité serait singulièrement exagérée, si la jurisprudence de la 6e chambre devait devenir celle de tous les tribunaux français. Nous allons d'abord rapporter les détails essentiels des débats, et nous examinerons séparément ensuite, dans cette importante affaire, d'une part ce qui touche à la science et à la pratique, et d'autre part, ce qui concerne les intérêts de la profession.

Principaux détails des débats. — Les débats n'ont jeté que très-peu de lumière sur les phénomènes qui ont précédé ou accompagné la mort du patient; il est seulement resté démontré que, le 15 février dans la matinée, un sieur Breton, âgé de 34 ans, d'une excellente santé habituelle, ayant voulu se faire enlever une tumeur du volume d'une noisette, située sur la joue droite, et ayant été préalablement soumis aux inhalations de chloroforme, succomba rapidement après le commencement de la chloroformisation.

Après l'audition de quelques témoins qui n'ont donné que des renseignements inutiles pour nous, le tribunal a entendu les témoignages suivants :

M. Devergie — J'ai été appelé, dit M. Devergie, à examiner le corps du sieur Breton. Nous étions alors en plein hiver (17 février), et on ignorait alors, moi du moins, s'il avait été fait usage du chloroforme. La putréfaction du cadavre était telle, qu'il me fut impossible de reconnaître la présence du chloroforme; mais on a constaté que le sieur Breton était mort par les poumons; il n'y avait donc pas eu de syncope. De plus, on a constaté qu'au moment de sa mort, neuf heures du matin, il était à jeun; l'estomac était vide, il y avait absence de liquides dangereux, de liqueurs, d'alcool; dans cette situation, il ne restait que l'hypothèse du chloroforme; je n'ai vu que cela.

M. le président. L'hypothèse de l'aspiration du chloroforme étant admise, comment expliquez-vous le fait?

M. Devergie. Le chloroforme pur tue comme le poison; s'il est administré dans des proportions convenables, c'est-à-dire mêlé avec l'air respirable, il ne tue pas, mais il peut encore causer des accidents. Ainsi, il resserre la glotte; en d'autres termes, il fait obstacle à la respiration. M. le docteur de Marquet a essayé sur lui-même, à des doses très-petites, et il a constaté ce rétrécissement de la glotte; c'est une action toute spéciale. Il est possible que le sieur Breton ait éprouvé une constriction de la glotte; dans ce cas, le chirurgien le plus habile ne peut empêcher le cas de mort.

M. le président. Vous pratiquez vous-même l'opération du chloroforme?

M. Devergie. Très-peu, car je n'exerce pas la chirurgie; mais je sais qu'aujourd'hui cette opération est générale et pratiquée habilement par un grand nombre de chirurgiens.

D. Il s'agissait d'une loupe que plusieurs témoins nous ont dit innocente, ne causant aucune douleur, ne menaçant pas la santé? — R. Ces témoins se sont trompés ou ont été trompés par le malade lui-même qui, comme il arrivait souvent, ne connaissait pas lui-même la gravité de sa position. Il était affecté d'une tumeur squirreuse, ramollie, menaçant d'arriver à l'état cancéreux; c'est ce que l'autopsie a démontré.

D. L'opération heureusement faite, n'y aurait-il pas eu lieu à un traitement? — R. Le cancer est au-dessus des ressources de l'art.

D. Pour vous, si vous aviez eu ce malade à traiter, auriez-vous conseillé l'opération? R. Oui, évidemment.

D. Quelles étaient les précautions à prendre pour administrer le chloroforme? — R. Il faut le mêler à l'air. Autrefois, on se servait d'un instrument; aujourd'hui on emploie une éponge qu'on approche et qu'on éloigne alternativement du nez en laissant respirer l'opéré.

D. Est-il d'usage de prendre des précautions contre les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération de la chloroformisation? — R. Il est rare qu'on en prenne, et voici pourquoi : c'est que le vinaigre, non plus que les frictions, n'aboutiraient à rien; on a toujours une lancette, mais le meilleur moyen, c'est l'insufflation; il faut ouvrir la bouche du malade et essayer de faire revenir la glotte, en y faisant pénétrer de l'air; les autres moyens sont de nulle valeur dans ces cas-là.

M. le docteur Millardet a été appelé le 15 février, à neuf heures et demie du matin, chez le sieur Breton. Il s'est retiré sans avoir pu saisir un indice de la mort; il a pratiqué des insufflations bouche à bouche, des pressions sur l'estomac sans aucun résultat. Après vingt minutes de tentatives inutiles, il s'est retiré.

M. le docteur Guillemot. Le 15 février, MM. Triquet et Masson sont venus me dire qu'au moment où ils allaient pratiquer une opération sur un sieur Breton, il avait été atteint d'une syncope et avait succombé. M. Breton père m'annonça l'intention formelle de faire des poursuites; il y avait une émotion dans le quartier. J'allai chez le commissaire de police, et dans l'intérêt public, comme dans celui des jeunes médecins qui avaient pratiqué, je lui conseillai de remettre à plus tard l'inhumation, ce qu'on fit.

M. le président. Vous avez demandé à MM. Triquet et Masson de signer la déclaration qu'ils vous faisaient; avez-vous cet écrit?

M. Guillemot. Il est au dossier; il est conforme à ce que je viens de rapporter.

D. Ainsi ces messieurs ne vous ont pas parlé de l'emploi du chloroforme? — R. Non, monsieur le président, mais j'y ai pensé.

M. Nélaton, professeur à l'École de médecine. J'ai eu M. Triquet pendant deux ans sous ma direction, comme interne. C'est un jeune homme des plus capables et très-instruit. Son aptitude à administrer le chloroforme était telle que c'était toujours à lui que je m'adressais pour pratiquer cette opération; je l'avais même autorisé à la faire pendant mon absence. Des milliers de fois je m'en suis fié à son habileté, à sa prudence, et jamais il n'est survenu le moindre accident.

M. le président. Est-il d'usage d'employer le chloroforme pour les opérations légères?

Le témoin. En général, non. Mais il faut que le tribunal sache que les médecins se trouvent souvent dans des positions très-délicates; ils ne conseillent pas l'emploi du chloroforme, mais il leur est imposé par les malades.

D. C'est aux médecins à lutter contre la volonté du malade. — R. Nous le faisons toujours, mais il est beaucoup de cas où, après les avoir éclairés, nous sommes obligés de céder dans leur propre intérêt.

D. Mais quand il ne s'agit que d'opérations légères? — R. Le traitement le plus léger peut être douloureux, et en outre, il est beaucoup d'opérations où il est important de rendre immobiles les parties sur lesquelles on opère; par exemple, toutes les opérations faites sur la face motivent l'emploi du chloroforme, car la mobilité des organes essentiels qui la composent doit engager le médecin à s'assurer qu'il ne sera pas troublé dans son opération.

D. Quelles précautions doit-on prendre contre les accidents? — R. Il n'y a pas de médicaments pour parer aux accidents. Il faut ne pas l'administrer aux poitrinaires, aux personnes qui respirent mal; il faut les tenir dans une certaine position.

D. Est-il dans l'usage qu'il n'y ait pas de témoins pendant l'opération? — R. Nous n'excluons jamais personne, mais, depuis cette affaire, nous nous sommes dit : Ce n'est pas assez de ne pas exclure, il faut requérir des témoins, et désormais nous aurons toujours des parents; avant, nous leur permettions de se retirer, maintenant nous ne leur permettrons plus.

D. Dans le cas du sieur Breton, l'ammoniaque n'eût-il pas été utile? — R. L'ammoniaque ne peut être utile que de deux manières : ou parce qu'elle sera respirée, ou parce qu'elle produira une irritation locale; or, pour un sujet qui ne sentira pas l'amputation d'un membre, que pourrait faire l'ammoniaque produisant une légère cautérisation? Je pense que les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation sont des syncopes; une fois, j'ai réussi à combattre la syncope, en plaçant le malade la tête en bas.

M. Triquet. La tumeur était cancéreuse, il fallait couper le mal dans sa racine; pour cela j'avais besoin d'une immobilité complète, et je ne pouvais l'obtenir que par le chloroforme.

M. le président, à M. Nélaton. Dans votre opinion, était-ce une opération légère à pratiquer?

M. Nélaton. Elle était délicate en ce qu'elle ne réussissait pas si elle était mal faite. Il n'y avait pas de danger de mort à la faire, mais il y avait danger de blesser le canal de Stenon; on pouvait donner naissance à une fistule salivaire.

M. Trousseau. J'ai souvent, dans ma pratique, ordonné l'emploi du chloroforme, je l'ai employé moi-même quelquefois.

M. le président. Dites-nous, monsieur, les précautions à prendre.

M. Trousseau. Il faut que le malade soit couché et qu'on lui fasse respirer le chloroforme dans un mouchoir ou dans un cornet, afin qu'il puisse respirer de l'air en même temps; il faut aussi ne pas quitter le pouls du malade. Si le pouls faiblit, on s'arrête; mais il y a des malades qui, à la troisième ou quatrième aspiration, tombent dans une profonde torpeur.

D. Que fait-on pour les en tirer? — R. Ce qu'on fait pour les asphyxiés; je dois ajouter que chez certaines personnes, il y a des prédispositions qui compliquent tellement le danger, qu'il devient presque impossible de le combattre.

M. Velpeau déclare qu'il est difficile de résoudre la question d'une manière absolue. Il y a des cas où la mort peut arriver, même quand on a agi avec la plus grande prudence et d'après toutes les règles de la science. Il fait connaître que depuis 1837, soit dans les hôpitaux, soit en ville, il est peu de malades devant subir une opération chirurgicale qui ne soient chloroformisés, et néanmoins les accidents sont très-rares. Pour sa part, il n'en a pas eu à constater.

MM. les docteurs Gosselin et Valleix déposent à peu près dans les mêmes termes.

M. Mialhe déclare que c'est dans son officine, mais dans son absence, qu'a été acheté le chloroforme qui a servi le 15 février.

M. le président. Il est à croire que, quoique ce ne fût pas vous qui l'avez livré, il était préparé convenablement?

M. Mialhe. Je le pense, je n'en vends pas d'autre; il avait été rectifié plusieurs fois. Je ne dis pas que, non rectifié, il puisse donner la mort, mais il peut occasionner des accidents, par exemple des vomissements.

M. Alphonse Robert, chirurgien en chef des hôpitaux, pense que toutes les règles de la prudence ne peuvent pas toujours faire éviter les accidents. Il ne faut pas administrer le chloroforme aux gens énervés, blessés, affectés d'une douleur morale, voilà les grandes règles; pour les autres cas, ils sont inconnus.

M. le président. Devait-on l'employer pour l'extirpation d'une tumeur squirreuse?

Le témoin. Je le conseillerais toujours.

L'audition des témoins est terminée. Il est procédé à l'interrogatoire des prévenus.

M. Triquet se lève.

M. le président. Quand avez-vous connu le sieur Breton? — R. Je l'ai vu le 13 février pour la première fois; M. Masson m'avait prié de venir avec lui pour examiner la tumeur.

D. De quelle nature était cette tumeur? — R. Elle était dure, épaisse, adhérente à la peau, évidemment cancéreuse.

D. Breton a-t-il demandé l'emploi du chloroforme? — R. Avec beaucoup d'instance, et en lui répondant, je ne me suis pas contenté d'une simple observation, je lui ai fait une dissertation sur les deux manières d'opérer, avec ou sans chloroforme. Mais avec cette volonté des malades bien connue il a persisté, et avec mon habitude de pratiquer avec le chloroforme j'ai dû ne plus hésiter. Dans l'opération que j'avais à faire, il y avait trois organes à ménager; j'avais besoin de la plus grande immobilité.

D. Il résulte de ce que vous dites maintenant que l'opération était très-délicate. — R. Oui, monsieur le président.

D. Comment alors avez-vous dit précédemment, et au moment de l'événement, à M. le docteur Guillemot, qu'elle était légère? — R. J'ai dit que ce n'était pas là de ces grandes opérations chirurgicales comme il s'en rencontre, mais l'opération était délicate par elle-même.

D. Si elle était délicate, c'était le cas d'exiger la présence des parents. — R. Je ne connaissais que Mme Breton, et c'est son mari qui a exigé qu'elle s'éloignât; je ne savais pas que M. Breton eût des parents à Paris et s'ils étaient dans le voisinage.

D. Quand l'accident a été accompli, vous avez caché l'emploi que vous aviez fait du chloroforme, c'est là un fait grave; pourquoi ce mensonge? — R. Pour moi, le cas était tellement imprévu, tellement exceptionnel, que j'en cherchais vainement l'explication. Pendant neuf ans d'exercice particulier dans les hôpitaux, il ne s'était pas présenté à moi, et voilà qu'à mon début dans ma pratique personnelle, il se présente et tombe devant moi comme la foudre. Dans le premier moment, je me suis demandé si, dans l'intérêt des malades, il fallait répandre ce fait. C'était une chose bien grave que d'annoncer à l'humanité qu'elle ne devait plus se fier à un bienfait qu'elle bénit déjà depuis longues années.

D. A dix heures du matin, vous avez dit à M. le docteur Guillemot, que Breton, en voulant retirer ses chaussettes, avait été frappé d'apoplexie. — R. Pour faire cette révélation, je cherchais quelqu'un qui me connût. Je l'ai faite à M. Nélaton, à M. Devergie; je ne voulais pas la laisser ignorer à la science, mais je voulais être défendu par mes maîtres.

D. Si le fait a acquis de la publicité, ce n'est pas grâce à vous, puisque vous pressiez l'inhumation. — R. Je suis étonné, monsieur le président, que vous ne sachiez pas, qu'immédiatement après l'accident, j'ai été faire ma déclaration à M. le commissaire de police.

D. Lui avez-vous remis les mouchoirs, les éponges, le chloroforme? — R. J'ai cru cette remise inutile. Je n'avais plus ces objets sur moi, sans cela je les eusse remis immédiatement.

D. Des témoins ont dit que vous vous êtes sauvé, alors qu'il était possible encore de sauver Breton. — R. C'est là une erreur, pour ne rien dire de plus, et qu'il est de mon honneur de détruire. Après quatre ou cinq aspirations, l'accident fatal est arrivé. Que fallait-il faire? Ce que j'ai fait : opérer par insufflation bouche à bouche; j'ai employé ensuite la saignée, le charbon ardent : tout fut inutile. Il est notoire, en médecine, que quand les battements du cœur ont cessé pendant deux minutes, la mort est réelle; or, je suis resté plus d'une demi-heure à prodiguer mes soins à M. Breton, après la constatation par moi faite de l'accident.

M. le substitut Dupré-Lasalle a soutenu la prévention, qui a été combattue par Me Lachaud, avocat des prévenus.

Après une longue délibération en la chambre du conseil, le tribunal a prononcé en ces termes :

« Attendu qu'il est établi par l'instruction et les débats que Triquet et

Masson ont, le 15 février dernier, soumis à l'action du chloroforme le sieur Breton, se trouvant de leur aveu dans un état d'agitation causé, suivant les déclarations de Masson, soit par l'appréhension que lui causait l'approche de l'opération, soit par l'attente à laquelle l'avaient soumis les opérateurs ;

« Qu'il résulte des mêmes documents que la chambre dans laquelle ladite opération allait avoir lieu était petite, basse, trop chauffée, encombrée de meubles ;

« Attendu qu'il est établi que pour soumettre un malade à l'action du chloroforme, il importe de ne pas se trouver dans les conditions énoncées par Masson ;

« Qu'il convient de n'approcher le chloroforme des voies respiratoires qu'après s'être assuré que lesdites voies sont libres, dépourvues d'agitation, de contraction ou de gêne, et seulement dans les localités disposées pour que la circulation de l'air soit libre et facile ;

« Que cependant Triquet et Masson ont négligé d'observer ces règles essentielles et élémentaires de l'emploi du chloroforme ;

« Attendu que si le chloroforme est un agent dangereux et actif, pouvant occasionner directement la mort, il ne doit être employé qu'avec la plus grande circonspection, d'où il suit qu'on ne doit y avoir recours que dans les opérations les plus graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, et dans celles où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération ;

« Qu'il est établi par les déclarations de Triquet que l'opération à laquelle il entendait soumettre Breton était une opération très-légère ;

« Que, dès lors, c'est à tort que les prévenus ont exposé ledit Breton à un cas de mort pour une extirpation qui ne présentait ni danger, ni douleur très-vive ; que l'emploi du chloroforme, dans les circonstances précitées, est un acte de grave imprudence, et que c'est à cet acte qu'il faut attribuer la mort de Breton ; que les démarches faites par Triquet et Masson auprès du docteur Guillemot, les mensonges auxquels ils ont eu recours, soit pour dissimuler l'emploi du chloroforme, soit pour hâter l'inhumation du corps de Breton, sont autant d'aveux implicites des reproches qu'ils s'adressaient intérieurement et des craintes que leur acte leur inspirait ;

« Que ces faits constituent le délit prévu par l'art. 319 du Code pénal ;

« Faisant en même temps application aux prévenus de l'art. 463 en raison des circonstances très-atténuantes puisées dans leurs bons antécédents,

« Les condamne chacun en 50 fr. d'amende. »

1° *Partie scientifique et pratique.* — Il ne sera peut-être pas inutile de faire d'abord cette remarque générale, que parmi les chirurgiens appelés en témoignage dans cette importante affaire, pas un n'a émis de doute sur la cause réelle de la mort, l'inhalation chloroformique. Or, quand on se rappelle que parmi les chirurgiens qui ont figuré dans ce débat, se trouvait le savant professeur Velpeau qui, en 1848, défendit avec tant d'insistance l'innocuité du chloroforme dans la discussion soulevée par la communication Gorré, on se demande qui a pu modifier l'opinion de l'éminent praticien et le ramener à celle que défendirent dans cette mémorable discussion Blandin et MM. de Castelnau et J. Guérin. Est-ce que la cause de la mort serait plus évidente dans le cas de Breton, où l'on n'a aucun détail précis ni sur la quantité de chloroforme employé, ni sur son mode d'administration, ni sur le temps écoulé entre la première inhalation et la mort, etc., que dans le cas de mademoiselle Stock, où toutes ces circonstances étaient, au contraire, à peu près parfaitement connues? Le bon sens le plus vulgaire répond à cette question. Évidemment, s'il y avait matière à doute, c'est dans le premier cas et non dans le dernier. D'où vient donc que le contraire a eu lieu? Tout simplement de ce que depuis le cas de M. Gorré, les exemples de prétendues morts subites par cause accidentelle se sont multipliés à un point tel, que la foi la plus robuste à dû céder à l'évidence de la démonstration et qu'il a bien fallu se rendre. La soumission, pour avoir été un peu tardive, n'en sera que plus sincère et plus complète, et, à ce titre, nous l'enregistrons comme un éclatant hommage rendu à la raison et à la vérité.

L'erreur capitale sur l'innocuité du chloroforme détruite, il en reste quelques autres d'une moindre importance, mais qu'il n'est cependant pas inutile de dissiper dans le double intérêt des malades et des praticiens. Ces erreurs vont se présenter à nous en passant en revue les dépositions des divers témoins appelés dans l'affaire dont on vient de lire les principaux détails.

M. Devergie. — Nous avons plusieurs observations à faire sur la déposition de cet honorable médecin-légiste.

Et d'abord, rappelons un principe qu'on n'a que trop souvent l'occasion de voir oublier dans les déposions médico-légales : c'est que le médecin, appelé en témoignage devant la justice, devrait s'appliquer avant tout à n'avancer que des opinions ou des faits touchant la réalité desquels il serait impossible d'élever le moindre doute. Ces faits, ces opinions, nous le savons, ne sont pas très-nombreux en médecine ; raison de plus pour s'y rattacher et pour ne pas susciter, par des assertions hasardées, des contradictions qui étendent le doute du public et des magistrats à la science tout entière.

M. Devergie, dans l'affaire Triquet, a-t il été fidèle au principe que nous rappelons? Pas tout à fait, ce nous semble. En premier lieu, il a commencé par déclarer que l'autopsie lui ayant permis de constater que Breton était mort par les poumons, et ne lui ayant révélé la présence d'aucun liquide dangereux dans l'estomac, *il ne lui restait que l'hypothèse du chloroforme*, et *qu'il n'avait vu que cela*, même en l'absence de toute trace apparente de ce liquide dans les tissus.

M. Devergie a donc supposé qu'une mort subite n'aurait pas pu s'observer avec les lésions constatées sur le cadavre de Breton avant les applications chirurgicales du chloroforme? Certes, personne ne nous accusera de faiblesse envers cet agent; mais aller jusqu'à l'accuser de toutes les morts subites dans lesquelles on ne trouverait qu'une congestion pulmonaire, c'est un excès dans lequel nous espérons ne jamais tomber, parce que cet excès serait une grave, une très-grave erreur.

Un peu plus tard, M. Devergie a professé que le chloroforme *mêlé à l'air ne tue pas*. C'est encore là une erreur qui tend à donner aux praticiens une sécurité funeste, qui peut les engager à employer cet agent dans les cas où il est pour le moins inutile, et qui accuse implicitement d'impéritie ceux à qui il arrive un malheur. Du reste, M. Devergie a si peu de confiance lui-même dans son aphorisme, qu'il ajoute un peu plus loin que le chloroforme, même mêlé d'air, peut *resserrer la glotte* et causer des accidents qui sont au-dessus des ressources de l'art et de toutes les prévisions. Or, tuer directement ou tuer en resserrant la glotte, le résultat est toujours le même pour le malade, et en outre, le resserrement de la glotte est encore un phénomène très-problématique, dans les cas où les exhalations ont été suivies d'accidents mortels.

M. Nélaton. — Fidèle à des habitudes de prudence qui n'excluent nullement l'esprit d'une initiative quelquefois hardie, ce profond clinicien a hautement proclamé devant le tribunal l'impuissance de la science contre les accidents dus au chloroforme. Comme contre-indication à l'anesthésie, il n'a énuméré que la phthisie et en général les affections qui apportaient un trouble dans la respiration. Nous n'aurions qu'à applaudir à cet exemple de franchise d'autant plus méritoire qu'il émane d'un homme dont tout le monde connaît la vaste instruction, si l'assertion qu'il a émise touchant l'utilité de l'ammoniaque contre les accidents chloroformiques n'avait été combattue par un éminent critique avec lequel nous nous sommes toujours trouvé à peu près complétement d'accord dans la question du chloroforme, par M. J. Guérin.

Suivant notre savant confrère, ce ne serait point comme caustique que l'ammoniaque agirait dans les cas de *sidération chloroformique*, mais bien *en produisant une secousse énergique, comme électrique sur les nerfs* du plexus pharyngien, *et en réveillant leur puissance respiratoire.*

Mais, pour produire dans un nerf une secousse énergique et encore mieux électrique, il faut d'abord que le nerf sente ; or, si le nerf ne sent pas le couteau qui le divise, il sentira bien moins sans doute l'action médiate de l'ammoniaque. C'est là sans aucun doute ce qu'a voulu dire M. Nélaton, et dans ce sens, son opinion nous paraît rigoureusement conforme à la vérité.

M. Velpeau. — Ce savant professeur a parlé dans le même sens que M. Nélaton, c'est-à-dire qu'il a été dans la vérité.

M. Trousseau. — M. Trousseau n'a guère émis qu'une opi-

nion personnelle dans sa déposition ; cette opinion est une erreur. Il a conseillé de surveiller le pouls lorsqu'on fait respirer le chloroforme, et de suspendre l'inhalation dès que le pouls commence à faiblir. Or, dans les observations de mort, où il a été tenu exactement compte de l'état du pouls, les accidents se sont constamment manifestés avant que celui-ci eût donné l'éveil, et lorsqu'on a pu en constater le trouble, les accidents étaient déjà irremédiables. C'est donc un très-mauvais thermomètre que le pouls, et ce qu'il faut surveiller avant tout dans la chloroformisation, c'est l'état de la respiration, si tant est qu'une précaution quelconque puisse prévenir le danger, ce qui ne nous paraît encore rien moins que démontré.

M. Robert. — Nous n'avons rien à dire de la déposition de M. Robert, sinon que la contre-indication qu'il a posée touchant les blessés, nous semble un peu rigoureuse, au moins dans les termes vagues où elle a été reproduite par les journaux du palais. M. Robert a sans doute voulu parler des blessures qui portent une atteinte profonde au système nerveux, à l'état moral des blessés, et c'est dans se sens seulement que le conseil qu'il donne peut être utilement suivi.

2° *Partie relative aux intérêts professionnels.* — Nous n'insisterons pas, dans cette partie, sur les détails des débats relativement à la manière dont les magistrats ont procédé pour s'éclairer sur la véritable nature des faits reprochés aux prévenus. Nos lecteurs suppléeront facilement au silence que nous gardons à cet égard. Nous nous contenterons de résumer en quelques mots les huit considérants sur lesquels est basée la condamnation, et qui tous seront justement appréciés en les comparant aux dépositions de MM. Velpeau et Nélaton, et en se rappelant les faits aujourd'hui vulgaires qui démontrent l'inutilité des précautions à prendre pour prévenir les accidents produits par le chloroforme.

1er *Considérant.— État d'agitation du patient.* — Cet état d'agitation était, sinon douteux, au moins infiniment moins prononcé que dans le fait du dentiste de Strasbourg, dans lequel le tribunal n'a cependant pas trouvé matière à condamnation.

2e. — *Insuffisance d'aération du local où devait se faire l'opération.* — Cette insuffisance n'est basée sur aucune donnée positive.

3e. — Le troisième considérant n'est que la conclusion des deux premiers.

4e. — Répétition du 2e considérant touchant l'aération et la *nécessité de s'assurer que les voies respiratoires sont libres et dépourvues d'agitation.* — Rien ne prouve, tout au contraire, que les voies respiratoires de Breton ne fussent pas libres.

5e. — Conséquence du 4e.

6e, 7e et 8e.— Le sixième, le septième et la moitié du huitième considérants, sont ceux qui ont le plus d'importance au point de vue des intérêts professionnels, puisque s'ils étaient confirmés par une juridiction supérieure, ils imposeraient aux praticiens les règles suivantes dont ils ne pourraient s'écarter sans tomber sous le coup de la loi :

On ne doit avoir recours au chloroforme que dans les opérations les plus graves, celles où la force de la douleur est DE NATURE A VAINCRE LA FORCE PHYSIQUE DU MALADE, *et dans celles où l'immobilité du malade est une condition* ESSENTIELLE *au succès de l'opération.*

Ces règles, dont la dernière, il faut le reconnaître, est basée sur une considération juste, sauf l'exagération, seraient une sorte d'épée de Damoclès suspendue sur la tête du chirurgien qu'un malheur viendrait frapper dans sa pratique. Si par ces mots : *vaincre la force physique du malade,* on a voulu indiquer une opération assez douloureuse pour que le malade ne pût la supporter, il est très-douteux qu'une pareille opération existe en chirurgie; si, au contraire, on a voulu désigner par cette phrase les opérations simplement très-douloureuses, que déterminera le degré de douleur nécessaire pour justifier la chloroformisation? L'arbitraire seul pourrait évidemment trancher cette question. Or, que peut être dans une question médicale l'arbitraire des magistrats, quelque éclairés d'ailleurs qu'on puisse les supposer? Nous n'hésitons pas à dire que les grandes autorités scientifiques pourraient seules braver les périls d'une telle situation; la foule des praticiens n'aurait qu'à renoncer d'une manière presque absolue à l'usage du chloroforme.

8e. — Un confrère, qui n'a pas cette fois donné une preuve de l'esprit de modération et de justice qui le caractérise habituellement, M. Debout a supposé et affirmé que la seconde partie du huitième considérant est le véritable motif de la condamnation de MM. Triquet et Masson. Nous aimons à croire qu'il s'est trompé.

MM. Triquet et Masson n'ont pas dit tout d'abord la vérité au docteur Guillemot, et sans doute en cela ils ont eu tort ; mais ce tort peut-il être atteint par la loi? étaient-ils obligés de se confier à M. Guillemot? Personne ne peut le penser. Mais, alors même qu'il en serait ainsi, cela changerait-il en quoi que ce soit l'état de la question, en ce qui concerne la prévention d'homicide par imprudence? En aucune façon. On ne peut jamais reporter sur un acte la peine applicable pour un acte différent.

La prévention et le jugement ont établi une solidarité entre M. le docteur Triquet et M. Élie Masson, qui lui servait d'aide et qui n'est qu'étudiant en médecine. Cette solidarité ne nous semble point fondée. Un aide, élève en médecine, ne nous paraît pas plus responsable que ne le serait un infirmier ou une garde-malade qui aurait administré un remède ordonné par un médecin.

En résumé, le jugement rendu par la sixième chambre importe beaucoup à la responsabilité des médecins, et nous avons vu avec une vive satisfaction que l'association des médecins de la Seine, à laquelle nous voulions conseiller de prendre cette affaire sous son patronage, avait devancé nos désirs. Nous ne doutons pas que, pour les motifs ci-dessus énoncés, et pour d'autres encore que nous avons dû taire, l'association n'obtienne en Cour impériale la révision du jugement de la sixième chambre, et qu'elle ne rende ainsi au corps médical tout entier un service important et semblable à ceux qu'elle lui a déjà rendus dans trois ou quatre circonstances analogues.

G. Dumont.

Séance du 11 mai de la Société de chirurgie.

(Tumeur épithéliale du maxillaire inférieur. — Action du lupulin. — Nouveau mode d'opération des fistules à l'anus. — Tumeur gélatineuse de la mamelle. — Hernie graisseuse.)

La séance a été ouverte par une présentation qui prouve que l'art du diagnostic n'est pas encore, pour tout le monde du moins, parvenu au degré de perfection que l'on pourrait désirer, et qui montre que le praticien peut rencontrer des cas dans lesquels l'hésitation est permise.

Un jeune garçon de dix ans porte sur le bord supérieur de la mâchoire inférieure gauche une tumeur mobile, saignante, assez consistante. M. Guersant s'est demandé et a demandé à ses collègues de la Société quelle est la nature de cette affection et quel doit en être le traitement.

Sur la première de ces questions, la Société s'est accordée à considérer la tumeur comme non cancéreuse, et à ce sujet, on a rappelé que M. Verneuil a vu, avec M. Robin, plusieurs tumeurs semblables que ce dernier a désignées sous le nom d'*epulis de mauvaise nature.* Ces tumeurs, suivant M. Robin, ont une tendance rapidement progressive; elles peuvent ébranler les dents et simuler le cancer de la mâchoire. On trouve, dans leur structure intime, des cellules épithéliales, et dans leur profondeur, des cellules à noyaux multiples provenant du bord alvéolaire. — Ces tumeurs ne sont point susceptibles d'une guérison spon-

tanée ; il faut les enlever en tranchant largement dans les tissus sains environnants. — M. Gosselin, qui a eu également l'occasion de voir de ces tumeurs, partage les mêmes opinions. — Enfin, M. Lenoir, qui en a déjà enlevé deux, n'a eu de récidive dans l'un ni dans l'autre cas.

En appliquant au cas présenté par M. Guersant les conséquences qui découlent des diverses opinions émises dans la Société, il est facile de comprendre à quel traitement l'enfant sera soumis ; mais ce n'est que lorsqu'un résultat aura été obtenu que le fait pourra avoir un certain intérêt pour les praticiens.

— Après cette présentation, M. Debout a appelé l'attention sur l'action thérapeutique du lupulin, principe actif du houblon. Ce médicament paraît avoir une très-heureuse influence dans le traitement de la spermatorrhée et du priapisme.

— M. Gerdy a fait une communication qui intéressera les praticiens, comme elle a intéressé la Société ; elle est relative à un nouveau mode de traitement des fistules à l'anus, dont l'orifice supérieur se trouve placé trop haut pour permettre au chirurgien de l'atteindre avec le bistouri, sans craindre la lésion, soit de vaisseaux importants, soit même du péritoine.

Dans ces cas, on se sert de l'entérotome de Dupuytren. L'une des branches est introduite par l'ouverture anale, et l'autre, à l'aide d'une petite incision pratiquée à la peau, au niveau de l'orifice externe, est conduite dans le trajet fistuleux ; on rapproche ensuite les branches, quand on les a poussées à une hauteur suffisante. Dans deux cas, M. Gerdy a eu à se louer de cette opération, qui en résumé serait une modification au procédé de la ligature. Dans ces deux cas, il ne s'est manifesté aucun accident.

La nouvelle modification n'a cependant pas été admise sans contestation. M. Bonnet préfère au traitement par l'entérotome, un traitement bien autrement simple, suivant lui, et qui lui aurait donné déjà *cinq succès* sur *cinq* opérations. On devine sans doute qu'il s'agit des injections iodées.

Nous ne saurions, quant à présent, émettre sur la valeur comparative de ces deux méthodes, une opinion suffisamment motivée. Mais comme, en résumé, si les injections d'iode ne sont pas aussi souveraines qu'on semble le croire, elles n'entraînent cependant pas à leur suite de bien sérieux accidents, nous serions disposé à les essayer d'abord, nous réservant de recourir à l'entérotome en cas d'insuccès.

Nous considérons, du reste, *à priori,* comme un progrès, le procédé de M. Gerdy, d'autant plus volontiers que la lésion du péritoine peut être la conséquence d'une opération pratiquée dans des cas de fistule à orifice supérieur très-profond. Un fait signalé par M. Roux a démontré que les mains les plus habiles ne sauraient être à l'abri d'un pareil malheur.

— A la fin de la séance, deux pièces pathologiques, intéressantes à des points de vue bien différents, ont été soumises à l'examen de la Société par M. Larrey et par M. Chassagnac. Le premier fait est relatif à une tumeur mammaire énorme, de structure gélatineuse, simulant le cancer et opérée pour la deuxième fois. La masse enlevée pèse un peu plus de cinq livres ; la constitution de la malade n'éprouve aucun symptôme d'altération ; il n'existe aucun engorgement dans les ganglions voisins. Néanmoins, en présence d'une première récidive, il sera important de suivre la suite de cette observation. Le deuxième fait est un exemple remarquable de ces hernies graisseuses qui donnent assez souvent lieu à de grandes difficultés de diagnostic. La tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, était engagée dans le canal inguinal, et avait pu être considérée comme formée par une partie de l'épiploon hernié. Du reste, le malade a succombé à une autre affection chirurgicale sans avoir jamais éprouvé le moindre accident du fait de cette pseudo-hernie.

Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de MAL DE POTT; et sur le traitement de plusieurs d'entre elles par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium.

Par M. PIORRY, professeur à la Faculté de médecine.

(*Lu à l'Académie des sciences.*)

(Suite. Voir le n° 58.)

Traitement actuellement suivi. — Dans l'état actuel de la science, trop souvent on ne s'attache pas à particulariser les cas observés, à établir une diagnose absolue et à remonter suffisamment aux circonstances de causalité qui ont déterminé le mal. On ne constate pas d'une manière précise, alors que les premiers symptômes se déclarent, s'il existe ou non une lésion anatomique soit des vertèbres, soit des parties voisines ; on ne détermine pas assez exactement le siége, la forme, l'étendue de l'état pathologique existant. On finit enfin par apprendre, par le récit du malade ou par ses réponses aux questions qu'on lui fait, qu'il y a une paralysie plus ou moins complète des extrémités inférieures du rectum ou de la vessie. Il faut bien dès lors se décider à examiner avec plus de soin qu'auparavant le rachis, et le palper tant bien que mal. Alors encore, suivant les renseignements que l'on a obtenus et non pas en se fondant sur les faits anatomiques observés, on se décide à admettre l'existence d'une paralysie nerveuse ou du mal de Pott. Le traitement se dirige contre l'une ou l'autre de ces maladies que l'on individualise, on le modifie seulement un peu d'après la croyance où l'on est que l'affection étudiée peut être traumatique ou inflammatoire, scrofuleuse ou tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique, due à des causes spéciales ou à des pertes séminales, etc. Ces dernières modifications dans le traitement ne sont guère faites que par les médecins très-soigneux et très-instruits ; car, pour un trop grand nombre de praticiens, la thérapeutique est presque exclusivement dirigée soit vers la paraplégie, soit vers le mal de Pott individualisés sous le nom de maladie.

Or, le traitement du mal de Pott consiste encore, pour l'immense majorité des praticiens, dans l'ensemble des moyens suivants :

1° Le repos plus ou moins absolu ;

2° Éviter, au moyen de béquilles, que le poids du corps se porte sur les parties malades ;

3° L'application, au voisinage du lieu affecté de cautère, de moxas ou de sétons plus ou moins réitérée et dont on se sert pour provoquer une suppuration abondante ;

4° Un régime éminemment réparateur ;

5° Des médicaments dits toniques, fortifiants, antiscrofuleux, tels que le quinquina, le fer, le tannin, les amers, etc. ;

6° L'ensemble des moyens hygiéniques les plus convenables dans un grand nombre de maladies chroniques, c'est-à-dire la respiration d'un air pur, l'habitation dans un lieu sec, échauffé et convenablement éclairé.

Bien que ce traitement paraisse, au premier abord, parfaitement indiqué, les faits de curation qu'il produit sont tellement rares que, dans les hôpitaux ou dans ma pratique civile, je ne pourrais, depuis vingt ans, en citer un exemple bien constaté, et la plupart des praticiens pourraient en dire autant.

Traitement rationnel. — Depuis six ou huit ans, au contraire, et depuis que je soumets les malades atteints des accidents rapportés au mal de Pott à une médication toute différente, les résultats dans la grande majorité des faits sont très-satisfaisants. Le relevé statistique dont il sera bientôt parlé en fournira la preuve. Il est impossible d'attribuer au hasard les succès que consacre ce relevé, car ils ont été obtenus pendant une période de sept à huit ans consécutifs ; d'ailleurs, la raison comme l'expérience se réunissent pour faire admettre que le traitement, dans les cas dont il s'agit, présente une utilité réelle. Ce sujet m'ayant paru avoir de l'importance au point de vue pratique, j'ai cru devoir soumettre à l'Académie les réflexions qui vont suivre.

Avant tout, dans les cas qui ont été observés, je n'ai pas tenu

compte des noms de rhumatisme lombaire, de lombago, etc., donnés à diverses douleurs de reins, j'ai cherché à déterminer quelle était la lésion plus ou moins persistante qui donnait lieu aux accidents, et soit que des symptômes de paralysie se fussent déclarés dans la vessie, le rectum ou les extrémités inférieures, soit qu'il n'en eût pas été ainsi, je me suis attaché à constater de la manière la plus précise, au moyen de la percussion plessimétrique et sans négliger les autres signes, quelles étaient les dimensions, la direction, la forme, l'épaisseur, la saillie, les courbures, la consistance des points de la colonne vertébrale situés à la hauteur des points douloureux. Vous le savez, Messieurs, par le plessimétrisme, l'auscultation et le toucher pratiqué avec un soin extrême, on est arrivé à dessiner exactement, pendant la vie et sur la peau, la configuration des organes et particulièrement du rachis ; de là, ce positivisme absolu dans la diagnose qui élève certains points de la médecine au rang des sciences les plus exactes.

Or, c'est quand de tels moyens, joints à l'étude attentive des troubles fonctionnels qui sont survenus et de la marche suivie par les accidents, ont prouvé qu'il existait une tuméfaction de la colonne vertébrale, et que cette tuméfaction plus ou moins épaisse, plus ou moins étendue, était développée, soit sur un côté du rachis, soit de l'autre côté, soit même dans tous les sens ; c'est encore après avoir bien constaté que cette lésion avait été la cause des névralgies lombaires ou sciatiques observées ; des douleurs musculaires existantes ; des diminutions ou des aberrations survenues dans la sensibilité ; de l'abolition de la motilité des membres ou de la vessie, que le traitement a été institué. Ce traitement a différé suivant les lésions existantes. Il a été adapté aux circonstances organiques que je vais indiquer. L'appréciation de ses effets a été faite de temps en temps au moyen de la délinéation plessimétrique indiquée par le crayon, et qui faisait voir les lignes de circonscription du rachis malade embrasser successivement des espaces de moins en moins étendus.

1er cas. — *Inflammation récente du tissu des os ou du périoste qui forme la colonne vertébrale (ostéite, périostéite rachidiennes ; rachisites proprement dites).* — Il est arrivé, mais bien rarement, que des malades ayant éprouvé des contusions de la colonne vertébrale causées par des blessures, des chutes, etc., ont ressenti les jours suivants une douleur variable au niveau des vertèbres lésées. Plus tard, se sont développées des souffrances vives dans les nerfs ou les plexus lombaires et sciatiques. Dans de tels cas, après un temps d'une durée variable, le plessimétrisme permettait de constater au niveau du lieu endolori, d'une part, un épaississement du rachis donnant lieu à une matité très-marquée, et de l'autre, une augmentation d'un, de deux ou même de trois centimètres dans la largeur d'une ou de plusieurs vertèbres.

Dans ces cas, le repos absolu, quelques évacuations sanguines pratiquées près du point douloureux, comme aussi plusieurs vésicatoires successivement appliqués sur cette partie, ont été éminemment utiles. Au moins est-il que les malades traités de cette façon ont été rendus en quelques semaines à une santé parfaite, et que le rachis a repris son épaisseur et ses dimensions normales.

2e cas.— *Intumescence des vertèbres ; rachisomégalie datant de longtemps et probablement de causes traumatiques.* —Certains malades avaient, pendant plusieurs mois, négligé tout traitement rationnel. Des médecins, d'ailleurs, instruits n'avaient reconnu que les symptômes consécutifs : névralgie sciatique ou lombaire ; et n'avaient en rien vu la cause anatomique du mal. La tuméfaction du rachis avec douleur sourde avait persisté, et les accidents étaient devenus de plus en plus graves.

Or, dans des circonstances semblables, des vésicatoires volants ; des cautères, des moxas (derniers moyens dont à coup sûr je me montrerais maintenant peu prodigue) ont été employés ; mais il faut le dire, c'est seulement alors que, dans les cas précédents, j'ai ajouté à ces applications locales l'emploi de trois grammes par jour d'iodure de potassium, que de véritables succès ont été obtenus. L'observation première est un exemple remarquable de l'efficacité de ce double traitement.

3e cas. — *Intumescence de la colonne vertébrale ou des apophyses rachidiennes en rapport avec l'action du syphiose ou virus syphilitique (rachisomégalie et iosyphiosique.* — Presque toujours, chez les malades atteints de tuméfaction vertébrale, je me suis informé avec soin s'il n'existait pas quelque circonstance comme morative, quelque coïncidence de symptômes qui pussent faire croire qu'il existât une cause syphilitique (affection chronique de la peau, ulcérations du pharynx, douleurs se manifestant la nuit dans les os, etc.) Dans un cas, une semblable influence était évidente, et j'ai eu alors recours, avec un très-grand avantage, à l'iodure de potassium et au proto-iodure d'hydrargyre. Ce résultat remarquable est mentionné dans l'observation. Il s'agit, dans ce fait, d'une périostose ou d'une exostose de l'apophyse transverse gauche de la troisième vertèbre lombaire. Cette tumeur comprimait le nerf lombaire correspondant et avait ainsi causé : soit des douleurs dans les plexus lombaires et sciatiques et dans le nerf sciatique, soit une paralysie dans les extrémités inférieures du même côté. En un mois, sous l'influence du traitement, l'apophyse transverse malade reprit ses dimensions normales et la sensibilité, les mouvements se rétablirent d'une manière complète.

4e cas. — *Tuméfaction chronique du rachis, accompagnée de ramollissement, quelquefois de suppuration, et que les symptômes généraux et locaux portent à croire de nature tuberculeuse (rachisophymie ou phymorachisie, rachisopysie).* — Dans la très-grande majorité des cas, la tuméfaction de la colonne vertébrale avait lieu sur des individus d'une organisation plus ou moins détériorée, à circulation peu énergique, à cœur peu volumineux et peu actif. On l'observait chez des gens dont en général les quantités de sang n'étaient pas considérables ou même qui avaient eu dans les ganglions lymphatiques sous-cutanés des abcès chroniques et présumés tuberculeux ; le mal s'était développé avec une grande lenteur ; les douleurs, d'ailleurs obtuses, se déclaraient dans les plexus et les nerfs lombaires et sciatiques ; des fourmillements, des crampes se faisaient sentir dans les cuisses, les jambes ou les pieds, et les accidents se prononçaient avec une intensité incessante et graduée. Si l'on percutait méthodiquement le rachis, on le trouvait douloureux sur quelques points de son étendue, et là, au niveau d'une, de deux ou même de trois vertèbres, on constatait qu'il présentait une augmentation dans son diamètre de 1, de 2, de 3 et même de 4 centimètres.

L'espace en rapport avec la matité anomale limité par le dessin était généralement fusiforme et représentait en quelque sorte la configuration de deux cônes adossés par leurs bases. D'autres fois, un seul côté offrait de la saillie et c'était surtout celui qui correspondait aux membres où les douleurs, les fourmillements, les altérations dans les mouvements étaient les plus prononcés. Quand c'était d'un seul côté que ces derniers phénomènes avaient lieu, le mal, comme l'anatomie devait le faire pressentir, avait toujours pour siége la région lombaire, c'est-à-dire les points où la moelle n'existe plus et où elle s'est terminée par la masse des nerfs rachidiens.

Du reste, si l'on examinait alors avec attention la colonne dorso-lombaire, on trouvait que les épines correspondantes aux points douloureux, épaisses et élargies, présentaient une saillie et que les espaces désignés par le nom de gouttières vertébrales étaient tuméfiés à la même hauteur.

De tels phénomènes de plessimétrismes, de palpation et d'inspection, ne se révèlent bien que si le corps du malade est couché sur le ventre reposant lui-même sur des coussins qui faisaient bomber ainsi la région lombaire.

Parfois même, l'ensemble des moyens de diagnose précédents faisait reconnaître de petits abcès situés latéralement à la région lombaire malade.

Or, dans les cas dont je viens de parler, qui ont été à beaucoup près les plus nombreux (1re, 2e, 3e, 9e, 10e, 11e, 12e, 16e, 17e, 18e, 19e, 20e, 21e, 28e, 34e, 35e, 37e *observations,* etc.), j'ai eu

recours à l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur et à la dose de 3 à 4 grammes par jour, donné en trois doses et à chaque fois dans 30 grammes d'eau édulcorée avec un sirop agréable. Mon but, en prescrivant ce médicament, était de combattre les causes latentes qui pouvaient avoir déterminé ou entretenu le mal (telles que l'action possible du virus vénérien, la prédisposition dite scrofuleuse) et de modifier profondément et avantageusement la constitution.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ADDITION AUX SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 3 ET DU 10 MAI.

Analyse du discours de M. J. Guérin sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets.

L'Académie sait qu'à la question qui s'agite devant elle, se rattachent les problèmes les plus élevés de la physiologie, de la psychologie et de la pathologie. Cependant le rapport ne paraît pas l'avoir compris de cette manière. Après l'avoir lu attentivement, je suis obligé de déclarer qu'il m'a paru non-seulement justifier les reproches dont il a été l'objet, mais en mériter peut-être de plus graves encore. L'Académie voudra bien le remarquer, il ne s'agit pas d'un simple rapport scientifique, dont on puisse laisser à l'avenir de confirmer ou d'infirmer les doctrines; mais il s'agit d'un rapport officiel, demandé par l'autorité, et destiné à servir de motif et de garantie à d'importantes réformes dans l'enseignement des sourds-muets.

C'est l'Académie elle-même qui est appelée à prononcer; c'est son opinion, c'est son autorité qu'on invoque. Il est donc très-important que le travail qui sera fait au nom de l'Académie soit digne d'elle et capable de supporter l'examen des plus difficiles. Eh bien! et malgré toute ma déférence pour M. le rapporteur, je suis obligé de confesser que le rapport est loin de satisfaire à ces conditions. Il me paraît avoir amoindri et rétréci la question à résoudre; il me paraît souvent faible d'informations et de preuves; mais il me paraît surtout manquer d'autorité; en un mot, c'est un rapport insuffisant.

M. le rapporteur ne manquera pas de dire, comme il l'a déjà fait, que le cadre du rapport était tout tracé par l'autorité; qu'il ne s'agissait que de répondre à des questions posées par le ministre. Mais cette fin de non-recevoir ne saurait être admise. En s'adressant à l'Académie, le ministre ne lui a pas demandé des réponses d'oracle : il a invoqué ses lumières, sa compétence. Il lui a demandé des conclusions, mais il ne lui a pas interdit de les motiver. Or, bien que les questions ministérielles portent spécialement sur telle ou telle application de certaines méthodes employées dans l'éducation et le traitement des sourds-muets, il était impossible de détacher l'application des principes, de juger le fait sans peser la valeur de la méthode....

Je n'admets pas, comme mon honorable et savant collègue M. Ferrus, qu'il y ait deux parts à faire, l'une pour la médecine, l'autre pour la pédagogie. Tout ce qui se rapporte à l'amélioration et à l'éducation des sourds-muets est du domaine de la médecine : d'une part, chercher à réveiller et à développer les moindres vestiges de la parole et de l'ouïe; de l'autre, chercher tous les moyens de suppléer par les autres fonctions à ces deux fonctions absentes, tel est le double problème qu'on doit se poser. Or, n'est-ce pas à la physiologie, à la psychologie et à la philosophie, c'est-à-dire à la médecine, envisagée dans son caractère le plus élevé, qu'il faut demander les éléments de cette solution?

Le premier devoir du rapporteur était de présenter un historique court, mais substantiel, du sujet. Il ne s'agit pas de citer des noms, de rappeler des travaux, mais il faut préciser par les idées et les résultats la part que chacun a prise dans la chaîne du progrès. Fixer le point de départ et le point d'arrivée de la question, c'était le seul moyen de mettre l'Académie à même d'apprécier la part de chacun, et surtout le caractère de nouveauté et d'utilité des idées et des pratiques soumises à son approbation.

Que la sévérité de ces remarques adressées au rapport ne préjudicie rien de ce que j'ai à dire des travaux de M. Blanchet. Je le déclare d'avance, au contraire, je suis très-sympathique aux efforts de notre confrère, et en temps voulu je leur rendrai la justice qu'ils méritent.

Tous les efforts tentés jusqu'ici dans les différents pays pour asseoir les bases de l'éducation physique et morale des sourds-muets peuvent se rapporter à deux écoles principales : à l'école dite *française* et l'école dite *allemande;* la première faisant surtout usage, dans l'éducation des sourds-muets, de la *méthode mimique* et de la *dactylologie;* la seconde ayant principalement recours à la *lecture sur les lèvres,* au *développement* et à l'*enseignement de la parole;* l'une presque exclusivement en honneur dans l'Institut des Sourds-Muets de Paris; l'autre très-répandue à l'étranger, en Belgique, en Hollande et dans tout le nord de l'Allemagne.

Ici, l'orateur trace l'histoire générale de ces méthodes, et s'exprime ainsi en ce qui concerne l'enseignement de la parole :

L'*éducation de l'ouïe* chez les sourds-muets constitue l'élément le plus nouveau, sinon le plus important de la méthode orale : c'est le terrain physiologique et médical proprement dit; et la méthode pourrait, à bon droit, être qualifiée de française, puisqu'elle a été instituée, développée et perfectionnée par trois médecins français : Itard, MM. Deleau et Blanchet.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets comprend l'idée de cette méthode, le classement des sujets, les instruments et moyens, et les résultats produits.

L'idée de la méthode appartient incontestablement à Itard. Ses successeurs n'ont fait que la justifier en l'adoptant.

Le classement proposé par Itard, comme celui de M. Deleau, comme celui de M. Blanchet, repose tout entier sur le degré d'audition existant à l'époque de l'admission du sujet et de sa mise en traitement. La manière de faire de ces trois médecins est la même en principe; ils ne diffèrent que par les moyens qu'ils emploient pour apprécier le degré d'audition au point de départ.

Or, je n'hésite pas à le déclarer, le mode de classement admis par Itard, MM. Deleau et Blanchet, et sanctionné par le rapport, est complétement subversif des véritables principes de la science. Il suffit, en effet, de poser les bases d'un classement méthodique des sourds-muets éducables par l'ouïe, pour faire ressortir le vice du classement admis par le rapport.

Séparer d'abord les surdi-mutités dépendantes d'une *maladie* existante, et comme symptômes ou effets de cette maladie, des surdi-mutités établies, persistantes à l'état d'*infirmités,* résultant d'une maladie qui n'est plus.

Puis diviser les surdi-mutités : 1° en celles qui dépendent d'une lésion ou oblitération de l'oreille externe, avec intégrité de l'oreille moyenne et du nerf acoustique; 2° en celles qui tiennent à une lésion, perversion ou distinction de l'oreille interne sans lésion des puissances nerveuses; 3° en celles qui dépendent de cette lésion, paralysie ou autre, du nerf acoustique; sauf à combiner ces divisions entre elles. On conçoit qu'à ces différentes catégories puissent se rapporter des sujets ayant, au point de départ, le même degré d'audition, quoique les résultats de leur éducation auditive ne soient pas en raison de leur degré de perception initiale, mais en raison des conditions où ils se trouvaient quant au caractère étiologique de leur infirmité. Ainsi donc, *maladie* ou *infirmité,* lésion de *l'oreille externe,* de *l'oreille moyenne* et du *nerf acoustique,* voilà, si je ne me trompe, ce que chacun de nous, jugeant les faits en médecin, aurait préféré au classement purement acoustique d'Itard, de MM. Deleau et Blanchet.

Prenant le classement acoustique de ces auteurs pour ce qu'il est et avec les réserves qui précèdent, quelles différences réelles existent entre Itard et MM. Deleau et Blanchet? quels motifs de préférence existe-t-il entre chacun d'eux?

On sait, et la commission l'a rappelé, qu'Itard classait ses sujets en ceux qui entendent la *parole,* la *voix,* le *son,* le *bruit,* et en ceux dont l'audition est complétement nulle. Ce classement est vague et n'a rien de précis; sous ce rapport, M. Blanchet a fait un progrès réel sur Itard, en substituant aux appréciations vagues et indéterminées de ce médecin la mesure physique, les acoumètres, le monocorde, réducteurs de tous les sons, de tous les bruits — quelles que soient leurs différences de ton, de timbre et d'intensité — à un seul élément fixe : le nombre des vibrations. Au point de vue de la science physique, c'est une substitution heureuse, ingénieuse, et qui offre le caractère du progrès scientifique; mais au point de vue absolu, au point de vue physiologique, en est-il de même? N'y a-t-il dans la voix que des vibrations et du timbre, dans la parole que des sons? Pour moi, je ne le crois pas. La parole, avec ses sons articulés, interrompus, saccadés, placés dans certains rapports de succession, ne saurait être réduite, par rapport à la mesure de ses effets sur l'ouïe, à un nombre déterminé de vibrations; et l'ouïe, organe si délicat, instrument si parfait, est un appréciateur beaucoup plus complet, beaucoup plus fin que tous les instruments acoustiques possibles, des éléments du son et de la voix humaine. Je pense donc que certaines réserves à cet égard n'eussent pas été inutiles dans le rapport, dont il eût été juste, sans doute, de tenir compte.

M. Deleau, en effet, en décomposant la parole humaine dans ses principaux éléments physiologiques, avait distingué l'*articulation,* le *son* et le *mouvement* de la bouche; de plus, étudiant chacun de ces éléments dans ses origines, les lettres, les syllabes, les mots, il avait tout à la fois tiré de cette analyse ingénieuse et vraie un moyen de classement des sourds-muets et une méthode d'éducation de l'ouïe. Je ne saurais dire jusqu'où l'expérience a sanctionné la valeur des distinctions et des pratiques de M. Deleau; mais je les rappelle parce qu'elles sont ingénieuses, et parce qu'elles forment une espèce d'intermédiaire entre Itard et M. Blanchet, et enfin parce qu'elles sont peut-être de nature à inspirer quelques ré-

serves quant à la préférence absolue à accorder, dans le diagnostic et le traitement de la surdi-mutité, aux instruments de physique et d'acoustique sur les ressources mieux connues de la voie et de l'ouïe.

Il est un dernier reproche à adresser au rapport : c'est de n'avoir pas mieux fait connaître les moyens employés par M. Blanchet pour développer, mieux que ne le faisaient Itard et M. Deleau, l'ouïe des sourds-muets. Pour ne citer qu'un exemple, pourquoi le rapport ne mentionne-t-il pas les remarques judicieuses de M. Blanchet sur la concordance de la parole avec l'ouïe, et sur l'utilité qu'il y a, dans les exercices vocaux et auriculaires, chez les sourds-muets, à mettre constamment d'accord la voix avec l'ouïe, le son parlé avec le son perçu. C'est là une des conditions du succès. M. Blanchet en a su tirer un grand parti dans ses exercices vocaux avec l'orgue.

J'arrive à la question de la *transmission du son par les nerfs de la sensibilité générale*. C'est la partie la plus neuve, la plus originale et vraiment originale des recherches de M. Blanchet. Eh bien! c'est celle que le rapport a traitée le plus incomplétement. A peine en est-il dit quelques mots, et ce qui en est dit est fort loin de donner une idée de l'importance des faits et des conséquences pratiques qu'on en peut espérer. Cependant la question du ministre est cette fois fort explicite.

La question, examinée méthodiquement, comprend l'énoncé des faits, puis la théorie de ces faits, savoir si, comme le pense M. Blanchet, les impressions sonores arrivent au cerveau par les nerfs de la sensibilité tactile, ou bien, comme le soutient notre honorable président M. Bérard, et après lui M. Bonnafont, c'est par les solides du corps humain, les membres, la colonne vertébrale, le sternum et le crâne que cette transmission a lieu; enfin l'application de ces faits à l'éducation des sourds-muets.

Quant aux faits établissant que les sourds-muets complétement sourds perçoivent les vibrations par la sensibilité tactile, ils sont vulgaires. On sait, et le rapport en fait mention, que les sourds-muets sont avertis dans la rue de la présence des voitures, qu'ils se servent de ces impressions pour se diriger. C'est là ce que tout le monde connaît, et là n'est pas la science. La science commence à l'étude des faits d'audition tactile, considérés dans leurs différences, dans leurs conditions, dans l'appréciation de leur origine et de leur portée, et finalement dans la connaissance de leur mécanisme et de leur vraie signification physiologique. MM. Berthier, Pélissier et Dubois m'ont affirmé qu'ils pouvaient, à l'aide des seules impressions tactiles, distinguer le bruit d'une voiture, d'un tambour, d'un chien qui aboie, d'une porte qui se ferme, d'une cloche, en un mot de toutes sortes de bruits. M. Dubois, dont l'esprit d'observation et d'analyse est des plus remarquables, m'a fait d'autres et plus précises révélations : « Que pouvez-vous sentir et distinguer, lui demandai-je, au contact des vibrations des instruments de musique? — Je sens, m'a-t-il dit, les sons qui montent et qui descendent; je puis distinguer les tons les uns des autres. — Et quant à l'essence du son, à la musique, vous en faites-vous une idée? en éprouvez-vous quelque jouissance?— Aucune. » Et il ajouta que tous les bruits en général procurent quelque sensation agréable au sourd-muet, — ce qui explique pourquoi les sourds-muets sont généralement tapageurs, — mais ils n'éprouvent rien au delà. Les sourds-muets constatent donc certaines différences à l'aide de la sensibilité tactile ; ce qu'ils ne distinguent pas, ce qui leur manque, c'est la notion essentielle du son, celle qui n'appartient qu'à l'ouïe.

Quant au véritable mécanisme de la transmission des ondes sonores au cerveau, je ne veux pas en faire ici l'objet d'une discussion approfondie ; je me bornerai à citer quelques faits qui me paraissent de nature à prouver d'une manière irrécusable que cette transmission a lieu, non pas, comme le pensent notre honorable président et M. Bonnafont, par les solides du corps, mais par les nerfs eux-mêmes.

M. Blanchet a constaté, sur un assez grand nombre de sujets atteints de paralysies du sentiment, qu'ils ne perçoivent aucune impression des corps vibrants du côté paralysé, tandis qu'ils les perçoivent très-bien du côté sain. Cette observation a été répétée sur une série de malades de Bicêtre, dont je possède la liste dans mon dossier. Ce premier fait m'a paru sans réplique ; mais il en est deux autres qui ne manquent pas non plus d'autorité. Les sourds-muets que j'ai interrogés à cet égard m'ont tous affirmé que la perception du bruit leur vient par la plante des pieds surtout et la paume des mains, puis par quelques parties du corps très-pourvues de nerfs, comme l'épigastre; enfin, d'après les nombreuses expériences de M. Blanchet, il est établi que bon nombre de sourds-muets perçoivent beaucoup mieux les sons par les mains et les pieds que par l'ouïe; qu'ils perçoivent par les voies tactiles des sons composés d'un nombre de vibrations qui ne leur produisent aucune impression appréciable par l'ouïe. Il n'y aurait aucune raison pour que les ondes sonores n'arrivassent pas aussi aisément et aussi complétement par les solides du tronc et du crâne que par les surfaces tactiles du pied et de la main. La transmission des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale me paraît donc un fait acquis à la science; il me reste à dire son utilité dans l'éducation des sourds-muets.

Et d'abord n'y eût-il que les usages vulgaires que font les sourds-muets de cette porte supplémentaire ouverte aux impressions vibratoires pour en attester l'utilité, que cela suffirait. Mais il y a d'autres applications d'un ordre plus élevé dont on n'a tiré jusqu'ici qu'un parti très-secondaire. Ainsi, chez les sourds-muets complétement sourds, la main placée au devant du larynx peut les aider à distinguer les sons et les mots. Chez les sourds-muets qui sont en même témps aveugles, les perceptions tactiles acquièrent un degré d'utilité très-élevé. Or, il n'est pas absolument rare de rencontrer de ces cas. M. l'abbé Carton, auquel l'art d'instruire les sourds-muets doit tant, est parvenu ainsi à développer à un degré remarquable l'intelligence d'une pauvre fille sourde-muette et aveugle confiée à ses soins.

Le fait de la transmission d'une partie du son par les nerfs de la sensibilité tactile n'est donc pas douteux, pas plus que son utilité n'est contestable dans la constitution de la méthode générale à employer pour l'éducation physique et morale des sourds-muets.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Académie médico-chirurgicale de Ferrare.* — Un prix de 100 écus romains sera décerné, en 1853, au meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Des maladies lentes du foie, et en particulier de celles qui se développent fréquemment dans les contrées marécageuses où règnent les fièvres périodiques. »

Les mémoires devront être envoyés *franco*, au secrétaire de la Société, avant le 31 mars 1854, et être rédigés en italien, latin ou français.

— Un prix de 100 écus romains sera accordé, en 1855, par le conseil de censure de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Sujet : « *Indiquer dans quelles maladies l'électricité est applicable;* exposer les diverses manières de l'employer; rechercher, par des expériences nouvelles, si l'on peut, au moyen de l'électricité, transporter dans le corps vivant des substances pondérables et médicinales. » Les mémoires devront être écrits en italien, latin ou français, et être envoyés franco au secrétaire de la Société, avant le 31 mai 1855.

— La Société de médecine de Marseille vient d'instituer un prix de 300 f. pour le meilleur mémoire traitant la question suivante :

1° De l'avortement prématuré artificiel :

2° Dans quelles circonstances et à quel moment de la grossesse doit-il être provoqué ?

3° Quel est le meilleur mode pour le déterminer?

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis, conformément aux usages académiques, avant le 1er septembre (terme de rigueur), à M. le docteur Hely, secrétaire général de la Société, rue de Chartreux, 15, à Marseille.

— La *Société médicale allemande, à Paris*, a tenu le mercredi 11 mai, à trois heures de l'après-midi, sa huitième séance annuelle. D'après le compte rendu de l'année passée, auquel se joignit un exposé d'un des buts de cette Société (fondation d'une bibliothèque allemande), on a entendu un discours sur l'histoire de la lithotritie ; un autre membre a fourni des observations particulières servant à contester qu'il y ait toujours hypertrophie du cœur quand on sent le choc dans trois intervalles costaux, sans qu'il y ait chondrose du poumon ; ce dernier orateur a lu un mémoire sur la position (gisement) des insectes fossiles et sur les conclusions qui peuvent en être tirées pour l'étude de la géologie. — Un repas cordial des membres et invités a terminé la fête.

BIBLIOGRAPHIE.

Code médical, ou *Recueil des lois, décrets et règlements, sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France;* par Amédée Ametre, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. — 1 fort vol. in-12 de 480 pages, qui sera expédié franco à toute personne qui en fera la demande, en joignant à sa lettre un mandat de poste de 5 fr. 50. — Chez l'auteur, à la Faculté de médecine, et chez Labé, libraire-éditeur de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23, à Paris.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

Des Sourds-Muets. *Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité*, par M. E. Hubert Valleroux, docteur en médecine, etc. — Paris, 1853. — 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 60. 1re année. Jeudi 19 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS : Des hernies crurales, par le Dr A. Deville. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE : HÔPITAL DE LISIEUX. Observation de rétraction musculaire syphilitique, par le Dr Notta. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CORRESPONDANCE : Mort par le chloroforme. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 18 mai 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets.)

M. Bouvier a été un peu gâté par son dernier et légitime succès dans la discussion sur l'atrophie musculaire; il en a presque abusé hier. Ce n'est pas que nous ayons à critiquer les opinions défendues par le savant académicien dans son discours; loin de là, M. Bouvier a été, comme presque toujours, plein de science, de raison, de talent d'exposition; ce que nous trouverions à reprendre dans son allocution, c'est l'opportunité de l'allocution elle-même, et en certains points la forme et le ton qu'il lui a donnés. Sans doute nous avons, l'Académie a entendu avec plaisir, avec un vif intérêt même, la description de la dactylologie, de l'enseignement de la parole et de la mimique, faite dans un langage non moins élégant, quelquefois non moins pittoresque, non moins dramatique que la mimique, ce langage si pittoresque, si dramatique lui-même des sourds-muets.

Mais, quelque satisfaction que nous ayons ressentie à écouter le savant, parfois même l'éloquent académicien, nous n'avons pu nous dissimuler néanmoins que la première partie de son discours, laquelle n'a pas duré moins d'une heure, était un charmant hors-d'œuvre qui ne pouvait que prolonger beaucoup et sans utilité la discussion qui s'agite devant l'Académie.

Ce n'est que dans la seconde partie que M. Bouvier a abordé le véritable point du débat, et, il faut le dire, il l'a abordé par des arguments qui ne peuvent laisser l'ombre d'un doute dans l'esprit de tout homme impartial : citations d'autorités graves et compétentes, citations surtout de documents émanés des sourds-muets les plus intelligents éduqués par les deux méthodes, et prouvant que les sourds-muets parlants joignaient à la supériorité que donne la parole, la supériorité de l'instruction proprement dite, tout, dans les preuves invoquées par M. Bouvier, a démontré la nécessité d'introduire l'enseignement régulier de la parole dans nos établissements, si nous ne voulons pas rester dans un état d'infériorité des plus regrettables par rapport à nos voisins. Malheureusement cette seconde partie du discours de M. Bouvier n'était encore qu'ébauchée : les éléments en étaient épars ou décousus, et l'audition en a été fatigante pour l'Académie; elle n'a pas produit la sensation qu'elle aurait inévitablement excitée, si l'auteur s'y était attaché d'une manière exclusive et lui avait consacré le temps qu'a inutilement absorbé la première partie.

Quoi qu'il en soit, la cause de l'enseignement de la parole est désormais gagnée devant l'Académie, et si les arguments de M. Bouvier avaient laissé quelques obstacles debout, l'important secours qu'est venu lui apporter la voix si justement écoutée de M. Lévy les aurait aplanis. Nous disons que cette cause est gagnée devant l'Académie; hâtons-nous d'ajouter que lors même qu'une majorité mal inspirée viendrait à repousser les conclusions de la commission, la cause n'en serait pas moins gagnée devant l'administration, car quelle que soit l'autorité d'un corps savant, il a y une autorité plus grande encore, c'est celle de la vérité, lorsque la vérité est aussi évidente que celle qui a frappé les yeux de la commission. Cette vérité, on peut en être convaincu, ne frappera pas moins le Ministre que les commissaires de l'Académie, et ce qu'il a déjà fait pour les sourds-muets est une garantie de ce qu'il fera encore.

H. DE CASTELNAU.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

ROYAL FREE HOSPITAL.

Des hernies crurales.

M. Gay, dont j'ai analysé l'ouvrage à propos de mon travail sur les hernies crurales, est chirurgien de Royal Free hospital. Cet hôpital assez récent est tout petit, assez triste, et doit à peu près à M. Gay presque toute sa réputation; il est situé dans Gray's inn Road, une des grandes voies de communication de Londres, à peu près au centre de la ville, un peu vers le nord.

Vers la fin de janvier dernier, M. Gay a eu l'obligeance de me montrer une femme encore jeune, sur laquelle il avait pratiqué, quinze jours avant, l'opération de la hernie crurale étranglée, par son procédé particulier. Comme je n'ai vu la femme que ce jour-là, je vais me contenter de donner sur ce fait, non une observation détaillée, mais une simple note.

Observation. Il s'agissait d'une femme assez jeune encore, mais amaigrie, qui ne paraît pas vivre dans une grande aisance, auprès de laquelle M. Gay avait été appelé au troisième ou quatrième jour d'un étranglement d'une hernie crurale interne droite. Après un taxis léger ne donnant aucun

résultat, M. Gay se décida à pratiquer sur-le-champ l'opération de la herniotomie.

Une incision d'un peu plus d'un pouce de long fut commencée contre la partie interne du collet de la tumeur, et dirigée ensuite obliquement en dedans et en bas, et par conséquent à distance de la hernie. Dès que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent divisés, le fascia cribriformis se trouva à découvert. M. Gay introduisit de la façon que nous avons déjà eu occasion de décrire, son bistouri boutonné et débrida. Malgré le débridement, la hernie ne put pas être détruite. M. Gay songea alors à la possibilité d'un étranglement par le collet du sac, et à la nécessité d'ouvrir le sac. Voici comment il procéda à cette addition.

Le commencement de l'incision, avons-nous dit, se trouvait contre la partie interne du collet de la tumeur. Sans en changer la direction, il suffit de la prolonger en haut et en dehors, dans une étendue d'un demi-pouce, pour qu'elle croisât la face antérieure du collet du sac. Le sac put alors être ouvert dans une petite étendue, le bistouri boutonné introduit, et après une seule tentative de débridement, la hernie fut réduite avec la plus grande facilité.

Dès que le saignement léger de la surface de la plaie eut cessé, trois points de suture réunirent exactement la plaie. En huit jours, me dit l'opérée, la cicatrisation était parfaite, et l'opérée s'était déjà levée.

Le jour où je l'examinai, quinze jours seulement après l'opération, voici ce que je trouvai.

A la vue, et à part la petite cicatrice de la plaie, la région inguinale droite présente une surface très-régulière et très-normale, tout aussi régulière que la région inguinale gauche. Si l'on promène le doigt avec une légère pression vis-à-vis la partie interne du canal crural, on sent là, un peu au-dessous du ligament de Fallope, une masse mollasse, plate et assez mince, qui représente peut-être les restes du sac herniaire. Si l'on applique un peu plus fort dans ce point la pulpe d'un doigt, et si l'on remonte ensuite vers l'anneau crural, on ne sent derrière le ligament de Fallope aucun espace vide; la partie interne de l'anneau crural paraît occupée par une petite masse un peu dure, qui se continue en bas avec la petite masse aplatie précédemment citée, et qui, par en haut, obstrue le passage. Le doigt restant ainsi appliqué, si l'on fait faire à la femme des efforts de toux répétés, le doigt ne sent aucune impulsion. En un mot, il y a, comme cela arrive si souvent après la herniotomie, une cure radicale au moins provisoire.

La cicatrice de la plaie, sous forme d'une ligne étroite, très-superficielle avec les petits points de cicatrice latéraux des sutures, est très-peu marquée, et n'a pas deux pouces de long. Elle commence au dehors à peu près au devant du canal crural, dans le point qui devait correspondre à la face antérieure du collet du sac, et s'étend de là en dedans, et un peu obliquement en bas, laissant tout à fait intacte la portion de peau de la région qui recouvrait primitivement le sac herniaire, et recouvre maintenant la petite masse aplatie, signalée plus haut, qui en représente probablement les débris.

Depuis plusieurs jours, l'opérée se lève et se livre, sans aucun soin particulier, à toutes ses actives occupations. M. Gay lui répète, comme il le lui a déjà dit, qu'elle devrait, malgré qu'elle se trouve très-bien, porter quelque temps un bandage herniaire, par mesure de précaution.

Encore une réunion immédiate et à la suite de la herniotomie, cas dans lequel quelques-uns s'étaient figurés aussi qu'elle ne devait pas réussir. Nous en possédons du reste déjà pas mal d'exemples observés les uns à Paris, les autres à Londres. Nous en parlerons bientôt, quand nous nous occuperons en particulier de la réunion immédiate et des sutures. Pour le moment, nous nous contentons de dire qu'après la herniotomie aussi bien qu'après les autres opérations, la réunion immédiate réussira presque toujours, lorsqu'on voudra se donner la peine de la faire réussir.

Dans le parallèle que nous avons eu occasion de suivre, entre le procédé de M. Gay et le procédé qui consiste à faire, suivant l'usage plus ordinaire, une incision verticale sur le devant de la tumeur herniaire, j'ai inséré plusieurs critiques contre le procédé de M. Gay, tout en reconnaissant qu'il pouvait être utile dans certains cas. Au nombre de ces critiques, s'en trouve une relative au cas où, après avoir inutilement incisé les obstacles fibreux, il devient évident que l'étranglement est au collet du sac. Dans les cas de cet ordre, le procédé de M. Gay paraît, au premier abord, présenter un inconvénient grave, à savoir qu'on est obligé, pour ainsi dire, de recommencer entièrement une opération nouvelle.

Eh bien! l'observation précédente montre que cet inconvénient peut être moins sérieux qu'il ne le paraissait. Un très-faible agrandissement de l'incision en dehors et en haut suffit pour lui faire croiser la face antérieure du collet de la tumeur, pour permettre l'ouverture du sac dans une petite étendue, et l'introduction de l'instrument destiné à débrider le collet. Je le constate volontiers, et je m'empresse de signaler cette petite atténuation à l'une des critiques faites, mais qui ne change en rien les conclusions définitives que j'ai cru devoir proposer. Il n'en reste pas moins, même pour le cas particulier en question, les objections suivantes :

1° Si les intestins herniés sont lésés, s'il y a des adhérences, etc., la très-petite ouverture que peut permettre de faire au sac la prolongation directe de l'incision première, telle que M. Gay l'a pratiquée dans le cas de l'observation précédente, est incontestablement insuffisante; pour un examen raisonnable devenu nécessaire, on sera tout de même forcé de recourir à une incision, à une opération nouvelles, ce qui ne serait pas le cas, lorsqu'on a dès l'abord employé une incision dirigée verticalement sur la tumeur même.

2° Dans les hernies crurales, le collet du sac est bien souvent derrière la tumeur apparente, et alors la prolongation nécessaire de l'incision devra se faire sur la face antérieure du sac lui-même.

3° Alors, s'il y a dans les couches extérieures du sac de ces amas graisseux, de ces kystes que M. Gay désire surtout éviter, on sera bien obligé de les rencontrer, absolument comme dans le cas de l'incision plus commode que nous adoptons dans la majorité des cas.

La conclusion générale reste donc la même à mon sens. L'idée mise en avant par M. Gay, de commencer l'incision sur le côté du collet de la tumeur herniaire, et de la prolonger sur les parties saines, de manière à laisser les enveloppes herniaires tout à fait intactes, reste comme un très-bon perfectionnement dans quelques cas particuliers; seulement elle ne paraît pas jusqu'à présent devoir remplacer l'incision habituelle dans les cas ordinaires, et sera applicable utilement surtout alors que l'étranglement étant récent, on pourrait craindre de rencontrer dans des masses graisseuses ou kystiques surajoutées à l'extérieur du sac, des obstacles plus ou moins notables, en employant l'incision ordinaire.

Qu'on nous permette une dernière remarque relativement à l'observation précédente.

Est-il bien sûr que l'étranglement, dans ce cas, fût au collet du sac? On pourrait, en effet, élever quelques doutes. D'abord, si nous possédions l'observation exacte et complète, et qu'il fût bien certain que l'opération avec les résultats simples que nous savons, a été réellement pratiquée au troisième ou quatrième jour de l'étranglement, les doutes prendraient une grande consistance. En effet, et à part quelques cas rares exceptionnels, un étranglement par le collet du sac, est ce quelques-uns appellent un étranglement vrai, ou mieux, ce que nous appelons volontiers, avec M. Gosselin, un étranglement aigu; en trois ou quatre jours de temps, un étranglement de ce genre produit des accidents sérieux, dont nous ne trouvons pas traces dans le cas en question.

Mettant de côté ce détail sur lequel nous ne possédons pas, en ce moment, d'informations précises, tous les doutes ne sont pas levés. Dans notre travail sur les hernies crurales, nous avons vu qu'à la façon dont M. Gay introduit son bistouri spécial, il est exposé à laisser intact précisément le cercle fibreux du fascia cribriformis qui est l'agent de l'étranglement. Cela aurait-il eu lieu dans le cas cité? La question peut d'autant mieux être posée, que même avec le procédé de débridement que nous préférons, et entre les mains du chirurgien le plus expérimenté, nous admettons que le même accident peut arriver, quoique par exception, dans quelques cas difficiles; c'est-à-dire qu'après des débridements infructueux, le chirurgien soit obligé d'ouvrir le sac pour débrider à partir de sa face interne, alors cependant que le collet du sac ne produit aucune striction. D'un autre côté, la question vaut la peine d'être posée, parce qu'elle se rattache à quelques considérations pratiques qui ont de l'intérêt.

Un des principaux obstacles à l'admission du procédé de J.-L. Petit, qui consiste à débrider sans ouvrir le sac, a été certainement la nécessité de connaître plus intimement l'anatomie normale et pathologique et les règles précises de la médecine opératoire. Quand on est habitué à faire des opérations chirurgicales, qu'on est prudent et attentif, c'est une chose si simple, en général, que d'opérer une hernie étranglée en ouvrant le sac ; on n'a qu'à diviser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le sac, qu'à se rappeler la possibilité d'obstacles dus à des amas graisseux, à des kystes ou à des adhérences, qu'à avancer avec précaution, à mesure qu'on approche du sac, pour éviter de blesser l'intestin. — Bah ! ce n'est pas bien difficile. — Les premières fois, le cœur vous bat un peu, mais ensuite, comme on a souvent réussi, on se rassure. On obtient autant de guérisons que les chirurgiens qu'on a vus opérer, desquels on a appris l'opération, quelquefois même plus, grâces à l'addition de quelques perfectionnements récents. Pourquoi aller chercher autre chose et se livrer à des expériences nouvelles ? Demandez-le à ces praticiens, et ils vous répondent invariablement : « J'opère en ou-« vrant le sac, et je m'en trouve bien. » Détestable raison. La force d'inertie (la plus grande de toutes les forces, on ne saurait se lasser de le répéter) et le retard qu'ont occasionnés ces deux malheureux lieux communs : « Je suis d'opinion que....» et « je « m'en trouve bien, » sont incalculables, et non pas tant encore par eux-mêmes, que par l'appui involontaire et souvent si habilement exploité qu'ils prêtent aux adversaires du progrès. — Et puis, on a été tant de fois attrapé à de prétendus perfectionnements. (Il est vrai que, sur ce dernier point, c'est en général la faute de ceux qui s'y laissent prendre ; cela tient à ce que bien souvent, au lieu d'adopter une chose nouvelle parce qu'elle est bonne et appuyée de preuves, alors même qu'elle viendrait de quelqu'un peu connu, on l'accepte sur la foi de monsieur tel ou tel, un grand nom, une autorité ; et puis quand on est déçu, on s'en prend à l'impatience et à la turbulence de l'époque, au lieu de se faire à soi-même les reproches qu'on a bien mérités.)—Bref, dans cette disposition d'esprit, on apprend qu'il vaut mieux ne pas ouvrir le sac dans la herniotomie. Il paraît qu'on obtient ainsi plus de succès, par conséquent qu'on rend plus de services à l'humanité ; c'est là une corde sensible dans notre profession et, sous bien des rapports, elle entrerait facilement en vibration. Mais... viennent les mais. Est-ce bien sûr que cela vaille mieux ? Et puis, il ne s'agit plus alors d'une opération très-simple, quoique délicate, au moins dans la majorité des cas ; pour la pratiquer, il faut commencer par avoir une idée nette, bien savoir l'anatomie du canal crural, et peu de chirurgiens la connaissent ; il faut tenir compte de plusieurs petites minuties des règles de la médecine opératoire que tout le monde n'a pas bien apprises, que l'instinct, l'habitude font appliquer dans d'autres opérations, mais sans qu'on s'en rende compte de manière à en être maître et à pouvoir les utiliser dans une opération nouvelle, etc. — Voilà un des grands obstacles qu'a rencontrés la méthode de J.-L. Petit. Ajoutez à cela l'opposition de quelques-uns, parce que cette méthode heurtait les principes qu'ils avaient posés, parce qu'elle était nouvelle et parce qu'elle était vraie, et vous arriverez aisément à comprendre comment cette méthode si bonne est restée enterrée pendant plus d'un demi-siècle.

Ce même obstacle existe aujourd'hui et existera longtemps encore pour une foule d'opérateurs, jusqu'à ce que les professeurs qui démontrent le canal crural aient appris à le connaître et à le faire connaître à une nouvelle génération, et jusqu'à ce que les règles de la médecine opératoire aient été démontrées avec plus de rigueur encore qu'elles ne le sont d'ordinaire, bien que des progrès immenses aient été faits en France, sous ce point de vue, dans le siècle présent. Pour quiconque veut se donner la peine d'étudier, il n'est plus permis d'élever des doutes sur la valeur incontestable et la grande supériorité de la méthode de J.-L. Petit, dans ces cas bien spécifiés. Et cependant l'application n'en est pas vulgaire, elle est faite seulement par un petit nombre de chirurgiens de premier ordre ; c'est même aujourd'hui un signe assez caractéristique ; un chirurgien auquel vous voyez pratiquer, d'une manière satisfaisante, la herniotomie sans ouvrir le sac, est à coup sûr un chirurgien d'élite, que le hasard ait fait connaître ou n'ait pas fait connaître son nom. Plus ces chirurgiens ont étudié l'anatomie, plus ils ont médité sur la médecine opératoire, de manière à se rendre compte des détails et de l'importance des règles de médecine opératoire qu'ils appliquent, et plus souvent ils réussiront à opérer la hernie crurale en particulier sans ouvrir le sac. Au contraire, dans les conditions inverses, parfois même pour une minutie négligée par inattention, il arrivera que l'opération sans ouvrir le sac ne lèvera pas l'étranglement, et qu'on sera obligé de l'ouvrir pour faire un débridement suffisant, alors cependant que le collet du sac n'exerçait aucune striction.

Si j'ai cru devoir exposer rapidement ces quelques considérations à propos de l'observation de M. Gay, c'est que, dans ces derniers temps, j'ai entendu citer plusieurs opérations récentes de hernies crurales, dans lesquelles le sac a été ouvert, les opérateurs cherchant à se justifier par l'allégation que c'était le collet qui étranglait. L'excuse est commode, mais elle devient un peu trop fréquente, par rapport à ce qui existe réellement. Il faut le dire bien haut, l'étranglement par le collet du sac est une exception pour les hernies crurales, tandis que si on écoutait plusieurs opérateurs en ce moment-ci, il deviendrait la règle. Pour éviter qu'on embrouille la question avec de prétendus faits qui reposent uniquement sur des assertions intéressées, il importe donc qu'on demande désormais à tout fait nouveau d'étranglement des hernies crurales par le collet du sac, ses preuves positives. Voilà pourquoi, ayant dit dans l'observation précédente que l'étranglement avait été soupçonné produit par le collet du sac, nous avons cru indispensable d'exposer quelques-unes des raisons qui peuvent entraîner dans l'erreur, et de dire que non-seulement dans cette observation le fait de l'étranglement par le collet du sac n'était pas prouvé, mais qu'on pouvait même lui opposer des doutes sérieux.

—

Dans mon petit travail récemment publié sur les hernies crurales, il y a une faute que j'ai commise sur la foi de presque tous les chirurgiens anglais actuels, et qui vaut grandement la peine d'être corrigée. Il s'agit de savoir si ce que tout le monde ici, ou à peu près, appelle maintenant le ligament de Hey, est bien réellement ce que Hey a voulu décrire.

Lorsque le travail a été parti pour la publication, je me suis senti pris d'un remords, de m'être arrêté à ce que ce tout le monde lui attribue, et aux citations, quoique textuelles, de son livre, au lieu de recourir directement au livre lui-même. Des doutes graves se sont élevés dans mon esprit. Hey n'était pas un anatomiste de profession ; c'était un homme d'un grand jugement, d'invention, un habile praticien habitant Leeds, une des grandes villes de la province, mais où il n'y avait certainement ni les éléments, ni le stimulant nécessaire pour travailler régulièrement l'anatomie ; il était dans le groupe de ces célèbres chirurgiens anglais de la fin du dernier siècle, vivant à Londres, à Édimbourg, à Liverpool, à Norwich, à Manchester, à Leeds, etc.., qui ont tant contribué aux perfectionnements de la chirurgie, dont nous aurons si souvent occasion de parler, et auxquels il n'a manqué qu'une organisation en société académique, avec des règlements convenables, pour rivaliser largement avec l'Académie de chirurgie, cette illustre réunion dont la France est à si juste titre orgueilleuse. Comment, dans ces conditions, Hey avait-il pu disséquer et trouver ce détail anatomique, si minutieux et si caché, qu'on appelle maintenant le ligament de Hey ? Ce détail si minutieux et si caché est si difficile à découvrir à notre époque où l'art des préparations anatomiques a fait des progrès si immenses. Voudrait-on me dire combien nous sommes en ce moment-ci qui avons cherché et vu par nous-mêmes ce prétendu ligament ? Assurément, le compte serait vite fait, même parmi les anatomistes qui ont beaucoup vu, beaucoup disséqué. Est-il probable, par conséquent, que dans le siècle dernier, Hey fût arrivé à ce même degré de raffinement anatomique ? Non, me suis-je dit, ce n'est pas probable ;

et je me suis empressé de faire la vérification dans le livre même de Hey.

Ce livre, publié à Londres en 1803, se compose d'un volume in-8°, portant ce titre : *Practical observations in surgery.* C'est un bien précieux volume. On y trouve la description de la scie à résection qui porte le nom de l'auteur; on y trouve l'observation du fait remarquable sur lequel on s'appuie, mais à tort, pour donner le nom de Hey au lieu de celui de Lisfranc à la désarticulation tarso-métatarsienne (il est vrai que si quelques Français persistent, contre toute évidence, à appeler méthode d'Anel au lieu de méthode de Hunter, la méthode particulière de ligature appliquée au traitement des anévrismes, les Anglais ont par suite juste autant de raison d'appeler la désarticulation tarso-métatarsienne l'opération de Hey); on y trouve une foule d'autres choses importantes que nous aurons plus d'une occasion de citer, et en particulier l'exposé des opinions de l'auteur sur l'étranglement herniaire, auquel sont jointes deux planches gravées assez belles comme art, mais détestables au dernier point comme anatomie, quoique le détail sur lequel nous allons insister y soit représenté d'une manière très-juste, sans contestation possible.

Un simple coup-d'œil jeté sur les planches montre de suite et suffisamment l'erreur commise à cet égard par les chirurgiens anglais modernes. D'ailleurs, le texte ne permet aucun doute. Il est évident que le ligament de Hey, en Angleterre, fait juste le pendant du septum crural de M. Jules Cloquet, en France. Pendant des années, en France, les anatomistes de cabinet, qui parlent d'anatomie sans en avoir jamais fait, se sont amusés à inventer, sous le nom de M. Cloquet, un septum crural imaginaire, alors que le vrai se trouvait dans l'entonnoir fémorali-vasculaire lui-même; puis, de vrais anatomistes tombant dans le piége, se sont évertués à fabriquer ce prétendu septum crural. De même en Angleterre : Hey décrit d'une manière particulière ce qui est tout simplement le *rebord falciforme* de l'aponévrose fémorale devant le canal crural; et voilà qu'en vertu d'une méprise incroyable, on décrit ensuite un ligament fantastique et tout particulier sous le nom de ligament de Hey, jusqu'à ce qu'enfin on ait pu finir (plus heureusement ou malheureusement que pour le fantastique septum crural) par donner un corps à ce produit de l'imagination, et par l'incarner dans un épaississement particulier de l'entonnoir fémorali-vasculaire. — Voilà ce qui se passe en anatomie, science de faits, cependant. Qu'on se figure un peu, d'après cela, ce qui arrive quand le même genre d'esprit s'occupe de pathologie!

Par quels intermédiaires cela s'est fait, je le sais et pourrais le dire; mais comme cela ne ferait que blesser des amours-propres sans utilité, ce n'est pas la peine. Il est bon cependant de noter que Hey, dans la conversation qu'il a eue à ce sujet avec A. Cooper, a été un peu cause de la méprise; A. Cooper lui faisait observer que son ligament n'était autre chose que ce qui était bien connu sous le nom de ligament falciforme; Hey ne comprenant pas bien ce que c'était que ce ligament falciforme, dont on ne parlait pas à l'époque où il avait étudié, mais ayant la conviction qu'il avait décrit quelque chose de bien différent de ce qu'on décrivait dans son temps à lui, et entendant dire à A. Cooper que *son* ligament se rapportait à une chose connue, a résisté avec la persistance d'un inventeur, et déclaré que *son* ligament était quelque chose de tout particulier. A. Cooper a répété cette conversation, ou du moins en a rapporté le sens dans ses cours et dans ses livres; et cela a contribué à jeter dans les esprits l'idée que le ligament de Hey devait être différent du ligament falciforme.

La preuve de l'identité des deux n'est cependant pas difficile à donner, ainsi que nous allons voir. Ce n'est pas long; et nous n'oublions pas que nous écrivons dans un journal de chirurgie et de médecine pratiques, mais qui ne repousse pas pour cela les théories, à la condition qu'elles mènent de suite à une utilité pratique. Sous ce dernier point de vue, il devient utile, ainsi que nous allons le démontrer, de restituer au ligament de Hey sa véritable signification.

A la page 148 de son livre, Hey signale le danger que l'on court de blesser les artères épigastrique et spermatique, lorsqu'on divise le ligament de Poupart, ligament qu'il confond, par parenthèse, avec le bord inférieur de l'aponévrose de terminaison du muscle grand oblique. Pour éviter ce danger, B. Bell, dit-il, a décrit un procédé particulier sur lequel il ne veut pas insister, « parce que j'ai la conviction que le resserrement, dans « cette espèce de hernie, n'est pas causé par le ligament de Pou- « part, mais par une autre partie que je vais décrire immédia- « tement, et dont la division peut être exécutée sans danger pour « les artères. » Ceci démontre déjà que le ligament qu'il va décrire n'est pas le ligament de Hey décrit actuellement, et qu'il serait bien difficile de couper sans atteindre en même temps le ligament de Fallope. — Plus loin, page 150, Hey ajoute qu'il a été porté à examiner l'anatomie de la région, par suite de l'assertion avancée par Gimbernat, que l'étranglement dans la hernie crurale n'est pas formé par le ligament de Poupart.

Cela est bien clair. En décrivant son ligament nouveau, Hey a pour but surtout de montrer que ce n'est pas le ligament de Poupart ou de Fallope qui étrangle, et que dans le débridement on doit couper seulement ce nouveau ligament, sans toucher au ligament de Fallope, sans courir le risque de rencontrer les artères épigastrique et spermatique; par conséquent, le nouveau ligament est à distance du ligament de Fallope.

Pages 151 et 152, au milieu de détails d'une anatomie assez imparfaite, Hey procède ainsi à la description de son ligament : « Dans la hernie crurale, les parties herniées descendent dans la « gaîne aponévrotique qui enveloppe les grands vaisseaux de la « cuisse, et qui est fortement attachée par la partie supérieure « aux os pubis. » Remarquons que la gaîne des vaisseaux dont Hey parle ici, est bien la vraie gaîne, celle que nous décrivons en France, et non la fausse gaîne (entonnoir fémorali-vasculaire) que beaucoup d'anatomistes récents appellent ainsi en Angleterre, par une confusion bien regrettable. « La lame antérieure de cette « gaîne (c'est le ligament falciforme lui-même que Hey décrit « sous ce nom d'une manière assez obscure dans le texte, mais « incontestable par l'inspection des planches conjointes) est for- « mée en partie par la continuation du fascia des muscles abdo- « minaux, passant de haut en bas sur la cuisse. Environ 3/8 de « pouce au-dessous du ligament de Poupart, il existe dans cette « gaîne aponévrotique un autre ligament, quelque peu semblable « à celui de Poupart, mais plus petit. » Ce que Hey désigne ainsi, est, sans contestation possible, et d'après la description toute imparfaite qu'elle soit, et d'après les planches qui ne laissent pas de doutes, le bord libre demi-ovale du ligament falciforme, tel qu'on le fabrique par l'enlèvement du fascia cribriformis. « Il « se porte transversalement, mais ne descend pas obliquement, « comme le fait le ligament de Poupart. Au contraire, il monte « plutôt à mesure qu'il se rapproche de la symphyse des os pubis, « passant derrière, et s'entre-croisant avec le ligament de Pou- « part.... Je l'appellerai *fémoral ligament.* Le ligament n'est « pas situé sur le même plan que celui de Poupart, mais repose « plus profondément, c'est-à-dire à une plus grande distance des « téguments, quoiqu'il soit représenté dans la planche presque « sur le même plan, parce que par un doigt introduit de haut en « bas derrière lui, pendant que le dessin était pris, afin qu'il pût « être amené plus distinctement en vue. »

Ici viennent les deux planches, l'une en noir, l'autre en esquisse, dans lesquelles existent d'effrayables fautes anatomiques, et en particulier une artère et une veine fémorales impossibles. Mais au-dessous du ligament de Fallope, est dessinée d'une manière très-précise, une lame aponévrotique triangulaire, à sommet interne, s'insérant à l'épine du pubis, derrière et au-dessous du ligament de Fallope, dont la base externe et large se continue en dehors sans ligne de démarcation avec l'aponévrose fémorale, et dont le bord libre, qui a le tort seulement de n'être pas assez concave, est le *fémoral ligament;* impossible de s'y méprendre, cette lame est ce que tout le monde aujourd'hui appelle le ligament falciforme.

Les explications ultérieures de Hey sont tout aussi positives; pages 153 et 154, il continue : « Cette partie du *fascia de la*

« *cuisse,* à laquelle j'ai donné le nom de fémoral ligament, peut « aisément être mise à découvert, en introduisant un doigt « (après que l'abdomen a été ouvert) dans la gaîne aponévrotique « des grands vaisseaux fémoraux, derrière le ligament de Pou- « part. Au moment où le doigt se dirige par en bas, il sen- « tira une résistance à la pression, de par une partie du fascia « plus compacte que le reste, qui se dirige transversalement, en- « viron 3/8 de pouce au-dessous du ligament de Poupart, et quel- « quefois présente au doigt un bord presque tranchant. Quand on « l'examine par la dissection, on trouve qu'il ressemble au bord « inférieur de l'aponévrose du muscle oblique externe de l'abdo- « men. Sur les sujets chez lesquels je l'ai disséqué, je ne l'ai pas « toujours trouvé également distinct; mais dans tous, il était « suffisamment apparent. En faisant cet examen, on verra qu'un « intestin hernié *recevrait peu de pression de la part du li-* « *gament de Poupart,* en comparaison avec celle qu'il supporte « nécessairement par l'action de ce ligament inférieur, dont la « structure et la situation rendent clairement compte du phéno- « mène particulier de la hernie fémorale. »

Quelques autres passages tout aussi positifs pourraient être cités. Mais en voilà assez, je pense, pour démontrer la justesse des conclusions suivantes :

1° Le ligament fémoral décrit par Hey est tout simplement le bord libre artificiel du ligament falciforme;

2° Tout autre ligament de Hey est une illusion;

3° Cette illusion, entretenue quelque temps, a fini par amener la découverte d'un épaississement fibreux, assez insignifiant sous tous les rapports dans les parois de l'entonnoir fémorali-vasculaire, auquel il n'est vraiment pas possible de continuer à donner le nom de ligament de Hey.

4° A. Cooper, Liston et M. Lawrence, par exemple, avaient eu parfaitement raison de continuer à donner le nom de ligament de Hey à la partie interne plus étroite du ligament falciforme qui longe le ligament de Gimbernat, et que quelques-uns appellent le prolongement du ligament falciforme. Pour mon compte, m'en rapportant aux citations partielles empruntées à Hey, et à l'opinion de plusieurs autres chirurgiens anglais, j'avais eu tort de répéter le reproche que A. Cooper, Liston et M. Lawrence étaient en contradiction avec le texte de Hey, alors qu'il est certain qu'eux seuls étaient dans le vrai.

5° A l'avenir, si les anatomistes et les chirurgiens anglais veulent, à propos du canal crural, perpétuer le souvenir de leur habile praticien et compatriote Hey, ils ne le pourront légitimement, qu'en disant : Hey est un des premiers qui ont insisté pour prouver que le ligament de Fallope ne pouvait pas étrangler une hernie crurale, mais que l'étranglement était plutôt produit par le bord libre du ligament falciforme.

6° Le nom de ligament de Hey doit disparaître. Synonyme de ligament falciforme, ou plutôt de son rebord libre qui est tout artificiel, il est très-insuffisamment décrit par Hey, et a été décrit depuis par A. Cooper et bien d'autres, d'une manière si différemment complète, que la continuation de cette dénomination serait un véritable abus.

Nous avons ainsi, je pense, jeté un peu de lumière sur ce chaos, cet embrouillis, dans lequel il n'est pas du tout aisé de se reconnaître, lorsqu'on y entre pour la première fois seul et sans guide. Si nous ne nous faisons pas illusion, ceci a déjà sa valeur. Mais par quelques courts développements de la cinquième conclusion, nous pouvons arriver à quelques détails qui touchent assez directement à la pratique de la herniotomie.

La grande question qui se débat en ce moment, est celle de savoir quel est celui des anneaux fibreux qui étrangle habituellement les hernies crurales. Nous dirons, nous, que c'est presque toujours un des trous du fascia cribriformis, et jamais en tout cas le pourtour de l'anneau crural. Cette question touche à la pratique par tant de points, que sa solution devient d'un grand intérêt. Quel est le plus grand obstacle à cette solution? C'est que des praticiens capables, instruits, expérimentés, viennent vous soutenir avec une obstination inconcevable, qu'ils sont obligés de couper le ligament de Gimbernat, pour arriver à débrider la hernie crurale d'une manière satisfaisante. L'année dernière, par exemple, je causais de cette question avec un chirurgien d'une des grandes villes de l'Angleterre, qui a fait avec grand succès un nombre assez considérable d'opérations de hernies crurales; il ne connaissait pas le fascia cribriformis, mais n'en persistait pas moins à dire qu'il lui avait toujours fallu et qu'il fallait couper le ligament de Gimbernat. Que répondre à cela, surtout dans une conversation? Rien, évidemment.

Mais si, dans une discussion régulièrement scientifique, quelqu'un soutenait devant moi la même chose, je ne pourrais pas m'empêcher de lui demander une description régulière de l'anatomie du canal crural, et de la marche de la hernie dans ce canal, afin de constater s'il sait bien réellement ce que c'est que le canal crural. Et si cette personne était un chirurgien anglais, eût-elle fait cent herniotomies, je la prierais de m'expliquer comment il se fait que dans sa ville le ligament de Gimbernat contribue presque toujours à l'étranglement, tandis qu'à Leeds, d'après une inspection minutieuse et spéciale faite par Hey, le ligament de Poupart (auquel appartient le ligament de Gimbernat) n'y contribue jamais?

« J'ai la conviction, dit Hey, que le resserrement, dans cette « espèce de hernie, n'est pas causé par le ligament de Poupart.»

Hey, lui non plus, ne connaissait pas le fascia cribriformis, en sorte que s'il s'est rapproché de bien près du vrai siége de l'étranglement, en le supposant produit sur le bord du ligament falciforme, on ne peut pas cependant lui attribuer le mérite d'avoir signalé la véritable cause de l'étranglement. Ses recherches et ses opinions ont surtout une grande valeur négative contre l'opinion erronée qui admet la possibilité d'un étranglement à l'anneau crural. Envisagés ainsi, les travaux de l'éminent praticien sont bien utiles à mettre en lumière, surtout en Angleterre, où son autorité est si respectée, pour aider à la solution de cette question capitale pour la pratique, du vrai siége de l'étranglement. Cette utilité est assez grande, à notre idée, pour nous justifier d'avoir ainsi insisté pour leur restituer leur véritable signification.

A. Deville, *D. M. P.*

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hôpital de Lisieux.

Observation de rétraction musculaire syphilitique

(non admise par les auteurs),

Par le docteur Notta, *chirurgien de l'hôpital, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.*

Une femme âgée de 26 ans, d'une constitution lymphatique, vint me consulter, vers la fin de juin 1852, pour une syphilide érythémateuse qui lui couvrait tout le corps depuis un mois. Elle m'avoua alors que depuis trois mois environ elle avait des boutons aux parties. En les examinant, je reconnus que ces boutons étaient des tubercules muqueux. Il y avait de plus quelques croûtes dans les cheveux, des ganglions cervicaux, plats, roulants sous le doigt, quelques tubercules muqueux sur la langue et la face interne des joues, des douleurs articulaires, une anorexie complète et de l'amaigrissement. Je prescrivis une pilule de proto-iodure de mercure de 0,04 tous les jours; et je touchai les tubercules muqueux avec le crayon de nitrate d'argent. Un mois après, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, un écoulement blanc abondant et des douleurs de reins me déterminèrent à examiner le col de l'utérus; il était très-volumineux, mou, érodé à sa surface que je touchai avec le crayon de nitrate d'argent. Le même traitement fut prescrit, mais je doute qu'il ait été suivi exactement. Le 26 août la malade revient me voir, elle est dans l'état suivant :

Les croûtes qui existaient dans les cheveux ont complétement disparu; la syphilide est également guérie, on voit seulement encore çà et là quelques traces de l'éruption qui se traduisent par une coloration un peu plus foncée de la peau. A l'anus, il y

a encore deux tubercules muqueux ; ceux de la vulve ont disparu. La face interne des petites lèvres et le bulbe du vagin présentent une coloration d'un rouge très-vif, et sont douloureux au toucher. Le col utérin est toujours très-volumineux et excorié. L'amygdale droite est le siége d'une ulcération qui date de quinze jours environ. Les tubercules de la langue et des joues ont complétement disparu. La voix est voilée depuis une douzaine de jours. Douleurs nocturnes dans les membres, sur le trajet des os et dans les articulations. Dans les deux jarrets on remarque un empâtement et une tuméfaction prononcée du tissu cellulaire sous-cutané. L'articulation radio-carpienne gauche renferme du liquide. Sur le cubitus droit existent deux tumeurs du volume d'une noisette, dures, douloureuses à la pression, sans changement de couleur à la peau, elles sont le siége de douleurs nocturnes..

Lorsque la malade veut étendre l'avant-bras droit complétement, elle en est empêchée par le raccourcissement du biceps, dont le tendon fait saillie sous les téguments, l'avant-bras forme alors avec le bras un angle obtus de 170° environ. Avec beaucoup d'efforts, et en plaçant l'avant-bras en supination forcée, on arrive à obtenir une extension presque complète ; mais pour peu que la main soit en pronation, on ne peut étendre l'avant-bras au delà de 170°. L'articulation du coude est saine, ne renferme pas de liquide. Le muscle biceps est souple, bien contractile. La malade peut soulever un fardeau aussi lourd du bras droit que du bras gauche. Il n'y a pas de douleur dans les mouvements de flexion et d'extension. Si on cherche à étendre le bras au delà de la limite permise par le raccourcissement du biceps, on détermine de la douleur au niveau du tendon du biceps. Ce tendon est également douloureux à la pression. Il ne présente d'ailleurs aucune altération ; son volume est normal, la peau qui le recouvre est souple, non adhérente. Les insertions supérieures du biceps ne sont pas douloureuses. Depuis quelques jours la malade remarque que l'extension des doigts ne se fait pas aussi bien qu'auparavant. Pour la main gauche le fait est peu marqué, un peu plus cependant pour le médius et l'annulaire que pour les autres doigts. Pour la main droite, cette lésion est très-sensible pour le médius et l'annulaire ; et les phalanges de ces doigts, au lieu de former une ligne droite lorsqu'elles sont à l'extension, forment une courbe prononcée. On ne peut vaincre la résistance qui s'oppose à l'extension. Les muscles fléchisseurs des doigts ne sont pas douloureux à la pression ; ils sont souples. On ne détermine de douleur à la pression, que sur la face antérieure et les parties latérales de la seconde phalange des doigts annulaire et médius de chaque main. Les mains ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction.

Traitement. — Continuer les pilules de proto-iodure. De plus, prendre tous les jours une cuillerée à bouche de la solution suivante : Iodure de potassium, 15 gram. ; eau, 250. Dans cinq jours prendre deux cuillerées de cette solution.

11 *septembre.* La malade a pris très-exactement son iodure de potassium ; mais depuis huit jours elle ne prend plus ses pilules ; néanmoins la rétraction des muscles affectés a cessé entièrement. L'extension des doigts et de l'avant-bras se fait complétement. Il n'y a plus de douleur sur le trajet du tendon du biceps et sur les phalanges des doigts. L'engorgement articulaire du poignet et des genoux a presque entièrement disparu ; l'ulcération de l'amygdale est en voie de cicatrisation ; l'engorgement du col utérin persiste, mais les ulcérations sont guéries. Encore un tubercule muqueux à l'anus. J'engage la malade à continuer très-exactement son traitement. Se trouvant mieux, elle ne suivit pas mon conseil et ne revint pas me voir. Au commencement de novembre elle fut atteinte d'une iritis syphilitique avec perte complète de la vue du côté affecté ; avec douleurs nocturnes extrêmement vives. Elle fut alors se mettre entre les mains d'un prétendu oculiste qui lui fit des saignées multiples qui affaiblirent sa constitution, mais ne lui rendirent ni la vue ni le repos ; fatiguée de ce traitement, elle revint me trouver. Elle m'apprit alors que la rétraction musculaire n'avait pas reparu. Des pilules de proto-iodure et de l'iodure de potassium administrés concurremment, lui rendirent la vue au bout d'un mois. Elle dut néanmoins continuer le traitement deux mois après la complète disparition des accidents syphilitiques, et aujourd'hui, mai 1853, sa santé est bien rétablie.

Remarques. — Cette observation est un bel exemple de cette forme de rétraction musculaire syphilitique, qui, ainsi que je crois l'avoir démontré (*Mém. sur la rétract. musc. syphil., Archiv. méd.*, décembre 1850), mérite seule ce nom, et doit être entièrement séparée des rétractions syphilitiques qui ne sont que la conséquence plus ou moins immédiate d'une tumeur gommeuse développée dans l'épaisseur d'un muscle ou de son tendon ; ici toute la maladie consiste dans un raccourcissement du muscle sans altération de son tissu ou de ses fonctions. Le muscle affecté est aussi souple, aussi contractile qu'à l'état normal, seulement ses extrémités tendineuses sont devenues douloureuses à la pression et dans l'extension forcée. Cette douleur paraît être constante, et nous l'avons notée chez tous les malades que nous avons observés jusqu'ici (*loc. cit.*) ; la nature spécifique de cette rétraction est des plus évidentes ; l'époque de son apparition, les accidents syphilitiques concomittants, enfin l'efficacité si remarquable du traitement, ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit.

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer que cette observation confirme, de tout point, la description que nous avons donnée de la rétraction musculaire syphilitique ; or, cette description différant essentiellement de celle qui est adoptée par les auteurs, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans utilité de faire connaître, dans tous ses détails, un fait nouveau à l'appui de notre manière de voir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs états de vaccinations ;

2° Deux demandes d'exploitations de sources minérales sises : l'une à Soultzmatt (Haut-Rhin), l'autre aux Thermes, près Paris ;

3° Rapport sur un cas isolé de choléra par M. le docteur Régnault, d'Andresy (Seine-et-Oise).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

Analyse des eaux minérales de Gréoulx, près Aix en Provence, par M. le docteur Grange. Cette source, suivant l'auteur, laisserait pour 1,000 grammes, 2 gram. 61 de dépôt salin, à 100 degrés de température, et 2 gram. 38 à la température rouge sombre.

Surdi-mutité.

Lettre de M. Valade-Gabel, directeur de l'établissement des sourds-muets de Bordeaux.

Emploi du chloroforme.

M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Chatellerault, adresse à l'Académie les questions suivantes, à propos de l'affaire Triquet :

« 1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale ?

« 2° Dans le cas de l'affirmative, existe-t-il, dans le cas actuel de la science, des préceptes certains pour éviter les accidents de mort.

« 3° Si une méthode certaine de mettre à l'abri des accidents occasionnés par le chloroforme employé comme anesthésique n'existe pas, quel doit être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi? »

Contracture du diaphragme.

M. Valette, médecin-major à l'hôpital militaire de Metz, adresse une observation de contracture du diaphragme. Nous publierons ce fait intéressant. (Comm. des travaux Duchenne.)

Seigle ergoté.

M. Mérier, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier, adresse un mémoire sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements. L'auteur se déclare partisan de ce médicament, dans les conditions indiquées par M. Villeneuve, lors de la dernière discussion soulevée par le mémoire

de M. Maslieurat-Lagemard. (Comm. MM. Villeneuve, Adelon, P. Dubois, Danyau.)

Action physiologique et thérapeutique des applications métalliques sur la peau.

M. Burq adresse un mémoire sur un nouveau système d'applications des armatures métalliques en thérapeutique. Nous extrayons de ce mémoire les passages suivants :

Ce système consiste à faire intervenir, soit en feuilles minces, soit en limaille, les quatre agents les plus actifs de la métallothérapie : le *cuivre rouge* et le *cuivre jaune* ou *laiton*, l'*acier d'Angleterre* et l'*acier d'Allemagne*, dans la confection de plusieurs appareils ou objets d'utilité, de religion ou d'agrément, pour la plupart d'un usage habituel, tels que *bagues, médailles, bracelets, colliers, buscs de corsets, chaînes, baignoires*, etc., dont la forme est tout à fait indifférente en elle-même, si elle est agréable aux malades ou du moins ne peut leur inspirer aucune répugnance, mais où ces quatre métaux doivent se trouver réunis à peu près en égale proportion, et offrir une disposition telle qu'ils puissent s'appliquer aussi exactement que commodément sur les différentes parties du corps auxquelles on les destine :

« Présenter une surface d'application directement en rapport avec l'intensité des effets à obtenir ;

« Et surtout que, dans tous les cas où la forme de l'appareil ou de l'objet le comporte, et où il y a avantage à le faire, on ait la faculté d'appliquer à volonté, soit isolément, soit simultanément, les deux cuivres et les deux aciers. »

Les principales formes ou applications du nouveau système sont : 1° les armatures (nouvelle forme) ; 2° les chaînes ; 3° les colliers ; 4° les brosses métalliques ; 5° les verges métalliques ; 6° les bains métalliques.

Pour les applications humides, certaines difficultés dans la construction des baignoires nous ont obligé à nous en tenir jusqu'ici à celles de deux métaux seulement : *cuivre rouge* et *laiton*, *acier d'Angleterre* et *acier d'Allemagne*.

Le malade se place du côté de l'un ou de l'autre cuivre ou acier, suivant ses aptitudes particulières pour le métal ; mais si on a lieu d'hésiter entre le cuivre rouge et le laiton par exemple, on lui prescrit de passer la moitié du temps sur un métal, et la seconde moitié sur l'autre. La baignoire est faite de telle sorte qu'elle puisse se mouler assez exactement sur les différentes saillies ou contours du dos, et pour augmenter les surfaces de contact, il faut recommander aux malades de laisser leurs membres toujours appliqués contre ses parois ; si l'on voulait faire mieux encore, *sans recourir aux bains de limaille*, il faudrait entourer de chaînes, comme celles de la fig. 3, les parties du corps qui ne peuvent point être mises directement en rapport avec le métal de la baignoire.

La durée du bain varie d'un quart d'heure à une heure et même plus. On peut augmenter son action en y ajoutant 2 ou 3 kilog. de sel de cuisine.

Dans tous les cas où l'on emploie des limailles, il faut choisir celles qui ne contiennent pas de poussière, et qui, comme les perçures de cuivre ou d'acier que l'on obtient dans la fabrication des boutons ou des perles, sont assez grosses et assez arrondies pour ne jamais pénétrer au dedans de la peau.

Telles sont les principales applications de notre nouveau système *pour le traitement des affections nerveuses, mentales* et *chroniques*, depuis le simple anneau au doigt dont les *bagues* de Georget nous ont appris à faire quelque cas, jusqu'aux applications les plus larges, sous forme d'*armatures* et de *bains*. Tous ces appareils sont d'un prix tellement modique, qu'il n'y a personne qui ne puisse se les procurer.

Quels sont les métaux qu'il faut appliquer ? — La première question qui se présente, pour appliquer utilement une de nos *nouvelles armatures* (ce que nous allons dire, pour ces appareils, s'applique également à tous les autres), c'est de savoir à quel métal des *deux cuivres* ou des *deux aciers* il faut donner la préférence,

Lorsqu'il s'agit des *crampes du choléra* ou de la préservation de ce fléau, la réponse n'est pas douteuse, et c'est *le cuivre* qu'il faut appliquer directement à la peau ; mais, dans le traitement des névroses, voici comment il faut procéder : Si le temps presse, si l'on a affaire avec l'un de ces accès nerveux qu'il importe d'arrêter immédiatement, comme une violente attaque de nerfs, un délire furieux, etc., appliquer aussitôt tous les quatre métaux à la fois, en donnant aux petits éléments (cuivre et acier) l'une des deux dispositions que nous avons indiquées dans la description des armatures.

Dans les circonstances ordinaires, le sujet a-t-il été traité antérieurement par des préparations martiales, *et il est bien peu de névropathiques qui, de nos jours, n'aient point usé du fer sous quelque forme*, si l'administration de ce métal lui a rendu des services, ce sont les deux aciers qu'il faut appliquer ; dans le cas contraire, c'est en faveur du cuivre qu'existe la présomption.

Mais le malade est-il vierge de toute espèce de traitement ? n'a-t-il jamais offert de traces de somnambulisme, ou bien les renseignements que l'on peut tirer de ses antécédents sont-ils insuffisants ? Dans ce cas, il y a trois partis à prendre :

1° Faire une exploration des deux métaux sur la sensibilité des avant-bras, toujours avec le soin de tenir un compte exact de la différence qu'il y a entre la *sensibilité de tact et la sensibilité de douleur*. Pour cela, appliquez le plein de l'armature sur la nuque et faites-la descendre ensuite en spirale, moitié sur le bras droit du côté des cuivres, et moitié sur le bras gauche du côté des aciers. Une heure après, le retour complet ou l'augmentation relative de la sensibilité d'un côté ou de l'autre vous dira précisément, 60 à 70 fois sur 100, quel est le métal convenable.

2° Si cette exploration, quoique d'une simplicité extrême, vient cependant à présenter la moindre difficulté, comme alors le malade ne peut rien perdre pour attendre, on se contentera d'appliquer l'armature du côté des deux cuivres ou des deux aciers, et trois ou quatre jours ne se seront pas écoulés, que déjà la persistance de la maladie nerveuse, ou l'amendement de ses principaux phénomènes, suffira pour avertir sûrement le malade comme le médecin de retourner l'armature sur l'autre face, ou de continuer la même application.

3° Enfin, dans le cas où il reste du doute sur l'action du cuivre ou de l'acier, faire porter à la fois les quatre métaux de l'appareil, comme lorsque nous avons supposé l'urgence, et si le malade n'en ressent aucun bien, comme cela doit arriver déjà 30 à 40 fois sur 100, alors que ni les deux cuivres ni les deux aciers ne sont nullement appropriés, ou bien il faudra y suppléer par une exploration métallique plus variée, ou *les aptitudes métalliques du patient se trouvant dissimulées*, on cherchera à les mettre en évidence par les divers moyens que nous allons indiquer.

Dans tous les cas, éviter de fatiguer les malades par des applications qui seraient certainement inutiles, si dès les premiers jours on ne voyait survenir quelque amélioration dans les phénomènes négatifs ou dans les phénomènes positifs de la névrose.

Mode d'application. — Nous avons trop insisté sur le véritable siége des névroses, ou sur la relation de cause à effet qu'il y a entre les *phénomènes négatifs* et les *phénomènes positifs* de toutes ces maladies aiguës ou chroniques, pour ne pas nous croire dispensé de rappeler que, sous peine de n'obtenir tout au plus que des résultats palliatifs, c'est surtout aux premiers phénomènes, *analgésie, anesthésie, amyosthénie, aménorrhée*, etc., que les applications de métal doivent s'adresser, aussi bien que tous les autres modes de traitement.

Soit, par exemple, une *gastralgie*, une *migraine*, un *tic douloureux de la face*, une *angine de poitrine*, un *asthme nerveux*, des *hallucinations*, une *disposition monomaniaque*, etc., etc., ou bien une affection nerveuse générale, *hystérie, hypochondrie, mélancolie*, etc.

Prescriptions :

Pour le jour, porter tout autour du tronc une armature de 4 mètres de long, qui, dans son milieu, sera appliquée chez l'homme sur la poitrine même, et chez la femme un peu plus bas, pour ménager les seins. De là, les deux chefs de l'armature seront dirigés en arrière, vers la région des lombes, puis ramenés en avant pour venir s'attacher sur le ventre dans le premier cas, et pour être conduits, chez la femme, jusqu'au niveau de la partie supérieure des cuisses, afin de comprendre l'utérus et les anses intestinales dans le plus proche voisinage du métal.

Pour la nuit, une première fois application symétrique de la même armature, d'abord sur la nuque, puis directement en avant sur le haut de la poitrine, jusque vers le creux des aisselles, d'où l'on fera ensuite descendre en spirale les deux chefs de l'appareil jusqu'au niveau du poignet, autour duquel le lacet suffira lui-même à les fixer.

Le lendemain au soir, à l'heure du coucher, deuxième application du plein de l'armature, d'abord sur les reins en arrière, puis en avant sur le ventre, jusqu'au niveau du pli de l'aine, et descendez ensuite vers la cheville du pied, en enroulant les petits éléments tout autour des jambes, comme il a été déjà fait la veille pour les bras.

Dans les premiers jours du traitement, les applications devront être permanentes, et les malades garderont jour et nuit leurs armatures, à moins qu'ils ne soient d'une sensibilité extrême au métal qui se traduit alors quelquefois par une aggravation momentanée des symptômes. Dans ce cas, ainsi que lorsqu'on aura commencé à marcher vers la guérison, diminuer la durée des applications et les éloigner de distance ; garder le métal deux ou trois heures seulement, et l'appliquer un jour entre autres, par exemple. En même temps, le sujet se conformera à toutes les prescriptions d'hygiène que nous avons indiquées pour la préservation, et pratiquera le matin des lotions froides, stimulantes même par l'addition de 1/10 d'ammoniaque, surtout sur les membres, en y ajoutant quelques frictions avec des brosses de flanelle, des gants de crins, et mieux encore avec des *brosses métalliques* qui ont l'avantage de réunir à l'action mécanique, celle des quatre métaux les plus actifs de notre système de traitement.

En outre, si cela devenait nécessaire, fustigations sur les muscles pares-

seux avec des verges métalliques, et, à leur défaut, avec de petites verges de bouleau, dans le but de leur imprimer une vitalité salutaire.

Candidatures.

M. Sandras se présente comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle. — On annonce aujourd'hui la candidature de M. Ch. Robin.

DISCUSSION SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA PAROLE AUX SOURDS-MUETS.

La parole est à M. Bouvier. — L'honorable académicien croit utile de faire connaître d'abord en quoi consistent les méthodes d'enseignement des sourds-muets. Il expose, avec un grand talent de narration, dans tous leurs détails, la dactylologie, la mimique et la lecture de la parole sur les lèvres; il discute ensuite la question de savoir si un certain nombre de sourds-muets sont susceptibles d'entendre la parole et de parler eux-mêmes, et après l'avoir résolue affirmativement par des faits irrécusables, il examine si le reproche adressé à la méthode de la parole de faire des élèves moins intelligents que par la méthode mimique est fondé; il cite un grand nombre d'auteurs, et, ce qui vaut encore mieux, un grand nombre d'exemples qui démontrent, de la manière la plus évidente, que les sourds-muets éduqués par la méthode de la parole, toute intelligence égale, connaissent mieux leur langue que ceux à qui l'on n'a enseigné que la mimique. L'orateur ne pouvant terminer aujourd'hui son allocution, quoiqu'il ait occupé la tribune pendant une heure et demie, demande que la parole lui soit continuée à la prochaine séance.

M. le président demande s'il ne serait pas convenable, vu les proportions que prend la discussion, de faire une séance extraordinaire pour terminer le débat. Cette proposition, appuyée par M. Larrey, et combattue par M. Michel Lévy, n'est pas adoptée par l'Académie.

L'heure étant très-avancée, la parole est donnée à M. Michel Lévy, pour lire deux passages d'un livre de M. Ordinaire, qui expose d'une manière précise la véritable question qui s'agite devant l'Académie. M. Lévy, s'élevant au-dessus de tous les petits intérêts personnels qui peuvent être mis en jeu, dit qu'il s'agit tout simplement de savoir si l'on introduira oui ou non une amélioration d'une haute importance dans l'éducation des sourds-muets.

Après la courte allocution et les citations de M. Michel Lévy, accueillies toutes les deux par un murmure d'approbation, la parole est donnée à M. Miquel, de Tours, pour la présentation d'une pièce pathologique, et la séance est levée à 5 heures passées.

CORRESPONDANCE.

Mort par le chloroforme.

Nous regardons comme un devoir de publier la lettre suivante, quoiqu'elle ne puisse en rien modifier les termes de notre article d'avant-hier. G. D.

Monsieur le rédacteur,

Dans la partie intitulée *scientifique et pratique* de l'article publié aujourd'hui, 17 mai (*Moniteur des Hôpitaux*), relativement au procès du chloroforme, on lit : page 467, première colonne.... Est-ce que la cause de la mort serait plus évidente dans le cas de Breton, où l'*on a aucun détail précis, ni sur la quantité de chloroforme employé, ni sur son mode d'administration, ni sur le temps écoulé entre l'inhalation et la mort.*

Ce petit passage, malgré sa concision, renferme trois erreurs, que je vous serai obligé de vouloir bien rectifier; et pour cela, il ne sera besoin que de lire textuellement ma déposition, qui se trouve tout entière, avec les détails que vous désirez, dans un journal qui a rendu, des débats, un compte sans doute plus fidèle que celui auquel on a emprunté ce passage.

En ajoutant à votre article, d'ailleurs fort complet, celui que je vous envoie, il n'y manquera plus rien; et les *trois points essentiels* groupés là, au hasard, comme trois chefs d'accusation, me paraîtront suffisamment réfutés.

Je suis avec respect, monsieur le rédacteur, votre très-humble,

Docteur E. TRIQUET.

Voici ce qu'on lit dans *la Patrie* du 4 mai :

Voici comment M. Triquet explique la manière employée par lui pour opérer : « Nous nous réunîmes dans la chambre de M. Breton, lui, Masson et moi. Comme cette chambre était très-chauffée, basse, encombrée de meubles, j'en ouvris la fenêtre pour donner de l'air. Breton se coucha sur son lit pour que sa tête eût bien la position horizontale recommandée en pareil cas. Sa poitrine, son cou furent mis à nu et dégagés pour que rien n'échappât à ma vue, des phénomènes de la respiration. Dans cette situation, je versai sur une compresse formée d'un linge très-poreux et plié double, dix ou douze gouttes de chloroforme, et j'approchai le linge à dix ou douze centimètres du nez.

J'avais, à l'avance, prévenu Breton des effets que produirait le chloroforme, et j'avais eu soin de placer ma main dans la sienne pour être averti, par la pression de cette main, des progrès de l'anesthésie. Au bout de cinq ou six aspirations remarquables, le patient eut un léger accès d'hilarité qui témoignait que l'effet commençait à se produire. Il eut besoin de cracher, il le fit dans la compresse que je tenais sous son nez. Puis, après m'avoir serré la main une dernière fois, il fit à peine une aspiration, après quoi un mouvement convulsif se manifesta à la fois dans la face et dans la main. Je crus que c'était une syncope qui se produisait; je consultai le cœur et le pouls, qui avaient disparu. Tout était fini. Il était mort foudroyé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'Académie des sciences a discuté en comité secret, dans les deux dernières séances, la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'interdire la communication des pièces de la correspondance aux rédacteurs des journaux scientifiques et non scientifiques. Rien de définitif n'a encore été décidé; mais, en attendant, on n'a communiqué aux journalistes qu'une partie des communications faites à la séance dernière. Cette circonstance nous oblige à en retarder de huit jours le compte rendu. Nous nous abstenons, pour le moment, de tout détail sur les causes probables, sur les effets et sur les promoteurs de la mesure que l'Académie a été appelée à délibérer.

— On nous écrit de Bade :

Vous savez sans doute que la Société des médecins du grand duché de Baden, pour encourager le progrès et la propagation de la médecine légale, qui, depuis 1835, a rapidement marché en Allemagne, a voté, en 1851, la fondation d'une médaille, qui a été plus tard approuvée par le gouvernement. La première distribution de cette médaille vient d'avoir lieu. Elle a été décernée aux notabilités scientifiques dont les noms suivent : à *M. Orfila,* à Paris (1); *M. de Liebig,* à Munich; *M. Chelius,* à Heidelberg; *Heyfelder,* à Erlangen; *Robert Mohl,* à Heidelberg; *J. Knotz,* à Vienne; *V.-A. Rieke,* à Stuttgart; *M. Roller,* à Illenau; *M. Rœsch,* à Seildorf.

— Il paraît que la gloire des Marquis et des Ibled n'était pas la seule qui empêchât de dormir le ténébreux secrétaire de la rédaction du *journal des chocolatiers :* celle des Humann et des Dusautoy venait aussi troubler la sérénité de ses rêves. Mais

> Ses pareils deux fois ne se font pas connaître,
> Et pour des coups d'essai veulent des coups de maître.

Les rédacteurs du journal des tailleurs (s'il en existe un) n'ont qu'à faire des cure-dents avec leurs plumes et du cirage avec leur encre; ils ne se relèveront pas de la confusion où va les plonger l'invention sans pareille du *journal des chocolatiers,* qui pourra désormais à bon droit ajouter à tous ses autres titres, celui de *journal des culotières.* La nouvelle et admirable invention dont il s'agit (*V.* le numéro du 17 mai, 3e page, 2e colonne dudit journal), n'est autre, en effet, qu'un CALEÇON PÉRIODIQUE!! — Que de génie dans ces deux mots! — Le discret secrétaire ne nous dit pas l'adresse du fabricant de ce merveilleux vêtement; peut-être est-ce pour laisser deviner à ses lecteurs qu'il le fabrique lui-même.

(1) Le célèbre professeur vivait encore quand la décision de la Société a été prise.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie chirurgicale, *ou de l'Anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine-opératoire,* par J.-F. JARJAVAY, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation, etc. — La première partie du tome II, contenant 400 pages, vient de paraître. — Prix 6 fr. 50 cent. — La deuxième partie, qui complétera l'ouvrage, paraîtra très-prochainement, et sera délivrée gratuitement aux souscripteurs. — Chez LABÉ, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien n° 4), à Paris.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 61. 1re année. Samedi 21 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance du 18 mai de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Necker. M. N. Guillot. Leçons cliniques sur le rachitisme, par M. Martin de Gimard. — Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de mal de Pott, et sur le traitement de plusieurs d'entre elles par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, par M. Piorry. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **LITTÉRATURE MÉDICALE** : Lithotritie et lithotomie, par M. Coulson. — Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques, par M. A. Hourmann.

Paris, le 20 mai 1853.

Séance du 18 mai de la Société de chirurgie.

(Fractures incomplètes. — Spina bifida.)

Nous n'avons que peu de détails à donner sur cette séance, qui a été presque complétement remplie par la lecture d'un rapport de M. Houel sur les fractures longitudinales des os longs, principalement considérées au point de vue de l'anatomie pathologique. Nous reproduisons ci-dessous ce rapport, qui représente l'état actuel de la science sur ce point de pathologie chirurgicale. Disons seulement que dans la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport, il nous a paru que pour la plupart des membres de la Société, il se faisait une véritable confusion à l'endroit de la définition de ce que l'on est en droit d'appeler fractures longitudinales : que, dans certains écrasements, il se présente soit des petits os longs comme des phalanges, soit des extrémités osseuses préalablement détachées, divisées longitudinalement ; cela ne saurait constituer des faits exceptionnels, et ainsi que l'a fait remarquer M. Denonvilliers, rien n'est plus commun que de rencontrer des phalanges brisées longitudinalement, lorsqu'un membre a été saisi et broyé dans une machine. Mais ce qui est rare, et ce qui mérite de fixer l'attention, c'est la fracture longitudinale de la diaphyse d'un grand os long, et les faits de ce genre ne sont pas assez communs pour ne pas être collectionnés avec soin. C'est un cas de ce genre qui a donné lieu au rapport de M. Houel.

Au début de la séance, M. Monod a fait présenter par son interne, M. Billoil, un homme âgé de 30 ans qui porte un spina bifida lombaire. Cette affection n'a pas empêché le développement normal de l'individu. Les symptômes que présente le malade sont : 1° un certain degré d'incontinence d'urine ; 2° une légère spermatorrhée ; 3° enfin, une incontinence des matières fécales lorsque le malade est affecté de diarrhée. Du reste, il n'existe ni gêne ni faiblesse dans les muscles des membres inférieurs.

Pour M. Guersant, ce fait offre un grand intérêt, en ce qu'il lui paraît venir à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui repoussent toute opération dans les cas de spina bifida. L'honorable chirurgien a renoncé à opérer les enfants qui sont affectés de cette maladie ; car il a constamment échoué sur vingt ou vingt-cinq cas : une seule fois, il a réussi en se servant de la ligature.

Cette opinion de M. Guersant est partagée par MM. Larrey et Lallemand ; mais nous ne saurions être aussi exclusif, et nous

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Lithotritie et lithotomie

(Lithotritie and lithotomie).

Par M. Coulson, *chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres.*

Malgré l'opposition que la lithotritie a d'abord rencontrée de beaucoup de côtés, elle poursuit sa marche et finit par se faire reconnaître et adopter par les différentes nations qui cultivent la science. Aujourd'hui même, l'art de broyer la pierre avance avec calme et régularité.

Aux discussions plus ou moins passionnées qu'ont entraînées l'invention et le développement de cet art nouveau, succèdent des travaux plus paisibles, mais plus utiles, relatifs au perfectionnement et à l'application de ses procédés. Nous nous empressons de signaler, dans cette direction, un ouvrage que vient de publier M. William Coulson, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres.

Déjà connu par des publications importantes, l'auteur, par son nouvel ouvrage, se place au premier rang des chirurgiens anglais qui s'occupent spécialement et avec le plus de succès, des maladies des voies urinaires. Dans ce livre, dédié à M. le docteur Civiale, nous trouvons d'abord l'historique de la lithotritie.

En reconnaissant les droits de M. Civiale à cette importante découverte, M. Coulson paye un juste tribut d'éloges à ceux dont les travaux ont contribué à rendre l'opération plus simple et plus facile.

Cette partie du livre de M. Coulson retrace avec assez d'exactitude tous les faits qui se sont passés de nos jours et ceux d'une date plus ancienne. On peut dire seulement que l'auteur fait peut-être une trop large part aux travaux exécutés dans le Royaume-Uni. De l'autre côté, l'exactitude de l'histoire ne peut que gagner, si le même sujet est traité par des auteurs de différentes nationalités, qui font ressortir le plus possible les détails et le mérite de leur patrie.

Dans les chapitres suivants, M. Coulson traite des préliminaires et du manuel de l'opération, des accidents qu'elle peut rencontrer, et enfin des contradictions. Il y a peu de chose d'original dans cette partie de son livre : c'est à peu près une reproduction, en langue anglaise, du traité de M. Civiale. Il substitue ainsi à sa propre expérience, pour laquelle l'occasion a pu lui manquer, les principes d'un autre, qui ont pour base une longue observation dans le traitement des affections calculeuses.

M. Coulson s'occupe ensuite de la cystotomie. Après un historique assez détaillé, il passe en revue les divers procédés de la taille, tant chez l'homme que chez la femme ; il donne la préférence à la taille latérale, en disant que c'est la seule qu'on emploie généralement.

Ici, l'auteur s'éloigne de son modèle. En effet, dans son *parallèle* des diverses méthodes de traiter les calculs, M. Civiale donne la préférence à la cystotomie sus-pubienne, dans les cas où la lithotritie n'est pas applicable. Il en est de même de plusieurs autres chirurgiens français. En Allemagne, elle a non-seulement trouvé beaucoup de partisans, mais elle est pratiquée de préférence par nombre de chirurgiens, parmi lesquels M. Gunther, professeur à Leipzig, a publié en 1850 un ouvrage sur

admettons qu'il y a des cas favorables dans lesquels la chance de succès est assez belle pour que l'on se décide à tenter une opération. M. Chassaignac est de cet avis et, comme lui, nous pensons que puisque la mort des jeunes sujets affectés de spina bifida est la règle, on ne peut pas poser en principe que toute opération doit être proscrite; du reste, des faits assez encourageants existent dans la science, qui témoignent de l'opportunité de l'opération dans certains cas.

M. Chassaignac est assez disposé à employer les injections iodées, qui lui ont réussi une fois. Si ces injections ne réussissent pas toujours, elles paraissent du moins ne pas faire naître de grands dangers. Ainsi, M. Velpeau a pu pratiquer quatre injections sur un malade, qu'il n'a pas guéri, il est vrai, comme l'a cru M. Boinet; mais il n'est survenu aucun accident.

M. Voillemier a, suivant nous, attiré l'attention sur le point vraiment essentiel dans l'histoire du spina bifida. Nous voulons parler de la disposition anatomique de la tumeur. Si en effet la moelle épinière et les nerfs sont restés dans le canal rachidien, il est bien évident que l'opération présente les plus belles chances de succès; tandis que si le contraire a lieu, si, comme c'est l'ordinaire, les nerfs déplacés, aplatis, viennent faire corps avec la paroi saillante de la tumeur, l'opération devra nécessairement amener la mort. Il faut donc s'attacher à préciser, par l'étude symptomatique de l'affection, la position occupée par la moelle épinière.

M. Laborie, qui a fait un travail sur ce sujet, a rappelé qu'il a essayé de tracer un tableau des symptômes qui doivent faire repousser l'opération, en mettant en regard les conditions qui permettraient, au contraire, d'intervenir avec quelque chance de succès.

Rapport sur une observation de fracture longitudinale du radius gauche, avec fracture transversale du cubitus, luxation des deux os de l'avant-bras en avant, et par suite gangrène de la presque totalité du membre supérieur.

Ce fait a été observé à l'hôpital d'Harcourt, canton de Brionne (Eure), par MM. les docteurs Dupont, Chambellan et Désormeaux.

Messieurs, l'observation sur laquelle je suis chargé de faire un rapport à la Société est malheureusement très-incomplète, ce qui est regrettable, car elle touche à des points de chirurgie que je dirais volontiers peu nombreux dans la science.

Voici le résumé de cette observation :

Un jeune homme de 18 ans, exerçant la profession de tireur de sable, se laissa tomber dans une marnière, d'environ 70 pieds de haut; retiré immédiatement, il fut apporté à l'hôpital d'Harcourt le dimanche 1er août 1852.

A son entrée, on reconnut : 1° Une fracture du cubitus à deux travers de doigts de l'articulation cubito-carpienne avec plaie; 2° une luxation en avant des deux os de l'avant-bras; une tuméfaction considérable, de couleur rouge brun, occupait la main et l'avant-bras; de larges ecchymoses violacées s'étendaient sur la partie interne du bras, la température de ces parties était peu élevée. Le membre supérieur du côté opposé, ainsi que la tête, présentaient des contusions et quelques déchirures sans gravité; le pouls était à 90 et le cerveau ne paraissait avoir subi aucune atteinte de cette terrible secousse. De nombreuses sangsues furent appliquées sur le bras malade, et une petite saignée fut pratiquée.

Le lendemain, des signes de sphacèle parurent à la main et à l'avant-bras, la température de ces parties s'était mise en équilibre avec l'air, et contrastait d'une manière remarquable avec l'ardeur inflammatoire du bras. Une forte odeur de gangrène s'exhalait du membre. Lorsque la gangrène fut limitée, huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'amputation du bras fut pratiquée par M. Dupont à peu de distance de la tête humérale, par un procédé mixte, assez incomplétement décrit dans l'observation, et qui m'a paru se rapprocher de la méthode employée par Larrey, pour la désarticulation scapulo-humérale; l'os fut scié à peu près au niveau de son col chirurgical. L'artère humérale était oblitérée au niveau de la section des parties molles. Le malade a guéri assez rapidement.

A l'examen du membre, on constata les désordres brièvement indiqués dans l'observation, et de plus une fracture longitudinale du radius, qui avait été signalée par le docteur Chambellan. Cette fracture du radius le divise verticalement de bas en haut, en deux moitiés latérales internes et externes, à peu près égales; elle commence en bas à la surface articulaire inférieure, et remonte sur la diaphyse jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Son écartement, assez considérable inférieurement, est de 3 millimètres.

Deux faits dans cette observation ont particulièrement attiré l'attention de votre rapporteur : 1° celui de la fracture longitudinale du radius; 2° la luxation des deux os de l'avant-bras en avant; mais je me vois forcé, à regret, de passer sous silence la luxation du coude, elle n'est véritablement que mentionnée dans l'observation de M. Dupont : les détails, comme vous avez pu en juger par l'extrait de l'observation que je vous ai communiqué, sont trop incomplets; il en est de même de la gangrène qui s'est emparée de la presque totalité du membre, avec oblitération de l'artère brachiale, et du mode opératoire employé par M. Dupont; pour entrer dans quelques détails d'appréciation, il m'aurait fallu avoir une description beaucoup plus complète

---

ce thème. La statistique, basée sur ses propres observations et sur celles d'autrui, donne un très-bon résultat pour la taille sus-pubienne. Le passage de M. Coulson sur la prééminence de la taille latérale, ne peut donc s'appliquer qu'à l'Angleterre.

Dans la troisième partie de son livre, consacrée au parallèle de la taille et de la lithotritie, M. Coulson donne des tableaux de statistique qu'il a pris particulièrement dans le *parallèle* et le *Traité de l'affection calculeuse* de M. Civiale, etc. On ne saurait adopter sans réserve les appréciations de l'auteur, trop préoccupé de faire ressortir les avantages de la pratique généralement adoptée en Angleterre. Dans ce pays comme ailleurs, on perd trop facilement de vue que les chirurgiens, qui ne sont pas encore familiarisés avec les procédés de la lithotritie, n'obtiennent pas par cette méthode tous les succès qu'elle donne entre des mains exercées. De là des méprises, relativement à la sphère d'application de la lithotritie et à la proportion de la mortalité que le temps seul et une longue expérience pourront faire disparaître. D'un autre côté, dans les tableaux où sont groupés les faits de cystotomie, on omet des précautions importantes sans lesquelles on ne saurait arriver à une appréciation rigoureuse de chaque méthode.

Quoi qu'il en soit, la publication de cet ouvrage est une chose utile, surtout en Angleterre, où l'art de broyer la pierre n'est pas suffisamment connu.

Dr Heyfelder fils.

Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques.

Par M. A. Hourmann.

(*Thèses de Paris. — Décembre 1852.*)

Cette thèse, digne à tous égards de fixer l'attention des pathologistes, est de M. Hourmann, fils du médecin distingué que la mort a enlevé à la science d'une manière si déplorable et si prématurée. Le jeune auteur avait à soutenir d'honorables antécédents; il y a convenablement réussi. On trouve dans son travail une grande clarté d'exposition, une application intelligente de cette méthode sévère qui est la base de toute recherche scientifique sérieuse, et si l'on n'arrive pas à conclure exactement comme lui, on ne peut, du moins, s'empêcher de reconnaître que ses aperçus sont des plus ingénieux, et ses déductions disposées avec beaucoup d'art. Mais arrivons à l'analyse de son mémoire.

Tous les symptômes qu'on a attribués au spasme ou à l'irritation de la glotte, M. Hourmann se propose d'établir qu'ils sont de nature paralytique.

Ainsi, pour lui, ce que successivement on a appelé spasme de la glotte, la laryngite striduleuse (asthme aigu ou spasmodique, asthme de Millar, catarrhe suffocant, inspiration rauque des enfants, asthme puérile, croup nerveux, etc.), ne constitueraient qu'une seule et même affection, qu'il faudrait rapporter à la paralysie des muscles intrinsèques du larynx.

Tel est le corollaire immédiat du travail que nous analysons.

de l'examen de ce membre : mon rapport portera donc exclusivement sur la fracture longitudinale du radius. Je demande à la Société la permission de combler encore ici une lacune que je regrette de trouver dans le travail qui a été soumis à votre appréciation, c'est-à-dire l'état actuel de la science à ce sujet.

On est aujourd'hui généralement convenu d'appeler fractures incomplètes, celles qui n'intéressent qu'une partie de l'épaisseur de l'os, et, avec M. Malgaigne, j'en distinguerai deux variétés : 1° les fissures ou fêlures des os; 2° les fractures incomplètes proprement dites. C'est à la première variété que se rapporte l'observation que j'ai résumée, et quoiqu'admise aujourd'hui par les chirurgiens, cette fracture a certainement été jusqu'au commencement de ce siècle une des plus controversées. Je ne dirai que quelques mots seulement des fissures des os plats et des os courts, me réservant de développer avec quelques détails l'histoire de la fissure des os longs. Encore, pour cette dernière variété, il ne sera point question de celles qui sont bornées aux épiphyses seulement. M. Verneuil en a déposé dans le musée Dupuytren un très-bel exemple, limité à la cupule radiale.

Les os plats paraissent avoir été les premiers sur lesquels ces fissures auraient été observées. Hippocrate les a décrites, et parmi les os plats ceux de la tête sont certainement en première ligne; le musée Dupuytren en possède déjà un assez bon nombre; tantôt ces fissures peuvent être bornées à la table interne, exemple nos 22, 23 et 37, ou à la table externe, nos 17, 19 et 21. Une remarque intéressante, c'est que sur les pièces l'épaisseur de l'os est peu considérable et par suite la couche de diploé très-mince. M. Denonvilliers, en 1848, a présenté à la Société un cas de fracture du pariétal : la table interne était séparée de l'externe et enfoncée du côté de la dure-mère.

Ces fêlures incomplètes des os sont un peu plus rares pour les os courts, on en connaît cependant plusieurs exemples. Gulliver dit qu'il existe au collége des chirurgiens d'Édimbourg une fissure transversale de la rotule, du côté de la face articulaire ; M. Malgaigne, dans son Atlas sur les fractures, a fait dessiner un cas analogue. Paletta a vu une vertèbre troisième dorsale fissurée de haut en bas. Le musée Dupuytren, pièce n° 2, et c'est principalement en vue de ce fait que j'ai consacré cet alinéa, renferme une vertèbre dont la fissure longitudinale est double de celle de Paletta; sur cette pièce donnée par Blandin, et décrite seulement dans la partie du catalogue publiée par M. le professeur Denonvilliers, il existe une fracture oblique consolidée du corps de la deuxième vertèbre lombaire, tandis que les corps de la première et deuxième lombaire du côté du canal rachidien sont fissurés verticalement d'arrière en avant dans les deux tiers de leur épaisseur.

Mais c'est principalement à l'occasion de la fissure des os longs, que la discussion a été agitée, et qu'il y a eu doute dans l'esprit de bon nombre de chirurgiens, et c'est précisément un fait de ce genre dont j'ai à rendre compte à la Société. M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures;* M. Bouisson, dans une série d'articles publiés dans l'*Union médicale,* 1850, ont fait une bibliographie très-complète des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. C'est ainsi qu'il semble résulter des textes de Galien , de Fabrice d'Aguapendente, que ces auteurs avaient déjà connaissance des fractures longitudinales des os longs, mais on ne trouve dans leur livre aucune description. Dès le XVIe siècle, Félix Wurtz, dans sa *Chirurgie pratique,* leur consacre également un chapitre spécial, mais il ne cite également aucun fait particulier.

En 1686, Stalpart Vanderwiel publia, sous le nom de fissure du tibia, l'histoire d'une domestique qui aurait reçu un coup de pied de cheval; la plaie cicatrisée, la douleur persista et ne céda qu'à l'opération du trépan. Duverney, à l'inverse de ses prédécesseurs, cite, lui, des exemples de fissures des os : dans ces deux exemples remarquables, c'était le tibia qui était le siége de la fissure. Louis, contrairement à Heister, fait observer que Heinda décrit, sous le nom de fissure des os, des lésions profondes, telles qu'en particulier la nécrose; et réfutant les faits de Duverney, il ajoute que les fractures longitudinales sont impossibles. J.-L. Petit, tout en faisant une judicieuse exception au sujet de l'existence des fissures occasionnées par les balles de mousquet, nie les autres fractures longitudinales des os, par la raison, dit-il, qu'un choc capable de la produire romprait plutôt l'os en travers; nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce raisonnement, en examinant les faits de M. Bouisson. Boyer et Richerand répètent les expressions de J.-L. Petit; ils font une réserve pour les balles seulement. Bécanne, en 1775, ouvrage publié à Toulouse, cite l'exemple d'une fissure longitudinale du tibia par un coup de marteau.

Aujourd'hui, l'existence de ces fractures est bien constatée, et a été observée et décrite sur la plupart des os longs ; néanmoins, Sanson, dans le *Dictionnaire de médecine pratique,* article publié en 1832, les nie encore, sous prétexte que les fractures longitudinales des os sont des fractures obliques. Mais c'est une question qui, vu les faits nombreux et authentiques que nous possédons, ne peut plus être mise en doute. MM. Malgaigne et Bouisson, indépendamment des faits déjà cités, rapportent les exemples suivants : M. J. Cloquet, à Saint-Louis, a eu l'occasion d'observer deux cas de fractures longitudinales du fémur ; Compaignac, du tibia, sur une femme âgée de 38 ans, et occasionnée par une chute; Ripault, une fracture longitudinale de

---

Pour établir sa démonstration, l'auteur prend pour base les données physiologiques et anatomiques, l'étude des symptômes, enfin l'examen des lésions organiques.

Tout d'abord, M. Hourmann délimite avec un grand sens, quel doit être, d'une manière générale, le rôle de la physiologie dans l'explication théorique des maladies et des lésions que celles-ci laissent après elles. Ce rôle se réduit, selon lui, aux questions de détail, et c'est à tort qu'on a voulu faire intervenir la physiologie pour donner la théorie générale des maladies.

Les notions de physiologie sur lesquelles l'auteur fonde ses déductions pathologiques, il les emprunte à l'excellent cours publié par M. Bérard. C'est là une heureuse idée dont nous félicitons M. Hourmann ; le chapitre qui traite de l'influence du pneumo-gastrique sur les actes de la respiration, est certainement un des plus remarquables qui soit sorti de la plume du savant professeur de physiologie.

Le mécanisme des muscles intrinsèques du larynx fournit à l'auteur trois propositions qui sont fondamentales : 1° la paralysie des muscles intrinsèques du larynx réduit la glotte à un état purement passif ; le rôle de cet organe peut alors être comparé à celui d'une valvule inerte, les valvules de l'aorte, par exemple ; 2° dans le cas de paralysie, le courant d'air inspiré ferme mécaniquement la glotte en en rapprochant les deux lèvres; au contraire, le courant d'air expiré passe librement en écartant les deux lèvres de la valvule ; 3° l'intégrité de la dilatation de la glotte est indispensable à l'intégrité des fonctions respiratoires.

Viennent ensuite quelques considérations anatomiques. L'auteur signale les rapports des récurrents avec les ganglions bronchiques et les gros vaisseaux. L'étude des connexions entre ces nerfs et le thymus fournit à M. Hourmann une preuve très-simple contre l'opinion des Allemands, qui attribuent les accidents de suffocation à la compression des nerfs laryngés inférieurs par le thymus (asthme thymique). La situation et les rapports du thymus, dit l'auteur, ne permettent pas de croire qu'il puisse exercer une compression directe sur les récurrents ou même sur les pneumo-gastriques, etc.

Arrivant ensuite à l'étude des symptômes, l'auteur déduit des faits empruntés aux docteurs Clark, Merrimann, à MM. Lee, Porter, Bascle, Gubrie, etc., que les phénomènes qui accompagnent la lésion des nerfs laryngés inférieurs, sont toujours identiques et en rapport avec les données physiologiques : facilité de l'expiration, angoisse accompagnant les efforts d'inspiration.

Si on ajoute à cela l'absence de lésion dans le larynx, la cessation des accidents par la trachéotomie, et enfin l'étude des symptômes observés chez les chevaux corneurs, on aura, suivant M. Hourmann, de grandes raisons de croire que les accidents tiennent à la paralysie des dilatateurs de la glotte.

S'il en est ainsi, quelle est la nature, quelle est la cause de cette paralysie localisée? L'auteur répond : cette paralysie est le résultat de la compression, et comme cause nous trouvons, en première ligne, l'augmentation de volume des ganglions bronchiques. Viennent ensuite les tumeurs anévrismales, et enfin le corps thyroïde hypertrophié, qui agirait alors sur le tronc même du pneumo-gastrique.

l'humérus, sur un enfant de 11 ans; M. Debrou, une fracture longitudinale du fémur, par un coup de bâton (Cruveilh., *Anat. pathol.*, t. I, p. 39); Chaussier citait dans ses leçons l'histoire d'un criminel auquel on avait fait subir la torture, et à l'autopsie on trouva, au quart supérieur du cubitus, une fracture linéaire (homme de 40 ans). M. Bouisson cite encore dans son travail le fait de René, mai 1835 : coup de couteau porté dans la cinquième côte, perforation consécutive et fêlure parallèle à son axe; une fracture longitudinale du second métacarpien, par écrasement; enfin, une fracture longitudinale du fémur (homme de 21 ans).

Nous retrouvons encore dans l'*Union médicale* deux faits. Le premier fait est du 22 octobre 1850, et rapporté par le docteur Celerier, médecin à Brannes (Gironde); c'est un exemple de fracture longitudinale de la partie inférieure du tibia, sur un homme de 75 ans : une barrique de vidange lui était tombée sur la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le deuxième fait est rapporté dans le numéro du 28 janvier 1851, par M. Laforgue, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, avec dessin; il existe sur cette pièce une fracture transversale au tiers inférieur du tibia, et le fragment inférieur est longitudinalement divisé à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Enfin, les musées contiennent aujourd'hui quelques pièces relatives à ces fissures longitudinales. M. Malgaigne publie, dans son *Atlas*, une pièce déposée au Val-de-Grâce par M. Fleury : c'est un fémur; il existe une fissure longitudinale très-étendue. Dans le catalogue de M. Ehrmann, on trouve la description d'une fracture longitudinale du fémur, déposée dans le musée de Strasbourg. Dans le musée Dupuytren, il existe deux exemples de ces fissures, à savoir : la pièce n° 91ª et le n° 221 : la première pièce, n° 91ª est relative à une fissure longitudinale du radius, siégeant sur la face postérieure de la diaphyse; cette pièce, donnée par M. Béraud, coïncide avec une fracture transversale et par pénétration de l'extrémité inférieure de cet os, elle est sans écartement des deux bords et d'une longueur de 2 centimètres; la seconde pièce, n° 221, donnée par Marjolin, offre l'empreinte d'une balle qui a porté sur le bord interne du tibia, à l'union de son tiers moyen avec l'inférieur; il en est résulté trois fissures linéaires très-étendues.

Si nous cherchons maintenant à étudier le mécanisme d'après lequel peuvent s'effectuer ces solutions de continuité, nous verrons d'abord que la disposition fibrillaire de ces os longs, qui est plutôt apparente cependant que réelle, rend jusqu'à un certain point compte de la possibilité de ces fractures, et je dirai même de la facilité que les os ont à se diviser longitudinalement ou parallèlement à leurs fibres. M. Bouisson, dans son travail publié dans l'*Union médicale*, a fait des recherches expérimentales pour arriver à la solution des causes; mais toutes ces expériences ont été faites sur des os desséchés, et auraient peut-être, par cette raison, besoin d'être reprises. Il a institué trois séries d'expériences : pour la première série, il a produit ces fractures par la percussion sur l'os à l'aide d'un corps aplati : c'est l'humérus, le radius et le fémur qui ont été percutés; pour la seconde série, c'est le cubitus, le péroné et la clavicule qui ont été fracturés : ces os ont été pris et écrasés entre les mors d'un étau; le fait de M. Ripault et celui de la troisième observation publiée dans le travail de M. Bouisson rentrent dans ces faits. Dans toutes ces expériences, M. Bouisson a porté la percussion ou l'agent vulnérant sur la crête la plus saillante de ces os. Dans une troisième série d'expériences, la fracture a été produite par perforation. A ce fait, on peut rapporter le cas de pénétration de la côte par un couteau, le corps étranger l'ayant ensuite fait éclater. Les deux premières séries d'expériences avaient donc pour but : 1° de changer la forme des os longs qui, de prismatiques, tentèrent, sous l'influence de la cause vulnérante, à s'aplatir; ce résultat était encore favorisé par la présence du canal médullaire. Les projectiles, lancés par la poudre à canon, réunissent dans leur mode d'action la première catégorie de faits de M. Bouisson, et la troisième, c'est-à-dire qu'ils agissent par pression et par action divellente; aussi, ces fractures ont-elles été les premières généralement admises. Mais là ne se résumerait pas le mécanisme d'après lequel peuvent se produire ces fractures. M. Laforgue a supposé que, chez son malade, c'était par contre-coup, dans une chute sur les pieds, que la fracture avait eu lieu, l'astragale formant un coin; et, d'après cet auteur, la fracture transversale du tibia n'aurait eu lieu qu'après la chute du malade. Pour appuyer cette opinion, M. Laforgue a fait, en se mettant dans de meilleures conditions que M. Bouisson, sur des pièces fraîches, des expériences; après avoir amputé le membre dans l'articulation tibio-fémorale, appuyant le pied sur le sol, il plaça une traverse de bois sur l'articulation du genou : un coup imprimé sur cette barre a, dans quatre circonstances, déterminé des fractures longitudinales du tibia. Nous manquons de renseignements sur le mécanisme d'après lequel s'est produite la fracture du radius qui fait l'objet de ce rapport; mais ne pourrait-on pas la rapporter au mécanisme suivant? Les os du poignet faisant un coin arrondi dans l'articulation tibio-carpienne, ont pu faire éclater le radius : c'est une supposition à laquelle votre rapporteur se rangera volontiers.

Cette observation doit encore attirer notre attention, au point de vue de l'os fissuré. Presque tous les faits connus ont été observés sur le membre inférieur, et se résument ainsi : six pour le

---

Mais cette manière d'envisager le spasme de la glotte ne doit pas passer sans conteste; on peut lui faire des objections. Ces objections, l'auteur les prévoit, il les réfute.

La lésion est permanente, dirait-on, pourquoi un symptôme intermittent? Voici la réponse : chez les chevaux auxquels on a coupé les deux pneumo-gastriques, il y a intermittence dans les accès, et cependant la lésion est permanente. Ceci s'explique par des modifications dans l'intensité des mouvements respiratoires. Le cheval est-il au repos, il respire assez bien; mais, s'il marche un peu vite, il est aussitôt pris de suffocation. On peut supposer que l'interruption de l'influx nerveux est rarement complète; enfin, on peut admettre une hypérémie momentanée des ganglions engorgés.

M. Hourmann n'est pas éloigné de croire que le spasme puisse précéder la paralysie. Mais il pense que, dans ces cas, les dilatateurs de la glotte peuvent au moins contrebalancer l'action des constricteurs.

Une troisième objection est encore réfutée : La voix, dit-on, était conservée chez la plupart des malades, donc il n'y a pas de paralysie. A cela, M. Hourmann répond que les récurrents contiennent des filets nerveux de deux sortes, respirateurs et phonateurs; on peut donc admettre que les uns sont comprimés à l'exclusion des autres.

M. Hourmann consacre encore quelques lignes au diagnostic; il n'a pas trouvé de signes qui différencient toutes ces maladies. Pour lui, c'est toujours la même affection avec un nom différent.

En terminant son mémoire, l'auteur conseille d'avoir recours à la trachéotomie, dans les cas extrêmes.

Pour quiconque a lu le travail de M. Hourmann, il ressort évidemment qu'il y a là une découverte. Désormais, il n'est plus permis de passer sous silence l'état des ganglions bronchiques chez les enfants qui ont succombé à la suite d'accès de suffocation. — *A priori*, nous sommes convaincu de l'existence de la paralysie des récurrents, reconnaissant pour cause la compression. Mais faut-il en conclure que là réside la seule cause des troubles mécaniques de la respiration?

M. Bérard professe depuis longtemps que l'inflammation est une cause de défaut d'action musculaire. Cette proposition, qu'on peut vérifier tous les jours, serait peut-être suffisante pour expliquer les accidents de suffocation constituant ce qu'on appelle la laryngite striduleuse. Dans ces cas, ne peut-on pas admettre une paralysie incomplète du muscle crico-aryténoïdien postérieur, ayant pour cause l'inflammation de la muqueuse? C'est là un fait à vérifier. M. Hourmann incline à penser que la laryngite striduleuse est une forme légère de la maladie qu'il vient de décrire.

Quoi qu'il en soit, la généralisation que M. Hourmann veut établir est hardie. Elle appelle l'attention des médecins. Il faut qu'un fait aussi important soit contrôlé par des observations bien prises. Cette thèse met en cause certains points de physiologie pathologique; c'est à l'observation clinique à prononcer. Pour nous, nous ne doutons pas qu'elle ne vienne confirmer une grande partie des propositions énoncées dans le travail que nous venons d'analyser.

F. D.

fémur, à savoir un fait publié dans le travail de M. Bouisson, les deux cas rapportés par M. J. Cloquet, le fait de M. Debrou, la pièce de M. Fleury, déposée au musée du Val-de-Grâce, et la pièce du musée de Strasbourg, décrite par M. Ehrmann.

Pour le tibia, le nombre en est plus considérable. Nous trouvons le fait de Becanne, d'Atalpart Vanderwiel, les deux observations de Duverney, de l'Éveillé, de Campaignac, de Marjolin, pièce déposée dans le musée Dupuytren, de Celerier et de Laforgue, en tout neuf; j'ajouterai que le fait de M. Celerier est surtout remarquable au point de vue de l'âge, car l'homme avait 75 ans.

Pour le membre supérieur, le nombre de ces fissures est beaucoup plus restreint; elles ne sont qu'au nombre de trois encore publiées dans la science; celle qui fait le sujet de ce rapport constitue la quatrième. Elles se répartissent ainsi : une pour l'humérus (fait de M. Ripault, rapporté par Campaignac); une pour le cubitus Chaussier; une pour le second métacarpien; enfin le fait de MM. Dupont et Chambellan, qui avec la pièce de M. Béraud, déjà déposée dans le musée, constituent pour le radius les deux seuls faits de fissure longitudinale que j'ai pu retrouver dans la science. (Remercîments à l'auteur; dépôt de l'observation dans les archives.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. N. Guillot.

Leçons cliniques sur le rachitisme.

Rédigées par M. Martin de Gimard, *interne du service.*

Messieurs, je veux consacrer cette séance à vous parler de deux enfants, dont l'un est placé au n° 11 et l'autre au n° 19 de la salle Sainte-Cécile.

Ces deux enfants sont âgés de plus de 15 mois. Leurs mères ne les ont pas nourris; ils ont été envoyés chez des nourrices, où ils ont subi une mauvaise alimentation. On les en a ramenés très-maigres et atteints l'un et l'autre de rachitisme.

C'est de cette affection dont nous allons nous occuper. Elle mérite toute votre attention par sa fréquence, sa gravité, l'importance des travaux auxquels elle a donné lieu. En général, on n'a cependant étudié, sous le nom de rachitisme, que la maladie de la diaphyse des os longs; il est tout un ordre de phénomènes qu'on en a écarté à tort suivant moi. Je veux parler des lésions des épiphyses. La maladie des épiphyses, par ses causes, ses symptômes, son anatomie pathologique, ressemble complétement à celle de la diaphyse. Je vous le démontrerai dans le cours de ces leçons, en vous traçant l'histoire complète du rachitisme.

Je reviens à nos petits malades.

Chez un enfant sain, vous savez que les cheveux poussent régulièrement en spirale, en commençant au sommet de la tête et en décrivant des spires de plus en plus étendues; de sorte qu'ils forment une espèce de croissant de chaque côté d'une ligne passant sur les sutures frontale et sagittale. Le crâne, en outre, est parfaitement symétrique, il y a égalité parfaite entre ses moitiés. Un des premiers signes du rachitisme commençant est l'irrégularité de la pousse des cheveux et le manque de symétrie des parties constituant la boîte crânienne. Il y a alors, et vous avez pu le voir sur ces deux enfants, surtout sur celui du n° 19, des bouquets de cheveux frontaux, occipitaux, etc., au lieu d'être pariétaux, si l'on peut dire ainsi. En outre, la tête est énorme, comme vous l'avez constaté vous-mêmes. Elle est déformée, principalement chez celui qui est couché au n° 11, qui présente une saillie considérable du front à droite.

Ces premières déformations des os de la tête n'ont pas été bien étudiées; ne peuvent-elles pas, par leur anatomie pathologique, être rapprochées d'une affection de la première enfance, qu'on appelle céphalœmatome?

Le céphalœmatome consiste dans une bosse sanguine qui soulève le péricrâne et apparaît sur le pariétal droit ou gauche, rarement sur les deux à la fois; elle proémine également quelquefois du côté de la dure-mère. Si on examine les os des enfants qui ont eu des céphalœmatomes, on les trouve mous, privés de calcaire. Par la dessiccation, ils acquièrent une légèreté remarquable, leur tissu est raréfié. Il offre de larges cellules remplies de sang, qui s'ouvrent par des orifices béants au-dessous du péricrâne. Cette raréfaction est telle dans quelques cas, qu'il y a une perforation; un petit pertuis gros comme une tête d'épingle fait communiquer la bosse sanguine externe avec un dépôt semblable qui décolle la dure-mère. Or, raréfaction du tissu osseux, défaut de dureté des os, remplacement dans les cellules osseuses de la graisse par du sang, ne sont-ce pas les lésions que va nous fournir le rachitisme? Je reviendrai sur cette idée.

Le rachitisme de nos deux enfants est caractérisé par la déformation des os de la tête. Il l'est encore par celle des os du tronc et des membres, surtout des supérieurs.

Aux avant-bras, le radius et le cubitus sont courbés, de manière à présenter une concavité artérielle. Ces os sont devenus tellement flexibles, qu'en pressant légèrement avec les doigts, on en diminue la courbure ou on l'augmente à volonté. L'humérus est peu atteint. Les clavicules, au contraire, sont très-déformées, surtout chez l'enfant du n° 19; l'extrémité sternale est tordue, gonflée et forme un angle droit ouvert en avant.

Si on examine la cage thoracique chez nos deux malades, on y trouve également des difformités, mais ces difformités ont une physionomie particulière.

Ce type athlétique de la constitution est représenté par une série de côtes très-rapprochées de l'horizontale; plus la courbure des côtes est près de l'horizontalité chez un individu, plus il est bien conformé, bien constitué. Cette position presque horizontale des côtes permet à ces arcs osseux de plus grands mouvements. Chez ces enfants, au contraire, vous avez dû remarquer, messieurs, le phénomène suivant : la courbure des côtes quitte l'horizontale, et cet os se rapproche de celui qui est en dessus. Les côtes tendent à s'imbriquer les unes sur les autres comme les tuiles d'un toit; il arriverait un moment, si on laissait marcher la maladie, où elles se cacheraient les unes derrière les autres, ce serait le dernier terme. Le même phénomène se produit chez les chevaux : voyez un maquignon, s'il examine un cheval et qu'il lui trouve les côtes rondes : c'est un bon cheval qui respire bien; y a-t-il, au contraire, imbrication des côtes, c'est un cheval qui respire mal, c'est un cheval rachitique.

En même temps que les côtes quittent l'horizontale, leur extrémité externe se renfle à l'endroit où elle se joint au cartilage. Et vous avez pu constater, en examinant nos enfants, les côtes de haut en bas, une série de nodosités qui se trouvent au niveau des articulations chondrocostales. C'est le *chapelet des rachitiques.*

Outre cette série de phénomènes, l'enfant du n° 19 présente encore une voussure de la région lombaire; on reconnaît dans ce point du gonflement. De la douleur existe à la moindre pression; on en produit aussi par le plus léger mouvement imprimé aux jambes. Celles-ci sont inertes, peu sensibles, molles comme du chiffon. Que s'est-il donc passé? Il y a eu gonflement de l'arc postérieur des vertèbres, ce gonflement a comprimé la moelle et a amené ce commencement de paralysie consécutive, qui se traduit par le défaut d'action des membres inférieurs.

Ces commencements de paralysie s'annoncent chez les enfants de plusieurs façons. L'inertie complète des membres inférieurs, l'absence de mouvement volontaire tenant au défaut de développement des forces musculaires, la facilité au contraire avec laquelle on plie ces membres et la laxité des tissus en sont les premiers signes. Ainsi, chez nos deux petits malades, on peut croiser facilement les jambes en avant sur le ventre, et les remettre absolument dans la position qu'elles occupaient à l'état fœtal.

La dentition est aussi en retard chez tous deux. Celui de la grande salle n'a que deux dents, dont une poussée irrégulièrement; l'autre n'en a que quatre. Ces enfants crient dès qu'on les touche. Si on les met sur le dos, si on les met sur leurs jambes, ils crient; de même si on les retourne, si on essaie de les faire

marcher. Ces mouvements produisent une élévation de température très-considérable et instantanée. En même temps, des gouttes de sueur perlent sur toute la surface du corps. Ces sueurs si abondantes et si subites peuvent être en quelque sorte un indice de rachitisme. Elles se montrent aussi pendant la nuit et principalement à la tête. Leur odeur est à remarquer, elle est aigre, très-désagréable, très-persistante.

Nos deux malades ont la diarrhée. Ils ont été mal nourris. Il y a eu un trouble des fonctions du canal digestif, et plus tard de la diarrhée fétide qui dure encore; vous verrez cette diarrhée persister chez tous les rachitiques. Le rachitisme et la diarrhée sont deux choses parfaitement corrélatives. Un enfant est rachitique, il a la diarrhée depuis longtemps et continuellement. Un enfant a la diarrhée continuellement et depuis longtemps, il est rachitique. Ces deux phénomènes ne marchent presque jamais l'un sans l'autre.

Nos petits enfants toussent, et cette toux, qui tient à la déformation de la poitrine, est encore un signe de rachitisme.

Il n'y a donc pas de doutes pour le diagnostic : chez nos deux enfants il y a irrégularité de la pousse des cheveux, déformation de la tête, mollesse et déformation des autres os et surtout du radius, du cubitus, de la clavicule, des côtes et du fémur. Ils crient au moindre mouvement et ont alors des sueurs instantanées. Ils ont une diarrhée fétide existant depuis longtemps. Ils sont rachitiques.

Peut-on confondre cette affection avec une autre? non, on l'a rapprochée de la maladie tuberculeuse : eh bien! entre ces deux affections, il existe des différences énormes. La marche n'est pas la même ; les accidents, les causes ne sont pas les mêmes. Les mères de nos deux rachitiques sont des types de santé, les pères sont vigoureux, bien portants ; en est-il de même pour les tuberculeux? Vous le voyez, ce n'est pas là une maladie de race, comme la phthisie, la syphilis, les scrofules, etc.

Ces enfants n'ont pas été allaités par leurs mères ; on les a mis en nourrice. Une fois en nourrice, ils ont été mal nourris, soit que la femme qui s'en était chargée n'eût pas de lait, soit qu'elle le réservât pour son propre enfant. On leur a donné des aliments qu'ils n'ont pu s'assimiler. C'est ce que nous voyons chez tous les petits rachitiques qui viennent dans nos salles.

Il en est de même pour presque tous les enfants qu'on confie au loin à des femmes étrangères ; on les nourrit de toute autre manière qu'avec du lait. Les pratiques changent avec le pays : en Normandie, on leur donne de la bouillie avec du cidre; en Bourgogne, de la bouillie avec du vin ; à Paris, de la soupe, du café, etc. L'intestin des enfants s'accommode mal de cette nourriture. Ces petits malheureux, alimentés d'une manière insuffisante, par ces substances mal élaborées, dépérissent et deviennent rachitiques.

On crée à volonté des rachitiques. Si on nourrit des animaux tout jeunes avec des viandes succulentes, ils deviennent rachitiques. En 1826, M. Magendie rendit, sous mes yeux, des petits chiens rachitiques, par ce mode d'alimentation.

Avec le lait de la mère ou le lait d'une bonne nourrice, une température chaude et invariable, avec des soins intelligents, les enfants ne deviennent jamais rachitiques.

Selon M. Guersant, il existerait une espèce d'antagonisme entre le rachitisme et la production des tubercules, comme d'autres auteurs l'ont avancé pour la fièvre intermittente et la fièvre typhoïde. Je ne crois pas à ces lois générales d'exclusion. Les enfants rachitiques, en effet, sont rarement phthisiques, mais s'ils étaient soumis par la race à la diathèse tuberculeuse, ils le deviendraient. A mon sens, le rachitisme n'exclut pas le tubercule.

Quel sera le pronostic pour nos deux enfants? Dans ces cas, la guérison me paraît encore possible. Nos malades ne guériront pas seuls, si on laisse marcher la maladie, la déformation continuera, mais il est encore temps d'y remédier.

Comment obtiendrons-nous la guérison? En nous rapprochant autant que possible de l'état naturel. Ainsi, au début, je donne une nourrice à l'enfant qui commence à se déformer. Si je pouvais, je ferais comme les Romains, comme Gallien, je donnerais deux nourrices. Ici, ne pouvant avoir de nourrice, je donne du lait de vache, aussi bon que possible. Je fais promener l'enfant au soleil; je le fais baigner dans une décoction de plantes aromatiques ou d'écorce de chêne, puis on le frotte avec de l'alcool thériacal.

Au moyen de cette médication, nous réussirons. Mais le lait de vache ne remplira qu'imparfaitement notre but, et il y aura du retard dans la guérison de nos petits malades.

Ce traitement a déjà été commencé. Sous son influence, nous avons vu diminuer le gonflement des vertèbres lombaires, et une amélioration notable survenir chez le n° 19. L'enfant couché au n° 11 est moins avancé.

Je recommande aussi de ne pas essayer de faire marcher les enfants qui commencent à être rachitiques, car leurs os sont mous et ne pourraient supporter le poids du corps, leurs jambes ploieraient en différents sens ; on augmenterait ainsi les déformations.

Je ne veux pas non plus qu'on les porte dans les bras ; il pourrait y avoir torsion de la colonne vertébrale. Je veux qu'on les place sur le dos dans un lit ou dans une petite voiture, et qu'on les promène ainsi, en leur faisant conserver la position horizontale.

Si vous consultez les auteurs, vous allez trouver une thérapeutique beaucoup plus compliquée que je ne viens de vous l'indiquer. Parmi les anciens, les uns conseillent les toniques, le fer, et le quinquina ; Bœrhave la nourriture animale; quelques autres, une alimentation purement végétale, combinée avec le fer et le quinquina. Je reviendrai sur toutes ces prescriptions ; à mon avis, elles sont toutes mauvaises. Je le répète, il faut, autant que possible, se rapprocher de la nature, et on a souvent besoin d'être secondé par une mère intelligente, ce qui ne se rencontre pas toujours.

On a préconisé l'huile de foie de morue, qu'elle soit brune, c'est-à-dire non purifiée, ou blonde, c'est-à-dire purifiée, comme spécifique du rachitisme. Il y a, en effet, des cas de guérison. Je puis dire, cependant, que plus je vais, et moins j'emploie ce médicament. J'ai vu des rachitiques aux Enfants-Trouvés; j'en ai vu ici; eh bien! j'ai réussi tout autant, et même mieux avec le laitage; ce n'est pas là un procédé de la nature, je n'y crois qu'avec réserve.

Malgré notre peu de confiance dans ce médicament, nous en donnerons cependant devant vous à un de nos malades, et vous pourrez juger vous-mêmes de son action.

Maintenant que l'examen clinique de ces enfants vous a fait constater par vous-mêmes les principaux symptômes du rachitisme, je vais passer à la partie dogmatique, c'est-à-dire à l'histoire de cette maladie considérée en général.

On peut définir le rachitisme une affection générale de l'économie, caractérisée par le ramollissement du tissu osseux. Néanmoins, ce ramollissement des os n'est pas plus la maladie que les plaques de Peyer ne sont l'affection typhoïde. Il a pour cause primitive le défaut ou le vice de nutrition.

Tous les enfants mal nourris sont rachitiques. On fait, vous le savez, des rachitiques à volonté. On ne naît pas rachitique, au moins dans la très-grande majorité des cas; on le devient. Vous verrez pourquoi je fais cette restriction.

Cette maladie se développe dans la première enfance, dès le premier, le deuxième ou le troisième mois après la naissance. A cette dernière époque, le rachitisme est modifié et se rapproche beaucoup de l'ostéo-molaire ; il y a néanmoins quelques différences.

Si on examine les os d'un enfant sevré, un tibia par exemple, on le voit dans sa rectitude naturelle, entouré d'un périoste peu épais; dans son intérieur est une petite quantité de graisse renfermée dans des cellules, quoique peu flexible ; il renferme en proportion équilibrée de la gélatine et du phosphate calcaire qui fait effervescence au contact d'un acide. Dans l'os du rachitique, il n'y a plus équilibre entre la proportion de phosphate et celle de la gélatine. La partie alcaline a tellement diminué que

l'os fait à peine effervescence avec un acide. Il y en a un tiers dans l'os sain ; dans l'os malade, le phosphate a presque disparu, et l'os a perdu sa solidité. On peut le plier, il est devenu flexible.

Dans l'état sain, le tissu osseux est constitué par des canalicules. Entre ces canalicules, il existe des cellules microscopiques contenant de la graisse et des corpuscules osseux ; dans l'os malade, ces corpuscules osseux sont très-rares ; on n'en trouve presque plus.

Si on examine les cartilages épiphysaires, on voit que dans le cas de maladie ils contiennent une énorme quantité d'eau ; que, plus on approche de l'état sain, plus cette quantité d'eau diminue et plus les matières terreuses augmentent. L'eau contenue dans les cartilages épiphysaires malades est en telle proportion que, si on les laisse sécher, ces cartilages se présentent sous la forme de membranes.

Au microscope, les cartilages des épiphyses sont composés de grandes cellules d'un cinquième de millimètre, placées les unes derrière les autres, et dans lesquelles existent des granulations. Ces cellules, très-serrées, très-nombreuses dans l'état sain, disparaissent de plus en plus et deviennent de plus en plus rares chez le rachitique, à mesure que l'affection fait des progrès.

L'os sain est environné d'un périoste mince qui lui adhère assez fortement ; le périoste de l'os rachitique, au contraire, se sépare de la surface de l'os et acquiert une certaine densité, une certaine épaisseur, qui dénotent un travail pathologique.

Dans ces circonstances, il se produit dans l'os une série de phénomènes tout à fait analogues à ceux que l'on rencontre dans les pariétaux des enfants qui ont eu des céphalœmatomes. Tout le tissu de l'os s'est creusé, raréfié ; il n'y a plus de graisse, une partie des canalicules que nous avons dit constituer la trame osseuse a disparu ; à sa place, il existe des espaces, des sortes de cellules dans lesquelles s'est accumulé un sang noir qui peut s'enlever par le lavage. Ce sang a remplacé la matière grasse. Ces altérations du tissu osseux s'accompagnent de phénomènes semblables entre l'os et le périoste. Cette membrane s'est écartée de l'os, et dans l'intervalle laissé entre eux sont de larges cellules renfermant aussi du sang noir. Ce sang peut se rassembler en quantité assez considérable pour former une saillie à la surface de l'os. Il peut arriver alors que le périoste sécrète une petite lamelle osseuse qui entoure ce sang et le limite au point de former comme un deuxième os qui entoure le premier et n'en est séparé que par du sang.

En résumé, voici ce qui se passe : il y a raréfaction du tissu osseux, disparition du phosphate calcaire, disparition de la graisse et son remplacement par du sang, épaississement et soulèvement du périoste, existence d'une certaine quantité de sang entre le périoste et l'os. Tels sont les faits généraux primitifs qui caractérisent le rachitisme.

Les faits secondaires sont connus d'une manière moins nette. Y a-t-il des modifications dans le sang contenu dans les cellules osseuses ? On ne le sait pas. Ce qui est certain, c'est qu'au bout d'un an ou deux, ce sang a disparu, les cellules se sont amoindries, il y a eu dépôt de phosphate calcaire, l'os est redevenu dur et il y a eu, si l'on veut, guérison du rachitisme.

Seulement, si la maladie a été de longue durée, le poids du corps, l'action des muscles, une cause quelconque, ont fait que les os se sont courbés. Dans quelques cas, il y a même eu production de fractures incomplètes : caractères difficiles à diagnostiquer, car elles ne donnent pas de crépitations (vous voyez, parmi les pièces que je vous soumets, un bel exemple de ces fractures). Plus tard, quand le phosphate calcaire se dépose dans l'os, il redevient dur, mais il conserve sa courbure vicieuse et la déformation persiste pendant toute la vie. L'enfant reste tordu ; les côtes, qui sont le siége de nodosités, restent déformées comme les autres os.

Je vous ai exposé, messieurs, la marche du rachitisme qui se développe chez nos petits enfants âgés de moins de deux ans. Vous avez vu que, chez eux, l'affection porte surtout sur la diaphyse. A l'âge de deux ans, chez les enfants, les épiphyses se développent d'après des lois précises. Si donc nous venons à examiner le rachitisme, qui commence à cette époque, nous trouvons la maladie non-seulement dans la diaphyse, mais aussi dans l'épiphyse. Nous traiterons ce sujet dans la prochaine séance.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mémoire sur les diverses affections du rachis, désignées sous le nom de MAL DE POTT, et sur le traitement de plusieurs d'entre elles par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium.

Par M. PIORRY, professeur à la Faculté de médecine.

(*Lu à l'Académie des sciences.*)

(Voir les nos 58, 59.)

J'ai fait prendre aussi à ces mêmes malades du phosphate de chaux ou de la râpure d'os frais obtenue avec une lime fine. Voici les considérations et les faits qui m'ont conduit à employer ce moyen :

1° Les os, chez les gens dits rachitiques, sont plus mous que chez les autres hommes, et contiennent moins de sels calcaires, bien que la trame organique de ces os doive être altérée ; leur ramollissement est dû à ce qu'ils contiennent moins de phosphate de carbonate de chaux que dans l'état sain ;

2° On a dit que ces composés calcaires n'étaient pas solubles, ne pouvaient pas pénétrer dans les liquides et par suite dans les organes. Cela serait vrai, s'ils ne se trouvaient pas en contact dès leur abord dans l'estomac avec des substances qui, telles que les acides chlorhydrique, lactique, acétique, etc., peuvent les dissoudre au moins en partie. N'est-ce pas l'acide chlorhydrique affaibli dont on se sert dans les laboratoires d'anatomie pour s'emparer des sels osseux, tandis qu'il laisse isolés les tissus organiques qui les contenait ;

3° Les femelles des gallinacés et des passereaux pondent parfois des œufs à enveloppe membraneuse et molle ; or, il suffit de leur donner du phosphate et du carbonate de chaux pour que, d'un jour à l'autre, une coquille solide entoure les œufs qu'elles forment ultérieurement. Evidemment, les sels dont il s'agit ont alors été dissous dans les liquides portés dans le sang, et de là sont entrés dans la trame des membranes de l'œuf ;

4° Le lait contient beaucoup de phosphate de chaux qui ne tarde pas à se déposer dans les os de l'enfant qui, quand il était fœtus, recevait probablement une partie des sels des os de sa mère devenus, à la fin de la gestation, plus mous et plus flexibles. Il y aurait à cette occasion bien des choses à dire sur l'admirable harmonie qui préside à la composition et aux fonctions des organes ; mais ce n'est pas ici le lieu de le faire ;

5° Dans plusieurs cas de déviation de la colonne vertébrale, dus à un ramollissement des os, j'ai été assez heureux pour y remédier par l'emploi du phosphate de chaux et de mouvements convenables qui ont paru consolider et redresser le rachis, et cela beaucoup mieux que des corsets et des machines et d'autres moyens qui ont été proposés.

Me fondant sur ces faits et sur ces rapprochements, j'ai cru devoir donner, aux malades dont il vient d'être parlé en dernier lieu, de 15 à 20 grammes par jour de phosphate de chaux délayé avec du riz au lait incorporé dans du pain, du biscuit, ou administré de toute autre façon ; et, chose remarquable ! après vingt jours dans un cas, après un mois dans d'autres, il survint une diminution notable dans l'épaisseur et dans la largeur des os affectés et une augmentation dans leur solidité. Du reste, la délinéation et la mesure plessimétrique ne permettaient pas d'établir le moindre doute sur l'exactitude de ces résultats souvent recueillis devant un grand nombre de médecins et d'élèves.

Bien entendu qu'une nourriture essentiellement réparatrice était donnée aux malades de cette quatrième catégorie, et cela dans l'intention d'agir utilement : 1° sur la trame organique des os ; 2° sur les liquides circulants ; 3° sur l'ensemble de l'organisation. Le repos leur était aussi recommandé. Dans les premiers temps où j'employais l'iodure de potassium et le phosphate de chaux, voulant me conformer à la pratique générale, j'avais fait appliquer des cautères au niveau des tumeurs et latéralement à

la colonne vertébrale. Or, ces derniers moyens n'avaient pas été ici les agents véritablement utiles ; car j'avais vu périr presque tous les malades qui avaient porté de nombreux exutoires, mais qui, n'ayant fait usage ni d'iodure de potassium, ni de phosphate de chaux, avait été soumis à une nourriture succulente et au repos. D'ailleurs, dans onze autres cas, les malades soumis à notre traitement et n'ayant pas porté de cautères, de moxas ni de sétons, n'en ont pas moins complétement guéri.

Sur deux jeunes filles chez lesquelles, après un traitement assez court, les accidents avaient complétement cédé, le mal reparut alors que, pendant plusieurs mois, on l'eut discontinué. Chez toutes deux, un abcès par congestion survint. Le traitement fut repris. Or, l'une se rétablit complétement, malgré l'ouverture d'un abcès lombaire (20e *obs.*), et l'autre est actuellement dans l'état le plus fâcheux (1re *obs.*). Un ouvrier, atteint de tubercules rachidiens avec tumeur et symptômes du mal de Pott, récupéra si bien la santé sous l'influence du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, qu'il s'engagea comme soldat d'infanterie et servit quatre années en Afrique. Le mal reparut alors. Revenu à Paris et soigné de la même façon que la première fois, cet homme ne tarda pas à se rétablir et il remplit actuellement les fonctions d'infirmier à la Charité. Il a conservé seulement une incontinence d'urine. Ces faits parlent assez d'eux-mêmes pour que je me dispense de faire sur eux de longs commentaires.

5e cas. — *Cancer de la colonne vertébrale causant l'ensemble de phénomènes rapportés par les auteurs au mal de Pott (rachiso-carcinées ou carcino-rachisies).* — Évidemment, de tels cas seraient reconnaissables aux caractères généraux et locaux des cancers, à la coexistence d'autres lésions carcinomateuses. Se développant en général à l'âge mûr ou dans la vieillesse, ils sont fort rares et au-dessus des ressources de l'art ; je crois en avoir vu un seul exemple (32e *obs.*).

6e cas. — *Hydatide de la colonne vertébrale donnant lieu au mal de Pott.* — Le frémissement spécial produit par la percussion plessimétrique, entendu au moyen de l'auscultation, frémissement propre aux hydatides multiples contenues dans un kyste commun, pourrait ici éclairer la diagnose. Si la nature d'une telle lésion était bien constatée, des opérations chirurgicales pourraient être tentées, et seraient également indiquées dans les cas de kystes développés dans la colonne vertébrale.

Si je ne craignais pas d'abuser de la bienveillance que l'Académie a bien voulu avoir pour moi, en m'accordant cette lecture, je pourrais parler de nombreux faits de traitement à résultats plus ou moins heureux et dans lesquels il s'est agi de paraplégies qui n'étaient en rien dues à des maladies des os. Ici, comme dans la médecine entière, la diagnose anatomique est la seule base de la thérapeutique. J'ai ajouté quelques observations de telles paraplégies à celles que je dépose sur le bureau. Mais ce mémoire me paraît déjà trop long, et l'utilité que je crois trouver au sujet que je viens de traiter me servira seule d'excuses auprès de vous.

Conclusion. — Les principales conclusions de ce travail se réduisent à celles-ci :

1° Sous le nom de mal de Pott on a réuni les affections les plus différentes entre elles au point de vue de leur nature et du traitement qui leur est applicable ;

2° Employer indistinctement, dans de tels cas, des cautères, des sétons, des moxas ou une médication soit tonique, soit antiphlogistique, n'est conforme ni à l'expérience ni à la raison ;

3° Dans toute paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum, dans toute névralgie lombaire ou sciatique, des deux côtés ou d'un seul, dans toute douleur des reins dite rhumatismale, il faut constater avec le plus grand soin l'état anatomique de la colonne vertébrale, et ce serait manquer aux devoirs du médecin que de négliger cette exploration ;

4° Le plessimétrisme ou percussion médiate permettant d'établir la délinéation ou organographisme du rachis comme celle de beaucoup d'autres organes, est ici indispensable et guide le praticien dans la constatation des espèces de lésion dont la colonne vertébrale est atteinte ;

5° L'administration de l'iodure de potassium est infiniment utile dans un grand nombre de cas où les vertèbres sont chroniquement malades ;

6° Le phosphate de chaux, dans le cas de ramollissement et de tuberculisation du rachis, présente les plus grands avantages pratiques, car sur vingt-sept cas semblables donnant lieu à une tumeur et à la paraplégie, il a été administré vingt-deux fois : vingt fois les malades se sont rétablis et deux fois l'état des malades a paru s'améliorer, bien que, plus tard, la terminaison ait été fatale.

J'aurai plus tard l'honneur de parler à l'Académie des heureux résultats dont a été suivi l'emploi du phosphate de chaux dans le ramollissement des os, désigné sous le nom de rachitisme.

Tableau statistique des cas de rachisocélie observés.

Résultats du traitement des tumeurs du rachis (rachisocélies) par le phosphate de chaux, l'iodure de potassium, le protoiodure d'hydrargyre (dans un cas) et les exutoires.

- 20 cas de guérison.
  - 11 cas de guérison à la suite de l'emploi exclusif du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium et du repos. — 1re, 2e, 6e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e obs. — 34e obs. : 2e atteinte du mal. — 35e, 37e obs.
  - 9 cas de guérison à la suite de l'emploi des moyens précédents et des exutoires. — 14e, 15e, 16e, 17e, 18e, 19e, 20e, 33e obs. — 34e obs. : 1re atteinte du mal.
- 7 cas de soulagement de prolongation de la vie, presque tous avec l'emploi des exutoires. — 3e, 13e obs., mort. — 21e obs., mort. — 26e obs., mort. — 23e, 24e, 25e obs. : malades perdus de vue.
- 1 cas de guérison par l'emploi de l'iodure de potassium et du proto-iodure d'hydrargyre. — 36e obs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour l'agrégation en chirurgie.* — Les thèses des candidats ont été déposées aujourd'hui, à trois heures, au secrétariat de la Faculté. L'ordre des argumentations a été fixé ainsi qu'il suit par la voie du sort :

Le lundi, 23 avril : MM. *Jamain*, argumenté par MM. Richard et Demarquay ; *Morel-Lavallée*, par MM. Follin et Broca.

Mercredi, 25 : *Blot*, par MM. Moreau et Pajot ; *Cusco*, par MM. Demarquay et Jamain.

Vendredi, 27 : *Richard*, par MM. Demarquay et Morel ; *Follin*, par MM. Broca et Cusco.

Lundi, 30 : *Moreau*, par MM. Pajot et Blot ; *Desormeaux*, par MM. Jamain et Richard.

Mercredi 1er juin : *Demarquay*, par MM. Morel et Follin ; *Broca*, par MM. Cusco et Desormeaux.

Vendredi, 3 : *Pajot*, par MM. Blot et Moreau.

— Toulouse est une des villes où l'Association médicale se maintient avec succès, ou plutôt fait chaque jour des progrès nouveaux. Dans le rapport sur les travaux de l'Association pour l'année 1852, rédigé par M. le docteur Teillier, secrétaire général, se trouvent exposés les heureux et déjà nombreux résultats qu'a produits l'Association, dans des circonstances très-diverses. Nous citerons ici un de ces résultats :

« Une affaire qui pouvait devenir litigieuse entre deux clients qui ne voulaient point payer des honoraires légitimement dus à un de nos associés, dit le secrétaire général, a été soumise à votre commission : les prix différentiels des visites simples, des visites avec cautérisation, des consultations écrites ont été fixés dans les deux cas ; j'ai l'avantage de vous annoncer que dès que votre décision a été portée à la connaissance de ces personnes, un accord est intervenu et le médecin, par l'appui et la décision de l'Association, a obtenu les justes honoraires de ses soins. Ces faits parlent trop haut pour qu'il soit nécessaire d'en faire ressortir toute la portée et toute l'importance. »

Le rapport se termine par un exposé financier, qui démontre que la prospérité matérielle de l'Association n'est pas moindre que sa prospérité morale.

Le bureau, pour l'année 1853, se compose de : MM. *Gaussail*, président ; *Sainte-Colombe*, vice-président ; *Teillier*, secrétaire général ; *Gasc-Hadancourt*, secrétaire adjoint ; *Guitard*, secrétaire adjoint intérim. ; *Dassier*, trésorier.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 62. 1re année. Mardi 24 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Les journalistes à l'Académie des sciences. — De la falsification des boissons alcooliques. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔTEL-DIEU. M. TROUSSEAU. Leçon clinique sur l'enrouement, par le Dr A.-H. Margerie. — Note analytique du mémoire de M. Baudens, médecin inspecteur des armées, sur le traitement par lui imaginé pour guérir les fractures de la rotule. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Observation de contracture du diaphragme survenue pendant le cours d'un rhumatisme musculaire aigu. Mort du malade, par M. le Dr Valette. — Moyens de reconnaître la présence du sucre dans l'urine. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 23 mai 1853.

Les journalistes à l'Académie des sciences.

La mesure dont nous avons entretenu nos lecteurs, et qui était encore il y a huit jours à l'état de projet, est aujourd'hui définitivement arrêtée : les pièces scientifiques de la correspondance ne seront plus communiquées aux journalistes. C'est sur la proposition de M. Arago, que cette proposition pleine de libéralité a été adoptée.

Personnellement, cette mesure nous touche peu, comme elle touchera peu nos confrères de la presse scientifique. Les communications de quelque importance, relatives aux sciences médicales, sont rares à l'Institut dont l'arène est surtout parcourue par les découvreurs de spécifiques et autres merveilles analogues; et quand des communications médicales sérieuses y paraissent, il est rare que les auteurs n'aient pas eux-mêmes l'attention d'en faire part aux représentants de la presse médicale. En fait, nous sommes donc assez indifférent à la décision qu'a provoquée M. Arago ; mais en principe, il est assez édifiant de faire remarquer qu'une mesure dont le seul effet possible, si tant est qu'elle en produise un quelconque, est de priver les discussions scientifiques de leur élément essentiel, et de les rendre par conséquent plus obscures et plus incomplètes, il est édifiant, dis-je, de faire remarquer que cette mesure a été provoquée par l'adversaire ardent de toutes les espèces d'arbitraire, par le représentant passionné de toutes les libertés.

Quant aux motifs sur lesquels on s'est basé pour faire passer la mesure en question, l'état actuel de la législation nous interdit de les sonder, encore moins de les énoncer catégoriquement. Mais ceux de nos lecteurs qui ont lu dans certains journaux quotidiens les polémiques qui s'y sont produites, les devineront sans peine, et s'assureront, par cela même, que nous y sommes parfaitement étranger, ainsi que nos confrères de la presse véritablement scientifique.

H. DE CASTELNAU.

De la falsification des boissons alcooliques.

On lit dans un journal :

Samedi dernier ont commencé, devant le tribunal correctionnel de Saint-Étienne, les débats d'une affaire qui nous paraît de nature à être signalée à l'attention publique. Il s'agit de falsifications et de manipulations de vins, organisées sur une assez vaste échelle dans un des principaux quartiers de cette ville. Les faits qui ont été révélés à l'audience sont des plus instructifs. Ainsi, il paraît que, grâce aux progrès de l'industrialisme, le raisin n'est plus considéré que comme un accessoire dans la production du vin, et que si on le fait entrer encore pour quelque chose dans les combinaisons chimiques à l'aide desquelles on cherche à le remplacer, c'est simplement par un reste de déférence pour les préjugés et les idées reçues. Ces manœuvres et cette combinaison auraient eu en outre pour résultat de procurer à leurs auteurs la facilité de vendre, à raison de 80 ou 90 fr., de prétendues pièces de vin qui, grâce aux mélanges innommés qu'elles contenaient, ne revenaient pas aux fabricants à plus de 10 fr. l'hectolitre !

Après des débats qui ont occupé trois audiences, le tribunal a rendu un jugement qui déclare le sieur Cœur fils coupable d'avoir fabriqué et mis en vente des vins falsifiés, et conséquemment, commis le délit de tromperie sur la qualité de la chose vendue, et lui faisant l'application de l'art. 423 du Code pénal, le condamne à trois mois d'emprisonnement et 50 fr. d'amende.

Bray et Cœur père, déclarés coupables du même délit, sont condamnés, le premier à deux mois, et le second à un mois de prison, et tous deux à 50 fr. d'amende.

Gabriel Cœur et Berault ont été acquittés.

Le jugement a ordonné, en outre, la confiscation des liquides, ainsi que des substances et de tous les ustensiles qui ont servi à la fabrication des vins falsifiés qui seront répandus sur la voie publique.

La juste sévérité et la vigilance que l'autorité judiciaire et l'autorité administrative mettent depuis quelques années, depuis quelques mois surtout, à réprimer les fraudes de la nature de celle que vient de punir le tribunal de Saint-Étienne en ont notablement diminué le nombre. Mais il s'en faut bien que nous soyons encore, sous ce rapport, dans une situation qui satisfasse aux exigences d'un commerce loyal et à celles de l'hygiène publique. Il suffit de visiter la table des personnes qui s'approvisionnent de vin en bouteilles chez les différentes sociétés qui, à Paris, se livrent à ce commerce, pour s'assurer de prime abord et sans analyse bien délicate, que la plupart des vins, sinon tous, que vendent ces sociétés, sont ou des mélanges d'eau, d'alcool et de différents vins, ou des mélanges plus malsains en-

core. Il suffit de conserver, pendant vingt-quatre heures, une de ces bouteilles en vidange pour obtenir une décomposition du liquide, qui porte au dernier degré d'évidence la falsification que nous signalons.

Malgré le zèle louable qu'elle déploie, l'administration a donc beaucoup à faire encore pour détruire cette fraude indigne, qui est à la fois une atteinte à l'honneur du commerce et à la santé publique.

Nous aurons prochainement l'occasion de revenir longuement sur cette importante question.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. TROUSSEAU.

Leçon clinique sur l'enrouement.

Nos lecteurs doivent maintenant être édifiés sur la manière dont nous comprenons et dont nous pratiquons les principes de l'indépendance et de l'impartialité scientifiques. Ils trouveront donc tout naturel que, sans manquer en rien aux opinions que nous avons émises touchant les fantaisies médicales de M. Trousseau, nous donnions de temps en temps les meilleurs spécimens de la clinique de ce professeur. H. DE CASTELNAU.

Le malade qui va faire aujourd'hui le sujet de notre entretien n'est pas atteint de l'une de ces graves et trop souvent funestes affections qui laissent à peine au médecin le temps de prendre conseil et de délibérer, qui se montrent rebelles aux efforts de la thérapeutique la plus active et la plus rationnelle, qui enfin parcourent d'une manière en quelque sorte fatale les phases nécessaires de leur évolution ; il est atteint d'une de ces affections qu'on rencontre fréquemment dans la pratique, qu'on peut utilement modifier par des moyens médicamenteux nettement déterminés, et auxquelles néanmoins on a le tort de refuser l'importance et l'intérêt qui résultent à la fois de leur fréquence et de l'incontestable efficacité des actions thérapeutiques.

Dernièrement est entré dans nos salles un maître de chant qui, en dehors des occupations de son enseignement, chante le matin à l'église et le soir au théâtre, genre de cumul qui est, comme on sait, très-commun à Paris.

Cet homme s'est beaucoup fatigué dans le courant du mois d'août, il a contracté un rhume, et, à partir de ce moment, il lui est devenu impossible de chanter ; comme toutes les personnes enrouées, quoi qu'il fasse, il n'émet que des sons rauques. Il a, pour nous servir de l'expression consacrée parmi les chanteurs, il a la voix *cassée*.

L'enrouement est une affection au sujet de laquelle on est souvent consulté ; il réclame, pour être guéri, plus de soins, plus de temps, plus de patience, plus d'artifices qu'une foule de maladies graves ; à tous ces titres, il mérite de fixer notre attention.

Presque toujours il tient à une phlegmasie du larynx.

Cette notion générale est insuffisante au point de vue thérapeutique, le médecin doit, de toute nécessité, connaître le point d'origine de l'inflammation et les conditions qui ont présidé à son invasion.

Dans le plus grand nombre des cas, les affections laryngées analogues à celle que présente notre malade, les catarrhes superficiels du larynx résultent de la propagation d'une phlegmasie de la membrane muqueuse du pharynx. Il est ordinaire de rencontrer des individus chez lesquels une altération de la voix survient huit jours, un mois, un an, deux ans après l'existence d'une maladie inflammatoire de l'arrière-bouche. Si on réfléchit à la facilité avec laquelle les phlegmasies des membranes muqueuses de la bouche et du nez s'étendent au pharynx, on comprendra sans peine que les phlegmasies pharyngiennes envahissent le larynx dont la membrane muqueuse, en raison de sa constitution anatomique, offre à l'inflammation un accès plus prompt et plus rapide que la membrane dont est formée la paroi interne de l'œsophage.

Examinons les maladies du pharynx qui sont le plus souvent suivies de troubles dans la phonation.

Il est une phlegmasie chronique à laquelle on a donné le nom de pharyngite folliculeuse : elle a pour caractère principal le développement exagéré des follicules muqueux qu'on aperçoit, après avoir fortement abaissé la base de la langue, en nombre très-considérable sur la paroi postérieure du pharynx.

A l'hypertrophie des follicules se joignent ordinairement un peu d'œdème et d'élongation de la luette, de la rougeur et de la tuméfaction qui occupent à la fois et les amygdales et les piliers du voile du palais.

La pharyngite folliculeuse consiste le plus souvent dans une affection rhumatismale, c'est-à-dire dans une affection qui, se manifestant dans le cours du rhumatisme, alterne avec les accidents morbides par lesquels sont occupées les articulations.

On voit des malades qui, dans le cours d'une même année, sont atteints, en l'absence de tout mouvement fébrile, à deux ou trois reprises différentes, de douleurs du côté des membres et des articulations ; les douleurs dont nous parlons persistent pendant un espace de temps variable, en général au bout de dix ou vingt jours ; elles disparaissent et sont remplacées par des douleurs gutturales qui, très-vives dans l'origine, perdent peu à peu de leur intensité et passent à l'état chronique.

Les douleurs gutturales sont ici le symptôme d'une affection inflammatoire dont le retour fréquemment réitéré, après un certain laps de temps, laisse dans le pharynx une lésion qui ne participe en rien de la nature du rhumatisme, bien qu'elle en soit la conséquence ; entre cette lésion et l'angine rhumatismale qui en a été la source, existe une différence semblable à celle qui sépare l'arthrite chronique due au rhumatisme des phénomènes inflammatoires auxquels le rhumatisme donne naissance dans les articulations.

Les manifestations morbides dont la syphilis est suivie du côté des fosses nasales apparaissent avec une physionomie qui leur est propre : abandonnées à elles-mêmes, elles ne tardent pas à se compliquer d'une nécrose vénérienne des os et des cartilages du nez ; à ce degré de la maladie, si l'on emploie un traitement convenable, la syphilis guérit ; mais la nécrose dont elle a été la cause persiste et souvent se prolonge pendant des années entières.

La cause spécifique du rhumatisme se comporte de la même manière que la cause spécifique de la syphilis ; par ses atteintes répétées, elle engendre, du côté du pharynx, des phlegmasies chroniques qui subsistent, lors même qu'elle cesse de faire sentir son influence. Par les explications que nous venons de donner, il est facile de comprendre que les affections inflammatoires chroniques du pharynx, pour être la conséquence d'une maladie rhumatismale, ne diffèrent nullement des angines pharyngées qui résultent, soit de l'action du froid, soit de l'extension d'une phlegmasie de la membrane muqueuse de la bouche ou des fosses nasales.

Ici se présente naturellement à notre examen l'étude des inflammations qui, primitivement localisées dans les cavités buccale et nasale, en se propageant de proche en proche, arrivent à envahir le pharynx.

La présence de dents cariées, dans l'intérieur de la bouche, détermine souvent un état fluxionnaire des gencives qui s'exaspère à des intervalles plus ou moins rapprochés. Lorsque la carie porte sur la dernière dent molaire, l'inflammation dont elle s'accompagne s'étend, avec une extrême facilité, de la portion de gencive qui environne la dent malade aux piliers du voile du palais et à la gorge. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes chez lesquelles une dent cariée entretient une inflammation habituelle du pharynx. Une des plus célèbres cantatrices de ce siècle, M^me^ F. M....., au milieu des plus brillants succès, perdit la

voix en l'espace de quelque temps, et fut obligée de quitter le théâtre dans l'éclat de sa gloire et de sa jeunesse; elle dut sa guérison à l'avulsion de deux dents de sagesse.

On comprend sans peine avec quelle facilité doivent se propager, vers le pharynx, les inflammations de la bouche que fomentent et qu'excitent sans cesse des fluxions répétées à de courts intervalles, lorsqu'on considère les phénomènes de la dentition chez l'enfant, lorsqu'on réfléchit que la sortie d'une seule dent s'accompagne presque toujours d'une congestion plus ou moins étendue de l'intérieur de la bouche, et d'une toux particulière à laquelle on a donné le nom de toux de dentition.

Nous sommes assez fréquemment consulté par des malades chez lesquels un état de fluxion habituelle des gencives détermine un état de fluxion habituelle du pharynx. Est-il besoin de le dire? Le premier moyen de traitement que nous conseillons consiste dans l'avulsion de la dent cariée.

On rencontre, dans les fosses nasales, des affections inflammatoires dartreuses qui méritent d'être prises en sérieuse considération, dans l'étude étiologique et thérapeutique de l'inflammation du pharynx.

Nous venons de nous servir de l'expression *affection dartreuse,* c'est-à-dire d'une expression qu'on a voulu, à tort suivant nous, bannir du langage médical; dans notre pensée, le terme synthétique affections dartreuses désigne l'ensemble des maladies constitutionnelles chroniques de la peau; à ce titre, il doit être conservé.

Toutes les fois qu'on voit un eczéma chronique du nez et du pourtour des narines (qui, par la nature des caractères qu'il présente, se rattache visiblement à une diathèse particulière de l'économie) alterner avec une affection du même genre dont le siége est aux paupières ou aux oreilles, on peut s'attendre que l'inflammation passera de l'orifice du nez aux fosses nasales et des fosses nasales au pharynx. C'est ce qui arrive, en effet, dans un grand nombre de cas. Nous ne saurions trop insister sur ce fait; il est de la plus haute importance de le connaître, pour combattre avec succès les affections inflammatoires chroniques du pharynx.

Lorsqu'une phlegmasia persiste pendant un certain laps de temps dans le pharynx, par suite de la continuité des tissus, les ligaments arythéno-épiglottiques s'enflamment. La glotte elle-même ne tarde pas à participer au nouvel état des ligaments arythéno-épiglottiques, les modifications qui surviennent dans les ventricules du larynx et surtout dans les cordes vocales, entraînent dans la phonation des troubles qui peuvent aller jusqu'à la perte complète de la voix.

La membrane muqueuse qui revêt le larynx, sous l'influence de l'inflammation, en même temps qu'elle augmente dans son épaisseur, diminue dans sa consistance; par l'effet de ce double changement, elle perd sa remarquable aptitude à entrer en vibration, dont elle est douée pendant l'état de santé. La cavité laryngienne se transforme en une anche membraneuse flasque et dépourvue de la rigidité nécessaire pour engendrer les sons si justes et si distincts que doit émettre la voix humaine.

Une circonstance d'un autre ordre ajoute encore aux troubles de la phonation, nous voulons parler de la présence, à l'intérieur du larynx, de mucosités dont la sécrétion est une des conséquences pathologiques de l'inflammation. On dit, dans le langage vulgaire, que les malades ont des chats dans la gorge.

Le mucus visqueux et filant qui se trouve déposé à la surface de la membrane muqueuse laryngienne, apporte à la production des sons un obstacle analogue à celui que produirait le dépôt d'une solution de gomme dans l'anche d'un hautbois ou d'une clarinette.

Lorsque l'inflammation est limitée au pharynx, lorsque cet organe ne présente pas une tuméfaction notable et conserve un certain degré de mobilité, la voix, en général, ne subit pas d'altération sensible; il n'en est pas de même lorsqu'à un gonflement considérable de la membrane muqueuse et des amygdales, se joint une difficulté plus ou moins grande des mouvements du pharynx; dans ces conditions, bien que le larynx continue à produire des sons réguliers, la voix éprouve des modifications qui ont lieu au moment de son émission à travers la cavité pharyngienne.

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse du larynx dépasse certaines limites, à l'enrouement succède une véritable aphonie; quand elle persiste au delà d'un certain temps, avec une certaine intensité, les lésions anatomiques de la membrane muqueuse se compliquent de désordres profonds qui résistent à tous les agents thérapeutiques, et mettent en danger la vie des malades.

Dr A.-H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Note analytique du mémoire de M. Baudens, médecin inspecteur des armées, sur le traitement par lui imaginé pour guérir les fractures de la rotule.

(*Lue à l'Académie des sciences.*)

Dans cette analyse de notre mémoire sur les fractures de rotule, nous n'envisagerons que le point de vue curatif, parce qu'en effet le nouveau traitement par nous imaginé pour arriver à guérir les fractures de cet os à l'aide d'un cal osseux et non fibro-cartilagineux, est le côté important de notre travail.

L'appareil de notre invention se compose :

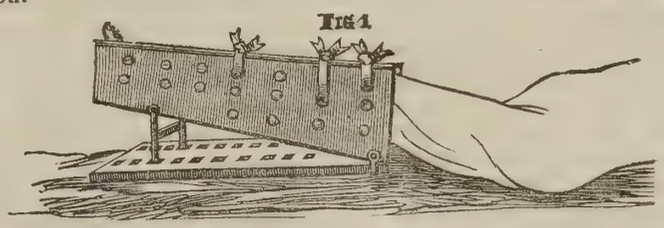
1° D'une espèce de boîte à ciel ouvert;

2° D'un plan incliné;

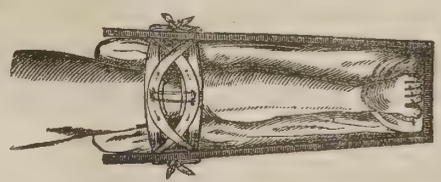
3° De trois coussins de crin;

4° De deux compresses graduées et de liens pour la coaptation.

Fig. 1.



La boîte à ciel ouvert, destinée à loger le membre pelvien, doit avoir 30 centimètres de long, 25 de large dans le lieu réservé à la cuisse, et 20 seulement dans celui où doivent être placés la jambe et le pied. Quatre pièces, un plancher, deux parois latérales et une paroi digitale entre elles, articulées par des charnières et rendues immobiles à l'aide de crochets quand la boîte est fermée, constituent celle-ci. Le plancher est horizontal. Les parois latérales, hautes de 25 centimètres, sont percées de trois rangées de trous superposés de 17 millimètres de diamètre. La paroi terminale ou digitale a la même hauteur.



Le plan incliné est destiné à soulever le membre pelvien, et les coussins de crin à tapisser le plancher de la boîte. Les deux compresses graduées, de la longueur et de l'épaisseur de l'index, doivent être placées en forme de croissants en dehors des fragments pour aider à l'action des lacs de la coaptation. Ces lacs sont représentés par des bouts de bandes longs de 1 mètre.

Application de l'appareil. — On place le membre affecté sur le plancher de la boîte garni d'un petit matelas de crin, de telle façon que la plante du pied soit soutenue par la paroi digitale. On procède à la coaptation : quand les fragments se touchent on remplace les doigts par les deux compresses graduées qu'on applique avec une certaine force l'une au-dessus du sommet, l'autre au-dessous de la base de la rotule, en effaçant bien la peau pour qu'elle ne s'interpose pas entre les fragments.

On fixe, par deux ou trois fortes épingles, le milieu des lacs de la coaptation aux compresses graduées, les chefs de ces lacs sont ensuite ramenés obliquement de chaque côté de la boîte dans un des trous, pour être réfléchis en haut sur le rebord des parois, comme sur une poulie de renvoi ; plus on fait effort sur eux, plus les fragments se rapprochent, et quand la coaptation est obtenue, on les arrête par un nœud solide sur le rebord des parois de la boîte.

En ce qui concerne le fragment inférieur, comme il suffit de le soutenir pour l'empêcher de fuir sous la pression du fragment supérieur, on agit sur lui avec moins de force.

Si ces deux lacs de coaptation sont insuffisants, on en ajoute d'autres en les imbriquant et en empiétant un peu sur les fragments pour les empêcher de basculer. On varie le point de la compression, afin d'éviter les écorchures à la peau. Craint-on que ces liens ne glissent l'un vers l'autre? on les retient par un autre lac fixé sur eux et s'insérant en arrière. Veut-on soustraire momentanément l'un des points de la rotule à la compression? on attache un lien soit au milieu, soit sur l'un des côtés des compresses graduées, on fait effort sur lui pour la soulever, et on le fixe au rebord de la boîte.

Voilà bien des indications remplies, il y en a d'autres encore. La bascule des fragments, leur renversement d'arrière en avant, pourrait encore exister à un certain degré. Les fragments pourraient ne se pas toucher par leur bord antérieur avec autant de précision que par leur bord postérieur; leur angle interne surtout pourrait n'être pas aussi rigoureusement affronté que l'angle externe, et cela par des raisons anatomiques connues. Pour remplir les indications nouvelles, rien de plus facile.

Il suffit d'implanter, sur les compresses graduées, une série de fortes épingles dont les pointes et les têtes restent saillantes, afin de jeter autour d'elles des anses de gros fil qu'on entre-croise en tous sens au-devant de la rotule. A l'aide de ce petit bandage unissant, on maintient les fragments dans un contact parfait. En effet, ce simple appareil permet de remplir trois indications capitales : 1° le rapprochement des fragments; 2° leur refoulement pour s'opposer à leur bascule; 3° une traction plus forte sur l'angle interne que sur l'angle externe de ces fragments.

De tous les appareils, le meilleur serait incontestablement les doigts qui ont fait la coaptation, s'ils pouvaient fonctionner pendant toute la durée du traitement. A leur défaut, nous croyons notre boîte préférable à tout autre moyen, parce que chacun des trous dont elle est percée peut faire l'office d'un doigt intelligent. Pour entrer dans cette voie plus avant encore, nous avons récemment substitué avec avantage, aux lacs de toile, des liens de tissu élastique. Nous remplaçons ainsi, autant que possible, la puissance contractile des doigts du chirurgien.

Dans cette analyse, limitée le plus possible, afin de ne pas abuser de la parole que l'Académie veut bien nous accorder pour quelques instants, nous ne pouvons, comme dans notre mémoire, faire ressortir, par un examen comparatif des appareils classiques avec celui dont nous nous servons depuis plus de quinze années, les avantages de ce dernier. La meilleure preuve que les appareils classiques sont défectueux, c'est qu'avec eux le cal se fait à distance par une substance fibro-cartilagineuse intermédiaire de plusieurs centimètres, entraînant une faiblesse du genou incurable. La preuve que notre appareil est plus avantageux, c'est que le cal osseux est ici la règle et non l'exception, comme on peut le constater sur les malades soumis à son action.

1re *Observation recueillie par M. le docteur Marturé, ancien aide de clinique et actuellement chirurgien major. — Fracture de rotule déterminée par la contraction musculaire. — Application de glace sur le genou, appareil de M. Baudens. — Guérison par un cal osseux.*

Au n° 9 de la salle 30 du Val-de-Grâce a été couché D...., sapeur-pompier, âgé de 31 ans, d'un tempérament bilieux, de bonne constitution, entré à l'hôpital dans la soirée du 13 mars 1844, pour une fracture de rotule. Ce militaire, en descendant un escalier, eut le pied gauche arrêté par un obstacle pendant que la jambe était fléchie. Voulant éviter une chute imminente en avant, il fit un violent effort pour porter le corps en arrière, et, dans le même moment, il entendit un fort craquement dans le genou, il tomba la jambe ployée sous la cuisse; la contraction énergique des extenseurs de la jambe venait de déterminer une fracture de rotule du côté gauche.

Dès l'arrivée du blessé, le chirurgien de garde avait placé le membre lésé sur un plan incliné; le genou, préalablement couvert d'une légère couche de charpie et de morceaux de glace, avait été déposé dans le sillon d'une très-grosse éponge commune, presque entièrement déchirée par le milieu, placée elle-même sur un large morceau de toile imperméable, disposée pour l'écoulement de l'eau provenant de la fonte de la glace.

A la visite du 14 mars, M. Baudens, chirurgien en chef, constate une fracture transversale de la rotule gauche, dont on peut encore, malgré la tuméfaction, distinguer les fragments. Le fragment supérieur, plus petit que l'inférieur, est fortement tiré en haut de l'écartement des fragments; il résulte un vide de 5 centimètres, dans lequel le doigt peut s'enfoncer, et reconnaître, à travers les téguments, la surface lisse et arrondie de l'extrémité articulaire du fémur. L'articulation est le siége d'un épanchement sanguin assez considérable; la peau offre une coloration bleuâtre. Douleurs vives par la pression sur le genou; légères, au contraire, dans l'état du repos. Point de réaction fébrile. Le malade n'a jamais eu ni rhumatismes, ni maladies articulaires d'aucune espèce. Il éprouve, de la glace sur le genou, un si grand soulagement que, peu de temps après son application, la chaleur morbide ayant été soutirée, il se sent comme rafraîchi et dort quelques heures pendant la nuit. Le pouls est dur, plein, un peu fréquent. On prescrit : diète, limonade, léger purgatif, saignée de 500 grammes, continuation de la glace autour du genou.

Le 16, la tuméfaction est moindre; l'épanchement a diminué; les fragments laissent entre eux moins d'écartement. On continue la glace.

Le 18, on note une coloration violette sur certains points et jaunâtre sur d'autres de la peau qui entoure le genou; le blessé n'accuse aucune douleur.

Le 19, la tuméfaction a presque complétement disparu, l'épanchement articulaire est, en grande partie, résorbé; les fragments ne sont plus séparés que par trois centimètres; l'ecchymose du genou s'étend sous la cuisse. Le moment paraît propice, et M. Baudens applique son appareil à fracture de rotule en procédant comme il a été dit plus haut. A la suite de cette application, les fragments se trouvent dans un contact immédiat, et la fracture est parfaitement réduite. On augmente l'alimentation, et comme il ne se développe plus de calorique morbide, comme le foyer phlogistique est éteint, et qu'il n'y a plus que du calorique normal, ce que l'on reconnaît à la sensation de la glace qui, jusqu'ici bienfaisante, produit un froid désagréable, on supprime les réfrigérants.

Le 20, le malade se trouve très-bien dans son appareil qui ne le gêne d'aucune façon et ne lui fait éprouver aucune douleur.

Le 22, on resserre les liens relâchés. Nous n'avons plus rien à noter d'intéressant jusqu'à la levée de l'appareil qui a été effectuée le 15 mai. On remarque alors que la consolidation de la fracture s'est opérée à l'aide d'un cal osseux solide, à peine sensible au toucher, large de quelques millimètres. Il y a un peu de roideur dans le genou. On prescrit des frictions huileuses camphrées sur l'articulation du massage; quelques douches, en respectant la rotule et en les portant principalement sur le tendon du triceps et du muscle droit antérieur de la cuisse qui est dur et rétracté. Le membre, quoique dégagé des lacs, reste encore quelques jours dans la boîte; après quoi, le malade essaie de se lever. Il continue des exercices modérés, et après cinquante jours de traitement, il sort du Val-de-Grâce, marchant d'une manière assurée.

Le malade reste encore un mois environ à l'infirmerie du corps, puis il reprend son service. Nous l'avons revu un an plus tard : la guérison s'était maintenue complète.

2e *Observation. — Fracture en étoile, suite d'un coup de feu. — Extraction, à l'aide de notre tire-fond à canule, de la balle restée enclavée au centre de la rotule, issue de synovie. — Glace en permanence, avec addition de sel marin. — Guérison.*

F...., garde mobile, âgé de 25 ans, de bonne et forte constitution, reçoit le 25 juin 1848, à l'attaque du Panthéon, d'où on le porte immédiatement à l'hôpital du Val-de-Grâce, une balle au genou gauche. Nous constatons, avec le doigt introduit dans le trajet parcouru, la présence du projectile à un centimètre de profondeur, au centre de la rotule fracturée en étoile. Des tentatives d'extraction, en faisant levier à l'aide d'un manche de spatule en fer, sont infructueuses, et pour éviter de forts ébranlements, nous avons recours au tire-fond à canule par nous imaginé en Algérie, fabriqué par M. Charrière, et qui, sur notre demande, a été mis dans les caisses à amputations des ambulances de l'armée. A l'aide de ce tire-fond, le plomb est extrait sans difficulté et sans secousse.

Le trou laissé par la balle livre à l'instant passage à du sang mélangé de synovie. La fracture est étoilée en trois ou quatre fragments. Quelques petites pièces d'os isolées sont retirées. Les fragments, dont les points se dirigent vers l'articulation, sont redressés, et après nous être autant que possible conformé au principe par nous formulé, à savoir de toujours faire d'une plaie compliquée une plaie simple, en la purgeant de tout corps étranger, nous avisons au moyen de soustraire l'articulation au contact de l'air. On ne peut songer aux sutures. Sans doute on pourrait, dans cette vue, rafraîchir les bords de la plaie tégumentaire; mais il faut s'attendre à une arthrite aiguë, à de terribles accidents, et d'ailleurs, par où s'échappera le pus, si toute issue au dehors lui est fermée?

Nous mettons simplement dans la plaie un petit bourdonnet de charpie, et par-dessus un morceau de sparadrap adhérant exactement à la rotule. Le membre est ensuite déposé sur un plan incliné, le genou reposant sur une très-grosse éponge presque entièrement déchirée par le milieu, afin qu'elle forme, de chaque côté de l'articulation, un coussin protecteur.

Ceci fait, une légère couche de charpie est placée autour du genou, et par-dessus cette trame destinée à conduire uniformément, sur tous les points tégumentaires à la fois, l'effet du froid, des glaçons sont posés de plus en plus nombreux, à mesure que se développe l'intensité du foyer traumatique.

Pour enlever à celui-ci une partie de ses éléments, nous prescrivons une saignée du bras, de 600 grammes, et un purgatif salin.

Le blessé éprouve, des effets de la glace, un grand bien-être: mais, au bout de douze heures, l'arthrite marche avec une telle vitesse que les douleurs, momentanément assoupies, renaissent avec violence. La tuméfaction s'accroît d'une manière notable; la chaleur devient intense, au point que le blessé demande sans cesse de la glace: « *Donnez-moi de la glace plus froide,* dit-il, *celle-ci est chaude.* » Interrogé sur ses sensations, il répond que son genou est brûlant; il s'agite violemment, demande qu'on lui fasse l'amputation, si on ne peut le soulager. Le pouls est précipité (120 pulsations), peu développé; l'anxiété est extrême.

A l'aide d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin, dont une couche épaisse est déposée sur la charpie qui entoure l'articulation, on procure un peu de soulagement; mais la sensation d'un fer brûlant dans le genou persiste, et en prenant pour guides uniquement les sensations du pauvre blessé, nous portons la réfrigération graduellement jusqu'à 14° au-dessous de zéro. A cette limite seulement, un soulagement très-notable a lieu. Au contact de la main, les téguments sont froids, mais le foyer profond est si intense, que le malade affirme bien que cette médication énergique dure depuis deux heures déjà, que son genou est encore infiniment plus chaud que l'autre; il demande en grâce de continuer l'action de la glace et du sel marin. La réfrigération par la glace et le sel marin combinés, de manière à avoir une température de 8 à 11° au-dessous de zéro, est maintenue pendant 48 heures. Le pouls est descendu à 85 pulsations; l'anxiété a disparu; l'articulation reste tuméfiée, mais peu douloureuse, bien moins brûlante. Une suppuration épaisse, douce, s'écoule de la plaie; il y a du sommeil, la soif est moins vive; en un mot, l'orage est dissipé, mais il peut revenir. Nous avions prescrit la suppression du sel marin et la continuation de la glace seule; mais, pendant trois jours, on est obligé de revenir au sel de temps en temps, une heure environ chaque fois, afin de soutirer du calorique morbide dès que le foyer de l'incendie se ranime. A partir de cette époque, la glace seule est suffisante. On y a recours pendant vingt jours encore, en ayant soin de toujours prendre pour guides les sensations du malade. Dans les derniers jours, on supprime la glace momentanément; elle n'est plus appliquée que d'une manière intermittente, quand le malade en éprouve le besoin.

Enfin, le 21 juillet, 26 jours après la blessure, la sensation de la glace est désagréable; elle donne froid, indice certain qu'au lieu d'agir sur du calorique morbide, elle soutire du calorique normal. On la supprime et on la remplace par une simple compresse trempée dans de l'eau, à la température ambiante.

Le genou a diminué de volume, la peau s'est flétrie et ridée, la plaie se couvre de bourgeons charnus; deux petits éclats d'os ont été entraînés par le pus, qui continue à être louable. Le pouls est descendu progressivement jusqu'à 52 pulsations; le sommeil est bon, il y a un peu d'appétit; pas de soif.

On continue à laisser le membre sur le plan incliné, dans une rectitude parfaite, sans exercer autour du genou, qui est libre, la moindre compression.

Pour tout pansement, on se contente de placer, au centre de la plaie, une boulette de douce charpie, qu'on recouvre d'une simple compresse humide.

Peu à peu les bourgeons surgissent vermeils et vigoureux du fond de la plaie. Ils montent les uns sur les autres et finissent par la combler.

Les fragments étoilés de la fracture se réunissent par l'intermédiaire d'une substance fibro-cartilagineuse.

Après trois mois de traitement, une cicatrice de tissu modulaire forme la plaie qui reste déprimée. La guérison est parfaite, la rotule est plus large que dans l'état normal; les rayons de la solution de continuité présentent quelques inégalités, mais la soudure devient de plus en plus solide.

Pas d'épanchement articulaire; le genou a repris à peu près son volume normal : la seule infirmité est une fausse ankylose.

Des adhérences morbides, l'induration des tissus péri-rotuliens rendent la flexion très-limitée. Toutefois, par le massage, les douches autour du genou, en respectant la rotule, les frictions à l'aide de pommades fondantes, on obtient un peu d'amélioration.

Plus tard, les eaux thermales de Bourbonne sont très-efficaces, et, à son retour, le malade n'avait plus qu'une infirmité fort supportable. Le cal, de fibro-cartilagineux qu'il était, s'était ossifié.

Cette observation est digne d'intérêt, à plus d'un point de vue.

Et d'abord, l'enclavement d'une balle au centre de la rotule constitue l'un de ces cas rares et extraordinaires que l'on rencontre quelquefois sur le champ de bataille. L'extraction du plomb à l'aide de notre tire-fond, la manière dont les réfrigérants ont été employés pour combattre l'arthrite traumatique du genou, le mode de guérison de la rotule, sans autre appareil que le plan incliné, sont autant de particularités fort curieuses.

En campagne, privé d'hôpitaux sédentaires, nous avons toujours, dans les cas analogues, fait l'amputation, et ne craignons pas d'avancer que les hôpitaux seraient eux-mêmes insuffisants, malgré le précieux repos qu'ils pourraient procurer, si on n'avait à sa disposition la médication réfrigérante. Cette médication est le frein le plus puissant pour maîtriser l'inflammation traumatique. Avoir mis cette arme nouvelle aux mains des chirurgiens, sera notre plus beau titre.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observation de contracture du diaphragme survenue pendant le cours d'un rhumatisme musculaire aigu. — Mort du malade.

Par M. le docteur VALETTE, *médecin major à l'hôpital militaire de Metz.*

Le sieur Cordier, âgé de 24 ans, exerçant la profession de pêcheur, s'est trouvé, pendant la journée du 1er mars 1853, exposé à un vent froid et à la pluie. Le soir, en se couchant, il a éprouvé un violent frisson, bientôt suivi de chaleur vive et de douleurs dans les quatre membres. Le lendemain, les douleurs s'étaient un peu calmées, Cordier s'est borné à garder le lit; le 3 mars, les douleurs deviennent plus vives et le malade me fait appeler.

Je le trouve toussant un peu, se plaignant de douleurs dans les membres, d'oppression et de céphalalgie. Il me fait remarquer qu'il ne peut fléchir assez complétement les doigts pour saisir son verre. Ce phénomène m'est expliqué par une contracture évidente des muscles de la région postérieure de l'avant-bras, et me fournit l'occasion d'acquérir la preuve de cette assertion de M. Duchenne, savoir : que l'extenseur commun des doigts, auquel on avait de tout temps attribué la puissance d'étendre les trois phalanges, borne son action à l'extension des premières seules. Je vois, en effet, chez mon malade, que celles-ci restent étendues sur les quatre derniers métacarpiens, tandis que les phalangines et les phalangettes sont fléchies et donnent à chaque doigt la forme d'un crochet. En même temps, Cordier accuse une très-grande gêne dans les mouvements de flexion des deux genoux; je constate que cette difficulté est due, non à la douleur, mais à la contraction permanente du triceps crural.

Le malade est pâle, d'une constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatico-nerveux prononcé. Sans être très-maigre, il n'a pas le développement musculaire des personnes de son âge, qui ont toujours joui d'une bonne santé. Cependant, il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, et, comme il est orphelin, je ne puis obtenir de renseignements sur son enfance.

Prescription. Douze sangsues à l'anus, dans le but de dissiper la céphalalgie; infusion de tilleul chaude pour provoquer la diaphorèse.

4 *mars.* Le malade a transpiré modérément; la céphalalgie et l'oppression ont disparu; les mouvements des doigts sont plus libres ainsi que ceux des genoux; il y a encore un peu de toux et les douleurs des membres persistent, mais avec moins d'intensité.

Prescription. Infusion de tilleul, potion laudanisée à douze gouttes, frictions sur les membres avec un liniment camphré opiacé; régime lacté.

5 *mars.* Le malade ne tousse plus, les mouvements des doigts et des genoux sont tout à fait libres, les douleurs des membres ont presque complétement disparu. Cordier se plaint de n'avoir pas été à la selle depuis le jour de l'invasion de la maladie.

Prescription. Limonade, jalap en poudre, un gramme et demi, suppression de la potion laudanisée.

6 *mars.* Cordier n'a pas eu de selles malgré l'emploi du jalap. Du reste, il se trouve bien et n'accuse plus de douleurs dans les membres.

Prescription. Limonade, sulfate de soude, quinze grammes dans une tasse de bouillon maigre.

7 *mars.* Le sulfate de soude n'a produit aucun effet; mais Cordier est très-satisfait de son état en général.

Prescription. Limonade, lavement purgatif, régime maigre.

8 *mars.* Le lavement a déterminé deux selles abondantes. Cordier se trouve entièrement rétabli.

9 *mars.* Il y a eu la veille, dans la soirée, une nouvelle attaque de rhumatisme, sans qu'un brusque changement de température ou une imprudence de malade puisse expliquer cette récidive; les quatre membres sont douloureux à la pression, et il y a, comme dans le premier accès, contracture du triceps crural et des muscles de la région postérieure de chaque avant-bras.

Prescription. Infusion de tilleul chaude, liniment camphré opiacé en friction sur les membres, et lavement purgatif.

10 *mars.* Même état que la veille; le lavement n'a procuré qu'une selle; même prescription.

11 *mars.* Le malade se trouve tout à fait bien; il n'y a que très-peu de roideur dans les mouvements des doigts et des genoux.

12 *mars.* Les mouvements sont complétement libres, et Cordier se croit entièrement rétabli.

13 *mars.* Dans l'après-midi, se manifestent quelques nausées suivies de vomiturition bilieuses. La langue est saburrale et le malade éprouve à l'épigastre une légère douleur qu'exaspère la pression.

Prescription. 15 centigrammes de tartre stibié dans 300 grammes d'eau.

14 *mars.* Sous l'influence de la potion vomitive, le malade a rendu une grande quantité de bile, mais il n'a pas eu de selles; la douleur épigastrique a disparu; l'état général est satisfaisant.

15 *mars.* Les douleurs des membres et la contracture déjà signalée reparaissent sans cause évidente; la constipation persiste.

Prescription. Infusion de tilleul, lavement purgatif et un grand bain.

16 *mars.* Le malade n'éprouve plus que quelques légères douleurs dans les membres; les mouvements des doigts et des genoux sont libres.

17, 18, 19 *et* 20 *mars.* Le malade est regardé comme guéri.

21 *mars.* Cordier a éprouvé, pendant la nuit, une nouvelle attaque de rhumatisme musculaire; en outre, il se plaint d'une vive douleur fixée au niveau de la partie moyenne du sixième espace intercostal. Cette douleur s'exaspère sous l'influence de la pression, il n'y a pas de toux, et l'exploration du thorax à l'aide de l'auscultation et de la percussion démontre que cette douleur est purement pleurodynique.

Prescription. Application, sur le côté douloureux, de quatre ventouses scarifiées, suivies d'un cataplasme, et prescription d'un grand bain.

A quatre heures du soir, il y a une amélioration notable; les membres ne sont plus douloureux ni contracturés, et la pleurodynie a disparu presque complétement; mais, pendant la nuit, se manifeste tout à coup une oppression qui s'accroît d'instants en instants; et le 22, à ma visite du matin, je trouve Cordier dans l'état le plus alarmant.

22 *mars.* Le malade s'offre à moi avec l'aspect et l'attitude d'un homme atteint d'un double épanchement pleurétique. Il est couché sur le dos, la tête et les épaules élevées à l'aide de plusieurs oreillers. Ses traits expriment l'anxiété la plus vive; ses narines se dilatent fortement à chaque mouvement d'inspiration; il est frappé d'aphonie et se plaint, à voix basse et entrecoupée, d'éprouver un sentiment d'oppression qui lui fait craindre d'étouffer d'un instant à l'autre.

En découvrant le tronc pour explorer la poitrine, mon attention est aussitôt fixée par l'immobilité singulière que présente, des deux côtés, la moitié inférieure du thorax, tandis que la partie supérieure de cette cage osseuse est animée de mouvements très-brefs d'inspiration et d'expiration.

La percussion donne partout un son clair; mais l'auscultation fait percevoir, dans toute l'étendue de la poitrine, un souffle bronchique des plus intenses dont le bruit, semblable à un ronflement, empêche d'entendre tout murmure respiratoire, de sorte qu'il semble que l'air ne pénètre plus dans une seule des vésicules pulmonaires. Il y a quarante-six inspirations par minute.

Les parois de l'abdomen offrent au toucher la consistance qui leur est habituelle pendant l'état de relâchement : au lieu de s'élever et de s'abaisser alternativement à chaque mouvement respiratoire, elles gardent une immobilité parfaite.

La région épigastrique, loin de se dessiner en creux, comme

il arrive ordinairement quand on est couché sur le dos, est légèrement bombée et le malade se plaint d'y sentir une douleur assez vive.

Le reste de la région antérieure de l'abdomen n'offre point cet aplatissement qui se manifeste d'habitude lorsqu'un régime sévère a été maintenu. Pendant quelque temps, elle est au contraire arrondie et légèrement gonflée comme au début d'une tympanite, et ce soulèvement se confond avec celui qui se remarque à l'épigastre. Cependant, la percussion démontre qu'il n'existe pas le moindre météorisme.

La peau est sèche et a sa température normale ; le pouls est petit, filiforme, à peine saisissable, et bat cent dix fois par minute ; enfin, il y a anéantisseement complet des forces musculaires.

Prescription. Infusion de tilleul chaude, huit ventouses sèches sur la moitié inférieure du thorax, deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes ; potion antispasmodique, avec addition de quatre grammes d'acétate d'ammoniaque, dans le but de provoquer la transpiration

A quatre heures du soir, même état que le matin : le malade, qui a conservé la plénitude de son intelligence, et qui peut encore parler à voix basse, me dit qu'il éprouve toujours la même oppression et qu'il s'est manifesté, au creux de l'estomac, une douleur très-vive. L'épigastre est en effet devenu sensible à la pression de la main. Je prescris l'application d'un large vésicatoire sur cette région, ainsi que le renouvellement des sinapismes aux membres inférieurs, et de la potion antispasmodique avec addition d'acétate d'ammoniaque.

Le malade meurt à onze heures du soir, avec les symptômes d'une asphyxie progressive.

Autopsie, trente-trois heures après la mort. — Tous les organes thoraciques et abdominaux sont sains, à l'exception du conduit cystique qui, oblitéré et transformé en une corde fibreuse, dans la plus grande partie de sa longueur, empêche ainsi la bile de gagner la vésicule du foie. Celle-ci renferme toutefois une certaine quantité de bile verte épaisse, et contenant un dépôt sédimenteux, indice d'un long séjour de ce liquide dans son réservoir. Les conduits hépatique et cholédoque sont sains, de sorte que le liquide biliaire se rendait directement dans le duodénum. L'estomac contient environ trois cents grammes de bile dont la présence, dans cet organe, a probablement occasionné la douleur épigastrique que le malade a éprouvée le jour même de sa mort.

Dans les cavités thoracique et abdominale, on voit partout les signes de la mort par asphyxie : les cavités droites du cœur, ainsi que les veines caves supérieure et inférieure, sont gorgées d'un sang noir et liquide ; les poumons, le foie, la rate et les reins, divisés par le scalpel, laissent suinter, sous l'influence de la compression, des gouttes de sang noir et épais.

L'encéphale et la moelle épinière offrent la consistance et la couleur de l'état normal ; mais les vaisseaux veineux intra-crâniens et intra-rachidiens contiennent beaucoup de sang.

Ainsi, l'examen cadavérique démontre que la mort de Cordier ne peut être expliquée que par l'asphyxie, et les symptômes observés pendant le dernier jour de l'existence apprennent que cette asphyxie résulte de l'immobilité de la moitié inférieure du thorax. A quelle cause devons-nous attribuer l'absence du mouvement des six derniers arcs costaux ?

L'intégrité du bulbe rachidien et de la portion cervicale de la moelle épinière détruit l'hypothèse d'une paralysie rapide venant frapper les muscles inspirateurs. Dans la cavité thoracique, nous n'avons constaté ni épanchement pleurétique, ni lésion du poumon, ni affection du cœur, ni déchirure du diaphragme. Il n'y avait pas paralysie de ce dernier muscle, car nous n'avons observé aucun des symptômes qui caractérisent une telle maladie. Reste donc à admettre, par voie d'exclusion, l'existence d'une contracture du diaphragme, c'est-à-dire l'intervention d'une puissance qui, immobilisant la moitié inférieure du thorax, contre-balançait l'action des muscles inspirateurs sur les leviers costaux. Cette cause de mort me semble ici d'autant plus probable que l'affection rhumatismale, en frappant les membres chez le sujet de cette observation, déterminait la contracture des muscles de la région antérieure des cuisses et de la région postérieure des avant-bras. Quoi donc de surprenant, qu'en se jetant sur le diaphragme, le rhumatisme ait conservé la forme qu'il affectait aux membres ? C'est encore par la contracture de la tunique musculaire duodénale, placée au delà de l'abouchement du canal cholédoque, que je serais tenté d'expliquer la présence de près de 300 grammes de bile dans la cavité de l'estomac.

Toutefois, je dois faire remarquer qu'en regardant la contracture du diaphragme comme la cause de la mort de Cordier, il y a lieu de chercher une explication à quelques dissidences qui existent entre les symptômes que j'ai décrits et ceux que M. Duchenne suppose, d'après des expériences électro-physiologiques, devoir être l'âme, l'expression de cette maladie : en effet, je lis dans le Bulletin de l'Académie de cette année, page 471, que les principaux signes de la contracture du diaphragme dans l'espèce humaine doivent être les suivants :

1° La moitié inférieure de la poitrine est agrandie, surtout transversalement, d'une manière continue. Ces phénomènes n'existent pas chez Cordier.

2° Les hypochondres et l'épigastre sont soulevés. Nous avons constaté ce soulèvement.

3° Les muscles de l'abdomen s'épuisent en vains efforts pour resserrer la base du thorax. Rien de semblable dans notre observation.

4° La respiration ne se fait plus que dans la moitié supérieure de la poitrine, et alors on voit les scalènes, les grands dentelés, les trapèzes, se contracter énergiquement, puis se relâcher brusquement. Ces symptômes existaient chez notre malade.

5° Mais bientôt les mouvements respiratoires de la partie supérieure du thorax s'affaiblissent et se ralentissent, l'asphyxie commence, et la mort est inévitable si la contracture du diaphragme continue. Telle a été, en effet, la terminaison de la maladie chez Cordier.

On voit que la différence entre les symptômes décrits par M. Duchenne, dans le Bulletin de l'Académie, et ceux que j'ai observés, consiste d'abord, dans l'absence de l'agrandissement du diamètre transversal de la moitié inférieure du thorax, et dans le défaut de contraction des muscles de l'abdomen ; ensuite, dans l'existence d'une aphonie et d'un souffle bronchique intense qui ne sont pas signalés.

Mais je ne crois pas que cette différence puisse faire douter qu'il s'agit ici d'une contracture du diaphragme : si, chez Cordier, le diamètre transversal du thorax n'était pas agrandi d'une manière assez considérable pour que j'en aie été frappé, c'est sans doute parce que ce symptôme est fugace chez l'homme et n'existe que dans les premiers instants de la contracture, alors que les progrès de l'asphyxie n'ont pas encore jeté le malade dans la prostration profonde que m'a présentée Cordier dans la matinée du 22 mars. En effet, reconnaissant avec M. Duchenne que le mouvement d'expansion transversale du thorax dans la contracture du diaphragme est dû au point d'appui qu'offrent à ce muscle les viscères abdominaux, il me semble que moins ce point d'appui est résistant, moins doit être prononcée la dilatation transversale de la poitrine. Or, la résistance de ces viscères à la force qui tend à les repousser en bas et en avant, ne peut être manifeste qu'autant qu'ils sont soutenus par la contraction de la paroi abdominale, et nous avons vu que chez le sujet de notre observation, les muscles de l'abdomen offraient une immobilité et une flaccidité remarquable. C'est encore à l'anéantissement des forces, suite des progrès de l'asphyxie, que j'attribue l'absence de ces violentes contractions qu'exercent, selon M. Duchenne, les muscles de l'abdomen pour resserrer la base du thorax.

L'aphonie s'explique facilement par la brièveté de la respiration qui ne permet plus à l'expiration d'être assez étendue pour suffire aux besoins de la parole à haute voix. Enfin, l'on se rend très-bien compte de l'existence d'un souffle bronchique intense par le défaut d'expansion des vésicules pulmonaires.

Conclusion. — De l'observation précitée, je crois que l'on peut conclure :

1° Que M. Duchenne a parfaitement raison de dire (*Bulletin de l'Académie,* n° 10, p. 471) : « Que si la contracture du diaphragme n'a pas encore été observée chez l'homme, c'est sans doute parce qu'on en ignorait les signes diagnostiques. » Car ce n'est que par voie d'exclusion et en m'appuyant sur la communication imprimée dans le *Bulletin,* que j'ai pu acquérir une opinion arrêtée sur la nature de la maladie dont est mort Cordier ;

2° Que la contraction du diaphragme, dont on supposait seulement la possibilité, doit prendre rang parmi les affections auxquelles est sujette l'espèce humaine ;

3° Que le pronostic du rhumatisme musculaire qui s'accompagne de contracture des muscles extérieurs du squelette doit être fort réservé, puisqu'en se jetant sur le diaphragme, cette affection peut déterminer une mort rapide, au moment où le malade paraît être complétement rétabli ;

4° Qu'il faut, dans la classification médico-légale des asphyxies qui résultent de l'inaction des muscles inspirateurs, ajouter aux trois causes connues et qui sont un obstacle mécanique appliqué aux parois thoraciques par une pression extérieure, un défaut d'influence nerveuse à l'égard des muscles respirateurs par suite de la lésion du centre nerveux ; l'inertie de ces muscles sous l'influence d'un froid intense ; il faut, dis-je, ajouter une quatrième cause, la contraction du diaphragme.

Moyens de reconnaître la présence du sucre dans l'urine.

Les procédés propres à constater la présence du sucre dans l'urine deviennent de plus en plus nombreux ; malheureusement la plupart, quoique d'une exactitude rigoureuse, sont beaucoup trop compliqués pour être usuels. Voici un moyen extrêmement facile et pouvant suffire dans la plupart des cas. Dans une dissolution concentrée de *poudre de Vienne,* on verse une certaine quantité d'urine et on porte le mélange à l'ébullition ; si l'urine renferme du sucre, la liqueur se caramélise et prend une teinte plus ou moins foncée.

D'autres moyens, non moins simples et pratiques, ont été proposés récemment et résumés par le professeur H. Richter, de Dresde, dans un mémoire (*Harnproben für die gewohnliche arztliche Praxis*) d'où nous extrayons ce qui suit :

1° Quelques gouttes de l'urine à examiner sont jetées sur du papier blanc qu'on soumet à la chaleur d'un foyer ou d'une étuve ; si l'urine contient du sucre, elle sèche d'une manière notablement plus lente que l'eau ou celle qui n'en contient point, et laisse sur le papier de petites taches gluantes, sirupeuses, qui, si le papier n'est pas collé, le percent comme des taches d'huile, et le rendent transparent. On peut favoriser cet effet en continuant à chauffer le papier avec grande précaution.

2° Lorsqu'on chauffe rapidement sur la flamme d'une lampe à alcool ou dans une étuve, du papier blanc sur lequel on a versé quelques gouttes d'urine renfermant du sucre, celles-ci prennent bientôt une teinte brune. Richter rappelle à ce sujet une vieille expérience qui consiste à écrire avec du jus d'oignon ; les caractères tracés avec cette encre sympathique s'effacent en se desséchant, et reparaissent en brun quand on chauffe convenablement le papier. — Lorsqu'on interrompt à un certain moment l'action de la chaleur, la goutte d'urine se trouve changée en un anneau brunâtre, qui entoure une petite plaque glacée de sucre fondu.

3° En évaporant lentement, dans une capsule de platine ou de porcelaine, de l'urine sucrée, surtout lorsqu'on y a ajouté un peu de sous-carbonate de potasse ou de potasse caustique, elle prend d'abord une teinte jaune-orange, puis brune, et se sèche en répandant une odeur sensible de pelures de pommes brûlées ou de caramel. En chauffant davantage, on obtient un charbon léger et abondant, qui se boursouffle et sur le sommet duquel on aperçoit, lorsqu'on le soustrait au moment convenable à la chaleur, un éclat glacé (*glanzenden schmelz*) de sucre fondu.

4° Une goutte d'urine renfermant du sucre jetée sur une étoffe de laine noire, et puis convenablement séchée, laisse après elle une tache blanche, gluante, sirupeuse.

5° Lorsqu'on abandonne à une douce chaleur près d'un poêle, par exemple, une bouteille remplie d'urine sucrée à laquelle on a ajouté un peu de levure, l'urine répand, après environ deux jours, une odeur de vin jeune, de jus de pomme, ou de bière de froment (*Gose, Kühle Blonde*), et ne tarde pas à se couvrir de petits corps blancs (*Kahne*), comme on en trouve sur la bière ou le vin mal conservés. Ces corpuscules blancs sont formés d'agglomérations de champignons de la fermentation (*Garungspilze, Penicilium glaucum*), qui flottent librement en flocons dans l'urine, et ne tardent pas à se précipiter au fond du vase. — Lorsque, au contraire, on abandonne à la chaleur de l'urine ne contenant pas de sucre, le développement des champignons s'accompagne toujours d'une odeur plus ou moins putride. (*Annales médic. de la Flandre occidentale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Les charlatans au sérail.* — Une lettre de Constantinople, adressée à un de nos amis, renferme le passage suivant :

Les charlatans, comme vous devez bien le penser, n'ont pas moins de succès à Constantinople qu'en France. La sultane-mère vient de leur fournir l'occasion d'un exploit signalé. Elle avait un abcès au genou, qui, suivant toutes les probabilités, aurait au moins laissé vivre longtemps la malade, s'il ne s'était pas terminé par la guérison. Une femme du fond de l'Anatolie, qui passe pour avoir un remède souverain contre ces sortes de maux, a été appelée ; elle a appliqué son spécifique, et bientôt des accidents formidables se sont manifestés et ont été rapidement suivis de la mort. La mère du sultan a été inhumée hier, à côté de son époux, le sultan Mahmoud.

— Un congrès médical, composé de délégués nommés par les praticiens de chaque province de la Belgique, s'est réuni le 28 mars, à la salle académique de l'Université de Bruxelles. La réunion était très-nombreuse : 550 médecins environ y assistaient.

L'assemblée a discuté et adopté le projet d'une vaste association de tout le corps médical belge. Elle s'est aussi occupée de l'organisation de conseils de discipline et du service médical des pauvres. Relativement à ces deux objets, il a été décidé qu'il serait adressé au gouvernement une pétition pour demander que la nouvelle loi sur l'exercice de l'art de guérir fût soumise à la chambre des représentants pendant cette session, et que cette loi instituât des conseils de discipline par élection, et établît un service médical des pauvres convenablement rétribué.

L'assemblée, avant de se séparer, a nommé une commission permanente qui doit mettre à exécution les résolutions prises, et qui, en relation continuelle avec les comités provinciaux, veillera aux intérêts du corps médical, et pourra convoquer un nouveau congrès lorsqu'elle le jugera opportun.

Cette commission se compose de :

M. Fallot, vice-président de l'Académie ;

M. le baron Seutin, professeur à l'Université de Bruxelles ;

M. Daumerie, membre de l'Académie, président de la Société de médecine ;

M. Joly, médecin-légiste et chirurgien des hospices de Bruxelles ;

M. A. Leclerq, membre de la commission de législation nommée par le gouvernement pour élaborer un projet de loi médical.

Le temps n'a pas permis d'aborder le quatrième objet à l'ordre du jour, relatif à l'établissement des caisses de prévoyance.

Cette question sera traitée ultérieurement par la commission permanente.

— Un prix extraordinaire de 500 francs, offert en 1844, par le professeur Cher. Martini (de Turin), sera délivré, en 1855, au meilleur mémoire sur la « *Monographie du tétanos traumatique.* » Le concours aura lieu à la Société médico-chirurgicale de Bologne. Les mémoires, écrits en latin ou en italien, devront être envoyés *franco* au secrétariat de ladite Société, avant le 31 mai 1854.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours de clinique sur les *maladies de la peau,* jeudi prochain, 26 mai, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8 (près l'École-de-Médecine), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à 11 heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades. (Tout est public et gratuit.)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 63. 1re année. Jeudi 26 Mai 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie de médecine. — Du milium palpébral, par le Dr Sichel. (*Suite.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE :** 1° Calcul rénal énorme existant depuis l'enfance, extrait du rein droit. 2° Obstruction du tube digestif placée très-probablement vers la fin de l'iléon, par M. Miquel, de Tours. — Remarques sur le nouveau mode d'administration de la graine de ciguë, par M. Deschamps, d'Avallon. — De l'usage des fomentations de digitale dans le traitement de certaines ascites. — Lettre de M. Caventou à M. le professeur Bouchardat, sur la prétendue alcalinité de la picrotoxine. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 25 mai 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur la surdi-mutité.)

Dire que MM. Bouvier, Bonnafont, Ferrus, Malgaigne et Gerdy étaient inscrits sur la liste des orateurs, c'est être dispensé d'ajouter que la discussion sur la surdi-mutité a occupé toute la séance. Cette remarque n'est pas de nous, mais du spirituel président qui, sans pousser ce défaut charmant au même degré qu'un certain Théocrite à qui il coûta la vie, ne résiste cependant qu'avec peine à la démangeaison de dire un bon mot. Il aurait même pu se dispenser d'énumérer autant de noms, puisque les discours de MM. Bouvier et Bonnafont ont suffi amplement pour remplir l'espace qui sépare trois heures et demie de cinq heures, durée habituelle, un peu brève peut-être, des séances académiques.

M. Bouvier a travaillé avec une telle ardeur depuis la lecture de la première partie de son discours, qu'il n'a pas eu le temps de se calmer, et qu'il a conservé dans sa nouvelle allocution cette chaleur parfois excessive qui compromet plutôt qu'elle n'augmente l'effet d'un discours. Mais, à part quelques écarts dont un a fait rappeler l'orateur à l'ordre, on ne saurait se dissimuler que, pour le fond, l'allocution de M. Bouvier est, d'un bout à l'autre, l'expression lucide d'une observation rigoureuse, d'une raison éclairée, d'une vérité frappante pour tous les yeux que n'obscurcit point le voile de la paresse, celui de l'ignorance, celui de l'intérêt personnel ou tous les trois ensemble.

Du reste, malgré son remarquable mérite, le discours de M. Bouvier n'a pu que répéter des arguments déjà connus, car il n'y a pas beaucoup de manières de prouver que des sourds-muets qu'on a prétendu *être incurables,* et que la commission a déclaré avoir vus *parler et entendre,* entendent et parlent en effet. Or, c'est toujours là le nœud de la question, de quelques nuages qu'on la veuille environner; c'est là ce qu'a demandé M. le Ministre; c'est à cela qu'a répondu la commission; c'est là ce que M. Bouvier est venu appuyer de son important témoignage. Mais il est inutile désormais d'insister longuement sur ce point et nous-même n'y insisterons davantage que pour reproduire un fait assez curieux, semé parmi tous les autres faits rappelés dans le discours de M. Bouvier. Ce fait a été raconté dans une lettre adressée à M. le rapporteur de la commission par M. Piroux, directeur de l'établissement des Sourds-Muets de Nancy :

« Le fils de M. X...., dit M. Piroux, avait passé six ans « dans une école de sourds-muets de province. Il avait « été présenté à un médecin auriste de Paris, M. Ménière, « *qui l'avait déclaré incurable.* Mais ayant reconnu, chez « cet enfant, qu'en exerçant ses oreilles j'en augmentais la « sensibilité, je me mis à l'œuvre. Je finis par faire entrer « dans ses oreilles un filet de voix, plus tard un petit ruisseau, et enfin une grande rivière, entretenant toujours « dans une parfaite harmonie la voix perçue et la voix produite. L'enfant a perdu insensiblement ses signes et la « parole a acquis toutes ses relations. Il est inutile d'ajouter « que je ne recevais cet enfant que comme externe, et que « le père consolidait, par la pratique, les progrès que je « faisais faire à son fils par mes leçons. Au bout de deux « ans, l'enfant entrait dans une école ordinaire, et après « trois ans, il faisait sa première communion, après avoir « appris de vive voix son catéchisme. »

Ce fait n'est pas seulement intéressant par la guérison du malade, survenue malgré un brevet d'incurabilité délivré par un médecin dont nous sommes le premier à reconnaître le mérite; il paraîtrait que la commission en posséderait d'autres analogues; mais ce fait est intéressant à connaître, parce qu'il semble prouver, ou plutôt parce qu'il démontre, en effet, combien est fondé cet espoir si souvent exprimé par M. Blanchet, et rappelé par quelques orateurs dans le cours de la discussion, à savoir que les meilleurs auxiliaires des professeurs de sourds-muets, ce sont les parents; c'est-à-dire qu'en définitive, l'éducation des sourds-muets susceptibles de recouvrer ou d'acquérir la parole (un sur trois ou quatre suivant M. Blanchet, *deux* sur *cinq* suivant M. Bonnafont) peut se faire, en quelque sorte, sans plus de difficultés et sans plus de frais que l'éducation des jeunes écoliers de nos institutions primaires. Voilà les beaux résultats qu'il est permis d'entrevoir, que la sagacité de M. Bégin et celle de M. Bouvier ont entrevus, et que ces orateurs ont espérés avec d'autant plus de confiance, que ces résultats sont de la monnaie courante dans

une foule d'externats d'Allemagne. M. Bouvier a donc eu grandement raison d'insister pour que la France ne restât pas, sous ce rapport, dans une infériorité humiliante par rapport à ses voisins ; il a eu raison de conseiller à l'Académie de s'associer au bienfaisant progrès que M. le Ministre se propose d'accomplir, et qu'il accomplira, que l'Académie se garde bien d'en douter, quelque décision qu'elle puisse prendre maintenant touchant les conclusions du rapport. Nous ne pouvons donc qu'approuver pleinement les paroles suivantes, par lesquelles M. Bouvier a repoussé l'ajournement, ajournement qui, dans l'état actuel de la discussion et vu la nature des faits qui en sont la base, ne pourrait être qu'un acte de suspicion imméritée contre une commission que son zèle, son trop rare dévouement devaient mettre à l'abri d'une telle méfiance :

« On a parlé, a dit en terminant M. Bouvier, d'ajourne-
« ment de réponse, de je ne sais quelle autre réponse
« vague, provisoire, qui conseillerait seulement le pro-
« grès. M. le Ministre ne vous a-t-il pas suffisamment té-
« moigné son amour du progrès, en vous consultant sur
« des améliorations à introduire dans les soins à donner
« aux sourds-muets ? D'autres veulent attendre, pour se
« prononcer. — Voici, messieurs, près d'un siècle qu'on
« attend.... Quoi! Soixante-quinze ans d'expériences com-
« paratives sur l'éducation par les deux méthodes ; plus
« de cinquante ans d'essais, à compter des premières ten-
« tatives d'Itard, sur le traitement des sourds-muets,
« n'est-ce pas encore assez pour se former une opinion !
« Lisez tout ce qui s'est publié . . . . . .
« Si, après cela, vous n'êtes pas suffisamment éclairés, il
« faudra désespérer à l'avenir de la coopération d'une com-
« pagnie telle que la nôtre aux grandes choses, aux bonnes
« choses, aux choses utiles. »

Il se peut faire que ces paroles se ressentent un tant soit peu de l'ardeur poétique qui inspirait hier M. Bouvier ; mais elles sont en très-grande partie vraies. C'est à l'Académie qu'il appartient, par son vote, de les rendre vraies entièrement ou de les démentir.

Que dire du discours de M. Bonnafont pour respecter à la fois les droits de l'amitié et ceux plus rigoureux de la critique? Situation embarrassante, mais dont nous sortirons suivant notre habitude, en nous abritant derrière les devoirs qui nous sont imposés envers nos lecteurs. Nous le dirons donc sans hésiter, et tout en conservant pour M. Bonnafont la plus grande, la plus affectueuse estime, le moindre défaut de son discours est de n'avoir aucune signification bien évidente, si ce n'est que le diapason dont se sert cet honorable praticien est le meilleur instrument possible pour classer les sourds-muets d'après leurs facultés auditives. Ce n'était pas la peine de faire un deuxième long discours pour proclamer une assertion aussi contestable, et qui ne touche en rien aux questions posées par M. le Ministre.

Dans le reste de son discours, M. Bonnafont, comme M. Ménière dans sa longue et beaucoup trop bruyante lettre, n'a fait qu'énoncer des faits, des assertions et des doctrines qui forment une perpétuelle contradiction. Finissant par où il aurait pu commencer, M. Bonnafont, parlant des sourds-muets susceptibles d'acquérir l'ouïe ou la parole, dit, dans un langage qui n'est pas un modèle de style scientifique, ni même d'un style quelconque :

« Un cinquième environ, entendant le petit diapason du
« *sol* de la 3e octave, à 1 centimètre au plus de l'oreille,
« *parviendra* (1) à parler assez bien (2) ; un cinquième,
« entendant le diapason du *do* de la 1re octave, à la même
« distance, *parlera* (3) beaucoup moins bien, *quelques-uns*
« même très-mal. »

« Itard n'en portait le nombre qu'à un dixième ; mais
« tous peuvent être plus ou moins bien initiés à la lecture
« sur les lèvres, puisque pour cela il n'est nullement besoin
« d'entendre.

« Je n'ai certes pas la prétention de marquer ces limites
« d'une manière absolue, car l'absolu n'appartient qu'à
« Dieu ! Mais, dans l'état actuel de nos connaissances et
« d'après la conviction que depuis longtemps j'ai acquise,
« je ne crains pas de dire que vouloir dépasser ces limites
« dans l'enseignement oral à l'exclusion de la mimique,
« est une exagération préjudiciable à un trop grand
« nombre d'élèves ; s'obstiner à faire parler un sourd-muet
« à qui la nature a refusé cette faculté, alors que par les
« signes il peut suppléer avantageusement à la parole,
« c'est étouffer sa pensée comme dans un cercle de fer ;
« c'est enfin, permettez-moi cette expression un peu éner-
« gique, condamner son intelligence aux travaux forcés
« à perpétuité ! »

L'expression est un peu énergique, en effet, ou même autre chose ; mais, à part l'expression, on pourrait supposer que M. Bonnafont est un grand partisan de la parole, puisque son expérience lui a appris qu'on peut la donner *aux deux cinquièmes* des sourds-muets, tandis que la commission ne la considère guère comme possible que chez un quart de ces infortunés. Eh bien ! on se tromperait, autant du moins qu'il nous a été possible d'en juger, d'après les nombreuses contradictions de M. Bonnafont. M. Bonnafont a annoncé, à tort il est vrai, que l'enseignement de la parole est abandonné en Allemagne, et il a paru très-satisfait des cinq heures (qu'il a portées, il est vrai, à dix) qu'on lui consacre à l'Institution de Paris !

Lorsqu'une réforme n'a plus à vaincre que de telles oppositions, et toutes celles qu'on a opposées au rapport de la commission sont de la même force, son triomphe ne saurait tarder, et nous ne craignons pas de prédire qu'avant un an la parole sera enseignée officiellement en France, non d'une manière illusoire comme elle l'est aujourd'hui, mais d'une manière sérieuse et suffisante pour qu'on puisse savoir enfin ce que la science et l'humanité peuvent en attendre. H. de Castelnau.

L'appréciation de l'Académie des sciences nous parvient trop tard ; ce sera pour le prochain numéro.

Du milium palpébral,

Par le Dr Sichel.

(*Suite. Voir le n° 55.*)

Un de mes élèves et anciens chefs de clinique, M. Deval, rapporte (4) que j'ai enlevé, en sa présence, un *milium contenant un concrément pierreux*. Je ne me rappelle pas le cas dont parle notre confrère, mais j'ai recueilli, depuis, les observations de deux autres faits semblables qui trouveront ici leur place naturelle. Seulement, je ferai observer qu'il ne s'agit, dans

(1) L'orateur a sans doute voulu dire *parviendront.*
(2) Ailleurs, l'orateur a même dit : *très-bien.*
(3) L'orateur a sans doute voulu dire *parleront.*
(4) *Chirurgie oculaire,* pag. 408.

ces deux cas, que d'un simple durcissement d'une partie du contenu ordinaire du milium, et non d'un concrément réellement pierreux ou calcaire, du genre de ceux qu'on appelle pétrifications, et qu'on rencontre quelquefois dans les sourcils et dans leur voisinage. En effet, ces concrétions ne semblent point constituer toute la masse du milium, et n'en changent ni la forme ni l'aspect. Il n'est même pas certain qu'on puisse s'assurer de leur présence avant l'opération, en explorant la surface du milium par le toucher, la partie dure, du moins d'après ce que j'ai vu jusqu'ici, étant d'ordinaire plongée, en forme de noyau, au milieu de la masse totale de la petite tumeur.

4e *observation.* — Le 6 mai 1850, j'opérai, sur une dame de 40 ans, un milium irrégulièrement arrondi, de trois millimètres de diamètre environ, siégeant à la peau, dans le grand angle de l'œil gauche, un peu au-dessus de la commissure interne. Au milieu de la matière sébacée formant le contenu de la petite tumeur, se trouvait un noyau d'une couleur plus foncée jaune-brunâtre sale, irrégulièrement arrondi, de près d'un millimètre et demi de diamètre, un peu granulé, et çà et là même un peu bosselé à sa surface, d'une très-grande dureté au contact et paraissant être une concrétion pierreuse, bien que je n'aie point fait l'essai de l'écraser. Enveloppé dans du papier et mis dans ma poche, le contenu de ce milium s'est trouvé presque écrasé et aplati, quand, au bout de quelques heures, je le remis à M. le docteur de Graefe (de Berlin), pour qu'il en fît l'examen microscopique dont voici le résultat :

La petite masse jaune-brunâtre, un peu desséchée, montre sur la coupe une consistance uniforme. Elle est un peu tenace, mais immédiatement après avoir été morcelée, elle se désagrége et forme une poudre très-friable et farineuse.

Sous le microscope, on y voit :

1° *De la graisse,* affectant différentes formes :

A. Sous forme de petites gouttelettes rondes, de grandeur très-variable, très-caractérisées par leur couleur et leur réfrangibilité ;

B. Sous forme d'accumulations irrégulières, huileuses, dont les contours changent lorsqu'on appuie sur une lame de verre mince sous laquelle on les examine, mais qui ne se fendent ni ne se séparent en plusieurs parcelles par l'effet de cette pression.

2° Des épithéliums ; en partie des cellules épithéliales encore bien intactes et seulement grossies, dont le noyau, dans quelques-unes, pouvait être approximativement de 0,01 ; mais, en majeure partie, essentiellement métamorphosée, soit infiltrées de molécules graisseuses recouvrant le noyau, soit collées ensemble de manière à former des plaques irrégulières à peine reconnaissables avec certitude.

Quant à des cristaux d'une espèce quelconque, il n'en existait aucune trace dans ce cas.

Voici maintenant l'autre cas de consistance pierreuse du contenu d'un milium ; il nous fournit, en outre, un exemple que le milium n'occupe pas toujours le bord libre de la paupière, et qu'il peut quelquefois se trouver à une certaine distance de ce bord.

5e *observation.* Le 5 avril 1851, j'ai ouvert une tumeur sébacée, placée à trois millimètres du milieu du bord libre de la paupière supérieure d'une dame, âgée d'une trentaine d'années. La petite tumeur avait l'apparence ordinaire du milium ; elle était jaunâtre, assez irrégulièrement arrondie, très-plate, et avait deux millimètres de diamètre. Son contenu sortit difficilement ; il était d'une consistance dure, comme pierreuse. M. Lebert, à qui je l'envoyai sans lui dire de quoi il s'agissait, la caractérisa comme il suit :

« La petite concrétion que vous m'avez envoyée est très-pro-
« bablement le contenu d'un follicule sébacé, peut-être même
« d'une glande sébacée entière, augmentée de volume et gorgée
« de son contenu. »

Les deux observations que nous venons de rapporter sont, à mon avis, concluantes ; elles nous prouvent que le milium dit pierreux n'est point constitué par un noyau formé d'éléments calcaires, et qu'ainsi il ne diffère du milium ordinaire que par la diminution de la partie liquide de la matière sébacée, qui permet aux particules solides de se réunir en conglomérat et d'acquérir une consistance dure presque pierreuse.

Quelque peu sérieuses que soient, en général, les *suites du milium,* il produit néanmoins, lorsqu'il a acquis un certain volume, et surtout lorsqu'il est multiple, une gêne assez grande dans les mouvements des paupières, ou même, lorsqu'il est trop rapproché du bord libre, un froissement incommode sur le globe oculaire. De plus, il constitue une difformité fâcheuse ; aussi les malades qui en sont affectés, surtout les personnes du sexe féminin, désirent-ils vivement en être débarrassés, et consentent-ils d'autant plus volontiers à se soumettre à l'opération, qu'on peut leur donner d'avance la certitude qu'elle ne produit pas ou presque pas de douleur ; qu'elle n'entraînera point après elle de mauvaises suites, et que, ne les astreignant à aucun régime particulier, elle ne les empêchera pas de vaquer sans danger à leurs occupations habituelles.

Le *traitement du milium* est excessivement simple. Avec la pointe d'une lancette, d'un couteau à cataracte, d'un bistouri droit, ou même d'une aiguille à cataracte, on ponctionne sa surface, ou, s'il est volumineux, on l'incise transversalement. On fait sortir le contenu par une pression douce qu'on exerce des deux côtés de l'ouverture, près de la base de la petite tumeur, avec les branches d'une pince modérément fine, jusqu'à ce qu'il soit sorti en entier ; puis on cautérise légèrement la cavité avec un crayon très-pointu d'azotate d'argent. Si, dans le cas d'un volume un peu plus considérable du milium, sa paroi antérieure, formée par l'épiderme épaissi, présente un excédant et des plis, on peut en réséquer une petite partie, de chaque côté de l'incision, à l'aide de ciseaux oculaires, avant de procéder à la cautérisation. Des fomentations d'eau froide, pendant le premier jour, suffiront pour empêcher le développement des symptômes inflammatoires. Le malade peut sortir sans danger, dès le lendemain de l'opération ; souvent le jour même, par toutes les saisons. La guérison est rapide ; au bout de quelques jours, il ne reste plus de traces de l'affection. Je n'ai jamais observé de récidive.

Dans le cas où on a affaire à des *miliums multiples,* il convient de vider seulement les plus volumineux des follicules altérés ; d'abandonner les autres à eux-mêmes, et de combattre la disposition morbide locale ou générale par des moyens appropriés, surtout par les purgatifs, les antilymphatiques : l'éthiops antimonial de Malouin, le chlorure de barium, l'huile de foie de morue, l'huile iodée, l'iodure de potassium. (*Voir,* pour plus de détails sur l'ensemble de ce traitement général et sur les indications des médicaments antilymphatiques, mon *Iconographie ophthalmologique* (1), § 147-148.)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Extrait de deux observations présentées à l'Académie de médecine par M. Miquel, *de Tours.*

1° Calcul rénal énorme existant depuis l'enfance, extrait du rein droit.

Poisson, âgé de 52 ans, a éprouvé dans son enfance des douleurs dans le flanc droit. Elles persistèrent pendant quinze ans. Depuis ce temps, il resta sujet à des douleurs lombaires toujours aggravées par la fatigue. Il n'y eut jamais de sang dans l'urine. Il y a dix à douze ans, il rendit un gravier gros comme un haricot, après avoir éprouvé au retour des douleurs. Depuis cette époque jusqu'en 1849, il n'éprouva que les douleurs lombaires habituelles, mais alors celles qui ont fait le tourment de sa jeunesse reparurent d'une manière irrégulièrement intermit-

(1) *Iconographie ophthalmologique*, par le docteur Sichel ; en cours de publication chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille.

tente. Elles devinrent bientôt presque continues et souvent si atroces, que ce malheureux passait souvent des journées entières à pousser des cris. Je passe beaucoup de détails pour abréger, et j'arrive aux particularités les plus importantes.

Diagnostic. Calcul rénal.

Traitement. Bi-carbonate de soude; bains; lavements divers. Autres médications variées. Après quoi, urines bourbeuses, purulentes; diarrhée chronique; flanc droit plus plein, plus rénitent que celui du côté opposé; matité s'étendant jusqu'à la sixième côte. Décubitus passible seulement sur le côté malade; pas de toux; point d'œdème aux membres. Deux points étaient particulièrement douloureux à la pression : c'étaient la partie antérieure du flanc droit et la région du muscle carré des lombes.

Après avoir inutilement conseillé au malade d'avoir recours à l'habileté d'un des grands chirurgiens des hôpitaux de Paris, voici, après beaucoup de réflexions, et le raisonnement que je fis et le parti auquel je m'arrêtai.

Serait-il plus difficile d'aller chercher la face postérieure d'un rein qu'une artère profonde ou d'autres organes sur lesquels les chirurgiens opèrent journellement? Cette opération ne serait-elle pas moins dangereuse que l'opération césarienne?

Je ne me dissimulais pas l'action de l'urine sur les tissus et j'étais convaincu qu'il fallait renoncer au bistouri pour adopter le caustique et à petits coups, pour ainsi dire, en tâtonnant. Arrivé sur le rein, les chances devaient être celles-ci :

Un gavier à points ou à crochets, trop avancé dans l'uretère pour pouvoir être extrait; dans ce cas, le malade serait resté avec une fistule urinaire; mais le calcul n'étant plus poussé par l'urine, la douleur disparaîtrait probablement.

Un ou plusieurs calculs existant dans le bassinet, extraction peu difficile et guérison radicale.

Des calculs existaient-ils dans la substance même du rein? cet organe pourrait peut-être s'en débarrasser en lui ouvrant une voie plus courte et plus directe, et une guérison radicale survenir encore.

Enfin, y avait-il un calcul énorme coiffé par le rein, on aurait recours à la lithotritie.

Après avoir cité plusieurs faits qui montrent que les désordres, les destructions même du rein ne sont pas toujours mortelles, et avoir rappelé l'insuccès d'une tentative analogue faite à l'aide du bistouri, M. Miquel continue :

Je fis une application de caustique de Vienne juste en dehors de la masse commune aux muscles sacro-lombaire et long dorsal, à partir du bord de la dernière fausse côte jusqu'à 6 *centimètres au-dessous* (aujourd'hui je la ferais un peu plus bas). Le lendemain, je fis une incision de 4 centimètres au milieu de cette escarre, et j'y plaçai une nouvelle dose de caustique. La première avait été difficilement supportée; celle-ci ne détermina que peu de douleurs. Depuis ce moment, incision et cautérisation nouvelle tous les deux jours. Vers la fin, je gagnais très-peu de profondeur, surtout quand j'étais arrivé sur des aponévroses, celle commune aux muscles oblique et transverse m'arrêta plusieurs jours. Le jour où je la traversai, il sortit environ deux cuillerées à bouche d'un liquide légèrement opalin; je piquai plus profondément, et il s'y mêla aussitôt un peu de sang. A partir de ce jour, l'appareil ne cessa d'être mouillé par un liquide dont l'odeur semblait être celle d'un mélange d'urine et d'un fluide fourni par un kyste. Je fis encore cinq applications de caustique en portant celui-ci au fond de la plaie à l'aide d'un bourdonnet de charpie, puis avec une canule; elles ne firent nullement souffrir le malade.

Après la quatrième cautérisation, les douleurs spontanées devinrent moindres (pendant six jours) et les urines plus abondantes et plus claires; mais il se développa une douleur vive dans la cuisse du côté opposé, avec œdème et tuméfaction des ganglions inguinaux; le tout persista pendant six jours et se dissipa graduellement dans un temps égal.

Un soir, le 24 mars, après une conversation avec M. Bretonneau, mon doigt, introduit dans la plaie, sentit une pointe de calcul; j'acquérais en même temps la triste certitude qu'il était gros et immobile.

Après plusieurs pansements au caustique, je pus parvenir, le 5 avril, à faire passer la branche femelle d'un lithotriteur en dehors et en avant des branches de la pierre; puis, je fis arriver par derrière la branche mâle de l'instrument. Le calcul fut brisé; j'arrachai, à l'aide de manœuvres laborieuses, un fragment irrégulier qui avait 4 centimètres de longueur et plus de 2 de diamètre, ce qui se fit sans déterminer les douleurs excessives. Mon doigt, introduit dans le rein, était serré comme par une bande de caoutchouc. Après de nouvelles cautérisations, des incisions d'escarres et plusieurs introductions du lithotriteur et des tenettes, je pus extraire un jour neuf fragments et beaucoup de sable; l'un des fragments avait la grosseur du pouce; tous ensemble pesaient 110 grammes. Les douleurs ne changèrent pas de nature ni d'intensité; Poisson se décourageait un peu. Le doigt ne pouvait plus sentir au fond de la plaie que quelques fragments très-petits. Je prescrivis un peu de vin d'Espagne avec beaucoup d'eau, du bouillon et de petites soupes. La fièvre était nulle; le ventre dans le même état; il y avait toujours de la diarrhée.

Après un grand nombre d'explorations indiquées par l'auteur, la plaie est agrandie de 2 centimètres à sa partie inférieure, et plusieurs fragments sont encore extraits à l'aide de cette sorte de débridement. Mais le quatrième jour après cette nouvelle extraction, on constate une pleurésie et le malade meurt trente-six heures après.

Autopsie, vingt heures après la mort, en présence de MM. Haime, Bretonneau et Ollyori. — Le crâne ne fut pas ouvert.

La plèvre droite contenait un litre de sérosité mêlée à un dépôt d'apparence purulente. Aucune trace d'inflammation n'existait dans les tissus situés entre le rein et la plèvre.

Le foie est développé, mais sain; il y a dans son centre une massè concrète enkystée, qui *est évidemment* le résidu d'un abcès d'une date antérieure très-reculée. La nature de ce résidu prouve que l'abcès qui lui a donné lieu avait été occasionné par la maladie calculeuse du rein, d'autant plus qu'on trouve un même dépôt de matière crayeuse le long de la colonne vertébrale, depuis le pancréas jusqu'aux attaches du mésentère. Aucun de ces dépôts n'offre de traces de phlegmasie aiguë.

Adhérences anciennes entre le rein droit, le duodénum et le colon; adhérences moins anciennes entre le péritoine recouvrant le bord rénal et le péritoine hépatique et pariétal.

Tube digestif sain.

Rein gauche un peu gros. Rein droit dur, large, adhérent aux côtés de la colonne épinière et aux muscles latéraux du ventre. La face antérieure est revêtue d'une membrane épaisse, nullement injectée et exempte de congestion récente. Pour être certain que le rein n'a pas été percé, je fais deux injections par la plaie, et les assistants peuvent voir le rein se gonfler et l'eau ne ressortir qu'après de grands efforts, à travers les linges qui bouchaient l'orifice de la plaie. Mais il ne se fit pas la plus légère filtration dans le ventre ni dans la poitrine.

La vessie est parfaitement saine, remplie d'urine limpide.

Le rein gauche et son uretère sont également sains.

Le rein droit a presque le double de largeur de l'autre. En l'incisant par-devant, le bistouri rencontre, à la partie inférieure, des fragments de calcul; trois de ces fragments sont libres; deux sont encore un peu enchatonnés dans le tissu du rein où ils tiennent fort peu. Nous en trouvons aussi un très-petit à la partie supérieure. Quant à la substance du rein qui est mamelonnée et ulcérée à sa face interne, elle est grise dans beaucoup de points, mais plus on approche de la surface externe, moins elle paraît altérée. Cette altération varie infiniment d'épaisseur; car il est des points où la matière calculeuse n'était distante que de quelques millimètres des enveloppes de l'organe.

La cavité de l'organe contient une assez grande quantité de détritus.

Quoique fatalement terminée, cette observation me paraît, dans son ensemble, offrir un sérieux intérêt pratique. Je crois qu'elle indique les recherches d'une voie nouvelle qui puisse conduire à un traitement efficace contre une affection qui a paru généralement au-dessus des ressources de l'art. Car je puis dire que le rein a été impunément ouvert pendant plus de six semaines; que, pendant ce temps, il a été cautérisé et enfin a subi des manœuvres de tous genres, tant pour le broiement que pour l'extraction des calculs; qu'il se débarrassait ou, pour mieux dire, qu'il aidait l'opérateur à le débarrasser des énormes concrétions qui avaient si longtemps et si douloureusement altéré les fonctions, sans pour cela donner lieu à de la fièvre, sans communiquer d'inflammation aux tissus et organes voisins; sans aggravation d'aucune espèce des douleurs du malade. Quel est l'organe qui eût été aussi impassible, voire même la vessie?

Je crois donc pouvoir dire que les calculs rénaux ne constituent plus une maladie incurable. Car, même en admettant que la suppuration à laquelle Poisson était soumis ait concouru par intoxication à la pleurésie qui a tué cet homme, quelle est celle qui lui aurait fait courir moins de chances? Et je ne crois pas être démenti par aucun de mes trois confrères en disant que cette pleurésie n'a été mortelle que parce qu'elle était précédée d'une pleurésie chronique.

2° Obstruction du tube digestif placée très-probablement vers la fin de l'iléon.

Madame Boureau-Renard, d'Amboise, âgée de 56 ans, épuisée par neuf couches, gastralgique et sujette à la constipation, le devint davantage en 1851. M. Lagarde lui prescrivit des pilules aloétiques, qui soulagèrent la malade pendant quelques mois. Mais ensuite les selles redevinrent rares et incomplètes. En novembre 1852, elles furent suspendues pendant quinze jours; le ventre était tendu et douloureux. — Pilules de belladone.

Cinq jours après, ventre ballonné; nausées; pouls petit, fréquent; peau sèche; voix altérée. Le cathétérisme du rectum ne peut être pratiqué que jusqu'à une hauteur de 25 centimètres.— L'huile de ricin, administrée dans du bouillon, détermine seulement de vives douleurs de ventre et des vomissements. — Le calomel à petites doses, fréquemment répétées, aggrava les accidents.— On revint à l'huile de ricin conseillée par M. Tonnelé, mais le pouls devient misérable; langue sèche; vomissement fréquent.

Le 16 décembre, je proposai à mon frère, qui accepta, une ponction dans la partie la plus résonnante du ventre avec un trois-quarts de Récamier extrêmement fin. Je choisis pour cela la partie gauche de l'épigastre. Je croyais pénétrer dans le colon transverse, près de la portion descendante. Il sortit avec violence une grande quantité de gaz et deux ou trois gouttes de matières fécales liquides. Il se fit aussitôt une dépression transversale; puis l'écoulement gazeux cessa, quoique le ventre restât tendu. Cette piqûre fut peu douloureuse. Je pensai que la cessation de l'écoulement gazeux tenait à ce que l'instrument plongeait dans des matières fécales trop épaisses; elle fut laissée en place, et il se fit une expulsion gazeuse intermittente.

La malade se trouva soulagée; on lui donna quelques cuillerées d'eau pure, un peu de vin d'Espagne et du bouillon.

Le lendemain matin, le ventre était moins tendu, le pouls relevé. On ajouta aux moyens de la veille un lavement laxatif.

Le troisième jour, même état, si ce n'est que le ventre est moins tendu. Plus de vomissements, pas de selles.

Le quatrième jour, retour des nausées et des accidents généraux. La plaie de la canule est enflammée. — Eau pure pour boisson; application de la pâte de Vienne autour de la canule, ce qui détermine une escarre de la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Le cinquième jour, cessation des accidents; retour des forces; ventre moins ballonné; sortie de gaz par les côtés de la canule. — Nouvelle application de caustique en faisant des mouvements de va-et-vient de la canule pour le faire pénétrer dans le trajet suivi par cet instrument.

Le sixième jour, même état; introduction dans le trajet d'un stylet garni de caustique de Filhos.

Le septième jour, la canule est enlevée; l'ouverture qu'elle a déterminée peut maintenant admettre une sonde de moyen calibre, qui donne issue à beaucoup de gaz et de matières fécales liquides. Cette évacuation est suivie de la cessation de tous les accidents. Une sonde, poussée dans l'ouverture et dirigée à droite, ne peut être enfoncée à plus de 25 centimètres; elle provoque des douleurs expulsives; poussée à gauche, elle pénètre tout entière sans douleur. — Continuation du régime; on excite sans succès les contractions du rectum.

Quelques jours après, nous faisons des injections abondantes à l'aide de la sonde. En faisant cette injection, M. Lagarde découvre une tumeur entre le cœcum et le foie. Son grand diamètre était longitudinal; elle était peu mobile, point douloureuse; en haut, elle correspondait au point que la sonde ne pouvait franchir. Dirigée à gauche, la sonde donnait issue à des gaz. Il n'en faut pas davantage, je pense, pour démontrer que l'obstacle n'est point à gauche dans le gros intestin, et qu'il est très-probablement dans l'iléon. Donc, dans ce cas, pas d'opération possible. Des vésicatoires ont été appliqués sur le flanc droit, et toute trace de la tumeur avait disparu en mars dernier.— Depuis longtemps, on se sert de racines de roses trémières comme bouchon et comme dilatateur. Lorsqu'on les retire, la partie introduite dans l'intestin est à demi digérée. La plaie a assez de diamètre pour recevoir le petit doigt. Une canule de ce calibre sert à donner un lavement quotidien. Le besoin d'expulser des matières fécales ne se fait sentir qu'à l'heure de ce pansement. Cette opération dure une heure chaque jour, après quoi, madame B.... mange comme en santé et vaque à ses affaires. Les matières fécales qui sortent les premières ont une certaine consistance. Tout porte à croire que cet accident n'influera pas sur la longévité.

Remarques.— La paracentèse, les ponctions ovariques comme les exécutent aujourd'hui les médecins prudents, ont démontré que le péritoine peut être piqué sans inconvénient grave. Les travaux des hommes qui se sont occupés de la réunion immédiate des plaies intestinales témoignent que les adhérences de cette membrane séreuse sont bientôt établies. Enfin, l'acuponcture faite par M. Michon dans la tympanite typhique nous a appris qu'on peut piquer l'intestin sans grave inconvénient. N'est-il pas prouvé d'ailleurs depuis longtemps que ce qui fait le danger des plaies intestinales, c'est l'épanchement de matières fécales dans le péritoine. Or, des parois tendues comme l'étaient celles du ventre et de l'intestin chez madame B...., devaient nécessairement, une fois la distension dissipée, embrasser assez fortement la canule pour s'opposer à tout épanchement. L'inflammation déterminée devait bientôt amener une adhérence suffisante pour s'opposer à l'infiltration des gaz, lorsque l'instrument deviendrait libre dans la plaie et devrait être retiré. Toutes ces prévisions ont été heureusement confirmées par les résultats obtenus.

Ces cas si graves sont bien fréquents dans la pratique, et je me demande pourquoi je n'ai pas eu recours plutôt à un expédient qui offre encore des chances de salut en présence d'une mort presque certaine?

Remarques sur le nouveau mode d'administration de la graine de ciguë,

Par M. Deschamps, d'Avallon.

M. Sauvan vient de proposer, pour remplacer les pilules-dragées ou granules de MM. Devay et Guilliermond, de faire prendre aux malades de la graine de ciguë telle qu'elle se trouve dans le commerce, ou de la transformer en dragées, en la recouvrant d'une légère couche de sucre, pour en faciliter la déglutition.

On commence par quatre graines par jour, et l'on augmente progressivement d'une graine par jour, jusqu'à 25, 28 ou 35 par jour.

Cette manière d'administrer les graines de ciguë nous paraît tellement rationnelle, que nous ne craignons pas de la signaler aux médecins, car nous sommes persuadé qu'ils obtiendront plus souvent les mêmes effets lorsqu'ils prescriront la graine entière ou pulvérisée depuis très-peu de temps, qu'en prescrivant les pilules transformées en granules. Nous recommandons en même temps aux pharmaciens de renouveler chaque année, ou au moins tous les deux ans, les semences de ciguë et de les conserver, lorsqu'elles sont bien sèches, dans des vases parfaitement fermés. Nous ajouterons encore que nous préférons la graine entière nue à la graine entière *enrobée,* parce qu'il nous paraît prudent de ne point s'exposer à détruire, à déchirer les enveloppes naturelles de la graine, lorsqu'on ne veut pas l'employer promptement, puisqu'elles empêchent l'oxygène de l'air d'agir sur les principes organiques qui ont été déposés dans la graine pendant la vie du végétal.

Si les pharmaciens s'étaient contentés de proposer de transformer un certain nombre de substances médicamenteuses en granules ou dragées ; s'ils ne pensaient pas à granuler presque toutes les substances médicinales, même les plus énergiques, solubles ou non, dangereuses ou non ; s'il était possible de faire une très-petite quantité de granules (1) ; si la température nécessaire pour faire ces dragées ou ces granules n'était pas capable d'exercer une certaine action sur plusieurs principes médicamenteux, et si cette forme de médicament n'était pas plus élégante qu'utile, nous partagerions l'engouement de nos confrères. Mais comme la fabrication des granules doit être confiée à des mains très-exercées et peu pharmaceutiques ; comme les granules ne peuvent certainement pas être plus rigoureusement dosées que les pilules ; comme les substances dangereuses peu solubles qui sont transformées en granules ont, comme les mêmes substances qui sont transformées en pilules, le grand inconvénient de pouvoir être localisées, et de pouvoir agir plus spécialement sur une partie restreinte de la membrane muqueuse de l'estomac ; et comme les pilules peuvent être préparées de manière à être aussi solubles que les granules, nous pensons qu'il est plus convenable de préférer les solutés des préparations très-actives (2) et les pilules aux granules.

L'expérience m'a pleinement confirmé l'opinion de Garidel, observant que, lorsque le suc de cette plante évacue, l'effet en est plus certain. L'étude soutenue que j'ai faite de ces préparations me fait un devoir de faire revivre ce précieux agent tombé dans l'oubli. Voici la meilleure préparation : c'est celle que j'avais envoyée à notre confrère feu le docteur Gril, de Nîmes :

Je pile la plante fraîche, à laquelle j'ajoute un seizième de son poids d'alcool ; je broie encore quelques instants ; j'exprime et expose le suc à la température de 100° ; je filtre et fais dissoudre dans la colature s. q. de sucre, pour l'amener à l'état de sirop concentré, auquel j'ajoute un quart d'eau de fleurs d'oranger. Ce sirop est d'une saveur très-agréable surtout pour les enfants, qui le prennent avec plaisir. La dose est d'une cuillerée par heure, lorsque les accès sont rapprochés, et deux ou trois, soir et matin, dans le cas contraire.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

De l'usage des fomentations de digitale dans le traitement de certaines ascites.

L'usage interne de la digitale en poudre n'est pas toujours sans inconvénients. Son action plus ou moins irritante peut la contre-indiquer dans le traitement de certaines hydropisies, lorsque surtout l'on a affaire à des sujets atteints d'irritation gastro-intestinale, complication qui existe fréquemment. Dans le cas où la digitale est indiquée et où certaines circonstances empêchent de la donner à l'intérieur, M. R. Falot emploie avec succès la décoction de cette plante, appliquée en fomentation, topique recommandé déjà par Bayle, MM. Andral, Trousseau et Pidoux. Ces fomentations sont faites avec des compresses trempées dans la décoction de feuilles de digitale, recouvertes de taffetas ciré pour rendre l'évaporation plus difficile : 60 grammes pour un litre d'eau, réduire à un demi-litre. En même temps, on exerce une compression méthodique. M. Falot a publié dans la *Revue thérapeutiqne du Midi*, trois observations d'hydropisies ascites, dans lesquelles l'emploi de ce moyen a produit les plus heureux résultats.

Lettre de M. Caventou à M. le professeur Bouchardat, sur la prétendue alcalinité de la picrotoxine.

Mon cher confrère, vous avez fait paraître en collaboration de M. Félix Boudet, dans l'un des derniers bulletins de l'Académie de médecine, une notice relative à la propriété rotatoire de quelques principes immédiats des végétaux ; et, en parlant de la picrotoxine, vous dites que cette substance, découverte en 1812 par M. Boullay, est le *premier alcaloïde* qu'on ait signalé après la narcotine de M. Desrone.

Il y a dans cette assertion un tel anachronisme, et en même temps une telle erreur, permettez-moi de vous le dire, que si votre nom ne s'y trouvait attaché je n'aurais pas jugé nécessaire de les relever ; je ne puis laisser consacrer sous votre patronage un oubli aussi notoire des précédents de la science.

Il y a *anachronisme*, ai-je dit, la preuve en est bien simple : la découverte du sel de Desrone date de 1802, celle de la picrotoxine de 1812 ; or, à ces époques, il n'était point question des alcalis végétaux, puisque la découverte n'en fut faite que quatre ans après, c'est-à-dire *en* 1816. Ce fut seulement alors que Suerterner, en faisant la découverte de la morphine, signala pour la première fois la propriété si importante de *l'alcalinité végétale ou organique*. Il y a donc anachronisme à présenter la picrotoxine, découverte en 1812, comme le *premier alcaloïde* signalé après le sel de Desrone, puisqu'à cette époque M. Boullay était, comme tout le monde, dans la plus profonde ignorance de l'existence des alcalis végétaux.

Il me sera tout aussi facile de prouver *l'erreur*, car *la picrotoxine n'est pas un alcaloïde,* et, pour le prouver, il me suffira de rappeler les faits : ce n'est qu'en 1818, alors que venait d'être annoncée publiquement à l'Institut la découverte d'un nouvel alcaloïde, après celle de la morphine, que M. Boullay pensa, non sans quelque apparence de raison, que sa picrotoxine pourrait bien être aussi un principe de nature analogue, et bientôt M. Boullay se mit à l'œuvre avec zèle pour le constater. Il reprit, sous le nouveau point de vue philosophique, l'analyse de la coque du Levant, dont la picrotoxine est le principe actif, et il arriva à cette conclusion, que cette substance était bien un alcali organique combiné à l'état de sursel dans la coque du Levant avec un acide nouveau, dont il annonçait la découverte en lui donnant le nom d'*acide ménispermique :* ainsi la science se trouvait donc enrichie d'un *surménispermate de picrotoxine*, et cette substance, reconnue désormais *comme alcaloïde*, pouvait prendre rang après la morphine, la strychnine, annoncées auparavant comme de véritables bases organiques végétales.

Mais M. Boullay n'eut pas longtemps cette satisfaction de voir aussi son nom attaché à la découverte d'un alcali végétal ; ce travail, dès son apparition, provoqua les doutes des chimistes les plus compétents.

M. Chevreul (*Dictionnaire des sciences naturelles,* t. XL, article *Picrotoxine*) exprime ainsi son opinion : « M. Boullay « a considéré, dans un second travail, la picrotoxine comme un « alcali organique ; mais les observations que M. Boullay rap-

(1) Il est facile de recouvrir des pilules d'une couche de sucre pour masquer leur saveur, mais ce n'est pas par ce procédé qu'on prépare les granules.

(2) On emploie, pour mesurer ces solutés, un tube gradué, de manière que le soluté qui s'écoule du tube d'un seul jet contienne 0,001, 0,005 ou 0,01 de la substance active. On peut faire soi-même des tubes gradués, et boucher les flacons avec des bouchons percés, dans lesquels les tubes gradués passent à frottement. On bouche l'ouverture du tube gradué avec un petit bouchon de liége pour empêcher l'évaporation du liquide.

« porte à ce sujet *sont aussi insuffisantes* pour démontrer son « opinion que la propriété qu'a la picrotoxine de se dissoudre « dans les eaux de potasse, de soude et d'ammoniaque le sont « pour démontrer qu'elle est acide. » Et plus loin, page 205, *à propos de la découverte de l'acide ménispermique,* M. Chevreul ajoute : « Les caractères que l'auteur attribue à ce corps « sont tout à fait insuffisants pour le faire admettre comme *une* « *espèce* de principe immédiat. »

M. Thenard en parle à peu près dans les mêmes termes, en citant ce travail dans l'une des éditions de son *Traité de chimie.*

Je pourrais citer encore d'autres autorités, mais celles-là suffisent et vous ne les récuserez pas.

Si *de ces opinions* nous passons *aux faits* propres à les appuyer, vous n'en verrez que trop l'incontestable confirmation : ainsi M. Casaseca, chimiste habile, voulant s'éclairer sur les faits nouveaux avancés par M. Boullay, publie (*Annales de chimie et de physique,* t. XXX) un travail dans lequel il fait voir qu'on ne peut admettre la picrotoxine comme un alcaloïde, et que l'acide ménispermique *n'existe pas,* confirmant ainsi par des faits les opinions émises par ses illustres maîtres, MM. Thenard et Chevreul.

Quelques années plus tard, Pelletier et Couerbe, reprenant cette étude chimique de la coque du Levant, publient (*Annales de chimie et de physique,* t. LIV) un long travail, où, après avoir signalé plusieurs faits importants qui avaient échappé à M. Boullay, ils arrivent à conclure que, loin d'être *un alcaloïde,* la picrotoxine jouit plutôt de propriétés électro-positives, à tel point qu'ils proposent de la classer parmi les acides faibles sous le nom d'*acide picrotoxique.*

Enfin, puis-je me dispenser de citer M. Regnault, qui, dans un savant travail d'analyses élémentaires des alcalis organiques connus (*Ann. de chimie et de physique,* t. LXVIII), entrepris dans un but de philosophie chimique, cite dans un appendice à son travail l'analyse élémentaire de quelques principes neutres, tels que la cantharidine, la méconine, la *picrotoxine,* qu'on ne peut ranger parmi les alcalis végétaux, dit-il, parce qu'ils ne se combinent pas aux acides. M. Regnault rapporte même, au sujet de la picrotoxine, une expérience capitale pour appuyer son opinion, et qui mérite d'être mentionnée : Il fit une dissolution de picrotoxine dans l'acide chlorydrique, et l'abandonna à l'évaporation dans le vide; quand il examina le résidu sec, il n'y trouva aucune trace d'acide chlorydrique. Enfin, l'analyse élémentaire établit une ligne de démarcation non moins tranchée entre la picrotoxine et les alcalis végétaux; ceux-ci sont des bases quaternaires, dont l'azote est l'un des éléments essentiels, tandis que la picrotoxine est un corps ternaire dont l'azote est exclu.

Tels sont, mon cher confrère, les faits relatifs à l'histoire de la picrotoxine *comme espèce de principe immédiat;* je vous laisse à penser si vous devez la regarder et la signaler désormais comme un alcaloïde. La picrotoxine reste donc aujourd'hui ce qu'elle était en 1812, rien de plus, rien de moins, c'est-à-dire un principe immédiat qui n'a aucun rapport avec les bases organiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Cinq échantillons de remèdes secrets.

2° Quatre rapports relatifs aux épidémies, dont trois sur des épidémies de fièvre typhoïde, par MM. Billot, médecin de l'arrondissement de Poligny; Haro, médecin cantonnal de l'arrondissement de Metz; et Guizard, médecin de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier; et un sur une épidémie de scarlatine, par M. Balut, médecin de l'arrondissement de Dôle.

3° Deux rapports, l'un sur les eaux minérales de Vichy, par M. Petit, et l'autre sur les eaux d'Encausse (Haute-Garonne), par M. Camparan.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Surdi-mutité.

L'Académie reçoit, sur la discussion pendante, des lettres de MM. Durieu, président de la commission gratuite de surveillance de l'institution Dubois; Pélissier, professeur sourd-muet à l'Institution impériale de Paris; Peinget, ex-sergent-major, et une protestation contre le discours de M. Bouvier, signée par les professeurs de l'Institution de la rue Saint-Jacques.

Pince sclératicale.

Le docteur Vauquelin, médecin-oculiste à Paris, présente au nom de son confrère Lefort, oculiste à Rouen, une nouvelle pince pour l'extraction scléroticale des fausses membranes dans les cataractes secondaires. Cette pince, à laquelle l'auteur a donné le nom de *pince-membrane,* a été exécutée avec une grande précision par M. Mathieu, sur les indications qui lui ont été fournies par le docteur Vauquelin, d'après les bases arrêtées entre ce dernier et son confrère. Dans un mémoire descriptif très-détaillé, l'auteur fait ressortir les avantages qu'a son instrument sur les pinces et les différents serre-têtes jusqu'alors employés; avantages qui consistent surtout en ce que les mors ou palettes A, qui sont représentés grossis en A′ pour laisser voir les 6 trous et les 6 pointes s'engorgeant dans ces trous quand on ferme l'instrument, saisissent la membrane par une plus large surface que le font les instruments ordinaires; que cette membrane ne peut s'en échapper, car elle est transpercée par les 6 dents de la palette postérieure, s'engageant dans les 6 trous de la palette antérieure qui est tranchante sur ses bords et à sa pointe, pour traverser la membrane et se placer en avant, tandis que l'autre reste en arrière; que l'instrument amène nécessairement au dehors la membrane détachée de ses adhérences, ou, dans le cas d'une trop grande mollesse du tissu, y fait au moins une perte de substance de la grandeur des palettes, et suffisante pour l'exercice d'une bonne vision. L'auteur, qui attribue au docteur Vauquelin l'idée des pointes ou dents s'engorgeant dans des trous, et ayant pour effet d'empêcher que la membrane une fois saisie puisse glisser entre les palettes, termine en disant que son confrère de Paris a déjà eu, depuis plusieurs mois, l'occasion d'employer cet instrument avec succès.

Calcul rénal.

M. Miquel, de Tours, adresse une observation sur cette affection (*voir* ci-dessus l'extrait que nous en donnons). (Comm. MM. Louis, Huguier.)

Obstruction intestinale.

Le même médecin adresse une observation d'obstruction intestinale (*voir* ci-dessus). (Même commission.)

Vaccine.

M. Reydelet, médecin de la marine de 1re classe, adresse un tableau de vaccinations avec des réflexions.

M. Liégey, de Rambervilliers, adresse des remarques sur le même sujet.

Candidatures.

MM. Chatin et Martinet se portent candidats à la place vacante dans la section d'histoire naturelle et de thérapeutique.

Surdi-mutité.

M. Bouvier lit un très-long discours entièrement favorable aux conclusions du rapport.

M. Bonnafont lit un autre discours dont l'esprit général paraît être en faveur d'un ajournement, jusqu'à ce que l'Académie soit plus éclairée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Sur le phénomène de rotation des globes oculaires.

M. Szokalski complète sa communication sur la rotation des globes oculaires, par un court résumé de ses observations sur les modifications pathologiques de cette fonction.

Lorsque le parallélisme des deux axes visuels est détruit par une lésion fonctionnelle d'un des muscles droits, nous voyons toujours double ; mais cette diplopie a cela de particulier, que les dimensions horizontales et verticales des deux images restent toujours parallèles ; peu importe si l'une de ces images est rapprochée ou éloignée de l'autre, si l'une est placée à côté ou au-dessus de l'autre, ou si l'une dépasse seulement l'autre de la moitié de sa hauteur.

Il n'en est pas ainsi lorsque la rotation autour de l'axe est entravée par une anomalie fonctionnelle des muscles obliques. Le globe oculaire, entraîné alors, tourne du côté du muscle plus fort ; la dimension verticale de la rétine devient oblique, et l'objet que l'on regarde, au lieu de paraître droit, paraîtra incliné. Cette inclinaison apparente des images est le symptôme pathognomonique du désordre de la rotation, et elle modifie d'une manière toute particulière la vision binoculaire. Le malade voit aussi double, mais la fausse image se sépare imparfaitement de la vraie par le haut, par le bas ou par les côtés, quelquefois même elle la croise par le milieu. Elle ne forme jamais corps à part que lorsque les muscles droits sont en même temps affectés, et le défaut de la rotation autour de l'axe est compliqué avec l'impossibilité de concorder cet axe avec celui de l'autre œil.

A l'exception de cette circonstance, d'ailleurs très-fréquente, on ne constate jamais de strabisme à l'inspection des yeux. L'œil malade est celui qui voit obliquement les objets ; et si l'on écarte largement ses paupières, et si l'on recommande en même temps au malade de porter alternativement la tête vers l'une et vers l'autre épaule, on aperçoit alors que le globe ne reste pas en place comme à l'état normal, mais qu'il suit le mouvement de la tête et des paupières.

Le genre de l'obliquité de l'image nous permet aussi de discerner lequel des deux muscles obliques domine sur son antagoniste. Si c'est le supérieur, la partie supérieure des objets verticaux paraîtra penchée en dehors ; si c'est l'inférieur, l'inclinaison aura lieu du côté opposé. Il sera toujours facile de corriger, par la position convenable de la tête, cette espèce de vue double : tous ces phénomènes sont les résultats des anomalies fonctionnelles des muscles obliques, que l'on peut classer en deux catégories, en *spasmes* et en *paralysies ;* mais nous ne les trouvons dans toute leur pureté que dans les cas seulement où ces muscles sont seuls affectés. L'oblique supérieur, qui reçoit un nerf particulier, peut, à cause de cet isolement, satisfaire beaucoup plus facilement à cette condition que son antagoniste. Ce dernier reçoit l'impulsion motrice du nerf oculo-moteur commun ; aussi les désordres de ses fonctions sont presque constamment compliquées de désordres des muscles droits supérieur, inférieur et interne, de l'élévation de la paupière supérieure.

Les gênes de la rotation autour de l'axe provenant des spasmes des muscles obliques sont ordinairement passagères ; je les ai observées chez les personnes hystériques et hypochondriaques. A l'approche des attaques d'hystérie, d'épilepsie et de catalepsie, elles ont souvent lieu simultanément des deux côtés ; et si le malade conserve encore sa connaissance, les mouvements désordonnés des deux yeux lui font apercevoir les objets différents et contrefaits d'une manière bizarre. Tout ce qu'il regarde lui paraît double, vacillant, tantôt debout, tantôt incliné de côté ; les objets se heurtent, tremblent, se croisent et menacent de tomber. Ces visions effrayantes précèdent souvent le vertige épileptique et accompagnent quelquefois celui qui résulte d'une simple congestion sanguine ; elles sont probablement très-fréquentes chez les aliénés, et il faut bien se garder de mettre sur le compte de l'intelligence ce qui n'est chez eux que le désordre spasmodique de la mobilité des yeux, ou le prodrôme de la paralysie générale.

La rotation de l'œil autour de son axe est beaucoup plus souvent entravée par l'affaissement paralytique d'un des muscles obliques. La diplopie qui en résulte est plus persistante que dans les cas précédents : mais il arrive à son égard comme à l'égard de la diplopie occasionnée par la destruction du parallélisme des axes, on néglige une des deux images, on s'attache exclusivement à la plus parfaite, et on finit par voir simple.

Les maladies idiopathiques des muscles obliques sont extrêmement rares, je n'en ai jamais pu trouver d'exemples ; les désordres dans leur activité étaient toujours les suites des lésions de leurs filets nerveux, ou plutôt des centres nerveux dont ils tirent leur origine.

Traitement de l'anévrisme par des injections coagulantes faites dans l'artère au moyen d'un tube capillaire.

M. Leroy d'Étiolles écrit à l'Académie qu'il a publié l'idée première de cette méthode en 1844, dans son *recueil de mémoires présentés à l'Académie des sciences.* A la page 280, se trouve le passage suivant : « Les ex-
« périences que je fis sur les animaux pour connaître les effets de la com-
« pression sur deux points de l'artère, me montrèrent bientôt que ce moyen
« doit être continué pendant un temps trop long pour être d'une applica-
« tion usuelle. Je cherchai donc à faciliter la coagulation de cette portion
« de sang ainsi isolée : *des injections alcooliques, faites dans l'artère au*
« *moyen du tube capillaire de la seringue d'Anel, s'offrirent d'abord à*
« *ma pensée ; en effet, elles produisirent assez promptement la formation*
« *de caillots,* mais comment arriver jusqu'à l'artère et pénétrer sûrement
« dans la cavité sans la mettre au moins un peu à découvert?.... » A la page 281 sont rapportés les détails d'expériences comparatives faites avec les injections alcooliques et l'électro-ponture.

M. Leroy d'Étiolles reconnaît l'importance de la substitution du perchlorure de fer à l'alcool, faite par M. Pravaz et préconisée par M. Lallemand ; c'est un perfectionnement utile, capital si l'on veut, mais ce perfectionnement ne constitue pas seul la méthode de traitement *par injection intra-artérielle ;* il n'en est qu'un procédé, un mode d'application.

M. Lallemand, à l'occasion de cette communication, s'exprime en ces termes :

La méthode du docteur Pravaz étant destinée, selon mes prévisions, à l'avenir le plus important, je dois déclarer que je n'y ai pris d'autre part qu'un très-vif intérêt dans ses résultats.

Je ne crois pas que M. Pravaz ait eu connaissance de la note de M. Leroy d'Étiolles ; mais quand cela serait, je ne pense pas qu'il en ait pu tirer parti. En effet, M. Leroy d'Étiolles parle d'une triple expérience faite à la fois sur le même cheval et sur la même artère carotide : 1° par la compression ; 2° par l'électro-ponture ; 3° par l'injection avec l'alcool, manière de procéder qui me paraît peu propre à donner des résultats concluants ; aussi M. Leroy d'Étiolles n'indique-t-il pas les effets qu'il a obtenus.

Production de l'urée.

M. Milne Edwards présente, au nom de M. Bischoff, une note sur la production de l'urée. L'auteur, après avoir affirmé que l'urée est un principe azoté qui se forme toujours dans les organes, et qu'elle n'est jamais le résultat d'une transformation de l'albumine dans le sang même, a constaté, par des expériences, que l'alimentation a une influence bien plus grande qu'on ne l'aurait supposé, sur la quantité de ce produit. L'urée diminue, dans des proportions considérables, dans l'abstinence ou dans l'alimentation peu azotée, et augmente dans un rapport inverse pendant une alimentation très-azotée. Chez un chien, la quantité d'urée a varié de 6 ou 8 gr. à 4 kilogr.

Tout l'azote alimentaire n'est pas éliminé sous forme d'urée ; une partie variable est expulsée par d'autres voies qu'il est difficile, d'ailleurs, de déterminer, puisque les matières fécales n'en contiennent que très-peu, et que, d'après les recherches de MM. Reiset et Regnault, les poumons et la peau ne prennent qu'une très-faible part à ce travail excréteur.

La quantité d'azote qu'on ne retrouve pas dans l'urée reste à peu près toujours la même, quelle que soit l'alimentation donnée.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours de clinique sur les *maladies de la peau*, jeudi prochain, 26 mai, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8 (près l'École-de-Médecine), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à 11 heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades. (Tout est public et gratuit.)

BIBLIOGRAPHIE.

De la parole considérée sous le double point de vue de la physiologie et de la grammaire ; nouvelles études sur les divers ordres de phénomènes que présente le langage de la voix articulée, par Léon Vaïsse, professeur de la classe de perfectionnement de l'Institut impérial des Sourds-Muets. — Broch. in-8° de 20 pages. — A Paris, chez Firmin Didot. — Prix : 1 franc.

Cours de physiologie, *fait à la Faculté de médecine de Paris,* par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et Écoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion d'honneur, etc. — Les livraisons 26 et 27, contenant la fin de la *Respiration* et le commencement de la *Circulation* viennent de paraître. — Prix de chaque livraison : 1 fr. — Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien n° 4), à Paris.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 64. 1re année. Samedi 28 Mai 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie des sciences. — Séance du 25 mai de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HÔTEL-DIEU. M. TROUSSEAU. Leçon clinique sur l'enrouement, par le Dr A.-H. Margerie. (*Suite et fin.*) — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. M. CHASSAIGNAC. Rupture des fibres arciformes de l'aponévrose du grand oblique. Hernie inguinale brusque au moment de la rupture. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE :** Abcès par congestion. Injections iodées. Mort, par M. Hamelius. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 27 mai 1853.

Séance de l'Académie des sciences.

Quoique le caractère trop spécial des recherches de M. Gratiolet sur l'organisation du système vasculaire de la sangsue médicinale et de l'aulastome vorace, ne nous ait pas permis de donner dans notre compte rendu une analyse de ces recherches, nous ne devons pas moins les mentionner ici comme un modèle d'habileté anatomique, de sagacité scientifique, de finesse d'observation. Ceux de nos lecteurs que leurs penchants entraînent vers les études de science naturelle pure et philosophique, liront avec le plus vif intérêt le rapport de M. Duvernoy inséré dans le dernier compte rendu de l'Académie (16 mai 1853), et avec plus d'intérêt encore le travail original de l'auteur, lorsque la publication en sera faite.

Parmi les communications qui ont suivi la lecture du rapport de M. Duvernois, quatre surtout méritent notre attention. Celle de M. Baudens ayant été mise textuellement sous les yeux de nos lecteurs, nous n'y insisterons pas.

Nous aurons à insister beaucoup plus sur les phénomènes intéressants qui ont été l'objet de deux communications successives de M. Szokalski. Des observations qui nous sont personnelles nous permettront peut-être de jeter un nouveau jour sur le sujet étudié déjà avec beaucoup de bonheur, nous devons le dire, par M. Szokalski. Mais pour donner à ces observations toute la valeur qu'elles peuvent avoir, elles exigent d'être contrôlées par quelques expériences que le temps ne nous a pas permis d'exécuter. Dès que ces expériences seront faites, nous présenterons une analyse et une appréciation plus complètes que nous n'avons pu le faire encore du travail de l'habile observateur de Savigny.

Parmi les recherches de la *chimie organique* moderne (on nous pardonnera cette expression, quoiqu'aux yeux de quelques chimistes, elle ait vieilli déjà), celles qui se rattachent aux actions de composition et de recomposition, d'absorption et d'excrétion sont celles dont il est le plus permis *à priori* d'espérer des applications utiles à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique. A ce titre, la communication faite par M. Milne Edwards, au nom de M. Bischoff, professeur à l'Université de Giessen, est digne de tout notre intérêt; elle l'aurait été davantage si l'analyse qui en a été donnée dans les *comptes rendus* (où nous sommes obligé maintenant de puiser, en partie, nos renseignements) avait été rédigée en termes plus clairs et était entrée dans des détails plus précis sur les procédés à mettre en usage pour arriver aux résultats annoncés par le savant professeur de Giessen ou pour les contrôler. C'est, par exemple, un fait des plus curieux que celui que l'auteur annonce en ces termes : « Le chien qui « servait à mes expériences fournissait *cent quatre-vingt-dix* « *grammes* (190) d'urée dans les vingt-quatre heures pen- « dant lesquelles il avait mangé 4 kilogrammes de viande « sans graisse ni os, tandis que la quantité d'urée se ré- « duisit à *six* ou *huit grammes* (6 ou 8), lorsque l'animal « ne reçut que 500 grammes de pommes de terre et « 150 grammes de graisse. »

Ce fait serait plus curieux encore, si l'on avait varié et précisé davantage l'expérience qui le démontre; mais quel sens attacher aux phrases suivantes : « Des aliments « non azotés diminuent la transformation des parties « azotées dans toutes les circonstances. En même temps « la quantité d'urée est amoindrie, ce qui, pourtant, « souffre quelques exceptions. » Il faut reconnaître que ce langage se ressent bien peu de la précision que l'on doit s'attendre à trouver dans des recherches chimiques.

Un fait curieux, mis en évidence par les recherches de M. Bischoff et qui deviendra plus intéressant lorsqu'il aura été complété par des recherches nouvelles, c'est que la quantité d'azote ingérée par les aliments n'est pas entièrement retrouvée dans les excrétions réunies des reins, de la peau, des poumons et du tube digestif. Il y a donc là un point obscur que la physiologie a le plus grand intérêt à éclaircir, d'autant plus d'intérêt que cette quantité d'azote qui manque dans les urines est, à peu de chose près, la même, ce qui semble indiquer qu'elle est essentielle aux organes chargés de l'éliminer, et que celle qui passe par les urines n'est, en grande partie, que la quantité superflue, laquelle augmente ou diminue suivant que l'alimentation est surabondante ou suffisante seulement. On sait combien la thérapeutique et l'hygiène surtout pourraient tirer profit d'une connaissance plus parfaite de tous ces faits chimiques. Les observations de M. Bischoff deviendront donc d'autant plus intéressantes, qu'elles

se compléteront davantage; il est seulement fort à désirer qu'elles soient exposées de façon à ne point laisser d'équivoque dans l'esprit de ceux qui les liront et particulièrement de ceux qui voudraient les contrôler.

La dernière communication est de M. Leroy (d'Étiolles), elle n'est relative qu'à une question de priorité qui ne serait pour nous d'aucune importance, si elle ne nous fournissait l'occasion de nous prononcer une fois pour toutes, sur ces questions de priorité, aussi fréquemment qu'intempestivement soulevées.

S'il fallait qu'un inventeur fût dépossédé de l'honneur qui lui revient parce qu'on trouverait, en remontant le cours des siècles, des idées, des indications plus ou moins vagues relatives à son invention, il est douteux qu'une seule gloire résistât à une pareille enquête, pas même celle de Christophe Colomb. Le véritable inventeur d'une méthode, d'une machine, etc., c'est celui qui en *démontre* la réalité, la possibilité d'application. Il appartient à tous les esprits aventureux d'avancer des assertions sans preuves; il appartient au véritable talent ou au génie de concevoir et de prouver que la conception est juste.

En appliquant ce principe à la réclamation de M. Leroy, nous devons dire, avec toute la considération que nous professons pour le talent de cet honorable praticien, qu'elle est dénuée de tout fondement, ainsi que l'a d'ailleurs jugé M. Lallemand, ainsi que l'a jugé avec plus de sévérité encore la Société de chirurgie, en passant à l'ordre du jour sur la lettre de M. Leroy. Si, donc, la pratique a quelque chose à attendre de la méthode de M. Pravaz, ce que l'expérience seule nous apprendra, c'est à cet observateur sagace et opiniâtre qu'en reviendra, suivant nous, tout le mérite.

G. Dumont.

Séance du 25 mai de la Société de chirurgie.

(Traitement des fractures. — Fracture d'un des condyles du tibia. — Fistule intestinale. — Injections et médications iodées. — Nomination de M Michaux comme correspondant à Louvain.)

Deux mémoires sur le traitement des fractures, lus par deux membres étrangers, MM. Lambron, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, et Ferdinand Martin, ont occupé la plus grande partie de la séance. Ces travaux devant être l'objet de rapports, nous aurons occasion de nous en occuper plus tard.

M. Bonnafont, dont on connaît le discours de la veille à l'Académie, a sans doute éprouvé le besoin de prendre une revanche; il y a réussi à la Société de chirurgie en présentant un malade qui avait été affecté d'une fracture par violence directe d'une partie de la surface articulaire supérieure du tibia; tout le condyle externe a été détaché du reste de l'os. La fracture, non compliquée de plaie, a parfaitement et facilement guéri; seulement le fragment n'a pu être entièrement réduit et il en résulte un certain degré de difformité de l'articulation.

Ce fait nous a paru intéressant, non-seulement par sa rareté, mais encore par l'absence de tout accident à la suite d'une lésion aussi grave, survenue dans une articulation présentant une aussi vaste surface. Le malade marche comme avant la fracture. C'est un jeune soldat qui pourra, sous peu de jours, reprendre son service.

M. Chassaignac a montré à la Société une intéressante pièce anatomo-pathologique, qui est de nature à faire mûrement réfléchir les praticiens et sur le diagnostic et aussi sur le traitement des fistules intestinales. Il s'agit d'une de ces fistules venant s'ouvrir *à la partie inférieure de la région lombaire*. Le malade qui offrait cette infirmité *ayant succombé aux suites d'une injection iodée pratiquée dans le trajet même de la fistule*, on a pu reconnaître le point de départ de la lésion, et constater que la perforation intestinale avait son siége *vers le milieu du duodenum*.

Puisque nous parlons des injections iodées et que le *Moniteur des Hôpitaux* a pris à tâche de faire connaître, d'une manière exacte et complète, tous les faits de nature à éclairer la grande question à l'ordre du jour des médications iodées, nous devons nous empresser de réparer une erreur commise dans notre dernier compte rendu : sur l'affirmation de M. Debout, nous avions dit que le malade affecté de spina bifida, opéré par M. Velpeau, n'avait pas été guéri; M. Debout est venu déclarer lui-même à la Société que cette guérison, qu'il avait contestée, avait été bien réellement obtenue.

Quoi qu'il en soit, le fait de M. Chassaignac n'en reste pas moins, et à ce fait on en pourrait ajouter plusieurs autres. M. Lenoir nous disait tout récemment encore qu'il avait vu des accidents mortels se manifester à la suite d'une injection iodée dans un kyste ovarique. D'un autre côté, des hommes dont on ne saurait contester le mérite et la bonne foi, assurent n'avoir jamais eu d'accidents à regretter, à la suite d'injections pratiquées avec prudence. Il serait donc important que les praticiens fissent connaître tous les faits qui peuvent éclairer cette grave question, et peut-être serait-il plus important encore d'éclairer, par une expérimentation sage, cette question, soulevée par M. de Castelnau et plus tard par M. Bonnet, de Lyon, à savoir si tous ou presque tous les bienfaits qu'on obtient des injections iodées ne seraient pas également obtenus par l'administration seule des préparations iodées à l'intérieur. Nous renvoyons d'ailleurs à l'intéressante observation que nous publions plus loin et que nous empruntons aux *Archives belges de médecine militaire*.

C'est par un rapport sur les travaux d'un laborieux chirurgien belge, que la Société a clos la séance. Ce rapport, rédigé par M. Denonvilliers, contient l'énumération d'un assez grand nombre de faits intéressants, pour que nous croyons utile de le publier textuellement.

Les titres envoyés à la Société par M. Michaux, de Louvain, à l'appui de sa candidature, sont nombreux, importants, et déjà connus de la plupart de vous, puisqu'ils consistent en travaux imprimés extraits des *Bulletins* de l'Académie de médecine de Belgique. Cette dernière circonstance me dispensera d'entrer dans de trop longs détails.

Les brochures dont la Société nous a confié l'examen sont au nombre de neuf :

1° La première contient deux observations intéressantes de hernie : l'une dans laquelle l'affection principale était compliquée d'un accident peu ordinaire, d'un abcès du sac; l'autre remarquable par cette circonstance qu'il existait à la fois deux hernies, l'une épiploïque et l'autre intestinale, contenues chacune dans un sac séparé;

2° La seconde consiste en une note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur, note dans laquelle nous avons vu avec plaisir confirmés, par les observations personnelles de l'auteur, les résultats fournis par l'examen des pièces du musée Dupuytren, et signalés depuis longtemps déjà à l'attention du public par notre rapporteur;

3° La troisième contient la relation de l'extirpation d'une tumeur parotidienne volumineuse pesant 1,100 grammes, opération accomplie avec hardiesse, couronnée de succès, et dont l'auteur a fait suivre le récit de réflexions judicieuses;

4° La quatrième a pour objet l'ablation heureuse d'un lipôme engagé entre l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, et s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à une petite distance de la clavicule;

5° Dans la cinquième, M. Michaux rapporte une belle observation de déchirure de la portion prostatique, de l'urètre et du col de la vessie, qui fut suivie d'inflammation, de suppuration

et de rétrécissement si étroit, que toute tentative de cathétérisme fut infructueuse. La vie du malade fut sauvegardée et plus tard la guérison définitive obtenue par l'opération de la boutonnière, le débridement multiple des tissus indurés, le pansement avec des mèches volumineuses et l'introduction des sondes de Mayor dans l'urètre ;

6° et 7° Les sixième et septième traitent d'une affection encore peu connue (l'hématocèle ou kyste sanguin du col), dont l'auteur cite cinq observations, en essayant d'en déterminer le siége, le diagnostic, le pronostic et le traitement ;

8° La huitième est destinée à faire connaître une anomalie très-rare de l'artère épigastrique qui se détachait, avec l'obturatrice, d'un tronc commun fourni par l'artère hypogastrique et montait immédiatement derrière le ligament de Gimbernat, disposition qui eût exposé le sujet à une hémorrhagie fâcheuse dans le cas où, à l'occasion d'une hernie crurale, le débridement eût été pratiqué au côté interne, suivant les règles adoptées par beaucoup de chirurgiens ;

9° La neuvième brochure présentée par M. Michaux est plus étendue et plus importante que les précédentes. C'est une sorte de petit traité des résections de la mâchoire supérieure, qui a d'autant plus d'intérêt pour nous, que les questions qui y sont traitées ont été plus d'une fois déjà soulevées et agitées dans le sein de la Société.

Dans cet ouvrage, rédigé avec beaucoup de clarté et riche de faits, M. Michaux établit que les résections de la mâchoire supérieure sont indiquées dans deux conditions bien différentes : 1° pour des maladies propres de cette partie ; 2° pour des maladies qui lui sont étrangères, spécialement pour des polypes naso-pharyngiens. Examinant ensuite les indications particulières à ce dernier genre de maladie, il arrive à cette conclusion qu'il y a dans les faits trop de variété pour qu'on arrête un plan uniforme d'opération, et que, parmi les polypes, quelques-uns, ceux dont le lieu d'implantation est unique, assez circonscrit, accessible, et dont la forme est assez régulière et le volume médiocre, peuvent et doivent être attaqués et enlevés à l'aide de résections partielles, tandis que d'autres, placés dans des conditions différentes, implantés sur des surfaces étendues par des points d'insertion profonds, forts et multipliés, poussant des prolongements dans les cavités voisines, formés par des tissus de mauvaise nature, nécessitent l'extirpation totale du maxillaire supérieur, afin que, d'une part, on puisse atteindre et poursuivre tous leurs embranchements, et que, d'une autre part, on arrive facilement à détruire complétement leurs racines, c'est-à-dire leurs points d'implantation et le périoste même sur lequel ils ont pris naissance.

Après avoir ainsi établi les indications dans une première partie de son opuscule, M. Michaux consacre un second chapitre à la médecine opératoire proprement dite, et se livre à un examen comparatif des méthodes et des procédés opératoires suivis dans les divers cas d'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire supérieur ; examen qui nous a paru fait avec une grande connaissance du sujet, ainsi qu'avec un esprit remarquable d'impartialité.

Enfin, l'auteur termine par un relevé fort instructif de tous les cas dans lesquels il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur en totalité. Ces cas sont au nombre de quinze. Sept malades ont succombé : un seul par le fait de l'opération, avec des accidents d'infection purulente ; les six autres par suite de récidives survenues plus ou moins longtemps après l'opération. Huit malades vivent encore aujourd'hui, et les guérisons datent pour deux, de 1 an 4 et 7 mois ; pour deux autres, de 5 ans 3 mois, et 8 ans 2 mois ; pour deux autres encore, de 9 ans 8 mois ; pour deux autres enfin, de près de 13 ans. La plupart des résections partielles ont aussi été suivies d'une guérison durable, résultat que l'auteur attribue à une excision large, suivie de la rugination et de l'application énergique du cautère actuel.

L'analyse rapide qui vient de vous être présentée suffit sans doute, messieurs, pour vous faire comprendre la valeur des titres de M. Michaux. Membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'Université de Louvain, chirurgien de l'hôpital civil de cette ville, notre confrère est parfaitement placé pour exercer son esprit observateur et son génie chirurgical. Les occasions ne lui ont pas manqué, et il n'a pas manqué aux occasions : c'est un chirurgien à la fois hardi et prudent ; le premier il a pratiqué en Belgique, dans le courant de l'année 1840, la résection du maxillaire supérieur ; son nom s'est attaché déjà à plusieurs questions chirurgicales, et sa réputation s'est étendue dans le monde scientifique, au delà des bornes de sa patrie. En conséquence, votre commission est d'avis de faire une réponse favorable à la demande de M. Michaux, et elle a l'honneur de vous proposer :

1° De le remercier de l'envoi qu'il nous a fait de plusieurs de ses productions ;

2° De lui accorder le titre de correspondant étranger de la Société de chirurgie.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

Leçon clinique sur l'enrouement.

(*Suite et fin. Voir le n° 62.*)

Traitement. — Lorsque le médecin se trouve en présence d'une simple phlegmasie catarrhale, d'un rhume, d'un enchifrènement, son intervention doit se borner à la prescription des soins hygiéniques auxquels se réduit la médication expectante ; la maladie s'est développée rapidement et subitement, elle disparaîtra à peu près de la même manière.

Telle n'est pas la conduite à suivre dans les phlegmasies chroniques dont nous avons décrit la marche et les caractères : de même que la plupart des affections chroniques des membranes muqueuses, celles qui nous occupent en ce moment réclament une médication active et soutenue.

C'est ici le lieu de bien comprendre que la plupart des maladies inflammatoires du larynx procèdent du pharynx.

Envisageons d'abord les phlegmasies du pharynx dans leurs rapports avec l'enrouement, et déduisons de ces rapports les indications thérapeutiques qui en découlent naturellement. Plus tard, nous porterons notre attention sur les inflammations de l'intérieur de la bouche et des fosses nasales.

S'il est vrai, dans l'ordre physique comme dans l'ordre moral, que le mal soit contagieux, le bien, on ne saurait le nier, l'est également, quoiqu'à un moindre degré.

Nous allons en donner un exemple.

On a à guérir une affection lichénoïde qui, étendue à toute la face dorsale de la main, tend incessamment à faire de nouveaux progrès : par un trait de nitrate d'argent, on sépare en deux parties égales la surface malade, puis sur l'une seulement de ces deux parties on applique un topique quelconque. La maladie cutanée s'efface dans celle des deux moitiés qui a subi l'agression directe de l'agent médicamenteux, mais en même temps elle se modifie et disparaît dans l'autre moitié, bien que sur cette dernière on n'ait placé ni onguent ni pommade.

Le fait que nous venons de rapporter conduit à une conséquence importante : une lésion que l'on combat dans une portion de son étendue peut spontanément guérir dans l'autre.

Des faits analogues aux précédents sont les suivants : une affection de la lèvre supérieure se développe dans le cours d'un coryza ; on s'occupe exclusivement de remédier au catarrhe des fosses nasales sans tenir compte de la complication dont il s'accompagne ; l'affection de la lèvre supérieure disparaît d'elle-même et sans le secours d'aucun moyen thérapeutique.

Une femme a une maladie de la matrice : le spéculum fait découvrir, sur le col de l'utérus, des granulations rouges et enflammées ; par l'orifice du museau de tanche a lieu un écoulement continuel de mucus, écoulement qui, à n'en pas douter,

résulte d'une affection catarrhale de la cavité du col. On s'abstient de toucher à la surface granuleuse ; à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent, on supprime à la fois et la sécrétion anormale et la lésion morbide qui en est la source ; la membrane muqueuse du museau de tanche rentre d'elle-même dans ses conditions normales.

Une maladie du larynx a son point d'origine dans une affection du pharynx ; vient-on à combattre avec succès l'affection du pharynx ? on voit graduellement la première des deux affections céder à l'influence indirecte de la médication dirigée contre la seconde.

Dans les laryngites consécutives à une inflammation chronique du pharynx, l'indication fondamentale du traitement est de modifier l'état morbide de la muqueuse pharyngienne ; l'agent thérapeutique le plus puissant, celui auquel nous accordons la préférence, consiste dans une solution de nitrate d'argent composée comme il suit :

Eau distillée.	12 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. .	4 —

Avec cette solution, on doit toucher tous les points du pharynx accessibles à la vue.

La langue étant préalablement abaissée, on promène successivement, sur toute la surface de la membrane muqueuse, un pinceau de poils de blaireau convenablement imprégné du liquide cathérétique. Il est important de procéder dans cette petite opération avec beaucoup de précaution et de douceur, autrement on s'exposerait à faire naître des sensations douloureuses et à provoquer des mouvements involontaires d'expuition de la part du malade. On se trouverait de cette façon réduit à la nécessité d'une cautérisation incomplète et par conséquent inefficace.

On fait avaler au malade un peu d'eau, afin de diminuer l'impression styptique et désagréable que produit le nitrate d'argent.

La cautérisation du pharynx, dans les commencements, doit être renouvelée au moins trois fois par semaine ; au bout de quelque temps, on augmente les intervalles compris entre chaque opération, en se guidant sur les effets obtenus, et on subordonne la durée totale de la médication au degré d'ancienneté de l'affection. C'est ici le lieu de rappeler ce précepte dont on ne saurait trop se pénétrer : qu'aux maladies chroniques il faut opposer une thérapeutique chronique.

Toutes les fois que le début de la phlegmasie pharyngienne remonte à un an et même à six mois, il est nécessaire, lors même que le malade a complétement recouvré la voix, de continuer la cautérisation du pharynx pendant quelques mois. A ce prix seulement on parviendra à détruire l'habitude d'inflammation contractée par la membrane muqueuse, et à prévenir le retour des accidents morbides.

La présence des follicules muqueux hypertrophiés n'est pas liée, comme on pourrait le penser au premier abord, à la persistance de l'inflammation ; la rougeur et la saillie de ces organes subsistent quelquefois indéfiniment après la disparition complète de la pharyngite, le médecin qui se dirigerait d'après les indices trompeurs qu'elles fournissent serait entraîné à prolonger pendant plusieurs années une médication devenue inutile.

La cautérisation du pharynx, telle que nous venons de la décrire, constitue le mode de traitement le plus simple auquel on puisse avoir recours, celui par conséquent que l'on doit mettre en usage dans le plus grand nombre des cas. Les circonstances de localité, le peu de temps dont on a à disposer, exigent quelquefois que le soin de porter la solution médicamenteuse sur les parties chroniquement enflammées soit confié au malade.

Lorsqu'on rencontre des personnes incapables, par suite de leur défaut d'intelligence ou d'habileté, de suppléer à l'intervention directe du médecin, on peut mettre en usage l'un des moyens de traitement que nous allons faire connaître.

Parmi ces moyens de traitement, celui qu'il convient d'indiquer en premier lieu a pour objet de modifier, par l'action topique d'une préparation mercurielle, les parties enflammées.

On instruit d'abord le malade à toucher lui-même le fond de sa gorge ; à cet effet, on l'engage à porter, sur les parties latérales du pharynx, le doigt indicateur de la main droite lorsqu'il s'agit du côté droit, et le doigt indicateur de la main gauche lorsqu'il s'agit du côté gauche ; après quelques jours d'essai, il contracte l'habitude de cette manœuvre, qui est d'ailleurs d'une exécution très-simple et très-facile.

Aussitôt que le contact du doigt avec les piliers du voile du palais et la base de l'épiglotte cesse de susciter des mouvements spasmodiques, on prescrit la poudre suivante :

Précipité blanc.	0,50 cent.
Sucre porphyrisé	0,50 —

La face palmaire de la phalange onguéale, humectée au moyen d'un peu d'eau et chargée d'une légère pincée de cette poudre, est successivement et lentement conduite de la partie supérieure des amygdales à l'épiglotte.

Que se passe-t-il ?

Les applications topiques réitérées, auxquelles se soumet le malade, constituent une médication substitutive comparable à celle par laquelle on combat les affections chroniques du nez, à celle qui résulte de l'emploi de certaines pommades, telles que la pommade de Desault.

Le précipité blanc, dans cette circonstance, agit au même titre que le nitrate d'argent ; contrairement aux apparences, son usage, d'après les règles que nous venons de tracer, est d'une efficacité puissante, efficacité que l'on retrouve lorqu'on a à guérir certaines variétés de toux, dont la persistance est due à un chatouillement continuel de l'entrée du larynx ; nous avons désigné les toux que l'on connaît généralement sous le nom de toux férines.

La médication substitutive par le précipité blanc expose à un accident dont il importe d'être prévenu ; nous voulons parler de la salivation mercurielle. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes chez lesquelles, par suite d'une susceptibilité particulière, l'application topique du protochlorure de mercure et des autres composés mercuriels détermine, au bout de dix ou quinze jours, l'apparition d'une stomatite mercurielle.

On recommande aux malades de surveiller l'état de leurs gencives, et de suspendre l'emploi du médicament si, après un certain intervalle de temps, ils voient apparaître du gonflement, de la rougeur et de la sensibilité.

Un médecin du théâtre Italien, qui, entre 1825 et 1830, a publié plusieurs mémoires sur l'usage de l'alun dans les maladies des chanteurs, M. Bennati, a insisté d'une manière spéciale sur les avantages que présentaient, suivant lui, les gargarismes alumineux.

Nous ne saurions, à ce sujet, nous dispenser de faire quelques remarques.

Lorsqu'un malade se gargarise convenablement, il contracte les muscles destinés à fermer l'isthme du gosier de manière à empêcher l'accès dans le pharynx de la liqueur médicamenteuse, dont l'action topique se trouve limitée aux amygdales, au voile du palais et à la base de la langue. Quelques gouttes de liquide peuvent, par exception, tomber dans la cavité pharyngienne ; jamais elles n'atteignent le larynx.

Il est facile de comprendre par là combien doit être restreinte l'influence curative des gargarismes alumineux ; il est vrai de dire qu'elle suffit néanmoins contre les inflammations chroniques qui sont franchement catarrhales, et qui ne remontent pas à une époque très-éloignée.

Le gargarisme de Bennati consiste en une solution saturée d'alun ; on voit souvent les chanteurs qui l'emploient recouvrer, dans l'espace d'une heure, l'usage de la voix.

La température des gargarismes alumineux n'est pas une circonstance insignifiante, au point de vue de leur action thérapeutique, elle doit être aussi élevée que possible. Leur usage longtemps prolongé altère l'émail des dents, il les ramollit, leur communique une teinte jaunâtre et fait souvent naître la carie. L'alun qui, avec l'éther sulfurique, sert à composer la pâte odontalgique de M. Lefoulon, agit d'une façon analogue ; les

dents placées au voisinage de la dent sur laquelle on l'applique se gâtent beaucoup plus rapidement sous son influence qu'elles ne le feraient sous l'influence de la carie que l'on a pour but de guérir.

Nous avons dit plus haut que les phlegmasies chroniques du pharynx étaient souvent de même nature que les affections herpétiques de la peau ; à l'appui de notre opinion, nous avons cité l'exemple de malades chez lesquels on voit successivement apparaître un eczéma chronique situé au voisinage du nez et des narines, des croûtes et, plus tard, une sécrétion fétide qui ont leur siége dans l'intérieur des fosses nasales, de la surdité, des douleurs dans le pharynx, et en dernier lieu de l'enrouement.

Il serait difficile de méconnaître, dans le mode d'évolution des symptômes que nous venons de rappeler, l'invasion d'une maladie herpétique gagnant de proche en proche les fosses nasales, les trompes d'Eustache, le pharynx et le larynx.

Ici la guérison rencontre de sérieux obstacles : l'affection inflammatoire qui produit l'enrouement résiste avec d'autant plus d'énergie aux agents thérapeutiques dirigés contre elle, qu'elle appartient à une classe d'affections diathésiques dont la ténacité, dans le lieu qu'elles occupent et le défaut de mobilité forment les traits les plus saillants.

Il existe des affections diathésiques mobiles, de ce nombre est le rhumatisme : le médecin qui a affaire à une otite, dès qu'il sait qu'elle est de nature rhumastismale, possède l'assurance de la guérir facilement. Le médecin qui, au contraire, se trouve en présence d'une otite dartreuse, par le seul fait de la nature spéciale de la maladie, sait, dès l'avance, qu'il aura à triompher d'une résistance opiniâtre à l'influence des agents thérapeutiques.

Personne n'ignore combien sont difficiles à détruire les catarrhes chroniques de l'utérus qui ont leur point de départ dans un eczéma chronique de la vulve, leur persistance n'a d'égale que celle des affections des fosses nasales, du pharynx ou du larynx, qui succèdent à une éruption herpétique.

Il y a quatre ans environ, une dame qui habite le département du Nord, vint réclamer nos conseils pour une couperose qu'elle portait sur le nez et sur une partie du visage : nous lui prescrivîmes de pratiquer des lotions avec de l'eau simple élevée au plus haut degré de température qu'elle pourrait supporter, nous l'engageâmes en même temps à faire usage d'une infusion de douce-amère.

La maladie cutanée disparut, mais très-peu de temps après sa disparition, le pharynx, le larynx et les bronches devinrent le siége d'une inflammation chronique qui, à la vérité, ne donna lieu à aucun accident alarmant, mais amena avec elle un enrouement très-prononcé et une toux continuelle.

Notre cliente vint de nouveau nous trouver, nous ne pûmes la rappeler à un état de santé parfaite qu'après un traitement de dix mois.

Lors de la première médication conseillée par nous, une condition morbide avait échappé à notre attention, nous voulons parler de la cause herpétique, l'existence de cette cause doit être prise en considération toutes les fois qu'elle s'ajoute comme élément aux maladies du pharynx et du larynx, que l'on a à combattre. Le malade est-il sujet, après ses repas, à des fluxions du côté des fosses nasales, contracte-t-il facilement un coryza sous l'impression, même légère, du froid ? On commence le traitement par l'application d'agents topiques propres à modifier la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales. On prescrit au malade d'aspirer par les narines de l'eau tenant du calomel en suspension, ou un composé sulfureux en dissolution.

Nous accordons ordinairement la préférence à la solution suivante :

Eau distillée.	200 grammes.
Sulfure de potassium. . . .	2 —

Mettre une cuillerée à café de la liqueur dans un bol d'eau très-chaude. En faire usage trois fois par jour.

Cette médication, quelque peu active qu'elle paraisse, produit souvent un gonflement douloureux dans l'intérieur du nez, on ramène ses effets dans des limites convenables en diminuant la proportion de sulfure de potassium.

Tous les deux ou trois jours on peut porter sur les fosses nasales, par l'intermédiaire d'une certaine quantité d'eau, des poudres mercurielles dont le choix doit être réglé sur la notion empirique des susceptibilités individuelles. On sait, à cet égard, que telle préparation mercurielle qui agit avec succès chez un malade demeure sans efficacité chez un autre ; que le précipité rouge et le précipité blanc, qui ont l'un et l'autre de bons effets dans un certain nombre de cas, en ont de mauvais dans un certain nombre d'autres.

En même temps qu'on s'attache à modifier ainsi la membrane muqueuse des fosses nasales, on recommande au malade de faire assidûment usage, à titre de gargarisme, de la solution sulfureuse précédemment indiquée ; on augmente le degré d'activité de cette solution en diminuant la proportion d'eau qui entre dans sa composition.

Un moyen de traitement qui compte de nombreux succès consiste dans l'administration à l'intérieur des eaux sulfureuses ; on prescrit soit les eaux d'Enghien, soit les eaux de Cotterets coupées avec du lait ; le malade doit les avaler par petites gorgées, si désagréable que puisse être ce mode d'ingestion.

Les divers secours thérapeutiques que nous venons d'énumérer ne sont pas toujours suivis, dans leur emploi, de résultats utiles ; lorsqu'après un certain laps de temps on ne voit pas se manifester l'amélioration qu'on est en droit d'attendre, il convient de les abandonner, de combattre le mal dans les points les plus rapprochés de ceux où il a son siége principal, et de porter autant que possible les agents médicamenteux sur le larynx lui-même, soit par voie de cautérisation directe, soit par voie d'inspiration ou d'insufflation.

M. Grimm de New-York, pour cautériser le larynx, se sert d'une sonde que sa courbure permet de faire pénétrer dans l'intérieur de cet organe ; une éponge, imprégnée d'une solution de nitrate d'argent, est adaptée à l'extrémité de la sonde ; conduite et placée avec précaution au niveau de l'épiglotte, elle doit être brusquement introduite dans la cavité glottique, dont on la retire aussitôt avec rapidité.

Le procédé de M. Grimm est d'une application difficile, même sur le cadavre, où l'absence de contractions spasmodiques est sans contredit de nature à simplifier à un haut degré l'opération dans laquelle il consiste. Il a presque toujours échoué entre nos mains.

Comme le médecin de New-York, nous avons recours à la cautérisation du larynx, seulement nous nous contentons d'agir directement sur les ligaments arythéno-épiglottiques et sur la face postérieure de l'épiglotte.

Le médecin construit lui-même l'instrument dont nous avons coutume de nous servir : il prend une tige de baleine d'une longueur convenable, d'une épaisseur de 7 à 8 millimètres, il en arrondit les angles, puis après l'avoir ramollie à l'une de ses extrémités, soit en la plongeant dans un vase rempli d'eau bouillante, soit en la soumettant à la chaleur d'une bougie, il la recourbe à angle droit et la tient ainsi coudée sur elle-même jusqu'au moment de son complet refroidissement. Au moyen d'une petite encoche, il adapte une éponge qu'il fixe solidement à l'aide de cire à cacheter.

Lorsque l'éponge, préalablement humectée, a reçu une forme convenable, le médecin l'imprègne de la solution cathérétique, la secoue légèrement, et, après avoir abaissé la langue du malade, la porte rapidement dans le pharynx jusqu'à l'entrée de l'œsophage, puis la ramène de bas en haut en suivant la face postérieure du larynx. L'épiglotte est soulevée ; l'éponge vient s'appliquer directement sur l'orifice supérieur de la cavité laryngienne, on la retire, les contractions spasmodiques que sa présence a suscitées font le reste.

Dans certaines aphonies, nous avons vu des malades, sous l'influence de ce mode de cautérisation, reprendre instantanément en quelque sorte l'usage de leur voix ; la guérison s'établis-

sait d'une manière durable après quelques améliorations de courte durée.

La cautérisation directe du larynx présente des inconvénients réels chez quelques femmes délicates et nerveuses ; ajoutez qu'elle réclame impérieusement et constamment l'intervention du médecin. Dans un grand nombre de circonstances, on lui substituera avec avantage une médication que l'expérience nous a montré n'être pas moins efficace : nous voulons parler de l'inspiration de certaines vapeurs.

Pline et Dioscoride conseillaient aux malades atteints de l'affection qu'ils désignaient par l'expression de *raucedines vocis*, de ce que nous appelons aujourd'hui aphonie et enrouement, de projeter de l'arsenic sur des charbons ardents et d'aspirer les vapeurs qui se formaient aussitôt.

Nous avons adopté le principe de la médication imaginée par Pline et Dioscoride, nous en avons en même temps rendu plus simple et plus facile le mode d'application.

Avec une solution composée comme il suit :

Eau distillée.	25 grammes.
Arséniate de potasse. . . .	1 —

on imprègne une feuille de papier josèphe : cette feuille, après avoir été séchée à l'étuve, est divisée de manière à donner un nombre déterminé de carrés de papier contenant chacun 5 centigrammes d'arséniate de potasse. Chaque carré de papier plié plusieurs fois sur lui-même et suivant le même sens, forme une cigarette qui brûle lentement et dont le malade fait passer la fumée dans la bouche, dans le larynx et dans les bronches.

L'arsenic, réduit et volatilisé pendant la solution, vient exercer sur les parties malades une action topique et substitutive.

On peut faire usage par jour de deux ou trois cigarettes.

Nous avons indiqué les moyens thérapeutiques auxquels nous avons recours ; il nous reste à signaler ceux qui, à notre avis, doivent être proscrits d'une manière absolue, en raison de leur complète inefficacité. Nous rejetons les vésicatoires, les cautères, les pommades stibiées, l'huile de croton tiglion ; les fâcheux inconvénients qu'ils entraînent avec eux et après eux sont trop bien connus pour que nous ayions besoin de les mentionner. Aux médecins qui prétendent guérir des laryngites chroniques, en agissant sur la région du cou correspondant au larynx, nous demanderons ce qu'il faudrait penser de l'application, dans la paume de la main, d'un vésicatoire, en vue de guérir une affection dartreuse située à la face dorsale de cet organe.

Dr A.-H. MARGERIE.

Hôpital Saint-Antoine. — M. CHASSAIGNAC.

Rupture des fibres arciformes de l'aponévrose du grand oblique. — Hernie inguinale brusque au moment de la rupture.

Avant de décrire le fait extrêmement curieux dont nous avons à nous occuper, il ne sera pas sans utilité de placer sous les yeux du lecteur le détail d'anatomie chirurgicale sur lequel repose notre description clinique.

Entre l'épine du pubis et la symphyse, l'aponévrose du grand oblique se divise en deux bandelettes qui s'écartent l'une de l'autre, à mesure qu'on les examine dans un point plus déclive. C'est cette séparation, cette éraillure naturelle, qui forme l'anneau inguinal, destiné au passage du cordon chez l'homme et du ligament rond chez la femme. Chacune des bandelettes constitue l'un des *piliers* de l'anneau. Remarquez, en passant, le vice de cette dénomination. Que signifient des piliers pour un anneau ? On les comprend très-bien comme parties latérales d'une arcade ou ogive, quand l'ouverture est triangulaire : du moment qu'elle est considérée comme un anneau, la dénomination de piliers n'a plus de sens raisonnable. Le premier anatomiste qui a appliqué le nom de piliers avait évidemment sous les yeux un de ces anneaux comme on en observe chez certains sujets qui offrent des hernies anciennes et volumineuses, et chez lesquels les deux bandelettes, fortement séparées à leur attache pubienne, circonscrivent un triangle, une sorte d'arcade pointue dont la base est formée par l'os, tandis que les bords et le sommet sont seuls aponévrotiques.

Le sommet de cette arcade ou anneau est bridé par des *fibres arciformes* à convexité inférieure, qui unissent entre elles les deux bandelettes. Quand ces fibres sont bien développées, les bandelettes ou piliers sont fortement reliées entre elles ; le sommet de l'arcade est un peu arrondi ; tous les points du pourtour aponévrotique sont solidaires, et si le doigt est introduit dans un pareil anneau, même à travers la peau, il sent sur tous les points un cercle fibreux et tranchant bien nettement délimité.

Les fibres arciformes sont-elles absentes ou trop peu développées ? On ne reconnaît plus avec le doigt, à la partie supérieure de l'anneau, cette résistance tranchante si marquée dans le premier cas. Les deux piliers de l'anneau offrent beaucoup moins de résistance ; ils s'écartent facilement l'un de l'autre sous l'action du doigt qui, en pressant contre le pilier externe, sent une résistance molle représentée par les fibres inférieures du petit oblique. S'il presse contre le pilier interne, il sent de même un faisceau mou formé par le bord externe du muscle droit.

Ainsi l'anatomie disséquée, aussi bien que l'exploration au moyen du doigt, à travers la peau, font donc apprécier deux dispositions très-différentes de l'ouverture inguinale : les anneaux mousses et les anneaux tranchants, les anneaux à sommet curviligne et les anneaux à pointe ou anguleux.

Ces variétés anatomiques qui tiennent aux degrés divers de développement de l'écharpe arciforme, ont plus d'importance qu'on ne croit. Quand les fibres arciformes sont bien développées, s'il y a hernie, le sommet de l'anneau constitue un rebord d'autant plus épais que la hernie est plus volumineuse, parce que, à mesure que les fibres arciformes sont refoulées, elles se tassent en un faisceau de plus en plus épais. Nous attachons à cette disposition des fibres arciformes, et au ralliement des piliers de l'ouverture inguinale, une telle importance qu'à nos yeux elle suffit pour rendre facile ou difficile l'étranglement dans les hernies.

L'étranglement inguinal n'existe que chez les sujets qui offrent des anneaux tranchants ; il ne s'observe que rarement chez ceux qui n'ont pas de fibres arciformes ou qui n'en ont que de très-faibles.

Il est donc des sujets chez lesquels l'exploration avec le doigt à travers la peau fait reconnaître un anneau net et tranchant ; il en est chez lesquels on ne trouve qu'un pourtour émoussé.

Toutes ces assertions, qui pourront sembler étranges à un premier aperçu, deviendront plus évidentes, et nous osons l'espérer, plus certaines à mesure que se développera une doctrine encore peu connue sur le mécanisme de l'étranglement herniaire.

Bornons-nous à dire, pour le moment : qu'il est au pouvoir d'une grande violence exercée sur l'abdomen, soit directement, soit par un effort excessif du sujet fortement renversé en arrière, de transformer la disposition de l'anneau tranchant en anneau mousse par la rupture brusque des fibres arciformes de l'aponévrose du grand oblique.

Ceux qui veulent s'éclairer par l'anatomie, sur la réalité du fait que nous signalons, peuvent y arriver par quelques expériences qui les édifieront plus vite sur ce sujet que ne le ferait une longue description.

1re *Expérience*. — Après avoir constaté sur un cadavre, au moyen du refoulement de la peau du scrotum à travers l'anneau, la disposition aponévrotique du cercle fibreux inguinal, introduisez une forte pince à polype, de manière à faire éclater le cintre aponévrotique. Vous trouverez alors, en reportant le doigt dans l'intérieur de l'anneau, que vous n'avez plus affaire qu'à une ouverture à contour mousse et souple, n'ayant plus rien de tranchant.

2e *Expérience*. — Si, au lieu de procéder par dilatation forcée, on emploie le ténotome de manière à diviser par le procédé sous-cutané le cintre aponévrotique de l'anneau, et si on

explore de nouveau, on est frappé de l'état souple, mousse, arrondi et flexible que présente l'ouverture inguinale. Il ne suffit donc pas, pour donner lieu à la sensation d'orifice fibreux, que les bandelettes existent, il faut encore qu'elles soient reliées entre elles par les fibres arciformes.

3e *Expérience*. Enfin, si pour se rendre compte plus directement encore de cette disposition anatomique, on met à découvert l'aponévrose du grand oblique, et si, après une première exploration, on divise avec le bistouri les fibres arciformes, au moment où on renouvelle l'exploration, on constate les différences caractéristiques dont nous avons parlé.

Les considérations préliminaires que nous venons de soumettre au lecteur nous permettent d'aborder maintenant le récit de notre observation, avec l'espoir d'être compris dans la signification que nous attribuons au fait récemment observé par nous.

Lamy (Joseph), âgé de 39 ans, mécanicien, rue de Charenton, 66, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 février 1853.

Cet homme, à son entrée, présente une entérocèle inguinale volumineuse, du côté gauche. M. Bailly, interne du service, réduit la hernie et applique un bandage. Cette hernie date de 6 jours. Elle s'est produite brusquement et voici dans quelle circonstance.

Cet homme était occupé, avec deux autres ouvriers, à porter sur l'épaule une poutre très-pesante. Ses deux camarades lâchant tout à coup l'extrémité qu'ils soutenaient, tout le poids de la poutre, augmenté du choc qu'elle reçoit dans sa chute, vient porter sur l'épaule de notre malade. Celui-ci, ne pouvant soutenir un choc si violent, est renversé sur ses reins et tombe sur les genoux. Il y a donc eu incurvation du corps en arrière, pendant un violent effort.

Le lendemain, 17 février, à la visite du matin, nous enlevons le bandage mis la veille. La hernie n'est pas ressortie. Mais en introduisant le doigt dans l'ouverture inguinale, nous la trouvons trois fois plus grande que celle du côté opposé. Le malade nous déclare cependant que jamais il n'a eu, antérieurement à son dernier accident, rien qui ressemblât à une hernie du côté gauche. Une teinte, légèrement jaunâtre, indique encore l'ecchymose qui a eu lieu ces jours derniers au moment de la rupture. Indépendamment de sa grandeur exagérée, comparativement à celle de l'anneau opposé, dont le contour mince, tranchant et bien arrêté, est facile à sentir, l'ouverture inguinale gauche nous offre encore d'autres caractères que nous avons étudiés avec le plus grand soin.

Le doigt introduit dans l'anneau inguinal fait reconnaître que le bord interne de cet anneau est très-épais, et que le pilier interne semble avoir disparu. Ce qui tend à prouver que c'est la déchirure des fibres arciformes qui est la cause de cette particularité, c'est que si l'on porte le doigt en haut et un peu en dehors, on ne sent plus qu'une limite mousse et peu résistante. Voici sur quelles considérations M. Chassaignac fait reposer l'idée que les fibres arciformes de l'aponévrose du grand oblique ont été déchirées :

1° Le malade n'a jamais eu de hernie antérieurement à l'accident qui vient d'avoir lieu, ces jours derniers. Or, sans l'hypothèse de la déchirure, on ne comprendrait pas qu'en un aussi court espace de temps, il ait pu se former une ouverture inguinale aussi considérable que celle qu'on observe ;

2° Il y a eu apparition de la hernie et d'une hernie volumineuse, tout d'un coup et dans un effort extraordinairement violent ;

3° Une ecchymose à production également instantanée et sans autre cause que l'effort, a eu également lieu au moment de l'accident, ainsi que l'atteste la coloration jaune du tégument dans cette région ;

4° L'ouverture inguinale, au lieu de présenter une forme plus ou moins régulièrement annulaire, a pris une forme ogivale très-prononcée.

5° Les bords de cette ouverture, au lieu d'être tranchants et fibreux, sont mousses et dépressibles, comme le serait le pourtour d'un trou pratiqué dans des fibres charnues.

6° Les deux ouvertures inguinales, comparées à droite et à gauche, forment un contraste frappant : l'une présente les caractères connus de l'anneau du grand oblique, l'autre les apparences d'un trou au milieu d'une membrane purement musculaire ;

7° Enfin, l'absence d'étranglement jusqu'au sixième jour d'une hernie qui s'est brusquement produite dans un effort violent et qui n'a point été réduite dans les vingt-quatre heures, semble encore confirmer l'idée qu'il y a quelque chose d'exceptionnel dans les conditions de cette hernie.

Le reste de l'observation n'a rien présenté de particulier et le malade a quitté l'hôpital le 20 février 1853, après avoir reçu un bandage.

Ce fait nous a paru digne d'intérêt sous plusieurs rapports. Il suffirait à lui seul pour rendre compte de la singulière erreur qui a pendant un temps porté les chirurgiens à considérer les hernies comme des ruptures, ainsi que l'atteste l'ancien langage. Il est à présumer en effet que, dans quelques cas plus ou moins analogues à celui que nous rapportons, l'idée d'une rupture s'est invinciblement produite dans l'esprit des observateurs, qui ensuite, et par une généralisation abusive ont étendu à l'ensemble des faits ce qui était précisément le cas le plus exceptionnel. D'autre part, l'espèce d'immunité dont paraît jouir, eu égard à l'étranglement, une hernie avec rupture des anneaux fibreux, pourrait conduire à une pratique au premier abord bien étrange, celle qui consisterait à combattre, d'une manière préventive, l'étranglement par la section sous-cutanée des anneaux. Nous qualifions cette pratique d'étrange sur sa qualification la plus indulgente. Car il est évident que si cette pratique faisait quelque chose d'utile au point de vue de l'étranglement, elle créerait une prédisposition flagrante à la production des hernies. Là serait l'abus et la déraison, car avant de s'occuper de l'étranglement, il est à la fois plus opportun et plus sensé de prévenir la hernie elle-même et non d'en faciliter la formation.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Abcès par congestion. — Injections iodées. — Mort.

Par M. Hamelius, *médecin adjoint à l'hôpital militaire de Louvain.*

On rapprochera avec intérêt le fait qu'on va lire de celui qu'a communiqué avant-hier M. Chassaignac à la Société de chirurgie ; mais on le rapprochera peut-être avec plus d'intérêt encore du fait qui a été publié dans le numéro *spécimen* du *Moniteur des Hôpitaux*, par M. le docteur Declat de Neboud, fait qui est un des plus beaux exemples d'abcès par congestion avec luxation spontanée du fémur, guéri par la seule administration à l'intérieur d'une excellente préparation de proto-iodure de fer, les dragées de M. Gille, ancien interne distingué en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Si les observations de M. Chassaignac et de M. Hamelius prouvent jusqu'à quel point peuvent être dangereuses les injections iodées, il n'en est pas moins vrai que d'autres observations, et en bien plus grand nombre, démontrent les avantages thérapeutiques de ces injections. Mais est-ce à l'action locale de ces injections, est-ce à l'absorption du médicament, comme semblent disposés à le penser MM. de Castelnau et Bonnet, de Lyon, qu'il faut en attribuer les heureux effets ? C'est là une question de la plus grande importance pratique, surtout en ce qui concerne le traitement des affections suppurantes, et une question que le fait de M. Declat de Neboud tend à résoudre conformément aux vues de MM. Bonnet et de Castelnau. Nous croyons donc utile, en publiant le fait qu'on va lire, d'appeler sur ce point capital de thérapeutique, la sérieuse attention des praticiens.

Observation. — Van Meerbech (Jean), âgé de 20 ans, célibataire, soldat au 12e de ligne, entré au service militaire, le 17 mai 1850, en qualité de remplaçant, journalier avant cette époque, de tempérament lymphatico-sanguin, homme robuste et connu à Louvain pour sa force herculéenne, dit n'avoir eu jamais d'autre maladie que la fièvre intermittente. Il attribue

sa maladie actuelle à un grand effort qu'il fit il y a deux ans. Plusieurs hommes emportaient avec peine un meuble très-pesant; il paria de le charger et de le porter à lui seul sans aucun aide. Il gagna son pari, mais il fut pris, en se déchargeant de son fardeau, d'une douleur subite dans les reins qui dura plus d'un mois.

En 1851, au camp de Beverloo, il fut pris de douleurs vives au membre inférieur gauche. Ces douleurs étaient lancinantes, et s'irradiaient des régions lombo-sacrée et inguinale jusque dans les orteils; elles avaient été précédées et s'accompagnaient de roideur et d'engourdissement du membre. Il se rétablit en peu de temps et revint en congé à Louvain, sa ville natale. Dans les trois derniers mois de l'année, il entra deux fois à l'hôpital civil, où il fut traité la première fois pour un lumbago, et la seconde fois pour une sciatique du côté droit.

Le 18 décembre dernier, enfin, il entra par ordre ministériel à l'hôpital militaire. Son état était alors le suivant : faiblesse et lassitude des membres inférieurs qui sont le siége de fourmillements continuels et parfois de douleurs lancinantes suivant les nerfs sciatiques et cruraux. Ces dernières, peu marquées quand le malade est couché et dans l'immobilité, se déclarent et s'exaspèrent quand il fait des efforts pour se retourner dans son lit ou qu'il essaie de marcher.

La pression des points névralgiques, sur une petite étendue, provoque également des douleurs lancinantes suivant le trajet des nerfs.

L'émission des urines et les selles sont régulières et faciles. L'état général laisse peu de chose à désirer; il existe un certain embonpoint, l'appétit et le sommeil sont bons, le pouls régulier et assez fort, et la peau souple; point de fièvre hectique; enfin les viscères sont exempts de toute lésion appréciable.

Les symptômes signalés vers les extrémités inférieures font porter l'attention sur la moelle épinière dont l'examen, fait avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, ne fournit aucun signe positif. Point de déformation de la colonne vertébrale ni de douleur fixe qui puisse être provoquée par la pression des apophyses épineuses ou de leur voisinage. Le diagnostic restait ainsi jusqu'à un certain point indécis; avions-nous affaire à une affection de la moelle ou de la colonne vertébrale, incomplétement caractérisée, ou n'était-ce là qu'une des nombreuses manifestations du principe rhumatismal? La dernière supposition fut d'abord adoptée parce qu'elle donnait plus de prise à la thérapeutique; le malade fut soumis à l'usage interne de la teinture de colchique et un vésicatoire lui fut appliqué à la région des lombes.

Trois semaines s'étaient écoulées depuis l'entrée du sujet à l'hôpital, sans amélioration aucune dans son état, lorsque parut sur le côté gauche de la région lombaire, à quelque distance du vésicatoire, une tumeur molle, fluctuante, du volume du poing, qui fut jugée constituée par un abcès par congestion. Le diagnostic de la maladie fut ainsi éclairé : ce n'était pas une affection rhumatismale, mais une carie vertébrale que nous avions à traiter, et le traitement dut subir les modifications convenables.

M. Boinet venait de proclamer contre ce genre d'affection les injections de teinture d'iode, et cette médication avait déjà obtenu en France des suffrages assez nombreux et assez importants pour nous autoriser à y avoir recours.

L'abcès fut donc ponctionné le 18 janvier, et fournit à peu près 400 grammes d'un pus d'assez bonne nature, blanc, homogène, d'une certaine consistance et sans mélange de parcelles d'os nécrosé. L'examen au stylet, qui pouvait être poussé à une profondeur de plusieurs pouces, ne fit reconnaître aucune surface dénudée ou cariée. L'ouverture faite pour évacuer le pus servit à injecter dans la cavité de l'abcès 50 grammes à peu près de teinture d'iode étendue du double de son poids d'eau. La première injection ne détermina qu'une douleur médiocre et fut suivie dans la journée d'une légère excitation fébrile. Le lendemain, la poche était de nouveau remplie, et à la levée du pansement il s'écoula une centaine de grammes d'un pus plus séreux que celui de la veille; il y avait une inflammation modérée. Le 20, l'injection fut répétée, les suites furent les mêmes que la veille, à la douleur près qui fut beaucoup plus forte. Le 23, nouvelle injection, celle-ci fut tellement douloureuse que le malade demanda qu'on les suspendît. L'inflammation consécutive n'était cependant ni étendue, ni intense. On ne fit donc les jours suivants qu'un pansement simple; l'ouverture de l'abcès, loin de se fermer, continua à fournir une quantité considérable d'un pus mal lié, fétide. Les injections iodées, quoique faites avec soin, avaient produit des résultats plus désavantageux que favorables et furent définitivement abandonnées.

On s'en tint donc pour la suite à un régime réparateur et aux modificateurs généraux. L'huile de morue n'étant pas supportée par le malade, on eut recours à l'usage de l'iodure de potassium. Le traitement n'empêcha pas la maladie de suivre une marche lentement progressive. A partir de l'ouverture de l'abcès, le malade s'affaiblissait et s'amaigrissait insensiblement, la fièvre hectique survint. Le dépérissement dû à la suppuration abondante fournie par la plaie résultant de l'ouverture de l'abcès augmentait, sans aggravation notable des phénomènes morbides dont les membres inférieurs étaient le siége.

Le malade traversa ainsi les mois de février, mars et avril, et mourut le 10 mai, dans une syncope, d'une manière inattendue, quelques instants après avoir reçu la visite de sa mère.

Vers la fin d'avril, il s'était plaint de tension d'abord dans l'hypochondre gauche, puis dans la partie interne et supérieure de la cuisse du même côté. On y avait constaté une tuméfaction circonscrite, mais profonde, résultat d'un nouvel abcès par congestion.

Autopsie. — Le cadavre est très-amaigri et exsanguë. Rien au cerveau ni dans les viscères de la poitrine, il n'y avait surtout pas d'abcès métastatiques qui auraient indiqué une résorption purulente.

Les lésions principales avaient leur siége à la dernière vertèbre dorsale et aux quatre premières lombaires. Le long du côté gauche de la colonne et dans la fosse iliaque, il existait une énorme poche remplie de pus qui envoyait des prolongements dans différents sens. L'un de ces derniers contournait extérieurement la masse charnue du sacro-lombaire gauche et communiquait largement avec l'abcès ouvert quatre mois auparavant dans le dos; un autre passait avec les muscles psoas et iliaque dans la gaîne de celui-ci, sous le ligament de Poupart, dans la partie supérieure de la cuisse. Un troisième enfin plongeait sous l'excavation pelvienne. L'origine de la poche correspondait aux insertions du psoas à la colonne vertébrale. Le tiers supérieur était constitué uniquement par la gaîne fibreuse de ce muscle qui était détruit en grande partie. Le plexus lombaire, placé naturellement dans la masse de ce muscle, était entièrement dénudé et comme disséqué. Les altérations des nerfs n'étaient nullement en rapport avec la destruction des parties voisines, et c'est à peine si en quelques endroits on pouvait remarquer des destructions superficielles et peu étendues du névrilème.

En explorant la partie supérieure du sac, on arrivait à plusieurs points de la colonne où l'os était dénudé.

La colonne vertébrale n'a subi aucune déformation et le canal rachidien a conservé sa rectitude et ses dimensions normales; la moelle épinière, au niveau de ces lésions, est congestionnée et paraît un peu ramollie dans ses colonnes postérieures. (*Archiv. Belges de médecine militaire.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Reconstruction de l'Hôtel-Dieu dans la Cité.* La nouvelle que nous avons donnée dernièrement, relativement à la reconstruction, dans des proportions monumentales, de l'Hôtel-Dieu dans l'île de la Cité, paraît aujourd'hui définitive. La Faculté a adopté hier, en conseil, le plan du transport des deux services de chirurgie et d'accouchements de l'hôpital des Cliniques dans le futur monument, et l'affectation des bâtiments de cet hôpital aux collections de l'École. Dans l'état où en sont les choses, il est juste de rapporter à M. P. Dubois le mérite de cette idée et du succès qu'elle a obtenu.

— Les journaux politiques annoncent que les médecins hollandais habitant les îles de la Sonde ont eu la bonne pensée d'élever une statue à Jenner. Il est à craindre, cependant, que cette bonne pensée ne contrarie quelqu'un en France.

— On a annoncé que deux médecins sanitaires d'Orient, MM. Willemin et Amstein, avaient donné leur démission pour des motifs de santé. Le fait de la démission est exact; mais quant au motif, il est fort heureusement vrai que jamais M. Amstein ne s'est mieux porté. Quant à M. Willemin, s'il n'est pas dans un état de santé parfaite, il ne s'en faut du moins pas beaucoup, puisque cet honorable praticien vient d'être nommé inspecteur adjoint des eaux de Vichy, emploi dont il remplit déjà les fonctions.

— Par décret du 20 mai 1853, l'empereur a nommé dans la Légion d'honneur les officiers de santé dont les noms suivent, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie qui a sévi dans la subdivision de Bone :

Officier : M. Riboulet (Nicolas), médecin principal de 2e classe, 19 ans de service et 4 campagnes; chevalier du 15 avril 1846.

Chevaliers : MM. Mouchet (Jean-François-Henri), médecin aide-major de 1re classe, 20 ans de service et 7 campagnes; — Meurice (Jules-Philémon-Charles), pharmacien-major de 2e classe, 30 ans de service et 11 campagnes.

— M. le docteur Ricord commencera ses Leçons cliniques à l'hôpital du Midi, le mardi 31 mai, à huit heures du matin, et les continuera les mardi, jeudi et samedi, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 65. 1re année. Mardi 31 Mai 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Des rapports annuels sur les épidémies en France. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HÔPITAL NECKER. M. N. GUILLOT. Leçons cliniques sur le rachitisme, par M. Martin de Gimard. (*Suite.*) — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Goître enflammé. Injections répétées de teinture d'iode. Guérison, par L. Guilbert. — De la compression des carotides et des nerfs pneumo-gastriques contre les attaques épileptiques, par M. B. Schruff. — Sur plusieurs médicaments mexicains. — Sur un liniment phosphoré, par F. Sauvan. — **CORRESPONDANCE :** Injections iodées. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 30 mai 1853.

Des rapports annuels sur les épidémies en France.

Plus la science marche, plus cette vérité proclamée dans le remarquable rapport de M. Michel Lévy devient évidente : « La médecine ne renonce pas à guérir, mais elle espère surtout préserver. » Mais c'est surtout dans l'histoire des épidémies et des endémo-épidémies que cette vérité apparaît dans tout son jour. Combien sont rares et incertains les succès de l'art dans les maladies épidémiques confirmées ! combien, au contraire, sont grands et magnifiques les résultats de la prophylaxie ! L'histoire du typhus, du scorbut, de la lèpre et de la variole en fournit d'éclatants témoignages. Combien de plus importants encore restent cependant à conquérir ! Dans le rapport que nous venons de mentionner et sur lequel nous avions promis de revenir, M. M. Lévy a signalé avec espoir les conquêtes qui restent encore à faire ; il a fait plus : il a indiqué la voie qui pouvait y conduire ; cette voie, l'Académie l'a en partie ouverte lorsqu'elle a décidé qu'un rapport annuel sur les épidémies lui serait présenté. Toutefois, il faut le reconnaître, ces rapports n'ont eu jusqu'à ce jour qu'une utilité douteuse, ou qui, du moins, s'est bornée à inspirer à tous les médecins de la France le goût du travail et de l'observation. C'est beaucoup sans doute, mais ce n'est encore qu'un premier pas ; pour entrer pleinement dans la voie, pour la parcourir avec succès, il faut, comme l'a dit M. M. Lévy, dresser un inventaire annuel de la santé publique en France ; il faut y joindre un tableau fidèle de l'état sanitaire des animaux et de leurs maladies épidémiques. Lorsque ces deux vastes travaux auront été faits pendant plusieurs années, alors l'Académie pourra espérer d'en induire des conséquences qui conduiront aux applications les plus utiles pour la santé publique. Pour que ce grand but puisse être atteint, il ne suffit pas toutefois que les médecins observent ; il faut qu'ils observent et surtout qu'ils décrivent suivant un plan uniforme ; car trop souvent il arrive que les mêmes faits frappent plus spécialement les observateurs par tel ou tel détail, et que, par suite du point de vue auquel chaque observateur s'est placé, il trace une description qui n'est que très-difficilement comparable à celles de tous les autres. M. M. Lévy a vu cet écueil ; il a indiqué le moyen de l'éviter, dans les limites du possible. Il a, en terminant, exposé quelques principes et tracé quelques règles que nous ne saurions trop approuver et qui ne pourront manquer d'être féconds, quand le pouvoir aura pu les appliquer sur une vaste échelle.

Le savant rapporteur a lui-même résumé ces règles et ces principes dans deux propositions sanctionnées par l'Académie et que nous croyons utile de reproduire textuellement. Les médecins qui s'occupent des épidémies y trouveront un guide précieux, en attendant une organisation médicale fort désirable ; ceux qui ont envoyé à l'Académie des travaux sur les épidémies y trouveront une honorable récompense.

Les deux pensées qui ont trouvé place dans la première partie de ce rapport, dit M. M. Lévy, peuvent être ainsi formulées :

1° Compléter le rapport annuel sur les épidémies par un travail analogue sur les épizooties qui se sont manifestées dans la même période. C'est à nos savants collègues de la section de médecine vétérinaire que nous demanderons cette preuve périodique d'un concours qui n'a jamais manqué à vos travaux, et dont la science a depuis longtemps proclamé les résultats. S'il en résulte pour cette section une obligation nouvelle, vous voudrez bien considérer que cette obligation augmente l'importance de son rôle, et tend à faire converger, pour le bien de la science et de l'humanité, les efforts de l'une et de l'autre médecine. Au reste, nous l'avons dit, l'ordonnance organique de 1820 implique cette publication annuelle autant que celles qui ont été adoptées pour les eaux minérales, la vaccine, les épidémies. L'article 2, vrai sommaire des attributions fondamentales de l'Académie, énonce qu'elle est spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement en ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, la propagation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux ou secrets, les eaux minérales, etc. C'est sous forme de rapports collectifs ou particuliers que l'Académie s'acquitte de ces tâches diverses ; il ne s'agit donc que de décider qu'il sera procédé pour les épizooties comme vous procédez pour les épidémies, laissant à la section compétente le soin de vous proposer un plan de recherches et d'exposition.

2° Demander à l'autorité et provoquer, par la voie des correspondants, des renseignements exacts sur la situation sanitaire annuelle des communes et des arrondissements. A cet effet, des états négatifs seraient envoyés à M. le Ministre de l'intérieur par

lés localités qui n'auraient pas eu de maladie épidémique d'une année à l'autre; celles qui en auraient éprouvé feraient parvenir des rapports conformes à un modèle identique pour toutes les relations de ce genre. Il n'y a plus à discuter sur le meilleur plan à suivre dans la description des épidémies, l'Académie s'en est beaucoup occupée à d'autres époques. A peine organisée, elle créa une commission composée des plus illustres maîtres, dont le vénérable professeur Duméril est aujourd'hui le seul survivant (1), pour élaborer sur ce sujet un projet d'instruction. Le travail de cette commission, divisé en six sections, est une belle et philosophique introduction à l'histoire des épidémies, portique d'un monument qui reste à construire. La commission qui fit le premier rapport sur les épidémies de 1771 à 1830, n'a pu se conformer à ce programme, mais de l'énumération méthodique des omissions qu'elle a remarquées dans les documents soumis à son examen, résulte un véritable plan, excellent à suivre, et que nous résumons dans une note ci-bas (2). Ce qui importe, c'est que des modèles imprimés de rapports soient envoyés périodiquement dans toutes les mairies par les sous-préfets et préfets; que ces rapports officiels soient remplis par les médecins des épidémies, sans détriment pour les notes ou dissertations scientifiques que ceux-ci voudront y annexer. Votre commission leur sera reconnaissante de toutes les communications complémentaires; mais elle tient surtout à recevoir des documents positifs, précis, uniformes, et se prêtant à un résumé général. Il lui paraît essentiel que les rapports qu'elle a charge de vous faire elle-même, au lieu de porter sur quelques mémoires épars et sur des faits isolés, aient la signification et l'unité d'un tableau des épidémies annuelles de la France. Les mesures indiquées plus haut peuvent conduire à ce résultat. Les médailles d'encouragement que vous êtes autorisé à décerner tous les ans aux auteurs des meilleures relations d'épidémies, correspondent à cet ensemble de dispositions sur lequel votre commission a eu à délibérer; elle pense aussi que dans les promotions ultérieures au titre de correspondant, il y aura justice à prendre en considération l'honorable précédent de médailles obtenues pour ce genre de travaux, qui exigent, outre les qualités de l'observateur, l'activité des recherches, l'exactitude des détails et un esprit de généralisation. Ajoutons, pour l'honneur de nos confrères, que presque toujours l'œuvre de dévouement et d'abnégation a précédé l'œuvre de la plume; ils racontent ce qu'ils ont vu, ils taisent ce qu'ils ont fait!

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. N. Guillot.

Leçons cliniques sur le rachitisme.

Rédigées par M. Martin de Gimard, *interne du service.*

(Suite. Voir le n° 61.)

Messieurs, nous avons étudié le rachitisme au point de vue anatomique, aujourd'hui nous allons nous en occuper au point de vue purement pathologique, c'est-à-dire nous allons en étudier les causes, les symptômes, le traitement.

Avant d'entrer dans cette voie nouvelle, je crois qu'il est convenable de chercher à vous donner une idée de la manière dont le rachitisme a été envisagé par ceux qui nous ont précédé. L'esprit du médecin gagne toujours à se reporter quelques siècles en arrière, pour apprécier les idées qui ont eu cours à une époque antérieure à la sienne.

Le rachitisme est-il une maladie ancienne? ou est-ce une maladie de nouvelle date? C'est un point que les livres modernes n'ont pas assez cherché à élucider.

Il faut remonter jusqu'au commencement du XVII^e^ siècle pour en trouver les premières traces. En 1620, un observateur très-remarquable, Glisson, et d'autres médecins anglais, tels que Bate, Rege-Morten, furent requis par le gouvernement anglais pour étudier une maladie inconnue jusque-là, et qui consistait dans la déformation des os. Elle avait débuté dans les parties occidentales de l'Angleterre. C'était le rachitisme. La commission se transporta dans le pays, et constata la maladie qu'elle décrivit avec une fidélité scrupuleuse. On la nommait alors d'un nom vulgaire, *the rickett;* car ici, comme pour le croup, comme pour presque toutes les maladies, la dénomination populaire a précédé la dénomination médicale.

Quelques années après, le rachitisme fit invasion en France: on le nomma *morbus anglicus,* le mal anglais; de là, il passa en Allemagne où nous le trouvons étudié sur une grande échelle, par bon nombre d'observateurs, sous le même nom de morbus anglicus ou sous les dénominations bizarres de: *gros foie, gros boyau, grosse tête.*

Quittons le XVII^e^ siècle et arrivons au XVIII^e^ où brillent tant de médecins illustres.

Tous les hommes de cette époque, et entre autres, Boerhave, Vanswieten, étudient cette affection. Ce qu'il y a de singulier, c'est que, malgré les nombreuses recherches faites par des gens aussi instruits, pour retrouver, dans les anciens, quelques traces du rachitisme, aucun ne put remonter plus loin que la description donnée par Glisson. Tous s'accordèrent à dire que les Romains, les Grecs, et même les Arabes, n'avaient rien laissé qui pût être rapporté à cette affection.

Peu de temps avant 1620, l'Amérique avait été découverte, et la vérole était venue en Europe; certaines conditions d'alimentation avaient changé. Voyez, messieurs, par ces seuls faits, la tendance diverse des esprits des observateurs. Pour les uns, la maladie était une dégradation de la vérole: la preuve, ils la trouvaient dans l'apparition nécessaire des deux affections; puis, disaient-ils, chez les Joways, cette singulière peuplade des peaux rouges, chez laquelle on n'avait jamais vu la vérole, on n'avait jamais vu non plus le rachitisme. Pour d'autres observateurs, comme je vous l'ai fait pressentir, la cause du rachitisme était dans le changement d'alimentation. Avant que le commerce n'eût pris l'extension qu'il acquit à cette époque, on vivait sans thé, sans café, sans sucre, sans cacao; une modification si subite dans l'alimentation était, selon ces médecins, la cause de l'altération de la santé publique.

Remarquez que ce que nous disons aujourd'hui est presque analogue a ce que ces médecins disaient autrefois. Nous pourrions même dire avec eux, que l'excès d'ingestion de toutes ces substances étrangères n'est pas sans influence sur la production du rachitisme.

Nous disons à présent que le rachitisme n'est pas une maladie de race, mais une maladie de l'individu. Glisson l'avait dit avant nous.

Le rachitisme provient d'une nourriture mauvaise ou insuffisante en désaccord avec l'alimentation normale. Nous ne croyons pas tout à fait vrai le fait de sa production, sous l'influence des localités malsaines, des habitations humides; déjà, avant nous, Boerhave distinguant les enfants scrofuleux des enfants rachitiques, rapportait à ces dernières causes la scrofule.

A l'époque de Glisson, on avait déjà cherché à établir une classification du rachitisme. Je ne suis pas, en général, partisan

(1) *Rapport de la commission chargée de rédiger un projet d'instruction relativement aux épidémies* (*Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1828, t. I, p. 255 et suiv.) Membres de cette commission : Portal, Bourdois, Chaussier, Dalmas, Desgenettes, Duméril, Royer-Collard, Larrey, Huzard, Dupuy, Vauquelin, et Double, rapporteur.

(2) Cette énumération porte sur les points suivants :

1° Noms des communes, arrondissements et départements; — 2° sol, conformation, productions, hydrologie; — 3° météorologie; — 4° logement, nourriture, vêtement, travaux, etc., des habitants, leur hygiène habituelle; — 5° épidémies antérieures, s'il en a existé, endémies; — 6° dénomination de la maladie épidémique actuelle; — 7° ses symptômes, sa marche, ses terminaisons; — 8° ses complications; — 9° son influence sur les maladies sporadiques et chroniques, et réciproquement; — 10° sa durée; — 11° recherches cadavériques; — 12° traitement; — 13° moyens prophylactiques employés; — 14° chiffre de la population, chiffre des malades et des morts, sexe et âge des malades et des décédés, mortalité moyenne comparée à la mortalité épidémique.

des classifications ; cependant, j'aime mieux adopter la division en *rachitisme incomplet,* c'est-à-dire rachitisme commençant, et en *rachitisme complet*, c'est-à-dire en rachitisme terminé, que la classification en période de *ramollissement* et en période d'*induration des os*. Cette dernière ne saisit seulement que le côté le plus étroit de la question, l'anatomie pathologique laissant en dehors les lésions des muscles, celles des organes respiratoires et inculatoires et des centres nerveux.

Dans toutes les maladies, les lésions se présentent sous toutes les nuances, depuis le degré le moins élevé de l'échelle jusqu'au sommet.

Ainsi, vous voyez le rachitisme à peine sensible chez certains sujets, et chez d'autres, les lésions les plus graves des systèmes osseux, musculaire, circulatoire et nerveux. Ce sont les mêmes phénomènes dont le développement a été plus ou moins complet.

Quoi qu'il en soit, étudions la marche et les symptômes du rachitisme.

Vous devrez ici, messieurs, excuser quelques répétitions : je me suis efforcé, dans la première séance, de vous faire saisir chez nos malades les symptômes du rachitisme, aujourd'hui je vais rassembler ces faits et en former un cadre complet.

On peut considérer deux époques de rachitisme. L'époque qui précède la première dentition, dans laquelle l'enfant n'a ni l'intelligence, ni la sensibilité, et l'époque consécutive à la seconde dentition, dans laquelle l'enfant commence à sentir, où l'intelligence vient de s'éveiller. Ces deux époques, nous les avons vues avec leurs caractères propres ; il nous reste à exposer d'autres symptômes qui sont communs aux deux âges de la maladie.

Quel que soit l'âge du rachitique, on voit se produire chez lui des accidents du côté de la circulation, c'est un fait constant. Le pouls est irrégulier, il oscille la nuit. Tous les parents vous disent : Mon enfant a la fièvre et des sueurs le soir. Les sueurs, la nuit, ne manquent pas plus chez les rachitiques que chez les phthisiques. La fièvre, le soir, est un accident de la circulation ; c'est un phénomène consécutif : on le trouve chez l'enfant de deux mois, comme chez l'enfant plus avancé en âge.

Un autre phénomène, que l'on rencontre toujours chez les rachitiques, c'est l'accroissement momentané de la sensibilité. On distingue moins facilement ce phénomène chez les enfants très-jeunes, mais pour peu qu'ils aient quelques mois, vous les voyez sujets à des excitations momentanées, bientôt suivies de torpeur et d'engourdissement. Ainsi les enfants ont eu la fièvre la nuit, ils ont eu des sueurs, ils ont eu de l'agitation, mais vienne le jour, ils sont tristes, ne s'occupent de rien de ce qui les entoure et restent là où on les a placés ; leurs masses musculaires sont molles et inertes comme des chiffons. Cette inertie n'est point de la paralysie, mais elle peut s'en rapprocher. Ces enfants sont si complétement inertes, que leurs membres soulevés retombent comme ceux d'un cadavre.

Il est bien difficile, chez un petit enfant, de reconnaître s'il est inerte ou complétement paralytique. La difficulté n'existe cependant pas pour moi.

Ces enfants silencieux, qui ne bougent pas, qui sont, pour ainsi dire, rentrés en eux-mêmes, se mettent à crier dès qu'on les touche; la douleur ne paraît pas moins grande, si on les saisit ailleurs qu'aux articulations, même dans les cas où celles-ci sont toutes gonflées ; il est souvent difficile de savoir si cette douleur est locale ou générale.

Les os de ces enfants sont mollasses, vous l'avez vu sur nos malades.

A ces altérations, viennent se joindre les phénomènes consécutifs au développement vicieux de la tête, la déformation de la poitrine et les conséquences de cette altération.

La peau de la tête est fine, les fontanelles sont largement ouvertes et ne se forment que très-tard. Il y a surtout persistance de la fontanelle antérieure; si on applique le doigt sur cette fontanelle, on la trouve tendue, résistante, fluctuante, à cause de la présence du grand sinus et du liquide céphalo-rachidien. La tête est inégalement développée et la face petite; les veines se dessinent d'une manière nette, pour venir aboutir à la temporale et à la jugulaire, qui sont très-développées. Cette augmentation du calibre des veines nous prouve qu'il y a une gêne considérable dans la circulation de la tête ; elle est corrélative avec une augmentation du liquide céphalo-rachidien. Glisson avait encore vu cela.

Ces phénomènes coïncident avec des modifications constantes du cerveau : si on fait avec une scie (ce qui est le meilleur moyen) une coupe du crâne et du cerveau chez un enfant sain, on trouvera les cavités ventriculaires extrêmement petites. Le cerveau remplit presque complétement la boîte osseuse. La sérosité céphalo-rachidienne occupe un très-petit espace, et la substance nerveuse est colorée par les vaisseaux qui la traversent. Les corps striés et les couches optiques se distinguent par leur coloration diverse; je vous l'ai montré au commencement de cette séance. Chez les enfants rachitiques, au contraire, le crâne est déformé, le cerveau ne remplit plus complétement la cavité crânienne, et est séparé de la paroi osseuse par un intervalle qui peut quelquefois aller jusqu'à un centimètre (je vous le montrerai d'ici à la fin de nos leçons). Dans l'extension du crâne, on trouve les ventricules énormément dilatés; la substance du cerveau elle-même est blanchâtre; elle contient beaucoup d'eau que la vésicule fait partir, elle est comme lavée et ressemble à un cerveau qui aurait demeuré dans l'eau. La coloration des couches obliques et des corps striés n'est plus distincte. Aussi le cerveau d'un rachitique est-il facile à distinguer d'un cerveau sain.

Avec ces phénomènes qui trahissent une affection générale, on trouve la déformation de la poitrine. La poitrine a la forme d'une guitare. De l'action mécanique de cette déformation, résultent des symptômes nouveaux. Les poumons sont mal à l'aise dans cette poitrine et l'enfant tousse au moindre mouvement. Le cœur est repoussé soit d'un côté, soit de l'autre; il y a des palpitations, des étouffements, de la gêne dans la circulation.

Chez presque tous les petits rachitiques, il y a aussi des dégradations de la sensibilité gustative, comme nous l'avons déjà indiqué pour la sensibilité tactile et la myotilité. Ces enfants mangent voracement, ils peuvent prendre une quantité considérable d'aliments; souvent il est difficile de les rationner, d'autant que la mère, loin d'être un aide, vous est souvent un obstacle chez tous. Il y a désorganisation du ventre et diarrhée, les intestins distendus distendent à leur tour les parois abdominales, repoussent en haut le diaphragme et concourent encore à la gêne de la respiration. Ces enfants digèrent mal ; ils ont des diarrhées fétides, leur peau elle-même sent mauvais ; et si l'on veut remonter à l'origine de ces diarrhées fétides, on retrouve, comme point de départ, tous les phénomènes exposés précédemment.

Ces déformations des os, ces troubles de la sensibilité, de la respiration, de la digestion, des appareils musculaires apparaissent dès le commencement de la maladie et s'accroissent si l'on n'y porte secours. Il peut arriver que le calcaire se dépose dans les os et que ceux-ci soient guéris de cette manière ; mais la guérison n'est que locale et l'enfant conservera les traces et subira les conséquences de tous ces troubles, de toutes ces déformations. Ainsi, la claudication, les palpitations, la toux, les dérangements intestinaux, etc., persisteront.

Cette affection si complexe, qui attaque toutes les fonctions du sujet, a une marche très-lente; pour moi, elle peut exister à la naissance, mais d'ordinaire, cependant, elle ne commence pas tout de suite et peut durer 10, 12, 15 ans et même toute la vie. Elle peut guérir lorsque les phénomènes ont été peu graves et attaqués dès le début. Plus on s'éloignera de l'époque première de la vie, et plus la guérison sera difficile à obtenir.

La marche du rachitisme est curieuse à étudier, en ce qu'elle est gravement influencée par les maladies intercurrentes. Si une maladie arrive, ces enfants sont en danger. Nous l'avons vu souvent pour les fièvres éruptives, pour la coqueluche, la pneumonie, les entérites. Lorsqu'on arrive à l'adolescence, on n'a plus guère que des déformations.

Le diagnostic est difficile au commencement, parce que l'enfant tout jeune est difficile à observer. Mais si, chez un petit

enfant, le crâne est déformé, les fontanelles ouvertes, s'il a des sueurs, s'il tousse à la moindre excitation, il est rachitique. Les déformations sont-elles plus grandes encore? le diagnostic n'en devient que plus facile. Si on trouve, dans un âge plus avancé, des gonflements noueux des extrémités inférieures du fémur, des déviations des membres, on a tous les caractères du rachitisme.

Le pronostic est toujours très-grave à cause des déformations, des troubles généraux que le rachitisme entraîne et du danger des maladies intercurrentes.

Je vous ai dit comment on empêchait un enfant de devenir rachitique, je ne viendrai donc plus sur la prophylaxie de cette affection; mais la maladie arrivée, comment la modifier?

Il faudra tenir l'enfant chaudement, le faire habiter dans une maison bien aérée, à un étage élevé, l'entourer de flanelles, avoir soin surtout qu'il couche dans un lit bien sec. Pour cela, à la campagne, les médecins conseillent de faire coucher l'enfant sur de la fougère qu'on renouvelle facilement. A Paris, je fais coucher mon petit malade sur du crin; je fais préparer une espèce de matelas entre deux serviettes. Dès que l'enfant l'a sali, on l'enlève et on le remplace par un autre semblable. Pour le nettoyage, il suffit de laver le crin et de le faire sécher au soleil, puis de le carder légèrement. Avec trois ou quatre de ces matelas, un enfant peut être tenu aussi propre que possible.

Dès l'apparition de cette maladie, on a attaché beaucoup d'importance aux bains et aux frictions aromatiques et excitantes. Cette pratique est bonne, elle a principalement pour but de nettoyer ces enfants qui d'ordinaire sont fort sales et sentent très-mauvais. Ainsi, faites-les laver avec du savon, ou mettez-les dans des bains avec 150 grammes de sous-carbonate de soude; ayez soin qu'on les frotte plusieurs fois par jour, avec des substances aromatiques, de l'alcool thériacal, de l'eau de Cologne.

Quant aux bains froids, je les ai trouvés recommandés dans un petit ouvrage intitulé : Ψυχροτουσια ; ceci est assez curieux, comme point historique. L'auteur dit avoir guéri le rachitisme par les bains et les affusions froides; et pour cela, il employait exactement les procédés sur lesquels s'appuie aujourd'hui l'hydrothérapie.

A l'intérieur, l'action hygiénique doit encore être mise en jeu. J'examine avant tout l'état du canal digestif; j'étudie les déjections et je m'empresse de remédier au trouble des fonctions de cet appareil. Pour cela, comme je vous l'ai déjà dit tant de fois, si l'enfant est du premier âge, je le mets au lait de femme, même si l'enfant est du deuxième âge, et que cela soit encore possible; dans le cas contraire, je lui donne du laitage; si les troubles du tube digestif persistent, j'ajoute l'emploi des eaux alcalines, l'eau de Vichy, en boissons et en lavements; je me sers aussi des eaux sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur.

Outre les moyens hygiéniques, on a eu recours à une foule de médicaments. Les mères, en effet, ne comprennent pas, en général, que les soins de propreté, une alimentation plus en harmonie avec le développement des fonctions digestives de leurs enfants, puissent amener une amélioration dans leur état, et même une guérison complète. Il leur faut quelque chose qui réponde mieux dans leur esprit à l'idée de maladie, c'est-à-dire un médicament.

Dans ma première leçon, j'ai déjà, en discutant le traitement de nos malades, fait connaître la plupart des moyens thérapeutiques préconisés contre le rachitisme. Je n'y reviendrai donc ici qu'en passant.

Je vous ai dit qu'on avait vanté le quinquina, le fer, les toniques condamnés déjà par Boerhave. Glisson, lui, conseillait le gras de lard à l'intérieur et employé en onction.

N'y aurait-il pas là une grande analogie avec le traitement par l'huile de foie de morue, si, comme un médecin belge s'est efforcé de le démontrer, cet agent n'agissait que comme corps gras. Vous connaissez, du reste, mon opinion sur l'huile de foie de morue.

Il y a encore, quand les déformations se sont produites, à faire un traitement local pour les corriger ou les combattre. Les moyens employés pour remplir ces indications constituent l'orthopédie. Je ne veux m'étendre sur cette dernière partie de la question; mais, sans aller jusqu'à cet art, n'est-il rien de bon à faire? Exigez que l'enfant reste en place et couché: la tête ni les viscères ne presseront sur les os, et ceux-ci se redresseront quelquefois tout seuls. Aidez ce redressement, en plaçant sur les membres déformés de petites attelles en carton, maintenues par une bande dextrinée, ou mieux encore par de petits bracelets en caoutchouc qui permettent la circulation de l'air. Ne faites rien pour le tronc, ce serait imprudent. En général, ces petits moyens réussissent mieux encore que ces gros appareils bardés de fer, ces espèces de bottes de postillon dont vous voyez des enfants affublés dans les rues, et dont ils ne retirent aucun profit.

Je vous le répète, messieurs, adressez-vous aux bonnes conditions hygiéniques; surveillez l'alimentation des enfants, leur habitation: vous préviendrez la maladie. Si vous avez à la combattre, rapprochez-vous le plus possible de la méthode naturelle, et peut-être encore triompherez-vous des affections les plus graves de la pathologie de l'enfance.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Goître enflammé. — Injections répétées de teinture d'iode. — Guérison.

Il sort du n° 9 de la salle Sainte-Catherine une femme, entrée le 16 février pour une tumeur inflammatoire, située au bas du cou à droite, un peu en dedans de la région sus-claviculaire. Elle venait d'une salle de médecine où l'on avait, par une ponction peu profonde, fait sortir de la tumeur un liquide roussâtre. Les renseignements fournis par cette femme et l'examen nous ont fait voir que nous avions affaire à une tumeur thyroïdienne enflammée, que j'ai fait couvrir d'abord de cataplasmes de farine de lin. Mais comme il y avait des menaces de suffocation, j'ai pratiqué avec le bistouri une incision assez large, qui cette fois a donné issue à du pus. Je vous ai prévenu alors que la suppuration pourrait être très-longue, car il se trouve ordinairement dans ces kystes des concrétions calcaires qui exigent un temps assez considérable pour être éliminées. Le doigt porté par l'ouverture percevait une caverne à parois épaisses, mais je n'y trouvais pas les dépôts dont je viens de parler. Cela ne voulait pas dire qu'il n'y en avait pas, mais ici il ne devait pas y en avoir, à cause de la rapidité qu'a mise à se faire la cicatrisation. Depuis, j'ai fait faire des injections de teinture d'iode. J'avais pour but de modifier les parois du foyer, et c'est en effet ce qui est arrivé. Les parois ont diminué d'épaisseur, la suppuration est devenue moins abondante et maintenant la cicatrisation est complète. Il n'y a plus de tumeur, il n'y reste plus qu'un petit point induré qui ne disparaîtra sans doute pas, mais qui n'est pas visible.

Nous avons donc obtenu la guérison d'un goître enflammé par les injections de teinture d'iode; mais nous les avons répétées très-souvent. Il importe de ne pas confondre ces injections avec celles que l'on fait dans les cavités closes. En effet, dans la tunique vaginale, dans les articulations, on ne fait qu'une seule injection dans le but d'amener une inflammation adhésive sans suppuration. Ainsi dans l'articulation du genou, on comprend que si l'on faisait plusieurs injections, on pourrait amener des accidents extrêmement graves, la perte du membre, etc.

L. Guilbert.

De la compression des carotides et des nerfs pneumo-gastriques contre les attaques épileptiques.

Nous trouvons dans un recueil mensuel allemand (*Schmilts Jahrbüch.*) du mois de mars 1853, un chapitre intéressant sur l'épilepsie; nous en extrayons un passage relatif aux moyens mécaniques que le professeur *J. F. H. Albers* préconise dans le traitement des attaques épileptiques (*voir Arch. f. phys. Heilk.*, XI, 1852). Cette médication mécanique comprend, d'une part, la compression des carotides et du nerf vague; d'autre

part, l'opération de la trachéotomie. Celle-ci a été proposée et pratiquée déjà, en 1851, par M. Marshal-Hall; expliquée et commentée par lui dans trois leçons qui parurent dans la *Lancette anglaise* (en avril et mai 1852) sur le trachélisme et le laryngisme. Notre attention, quant à présent, ne se porte que sur l'autre méthode, sur celle qui n'est point sanglante, que chaque praticien peut mettre en pratique et à laquelle nous avons eu recours tout récemment.

Le professeur Albers rappelle que, dans ces cas où la respiration est extraordinairement pénible, où le cou est sensiblement gonflé et où la face est congestionnée, on peut aisément admettre une accumulation de sang insolite dans le cerveau et dans les poumons. Ainsi, en empêchant un abord de sang plus considérable encore dans ces organes, par la compression des carotides, il est permis de supposer que par là on amoindrira aussi l'intensité de l'attaque épileptique et qu'on en abrégera la durée. A l'instant même la face ne pâlit pas; mais, après quelques minutes, la gêne de la respiration disparaît, les crampes, les contractions toniques cèdent; bientôt même la face devient pâle, le malade reprend ses mouvements réguliers, volontaires pour ainsi dire, car il recouvre aussi l'usage de ses sens et de la raison. C'est de cette manière rapide que l'intensité et la durée de l'attaque font place au calme et abrégent la période de collapsus que celle-ci laisse après elle.

La compression se fait sur les côtés du larynx au moyen des deux pouces et peut être continuée de cette manière assez longtemps pour rompre la périodicité des attaques sans amener trop de fatigue. Le savant professeur attache toutefois une grande importance à la compression simultanée des nerfs pneumo-gastriques; nous rapporterons plus loin un fait qui viendrait à l'appui de cette recommandation. Cet auteur fait remarquer le rôle considérable que joue le nerf vague pendant la gêne respiratoire, comme médiateur entre le cerveau et les muscles du larynx et les poumons. En le comprimant on empêche le resserrement de la glotte, on permet aux inspirations et aux expirations de s'exécuter plus librement; la petite circulation se fait mieux; par là aussi l'action réflexe exercée sur le cerveau par les troubles de la circulation est amoindrie, les congestions et la paralysie du cerveau sont éloignées. Enfin, le professeur Albers prétend avec juste raison, selon nous, qu'en abrégeant les attaques épileptiques, il est évident qu'on diminuera aussi les lésions organiques du cerveau auxquelles ces attaques exposent.

Des expériences confirmatives faites en Allemagne éveillèrent en nous le désir de pouvoir en apprécier aussi la valeur; l'occasion se présenta pendant notre dernière garde à la Salpétrière.

Appelé à neuf heures et demie du soir dans le service de M. Lélut (section des épileptiques adultes), nous trouvons étendue sur un lit une jeune femme, âgée d'environ 27 ans, d'un embonpoint médiocre; ses traits sont réguliers, les membres sont en pleine résolution; tout l'habitus du corps présente un état de prostration prononcée; la sensibilité et la motilité sont éteintes, la parole manque, la perte de connaissance paraît complète. Le pouls est régulier, assez faible, il donne 78 pulsations; les battements du cœur sont tumultueux, mais n'offrent rien de particulier; la chaleur est élevée et le corps est couvert d'une sueur assez abondante pour avoir suffi à mouiller la chemise de la malade. La respiration est pénible, bruyante, thoracique, évidemment accélérée (nous avons omis de compter les inspirations). La face est congestionnée, comme bouffie; le cou gros, boursoufflé; les veines jugulaires externes sont turgescentes et bien évidentes; les téguments de la face et du cou sont d'ailleurs assez injectés et d'une coloration rose foncé. Les gens du service nous apprennent que cette malade a des attaques épileptiques déjà depuis six heures. Au même instant elle fait une inspiration plus prolongée, ouvre des yeux hagards; l'attaque épileptique est commencée. Ses membres sont agités de quelques secousses toniques auxquelles succèdent de véritables crampes, surtout dans les membres supérieurs, la malade pousse un cri. Le tronc se roidit, la tête se jette fortement en arrière, la bouche grimace affreusement, la commissure gauche des lèvres est rétractée fortement en arrière et en bas; la respiration est stertoreuse, accélérée; le cou est gonflé, la face injectée; la tension générale cède, et des mouvements cloniques qui ramènent un peu de salive mousseuse dans la bouche et sur les lèvres, terminent, en moins de temps qu'il nous a fallu pour la décrire, l'attaque épileptique. La malade retombe dans la prostration dans laquelle nous l'avons trouvée; et, sans recouvrer sa connaissance, d'autres attaques semblables reparaissent bientôt après. Leur fréquence est tellement grande qu'il y en a trois chaque deux minutes; nous le constatons montre en main. Quelquefois, et c'est dans les attaques les plus violentes, l'*aura epileptica* part des parois de l'abdomen en faisant entendre un ballottement, un gargouillement intestinal affreux qui gagne le thorax et en fait la troisième cavité viscérale.

Nous apprenons aussi que M. Lélut a constaté chez cette malade des paroxysmes d'angine de poitrine, et si cela est exact, il n'y a rien d'étonnant de cette coïncidence. Toutefois, nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'établir un diagnostic différentiel entre les attaques que nous venons de décrire et de rapporter à l'épilepsie et celles qui caractérisent l'angine de poitrine.

En présence d'une malade aussi gravement attaquée, nous faisons faire quelques inspirations de chloroforme, mais nous remarquons bientôt qu'elle repousse notre main, et que les attaques ne deviennent ni moins fréquentes, ni moins violentes. L'inhalation est interrompue pendant chaque paroxysme épileptique. Ne voyant point survenir de modification, nous avons recours à la compression de la carotide gauche, en appliquant la face palmaire des dernières phalanges du médius et de l'annulaire de la main gauche transversalement sur le trajet de l'artère au-dessus de la clavicule, en dehors de la trachée et au niveau de la convergence des deux faisceaux sterno-claviculaires du muscle sterno-mastoïdien; nous comprimons ainsi d'avant en arrière, en soutenant les deux doigts de la main gauche par ceux de la droite. Au bout de peu de secondes, la malade s'agite, crie, se plaint de souffrir violemment dans le bras gauche et le cœur; elle avait recouvré l'usage de ses facultés, ouvrait les yeux, parlait; les attaques épileptiques manquent, mais il est impossible de continuer plus de deux minutes environ cette première tentative de compression. A peine cessons-nous de comprimer que les attaques recommencent comme auparavant. Mais, dès ce moment, nous sommes certain d'avoir trouvé dans la compression un moyen qui a quelque prise sur ces violentes et fréquentes attaques épileptiques. Après avoir constaté de nouveau qu'elles reviennent trois fois en deux minutes, nous exerçons la compression sur les deux carotides, en appliquant les pouces sur les artères qui trouvent leur point d'appui sur les muscles prévertébraux; nous avons soin de former une espèce de pince avec les autres doigts de la main, enveloppant ainsi les faces externe et postérieure du cou. Pendant environ cinq minutes que cette compression est exercée, il ne se montre pas d'attaque épileptique, la malade a repris connaissance; elle se plaint vivement de douleurs dans le bras gauche et dans le cœur, crie, se débat au point que nous sommes forcé d'interrompre de nouveau.

Voulant apporter plus de précision dans ces expérimentations, et désireux de donner un témoin aux résulatats que nous venions d'obtenir, nous appelons à notre secours M. Dupuy, notre ami et collègue à la Salpétrière. Après lui avoir fait part de notre intention et lui avoir laissé le temps de constater la nature des attaques, leur intensité et leur fréquence (3 en 2 minutes); nous essayons d'employer la compression des carotides, lui placé à la gauche de la malade, moi à la droite, chacun au moyen des doigts médians et annulaires d'une main, et soutenant l'effort avec l'autre.

Mais la malade ne paraît en avoir nulle conscience et les attaques se renouvellent avec la même fréquence. Notre compression n'était pas exacte. Alors M. Dupuy consent à faire seul la compression des carotides à l'aide des pouces formant pince avec les autres doigts de la main, comme nous l'avons indiqué plus haut. Nous notons, la montre en main, le commencement de l'expérience.

Presque aussitôt, la respiration devient moins pénible, moins bruyante, la malade se plaint peu et supporte la compression. Une minute se passe sans attaque, puis deux, trois, ainsi de suite; le cou est dégonflé, la face n'est plus bouffie, l'injection des téguments est bien moindre, le pouls est régulier, assez faible, il y a 78 pulsations; la respiration est à peu près libre, toutefois elle est encore accélérée; les membres thoraciques exécutent des mouvements volontaires, les mains se portent de temps en temps sur la région précordiale et la malade dit qu'elle souffre; elle ouvre parfois les yeux, mais elle semble être dans un état d'abattement et de somnolence; le calme, que nous voyons avec bonheur durer 6 à 7 minutes, nous paraît avoir suffisammment interrompu la périodicité des attaques : nous convenons avec notre collègue qu'après la huitième minute il cesserait d'exercer la compression à droite, ce qui fut fait; tout persista à gauche comme auparavant. La neuvième, la dixième, la onzième s'écoulent sans qu'il se montre aucun trouble, mais au commencement de la douzième apparaissent des secousses, d'abord très-légères, dans le bras gauche, elles se renouvellent, deviennent plus fortes, gagnent l'épaule, le bras droit; il se fait une inspiration prolongée, nous recommandons de continuer la compression, toujours du seul côté gauche; mais l'état de crampe que nous venons de signaler est remplacé par quelques mouvements cloniques, la bouche n'est pas distorte, la face n'est que peu injectée, le cou faiblement gonflé et un peu de salive sur les lèvres vient annoncer la fin de l'attaque qui n'a été qu'extrêmement légère, même incomplète. Pendant la treizième minute, les secousses tétaniques s'arrêtent dans les membres thoraciques et principalement dans le bras gauche; elles ne sont suivies ni de cri, ni d'agitation, ni de mousse sur les lèvres. Au commencement de la quatorzième minute, l'attaque épileptique revient comme avant l'expérience, alors notre collègue cesse toute espèce de compression; à partir de ce moment, la malade, ainsi abandonnée, est prise de nouveau trois fois en deux minutes, comme avant d'établir la compression.

En nous retirant, à onze heures moins un quart, nous prescrivons une application permanente, sur la tête, de compresses trempées dans de l'eau froide et des quarts de lavements d'eau froide; nous avons appris, par les gens du service, que les attaques ne se sont arrêtées que vers une heure du matin.

Il nous semble assez logique de conclure, de ce qui précède, que la compression exercée de chaque côté de la trachée, d'avant en arrière, en prenant pour point d'appui la portion cervicale des rachis, a fait cesser des attaques violentes d'épilepsie; mais il serait difficile de dire si l'effet obtenu dépend exclusivement de l'interception du courant sanguin ou de la constriction des nerfs pneumo-gastriques ou grand sympathique; ou bien s'il est l'effet de ces causes réunies.

Les faits nous manquent pour résoudre cette question complexe; cependant, et ce n'est pas que nous veuillions méconnaître la sagesse de l'adage hippocratique, *sanguis moderator nervorum*, nous croyons faire présager un commencement de solution en rapportant sommairement le cas d'une malade qui est entrée tout récemment à la Salpétrière, dans le service de M. Mitivié :

Une femme de 23 ans, d'une constitution grêle, éminemment nerveuse, a été prise, à l'âge de 12 ans, d'une première attaque de vertige épileptiforme suivie d'une attaque franche d'épilepsie sans cause appréciable, d'après la malade; puis, elle est restée quatre ans sans éprouver de nouvelles attaques; depuis six ans, celles-ci se renouvellent plus ou moins fréquemment, tantôt une fois en huit jours, tantôt deux fois par semaine, et plus souvent encore si elles ne sont pas combattues comme nous allons le dire, ayant pu constater le fait par nous-même, le lendemain de son admission à l'hôpital.

Pendant que nous l'interrogeons sur ses antécédents, cette malade nous prévient qu'elle sent qu'elle aura bientôt une attaque; que depuis douze heures déjà, elle éprouve des secousses qui, partant de l'épaule gauche, gagnent successivement le bras, l'avant-bras et la main, d'où les tremblements remontent encore vers l'épaule; qu'elle se secoue, qu'elle s'agite, qu'elle lutte, en un mot, pour que ces secousses, qui précèdent toujours les grandes attaques avec perte de connaissance, ne gagnent pas la tête, car dès lors il est trop tard. Dans ce moment, elle demande à ne pas rester seule; à avoir près d'elle une personne qui puisse fortement serrer son bras, surtout au niveau du pli du coude, quand elle l'avertira. C'est par des compressions faites sur toute l'étendue du membre thoracique, depuis l'épaule jusqu'au poignet, que depuis six ans on conjure fréquemment l'attaque; des marques de contusion, surtout dans le pli du bras, font supposer qu'elle dit vrai. Bientôt, nous sommes forcé d'abréger notre interrogatoire; les secousses musculaires de l'avant-bras deviennent sensibles à l'œil, et de temps en temps elle-même, de la main droite, et la fille de service qui l'accompagne, serrent le bras à différentes hauteurs; chaque fois il en résulte un moment de calme. Ne pouvant plus modérer les secousses dans la position assise, et ayant un besoin irrésistible d'agir, de marcher, elle se lève et presque aussitôt elle s'écrie : « Serrez-moi, cela va m'emporter! » Nous remarquons à ce moment que le pouce, l'indicateur et le médius de la main gauche sont agités par des mouvements rapides de flexion et d'extension, l'avant-bras et le bras sont dans l'extension; les jambes fléchissent sous le poids du corps; elle est affaissée sur ses genoux avant qu'on ait eu le temps de la soutenir; la face est d'une pâleur livide; les yeux largement ouverts sont hagards; le dernier mot qu'elle vient d'articuler expire sur ses lèvres, mais nous exerçons déjà la compression dans le pli du coude et dans le creux axillaire; on relève la malade, l'agitation des doigts cesse, les secousses tétaniques du bras diminuent et s'éteignent; les traits du visage reprennent un peu d'animation, la voix reparaît, l'attaque est vaincue. Nous la faisons courir pendant quelque temps, mais la nuit suivante elle a eu trois fortes attaques avec perte de connaissance et morsure de la langue.

En signalant ces faits à l'attention des praticiens de tous les pays, nous espérons être utile autant aux pauvres malades qui sont tourmentés par l'épilepsie qu'à la véritable science qui cherche sa base dans l'observation rigoureuse des faits.

B. Schruff,
Interne des hôpitaux, lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Sur plusieurs médicaments mexicains.

(Notes tirées d'un ouvrage de M. le docteur Dencausse, de Toulouse, ayant pour titre : *Extrait de mes tablettes d'outre-mer, ou Mémoire sur des matériaux pour servir à l'histoire, la statistique et la topographie médicales de la ville de San-Luis-Potosi et de ses environs, dans la république mexicaine.*)

Sur la salsepareille de Tampico. — Nous nous sommes souvent demandé si la salsepareille de Tampico, qui jouit à bon droit d'une grande réputation en Europe, au détriment de celle qu'expédie Vera-Cruz, ne doit pas cette prééminence au soin que ces Indiens prennent à sa récolte. Nous nous en sommes bien informé, et le vrai de la chose est que ces habitants, qui possèdent la Huasteca depuis bien avant la conquête, savent très-bien distinguer les meilleures sortes de salsepareille de celles qui sont inférieures en qualité. Si l'on s'est plaint quelquefois de la salsepareille venue de Tampico, il faut l'attribuer à ce que trois ou quatre maisons allemandes, qui y entretiennent des comptoirs, en font de grandes expéditions pour Hambourg et les autres villes hanséatiques, et choisissent probablement les meilleures sortes.

Une autre circonstance à laquelle il faut attribuer la supériorité à laquelle a droit cette salsepareille, est, sans doute, le mode de son chargement. Les bâtiments remontent la rivière et se rendent au point de son desséchement, ou du moins fort près. Celle dite *de Vera-Cruz* est mise en dépôt, où elle reste sous des hangars, exposée aux intempéries, à l'air humide et salé de la mer, plus ou moins longtemps; il peut arriver même que des mois entiers se passent avant de pouvoir trouver un débouché qui facilite son exportation.

Sur la vanille. — La vanille, qui constitue un des aromates les plus recherchés, croît spontanément dans ces basses terres : elle en est originaire. On donne beaucoup de soin à la culture de celle qu'on expédie. Elle y forme une branche importante de spéculation commerciale. Vera-Cruz a joui longtemps du monopole de l'expédition de ce produit. Aujourd'hui, Tampico et le petit port intermédiaire de Tuspan partagent parfois cet heureux privilége.

Sur le jalap. — Le jalap, qui doit son nom à la ville de Jalapa, située à quatre-vingt-dix milles de Vera-Cruz, est encore de notre domaine. Le liseron qui le fournit n'est pas seulement indigène des environs de Jalapa, on le retrouve dans toute l'étendue des lignes isothermes du bassin des terres chaudes. Vera-Cruz continue à fournir le jalap aux besoins de la consommation. Avant que le Mexique eût conquis son indépendance, les pharmaciens espagnols renouvelaient tous les ans l'entrée de cette denrée dans leurs officines. On avait reconnu que la plus récente possédait des propriétés purgatives plus énergiques, et donnait rarement lieu aux tranchées que provoque souvent cette substance employée chez les malades dont la fibre nerveuse est facilement impressionnable. Nous avons connu deux médecins mexicains qui n'en voulaient pas d'autre pour purger leurs malades, pourvu qu'ils fussent doués d'un tempérament lymphatique, chez ces constitutions, comme ils le disaient très-bien, où tout marche à l'état passif.

Sur diverses productions. — Nous ne pouvons nous dispenser de mentionner comme appartenant à cette partie basse du revers oriental des Cordillères, le gaïac, la cévadille, l'arbre à la vache, le caoutchouc provenant de l'*Hevea guianensis*, l'encens, le médicinier, dont les semences nous donnent le croton, très-connu dans le pays pour ses propriétés éminemment purgatives. Les aborigènes en font usage dans le cas où les fonctions intestinales ne se réveillent en présence d'aucun autre agent purgatif.

Le tabac qu'on y récolte n'est pas estimé. Il s'y multiplie outre mesure ; car, soit le peu de soin qu'on met à élever cette plante, soit faute d'intelligence de la part des Indiens de la Huasteca, on le rejette généralement du marché mexicain pour son arôme peu agréable et son action irritante sur la muqueuse bucco-respiratoire. Aussi, pour le moment, cette contrée ne peut songer à l'exportation de ce produit.

La plus grande partie du sucre qui se consomme dans les villes et autres centres de populations de l'intérieur appartient au versant oriental et provient des basses terres. La canne à sucre exige un sol très-humide et une haute température. Le Mexique n'en exporte pas ; d'après des nouvelles plus récentes, on songerait aujourd'hui à faire de ce produit un objet d'échange avec les Californies.

On y récolte aussi le riz en suffisante quantité pour les besoins locaux et le marché des environs. Les contrées où il se plaît doivent être très-abondamment pourvues d'eau, et partant malsaines. Aussi y voit-on grand nombre de fièvres intermittentes, bilieuses et gastriques qui prennent souvent les caractères graves de la typhoïde.

Sur un liniment phosphoré ;

Par F. Sauvan, *pharmacien à Montpellier.*

Phosphore.	2 décigr.
Huile douce d'amandes. . . .	62 gram.

Faites fondre à une douce chaleur, et passez. On fait faire des frictions de trois en trois heures, à la dose d'une cuillerée à soupe ; et, au bout de trois à quatre frictions, M. le docteur Rozieres et les autres médecins qui ont fait usage du liniment phosphoré, l'ont vu toujours réussir pour calmer les douleurs de rhumatisme musculaire de la région cervico-scapulaire. Ce liniment, ayant été quelquefois accompagné d'accidents fâcheux, était presque tombé dans l'oubli. Il se présente souvent des cas morbides qui résistent à toute médication. Alors le praticien doit s'aider de toutes les ressources que la matière médicale met à sa disposition. A cet égard, nous fûmes consulté, par plusieurs médecins, pour savoir si l'on pourrait trouver un moyen qui rendît possible l'usage de ce liniment phosphoré sans accidents. Pour répondre à cette demande, nous fîmes plusieurs tentatives à la suite desquelles nous reconnûmes qu'en passant cette préparation à travers une étamine, presque tout le phosphore restait sur le linge, brûlant ensuite quand il se trouvait au contact de l'air, et le liniment était alors sans action.

Nous remarquâmes aussi que si on le préparait sans le passer, le phosphore se précipitait à mesure que l'huile se refroidissait ; ce qui devait produire nécessairement les accidents que l'on a quelquefois observés à la suite des frictions faites avec ce médicament. Nous devions donc opérer différemment que ne l'indique la formule ; et, tout en modifiant ce procédé, il fallait conserver à cette préparation toute son activité, et donner en même temps toute sécurité au médecin qui l'ordonne. Voici notre procédé :

Nous pesons l'huile douce d'amandes dans un flacon contenant juste 62 grammes ; nous y introduisons les 2 décigrammes de phosphore, et nous chauffons le tout au bain-marie. Quand le phosphore est liquéfié, nous agitons le flacon jusqu'à ce que le mélange soit complétement refroidi. Alors ce mélange, de transparent qu'il était avant le battage, prend un aspect lactescent, à mesure qu'il se refroidit. Ceci prouverait que le phosphore, à cette dose, n'est pas tout à fait soluble dans l'huile ; que, par notre procédé, la partie insoluble du phosphore reste en suspension, mais dans un état de division si parfaite que tout danger devient impossible. Depuis ce premier essai, nous avons toujours agi de la sorte, et l'on n'a jamais remarqué le moindre inconvénient. Ainsi, par ce simple procédé, nous rendrons à la thérapeutique un remède précieux presque abandonné de tous les praticiens. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

CORRESPONDANCE.

Injections iodées.

Mon cher ami,

Permettez-moi une rectification et quelques réflexions à l'endroit des accidents attribués aux injections iodées. Je lis dans votre journal, 28 mai 1853 (séance du 23 mai de la Société de chirurgie), à propos d'une pièce d'anatomie pathologique présentée par mon honorable collègue, M. Chassaignac, et relative à une fistule intestinale, que le malade qui offrait cette infirmité *a succombé aux suites d'une injection iodée pratiquée dans le trajet même de la fistule.* Des renseignements que je tiens de M. Chassaignac lui-même sont que ce malade, qui était en même temps atteint d'*une péritonite tuberculeuse*, n'est pas mort des suites de cette injection, que d'ailleurs cette injection n'a pénétré ni dans l'intérieur de l'intestin, ni dans le péritoine, qui, par suite d'adhérences solides et bien établies, n'avait aucune communication avec le trajet fistuleux. Si la *péritonite tuberculeuse* ne paraît pas suffisante pour expliquer la cause de la mort de ce malade, il faudra la chercher ailleurs, car je ne vois pas comment quelques grammes de teinture d'iode injectée dans un trajet fistuleux pourraient produire la mort.

A ce fait vous ajoutez que M. Lenoir vous disait tout récemment qu'il avait vu des accidents mortels se manifester à la suite d'une injection iodée, dans un kyste ovarique ; je me garderai bien de nier l'assertion de mon savant collègue M. Lenoir, mais je puis vous affirmer que plus de cent fois déjà j'ai fait des injections iodées dans des kystes de l'ovaire, et que je suis encore à voir un seul accident mortel, dû à une injection iodique.

Vous semblez croire que tous les bienfaits obtenus par les injections iodées résultent de l'absorption de ce médicament. J'admettrai bien volontiers, avec vous, que l'absorption de l'iode peut produire une partie de ces bienfaits, mais il est impossible de nier que l'action locale de ces injections n'y soit pour rien, car, comment expliquez-vous la guérison radicale et en quelques jours, et après une seule injection, d'un trajet fistuleux, d'une fistule à l'anus par exemple, d'un abcès froid ou chaud, d'une hydrocèle, d'un kyste quelconque, etc. N'est-il pas évident que dans ces cas, la teinture iodée agit autrement que par absorption, et en modifiant les surfaces avec lesquelles elle est mise en contact. Vous pouvez consulter, à ce sujet, une revue clinique du service de M. Jobert, qui vient de paraître dans le n° 63 de l'*Union médicale* (28 mai 1853) et in-

titulée : *De l'innocuité des injections iodées à haute dose.* Les faits du chirurgien de l'Hôtel-Dieu arrivent à point pour prouver et l'action thérapeutique locale des injections iodées et l'innocuité de leur administration à haute dose, ce que j'ai démontré depuis bien longtemps par de nombreuses observations.

La dernière remarque que je vous ferai s'adresse à l'observation d'abcès par congestion publiée par notre confrère de Louvain, M. le docteur Homelim. Son malade a succombé, malgré les injections iodées; mais voyons un peu comment ces injections ont été pratiquées. A-t-il suivi la méthode que j'ai proposée? Non pas que je prétende qu'en suivant pas à pas ma méthode, on guérira toujours tous les abcès par congestion : je n'ai jamais dit cela; mais lorsqu'on accuse ces injections d'insuccès, faut-il au moins les avoir employées convenablement. Dans le cas de notre savant confrère de Belgique, et dans plusieurs autres qui ont été publiés à l'appui des insuccès des injections iodées, la méthode que j'ai recommandée n'a pas été suivie; ainsi dans celui que vous rapportez, une première injection est faite le 18 janvier, une deuxième le 20 janvier et une troisième le 23, c'est-à-dire trois injections dans l'espace de six ou sept jours. Puis il survient de l'inflammation, et comme ces injections auraient produit des résultats plus désavantageux que favorables, on les abandonne définitivement pour s'en tenir, par la suite, à un régime réparateur et aux modificateurs généraux. Ce traitement n'empêcha pas la maladie de suivre une marche progressive et la malade succomba. Avec cette méthode, qui n'est pas la mienne, je ne suis pas étonné des insuccès, et je dis plus, ils doivent être très-fréquents, car peut-on espérer modifier, guérir un os carié en six ou sept jours, en pratiquant une injection iodée tous les deux jours. Ces injections, à des époques si rapprochées et si fréquemment répétées, nous paraissent plus nuisibles qu'utiles, aussi bien dans les abcès par congestion que dans toutes les affections qui réclament l'emploi de ce moyen thérapeutique. La méthode des injections iodées ne consiste pas seulement à faire des injections iodées, mais à les faire à propos et d'une manière convenable.

Ne pouvant entrer ici dans de longs développements sur le mode d'action des injections iodées, je vous dirai, pour terminer, qu'elles agissent en même temps, et sur l'économie tout entière par absorption, et localement sur les parties qu'elles touchent, en les modifiant d'une manière toute spéciale. J'ajouterai que dans les cas nombreux où j'ai injecté de la teinture iodique, je n'ai jamais observé de phénomènes d'intoxication, à moins qu'on ne prenne pour un empoisonnement les phénomènes d'idiodisme qu'on observe quelquefois, phénomènes qui sont toujours confondus avec les phénomènes de réaction ou de fièvre traumatique qui suivent toute opération un peu sérieuse, et qui se dissipent toujours d'eux mêmes, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ces phénomènes sont très-variables et sont plus ou moins prononcés, suivant la constitution plus ou moins nerveuse des individus, suivant la nature des tissus injectés, suivant enfin la dose et la concentration de l'injection. Dans bien des cas, cependant, la dose de teinture iodique injectée et laissée dans un abcès par congestion, dans un kyste ovarique, a dépassé 125 à 150 grammes et même plus. A une dose aussi considérable, la teinture d'iode peut-elle être considérée comme un poison?

Dr Boinet,

Membre de la Société de chirurgie.

Nous n'ajouterons que deux remarques aux considérations qu'on vient de lire : il est bien entendu que, lorsque nous avons soulevé avec MM. de Castelnau et Bonnet, de Lyon, la question de l'action générale des injections iodées, nous n'avons entendu faire allusion exclusivement à la cure des abcès froids ou par congestion, c'est-à-dire d'affections sur lesquelles l'état général de l'économie a une énorme importance. Il est évident que nous n'avons jamais pu croire que ce fût par son action générale sur l'économie, que l'injection iodée guérissait une hydrocèle. Mais, à part des faits, qui sont à beaucoup près les moins importants, nous sommes disposé à penser que l'action générale des préparations iodurées est beaucoup plus grande que l'action locale, et ce qui nous confirme surtout dans cette opinion, c'est le beau fait dont nous avons déjà parlé, dans lequel une des affections les plus graves qui se puissent voir a été guérie par l'administration seule des dragées d'iodure de fer de Gille, continuées pendant plusieurs mois.

Quant à la question du danger, elle est encore à juger par les faits d'une manière définitive, et nous sommes d'ailleurs disposé à penser que ce danger est moins grand que ne le pensent beaucoup de chirurgiens. Mais quel que faible qu'il soit, il n'en doit pas moins suffire, suivant nous, pour engager les praticiens à préférer la médication interne, qui est évidemment exempte de tout inconvénient, dans les cas où il est possible d'attribuer à une action générale l'effet du médicament. Nous sommes convaincu que ce sera aussi désormais la pensée de M. Boinet.

G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par décret impérial, en date du 21 mai 1853, sont nommés dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de médecin professeur : M. Fonssagrives (Jean-Baptiste), chirurgien de 1re classe.

Au grade de chirurgiens de 1re classe : MM. les chirurgiens de 2e classe : Moufflet (Eugène-Delphin-Alfred); Rideau (Louis-Charles-Alexandre-François; Bourdel (Charles-Hilarion); Danguillecourt (Prosper-Émile) : Lamotte (Adolphe-Auguste).

Au grade de pharmacien-professeur : M. Jouvin (Jean-Pierre), pharmacien de 1re classe.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Lepine (Joseph-Jules), pharmacien de 2e classe.

— Un journal de province avait cru à propos de nier d'inspiration les détails que nous avions donnés sur les nominations des professeurs aux chaires d'anatomie et de pathologie de Montpellier, et le *journal des culottières civiles et militaires,* dont on connaît aussi les excellentes et précoces informations, s'était empressé de répéter la découverte de son confrère. Il est inutile d'ajouter que personne n'a attaché la moindre importance aux assertions des deux augures. On va voir si tout le monde a eu raison.

Pendant que nous écrivions, M. le doyen de Montpellier recevait l'invitation de faire la présentation des candidats pour la chaire de pathologie vacante par le décès de M. Rech. Le désir était entrevu que M. Benoît fût porté le premier sur la liste. Dans la séance du 19 mai, la Faculté procéda au vote, qui donna le résultat suivant :

1er *candidat :* M. Benoît, 10 voix; M. Monneret (1), 5 voix. — M. Benoît est élu 1er candidat.

2e *candidat :* M. Anglada, 11 voix; M. Kunholtz, 4 voix. — M. Anglada est élu 2e candidat.

Le conseil académique n'a rien changé à la présentation, si ce n'est que M. Benoît n'y a obtenu le premier rang que par la voix prépondérante du recteur. Cet honorable et habile confrère se trouve donc dans cette singulière et peut-être unique position, d'être le premier candidat à deux places vacantes en même temps dans la même Faculté. Dans une telle situation, on doit supposer que la nomination de M. Rigaud ne souffrira plus de difficultés. Il semblerait, cependant, qu'il n'en est pas tout à fait ainsi. S. M. qui, autant que possible, tient à tout voir par elle-même, n'a pas été, dit-on, suffisamment frappée, à première vue, du mérite exceptionnel de M. Rigaud, pour qu'elle ait pensé qu'on eût, sans plus ample examen, déroger, en faveur de ce candidat, à l'ordre régulier des nominations. En conséquence, un rapport circonstancié sur les titres et travaux de M. Rigaud devrait être mis sous les yeux de S. M., qui aura donné, dans cette circonstance, un rare exemple de justice et haute raison.

— On a annoncé que M. le Ministre de la guerre avait l'intention de créer un hôpital militaire d'instruction à Alger. Il a été, en effet, question de cette création, et le projet est loin d'en être abandonné; mais il a été plus sérieusement question encore de la création d'une école secondaire de médecine et de pharmacie, dont l'utilité, à Alger, est bien plus grande et plus évidente que dans aucune ville de France, et où se trouvent réunies, d'ailleurs, tous les éléments de prospérité pour un semblable établissement.

— Sur une puissante recommandation, M. le Dr M.... a été admis auprès de S. M. l'Empereur, et lui a demandé la création d'une chaire d'homœopathie dans la Faculté de médecine de Paris. S. M. a répondu d'une manière assez évasive, pour qu'on puisse être assuré que la création demandée n'aura pas lieu.

— Le *Moniteur universel* publiera prochainement une promotion qui sera assez instructive, relativement à la position respective que les officiers et les médecins de l'armée occupent et devraient occuper. Un sous-aide, qui a rendu de grands services en Afrique, mais dont les dispositions ne lui laissaient guère espérer de pouvoir conquérir le grade de docteur, nécessaire pour passer aide-major, va être nommé sous-lieutenant, et l'on présume avec assez de raison qu'une fois officier, cet honorable sous-aide parviendra à acquérir le grade de colonel ou même de général. Avis aux officiers de santé qui ont assez d'intelligence pour aspirer légitimement au grade d'inspecteur du service de santé des armées.

(1) Plus d'un apprendra avec surprise cette candidature et avec regret le peu de succès qu'elle a eu.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 66. 1re année. Jeudi 2 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE CIVILE** : Variété rare de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire. Guérison, par M. le Dr Alexis Favrot. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 1er juin 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Si l'incontinence d'esprit était contagieuse, l'Académie, malgré les cuirasses robustes qu'elle aurait à opposer au fléau, sans sortir de son enceinte, pourrait bien avoir à se repentir d'avoir choisi pour président M. Bérard ; mais fort heureusement, les plus fougueux contagionistes, y compris M. Velpeau lui-même et ses savants auxiliaires MM. Fr. Dubois et J. Guérin, ne sont pas allés jusqu'à croire à cette espèce de contagion. C'est pourquoi nous avons ri, sans arrière-pensée, à la nouvelle pointe décochée par M. le président contre les orateurs qui allaient prendre la parole.

Nous avons entendu avec plus d'intérêt encore et de plaisir la sévère et vigoureuse allocution de M. Bouvier, à l'occasion du procès-verbal ; les pensées qu'a exprimées M. Bouvier, le langage dont il s'est servi n'auraient été indignes d'aucune tribune, et à l'Académie elles ont été une exception, qui d'ailleurs a été accueillie avec une juste faveur.

Ces deux petits incidents terminés, la discussion a repris son cours par un discours de M. Ferrus. L'honorable orateur, pensant probablement que le désir du président allait s'accomplir, a jugé à propos de résumer la discussion en reproduisant ce qui, dans chaque discours prononcé, lui paraissait tendre vers le but auquel il aspire lui-même, celui du renvoi du rapport à la commission. M. Ferrus est un de ces hommes rares qui doivent à leur extrême bienveillance, à leur besoin qu'on pourrait presque dire exagéré de concorde et d'harmonie, de trouver de l'accord là où tout le monde voit la désunion, d'appliquer l'éloge là où il semblerait qu'on ne peut trouver que matière à critique. M. Ferrus sera-t-il parvenu à faire passer ses honorables sentiments dans le cœur de tous ou seulement de la majorité de ses auditeurs ? Nous en doutons fort. Quoi qu'il en soit, il est un des principaux motifs invoqués par le digne académicien à l'appui du renvoi à la commission et que nous ne saurions admettre, c'est celui qui est puisé dans les modifications plus ou moins profondes que l'adoption du rapport pourrait introduire dans les Institutions de sourds-muets. Nous répéterons ici ce que nous avons dit à propos du discours de M. J. Guérin : Les considérations de cet ordre sont exclusivement du ressort de l'administration ; l'Académie doit s'occuper de la constatation des faits et des doctrines scientifiques et nullement des conséquences administratives qu'elles peuvent entraîner. Dans la bouche de M. Ferrus, inspecteur général, les motifs dont il est question auraient sans doute été on ne peut plus acceptables ; dans la bouche de M. Ferrus, académicien, ils ne sauraient être admis. Si la commission a bien vu, et bien exprimé ce qu'elle a vu, il faut adopter son rapport ; si elle a mal vu ou mal dit, il faut repousser ou modifier ses conclusions.

C'est là ce qu'a parfaitement senti M. Malgaigne, qui a succédé à M. Ferrus.

Quand on voit monter M. Malgaigne à la tribune, on s'inquiète peu du motif qui l'y conduit, parce qu'on est sûr que le moins que l'habile professeur pourra faire, ce sera d'intéresser. M. Malgaigne a cru néanmoins devoir faire part à l'Académie de son motif qui, il faut bien en convenir, ne vaudrait pas grand'chose pour tout autre que pour lui : « Je n'ai pris la parole sur la question pendante, « a-t-il dit, que parce que je suis obligé de voter sur les « conclusions du rapport. » A ce compte, tous les académiciens devraient prononcer un discours, et nous sommes bien certain que ce n'est pas un tel débordement que M. Malgaigne a voulu encourager. Mais nous le répétons, le motif bon ou mauvais d'un discours de M. Malgaigne importe peu ; ce qui importe, c'est le discours lui-même.

Nous l'avouons sans plus de restriction, jamais improvisation de M. Malgaigne ne fut plus heureuse ; jamais l'habile orateur ne captiva à un plus haut point l'attention publique, et la meilleure preuve que nous en puissions donner, c'est qu'à cinq heures un quart l'Académie s'est surprise presque au grand complet, tous les regards fixés sur l'orateur. Mais ce juste hommage rendu à un discours, œuvre d'un talent des plus éminents, il ne faut pas que le plaisir que nous avons éprouvé à entendre M. Malgaigne nous fasse oublier que la critique a néanmoins des devoirs à remplir envers lui, même après son juste triomphe.

M. Malgaigne a voulu tout d'abord déblayer le terrain de la discussion de toutes les *belles* théories dont on l'avait encombré, et pour cela nous ne lui devons que des éloges ; il a ensuite cherché à préciser davantage les observations de la commission et quelques-uns des faits invoqués dans la discussion, et, sur ce point, nous devons le louer égale-

ment, au moins de son intention ; enfin, il a jugé à propos de ne puiser les motifs de ses convictions que dans les faits vus par la commission, par lui-même ou par ses collègues, sans tenir aucun compte des faits antérieurs, fût-ce même des faits miraculeux; car, a-t-il dit justement, les miracles ne font pas la science, et pour cette troisième raison encore M. Malgaigne a droit à notre approbation, quoiqu'il n'ait pas été entièrement fidèle à sa parole, et qu'il ait fait quelques excursions mentales dans des domaines où matériellement il n'a jamais mis le pied.

Mais si, quittant les détails, nous nous élevons à l'ensemble, si nous voulons chercher dans le discours de M. Malgaigne une vue générale, une opinion, en un mot; si (pour entrer au cœur de la question pratique) nous voulons savoir s'il faut ou s'il ne faut pas élever par la méthode de la parole un certain nombre de sourds-muets, le savant orateur nous trahit et nous laisse dans l'incertitude. Il nous dit fort bien qu'on ne sait pas, à l'Institution impériale, le premier mot de ce qui se passe à l'Institution Dubois, et réciproquement ; il nous expose à merveille les avantages et les inconvénients qu'il trouve à la mimique et à la parole ; il nous raconte les illusions excessives qui troublent la vue des partisans des deux méthodes et qui leur fait voir en beau tout ce qui flatte leurs opinions, et en laid tout ce qui les contrarie ; mais, finalement, quel parti faut-il prendre ? laquelle de ces méthodes faut-il adopter, soit d'une manière absolue, soit d'une manière relative ? Sur ces questions fondamentales, le discours de M. Malgaigne nous laisse dans le doute ; le discours, nous nous trompons, c'est l'opinion de M. Malgaigne que nous aurions dû dire. Car, pour son discours, il contient tous les éléments d'une solution éclairée ; M. Malgaigne n'a eu que le tort de n'avoir pas su, ou plutôt de n'avoir pas voulu se donner la peine de l'y trouver. En voulez-vous la preuve ? Voyez la manière dont M. Malgaigne a posé et résolu les questions suivantes, que nous résumerons en quelques mots pour plus de précision :

L'éducation des sourds-muets par la parole doit être considérée sous divers rapports :

1° Par rapport à la communication des sourds-muets entre eux. — Sous ce rapport, répond M. Malgaigne, la mimique est plus commode, moins fatigante, plus intelligible, et conséquemment préférable. Les sourds-muets élevés *exclusivement* par la parole se servent clandestinement de la mimique (Institution Dubois);

2° Par rapport à la communication des sourds-muets avec la société en général. — La mimique et la parole sont également inutiles ; jamais les sourds-muets ne pourront avoir des communications suivies avec la société ;

3° Par rapport à la communication des sourds-muets avec leur famille. — La parole est supérieure à la mimique, les sourds-muets parvenant facilement, quand ils ne peuvent pas entendre, à lire la parole sur les lèvres des personnes avec lesquelles ils vivent ;

4° Par rapport aux sourds-muets, considérés chacun isolément, et dans les conditions où les placent quelquefois les besoins pressants et essentiels de la vie (danger, faim, soif, etc.). — La parole est supérieure à la mimique, puisque seule elle peut mettre le sourd-muet à même de faire comprendre à tout le monde ses besoins ;

5° Enfin, par rapport au degré d'instruction que chaque méthode permet de donner aux élèves. — Sous ce rapport les méthodes sont parfaitement égales, car l'éducation, dans l'une comme dans l'autre, se fait surtout par l'écriture.

Ces cinq propositions, nous devons le dire, quoique généralement vraies, ne nous semblent cependant pas aussi rigoureuses qu'elles ont pu le paraître à M. Malgaigne. Mais alors même qu'on les considérerait comme l'expression mathématiquement exacte des faits présents et futurs, qui donc pourrait hésiter à préférer, entre deux méthodes, celle qui permet au sourd-muet : *de communiquer avec sa famille ; de se faire comprendre de tout le monde dans un besoin ou dans un danger pressant*, quand d'ailleurs cette méthode est au moins égale à la première sous tous les autres rapports ? Personne, nous ne craignons pas de le dire, n'hésitera entre ces deux méthodes, pas même M. Malgaigne, *nous en sommes certain*, si jamais il est appelé à donner son avis aux parents d'un enfant sourd-muet susceptible d'acquérir la parole à un degré quelconque. Toutes les imperfections de la parole chez ces infortunés, signalées par M. Malgaigne, ses prétendus dangers même, insuffisamment démontrés par la prétendue phthisie des demoiselles Dubois, tout cela ne saurait être un argument sérieux contre une méthode qui, en définitive, rend un enfant à sa famille, peut le servir dans mille circonstances de la vie, et peut le soustraire aux périls les plus graves.

M. Malgaigne, peut-être sans le savoir et peut-être plus encore sans le vouloir, aurait donc assuré, par son témoignage, d'autant plus important qu'il était plus impartial, peut-être même un peu hostile à la méthode allemande, M. Malgaigne aurait assuré hier le triomphe de la méthode par la parole, si ce triomphe avait été douteux ; il a défendu, par les arguments les plus palpables qui aient encore été donnés, les conclusions de la commission, au moins dans leur esprit, sinon dans leur lettre. C'est ce que va démontrer le rapide examen des conclusions qu'il a proposé de substituer à celles de la commission.

M. Malgaigne ayant reproduit dans son discours chacune des questions de M. le Ministre, nous nous abstiendrons de les transcrire ici; il suffira d'y placer les réponses rédigées par l'éloquent orateur.

Réponse à la première question.

Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration, et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial ; mais l'expérience n'a pas encore prouvé s'ils sont susceptibles d'une *guérison complète*.

La restriction faite par M. Malgaigne, relativement à une *guérison complète*, est parfaitement fondée, mais nous serions tenté de dire aussi, parfaitement inutile. Personne au monde, je crois, et en tout cas bien certainement l'administration, n'a jamais pensé qu'on pût faire d'un sourd-muet un individu parlant et entendant comme M. Malgaigne lui-même ; ce que M. le Ministre a voulu, c'est de savoir si l'amélioration peut être, chez un certain nombre, assez prononcée pour instituer un traitement, c'est-à-dire un enseignement spécial dans les établissements impériaux. Or, M. Malgaigne propose de répondre qu'*il importe* d'instituer ce traitement. Les partisans du progrès ne peuvent rien demander de mieux, et nous ne doutons pas que la commission ne se rallie à cette rédaction.

Réponse à la deuxième question.

Nombre de sourds-muets sont capables d'acquérir la faculté de

lire sur les lèvres; c'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois; mais cette faculté est fort limitée chez la plupart.

Cette réponse est encore très-acceptable; elle nous paraît satisfaire aux vœux de M. Blanchet : quelque limitée que soit une faculté, dès qu'on en reconnaît l'existence, cela suffira, sans aucun doute, pour engager l'administration à prendre les mesures les plus propres à en faciliter, à en assurer le plus grand développement possible.

Troisième réponse.

Cela n'est nullement démontré.

Nous ne voulons point entamer, à propos de cette réponse, une discussion que M. Malgaigne a jugé à propos d'éluder. Nous dirons seulement qu'il n'y a pas de fait dans la science plus rigoureusement démontré que celui de la *perception* du son par les nerfs de la sensibilité générale, fait dont la physiologie est redevable à M. Blanchet. Sans doute, il reste encore à étudier l'étendue et l'utilité de cette faculté; mais la contester est impossible, si l'on ne veut pas se refuser à l'évidence.

Quatrième réponse.

L'expérience est loin d'avoir décidé entre la méthode française ou l'éducation par la mimique, et la méthode qu'on voudrait lui substituer.

Les considérations et les faits présentés par M. Malgaigne et que nous avons reproduits plus haut, tranchent victorieusement la question qu'il présente ici comme indécise, et la tranchent en faveur de la parole, non pas de la parole *substituée* d'une manière générale à la mimique, mais seulement appliquée à l'éducation *d'un certain nombre* de sourds-muets, suivant les expressions de M. le Ministre.

Cinquième réponse.

L'Académie ne saurait répondre à cette question jusqu'à ce que M. Blanchet l'ait mis à même d'en juger par expérience.

Cette conclusion est la seule dont la commission ne doive accepter ni la lettre, ni l'esprit. L'exemple de M. Dubois fils, que toute l'Académie, que tous les auditeurs du discours de M. Malgaigne ont pu entendre hier, démontrerait à lui seul que quelques sourds-muets, quel qu'en soit d'ailleurs le nombre, peuvent communiquer à l'aide du langage articulé, avec le reste de la société; que tous les élèves soumis au traitement de M. Blanchet et à la méthode qui en est le complément indispensable, arrivent au degré de perfection de M. Dubois. C'est assurément ce que nous sommes loin d'espérer; mais répondre purement et simplement qu'on ne sait à quoi s'en tenir sur la cinquième question de M. le Ministre, ce serait méconnaître les faits les plus éclatants, ce serait refuser de déclarer que M. Dubois fils parle et comprend la parole avec une perfection bien plus que suffisante pour communiquer avec le reste de la société; ajoutons qu'il n'est pas le seul dans ce cas, et que les exemples produits par M. Malgaigne en faveur de la méthode par la parole, n'ont pas été choisis, à part celui de M. Dubois, avec tout le bonheur possible.

Voilà une appréciation bien longue déjà du remarquable discours de M. Malgaigne; terminons comme nous avons commencé, en félicitant l'orateur de s'être associé à la proposition de M. Bégin, relative à la création d'un conseil de perfectionnement près des institutions de sourds-muets. Là est tout l'avenir des progrès du traitement et de l'enseignement des sourds-muets. Sous ce rapport encore, mais cette fois bien sciemment, M. Malgaigne a apporté un puissant concours à la cause de la parole; car nous ne doutons pas un seul instant qu'un conseil d'hommes impartiaux et éclairés comme le serait M. Malgaigne lui-même, étudiant à fond et pratiquement la question, ne reconnaissent promptement la supériorité de la parole sur la mimique, *dans un certain nombre de cas.*

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE CIVILE.

Variété rare de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire. — Guérison.

Par M. le Dr ALEXIS FAVROT.

(*Communiqué aux Académies des sciences et de médecine.*)

La gangrène qui survient à la suite d'une inflammation phlegmoneuse peut revêtir des formes très-variées. On la voit tantôt affecter le tissu cellulaire sous-cutané, d'autres fois frapper les organes les plus profonds, tels que les aponévroses, les muscles et surtout leurs tendons.

Mais il est rare de voir cette affection revêtir une forme serpigineuse et limiter ses effets à une portion seulement de l'épaisseur de la peau.

Il nous a été donné d'en recueillir une observation des plus remarquables, dont nous allons donner un exposé succinct.

M. X...., directeur d'un de nos premiers théâtres de Paris, encore dans la force de l'âge et qui jusqu'alors avait joui d'une très-bonne santé, fut atteint le 8 juillet 1852, à la suite de l'extirpation d'un cors placé sur le dos du petit orteil du pied droit, d'un phlegmon diffus qui envahit d'abord le tissu cellulaire de cet organe, et se propagea rapidement sur toute la région dorsale du pied.

C'est alors qu'il réclama mes soins, déjà l'articulation phalango-phalangienne était mise à nu. De larges phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre occupaient toute l'étendue de la face dorsale du tarse et du métatarse, et se prolongeaient même dans la région plantaire.

La gangrène était imminente, et tout portait à croire que le pied était sérieusement compromis.

En présence de tels phénomènes, je crus devoir recourir à l'expérience de notre savant confrère, M. le docteur Maisonneuve, qui voulut bien s'adjoindre à moi pendant toute la durée du traitement.

Lors de notre première réunion, qui eut lieu le 23 juillet 1852, nous constatâmes que le tiers environ de la peau qui recouvre la région dorsale du pied était déjà frappé de gangrène, que le stylet pénétrait dans l'articulation des deux premières phalanges du petit orteil, qu'un gonflement œdémateux envahissait la partie inférieure de la jambe et la plante du pied.

Nous dûmes faire connaître au malade toute la gravité de sa position, le préparer même à une amputation qui paraissait presque inévitable. Avant cependant de nous y décider, nous crûmes prudent d'attendre la limitation de la gangrène et d'observer, tout en les dirigeant, les effets que pourrait tenter l'organisme.

Le malade, soumis au repos absolu, fut placé de manière à ce que la jambe, reposant sur un coussin de balle d'avoine, se trouvât dans une position élevée; plusieurs incisions furent pratiquées, tant sur l'orteil que sur les parties œdémateuses, et sur les points déjà mortifiés.

Un phénomène singulier frappa vivement notre attention, au moment où le bistouri divisait les escarres : c'est que la peau n'était pas encore envahie par la gangrène dans toute son épaisseur, et qu'il restait une partie du derme non encore mortifiée entre les escarres et le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette circonstance insolite nous fit penser qu'il ne serait peut-être pas impossible d'arrêter les progrès du mal, avant la dénudation des tendons extenseurs, et par conséquent de conserver au malade l'usage de son membre.

Dans cette espérance, sur laquelle toutefois nous ne comptions que bien faiblement, nous prescrivîmes les précautions les plus rigoureuses.

Le malade fut soumis à une diète sévère, à des boissons délayantes, à l'immobilité la plus absolue.

La partie malade fut recouverte de cataplasmes émollients fréquemment renouvelés.

Sous l'influence de ce traitement, la gangrène borna momentanément ses progrès, l'œdème et le gonflement inflammatoire disparurent complétement, et nous vîmes, avec une satisfaction profonde, que lors de la séparation des escarres, il restait au-dessous d'elles une petite portion de l'épaisseur du derme. Mais, tout en cessant de progresser en profondeur, la gangrène continua pendant quinze jours à s'étendre en superficie, tandis que, dans toute la région externe, les escarres étaient détachées, que la cicatrice était en voie de formation, nous vîmes du côté externe la peau rougir, se couvrir de phlyctènes et se sphacéler comme dans la région voisine.

C'est le 15 août seulement que ce travail gangreneux cessa de faire des progrès. Les escarres récentes achevèrent de se détacher, sans que dans un seul point le tissu cellulaire sous-cutané ait été mis à nu.

La cicatrice marcha dès lors avec rapidité et recouvrit bientôt toute l'étendue de la plaie, c'est-à-dire toute la région dorsale du pied. Le mal semblait marcher à la guérison, lorsque le 20 août survint, dans la région plantaire, une tuméfaction douloureuse accompagnée d'œdème, et bientôt se manifesta un véritable abcès qui dut être incisé largement. Cette incision nous fit reconnaître une seconde phase de la maladie, plus grave encore que la première. Cette fois, ce n'était plus la peau qui était frappée par le travail gangreneux, mais bien l'aponévrose plantaire. Toute cette aponévrose se mortifia successivement jusques dans ses plus petits prolongements, et nous dûmes craindre une seconde fois que le pied tout entier ne fût gravement compromis.

M. le docteur Cabarrus, ami intime du malade, se trouvait présent quand nous décidâmes l'excision de cette vaste aponévrose sphacélée.

Cette excision mit à couvert tous les muscles de la plante du pied, et nous permit de constater que le mal ne s'était pas étendu plus profondément. A dater de ce moment, la gangrène suspendit sa marche envahissante, et la plaie marcha d'une manière régulière vers la guérison.

Nous signalerons cependant encore un fait assez curieux : au lieu de se souder aux parties sous-jacentes, la peau de la plante du pied qui, par le fait de l'aponévrose plantaire, se trouvait décollée dans une grande étendue, se recouvrit à la face profonde d'un épiderme épais que nous fûmes obligé d'enlever avec soin, et qui put être détaché par larges lambeaux.

Après cette petite opération, la peau fut maintenue exactement en contact avec le tissu musculaire, au moyen d'une compression méthodique, et rien dès lors ne vint plus entraver la cure.

Actuellement que la guérison est entière, il reste sur le dos du pied une large cicatrice qui recouvre toute la surface de cette région.

A la face plantaire de l'organe, on observe une longue cicatrice linéaire, et malgré la destruction complète de l'aponévrose, le pied ne s'est point affaibli et semble peu différent de l'état normal, non-seulement quant à la forme, mais encore sous le point de vue de la station et de la marche.

L'observation que nous venons de rapporter contient deux faits extrêmement remarquables.

1° La limitation de la gangrène à une portion seulement de l'épaisseur de la peau, et cela dans une surface aussi considérable que toute la région dorsale du pied;

2° La destruction complète de l'aponévrose plantaire, sans altération notable des fonctions de l'organe.

Ce sont ces deux points qui nous ont paru dignes d'être soumis à l'attention de l'Académie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs remèdes secrets et un nouveau compteur à secondes;

2° Deux rapports sur les épidémies, l'un de M. le docteur Yvonneau, médecin des épidémies de l'arrondissement de Blois, l'autre de M. Aribert Dufresnes, médecin des épidémies de l'arrondissement de Grenoble.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sulfate de quinine.

M. le docteur Kuhn, correspondant de l'Académie à Niederbronn, informe l'Académie de l'observation qu'il aurait faite que le sulfate de quinine, administré par le rectum, a une activité double de celle qu'il a quand on l'administre par la bouche.

Succédané du quinquina.

M. le docteur Boulonnié adresse un paquet cacheté contenant la formule d'un nouveau succédané du quinquina.

Perchlorure de fer.

M. Villardebo écrit pour répondre à la réclamation de priorité de M. Leroy.

Choléra.

M. le docteur Tourrette adresse un mémoire sur le traitement du choléra épidémique.

Eaux minérales.

M. le docteur Pégot adresse un mémoire étendu sur l'action des eaux sulfureuses de Bagnères de Luchon, dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis.

M. Kuhn adresse un rapport sur les eaux minérales de Niederbronn pendant l'année 1852.

Épanchements traumatiques de sérosité.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Orphelins, adresse un mémoire intitulé : *Des épanchements traumatiques de sérosité.* L'importance de ce mémoire nous oblige d'en remettre l'analyse à notre prochain numéro.

Influence de la barbe sur la santé.

M. Szokalski adresse une lettre tendant à prouver que la coupe de la barbe expose aux angines, etc.

Gangrène.

M. Depaul présente, au nom de M. Favrot, une observation de gangrène du pied (*voir* ci-dessus, *Clinique civile*).

Surdi-mutité.

Deux lettres, dont l'une de M. Ménière, que le bureau a jugé à propos de renvoyer à la commission sans lecture préalable.

M. Bouvier demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Le procès-verbal, dit-il, fait mention d'une protestation de MM. les professeurs sourds-muets de l'Institution de Paris, contre un passage de mon discours du 17 mai.

Après la publicité qu'a reçue cette pièce, l'Académie comprendra que je suis dans la nécessité de lui donner quelques mots d'explication.

J'avais dit qu'il était possible que MM. les professeurs sourds-muets se fussent fait assister pour la rédaction de leurs ouvrages, afin d'en faire disparaître les tournures de la langue mimique, les *mimismes,* passez-moi le terme, comme d'autres ont pu avoir besoin d'aide pour purger leur siyle des gasconismes, des germanismes, etc., du dialecte de leur pays natal.

MM. les professeurs sourds-muets, dans leur protestation collective, affirment que les productions de leur plume *sont entièrement d'eux.*

En présence de quatre signatures d'hommes d'honneur, apposées au bas de cette déclaration, je n'ai qu'une chose à faire, c'est de retirer ma supposition, quelques motifs que j'ai pu avoir de la croire fondée.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, de protester à mon tour contre

toute interprétation exagérée ou malveillante, de paroles échappées dans la vivacité du discours.

L'Académie, je me plais à le penser, apprécie les circonstances où elles ont été prononcées, et reste convaincue de mon désir constant de respecter les convenances, de ne point manquer aux égards dus à tout corps savant.

Quant aux personnes étrangères à l'Académie, quant aux institutions en cause, j'affirme que *j'ai usé de grands ménagements en ce qui les concerne,* et je déclare en même temps, que si l'intérêt de la vérité, si l'intérêt sacré de la cause que j'ai embrassée réclamait un supplément de lumières, je ne reculerais devant l'énonciation d'aucun des faits que je tiens en réserve. Agir autrement serait une lâcheté.

DISCUSSION SUR LA SURDI-MUTITÉ.

M. le président invite, avec sa malicieuseté habituelle, les orateurs à modérer les élans de leur éloquence et de terminer la discussion dans cette séance.

M. Ferrus. Dans une première partie de son discours, l'honorable orateur résume toutes les allocutions et documents déjà acquis à la discussion; arrivant ensuite à l'appréciation du rapport de la commission et de la discussion en général, M. Ferrus trace un historique des faits qui ont donné lieu à la discussion ou plutôt à l'intervention de M. le Ministre, faits qui ont tous leur origine dans la nomination de M. Blanchet, comme chirurgien de l'Institution des Sourds-Muets, et par l'extension d'attributions qu'a dû recevoir le chirurgien, par suite de l'application qu'il a voulu faire d'un traitement de la surdi-mutité conforme aux progrès de la science. M. Blanchet a donc songé à faire consacrer par l'autorité une position successivement agrandie.

En considérant le vague des questions soumises à l'Académie, l'orateur pense que la commission a fait trop ou trop peu : « trop peu, si elle voulait « embrasser toute la tâche; trop, si elle ne voulait qu'en considérer une « partie et traduire des impressions décisives. »

En considérant ensuite les conséquences que pourrait avoir la décision de l'Académie, M. Ferrus se demande : « Une classe d'articulation étant « réorganisée avec toute la perfection dont elle peut être susceptible, qui « la dirigera? Sera-ce M. Blanchet? Mais, en ce cas, le médecin actuel ne « réclamera-t-il pas pour lui-même cette classe, ou l'établissement d'une « classe analogue? Les instituteurs actuels ne revendiqueront-ils point le « plein exercice de leurs droits? »

En présence de ces incertitudes on ne saurait, sans fermer les yeux à l'évidence, trouver la question assez mûrie pour la résoudre et renoncer à un droit ultérieur d'examen. En conséquence, M. Ferrus conclut :

« Au renvoi du rapport à la commission qui, poursuivant les études com-« mencées, le complétera d'aperçus puisés, tant dans les expériences nou-« velles que dans les lumières du débat, ce qui motiverait la demande au « Ministre d'un délai pour la réponse définitive;

« Ou, ce que je crois préférable, la délimitation du travail actuel à l'exa-« men circonscrit des effets obtenus par M. Blanchet, et l'élimination du « rapport de toute pensée tendant à introduire dans l'Institution de Paris, « occasionnellement pour ainsi dire, des innovations qui, fécondes si on en « ménageait la transition, pourraient, dans le cas contraire, y apporter des « germes d'hésitation, d'antagonisme, et par conséquent de désordre.

« Quant à M. Blanchet, je désire que justice lui soit rendue, et je crois « savoir que le gouvernement n'est point enclin envers lui à l'ingratitude. »

M. Malgaigne.— Messieurs, je serai sans doute l'interprète de l'impression de beaucoup de mes collègues, en disant combien est obscure et difficile la question qui nous est soumise; et j'ajoute que je ne l'aborde qu'avec une grande défiance de moi-même, comme un homme qui n'aurait pas osé y toucher si je n'avais pas à la juger. Et il n'y a pas lieu de s'étonner qu'elle soit obscure pour nous : elle l'est bien pour ceux qui l'ont le plus étudiée, qui en ont fait la méditation de toute leur vie; les éléments d'appréciation manquent, ou du moins ne sont pas suffisamment connus. Aussi je ne saurais trop féliciter l'Académie de la discussion qui s'est poursuivie dans son sein pendant de si nombreuses séances; elle aura mis au jour une foule d'idées, elle aura éveillé l'attention des médecins sur des problèmes qu'ils croyaient à peine de leur domaine; elle apprendra, je l'espère, à tous ceux qui se sont occupés jusqu'ici des sourds-muets, à mettre plus de vigueur dans leurs assertions, plus de réserve dans leurs espérances.

Après les belles et nombreuses théories dont on vous a entretenu, vous comprenez, messieurs, que je ne me hasarderai pas sur le terrain théorique. Après tout, il faut toujours revenir au côté pratique; le Ministre a posé à l'Académie une série de questions très-positives, qui demanderont des réponses tout aussi positives; je me propose donc de discuter les réponses proposées par la commission, et d'exposer les modifications qu'il me paraît convenable d'y apporter.

Un mot encore avant d'entrer en matière; on a adressé un éloquent appel à l'humanité de l'Académie; on l'a sollicitée, et personnellement j'ai été sollicité moi-même de ne pas déserter la voie du progrès. Je pense, messieurs, qu'on aurait pu s'épargner cette peine. L'humanité aura toujours un écho ici, mais à la condition d'être d'accord avec la conviction scientifique; et l'Académie ira toujours du côté du progrès, à la condition encore qu'il s'agira d'un progrès réel, et non pas d'un progrès à reculons.

Je n'invoquerai donc et je ne rechercherai qu'une seule chose : la réalité, et je crois que c'est là ce que l'Académie désire, si les conclusions qu'on lui propose sont suffisamment fondées sur l'expérience, et s'il n'y avait pas d'autres faits à consulter qui ont été malheureusement négligés.

Avant tout, je déclare que je ne m'occuperai point des documents antérieurs à ce débat. On a voulu en tirer des arguments pour et contre; je les repousse tous. Chaque écrivain a émis des assertions, chaque méthode a inventé ses miracles; je ne tiens compte ni des uns ni des autres. C'était là probablement la pensée du Ministre, lorsqu'il a invité l'Académie à nommer une commission pour examiner les faits nouveaux; c'était certainement celle de l'Académie, et la mission essentielle que la commission en a reçue était d'étudier la question, non pas sur des assertions ou des ouï-dire, mais bien à l'aide d'expériences reprises *ab ovo,* sur des sujets non encore traités, afin de porter un contrôle efficace sur l'état antérieur, sur le traitement et sur le résultat.

La commission l'a compris ainsi, et s'est aussitôt mise à l'œuvre. Mais, messieurs, ses recherches ont-elles été aussi étendues qne l'exigeait la difficulté du problème, et les faits qu'elle a recueillis sont-ils de nature à confirmer ses conclusions? Voilà le premier point à éclaircir. Voyons donc les questions du Ministre, voyons les réponses que la commission propose de lui faire, et voyons les faits sur lesquels elle les appuie.

Le Ministre demande d'abord :

1° *Si parmi les élèves qui entrent chaque jour dans l'Institution des Sourds-muets, il ne s'en trouve pas un certain nombre qui, par suite du traitement imaginé par M. Blanchet, seraient susceptibles de guérison ou d'amélioration, et pourraient arriver à saisir la parole directement par l'oreille, ou par l'intermédiaire d'instruments d'acoustique, ou par tout autre moyen? »*

Que répond la commission?

« *Il s'en est trouvé constamment, dans chaque série, un certain nombre, 1 sur 3, 4 ou 5.* »

Messieurs, je ne saurais admettre une pareille réponse. Que la commission concède qu'il y a des sujets capables d'amélioration, je le veux bien, et encore je me réserve de dire en quoi consistent ces améliorations; mais de guérison, qu'en sait-elle? En a-t-elle vu une seule? Non, pas une.

La commission a été nommée en décembre 1848 (la lettre du Ministre est du 11), et sans doute elle a commencé immédiatement ses travaux; je dis *sans doute,* car le rapport est très-avare de dates, comme de noms propres, et cela ne m'a pas rendu la vérification toujours facile. Quoi qu'il en soit, elle a fonctionné jusqu'en août 1852; environ quatre ans. Pendant ces quatre années, ses membres se sont rendus une dizaine de fois à l'Institution des Sourds-Muets, le plus souvent isolément, et il n'y a eu que quatre séances sérieuses, ou du moins que quatre procès-verbaux; le premier sans date, le second de 1849, à la fin de l'année scolaire; les deux autres en date des 5 et 7 août 1852; les deux dernières séances sont trop rapprochées pour être comptées autrement que comme la même séance continuée : total, trois séances sérieuses.

Dans ces séances, on a présenté à la commission plusieurs séries d'élèves. Quelquefois, c'étaient d'anciens élèves qu'elle n'avait pas suivis dès l'origine; ceux-là ne comptent pas. D'autres ayant eu leur traitement commencé plus tard, il serait injuste de les prendre pour exemple; on me disait à juste titre que le traitement n'était pas complet. Loyalement, légitimement, je ne puis et ne veux prendre que les élèves examinés dès la première séance; ceux-ci ont eu quatre ans de traitement, c'est quelque chose; et finalement il n'y en a pas de plus anciens.

Ces élèves sont au nombre de quatre :

Le premier entendait	des sons de	132 vibrations	à 312.
Le second —	— de	86 —	à 500.
Le troisième —	— de	172 —	à 300.
Le quatrième —	à peine	86 —	

c'est-à-dire, à fort peu près, qu'il n'entendait rien du tout.

Je saute par-dessus les progrès successifs; je reprends les élèves après les quatre années révolues : Qu'ont-ils gagné? Je laisserai de côté les vibrations; je doute fort que la plupart de mes collègues y aient compris quelque chose; pour moi, du moins, le rapport ne m'ayant pas éclairé, je suis resté dans l'ignorance, n'ayant pas jugé que la chose valût la peine d'être étudiée à fond. J'ai tort de m'exprimer ainsi; et cette étude des vibrations peut avoir une certaine portée en physiologie; mais je ne m'occupe que de la question pratique, et je répète donc : Qu'ont-ils gagné?

Le premier *percevait les sons articulés qu'on proférait à haute voix près de son oreille, et même les mots prononcés à voix basse à l'aide d'un cornet*

acoustique. Très-bien ; il y avait donc amélioration ; mais est-ce là une guérison ? Personne n'oserait le prétendre.

Le second *percevait les mots à deux mètres de distance de son oreille et les répétait*. Ceci est mieux encore ; mais ce n'est pas là une guérison.

Le troisième *répétait les mots à la distance d'un mètre*. Amélioration encore, mais moindre que dans le second cas ; donc, encore point de guérison.

Quant au quatrième, sourd il était, sourd il est resté ; seulement il était parvenu à lire la parole sur les lèvres et à parler assez bien.

Voilà tout ; voilà ce qui a été obtenu en quatre ans. La commission, qui n'a vu que cela, est-elle donc autorisée à répondre au Ministre qu'il y a des sujets susceptibles de guérison ? L'Académie en sera juge.

Mais, messieurs, ces améliorations, que pèsent-elles ? quelle valeur ont-elles ? Je suis allé à l'Institution ; j'ai vu l'un de ces sujets améliorés : il entend, cela est positif. Je lui ai fait tourner le dos, je lui ai parlé, il a entendu ; mais entendu quoi ? Cela est important à connaître. A la distance d'un mètre, je lui adresse à voix haute une question en quatre mots ; il en entend un. Je me rapproche à un demi-mètre, même résultat. Je lui crie une question semblable dans l'oreille ; je la lui crie près du crâne, pour faire pénétrer par les os les ondes sonores ; il entend un, deux, trois mots, jamais une phrase entière. Il n'y a pas là de quoi triompher beaucoup. Est-ce tout néanmoins ? J'ai voulu savoir de lui ce qu'il estimait avoir gagné ; j'ai fait une question par écrit, et par écrit il m'a répondu : *J'entendais tout autant avant le traitement*. Voilà sa réponse, messieurs ; je ne prétends pas en tirer de grandes conséquences ; cependant, je crois pouvoir déjà en conclure que du moins M. Blanchet fait des élèves bien ingrats.

M. Blanchet, à qui j'ai raconté le fait, l'a expliqué d'une manière que je dois dire : c'est que, selon lui, les professeurs pèsent sur les élèves et leur font dire ce qu'ils veulent. Le reproche est grave, comme vous voyez ; c'est une inculpation de fraude. Il s'en retrouvera d'autres exemples ; notez ceci, pourtant, afin de ne pas leur donner plus de portée qu'elles n'en doivent avoir : entre M. Blanchet et les professeurs de l'Institution, il y a une véritable guerre, guerre civile, guerre domestique ; ceci pourra éclaircir bien des faits.

Je reviens donc, et je dis : J'admets les améliorations reconnues par la commission ; je les admets malgré les dires du jeune malade ; j'admets qu'il a gagné quelque chose, bien qu'il prétende le contraire ; que puis-je faire de plus ? Mais encore un coup, ce ne sont pas là des guérisons, et la première réponse de la commission doit être profondément modifiée.

Le Ministre demande en second lieu :

« *Si d'autres élèves n'ont pas conservé l'usage de la parole et ne seraient pas susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres, quoi qu'ils soient atteints d'une surdité incurable?* »

La commission en a vu un exemple : elle était donc autorisée à répondre par l'affirmative ; du reste, c'est aujourd'hui un fait généralement connu.

Troisième question : « *Si les élèves de cette dernière catégorie ne pourraient pas recevoir quelques notions du son par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique M. Blanchet?* »

Messieurs, je suis de ceux que cette question a surpris comme une excentricité, comme une hérésie physiologique, et je l'attribuais volontiers à l'ignorance des commis qui l'avaient rédigée, lorsque M. Blanchet m'a appris que la rédaction venait de lui-même, et que, d'ailleurs, il maintenait le fait pour constant. La commission répond qu'elle l'a vérifié. C'est ma faute, sans aucun doute ; mais je suis forcé de confesser que je n'ai pas pu trouver dans son rapport l'ombre même d'une démonstration à cet égard. Je laisse d'ailleurs ce point à discuter à une autorité plus puissante que la mienne en physiologie : M. Bérard en fera, j'ose le dire, bonne et entière justice.

Quatrième question : « *Si dans la pensée de l'Académie il y aurait avantage à ce que, suivant le vœu de M. Blanchet, les élèves composant les deux catégories ci-dessus mentionnées, les uns pour retirer plus de bénéfices du traitement, les autres pour développer leur faculté d'articuler et de lire la parole sur les lèvres, fussent appelés à recevoir une éducation spéciale, donnée exclusivement par des professeurs parlants qui les exerceraient plusieurs heures par jour à l'étude de la parole?* »

Ici, la commission est singulièrement explicite. Non-seulement elle répond affirmativement, mais elle va plus loin. Le Ministre demande s'*il y aura avantage ;* la commission dit que cela *est indispensable;* et plus encore : *il sera nécessaire de placer ces élèves dans une division spéciale, de les isoler absolument des autres sourds-muets.*

Ceci est grave, messieurs, car ce n'est rien moins, pour une certaine catégorie de sourds-muets, que la substitution de la méthode allemande, ou de la parole parlée et lue sur les lèvres, à la méthode française ou la mimique. Et d'abord, sous ce prétexte de progrès et d'humanité, laissez-moi vous dire une chose : Songez-vous bien à ce que vous allez faire des malheureux que vous exclurez de votre éducation privilégiée. Il y a parmi nous, messieurs, une pauvre petite population qui souffre de la perte d'un de nos sens ; elle ne parle pas notre langue, mais elle a la sienne ; et pour faire profiter quelques-uns de vos bienfaits (nous dirons ce que valent ces bienfaits), vous commencez par séquestrer, par isoler les plus infirmes, les plus faibles ; vous leur faites un désert plus désolé que jamais, une prison dans la prison commune ; ceux-là, ils ne communiqueront pas avec la grande société, ils ne communiqueront même plus avec leurs compagnons d'infortune. Ceux-là, du moins, n'auront pas à s'applaudir beaucoup de votre humanité.

Mais, dites-vous, ce sera toujours un progrès. Un progrès ! Mais la commission ignorait-elle que ce progrès prétendu sera appelé un pas rétrograde par toute l'école allemande ; puisque celle-ci enseigne la parole parlée à tous les sourds-muets, sans exception ? M. Blanchet, que j'ai interrogé à cet égard, m'a répondu très-nettement qu'il ne demande que cela, de peur de ne pas pouvoir tout obtenir : son idéal à lui, c'est la méthode allemande ; c'est la parole partout substituée à la mimique ; et même, suivant jusqu'au bout son système, il ne voudrait pas de la méthode allemande enseignée à des sourds-muets réunis et casernés dans de grands établissements ; ce qu'il voudrait, ce seraient des externes venant assister à des leçons communes, mais après la leçon renvoyés à leurs familles, au contact de la grande société. Et en effet, qu'oppose-t-on aux cours d'articulation tels qu'ils sont professés dans notre École ? Le professeur reste une heure avec ses élèves ; passé ce temps, ils ne voient plus parler, ils restent dans le monde muet, dans le monde de la mimique. Eh bien ! quand vous aurez confié votre catégorie d'élèves choisis à des professeurs parlants, ces professeurs ne leur donneront pas la journée entière ; après deux, trois, quatre heures de cours, ils les laisseront en face d'eux-mêmes, sans modèles, sans excitation à parler et à répondre. Avec l'externat, plus d'objections ; en quittant son professeur qui parle, l'élève se retrouve dans la société de gens qui parlent ; il n'y a pas un moment de perdu. Cela peut bien aboutir à la ruine complète de l'Institution impériale de Paris ; qu'importe ? Voilà le progrès réel, complet, sans concession, sans réticences. Pourquoi la commission ne l'a-t-elle pas adopté ? Pourquoi ne pas en avertir l'Académie ? Pourquoi, nous qui ne sommes pas liés avec les scrupules de M. Blanchet, ne pas dire nettement au Ministre que hors de là il n'y aura que des demi-mesures, sujettes aux mêmes reproches que l'état actuel ?

Ainsi, d'une part, la commission ne propose que des demi-mesures, et elle ne nous dit pas pourquoi elle s'arrête en si beau chemin ; d'autre part, pour ces demi-mesures même, pour cette adoption timide et honteuse d'une partie de la méthode allemande, a-t-elle donné des raisons valables, s'est-elle éclairée par les faits ? Nullement ; j'ai lu dans le rapport cette assertion vague qu'en Allemagne les sourds-muets trouvent facilement des emplois, tandis qu'on les rebute en France ; et j'ose dire que cela aurait besoin d'être prouvé. A part cela, il y a les quatre sourds plus ou moins améliorés par M. Blanchet ; et c'est avec de pareils arguments qu'on vous propose de culbuter une institution séculaire !

Aussi ne suis-je pas surpris de la répugnance qui s'est manifestée dans l'Académie, du besoin qu'on a senti d'un supplément d'instruction et de lumières. Plusieurs de nos honorables collègues ont été visiter l'Institution de M. Dubois, où la méthode allemande est en vigueur, et l'Institution impériale ; ils vous ont rapporté des renseignements que vous avez entendus avec intérêt. Moi-même j'ai suivi leur exemple ; mais, messieurs, combien ces démarches personnelles sont insignifiantes, et combien elles peuvent exposer à l'erreur ! L'erreur peut venir d'abord de l'incompétence de l'investigateur trop novice (je parle pour moi, messieurs) ; il peut être trompé aussi par les fraudes pieuses des maîtres, jaloux de faire prévaloir leur enseignement ; il peut s'enthousiasmer pour quelques résultats frappants, obtenus chez des élèves de choix ; enfin, dans un sujet si complexe, comment, sans le secours d'une longue expérience, être bien sûr qu'on n'aura pas oublié quelque face importante de la question ? Une commission offre bien plus de garanties ; elle multiplie ses recherches ; ce qui échappe à l'un est relevé par un autre ; sans parler de la discussion en commun qui jette un si grand jour sur certaines choses !

J'aurais donc mieux aimé que la commission se chargeât de cette besogne ; et si, forcé par la nécessité, je viens exposer ce que j'ai vu, je réclame l'indulgence de l'Académie ; je suis bien loin de croire que ce que j'ai vu soit décisif, et je n'en tirerai pas de conclusions absolues ; mais déjà ce que j'ai pu voir servira à contre-balancer l'enthousiasme un peu excessif des collègues qui m'avaient précédé dans cette voie périlleuse.

Il me semblait, messieurs, que pour attribuer à une méthode quelconque une supériorité décidée sur une autre, il fallait comparer les résultats. Il existe à Paris, comme je l'ai dit, une institution de sourds-muets, dirigée par M. Benjamin Dubois, d'après la méthode allemande, c'est-à-dire sans mimique, sans dactylologie, avec la parole parlée et la parole lue sur les lèvres. J'y suis allé ; et je dois déclarer d'abord que j'ai été reçu par MM. Dubois père et fils avec une bienveillance parfaite ; qu'ils se sont prêtés, avec l'abandon le plus complet, à mes recherches, à mes interrogations, à mes expériences ; il est impossible d'agir avec une plus grande loyauté. Là, j'ai vu bon nombre de jeunes sourds-muets portant à l'extérieur toutes les marques de la santé et de la gaieté ; quelques-uns doués

déjà d'une instruction remarquable, écrivant le français avec une certaine pureté; et, ce qui est le vrai point, instruits uniquement par la parole et par l'écriture. On l'a nié, messieurs; on a prétendu que la mimique y jouait un rôle; cela prouve seulement que les adversaires de la méthode allemande ne sont pas suffisamment au courant des choses. Je suis convaincu pour mon compte, et je dirai tout à l'heure ce qui a complété ma conviction; je suis convaincu que M. Dubois remplit exactement son programme. Que, lorsqu'on lui amène un sourd-muet parfaitement ignorant, il commence, pour entrer en communication avec lui, par le langage des gestes; il est impossible qu'il en soit autrement; et la méthode française elle-même a besoin, pour apprendre à un sourd-muet la mimique régulière, de se servir d'abord de gestes irréguliers; tout comme nous ferions pour nous faire comprendre d'un enfant qui ne saurait pas notre langue. Mais ce premier pas franchi, l'enfant dressé à la parole parlée, qui après tout n'est pour lui que la mimique des lèvres, celle-ci lui suffit, et, l'écriture aidant, il arrive à une éducation aussi complète que par l'autre mimique. J'ai interrogé quelques-uns de ces jeunes gens sur l'arithmétique, sur l'histoire de France; ils m'ont répondu, le crayon à la main, comme m'ont aussi répondu les élèves de l'Institution impériale; il serait puéril de le contester. Et faites bien attention à une chose, messieurs, qui rendra ce résultat facile à comprendre: la mimique ou la parole servent de peu pour l'éducation des sourds-muets; c'est l'écriture qui y joue le grand rôle, le même rôle dans une méthode que dans l'autre.

Cependant il pouvait y avoir une perte de temps plus considérable peut-être avec la parole; j'ai demandé à M. Dubois combien de temps exigerait l'éducation de ses élèves: six ans. A l'Institution des Sourds-Muets, M. Delanneau, le directeur, de l'accueil duquel je ne saurais trop me louer, m'a dit également que le temps requis est de six ans. Les deux méthodes seraient donc à peu près égales sur ce point.

Ce résultat n'est pas admis par les chefs d'école; et bien entendu chacun vante sa méthode au détriment de l'autre. M. Dubois, à qui je manifestais l'intention de visiter les élèves de l'Institution impériale, a cru devoir me prévenir; prenez bien garde; rien de plus facile à un professeur que de souffler un élève avec un simple geste dont vous ne vous apercevrez pas! J'étais donc bien averti, messieurs, je me suis méfié des gestes; et je dois dire que l'accusation m'a paru sans le moindre fondement. Mais j'ai retrouvé la même méfiance chez les professeurs de l'Institution impériale: Vous avez vu écrire les élèves de M. Dubois; avez-vous pris garde aux gestes de l'instituteur? Chose triste à dire, messieurs, il y a injustice des deux parts, et des deux parts je n'ai vu, pour mon compte, que les hommes les plus honorables.

La méthode française invoque un autre témoignage. M. Morel, dit-on, aurait obtenu des instituteurs allemands, réunis en congrès à Pforsheim, l'aveu capital que la méthode française donnait des résultats bien supérieurs à la leur. Cela m'était difficile à croire; car, comment allier la loyauté que suppose un tel aveu, et la déloyauté qui persisterait à user d'une méthode vicieuse? Mais lorsque j'ai demandé la preuve du fait, on l'a cherchée devant moi, et il n'a pas été possible de la trouver.

Enfin, les professeurs de l'Institution impériale ont eu une idée plus généreuse; ils demandent que l'on fasse concourir les élèves des deux méthodes, et ils se croient sûrs de l'emporter. J'applaudis de toutes mes forces à ce noble défi; je pense que ce ne sera pas un moyen à négliger; et cependant, si je m'en rapportais à mes impressions actuelles, je craindrais que le résultat ne fût fort équivoque. Il y a, en effet, parmi les sourds-muets comme parmi nous, des intelligences d'élite et des intelligences communes, ou même au-dessous du commun; il est probable que les élèves de choix de chaque institution écraseront la masse vulgaire de l'institution rivale. Mais il se peut que le résultat soit plus significatif, et, je le répète, ce serait une épreuve à tenter.

Mais laissant là l'éducation, voyons si pour l'élève instruit la parole acquise l'emporte sur la mimique ou la mimique sur la parole.

M. Blanchet a beaucoup insisté sur la nécessité de remettre les sourds-muets en libre communication avec leurs parents, leurs amis, la société toute entière; et il affectionne particulièrement cet argument: Ne vaut-il pas mieux imposer aux 25,000 sourds-muets de France l'apprentissage de la parole que d'imposer aux 35 millions de Français parlants l'apprentissage de la mimique?

Cet argument ne paraît pas sérieux. Personne de nous n'est forcé d'apprendre la mimique, mais il y aurait pour nous vis-à-vis des sourds-muets, mais surtout pour les sourds-muets vis-à-vis de nous, un immense avantage à pouvoir échanger nos idées par la langue ordinaire. Or, cela se peut-il, et jusqu'à quel point? Voilà la question.

Vous avez ouï, messieurs, plusieurs de nos honorables collègues s'émerveiller de ce qu'ils avaient vu; et il y a quelque chose d'assez saisissant à entendre parler des sourds-muets pour donner place à l'enthousiasme. Mais l'enthousiasme est un mauvais juge; et il s'agit beaucoup moins au point de vue pratique de la réalité du phénomène que de son utilité.

Je suis donc allé chez M. Benjamin Dubois, l'un des sourds-muets qui parlent le mieux de Paris, homme d'ailleurs auquel ses adversaires eux-mêmes se plaisent à reconnaître une rare intelligence. Il m'a parlé; je l'ai très-bien compris. Je lui ai parlé à mon tour; il n'a pas pu m'entendre. Il m'a prié de me placer au grand jour, de parler lentement, en accentuant toutes les syllabes; tout a été vain; et comme deux ou trois mots qu'il saisissait au hasard ne nous permettaient pas une conversation bien suivie, nous avons été trop heureux de prendre pour truchemen M. Dubois père. Au contraire, sur les lèvres de son père, il saisissait la parole avec une grande facilité. Nous voilà un peu plus loin des difficultés que prévoyait M. Ménière, savoir quand l'interlocuteur avait de la barbe, quand il avait perdu ses dents, etc., J'ai toutes mes dents, grâce à Dieu, et je ne porte point de barbe; or, jusqu'ici pas un sourd-muet n'a pu me comprendre à première vue, même en parlant très-lentement; et un jeune sourd-muet de l'Institution impériale, expliquant pourquoi il ne me comprenait pas, disait très-ingénuement: *Ce monsieur n'a pas la bouche* (la parole) *claire*. Maintenant, car il faut tout prévoir, serais-je une exception fâcheuse? Il m'est permis de croire le contraire; M. Dubois père m'a dit lui-même que les sourds-muets ne lisent couramment que sur les lèvres des personnes qui leur sont familières; à chaque nouvelle connaissance, il leur faut une étude spéciale de la bouche. M. Dubois se sert d'une comparaison fort ingénieuse: chaque bouche nouvelle est pour le sourd-muet ce que serait pour nous une écriture un peu difficile à déchiffrer. La première lecture est pénible; un peu d'habitude nous permet de lire couramment: cette habitude est prompte à acquérir, un ou deux jours y suffisent, à ce qu'il paraît; mais, enfin, nous voilà loin des expériences de M. Blanchet, et l'on ne peut attendre que chaque sourd-muet étudie la bouche de 35 millions d'hommes.

Je veux même faire part à l'Académie d'un fait qui m'a fortement impressionné. Un petit fait, si vous voulez, à qui tout le monde n'accordera pas peut-être une égale importance; pour mon compte je confesse qu'il en a beaucoup, vous en jugerez. M. Dubois fait tenir à chacun de ses élèves un journal quotidien; j'en ai parcouru plusieurs, ils sont assez correctement écrits. Mais dans le journal d'un de ces pauvres enfants, l'un des plus intelligents, j'ai lu ceci: *Je suis sorti aujourd'hui; j'ai reçu un coup de pied d'un monsieur dont je cherchais à lire la parole sur ses lèvres.* Pour bien comprendre le fait, il faut se représenter le sourd-muet lisant sur les lèvres; il faut avoir vu ces yeux intelligents, curieux, furets, qui se rapprochent des vôtres, qui semblent interroger chaque fibre de votre figure; le monsieur en question, ignorant à qui il avait à faire, aura très-naturellement trouvé cette inquisition fort impertinente, et il aura cru donner à l'enfant une leçon méritée. Pauvre enfant! et que je le plains, s'il est exposé à recevoir une pareille leçon de 35 millions d'hommes (rire général).

Voilà donc un obstacle, obstacle très-réel à ce que les sourds-muets entrent en communication par la parole avec la société. Mais, messieurs, il y en a un autre. M. Dubois se fait très-clairement comprendre; c'est une exception. J'ai vu chez lui un élève qu'il a depuis huit ans, dont il a fait un de ses professeurs; celui-là même avec qui M. Bouvier s'est si bien entendu; non-seulement il n'a pas pu lire sur mes lèvres, mais je n'ai pas pu le comprendre à mon tour. Je vais trop loin; à force de le faire répéter, à force d'étudier comme une énigme chaque son qui sortait de sa bouche, je finissais par saisir la pensée, mais c'est une étude des plus laborieuses, des plus pénibles, et je ne me sentirais pas capable de la supporter longtemps. Quant aux élèves moins avancés, sauf quelques-uns moins doués que les autres, particulièrement ceux qui ne sont devenus sourds qu'à une époque déjà avancée de la vie, les cris rauques, informes, qu'ils tirent péniblement de leur gosier, ne ressemblent véritablement à aucune langue.

Je ne veux rien exagérer, messieurs, ni dans un sens ni dans l'autre, avec cette parole informe, il est certain qu'ils sont compris par leurs maîtres et qu'ils se comprennent entre eux; mais encore jusqu'où et dans quelle proportion? Il faut bien dire que l'écriture vient fréquemment au secours de la parole défectueuse; mais enfin, entre eux, ils se comprennent, le fait est positif. Voici comment je m'en suis assuré:

On a dit et répété de tous côtés que quand les sourds-muets parlants quittent l'école, ils oublient bien vite l'articulation des sons pour revenir à la mimique; on a dit qu'ils se servaient de la mimique dans leur école, même à l'insu de leurs maîtres; on a ajouté que leurs maîtres eux-mêmes, M. B. Dubois, par exemple, professe la mimique dans ses rapports avec les autres sourds-muets; assertions exagérées jusqu'à l'inexactitude, et il est vraiment regrettable que ceux qui prétendent ainsi juger une méthode ne prennent pas la peine de l'étudier sérieusement.

Il me fallait, pour me renseigner sur ce point, suivre un sourd-muet hors de l'école; car en admirant les prodiges de persévérance qu'il a fallu pour leur apprendre à parler, je les comparais volontiers à ces élèves de rhétorique, si forts en thèmes et en vers latins, quand ils sont au collége, et qui ne s'en occupent guère une fois qu'ils en sont sortis. M. Dubois a eu la complaisance de m'indiquer l'adresse de plusieurs sourds-muets qui avaient fait leur éducation chez lui, et j'en ai été voir un, Paul Letessier, qui reste par bonheur assez près de mon hôpital.

C'est un jeune homme de 20 ans, d'une figure ouverte et gracieuse. Il est chez ses parents, qui communiquent avec lui à l'aide de la parole, et sont très-satisfaits d'un pareil résultat. Il a été mis en apprentissage dans la même maison chez un porcelainier, homme fort intelligent et qui m'a été d'un grand secours. Il va sans dire que Paul Letessier ne m'a pas compris quand je lui ai parlé, et que je ne l'ai pas compris davantage. Son maître n'est pas plus heureux que moi, mais voici pourquoi : Le père, en lui remettant son fils, l'avait instamment prié de ne se servir avec lui que de la parole; mais le maître n'a pu supporter une pareille charge, et comme il avait appris la mimique avec un sourd-muet de sa propre famille, il ne se sert que de la mimique avec son apprenti.

Mais où cet apprenti a-t-il su la mimique? hélas! la mimique s'est infiltrée, je ne sais comment, dans l'école de M. Dubois; et soit l'attrait du fruit défendu, soit la facilité de ce langage, il est peu d'élèves qui n'en sachent les éléments. Paul Letessier déclare lui-même qu'à son avis la mimique est bien préférable à la parole, et il n'y a nulle comparaison à faire entre les gestes gracieux et rapides qui lui servent à communiquer avec son maître, et les efforts inouïs qu'il est obligé de faire pour s'exprimer de vive voix. Eh bien! chose curieuse, quand ses camarades d'école viennent le voir, ils se servent entre eux du langage articulé. C'est du maître que je le tiens; souvent de son magasin il les a entendus, dans la cour voisine, se livrer à une conversation assez animée, mais dans un tel baragouin (je répète son expression), qu'il lui est impossible d'y rien comprendre. J'aurais voulu savoir s'ils y mêlaient la mimique; il m'a promis d'y faire attention. J'ai posé ensuite à Paul Letessier cette question : Pourquoi, préférant la mimique, il faisait usage de la parole avec ses camarades? Nous avons, le maître et moi, répété cette question sous toutes les formes; elle n'a pas été comprise; on aurait dit qu'il manquait à ce jeune homme l'intelligence du pourquoi.

Enfin, cette conversation articulée, l'exerçait-il avec beaucoup de sourds-muets? Non, uniquement avec quelques camarades élevés avec lui, comprenant sa langue, c'est un petit cercle au delà duquel elle ne se comprend plus.

Mais ces efforts extraordinaires que nécessite chez nombre de sourds-muets l'émission de la parole, me suggérèrent l'idée de lui demander si cela le faisait souffrir. Réponse : Oui, au creux de l'estomac. J'ai fait la même question à l'un des professeurs sourds-muets les plus distingués de l'Institution impériale, M. Allibert, l'élève favori d'Itard; M. Allibert m'a dit qu'il ne souffrait pas quand il parlait peu; mais pour peu qu'il conversât longtemps, il ressentait aussi une douleur vers l'épigastre.

Attendez; si la parole acquise s'accompagne de ces malaises, je n'ose dire ces souffrances, il est tout naturel, n'est-ce pas, de rechercher si pour l'acquérir il n'en coûtait pas davantage. Je ne rapporterai que ce que j'ai ouï, sans prétendre le garantir. M. Allibert est âgé de 38 ans; ses cheveux sont blancs; ils ont blanchi, dit-il, dès l'âge de 18 ans, par suite des efforts qu'il faisait pour répondre aux soins dévoués d'Itard son maître. Il paraît qu'Itard ignorait la musique, et probablement l'éducation s'en est ressentie; le professeur pourrait bien avoir fait suivre à son élève le chemin le plus long et le plus rebutant. Mais, à côté de M. Allibert, j'ai vu M. Pélissier, son collègue, que les sourds-muets appellent le poëte, et qui en effet a bien voulu me donner un petit recueil de ses poésies qui ne seraient pas désavouées par beaucoup de nos littérateurs parlants. M. Pélissier a été élevé à l'Institution de Toulouse; comme il était l'un des plus intelligents de l'école, on voulut lui apprendre la parole; il y mit lui-même son amour-propre, il s'irrita contre son gosier; et dans un langage qui ne manque pas d'élévation, je m'efforçai de le dompter et de l'assouplir, m'écrivait-il, avec les mêmes efforts que Démosthène. Qu'arriva-t-il, messieurs? Il fut pris d'une maladie si grave qu'on désespéra de ses jours; voilà ce que lui valut l'apprentissage de la parole.

Mais que nous disait-on alors, que les sourds-muets qui ne parlent pas sont exposés à la phthisie et que la parole articulée est pour eux un exercice salutaire? Rayons d'abord cette prédisposition à la phthisie, pure rêverie qui ne soutient pas l'examen. Les sourds-muets non parlants se portent pour le moins aussi bien que les autres, et s'il était vrai que l'éducation par la parole engendrât ces souffrances, ces maladies, peut-être, messieurs, penseriez-vous que ce serait un exercice fort peu hygiénique.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Nous nous empressons de publier la lettre suivante, et de déclarer que le caractère bien connu de M. Monneret ne peut nous laisser de doute sur les assertions qu'elle renferme.

Monsieur le rédacteur,

Voulez-vous me faire le plaisir d'insérer dans votre journal une lettre dont la publication est rendue nécessaire par un article que contient le numéro du 31 mai, où il est question de ce que vous appelez une candidature à la Faculté de médecine de Montpellier.

J'ai appris en même temps, et avec la même surprise que vous, que cinq professeurs avaient bien voulu me donner leurs voix, dans une présentation toute récente que vient de faire la Faculté de Montpellier pour la chaire vacante de pathologie interne. Je suis vivement touché de cette marque publique de haute estime, qui a été toute spontanée et imprévue pour moi, *qui n'ai sollicité cet honneur par aucune lettre, soit officielle, soit particulière, par aucune espèce de démarche ou de demande, quelle qu'en fût la nature.* En un mot, je me suis trouvé candidat sans le savoir. Du reste, c'est un honneur que je ne veux pas décliner, puisqu'il paraît avoir eu pour but de faire éclater la complète indépendance des professeurs de Montpellier. Je tenais seulement à rétablir la vérité et à déclarer que je n'ai jamais songé un seul instant à quitter Paris.

Veuillez bien agréer, monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués. MONNERET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Il paraît que les grandes chasses aux rats qui ont tant distrait le public parisien, il y a quelques années, n'en ont pas détruit la race. L'administration des hôpitaux, pour son propre compte, en est fort incommodée et elle vient de consacrer une somme de 6,750 francs pour les faire détruire dans ses divers établissements.

— ERRATA. — L'article publié dans le dernier numéro, sur la Compression des carotides et des nerfs pneumo-gastriques, contre les attaques épileptiques, a été par erreur signé *Schruff;* l'auteur porte un nom bien connu des lecteurs du *Moniteur :* c'est *M. Schnepf.* — Dans la Chronique, on a désigné par l'initiale *M....* le médecin qui a été admis auprès de l'empereur, pour demander la création d'une chaire d'homœopathie; il fallait l'initiale *C.....*; au reste, pour éviter toute équivoque, le médecin dont il s'agit est M. Chargé, de Marseille.

BIBLIOGRAPHIE.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE FIRMIN DIDOT FRÈRES, RUE JACOB, 56, A PARIS.

Annuaire du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration, ou *Almanach des* 500,000 *Adresses* de Paris, des départements et des pays étrangers, classées pour Paris : 1° par ordre alphabétique; 2° par professions; 3° par rues et numéros. Publié par FIRMIN DIDOT FRÈRES. Contenant : Le gouvernement. — Maison impériale. — Sénat. — Corps législatif. — Conseil d'État. — Ministères. — Cours. — Tribunaux, etc. — Les administrations de Paris. — Préfecture de la Seine. — Préfecture de police. — Mairies. — La liste générale des adresses des habitants de Paris. — La liste des banquiers, négociants, fabricants, classée par ordre de professions, entreprises diverses, assurances, bateaux à vapeur, chemins de fer, journaux, messageries, etc. — Les adresses des habitants de Paris, classées par rue et numéro des maisons. — Tarif des douanes françaises. — Tarif des douanes anglaises. — Tarif des douanes belges. — Tarif des douanes allemandes (Zollverein). — Monnaies, poids et mesures des divers pays. — Catalogue des brevets d'invention de l'année 1851 à 1852. — Statistique commerciale et industrielle des départements. — La liste des banquiers, négociants, fabricants des départements, des colonies françaises, et des principales villes des pays étrangers. — Table géographique. — Table des matières, et une carte de France indiquant les chemins de fer exécutés ou en cours d'exécution. — 16e *année de publication* (1853). — Prix : relié, 14 fr.; cartonné, 13 fr. 50 c.; broché, 12 fr.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Des hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 67. 1re année. Samedi 4 Juin 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance du 1er juin de la Société de chirurgie. — Quelques mots sur les injections iodées. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. NONAT. Spermatorrhée. Symptômes de consomption. Cautérisation avec le nitrate d'argent solide. Guérison, par M. B. Schnepf. — Des épanchements traumatiques de sérosité, par M. Morel-Lavallée. — Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 3 juin 1853.

Séance du 1er juin de la Société de chirurgie.

(Éclampsie. — Kystes du sein. — Productions polypiformes du rectum.)

L'intérêt de la séance a commencé avec une pièce de la correspondance envoyée par un honorable correspondant de la Société, M. Chapel de Saint-Malo. Le secrétaire, M. Laborie, en a présenté une analyse succincte qui en fait ressortir les points importants.

Il s'agit d'une femme qui, arrivée au terme d'une gestation pénible compliquée d'accidents du côté du système nerveux et du système circulatoire (œdème, céphalie, etc.), fut prise de convulsions dès le début du travail. On pratiqua plusieurs saignées sans parvenir à diminuer ni la fréquence, ni la gravité des accès. Dès que le col fut suffisamment dilaté, M. Chapel fit une heureuse application de forceps qui permit d'extraire un enfant vivant. Les attaques convulsives persistèrent néanmoins après la déplétion de l'utérus, et ce fut seulement cinq ou six heures après la délivrance que la malade retrouva le calme.

M. Chapel a fait précéder son observation d'un exposé intéressant des dissidences qui règnent sur quelques points de la thérapeutique de l'éclampsie. Faut-il se hâter de désemplir l'utérus, ou doit-on attendre les efforts naturels? c'est là, sans doute, la question la plus difficile à résoudre. Il n'est que trop vrai, en effet, que, dans beaucoup de cas, la déplétion de la matrice n'a pas fait cesser l'éclampsie ; ajoutons que les manœuvres intempestives tentées en vue de terminer l'accouchement, lorsque le travail n'est pas suffisamment avancé, ont été toujours manifestement nuisibles. Aussi pensons-nous, avec la plupart des accoucheurs modernes, que l'intervention de l'art, utile lorsque la dilatation ou la dilatabilité du col le permettent, ne doit jamais avoir lieu tant que, pour agir, il faut violenter l'utérus.

M. Chapel a manifesté le désir que son mémoire devînt le point de départ d'une discussion sur les questions et les doctrines importantes qui se rattachent à son observation. Mais, comme l'a fait remarquer M. Laborie, ce travail, quoique fort intéressant, est cependant trop incomplet pour servir de base à une discussion fructueuse. L'auteur, par exemple, ne parle, à l'occasion du traitement, que de la saignée, laissant de côté tous les autres moyens préconisés, lesquels se présentent tous avec des faits plus ou moins nombreux de guérison. Il est à désirer que M. Chapel continue ses recherches sur cet intéressant sujet, et nous ne doutons pas que lorsqu'il présentera un travail complet à la Société, il ne fasse naître une discussion approfondie.

— La Société a entendu la lecture d'un volumineux rapport de M. Forget, sur plusieurs présentations de M. Dufraisse-Chassaigne. N'ayant pu saisir à la lecture les points saillants de ce long travail, il nous est impossible d'en donner une analyse utile. Nous dirons seulement que les conclusions en sont favorables à l'auteur.

— A la suite de cette lecture, une discussion d'un véritable intérêt s'est engagée :

1° Sur les kystes du sein coexistant avec des affections cancéreuses ;

2° Sur certaines productions de l'extrémité inférieure de l'intestin, considérées à tort comme des polypes.

La discussion sur les kystes a fourni à quelques-uns des membres de la Société l'occasion de citer des faits intéressants de kystes du sein considérés comme des kystes simples et qui, avec des apparences de bénignité, n'avaient pas moins leurs parois formées de tissu cancéreux. M. Robert a rapporté deux cas remarquables de ce genre. M. Chassaignac en a vu également plusieurs cas. Ce chirurgien, voulant expliquer la coïncidence des kystes avec la dégénérescence cancéreuse, a cru devoir invoquer une disposition anatomique particulière dont cependant il n'ose encore admettre la constante existence :

En arrière de la glande mammaire se trouverait normalement une bourse muqueuse qui, sous l'influence de l'activité morbide imprimée par la maladie du sein, pourrait présenter une véritable hydropisie, comme les autres bourses muqueuses ; le kyste, en se développant, se coifferait en quelque sorte de la partie de la glande dégénérée, la faisant ainsi entrer dans la composition de ses parois. M. Giraldès, sans nier qu'accidentellement une bourse muqueuse se puisse rencontrer derrière le sein, ne croit pas à son existence normale. Ce savant anatomiste a donné, sur la disposition de la région rétro-mammaire, des détails curieux que le caractère de nos appréciations ne nous permet malheureusement pas de reproduire.

Quant aux points pratiques de son allocution, M. Giraldès croit que la fréquence des kystes mammaires coïncidant avec le cancer est due à la dilatation des vaisseaux galactophores. Ces dilatations peuvent acquérir, comme l'a démontré Brodie, des dimensions extraordinaires, et alors la muqueuse qui les tapisse se vascularise d'une façon très-remarquable et revêt la forme fongueuse.

Le deuxième point discuté est celui relatif à de prétendus polypes du rectum. M. Robert, qui a eu de fréquentes occasions d'en rencontrer se montrant sous toutes les formes, tantôt pédiculés, tantôt à large base, tantôt volumineux, quelquefois gros comme des grains de blé, a donné sur leur structure des détails qui ne permettent pas un seul instant de les considérer comme des productions nouvelles. Ce sont de véritables hypertrophies glandulaires.

Leur présence détermine des accidents quelquefois très-sérieux, spécialement des hémorrhagies débilitantes qui peuvent faire périr les malades.

M. Guersant qui, lui aussi, dit avoir eu fréquemment l'occasion de rencontrer des cas de cette affection chez les enfants, a vu que, plusieurs fois, les symptômes qu'elle détermine en avaient imposé aux médecins qui donnaient des soins aux petits malades. On les croyait atteints de dysenterie.

Le traitement est simple et réussit presque constamment. On enlève ces petites glandes soit en les arrachant, soit, si elles sont volumineuses et pédiculées, en les liant à leur base.

Les observations de ce chirurgien ont terminé une séance qui, sans pouvoir être rangée parmi les plus brillantes, a cependant offert un véritable et utile intérêt.

Quelques mots sur les injections iodées.

Les quelques réflexions judicieuses de M. le docteur Boinet, insérées dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 31 mai, au sujet de l'observation d'abcès par congestion traitée par M. Hamelius, de Louvain, nous ont donné sérieusement à penser.

A une époque dont plus d'un lecteur a le souvenir, époque encore récente, les injections de teinture d'iode commençaient à être essayées dans le traitement des abcès par congestion. Deux médecins faisaient alors ces tentatives suivant le même procédé opératoire. C'était, du reste, la conséquence naturelle des procédés employés depuis longtemps pour d'autres cas pathologiques. Ces deux médecins sont M. le docteur Boinet et nous-même. Le but que chacun de nous se proposait était définitivement identique au fond : guérir l'abcès par congestion. Les prétentions étaient au contraire bien différentes, quant à la manière de concevoir le mode d'action du liquide iodique.

Nous croyions alors, comme nous croyons plus fermement encore aujourd'hui, que pour que les injections iodées aient une efficacité réelle dans ces cas, il faut que, soit spontanément, soit par suite de traitements généraux et locaux appropriés, l'altération osseuse dont découle l'abcès soit guérie ou en voie de guérison. La teinture iodique portée alors dans le sac tarit promptement la suppuration dont ses parois restent le siége et qui est plus que suffisante pour entraîner la perte des malades réduits souvent au marasme à cette époque, et suscite l'oblitération de cette poche dont l'existence est à elle seule une source continuelle de dangers.

Notre honorable confrère M. Boinet pensait, au contraire, que la teinture d'iode portée dans la poche remonte jusqu'à la portion d'os altérée, modifie avantageusement, guérit même l'os malade par son action locale. C'est sur cette prétention qu'il érigeait une méthode qu'il pouvait, à juste titre, revendiquer comme sienne et dont nous lui avons loyalement et sans réserve laissé la priorité comme la responsabilité. La méthode de M. Boinet consiste donc à traiter l'abcès par congestion, de quelque époque qu'il date, uniquement par les injections d'iode.

Il nous était parfaitement prouvé par des faits, sinon antérieurs aux siens, au moins contemporains, que le liquide iodique peut exercer une salutaire influence sur un os carié quand l'abcès symptomatique, situé sur l'os malade même, permet de laisser arriver l'injection directement sur cet os. Ces injections, répétées un nombre de fois plus ou moins considérable suivant les cas, ne tardent pas en effet à procurer de l'amélioration et quelquefois une cure définitive.

Leur action a lieu alors simultanément et sur l'os malade et sur les parois de l'abcès.

Mais quand cet abcès est éloigné du point osseux lésé, qu'il en est séparé par un conduit étroit, sinueux, d'étendue variable, comme dans les abcès appelés par congestion par l'école de Boyer et par beaucoup de chirurgiens de nos jours; physique, physiologie, anatomie pathologique, tout s'oppose à l'admission de l'ascension du liquide iodique injecté jusqu'au point osseux lésé, lors même qu'à l'imitation de M. Boinet, on ferait incliner le malade à tel degré qu'on voudrait. Sur ce point donc, les prétentions de notre honorable confrère étaient peu sérieuses. C'est néanmoins sur ces idées que sa méthode fut instituée; elle est parfaitement comme du monde médical au courant de la question.

L'abcès par congestion traité récemment par M. le docteur Hamelius, de Louvain, est justement de ceux dont nous venons de parler; c'est sous l'inspiration de la méthode de M. Boinet qu'il en a entrepris le traitement aussitôt qu'il l'a diagnostiqué; c'est après ce traitement que le malade est allé s'épuisant et qu'il a définitivement succombé, ce qui fait dire à l'auteur que ses injections ont été plutôt désavantageuses qu'utiles.

M. le docteur Hamelius a-t-il bien suivi la méthode de M. Boinet pour traiter son malade? D'après ce que nous venons d'exposer, personne ne saurait en douter. En effet, il n'y a pas eu de traitement approprié appliqué au malade avant d'en venir aux injections. M. le docteur Hamelius a mis un peu plus de ferveur dans le traitement que la méthode ne semble en comporter : au lieu de se borner à deux ou trois injections faites à longue distance l'une de l'autre, il en a pratiqué tout de suite un plus grand nombre, ou plutôt il n'en a pas fait davantage, il en a peut-être moins fait que l'auteur de la méthode lui-même, mais il les a faites à intervalles très-rapprochés (trois en sept jours).

Or, quand une méthode est basée sur l'action toute locale du liquide iodique sur la surface osseuse malade, est-ce ne pas s'y conformer que de chercher à faire arriver du liquide un peu plus fréquemment, à distance moins grande sur cet os, qui a besoin de son contact pour guérir? le bon sens et la logique absoudront facilement notre confrère de la Belgique du minime et puéril reproche que lui adresse aujourd'hui M. Boinet.

En effet, pour pallier un insuccès qui n'a rien que de très-naturel dans les circonstances où il s'est produit, et qui se renouvellera probablement neuf fois sur dix, toutes les fois que les malades seront opérés dans des conditions semblables; pour chercher à absoudre les injections d'iode d'un reproche qu'elles ne méritent certainement pas, rien qu'à la lecture attentive de l'observation que fait notre confrère de Paris? Il accuse, et bien injustement, M. Hamelius comme tous ceux qui ont publié des exemples d'insuccès depuis quelque temps, de n'avoir pas suivi sa méthode, quand, tout au contraire, le médecin belge en a été un observateur exagéré.

Si notre honorable et savant confrère, M. Boinet, avait reproché à ce dernier d'avoir employé un liquide iodique trop concentré, d'en avoir laissé une trop grande quantité dans le sac, d'avoir laissé trop longtemps toute l'injection dans sa cavité, nous aurions compris alors un grief qui touche au procédé opératoire; mais reprocher de ne pas suivre une méthode qui s'étaye sur l'action locale de l'iode pour guérir l'os malade, quand l'opérateur a cherché à mettre plus fréquemment en contact le liquide iodique avec l'os, en observant, du reste, toutes les autres règles; lui reprocher cela, non pas simplement en vue de justifier des accidents qui apparaissent très-souvent sans qu'il y ait injection faite, mais pour pallier un insuccès dont la méthode semble rougir, c'est un plaidoyer aussi peu fondé en faveur de celle-ci, que les données sur lesquelles elle s'est érigée.

Un pareil reproche n'est point digne de l'auteur, qui prétend guérir l'abcès par congestion, en modifiant localement la surface osseuse malade par le contact du liquide iodé, puisqu'il énonce un pur contre-sens; il n'est pas digne non plus du praticien qui proclame depuis longtemps l'innocuité absolue des injections iodées qu'il pratique fréquemment, à très-courts intervalles, dans des abcès, dans des fistules anales dont les parois sont bien autrement susceptibles que les parois des abcès par congestion, à l'endroit de la teinture d'iode.

Nous ne voulons nous permettre, quant à nous, d'adresser à M. le docteur Hamelius qu'une simple observation et non un reproche. Cette observation, il l'aura sans doute déjà faite lui-même, c'est qu'il a suivi trop exclusivement la méthode de M. Boinet, et peut-être au détriment de son malade; c'est qu'il a cru, ainsi que le proclame l'auteur de la méthode, qu'il guérirait par la seule action locale du liquide iodique, l'os malade, et par

suite l'abcès qui en était la conséquence, sans recourir préalablement à un traitement interne et externe prolongé ; c'est qu'il a eu foi, en un mot, à une action *impossible*. Nous disons le mot à dessein, pour qu'il soit relevé.

Nous sommes bien convaincu que M. Hamelius ne recommencera plus une semblable tentative dans de semblables circonstances, si l'occasion s'en présente, et qu'il cherchera, avant de recourir aux injections iodées, à modifier autant que possible la lésion osseuse, point de départ de l'abcès, par les traitements que tout bon praticien connaît aujourd'hui : iodure de fer, iodure de potassium à l'intérieur, huile de foie de morue, etc., et applications locales d'exutoires à action profonde et continue.

Du reste, je ne suppose pas, qu'au fond, notre confrère, M. Boinet, croie à l'inutilité absolument complète de ce traitement avant de recourir aux injections, puisqu'il lui arrive maintes fois de traiter bel et bien des malades avant de les opérer.

ABEILLE.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. NONAT.

Spermatorrhée. — Symptômes de consomption. — Cautérisation avec le nitrate d'argent solide. — Guérison.

Le 20 février 1852 est entré à la Pitié, dans le service de M. Nonat, au n° 23 de la salle Saint-Raphaël, un homme âgé de 34 ans (Rey), remplissant les fonctions de cocher jusques il y a dix-huit mois, époque depuis laquelle il a été forcé d'accepter une place de portier. Il a toujours habité Paris, dans l'aisance d'un ouvrier laborieux. Sa constitution détériorée paraît être lymphatique et nerveuse ; sa taille est grande, ses cheveux sont blonds, les téguments pâles, la maigreur est très-prononcée, les chairs sont molles ; il porte des traces d'une bonne vaccination.

Son enfance s'est bien passée, mais à 22 ans il a eu une fluxion de poitrine pour laquelle on l'a saigné une fois, dit-il, et fait appliquer un vésicatoire ; la durée de la maladie n'a pas dépassé un mois. A cet âge déjà il se livrait aux plaisirs vénériens sans beaucoup de retenue, aussi contracta-t-il à 24 ans une ulcération chancreuse accompagnée d'un engorgement douloureux des ganglions de l'aine, sans avoir été suivie de suppuration. Il a été soumis alors à un traitement, mais ignore de quoi il se composait et s'il a eu de la salivation ou de la stomatite. Quoi qu'il en soit, il n'accuse aucun accident qui puisse se rapporter aux suites de la syphilis ; affirme n'avoir jamais eu d'écoulement blennorrhoïque. Il s'est marié il y a six ans et a un enfant bien portant ; dit avoir eu une fièvre cérébrale avec délire, il y a quatre ans. La maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital ne paraît remonter qu'à dix-huit mois, époque à laquelle ses appétits vénériens se modèrent ; ses forces diminuent, quoiqu'il se nourrisse toujours bien. Les rapports sexuels deviennent de plus en plus rares et incomplets ; depuis trois mois ils sont nuls. Depuis que les forces l'abandonnent, le malade remarque qu'après les mictions il rend quelquefois un dernier jet d'une matière blanchâtre, gluante et filante : ce n'est d'abord qu'après le coït et le jour suivant que cette éjaculation a lieu ; bientôt elle devient habituelle, et depuis six mois il constate cette perte non-seulement après chaque miction, mais encore après l'acte de défécation et quelquefois dans une pollution nocturne. De là une inquiétude bien grande qui augmente journellement avec l'affaiblissement, et qui le jette dans une tristesse profonde.

Depuis trois mois, il semble avoir perdu toute espèce d'énergie, ne vaque plus à ses affaires, maigrit de plus en plus, quoique l'appétit continue à être bon ; il est souvent altéré, constipé, n'a de garde-robe que tous les trois jours, chaque fois avec une éjaculation ; il devient très-sensible au froid humide, recherche la chaleur, perd le sommeil, la vue se trouble ; des lueurs de feu, des étincelles, passent quelquefois devant ses yeux ; des vertiges, du bourdonnement, du tintement dans les oreilles, des maux de tête le tourmentent presque sans cesse, le jour autant que la nuit ; la marche devient chancelante et retentit péniblement dans la tête, il lui semble y sentir un ballottement, un vide.

Des médecins consultés l'avaient purgé et lui avaient recommandé le séjour à la campagne avec un bon régime. L'usage des viandes, des lavements et quelques bains constituent à peu près toute la médication suivie par notre malade avant son entrée à l'hôpital.

21 *février*. État actuel. L'habitude du corps est dans une prostration prononcée ; les téguments sont pâles, la maigreur excessive ; à peine le malade se tient sur ses jambes. Il accuse de la soif, sa langue est d'un rose normal, les gencives sont un peu boursouflées et saignent facilement ; l'appétit est bon, il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni douleurs épigastriques ; le ventre est souple, flasque, indolent ; les régions hépatique, splénique et rénale ne présentent point d'anomalie ; les urines sont excrétées aisément, mais chaque miction est terminée par un jet plus blanchâtre que l'urine ordinaire, jet qui est accompagné, dit le malade, d'une sensation désagréable de chaleur au périnée et vers le gland. Les testicules, suspendus à un fascicule allongé, sont dans cet état qu'on appelle pendant ; le scrotum, ainsi que le pénis, ne présentent rien de particulier. Depuis plus de trois mois, il n'a plus d'érections ; les pollutions nocturnes, qui surviennent rarement et en dehors de toute espèce de conscience, ne paraissent jamais être accompagnées d'érection. Les selles, rares habituellement, manquent depuis deux jours.

La respiration s'accomplit régulièrement : il n'y a ni toux, ni expectoration, il s'enrhume rarement. Les battements du cœur sont réguliers, les vaisseaux du cou ne décèlent nul trouble ; les pulsations (96 par minute) sont petites, faibles, assez dépressibles ; la chaleur de la peau paraît normale, mais le malade se plaint de frissons qui, parcourant la région dorsale par moments, restent constamment dans les jambes quand il est levé ; au stade de froid succède, pendant la nuit, un peu de chaleur, et souvent, le matin, le corps est couvert de sueurs.

Il y a rarement de la céphalalgie, mais de la pesanteur de tête, des vertiges, surtout le matin ; la sensibilité est intacte, la motilité n'est troublée que par l'état de prostration ; les yeux sont ternes, enfoncés dans les orbites, la pupille est contractée et dilatée ; la vue n'est pas nette, les objets peu limités semblent entourés d'un brouillard, la tension légère de l'organe produit de l'épiphora et augmente le trouble. L'ouïe n'est point altérée ; cependant il y a du bourdonnement presque continuel dans les oreilles, principalement pendant la marche ; les autres sens accomplissent leurs fonctions régulièrement. L'intelligence est saine ; le jugement droit, tant qu'il n'est pas question de sa santé : il se croit perdu ; cette crainte est entretenue par son dépérissement, et elle amène le découragement et la tristesse ; il est résigné à subir toutes les médications, pourvu qu'on lui promette la guérison. Trois portions, eau vineuse, lavements émollients.

23 *février*. Le malade nous conserve d'une part l'urine de la nuit, et d'une autre les dernières gouttes qu'il rejette à la fin des mictions. L'urine est brunâtre, peu chargée en couleur, laissant déposer une bien faible proportion de sédiment muqueux (nous ne l'avons pas soumis aux réactifs chimiques) ; celle recueillie à la fin des mictions forme un dépôt blanc-jaunâtre divisible en deux couches : l'une supérieure, plutôt jaunâtre et plus légère, farineuse, se suspend par l'agitation dans la liqueur ; l'autre inférieure, plutôt blanchâtre et granuleuse, gagne le fond après l'agitation ; elle conserve l'odeur urineuse, même frottée entre les doigts ; n'est pas gluante, ni filante (c'est ce que le malade dit aussi avoir remarqué depuis deux mois). L'examen au microscope y découvre de petits corps ovoïdes à peine un peu plus volumineux que les globules du sang, nageant dans le liquide où ils sont suspendus, n'ayant aucune espèce d'appendice ni de mouvement propre (les dernières urines avaient été rendues douze heures avant cet examen). Le lendemain, le malade conserve la liqueur éjaculée à la suite de l'acte de défécation ; elle n'a pas les qualités de la liqueur séminale, et le microscope n'y découvre que les petits corps ovoïdes dont nous venons de parler,

seulement ils sont en plus grande abondance. Bains sulfureux tous les deux jours ; vin de quinquina.

12 *mars*. Les pertes ne se renouvellent plus après chaque défécation ; le malade a remarqué qu'elles accompagnent surtout les selles dures rendues avec efforts ; les pollutions nocturnes n'arrivent que trois ou quatre fois par semaine ; le dernier jet d'urine est toujours trouble, blanchâtre ; les forces paraissent moins prostrées ; le facies est meilleur ; la région lombaire est moins brisée ; l'esprit du malade n'est cependant pas assuré, *ut suprà*.

Le 16. Une pollution survenue la nuit dernière jette le malade dans un abattement bien grand ; les jambes plient sous lui ; le serrement de tête habituel est accompagné de céphalalgie frontale ; les mictions sont toujours accompagnées de pertes, mais les selles sont plus régulières avec éjaculations plus rares ; cependant le malade nous assure qu'il sent qu'elles partiraient à chaque défécation, s'il ne se retenait de faire des efforts, *ut suprà*.

Le 22. Les pertes se continuent ; la prostration et la faiblesse augmentent plutôt qu'elles ne diminuent ; le pouls faible, égal, bat 96 à 100 fois par minute ; la chaleur est à peu près normale ; la face palmaire des mains est presque constamment moite ; les mouvements éveillent des frissons dans le dos et les jambes ; l'appétit se perd un peu ; il a quelques nausées, des rapports nidoreux, de la pesanteur de tête et de la céphalalgie ; il demande avec instance la cautérisation qu'on a vantée devant lui. M. Nonat pratique le cathétérisme avec la sonde de Lallemand et cautérise la région prostatique de l'urètre sans rencontrer de véritables obstacles. L'opération éveille peu de douleurs au moment, mais après, il persiste une sensation de cuisson à la racine des bourses. Un bain simple, le reste, *ut suprà*.

Le 23. La première miction, après l'opération, s'est faite sans douleur, si ce n'est un peu de cuisson dans le gland, et elle s'est terminée par quelques gouttelettes de sang, le même phénomène se renouvelle après les mictions suivantes ; il y a eu une selle sans éjaculation spermatique ; il y a un contentement moral évident.

Le 24. Vers la racine de la verge, le malade sent un point douloureux avant et après les mictions, le dernier jet d'urine est toujours coloré par quelques gouttes de sang ; les urines sont normales et ne déposent rien de particulier ; les selles sont régulières ; l'appétit est un peu revenu, de même que le sommeil. Un bain, le reste, *ut suprà*.

25 *mars*. Les urines sont excrétées sans douleur, mais la goutte de sang persiste encore. Le malade nous annonce avec joie qu'il a eu un peu d'érection, ce qui ne lui était pas arrivé depuis près de quatre mois ; les pertes ne se montrent plus.

Le 27. Les urines ne renferment plus de sang, les fonctions digestives s'accomplissent assez régulièrement, cependant l'activité physique est peu sensiblement augmentée ; les extrémités sont froides, il y a moins de serrement de tête. Tartrate ferro-potassique, 50 centigr., le reste, *ut suprà*.

3 *avril*. Le mieux se continue ; depuis quatre nuits, le malade a de faibles érections sans perte séminale.

Le 8. Il y a de l'inappétence, la langue est couverte d'un faible enduit jaunâtre, la soif est modérée, le ventre souple et indolent, les selles et les urines sont normales, les érections nocturnes ne se renouvellent plus. 72 pulsations assez fortes, mais égales, régulières, chaleur à peu près normale ; les forces n'augmentent pas sensiblement ; la vue est encore trouble parfois. Eau de sedlitz, une bouteille ; bouillon aux herbes, potages.

Le 15. Le malade se préoccupe de nouveau plus vivement de sa position, il voit que les pertes séminales se renouvellent après les mictions et les défécations quelquefois. Il mange avec un meilleur appétit, et cependant il ne s'aperçoit pas d'une vigueur plus grande ; il n'a d'ailleurs pas de pollution nocturne, mais toujours des frissons, dans les jambes principalement, et de la sueur au réveil.

Nous examinons de nouveau la liqueur qui compose les pertes, et le microscope nous montre, cette fois, deux espèces de corpuscules ovoïdes mobiles vivants ; les uns terminés par un appendice caudal plus ou moins développé, n'atteignant cependant jamais le double de la longueur du corps ovoïde ; les autres, plus nombreux, sont privés de queue, mais quelques-uns d'entre eux se meuvent évidemment d'un mouvement propre dans le sens de la plus grosse extrémité.

Vin de quinquina ; bains sulfureux tous les deux jours ; viandes rôties ; promenades au soleil.

Le 30. Les urines sont claires, sans dépôt ; les pertes séminales ne suivent pas chaque défécation ; il n'y a plus d'érection, mais, pendant la marche, des vertiges et de l'étourdissement ; la peau offre souvent, le matin surtout, une chaleur moite, *ut suprà*.

2 *mai*. Une pollution nocturne, arrivée dans la nuit précédente, le jette dans une tristesse bien grande, il accuse plus de faiblesse, des douleurs dans le dos et les lombes, et une lourdeur de tête plus pénible. La nuit dernière il a eu un peu d'érection, *ut suprà*.

Le 12. Les pertes séminales se montrent presque après chaque selle, il n'y a cependant pas une prostration plus grande. Le malade subit une seconde cautérisation à l'aide de la sonde droite de Lallemand.

Le soir, le malade se plaint d'avoir de fréquentes envies d'uriner, de ne pouvoir pas les satisfaire, et de souffrir de cuissons bien vives quand il passe quelques gouttes d'urine par le canal de l'urètre. La peau est chaude, moite ; le pouls accéléré à 92 ; la soif assez vive ; il n'y a d'ailleurs ni nausées, ni vomissements, ni douleurs particulières dans le ventre.

Un bain simple ; un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum.

Le 13. Il n'y a plus de ténesme vésical, les mictions sont accompagnées d'un peu de douleur et suivies d'une goutte ou deux de sang, point d'érections ni de pertes séminales.

Bains simples alternant avec des bains sulfureux tous les deux jours, le reste, *ut suprà*.

Le 17. Les mictions éveillent et laissent toujours un peu de douleurs vers la racine de la verge, mais il n'y a plus de gouttes de sang, ni de pertes séminales.

Le 22. Depuis quatre nuits, le malade a de faibles érections qui ne le fatiguent pas, et qui ne sont pas suivies de pertes séminales ; l'excrétion urinaire se fait normalement, de même que l'acte de défécation, sans être suivies d'éjaculation ; les dernières gouttes d'urine ne sont pas plus troubles que les premières, elles ne déposent pas ; les digestions sont bonnes, les forces ne viennent que lentement, la marche réveille souvent encore le ballottement pénible de la tête, qui fait dire au malade qu'elle renferme du vide ; la vue est moins trouble ; le courage, la confiance renaissent. Bains sulfureux, le reste, *ut suprà*.

2 *juin*. Pour la première fois depuis bien des mois, le malade a eu, la nuit dernière, une pollution qui a éveillé une sensation de plaisir ; il n'a plus de perte séminale après les mictions ni après les défécations ; le facies est meilleur, il n'a plus que de la faiblesse dans les jambes et la sensation de vide dans la tête lorsqu'il marche. Le pouls est relevé assez fort, régulier et bat 65 fois par minute ; la chaleur est plus uniformément répandue. Il sort le 3 juin avec la promesse formelle de n'user que modérément des rapports sexuels. Il tint parole, car 3 mois après nous avons rencontré sa femme, ouvreuse de loges au Vaudeville ; elle nous a dit que son mari se portait bien et avait pris de l'embonpoint.

De l'histoire que nous venons de rapporter, il résulte que nous avons eu affaire à une spermatorrhée par une atonie. L'excitation des organes génitaux fréquemment renouvelée par l'abus des plaisirs vénériens accusa, chez un homme de 34 ans, qui jusque-là jouissait d'une bonne santé, un organisme tel, que les fonctions physiologiques devinrent un véritable état pathologique. Dès l'âge viril, il se livre aux excès vénériens d'une manière immodérée et contracte, à 24 ans, une ulcération chancreuse, qui est accompagnée d'un engorgement des ganglions de l'aine. Des traitements variés ont alors été faits, mais le malade ignore en quoi ils consistaient. Après la guérison, qui s'est tou-

jours maintenue jusqu'aujourd'hui même, il ne continue pas moins d'abuser du coït, nous assurant qu'il ne s'est jamais adonné à l'onanisme. Bientôt l'excrétion de la liqueur séminale est provoquée par les impressions les plus légères : la chaleur du lit, le temps humide et froid, les contractions des muscles du bassin, présidant aux actes de défécation et de miction, deviennent, pour notre malade, une cause puissante de pertes de semence; il a su apprécier ces causes diverses, et il nous a dit comment, en les modérant, il a pu éviter des pollutions diurnes. L'effet de la déperdition séminale devient, à son tour, cause d'un autre ordre de phénomènes; la nutrition est insuffisante, incomplète; la débilitation devient générale, malgré l'alimentation substantielle et tonique; la prostration physique amène aussi la prostration morale, et jette le malade dans un état tabescent. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il n'a plus d'érection, le coït est impossible, la vue se trouble parfois, il a des vertiges, du bourdonnement dans les oreilles, de la céphalalgie diurne et nocturne, la maigreur devient excessive, la marche à peu près impossible.

Le signe pathognomonique qui nous a permis de classer cette observation nous a été fourni par les pertes séminales involontaires après les mictions et les défécations. Le microscope n'y a pu déceler d'abord que la présence de corps ovoïdes, qui semblent avoir été en rapport avec une sécrétion imparfaite, morbide, de la glande séminale. Nous avons omis de rechercher leur présence sur les taches d'alliage. La liqueur recueillie après ces pertes offrait d'ailleurs le caractère signalé par les auteurs, de mousser quand on la frotte entre les doigts. Nous constatons, en outre, plus tard, au moment de la séparation, que ces corps ovoïdes sont doués de mouvements, et que quelques-uns même sont garnis d'un appendice caudal; le spermatozoaire est alors complet. La preuve de la perte de la liqueur prolifique acquise, les symptômes généraux de consomption reçoivent une explication facile.

Il est vrai que chez notre malade il y a des antécédents de syphilis, et que des esprits superficiels ou systématiques pourraient être tentés de rapporter cette consomption au travail de la vérole. Les syphilographes admettent d'ailleurs, d'un commun accord, une diathèse syphilitique sur laquelle le traitement symptomatique n'a pas plus d'influence que la thérapeutique des douleurs rhumatismales n'en a sur la diathèse rhumatismale. Mais il ne s'agit pas de syphilis chez notre malade, par cela seul qu'il ne présente aucune des lésions superficielles ou profondes qui souvent accompagnent la cachexie syphilitique. D'un autre côté, le traitement tonique, et surtout la perturbation amenée par la cautérisation de la région prostatique de l'urètre, à l'aide du nitrate d'argent solide, ont suffi au rétablissement de notre malade.

Un mot encore sur cette cautérisation. Tous les malades ne la supportent pas également; l'introduction de la sonde de M. Lallemand devient quelquefois impossible par suite d'un état spasmodique de l'appareil génito-urinaire, la région bulbaire présente un obstacle infranchissable; ceci peut être dû à la constitution du malade, à son émotion, et alors il convient d'ajourner l'opération; ou bien le bouton terminal de la tige centrale peut être souillé de quelques parcelles de nitrate d'argent et produire des cautérisations très-douloureuses, à mesure que la sonde pénètre dans le canal de l'urètre. L'habitude d'un cathétérisme progressif triomphera du premier inconvénient, et l'attention nécessaire à toute opération fera éviter le second. Nous ne comprenons pas l'avantage que le docteur H. Hompson (*Lancette*, 1852) recueille de l'emploi d'une solution de nitrate d'argent (5 centigr. pour 8 à 32 grammes d'eau) qu'il introduit, imbibée dans une petite éponge qui est contenue dans une sonde, jusque dans la région prostatique. Nous ne pouvons apprécier cette méthode, l'auteur ne l'appuie par aucun fait.

Quant à l'action thérapeutique de la cautérisation, elle est toute évidente dans l'observation que nous venons de rapporter. En effet, après un mois de traitement par les toniques et surtout un bon régime substantiel, autant qu'il est possible de se le procurer à l'hôpital, les pertes séminales involontaires deviennent moins fréquentes, par moment, mais ne cessent pas et les forces diminuent de plus en plus. Après, une première cautérisation de la région prostatique de l'urètre est faite, selon la méthode de M. Lallemand; elle laisse après elle un peu de cuisson, de ténesme vésical et à la suite de chaque miction, quelques gouttes de sang pendant cinq jours. A partir de ce moment, les pertes séminales ne se montrent plus, le malade commence à avoir quelques faibles érections. Un sel de fer, du tartrate ferro-potassique est joint au régime tonique, pendant 12 jours seulement. Un état saburral, une dyspepsie nidoreuse força de recourir à un purgatif 21 jours après la cautérisation. L'appétit se relève, mais les forces retombent de nouveau, les pertes séminales, après les mictions et les défécations, avaient reparu et ne cessèrent pas, malgré l'usage du quinquina, des viandes rôties, et des bains sulfureux jusqu'après la seconde cautérisation, qui a eu lieu 41 jours après la première. Avec la cessation des pertes séminales, on voit renaître les forces et le courage. Les organes de la génération reprennent de l'activité et le malade sort guéri 69 jours après la première cautérisation, et 21 après la seconde. Pendant cette dernière période il n'a plus eu de pertes séminales.

Ce qui est un véritable écueil dans cette médication, c'est d'être obligé parfois d'avoir recours à la cautérisation à deux reprises différentes, et, bien que l'opération en elle-même soit sans danger, on ne rencontre pas chez tous les malades assez de résignation pour pouvoir la pratiquer plusieurs fois. C'est ainsi que nous possédons deux autres observations incomplètes de spermatorrhée traitée par la cautérisation pendant notre internat chez M. Nonat : les malades dont les pertes séminales étaient sensiblement moins fréquentes après une première cautérisation, n'ont pas voulu se soumettre à une deuxième opération et sont sortis sans être guéris.

B. Schnepf, *interne des hôpitaux, lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine de Paris, etc.*

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE INTITULÉ :

Des épanchements traumatiques de sérosité,

Présenté à l'Académie de médecine par M. Morel-Lavallée, *chirurgien de l'hospice des Orphelins.*

1° *Anatomie pathologique.* — Le *liquide* est en général très-abondant; on l'a vu remplir un litre et au delà. Il est ordinairement d'une *limpidité* parfaite ou légèrement citrine comme la sérosité de l'hydrocèle; il est souvent *rougeâtre,* sans cesser d'être transparent. Cette teinte rougeâtre du liquide est peut-être plus rare qu'il ne le paraîtrait, en s'en rapportant aux observations où elle a été notée. En effet, l'incision ou même la ponction qu'on pratique dans la paroi du foyer peut donner du sang qui se mêle à un épanchement primitivement incolore, et lui communique ainsi accidentellement en partie sa couleur. C'est là une chance d'erreur contre laquelle il est plus difficile qu'on ne croit de se mettre en garde.

Quelquefois enfin le liquide est *noir,* ce qui l'a fait prendre pour du sang veineux; mais outre la différence profonde de composition, il est beaucoup plus noir que le sang noir, et alors il est comme visqueux, et il offre des reflets huileux qui sont dus à des globules graisseux disséminés à sa surface. M. Morel-Lavallée a recueilli tout récemment un fait de ce genre.

L'épanchement est en effet très-fluide, il jaillit par la canule du trois-quarts comme la sérosité de l'hydrocèle, ou par la ponction du bistouri comme le sang de la veine dans la saignée, pour peu que l'on comprime la tumeur pendant qu'elle se vide. C'est par cet écoulement en jet, autant que par sa couleur noire, que la sérosité a pu en imposer pour du sang veineux.

Le temps n'exerce d'influence sensible ni sur la couleur, ni sur la consistance de l'épanchement qui paraît conserver jusqu'à la fin ou sa limpidité, ou sa nuance rougeâtre, ou sa teinte noire et toujours sa fluidité première, même lorsqu'il se reproduit après des évacuations successives. On comprend que cette coloration rougeâtre ou noire des collections séreuses ait pu les

faire confondre avec les épanchements de sang; mais ce que l'on comprend bien mieux encore, c'est l'étonnement des auteurs à la vue de ce sang restant ainsi presque indéfiniment en dehors de ses vaisseaux sans se coaguler.

Aujourd'hui tout devient simple comme la vérité : il s'agit de sérosité, et il est naturel qu'elle reste ce qu'elle est, c'est-à-dire liquide; ce qui serait surprenant, ce serait de la voir passer à l'état solide.

Outre la fluidité permanente au dépôt, une chose devait encore éloigner l'idée de son origine hématique, c'était sa fluidité complète; car, dans aucun des cas qui forment la base de ce mémoire, — les cas mixtes n'y figurent qu'accessoirement, — ni dans les cinq que publie M. Morel-Lavallée, ni dans les quatre qu'il a empruntés aux auteurs, il n'y avait de caillot sanguin dans la poche. Le liquide n'a entraîné au dehors aucun débris; et, après l'évacuation de l'épanchement, il a toujours été impossible, malgré sa position superficielle, d'y découvrir la moindre crépitation sanguine, et enfin, ce qui est décisif, quand on a mis à nu le fond du foyer par de longues incisions, le résultat a été le même et toujours négatif, pas de vestige de caillot.

Par le repos et le refroidissement, le sérum laisse ordinairement se précipiter dans l'éprouvette une sorte de dépôt comme grenu et floconneux, d'une teinte rouge brunâtre et dont la hauteur est environ un vingtième de celle de la colonne liquide (1). Dans le premier fait que l'auteur a observé, les éléments de cette couche sédimenteuse étaient moins indépendants les uns des autres, elle était, pour ainsi dire, prise en caillot, mais en caillot si mince qu'il était presque sans épaisseur. Ce fut une grande surprise pour M. Morel-Lavallée de voir ce coagulum sanguin dans un liquide qui avait failli être aussi limpide que celui de l'hydrocèle la plus transparente, et qui, même dans le vase où il avait été recueilli, ne rappelait d'abord en rien le sang.

La composition du liquide était un point important à déterminer; aussi ai-je fait appel aux lumières des hommes les plus compétents dans cette question, et les analyses ont été faites avec l'aide de MM. Lebert, Ch. Robin et Quevenne. Ces analyses ont donné les résultats suivants :

ÉPANCHEMENT.
- Partie restée fluide.
  - Sérosité analogue à celle du sang.
  - Globules graisseux en quantité variable.
- Dépôt.
  - Globules rouges du sang à peu près décolorés.
  - Globules blancs du sang en petite quantité.
  - Matière abondante du sang précipitée en petits granules.

La partie restée fluide forme plus des treize vingtièmes de la masse totale (2). L'épanchement qui a fourni dans l'éprouvette le dépôt le plus considérable, n'a laissé à l'évaporation et à la dessiccation que 7 pour cent de résidu, tandis que le sang traité de la même manière laisse 17 pour cent de résidu.

Ainsi, la partie fluide qui représente la presque totalité de l'épanchement est analogue à la sérosité du sang, et le dépôt consiste dans une petite quantité de globules et de matière colorante du sang, altérés; ajoutons les globules graisseux qui surnagent.

La POCHE n'a pas encore été examinée à une époque rapprochée de l'accident; mais peut-elle être autre chose alors qu'une cavité creusée au sein du tissu cellulaire, par la rupture des lames, des vaisseaux, des différents éléments organiques qui entrent dans sa texture. L'aspect des parois du foyer n'est-il pas analogue à celui que l'on constate chaque jour à l'état récent dans un décollement traumatique de la peau ouvert à l'extérieur. Par la suite, dans un temps indéterminé, variable comme les influences d'irritations et autres qui interviennent, une fausse membrane se développe qui enkyste l'épanchement. Elle rappelle celle qui ne tarde pas à entourer les collections sanguines, et que Petit, le fils, attribuait au dépôt périphérique de la couenne. La couenne, dit-il, se forme alors sur le vivant, autour du caillot, au lieu de se montrer à la surface comme dans une palette (1). Rien n'eût été plus propre à désabuser ce chirurgien, qu'une pseudo-membrane semblable, isolant un simple épanchement de sérosité traumatique sans trace de caillot. Cette couche plastique, que font supposer l'ancienneté de la lésion et la reproduction du liquide après plusieurs ponctions successives, l'auteur l'a constatée le scalpel à la main, chez le sujet de sa 3e observation. Cette fausse membrane, d'un gris jaunâtre, d'une épaisseur égale à celle de la paroi de l'artère crurale, était très-adhérente aux tissus environnants. Lorsqu'une incision cruciale la rendit accessible à la vue, elle était depuis quelques jours le siége d'une inflammation suppurative, et l'on ne put pas juger tout à fait exactement de son aspect primitif. Plus tard, elle s'altéra plus profondément encore par une phlegmasie de mauvaise nature qui s'empara du foyer dans les derniers jours; mais si tous les caractères n'ont pu en être suffisamment étudiés, son existence au moins a été mise hors de doute. Un point important à noter, c'est qu'au moment où, sur le vivant, l'épanchement fut ouvert par des incisions qui en dépassaient les limites, il n'y avait aucun vestige de sang extravasé en dehors du kyste, et que le bourrelet périphérique résultait d'un simple engorgement du tissu cellulaire.

A côté de ces faits, où la poche ne renferme aucun caillot sanguin avec la sérosité, se placent ceux moins fréquents où ce mélange existe. Pelletan en a rencontré deux, que l'auteur a déjà cités. Dans l'un, à la suite d'un éboulement sur la région dorsale, il s'y fit un épanchement d'où il s'écoula à l'incision « plus d'une pinte de *sérosité* rougeâtre, mêlée de quelques caillots (2); » dans l'autre, la tumeur avait été déterminée par le passage d'une roue de cabriolet sur la jambe; elle fut également incisée, et il en sortit « une chopine de sang en partie coagulé et en partie fluide (3). »

Ces cas mixtes sont en quelque sorte la transition entre les collections purement sanguines et les collections purement séreuses.

2° *Symptômes.* — La collection peut se prononcer assez promptement sous la FORME d'une tumeur globuleuse ou oblongue; mais plus souvent elle reste d'abord vague et aplatie, ce qui tient sans doute à la grande ÉTENDUE du foyer qui ne se remplit que lentement. Dans les conditions ordinaires, un liquide qui s'épanche au sein des tissus les foule presque également en tous sens, se creuse ainsi une poche plus ou moins arrondie; il gagne même plus rapidement vers l'extérieur que dans toute autre direction, parce que c'est de ce côté qu'il rencontre communément le moins de résistance. Ici, au contraire, au lieu de se créer un foyer, le liquide le trouve tout préparé, et comme ce foyer est très-large, il s'y répand, et la tumeur, au lieu d'être saillante dès le début, demeure longtemps comme étalée. Aussi ses commencements sont-ils passés plus d'une fois inaperçus. Cette vaste poche ne se remplit que peu à peu; généralement même, — et c'est là un de ses traits les plus caractéristiques, — elle ne se remplit pas entièrement. C'est ce que M. Morel-Lavallée a vu dans toutes ses observations, et à un degré extrêmement marqué dans la plupart d'entre elles. Pelletan l'avait déjà noté expressément dans les deux siennes, et La Motte l'avait dit en d'autres termes avant lui : le chirurgien de Valognes remarque en effet que, chez sa malade, « la tumeur était fort molle. »

Cette RÉPLÉTION INCOMPLÈTE de la poche donne lieu à de curieux phénomènes dus au jeu facile du liquide dans son intérieur. Pendant les mouvements de la partie sur laquelle elle repose, la tumeur FLOTTE et TREMBLE à l'œil; quelquefois même, si on souffle fortement dessus, nous ne dirons pas qu'elle se ride,

(1) Mais les éléments de cette couche floconneuse étaient plus rapprochés; elle aurait en réalité bien moins de hauteur.

(2) En poids, le dépôt ne doit pas aller à un cinquantième. L'auteur a dit comment sa disposition floconneuse en exagérait la proportion à la vue dans l'éprouvette.

(1) Petit, fils, *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. 2, p. 108.

(2) Pelletan, t. 2, p. 131.

(3) Pelletan, t. 2, p. 109.

— les plis qui se forment à sa surface sont trop larges, — mais elle ondule manifestement sous le souffle.

Il faut tendre la peau qui recouvre l'épanchement ou même rassembler le liquide dans un coin du foyer pour bien sentir la FLUCTUATION, suivant l'acception ordinaire de ce mot en chirurgie. Si, en cherchant la fluctuation, on laisse à la poche toute sa laxité, le liquide reflue, dans le sens de l'impulsion que lui impriment les doigts, comme dans une vessie à demi pleine, et ce que l'on perçoit alors, c'est moins une pression transmise qu'un choc; pour le porter d'une main à l'autre, le liquide parcourt, en quelque sorte, des espaces vides, et frappe le doigt à la manière du marteau d'eau. Quelquefois, en refoulant avec un seul doigt brusquement le liquide du point le plus déclive vers un point plus élevé, sans retirer entièrement le doigt, le flot en retombant lui fait éprouver une espèce de choc en retour, qui rappelle la sensation du *ballottement* dans la grossesse. Il est rare que ces symptômes soient aussi prononcés; mais ce qui est constant dans ces épanchements, au moins quand ils sont sous-cutanés, c'est leur réplétion incomplète et le flottement du liquide dans la poche, qui en répète à l'œil les ondulations. L'auteur n'a rencontré ailleurs ce flottement ou cette ondulation perceptible à la vue, que dans une hydarthrose du genou chez un jeune homme lymphatique et certaines ascites avec flaccidité de la paroi abdominale. Il est possible que dans les collections séreuses sous-aponévrotiques, ce phénomène manque pour être remplacé par la simple fluctuation. Si la poche même sous-cutanée se remplit davantage, le flottement peut cesser et la fluctuation lui succède, fluctuation toujours très-marquée, quelquefois d'une étendue extrême, effrayante. C'est ainsi que, dans le cas de M. J. Cloquet, elle existait depuis la clavicule jusqu'au bord externe du muscle droit de l'abdomen, en suivant une ligne courbe dont le sommet s'appuyait sur les lombes.

On sent, dans la plupart des cas, un BOURRELET presque toujours incomplet à la base de la tumeur, et jamais d'écrasement de caillots dans sa cavité, quoique la laxité de la poche permette aisément au doigt d'en toucher le fond.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Suite et fin du discours de M. Malgaigne.

Vous comprenez, messieurs, que je suis ici simple narrateur; je ne garantis rien; je me borne à reproduire ce qui m'a été dit. Je dois même ajouter que les élèves de M. Dubois ne m'ont paru nullement souffrir dans leur santé; peut-être la méthode a-t-elle été perfectionnée; mais enfin tout cela mérite une vérification sérieuse.

D'autant plus sérieuse que ce mode d'éducation ne serait peut-être pas sans danger, même pour les instituteurs. Je déclare, pour mon compte, que l'on ne saurait estimer trop haut le dévouement de ceux qui remplissent ces pénibles fonctions. Je ne suis jamais sorti d'une séance un peu prolongée avec des sourds-muets, et surtout quand je les faisais parler, sans me sentir fatigué d'une manière indicible. M. Dubois père m'a appris, j'ignore d'après quelle autorité, que les professeurs en Allemagne ne peuvent pas poursuivre cette carrière énervante plus de quatre ou cinq ans; et lui-même a eu à regretter deux de ses filles, que leur dévouement à l'instruction des sourds-muets aurait conduites à la phthisie pulmonaire.

Ce seraient là des objections bien terribles, si les faits étaient rigoureusement constatés. Mais comme il y a réponse à tout, d'une part, les Allemands disent que l'on n'entend rien en France à leur méthode; M. Dubois lui-même regrette de n'avoir pas un nombre suffisant de professeurs; avec une subvention un peu plus forte, les résultats seraient plus satisfaisants et les dangers bien amoindris. Puis viennent les rivalités qui triomphent des résultats incomplets obtenus ailleurs, et qui prônent les leurs, bien entendu. M. Deleau, notre très-honorable confrère, qui a tant fait pour l'instruction des sourds-muets, qui revendique M. B. Dubois comme son élève (et il se vante un peu, si j'en crois l'élève lui-même). M. Deleau m'a dit qu'il avait eu des succès bien autrement complets. J'ai désiré les voir; rendez-vous a été pris; mais, par un regrettable malentendu, à l'heure fixée, j'attendais M. Deleau chez moi, tandis qu'il m'attendait chez lui; je n'ai donc rien vu, et je me réserve. Mais n'avais-je pas enfin M. Blanchet, plus intéressé que personne dans la question actuelle, et à qui la commission n'avait pas demandé, à mon sens, tout ce qu'il pouvait et devait lui donner? M. Blanchet, à qui je manifestais mon étonnement que ses quatre élèves fussent si peu avancés, m'a répondu qu'il n'en était pas responsable; il améliore l'ouïe, c'est son affaire; l'apprentissage de la parole est dévolu aux professeurs spéciaux de l'Institution impériale; c'est à eux que revient le reproche d'avoir si mal cultivé, chez ces quatre élèves, le langage articulé; et il demande précisément une réforme pour être en mesure de produire des résultats plus décisifs.

Je désire m'arrêter un instant sur ce point. Au milieu des hostilités déclarées, des animosités croissantes, je pense, messieurs, c'est ma conviction, que les adversaires de M. Blanchet ne lui rendent pas suffisamment justice; mais M. Blanchet ne rend pas mieux justice à ses adversaires. Que nous disait-on, et que nous a dit la commission elle-même, que les sujets admis aux cours d'articulation n'y pouvaient faire aucun progrès, parce qu'après la leçon finie, ils retombaient au milieu d'une société non parlante, et ne faisaient plus usage que de la mimique? En fait, messieurs, c'est une erreur, puisque j'ai vu des élèves de l'Institution impériale parler aussi bien que les élèves de l'Institution Dubois. Et en théorie, quand nos enfants apprennent le latin, est-ce à dire qu'ils n'y feront aucun progrès, parce que, au sortir de la classe, ils rentrent dans une société où l'on parle français? M. Blanchet a écrit ceci, dans un ouvrage qu'il a bien voulu m'adresser. Il avait un jeune élève parlant et conversant facilement à sa clinique, grâce aux exercices et aux traitements variés auxquels il l'avait soumis; cet élève, après un séjour de dix mois à l'Institution, avait perdu la faculté d'articuler, et avait substitué de nouveau la mimique à la parole. Ceci se lit tome II, page 150. Même page, il est question de plusieurs élèves qui, après avoir commencé à acquérir l'usage de l'ouïe et de la parole par les moyens qu'il avait employés pendant les vacances, perdaient la plus grande partie de ces résultats quelques mois après leur rentrée.

Je ne me permettrai pas, messieurs, vis-à-vis d'un confrère aussi honorable que M. Blanchet, de dire que ces faits ne sont pas vrais; mais je déclare qu'ils n'ont pas l'ombre de vraisemblance. Quoi! des hommes tels que M. Volquin, que M. Vaïsse, prennent des sourds-muets, bien muets, et ils les dressent à articuler la parole, et ils obtiennent de remarquables résultats; et lorsqu'on leur confierait des élèves déjà instruits, ils arriveraient, en quelques mois, à leur faire oublier la parole? M. Blanchet a certainement été trompé. Je demande pardon de cette petite digression; elle touche d'ailleurs au fond de la question même.

Mais enfin, en dehors de l'Institution, M. Blanchet a donc des élèves qu'il instruit lui-même? Oui, messieurs; la commission ne l'a pas su, mais je l'ai appris, moi, dans le livre de ce chirurgien. On y lit, tome II, page 153 :

« *Nous avons fondé en 1848 une petite division de sourds-muets, annexée à un externat de parlants...; ces enfants, sans exception, sont tous exercés aujourd'hui à l'usage de la parole.* »

Eh bien! depuis 1848, il y a cinq ans d'écoulés; voilà des élèves placés dans les meilleures conditions; ils sont externes, c'est le dernier mot de la méthode allemande; ils auront eu M. Blanchet pour maître, c'est une garantie de plus. J'ai prié M. Blanchet de me faire voir ses élèves, il m'a dit qu'il n'en avait pas à me montrer.

Mais, par exemple, à défaut des siens, il en a d'autres; ce sont des sourds-muets allemands, élevés en Allemagne, et qui, après la langue allemande, ont appris le français qu'ils parlent mieux que les nôtres; en sorte, dit M. Blanchet qui a fondé une société de secours, en sorte qu'on trouve plutôt à placer dans les ateliers les sourds-muets allemands que les sourds-muets français. Eh bien! lui dis-je, amenez-moi donc vos Allemands. C'était hier, il ne savait pas leurs adresses; il m'avait promis pourtant de les rechercher, de me les faire voir aujourd'hui; sans doute il ne les a pas trouvés, car je n'ai vu personne. Il y en a un, cependant, qui est dans le service de M. Ricord, et qui, dit-on, lit supérieurement la parole sur les lèvres. Ne pouvant l'aller trouver moi-même, j'ai prié un des internes de cet hôpital de l'examiner; il paraît, en effet, qu'il lit assez facilement; mais il ajoute, lui, l'Allemand, qu'il n'est pas sourd-muet de naissance, et qu'il est impossible d'apprendre ce langage aux sourds-muets de naissance.

Voilà le résultat de mes recherches sur la méthode allemande, non que je n'eusse encore bien des choses à dire; mais je n'ai voulu mettre en avant que des faits pratiques, que des résultats pratiques. Ils ne sont pas aussi flatteurs qu'on vous les avait présentés; cela montre la nécessité d'y regarder de très-près. Il me paraît évident que les partisans de la parole en ont exagéré les avantages; il n'est pas moins évident que ses adversaires l'ont beaucoup trop dépréciée, et que pour en porter un jugement sain, il faut à la fois se méfier des uns et des autres.

J'en dirais volontiers autant de la mimique. On répète sur tous les tons, d'un certain côté, que la mimique est le langage naturel des sourds-muets; eux-mêmes demandent qu'on leur laisse leur langage naturel. Cela n'a pas de sens. C'est un langage tout aussi artificiel qu'un autre; avant l'abbé de l'Épée, on peut dire qu'il n'existait pas; les sourds-muets ne l'entendent qu'après l'avoir appris; et la question est toujours de savoir s'il est préférable à l'autre.

On dit qu'elle fatigue moins les élèves; je suis assez disposé à le croire.

On dit qu'elle rend leurs progrès plus rapides; cela ne paraît nullement démontré. Elle est au moins pour eux plus aisée à apprendre, et ses adversaires avouent même que les élèves la préfèrent à la parole. On lui reproche d'autre part de contrarier les progrès de l'écriture, attendu que les sourds-muets, pensant dans le langage mimique, sont forcés de traduire ce langage en français; cela peut être, mais à voir les élèves des deux écoles lire et écrire aussi correctement les uns que les autres, il faut bien ajouter que cela n'est pas démontré non plus.

En résumé, messieurs, vous voyez ce que vous saviez déjà, combien la question est complexe et ardue; combien de toutes parts on a émis d'assertions sans preuves, combien de faits laissés dans l'ombre ont besoin d'être éclairés. Si je voulais relever toutes les assertions trop légèrement émises, même par des savants auxquels nous aurions accordé une compétence spéciale, je n'en finirais pas. En voici une, cependant, qui s'est présentée ici avec l'autorité de M. Ménière; les sourds-muets, à son dire, ne seraient pas disposés à reconnaître leur infériorité relative, et ils repousseraient notre pitié comme un affront. Que cela est loin de ce que j'ai vu! Dans leurs écrits, dans leurs réunions publiques, partout, toujours reviennent des allusions douloureuses à leur infirmité; ils s'appellent *les déshérités de la parole;* ils se disent entre eux *frères en infortunes*. Quant à ceux qu'ils voient s'occuper d'eux avec intérêt, qui ne sait de quelle affection ils les entourent? Moi-même, qui ne m'en suis occupé qu'un instant, ils ont cru voir que je n'étais pas disposé à adopter un projet qui les alarme; l'un d'eux disait avec une sorte de reconnaissance que je méritais bien peu : *M. Malgaigne va parler pour nous.* Je parle pour eux, oui, bien que ce ne soit pas peut-être tout à fait dans le sens qu'ils auraient préféré; mais je cherche et je désire ce qui pourra leur être le plus utile.

Pour bien apprécier la portée des innovations que l'on vous propose, il faut les considérer sous quatre points de vue, savoir : l'intérêt de l'enseignement, l'intérêt des sourds-muets en rapport avec leur famille et avec la société, l'intérêt de la société elle-même, et enfin l'intérêt des sourds-muets pour leurs relations réciproques.

Y a-t-il quelque avantage à retirer pour l'enseignement de l'adoption de la méthode allemande? Jusqu'à présent, du moins, cela n'est nullement démontré.

Y a-t-il avantage pour les sourds-muets en rapport avec leurs familles, et pour les familles en rapport avec leurs enfants sourds-muets? Oui, il y a quelque avantage, et l'on aurait tort de le nier.

Y a-t-il avantage pour les sourds-muets dans leurs rapports avec la société? Oui encore, bien que cet avantage soit très-faible. Mais enfin un sourd-muet égaré dans Paris ou sur une grande route, et privé des moyens d'écrire, pourra articuler tant bien que mal le nom de la rue où il demeure, de l'endroit où il se propose d'aller; la mimique est ici évidemment inférieure.

Y a-t-il avantage pour la société dans ses rapports avec les sourds-muets? Pour moi, cet avantage est si faible que je le regarde comme nul. Il me paraît impossible, sauf des exceptions excessivement rares, puisque les sourds-muets les plus intelligents de Paris ne m'en ont point offert, il me paraît impossible qu'une transmission d'idées un peu suivie ait lieu par la parole entre un étranger et un sourd-muet. De part et d'autre, il y aurait une fatigue insupportable, et certes pour un résultat trop disproportionné. Je le déclare pour mon compte : au moment où je parle, je suis tellement convaincu de l'ingratitude de la parole pour de telles communications, que si j'avais un sourd-muet dans ma famille, je préférerais apprendre la mimique que d'être obligé de converser avec lui par la parole.

Et enfin, messieurs, y a-t-il avantage pour les sourds-muets dans leurs rapports mutuels? Prenez-y bien garde : c'est là peut-être la question la plus importante; car on prétend améliorer leur sort; on fait appel à notre humanité : c'est en leur faveur apparemment que l'on parle. Or, ce qui m'a frappé, et ce qui vous frappera sans doute, c'est de voir la grande majorité des sourds-muets se soulever contre vos améliorations; repousser vos bienfaits comme un malheur, comme un fléau. M. Blanchet, avec ses excellentes intentions, est réputé l'ennemi des sourds-muets; il est mis au ban de l'Institution impériale toute entière. Je ne dis rien des élèves; ils pourraient être l'écho de leurs maîtres. Je ne dis rien des professeurs sourds-muets; ils y perdraient leurs chaires de mimique. Je ne dis rien des professeurs d'articulation, qui n'auraient rien à perdre; ils parlent, eux; ils sont, jusqu'à un certain point, étrangers à l'intérêt en litige. Mais lorsque je vois des hommes tels que M. Allibert, tels que M. Pélissier, tenant le premier rang parmi leurs confrères, hommes d'une intelligence qui serait remarquée partout ailleurs; quand je vois ces deux professeurs, tous deux dressés à la parole, et conséquemment en mesure de l'apprécier; l'un d'eux, surtout, plein de vénération pour Itard, son maître, et que la reconnaissance seule devrait pousser à défendre des idées qui dérivent de la doctrine d'Itard, s'il n'était retenu par des raisons plus puissantes; quand je les vois réunis pour les combattre, nous prier de détourner de leurs élèves ce calice amer, cette nouvelle infortune, je ne suis pas convaincu, messieurs, car enfin ils peuvent se tromper comme d'autres; mais, je le déclare, je suis profondément ébranlé. Je veux vous rappeler encore ici quelques faits qui, à mon sens, ont une haute importance : vous savez tous que dans cette famille si bien unie des sourds-muets, lorsque l'un d'eux est traduit devant les tribunaux, une foule d'amis l'accompagnent; un ami qui entend et qui parle leur traduit par ses gestes les dires des avocats, les dépositions des témoins, les questions des juges; tous les yeux fixés sur lui suivent le discours, le comprennent. Avec la parole parlée, cette rapide communication serait-elle possible? Les sourds-muets de Paris ont leurs fêtes solennelles; ils se réunissent en banquet, par exemple à l'anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Épée; au dessert se lèvent les orateurs : ils portent des toasts qui sont compris d'un bout de la table à l'autre. Enfin, messieurs, M. Blanchet l'a dit dans son livre, vers 1838 avait été fondée à Paris une Société centrale de sourds-muets où se discutaient, à l'aide de la mimique, des questions de philosophie, de littérature, d'intérêt social. N'est-ce pas une chose admirable que ces tribunes muettes, et cependant aussi éloquentes que les plus sonores, où l'orateur, à l'aide de gestes imagés, non moins rapides que la parole, projette sa pensée dans tous ces yeux fixés sur lui, et jusqu'aux rangs les plus reculés de son auditoire, excita, comme vous pourriez le faire, les rires, les approbations, les applaudissements. Y a-t-il eu quelque chose de semblable en Allemagne? Le fait valait la peine d'être signalé; personne n'a pu me le dire. Ne voyez-vous pas cependant que si la mimique permettait ces libres et soudaines communications d'un orateur à une grande assemblée, et que le langage des lèvres ne le permît pas, la méthode allemande se trouverait frappée d'une infériorité radicale? Eh bien! je n'en sais rien, mais j'incline fortement à croire qu'il en est ainsi; car après tout, messieurs, comme je le disais tout à l'heure, la parole, pour le sourd-muet, c'est la mimique limitée aux lèvres, bien plus difficile à saisir de près, encore plus difficile de loin; c'est l'écriture en fin à côté de l'écriture en gros, et que les myopes ne sauraient parvenir à déchiffrer.

En résumé, de toutes ces considérations, de tous ces faits, qu'est-il permis de conclure? Y a-t-il une supériorité si marquée d'une méthode sur l'autre qu'elle mérite une préférence exclusive, même pour un certain nombre de sourds-muets? C'est, ou plutôt c'était l'opinion de la commission; mais je me réjouis d'avoir entendu son honorable rapporteur annoncer qu'il accueillerait toutes les modifications convenables. Faut-il alors les combiner, tout en restreignant l'enseignement de la parole à quelques sourds-muets privilégiés? C'est là ce qui se fait à l'Institution impériale, et il ne m'est pas démontré non plus que ce soit le meilleur système. Ai-je donc un autre système à mettre à la place, une conclusion définitive à proposer? Non, messieurs. Les faits dont j'ai été le témoin sembleraient peut-être y conduire; mais ces faits, révélés par une enquête beaucoup trop rapide, demandent à être étudiés sur une plus large échelle : ils peuvent présenter quelque face nouvelle que je n'aurais point aperçue; je ne mets pas en doute que des recherches plus approfondies n'en mettent en lumière d'autres aussi considérables : les instituteurs allemands allèguent que leur méthode est mal appliquée en France; M. Dubois lui-même pense qu'il en tirerait un parti bien meilleur si le personnel de ses professeurs était plus nombreux : il y a tout à vérifier. Les résultats déjà obtenus par M. Blanchet lui-même, tout incomplets qu'ils sont, méritent une attention sérieuse et doivent être poursuivis et encouragés. Tout cela, ce ne sont ni des hommes isolés, ni même des commissions académiques qui peuvent le faire; et je me rallie complétement à l'heureuse idée de la création d'un Conseil de perfectionnement, comme l'a proposé M. Bégin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour trois places d'agrégés en chirurgie et une en accouchements.* — L'argumentation brillante de M. Pajot a terminé aujourd'hui ce concours, dans lequel se sont distingués beaucoup de jeunes chirurgiens et dans lequel ont particulièrement brillé MM. Broca et Follin; M. Adolphe Richard a également fait preuve d'une grande distinction d'esprit, quoique les épreuves de quelques compétiteurs moins heureux que lui aient pu paraître supérieures aux siennes. En résumé, les nominations chirurgicales nous semblent on ne peut plus fondées en équité. — Quant aux trois accoucheurs, pour lesquels nous professons une égale et profonde estime, les épreuves du concours avaient été tellement favorables à M. Pajot, qu'on n'aurait pu sans une flagrante injustice lui préférer un de ses compétiteurs. — En résumé, la nomination qui vient d'avoir lieu fera le plus grand honneur au concours et à la Faculté.

Ont été nommés agrégés *en chirurgie :* MM. Broca, Adolphe Richard et Follin; *en accouchements :* M. Pajot.

— L'espace nous manque aujourd'hui encore, pour publier les clauses essentielles de la convention sanitaire internationale entre la France et diverses autres puissances maritimes, ainsi que les réflexions dont nous avons jugé utile de la faire suivre.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 68. 1re année. Mardi 7 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De l'emploi des injections de perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL NECKER. M. N. GUILLOT. Leçons cliniques sur le rachitisme, par M. Martin de Gimard. (*Suite.*) — HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. Paralysie générale aiguë survenue chez un malade atteint de phthisie pulmonaire, par M. D. Calvo. — Décret impérial portant promulgation de la convention sanitaire internationale conclue entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes. — **CORRESPONDANCE** : Une dernière réponse à M. Abeille, à propos des injections iodées dans les abcès par congestion. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 6 juin 1853.

De l'emploi des injections de perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

Depuis que, les premiers, nous avons publié avec quelques remarques la lettre adressée par M. Lallemand à M. Rayer et communiquée à l'Institut par le savant médecin de la Charité, laquelle donnait des détails sur une méthode nouvelle et importante de traitement des anévrismes, plusieurs faits se sont produits qui commencent à jeter un assez grand jour sur la partie pratique de cette méthode, laissée par M. Pravaz à l'état théorique et expérimental. De ces faits, nous en avons déjà fait connaître deux, celui de M. Raoul Deslonchamps et celui de M. Serres (d'Alais).

Le premier était très-favorable à la méthode ; mais il est à peu près démontré aujourd'hui par les détails subséquents qui ont été communiqués à la Société de chirurgie et que nous avons reproduits, il est à peu près démontré que le cas dont il s'agit était un exemple de tumeur érectile.

Le second était moins favorable, puisque des accidents inflammatoires assez intenses se sont manifestés et terminés par une gangrène circonscrite.

Dans une troisième observation, communiquée à l'Institut par M. Niepce, les accidents ont tenu le milieu entre ceux des deux premières observations.

Voici un extrait donné par M. Lallemand de cette troisième observation, que l'application anticipée des mesures prises par l'Académie des sciences nous avait mis dans l'impossibilité de faire connaître en temps et lieu.

La tumeur occupait l'artère poplitée au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissait très-dure ; on cessa de comprimer l'artère crurale et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac. Enfin, quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une goutte de sang.

Le lendemain et les jours suivants, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées.

Le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors les symptômes inflammatoires disparurent.

Le vingtième jour, on ne sentait plus, à la place de la tumeur anévrismale, qu'un noyau dur de la grosseur d'une aveline.

Ces deux dernières observations montraient que la méthode nouvelle n'était point exempte de dangers ; mais elles laissaient le praticien dans l'incertitude sur son utilité réelle. En effet, les résultats, non-seulement n'y sont point décrits avec tous les détails désirables, mais encore ces résultats ne remontaient pas encore à une époque assez éloignée, quand ils ont été communiqués, pour qu'on pût les considérer, quels qu'ils fussent, comme définitifs.

C'est dans cet état de choses qu'un troisième fait se présenta dans le service de M. Malgaigne, dans des circonstances que ce savant chirurgien expose lui-même de la manière suivante, dans le dernier numéro de la *Revue médico-chirurgicale* :

J. Marchand, âgé de 25 ans, maçon, était, dit-on, affecté d'une pneumonie du côté droit, lorsqu'il fit appeler, le 17 avril, M. le docteur X...., qui pratiqua une saignée du bras droit. Il paraît que le garni dans lequel logeait le malade était assez obscur pour que, à dix heures du matin, il fût nécessaire d'allumer une chandelle afin de pratiquer la phlébotomie. Le sang coula d'abord en bavant ; mais la ligature ayant été desserrée, un jet de sang par saccades jaillit aussitôt, et révéla que l'artère était ouverte. M. X...., homme de sang-froid et d'expérience, d'après le témoignage de M. Malgaigne, laissa couler la quantité de sang voulue, puis il établit une compression sur l'artère au-dessus de la piqûre, mit l'avant-bras dans une forte flexion, et recommanda au malade un repos absolu de ce bras, *sous peine d'un abcès.*

Tout alla bien d'abord ; la plaie extérieure était cicatrisée ; la pneumonie, ou plutôt le malade, entrait en convalescence et il demandait à manger, quand, le 28 avril, *s'étant exposé à un refroidissement, il fut pris,* dit M. Malgaigne, *de douleurs et de gonflement au pli du bras ;* et, *le lendemain, on reconnut une tumeur pulsatile du volume d'une aveline à 1 centimètre de la piqûre de la saignée.* A cette position insolite, ajoute le savant professeur, vint se joindre un renseignement singulier donné par le malade : en janvier dernier, en déchargeant une auge de plâtre de dessus sa tête, il avait ressenti une forte douleur au pli du coude ; et, depuis ce temps, souvent il avait été obligé de s'arrêter au milieu du travail, à raison de battements douloureux en ce point qui lui ôtaient la force du bras pendant 4 ou 5 minutes. Le malade nous a confirmé à

nous-même l'histoire de sa première douleur; mais il n'a plus voulu confesser qu'il en eût eu d'autres depuis (1).

Quelle que fût, au reste, l'origine de la tumeur, il fallait y porter remède; le docteur X.... voulut d'abord envoyer son malade à l'hôpital; mais celui-ci s'y refusant opiniâtrement, les deux succès déjà obtenus par le perchlorure engagèrent le médecin à l'employer.

L'opération fut donc pratiquée, le 3 mai, avec la seringue à trocart de M. Pravaz, confectionnée par M. Charrière, et remplie préalablement d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart fut porté sans difficulté dans la tumeur; en retirant le poinçon, un jet de sang rosé s'échappa par la canule; immédiatement la seringue fut ajustée, et l'opérateur fit exécuter à la vis du piston cinq demi-tours, devant projeter chacun une goutte de grosseur moyenne. La tumeur battant toujours et la radiale continuant également à battre, on poussa derechef le piston de cinq demi-tours. A l'instant, le malade, qui n'avait rien dit jusqu'alors, se plaignit d'une douleur atroce dans tout le bras. La tumeur ne battait plus; l'artère humérale elle-même n'offrait plus de battements jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la tumeur; la canule fut retirée. Un peu de sang s'écoula par la piqûre; une goutte de perchlorure l'arrêta à l'instant, et transforma celui qui avait coulé sur le bras en un caillot plus étroit de moitié que la traînée sanguine dont il provenait.

Dix secondes après, l'artère ne battait plus à quatre travers de doigt au-dessus de la tumeur; la radiale n'était plus perceptible; la main pâlit, devint froide, insensible au toucher et aux piqûres; cependant le malade criait quand on lui serrait les doigts; et, du reste, la douleur intérieure croissait toujours.

On enveloppa tout l'avant-bras de ouate; la main se réchauffa peu à peu, mais en se gonflant et prenant une teinte violacée.

La nuit fut cruelle; aucune position ne calmait la douleur; des frissons revenaient à tout moment au milieu d'une ardeur fébrile; et, le lendemain, le malade demanda de lui-même à être conduit à l'hôpital. Il entra donc dans mon service, le 4 mai dans la journée; il paraît qu'alors la gangrène n'avait guère envahi que le pouce.

A la visite du soir, les internes trouvèrent la main noire, glacée, insensible; la gangrène remontait au côté interne de l'avant-bras jusqu'au pli du coude, moins haut du côté externe. Le bras était très-gonflé, rouge, chaud; il semblait y avoir de la fluctuation dans toute la région du coude. Dans l'ignorance des antécédents, et pensant avoir affaire à un phlegmon diffus, on pratiqua deux incisions sur le bras, qui donnèrent issue à du sang noir et épais, évidemment réuni en foyer.

Le 5 mai, je trouvai la gangrène occupant presque tout l'avant-bras, et non encore limitée.

Le 6 et le 7, elle fit encore quelques progrès; le sujet eut du délire dans la nuit et de la diarrhée.

Le 9, la diarrhée s'étant accrue, je fais donner 100 grammes de punch au thé; la diarrhée s'arrête. La gangrène paraît arrêtée; et déjà apparaît le sillon d'élimination.

Que dirai-je de plus? Le délire ayant cessé, le malade, prévenu de la nécessité de l'amputation, l'avait d'abord repoussée bien loin; mais le 12 mai, infecté par la suppuration et la gangrène, ce fut lui qui la réclama. Je n'eus guère qu'à couper quelques lambeaux encore vivants pour séparer l'avant-bras dans l'articulation du coude. La portion de l'artère qui avait supporté l'anévrisme était comprise dans un paquet de tissu cellulaire gangrené, et n'offrait qu'un détritus où l'on ne distinguait plus rien. Des fusées purulentes avaient même disséqué les muscles un peu plus haut; et, au total, je n'eus à lier que la circonflexe interne.

A ces détails déjà très-fâcheux, donnés par M. Malgaigne, nous pouvons malheureusement en ajouter aujourd'hui de plus fâcheux encore : le malade a succombé, quelques jours après l'amputation, à une infection purulente.

Ce fait, sans doute, malgré son immense gravité, ne doit pas être, tant s'en faut, considéré comme la condamnation d'une méthode qui se présentait d'abord sous de si favorables auspices.

Peut-être est-il permis de douter qu'elle ait été appliquée dans ce cas avec toute la prudence nécessaire, quoique la description des résultats immédiats de l'injection et la quantité de l'injection elle-même rentrent parfaitement dans les règles tracées par M. Pravaz, et dont quelques observateurs depuis lui ont confirmé l'exactitude. Mais de quelque façon qu'on interprète le fait de Marchand, il n'en reste pas moins démontré que la méthode nouvelle employée, sinon avec toute la prudence possible, du moins avec l'oubli de quelques précautions qui ne paraissent pas très-importantes, peut être suivie des plus funestes conséquences que le praticien puisse redouter.

Deux nouveaux faits, observés depuis le précédent, sont plus rassurants sous le rapport des dangers de l'opération; mais, en revanche, ils sont peu encourageants quant aux succès à en espérer.

Le premier de ces faits a été observé et est encore en cours d'observation dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker. C'est celui d'un vieillard affecté d'un anévrisme poplité du volume d'un gros œuf de poule. L'artère crurale, chez cet homme, est ossifiée, et par conséquent, suivant la judicieuse remarque de M. Lenoir, si la méthode par injection n'avait pas existé, il aurait fallu l'inventer pour ce cas particulier, où la ligature est inapplicable.

L'injection a donc été pratiquée une première fois, il y a trois semaines, en présence de MM. Lallemand, Giraldès, Debout, Marjolin et nous-même. Sept gouttes de liquide furent injectées; après l'injection, les battements *parurent* un peu moins forts; mais, au bout de huit jours, tout était manifestement dans le même état. Du reste, aucun accident, quel qu'il soit, ne s'est manifesté.

L'injection fut recommencée une dizaine de jours plus tard, et cette fois pratiquée en deux points différents de la tumeur; sept gouttes de liquide furent injectées dans chaque piqûre. Les choses se passèrent comme la première fois, et aujourd'hui le malade est encore comme s'il n'avait pas été opéré.

Dans le service de M. le professeur Velpeau existe un malade atteint d'un anévrisme du pli du coude, suite d'une saignée; l'injection a été pratiquée, suivant les règles, par l'éminent professeur, et aucun changement appréciable n'est survenu dans l'état de la tumeur; mais aucun accident ne s'est non plus développé. Une varicelle intercurrente a empêché de faire une nouvelle injection à laquelle M. Velpeau reviendra, aussitôt après le rétablissement du malade.

Deux remarques importantes nous ont été suggérées par les faits de MM. Velpeau et Lenoir.

(1) Nous savons avec quelle circonspection on doit juger les insuccès de la pratique qui sont au moins aussi souvent des malheurs que des fautes; nous avons donné des preuves multipliées de l'indulgence de nos principes à cet égard. Il ne faut cependant pas que notre juste bienveillance pour le prochain aille jamais jusqu'à présenter, sous un jour nébuleux, des faits scientifiques qui trouvent une explication trop naturelle dans l'ordre habituel des choses, pour qu'on doive recourir à des interprétations forcées, improbables et qui ne peuvent que détourner le lecteur de la droite voie. Il doit être évident, pour tout homme expérimenté, et à ce titre pour M. Malgaigne lui-même, que la cause de la tumeur anévrismale était, chez Marchand, la piqûre de l'artère, et non l'effort musculaire fait pour décharger l'auge de plâtre, encore moins *le prétendu refroidissement suivi d'une tumeur pulsatile*. Il ne faut pas qu'une indulgence mal comprise nous entraîne jamais dans de telles explications. (*Note du rédacteur.*)

Une des principales difficultés, presque la seule que l'on rencontre dans l'application de la méthode Pravaz, c'est de déposer le liquide coagulant dans le courant sanguin, c'est-à-dire dans la partie liquide de la tumeur anévrismale. Personne n'ignore que dans tout anévrisme d'un certain volume, il y a une portion de la tumeur formée par des caillots plus ou moins solides, et une partie fluide. Or, cette partie liquide habituellement sous forme de canal est assez souvent très-peu étendue, relativement au reste de la tumeur; il est donc assez difficile dans une ponction, qui ne peut être faite qu'à tâtons, de rencontrer avec la pointe du petit trois-quarts le courant sanguin, circonstance indispensable, du moins *à priori*, pour que l'opération puisse réussir. Il y a, il est vrai, un signe certain de la rencontre du courant sanguin par l'extrémité de la canule, c'est la sortie du sang par jets, et ce signe, nous devons le dire, n'a pas été observé avant l'injection dans les deux opérations de M. Lenoir, ni dans l'opération unique de M. Velpeau.

Mais si l'on ne rencontre pas le courant sanguin à la première ou à la seconde ponction, faut-il larder en tous sens la tumeur jusqu'à ce qu'enfin on tombe sur le point désiré? A cette question, nous ne saurions prendre sur nous de faire une réponse, laquelle ne pourrait être fondée que sur des présomptions; nous dirons seulement que s'il s'agissait de la résoudre pratiquement, nous n'oserions nous décider pour l'affirmative. Nous conseillerions plutôt dans ce cas de s'en tenir, comme l'a fait M. Lenoir, à une ou à deux ponctions, sauf à recommencer au bout de quelques jours, lorsque toute crainte d'accident serait dissipée. Seulement, lorsque nous n'aurions pas la certitude d'être dans le courant sanguin, nous nous abstiendrions de faire une injection qui nous semble, dans ces conditions, parfaitement inutile, et seulement capable de causer des accidents; ces accidents, néanmoins, ne se sont pas développés dans les cas de MM. Lenoir et Velpeau, et c'est même une particularité des plus curieuses, que six à sept gouttes (quatorze même dans la seconde opération de M. Lenoir) d'un caustique aussi violent puissent rester perdues au milieu d'un caillot anévrismal sans déterminer le moindre accident. Est-ce seulement parce que le caustique n'a point pénétré dans le courant sanguin que des accidents ne se sont pas développés? c'est une question que nous nous contentons de poser et que des expériences ultérieures éclairciront sans doute.

La seconde remarque que nous avons à présenter avait déjà été faite par Monteggia; c'est qu'on favoriserait sans doute singulièrement l'efficacité du perchlorure en maintenant la compression, non pas seulement pendant le temps de l'injection, mais pendant les quelques jours suivants. Cette remarque n'a pas sans doute échappé non plus aux chirurgiens qui ont mis en pratique la méthode de M. Pravaz; néanmoins, comme nous n'avons pas vu employer la précaution auxiliaire que nous indiquons, il ne nous a pas semblé inutile de la rappeler.

Tel est, en résumé, l'état de la question touchant le traitement des anévrismes par les injections caustiques. Les faits que nous venons d'exposer ne sont point de nature à décourager les praticiens; mais il faut reconnaître cependant qu'ils confirment pleinement les réflexions dont fut l'objet, de notre part, la première communication de M. Lallemand à l'Institut. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. N. GUILLOT.

Leçons cliniques sur le rachitisme.

Rédigées par M. MARTIN DE GIMARD, *interne du service.*

(Suite. Voir les nos 61, 65) (1).

Messieurs, dans la dernière séance nous nous sommes arrêtés à l'anatomie pathologique du rachitisme de la première enfance. Cette question a occupé les esprits les plus distingués du siècle dernier et de celui-ci. Les travaux de Glisson, de Boerhave, de Boyer, de Duverney, de Duhamel, ceux plus récents de MM. Jules Guérin, Bouvier, etc., l'excellente *Thèse inaugurale* de M. Bellard, ne s'appliquent guère qu'aux caractères anatomo-pathologiques de la diaphyse. Les lésions de l'épiphyse ont été négligées. J'espère, dans cet entretien, vous donner une idée exacte de cette seconde partie de notre sujet.

J'ai besoin cependant, avant tout, de revenir encore un peu sur les caractères que nous présente la maladie de la diaphyse. Je vous ai dit, pour résumer en deux mots, que les altérations de l'os dans le rachitisme de la première enfance consistaient en deux phénomènes principaux : 1° Raréfaction du tissu osseux, et, par contre, formation de ces sortes de cellules qu'on remarque à la surface et dans l'intérieur de la diaphyse; 2° Disparition de la graisse, et dépôt dans ces cellules d'un sang noir qui remplace la graisse à l'état normal.

Ces phénomènes s'accompagnent presque nécessairement de flexion de l'os. L'affection peut marcher ainsi et présenter tous ses caractères. Mais, après un temps plus ou moins long, le sang contenu dans ces cellules disparaît et est remplacé par du calcaire. Il y a alors guérison, mais guérison en ce sens que l'os a repris sa consistance; il est bien entendu qu'il n'a pas repris sa forme. C'est donc une guérison relative. La courbure des os ne s'est pas effacée.

Dans ces courbures de la diaphyse, il y a à considérer certaines lois un peu vagues, il est vrai, qu'il faut cependant vous faire connaître.

Ainsi, le fémur se courbe d'arrière en avant, en s'aplatissant sur lui-même. C'est presque un fait général qui tient aux conditions dans lesquelles se trouve cet os qui supporte tout le poids du corps. Pour le tibia et pour le péroné, il n'y a pas de flexion régulière. Ces os subissent toutes sortes de déviation tantôt en dehors, tantôt en dedans; cela tient aux variétés de position du corps qui leur transmet son poids, et aussi à d'autres phénomènes que nous allons étudier dans un instant.

La clavicule échappe souvent aux règles qu'on a données, cependant le cas le plus commun est celui où elle est infléchie vers son tiers moyen; l'humérus a des inflexions moins marquées, il est en général peu déformé. Pour les os de l'avant-bras, la courbure la plus fréquente est la flexion en arrière, l'incurvation en avant.

Tous les phénomènes de la maladie de la diaphyse que nous venons d'étudier ont ceci de remarquable, qu'ils arrivent toujours avant la première dentition, bien qu'ils puissent se prolonger passé cette époque. Ceux au contraire dont je vais vous entretenir ne commencent jamais avant le vingtième mois après la naissance, et peuvent durer jusqu'à la quatorzième année. Ils appartiennent au rachitisme de l'épiphyse.

Tous les os longs ont à leurs extrémités des renflements osseux que l'on appelle épiphyses. Ces épiphyses doivent être étudiées d'abord à l'état normal. Vous allez voir que les études d'ostéologie vont nous guider et nous rendre compte des phénomènes pathologiques que nous allons rencontrer.

Prenons les os d'une manière générale. Les épiphyses sont séparées du corps de l'os par un intervalle où certains auteurs font pénétrer le périoste, comme Duhamel; pour d'autres, il n'y

(1) Par suite d'une erreur de composition, la troisième leçon a été publiée dans le n° 65 avant celle-ci, qui est la seconde.

a rien entre l'os et l'épiphyse, la membrane périostale ne fait qu'adhérer à leurs bords. Cette séparation persiste pendant un temps variable; ainsi, pour l'extrémité inférieure du fémur, la réunion n'a lieu que vers la vingt-cinquième année.

Les épiphyses sont le résultat du développement de points osseux renfermés dans le tissu cartilagineux. Ces points osseux sont parfaitement indépendants de ceux de la diaphyse et ont la même constitution anatomique. Ils se réunissent à elle dans un temps donné. Si nous prenons successivement tous les os, nous allons voir que l'extrémité inférieure de l'humérus, par exemple, commence à se former bien avant celle du fémur, que son ossification est complète bien avant celle de ce dernier os. Le fémur est en effet celui dont l'ossification est la plus tardive; ainsi à vingt ans, son épiphyse inférieure ne sera pas encore soudée. Or, c'est surtout dans cette même épiphyse que se passent les phénomènes dont je vais vous parler.

Ces phénomènes, peu observés ou mal décrits, qui ne sont pas rattachés jusqu'à présent au rachitisme, y rentrent à mon sens complétement. Ils sont exactement de même nature que ceux qui se passent dans la diaphyse.

Ainsi, dans les noyaux d'ossification placés dans le cartilage épiphysaire, nous avons de même augmentation des cellules osseuses, dépôt moindre de calcaire dans ces cellules et son remplacement par du sang. Dans le cartilage, il y a augmentation de la quantité d'eau, diminution du nombre des cellules qui constituent le cartilage à l'état sain, gonflement des cellules qui restent, absence de calcaire, enfin toutes les lésions que présente le rachitisme dans la diaphyse.

Vous comprenez, messieurs, que vous trouverez ces altérations principalement là où l'ossification est la plus tardive. Ce sera donc au fémur. L'ossification des extrémités du fémur a lieu dans l'ordre suivant, que je vais vous rappeler. D'abord apparaît le point osseux de l'extrémité inférieure, puis celui de la tête du fémur, et enfin ceux des trochanters. Entre l'apparition du point osseux de l'extrémité inférieure et de celui de la tête, a paru celui de l'extrémité supérieure du tibia. Vous ne connaîtrez jamais les maladies de l'enfant, si vous n'avez pas les connaissances ostéologiques. Voilà pourquoi j'entre dans ces détails.

Les phénomènes du rachitisme deviennent manifestes lorsque dans une épiphyse, comme celle de l'extrémité inférieure du fémur, le noyau osseux, quelquefois simple, quelquefois double, irrégulier, a été altéré par la maladie. Il arrive alors que l'un des condyles ou tous les deux changent de volume, que ce volume s'accroît; les cellules augmentent, de sorte que le condyle est composé de deux substances, une partie osseuse formée de cellules agrandies contenant du sang, et une cartilagineuse entourée d'un cercle rouge : tout cela ne se fait pas sans douleurs.

Supposez un fémur pourvu de son épiphyse inférieure très-régulière, la rotule non ossifiée, le tibia et le péroné sont à l'état normal. Lorsque vient la deuxième dentition (car c'est alors que commencent ces modifications), l'épiphyse du fémur gonfle et en même temps celle du tibia. Le genou devient alors douloureux, très-gros; les parents nous disent : Mon enfant se noue. Cela veut dire que les épiphyses sont altérées, mais ces épiphyses ne gonflent pas toujours régulièrement; si cette augmentation de volume est régulière, l'enfant reste droit. Dans beaucoup de cas, un seul des condyles s'accroît, ou du moins l'un s'accroît plus que l'autre, alors la jambe est déviée; si c'est le condyle interne qui est plus atteint, la jambe se dévie en dehors, elle se dévie en dedans si c'est le condyle externe qui est plus malade. Voilà ce que les anciens appelaient la nouûre. Qu'est-ce donc que cette nouûre? ce n'est pas un rhumatisme, ce n'est pas une affection tuberculeuse, c'est le rachitisme de l'épiphyse inférieure du fémur.

Voyez, les altérations anatomiques sont évidemment les mêmes que pour la diaphyse des os rachitiques, les causes de ces altérations sont les mêmes dans les deux cas, elles coïncident souvent. Elles sont donc identiques. C'est donc toujours la même maladie.

Ces lésions des épiphyses vont nous donner la clef d'un grand nombre de faits dont jusqu'ici on a cherché en vain l'explication. Ainsi, pour le bassin, vous savez que tous les auteurs d'obstétrique ont parlé d'un grand nombre de rétrécissements du bassin. Ils en ont admis d'antérieurs, de bi-latéraux, en huit de chiffre, etc. M. Nœgèle et son traducteur M. Danyau ont surtout beaucoup insisté sur une altération particulière du bassin, dans laquelle le sacrum est tellement uni aux os iliaques, que la section même des pubis ne servirait à rien pour l'accouchement. Tous ces médecins ont parfaitement étudié les faits, mais ils ne savent évidemment pas à quoi rapporter ces vices de conformation, ni comment les expliquer. Ils ne peuvent l'être, ni par l'ostéomalacie, ni par le rachitisme, parce que, disent-ils, ces os sont durs. Ils se trompent, c'est justement du rachitisme, je vais vous le faire comprendre.

L'os iliaque se développe par trois points d'ossification (un pour l'iléon, un pour le pubis, un pour l'ischion), c'est classique, vous trouverez cela dans tous les traités d'anatomie. Ces trois os se réunissent au fond de la cavité cotyloïde. Si vous examinez ces trois parties chez les enfants, vous les trouverez très-distinctes, vous voyez qu'entre le pubis et l'ischion il y a une partie énorme non soudée remplacée par un cartilage exactement semblable à celui des épiphyses des os longs; de même entre l'iléon et l'ischion. En outre, toute la crête de l'os est formée par une large épiphyse cartilagineuse qui n'est pas soudée non plus au reste de l'os. Le sacrum, lui, se compose de cinq pièces, chacune d'elles présente deux points d'ossification pour les lames, un pour le corps et un point supplémentaire pour chacune des apophyses transverses; le coccyx, lui, est formé de trois pièces, ayant elles-mêmes chacune trois points d'ossification : tous ces points d'ossification sont réunis par des épiphyses cartilagineuses qui sont molles à la naissance. Ces épiphyses persistent assez tard. Qu'arrive-t-il quand elles deviennent malades? Comme nous l'avons démontré, elles gonflent, et vous trouverez dans leur intérieur de larges cellules et du sang, en somme, le même fait général que vous avez étudié pour les épiphyses du fémur.

Ces affections se montrent dans le courant de la deuxième, troisième, quatrième et cinquième années. A la même époque se produisent des luxations du fémur, sur l'origine desquelles des doutes se sont élevés, et qu'on a nommées à tort congéniales. Pour moi, ces luxations ne sont pas le moins du monde congéniales. Il arrive ceci : l'épiphyse du fémur est malade, elle se gonfle, devient trop considérable pour la cavité qui la reçoit, et par suite s'en échappe. Ou bien encore les épiphyses qui se réunissent dans la cavité cotyloïde s'altèrent, elles se gonflent et repoussent la tête du fémur. Il y aura de nouveau luxation. Ces affections sont consécutives à la naissance, tout comme les phénomènes du rachitisme des diaphyses. Je vois en ce moment en ville une petite fille de 4 ans, elle boite et a un commencement de luxation spontanée de l'articulation coxo-fémorale : cette enfant a des indices de rachitisme, elle a été mal nourrie, elle a des sueurs nocturnes; les veines de la tête sont très-développées; il y a des altérations de la diaphyse du fémur. Pour moi, l'affection articulaire n'est qu'un symptôme de la maladie générale et guérira avec elle par un traitement convenable.

Vous comprenez qu'avec des enfants dont la tête est très-grosse, le ventre énormément développé, dont toutes les parties osseuses sont molles, la marche, la station debout, ou même la position horizontale longtemps prolongée, tendront à déformer le bassin. Alors la symphyse s'abaisse; le sacrum qui, suivant un accoucheur, serait la partie qui se déplace le plus souvent dans le corps humain, se porte tantôt en haut, tantôt en arrière, ou se courbe en avant. Le bassin tout entier tourne sur lui-même, s'aplatit, en un mot, vous avez tous ces vices de conformation que les auteurs d'ouvrages d'obstétrique ont observés, mais dont ils n'ont pas su trouver l'explication.

Ces mêmes phénomènes se répètent pour la colonne vertébrale. Elle est composée d'une série d'arcs osseux; chacun de ces arcs osseux a deux points d'ossification pour les lames, un

pour le corps et un ou deux pour les apophyses transverses; or, tous ces points d'ossification sont séparés, eux aussi, par une masse gélatineuse qui va disparaître, quand l'ossification sera complète. Si le rachitisme arrive, la colonne vertébrale, chargée de supporter la tête et de permettre au corps de se porter en avant ou en arrière, se déprime. Elle se dévie tantôt à droite, tantôt à gauche, comme vous le voyez, par exemple, chez l'enfant du n° 19.

Les côtes présentent-elles aussi une affection de l'épiphyse? qu'est-ce qu'une côte? C'est un arc osseux naissant par trois points d'ossification, déjà parfaitement soudés à la naissance. A l'extrémité interne, là où s'insère le cartilage, il y a une épiphyse. Cette extrémité interne est, en effet, creusée pour recevoir l'extrémité interne du cartilage; celui-ci se gonfle; nous avons la nouûre des côtes, le chapelet des rachitiques.

Pour compléter ce que j'ai à dire des déformations des os, il me reste à vous parler de ceux qui constituent le crâne.

Suivant les auteurs, le rachitisme ne se traduirait à la tête que par le développement irrégulier de la boîte crânienne et la persistance des fontanelles, comme je vous l'ai fait constater chez nos malades; à cet égard, j'ai une opinion différente : je vous l'ai déjà indiqué dans notre première séance. Maintenant que vous connaissez parfaitement les lésions du rachitisme, j'y reviens pour vous l'exposer plus en détail.

Je rapporte le céphalœmatome au rachitisme; pour cela, je me fonde sur l'anatomie pathologique et sur la marche de la maladie.

Si vous voulez jeter les yeux sur les pièces que j'ai apportées aujourd'hui et les comparer aux os de rachitique que je viens de vous montrer, vous verrez de même le tissu osseux raréfié présentant de larges cellules, pleines de sang pendant la vie. Ces os sont légers, mous, flexibles comme ceux des rachitiques; l'un d'eux est tellement raréfié qu'il présente un petit pertuis gros comme une petite lentille. En outre, ils font une faible effervescence avec les acides. Si on examine la marche d'un céphalœmatome, on trouve qu'abandonné à lui-même, le sang se résorbe, rarement se convertit en pus, puis il se fait un dépôt nouveau de calcaire, l'os est un peu épaissi et présente une légère saillie qui persiste; dans quelques cas, le péricrâne a sécrété une petite lamelle osseuse exactement comme nous l'avons indiqué pour le périoste, dans les lésions du rachitisme de la diaphyse. Je vous en présente un exemple. Si maintenant nous examinons la cause par laquelle on a voulu, en général, expliquer le céphalœmatome, je veux parler du décollement du péricrane par une violence extérieure quelconque, ou de la constriction trop forte du col utérin. Nous verrons que cette cause est tout à fait insuffisante. Sans répéter des faits que vous trouverez dans tous vos livres classiques, ces observations de céphalœmatome à la suite d'accouchement très-facile ou même par les pieds, la constatation des céphalœmatomes par le toucher, avant même que la poche des eaux ne soit rompue, etc.; je vous rappellerai encore que l'on a observé les lésions que je vous ai montrées sur le pariétal, étendues aux temporaux à la base de l'occipital, là où la cause efficiente présentée n'avait pu évidemment agir : vous en voyez un très-bel exemple dans la pièce que je mets sous vos yeux.

Cette opinion, qui a pu d'abord vous paraître hasardée, a pour elle bien des preuves. Je crois que plus tard on y viendra.

Chez les enfants, le crâne se développe à partir de la naissance, la face se développe surtout vers la deuxième dentition. Il se passe à cette époque, dans les alvéoles, des phénomènes qui me paraissent, eux aussi, être les analogues de ceux que je vous ai démontrés dans la diaphyse et les épiphyses des os rachitiques. J'émets cette dernière opinion avec beaucoup de réserve, et je ne veux nullement vous l'imposer. La question n'est pas encore assez étudiée : elle demande de nouvelles recherches.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Paralysie générale aiguë survenue chez un malade atteint de phthisie pulmonaire.

Le 24 mars 1853 est entré à la salle Saint-Jean n° 2, le nommé Labirie, terrassier, âgé de 22 ans.

Il est mort le 11 mai 1853.

A son entrée à l'hôpital Cochin, cet homme, à Paris depuis deux mois, était malade depuis douze jours. Du 24 mars au 8 avril, il a eu une fièvre typhoïde. Le 8 avril, Labirie était en convalescence et prenait avec plaisir quelques aliments.

L'appétit, bon d'abord, ne tarda pas à s'affaiblir, la fièvre reparut assez vive tous les soirs. A l'auscultation, les poumons offraient des râles muqueux en arrière et en bas; il rejetait des crachats mucoso-purulents.

A la fin d'avril, on constate dans la fosse sus-épineuse droite des râles à grosses bulles, du souffle caverneux; ces phénomènes sont accompagnés de matité dans une grande étendue.

Les jours suivants, la perte d'appétit persiste, la fièvre continue tous les soirs, les forces musculaires et l'embonpoint diminuent, les crachats sont purulents, les signes fournis par la percussion et l'auscultation sont les mêmes que ceux constatés il y a quelque temps.

Le 8 mai, ce malade est pris subitement de délire léger dans la soirée; la fièvre devient plus considérable; les crachats sont purulents. A l'auscultation on trouve du souffle, des râles dans la partie supérieure du poumon droit.

Le 9 mai, peau chaude; 100 pulsations; tendance au sommeil; délire la nuit.

Le 10 mai, la peau est brûlante; 120 pulsations; délire léger continuel. Lorsqu'on s'approche de lui et qu'on lui parle, il répond, en bégayant, à la plupart des questions, puis il retombe dans un état complet d'indifférence et parle seul.

Les muscles des membres, et surtout ceux de la jambe droite, sont constamment agités de petits mouvements; les mains éprouvent des contractions.

La sensibilité physique du malade est très-exagérée. La respiration est pénible, l'expectoration impossible, et les urines s'écoulent involontairement.

Le 11 mai, la peau est chaude; le pouls est à 120; le délire est continu. Il répond plus difficilement aux questions qu'on lui pose, le bégayement est plus marqué.

Le tremblement dans les muscles est plus sensible que la veille. La dyspnée est plus considérable. Les urines et les matières fécales s'échappent involontairement; la peau se recouvre de *sudamina*.

Vers 2 heures, le pouls devient plus petit, ne peut plus être apprécié, la peau est froide, la respiration de plus en plus bruyante et pénible; des râles se font entendre dans la trachée et le larynx. Le malade succombe à 3 heures, asphyxié par les mucosités qu'il n'a plus la force de rejeter.

Autopsie. 42 heures après la mort.

On ne trouve aucune trace d'inflammation des méninges ni du cerveau; il n'offre, ainsi que ses enveloppes, aucune altération de nature tuberculeuse.

La substance grise est plus adhérente à la pie-mère que dans l'état normal, elle a diminué de consistance dans toute son étendue, en plusieurs points elle est enlevée en détachant la pie-mère. La substance blanche elle-même offre une diminution sensible de consistance.

Le lobe supérieur du poumon droit renferme une vaste caverne remplie de matière tuberculeuse ramollie. Le reste du poumon est farci de tubercules.

Le poumon gauche présente aussi quelques petits tubercules.

A la fin de l'intestin grêle existent quelques follicules isolés, plus durs, plus colorés qu'à l'état normal.

On voit aussi, près de la valvule iléo-cœcale, une glande de Peyer cicatrisée.

Les résultats de la nécropsie ont entièrement donné raison au diagnostic qui avait été porté, et c'est une paralysie générale aiguë, survenue pendant le cours de la phthisie, qui a si rapidement emporté le malade dont il vient d'être question.

Je dois les détails de cette observation si intéressante à l'obligeance de M. Thibierge, interne du service.

Méthode très-simple pour arrêter une hémorrhagie survenant à la suite de l'application de sangsues....

On sait qu'il arrive très-souvent, chez les enfants surtout, qu'après l'application des sangsues, l'écoulement devient tellement abondant qu'il devient nécessaire de l'arrêter. Pour cela, on emploie divers moyens.

Tantôt on saupoudre les piqûres avec l'alun, l'amidon, le sulfate de fer, la colophane, etc.; tantôt on applique sur les ouvertures des morceaux d'agaric que l'on fixe au moyen d'un bandage compressif, ou bien encore on fait des cautérisations, parfois impuissantes, avec le nitrate d'argent.

Non-seulement ces moyens sont insuffisants, mais ils sont fort souvent dangereux; car l'on ne reconnaît la continuation de l'écoulement que lorsqu'il y a une grande perte de sang.

M. Beau conseille, lorsque l'on a affaire à cette espèce d'hémorrhagie, de saisir l'ouverture qui donne entre le pouce et l'index, et de maintenir la compression pendant huit ou dix minutes : *le sang cesse toujours de couler.*

Cette méthode, remarquable par sa simplicité, a l'avantage de pouvoir être appliquée par des personnes étrangères à l'art, et peut être très-utile, dans les campagnes surtout, où la distance empêche souvent le médecin d'arriver assez à temps pour prévenir un malheur.

Dans un prochain numéro, je parlerai du traitement de la fièvre typhoïde. D. Calvo (*de Marseille*). (*Presse médicale.*)

Décret impérial portant promulgation de la convention sanitaire internationale conclue entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes.

Nous commençons aujourd'hui la publication de la Convention sanitaire internationale, ainsi que du règlement qui en détermine l'application, ou du moins de tout ce qu'il y a de médical dans cette convention et dans ce règlement. Les quelques articles que nous avons supprimés ne peuvent en rien intéresser nos lecteurs.

Nous ferons suivre cette publication de quelques remarques qui nous paraissent indispensables pour bien apprécier le caractère de ce document hygiénique.

CONVENTION.

Art. 1er. Les hautes parties contractantes se réservent le droit de se prémunir, sur leurs frontières de terre, contre un pays malade ou compromis, et de mettre ce pays en quarantaine.

Quant aux arrivages par mer, elles conviennent en principe :

1° D'appliquer à la peste, à la fièvre jaune et au choléra les mesures sanitaires qui seront spécifiées dans les articles ci-après ;

2° De considérer comme obligatoire pour tous les bâtiments la production d'une patente, sauf les exceptions mentionnées dans le règlement sanitaire international annexé à la présente convention.

Tout port sain aura le droit de se prémunir contre un bâtiment ayant à bord une maladie réputée importable, telle que le typhus et la petite vérole maligne.

Les administrations sanitaires respectives pourront, sous leur responsabilité devant qui de droit, adopter des précautions contre d'autres maladies encore.

Il est bien entendu, toutefois :

1° Que les mesures exceptionnelles mentionnées dans les deux paragraphes précédents ne pourront être appliquées qu'aux navires infectés et ne compromettront, dans aucun cas, le pays de provenance ;

2° Que jamais aucune mesure sanitaire n'ira jusqu'à repousser un bâtiment, quel qu'il soit.

Art. 2. L'application des mesures de quarantaine sera réglée, à l'avenir, d'après la déclaration officiellement faite par l'autorité sanitaire instituée au port de départ, que la maladie existe réellement.

La cessation de ces mesures se déterminera sur une déclaration semblable que la maladie est éteinte, après toutefois l'expiration d'un délai fixé à 30 jours pour la peste, à vingt jours pour la fièvre jaune, et à dix jours pour le choléra.

Art. 3. A partir de la mise à exécution de la présente convention, il n'y aura plus que deux patentes, la patente brute et la patente nette : la première pour la présence constatée de maladie, la seconde pour l'absence attestée de maladie. La patente constatera l'état hygiénique du bâtiment. Un bâtiment en patente nette, dont les conditions seraient évidemment mauvaises et compromettantes, pourra être assimilé, par mesure d'hygiène, à un bâtiment en patente brute, et soumis au même régime.

Art. 4. Pour la plus facile application des mesures quarantainaires, les hautes parties contractantes conviennent d'adopter le principe d'un minimum et d'un maximum.

En ce qui concerne la peste, le minimum est fixé à dix jours pleins, et le maximum à quinze.

Dès que le gouvernement ottoman aura complété, dans les termes prévus par le règlement annexé à la présente convention, l'organisation de son service sanitaire, et que des médecins européens auront été établis, à la diligence des gouvernements respectifs, sur tous les points où leur présence a été jugée nécessaire, les provenances de l'Orient en patente nette seront admises en libre pratique dans tous les ports des hautes parties contractantes. En attendant, il est convenu que ces mêmes provenances arrivant en patente nette seront reçues en libre pratique, après huit jours de traversée, lorsque les navires auront à bord un médecin sanitaire, et après dix jours, quand ils n'en auront pas.

Le droit est réservé aux pays les plus voisins de l'empire ottoman, tout en continuant leur régime quarantainaire actuel, de prendre, dans certains cas, telles mesures qu'ils croiront indispensables pour le maintien de la santé publique.

En ce qui concerne la fièvre jaune, et lorsqu'il n'y aura pas eu d'accident pendant la traversée, le minimum sera de cinq jours pleins, et le maximum de sept jours.

Ce minimum pourra être abaissé à trois jours, lorsque la traversée aura duré plus de trente jours, et si le bâtiment est dans de bonnes conditions d'hygiène. Quand des accidents se seront produits pendant la traversée, le minimum de la quarantaine à imposer aux bâtiments sera de sept jours, et le maximum de quinze.

Enfin, pour le choléra, les provenances des lieux où règnera cette maladie pourront être soumises à une quarantaine d'observation de cinq jours pleins, y compris le temps de la traversée. Quant aux provenances des lieux voisins ou intermédiaires, notoirement compromis, elles pourront être aussi soumises à une quarantaine d'observation de trois jours, y compris la durée de la traversée.

Les mesures d'hygiène seront obligatoires dans tous les cas et contre toutes les maladies.

Art. 5. Pour l'application des mesures sanitaires, les marchandises seront rangées en trois classes : la première pour les marchandises soumises à une quarantaine obligatoire et aux purifications ; la seconde pour celles assujetties à une quarantaine facultative ; la troisième, enfin, pour les marchandises exemptées de toute quarantaine.

Le règlement sanitaire international spécifiera les objets et marchandises composant chaque classe, et le régime qui leur sera applicable en ce qui concerne la peste, la fièvre jaune et le choléra.

Art. 6. Chacune des hautes parties contractantes s'engage à maintenir ou à créer, pour la réception des bâtiments, des passagers, des marchandises et autres objets soumis à quarantaine, le nombre de lazarets réclamé par les exigences de la santé publique, par le bien-être des voyageurs et par les besoins du commerce ; le tout dans les termes énoncés par le règlement sanitaire international.

. . . . . .

Art. 8. Afin d'amener également la plus grande uniformité possible dans l'organisation des administrations sanitaires, les hautes parties contractantes conviennent de placer le service de la santé publique dans les ports de leurs États qu'elles se réservent de désigner, sous la direction d'un agent responsable, nommé et rétribué par le gouvernement, et assisté d'un conseil représentant les intérêts locaux. Il y aura, en outre, dans chaque pays, un service d'inspection sanitaire qui sera réglé par les gouvernements respectifs.

Dans tous les ports où les puissances contractantes entretiennent des consuls, un ou plusieurs de ces consuls pourront être admis aux délibérations des conseils sanitaires, pour y faire leurs observations, fournir des renseignements et donner leur avis sur les questions sanitaires.

Toutes les fois qu'il s'agira de prendre une résolution spéciale à l'égard d'un pays, et de le déclarer en quarantaine, l'agent consulaire de ce pays sera invité à se rendre au conseil et entendu dans ses observations.

Art. 9. L'application des principes généraux consacrés par les articles qui précèdent, et l'ensemble des mesures administratives qui en découlent, seront déterminés par le règlement sanitaire international annexé à la présente convention.

Art. 10. La faculté d'accéder à la présente convention et à son annexe est expressément réservée à toutes les puissances qui consentiront à accepter les obligations qu'elles consacrent.

Art. 11. La présente convention et le règlement sanitaire international y annexé auront force et vigueur pendant cinq années.

Dans les cas où, six mois avant l'expiration de ce terme, aucune des hautes parties contractantes n'aurait, par une déclaration officielle, annoncé son intention d'en faire cesser les effets en ce qui la concerne, ils resteront en vigueur pendant une année encore, et ainsi de suite, d'année en année, jusqu'à due dénonciation.

RÈGLEMENT.

Conformément aux principes posés dans la convention sanitaire qui précède, les hautes parties contractantes ont adopté le règlement général suivant, pour être observé dans tous leurs ports de la Méditerranée et de la mer Noire, et servir de base aux règlements particuliers de chaque pays ; ces règlements, dont les gou-

vernements respectifs se communiqueront le texte, seront formulés de manière à établir, dans le service sanitaire des différents pays, la plus grande uniformité possible.

TITRE Ier. — Dispositions générales.

Art. 1er. Conformément à l'article 1er de la convention, les mesures de précaution qui pourront être prises sur les frontières de terre seront :

L'isolement.

La formation de cordons sanitaires.

L'établissement de lazarets permanents ou temporaires pour l'accomplissement des quarantaines.

Art 2. Le droit accordé à tout port sain de se prémunir contre un bâtiment suspect ou malade pourra aller jusqu'à l'isolement du navire et l'adoption des mesures hygiéniques que les circonstances rendraient nécessaires.

Art. 3. Quels que soient le nombre des malades qui se trouveront à bord et la nature de la maladie, un navire ne pourra jamais être repoussé, mais il sera assujetti aux précautions que commande la prudence, tout en conciliant les droits de l'humanité avec les intérêts de la santé publique.

Dans les ports qui n'ont pas de lazaret, l'administration sanitaire locale déterminera si le bâtiment suspect ou malade doit être dirigé sur un lazaret voisin, ou peut rester au mouillage dans un lieu réservé et isolé, sous la garde de l'autorité sanitaire.

Il ne pourra être dirigé sur un autre lazaret qu'après avoir reçu les secours et soins que réclamerait son état ou celui de ses malades, et avoir obtenu les moyens de continuer sa route.

Art. 4. La peste, la fièvre jaune et le choléra étant, d'après la convention, les seules maladies qui entraînent des mesures générales et la mise en quarantaine des lieux de provenance, les précautions prises contre les autres maladies, quelles qu'elles soient, ne s'appliqueront jamais qu'aux seuls bâtiments suspects ou malades.

TITRE II. — Mesures relatives au départ.

Art. 5. Les mesures relatives au départ comprendront l'observation, la surveillance et la constatation de l'état sanitaire du pays; la vérification et la constatation de l'état hygiénique des bâtiments qui en partent, de leurs cargaisons et vivres, de la santé des équipages; des renseignements, quand il y a lieu, sur la santé des passagers, et enfin les patentes de santé et tout ce qui s'y rapporte.

Art. 6. Ces observation, surveillance, constatation et vérification seront confiées aux autorités ci-après désignées. (Titre VIII.)

Art. 7. Tout bâtiment doit être, avant le chargement, visité par un délégué de l'autorité sanitaire et soumis, s'il y a lieu, aux mesures hygiéniques jugées nécessaires.

Art. 8. Le bâtiment sera visité dans toutes ses parties et son état hygiénique constaté.

Art. 9. Le chargement ne pourra avoir lieu qu'après cette visite et l'accomplissement des mesures préalables de propreté et de salubrité que l'autorité sanitaire jugera indispensables.

Art. 10. L'autorité s'enquerra de l'état des vivres et boissons, et en particulier de l'eau potable et des moyens de la conserver. Elle pourra s'enquérir aussi des vêtements de l'équipage, et, en général, de toutes les mesures relatives au maintien de la santé à bord.

Art. 11. Les capitaines et patrons seront tenus de fournir, à cet égard, à l'autorité sanitaire tous les renseignements et toutes les justifications qui leur seront demandés.

Art. 12. Si l'autorité sanitaire le juge nécessaire et ne se croit pas suffisamment éclairée par le capitaine, il pourra être procédé à une nouvelle visite après le chargement du navire, afin de s'assurer si toutes les précautions sanitaires et hygiéniques prescrites ont été observées.

Art. 13. Les hommes de l'équipage seront visités par un médecin. L'embarquement de ceux qui seraient atteints d'une affection transmissible pourra être refusé par l'autorité sanitaire.

Art. 14. Ces diverses visites devront être faites sans délai et de manière à éviter tout retard aux bâtiments.

Art. 15. A l'égard des navires portant un pavillon autre que celui des pays dans lesquels ils sont mouillés, la visite et les constatations prescrites par les articles 9 à 14 inclusivement seront faites par l'autorité sanitaire, de concert avec le consul ou l'agent consulaire de la nation à laquelle appartient le navire.

Art. 16. Le nombre des passagers à embarquer sur les navires à voiles ou à vapeur, l'étendue de leurs logements et la quantité des approvisionnements de bord, suivant la durée probable du voyage, seront déterminés par des règlements particuliers dans les divers pays signataires de la convention du 19 décembre.

Art. 17. Les bâtiments de la marine militaire ne seront pas assujettis aux dispositions des articles précédents.

Art. 18. Les bâtiments affectés au transport des personnes, quel que soit leur tonnage, et tous les bâtiments d'une certaine capacité ou dont l'équipage se compose d'un certain nombre d'hommes, seront tenus de se munir d'un coffre avec les médicaments les plus indispensables et les appareils les plus ordinaires pour le traitement des maladies et pour les accidents qui arrivent le plus fréquemment à bord des navires.

L'administration sanitaire supérieure de chaque pays fera rédiger le catalogue de ces médicaments et appareils, ainsi qu'une description détaillée sur la manière de les employer.

Art. 19. Les patentes de santé ne seront délivrées, à l'avenir, qu'après l'accomplissement des formalités spécifiées dans le présent règlement.

Art. 20. Seront, en temps ordinaire, dispensés de se munir d'une patente de santé : 1° les bateaux-pêcheurs; 2° les bateaux-pilotes; 3° les chaloupes du service des douanes et les bâtiments gardes-côtes; 4° les navires faisant le cabotage entre différents ports du même pays et qui seront déterminés par les règlements locaux.

Art. 21. Chaque bâtiment ne pourra avoir qu'une seule patente.

Art. 22. Les patentes de santé seront délivrées au nom du gouvernement territorial par l'autorité sanitaire, pourront être visées par les consuls et feront foi dans tous les ports des hautes parties contractantes.

Art. 23. Outre le nom du navire ou celui du capitaine ou patron, et les renseignements relatifs au tonnage, aux marchandises, aux hommes d'équipage, aux passagers, etc., la patente mentionnera exactement l'état sanitaire du lieu, tel qu'il résulte des renseignements recueillis par l'autorité sanitaire, et l'état hygiénique du bâtiment.

S'il y a des malades à bord, il en sera fait mention.

La patente devra contenir enfin tous les renseignements qui peuvent éclairer l'autorité sanitaire du port de destination, et la mettre à même de se faire une idée aussi exacte que possible de la santé publique au point de départ et environs, de l'état du navire et de sa cargaison, de la santé des équipages et de celle des passagers.

Sont considérés comme *environs* les lieux en rapport habituel avec le port de départ, et faisant partie de la même circonscription sanitaire.

Art. 24. La patente sera, pour toutes les nations contractantes, conforme au modèle annexé au présent règlement.

Art. 25. Lorsqu'il règnera, au point de départ ou aux environs, une des trois maladies réputées importables et transmissibles, et que l'autorité sanitaire en aura déclaré l'existence, la patente donnera la date de cette déclaration.

Elle donnera de même la date de la cessation, quand cette cessation aura été constatée.

Art. 26. Conformément aux dispositions de l'art. 3 de la convention, la patente ne pouvant être que nette ou brute, l'autorité sanitaire devra toujours se prononcer sur l'existence ou la non-existence de la maladie au point de départ. Le doute sera interprété dans le sens de la plus grande prudence, et la patente sera brute.

Art. 27. Sauf le système des Teskérés, tant qu'il sera jugé nécessaire dans l'Empire ottoman, il ne sera pas exigé de bulletins de santé individuels pour les passagers et les hommes d'équipage.

Toutefois, l'autorité sanitaire pourra exiger, pour ceux des passagers dont la santé serait suspecte et pourrait devenir compromettante, le certificat d'un médecin connu, à ce autorisé, et il en sera fait mention sur la patente.

L'autorité sanitaire pourra même s'opposer à l'embarquement d'un passager dont la santé serait compromettante pour les autres.

Art. 28. La patente de santé ne sera considérée comme valable que si elle a été délivrée dans les quarante-huit heures qui ont précédé le départ.

Si le départ est retardé, la patente devra être visée par l'autorité qui l'a délivrée, laquelle mentionnera si l'état sanitaire est resté le même, ou s'il a éprouvé quelque changement.

Art. 29. Elle ne cesserait pas d'être considérée comme nette lors même que, dans le lazaret du pays, existeraient un ou plusieurs cas d'une maladie réputée transmissible et importable.

TITRE III. — Mesures sanitaires pendant la traversée.

Art. 30. Tout bâtiment en mer devra être entretenu en bon état d'aération et de propreté.

A cet effet, chacune des nations contractantes fera rédiger, dans le plus bref délai, une instruction pratique et suffisamment détaillée, prescrivant les mesures de propreté et d'aération à observer en mer.

Art. 31. Les capitaines et patrons seront tous munis de cette instruction, et devront s'y conformer; autrement ils pourraient être considérés, à l'arrivée, comme étant en patente brute, et traités en conséquence.

Art. 32. Les bâtiments à vapeur assujettis à la patente, qui se livrent au transport des voyageurs, seront tenus d'avoir un médecin sanitaire à bord. Ce médecin aura pour mission spéciale de veiller à la santé des équipages et voyageurs, de faire prévaloir les règles de l'hygiène, et de rendre compte à l'arrivée des circonstances du voyage.

Il sera tenu, en outre, de consigner avec exactitude, et autant que possible, jour par jour, sur un registre *ad hoc*, toutes les circonstances qui peuvent être de nature à intéresser la santé publique, en notant, avec un soin tout particulier, les maladies observées, les simples accidents même, ainsi que le traitement appliqué et ses suites.

Le mode de nomination des médecins de bord sera déterminé par les gouvernements respectifs.

Art. 33. A défaut de médecins, les renseignements relatifs à la santé seront recueillis par le capitaine ou patron, et inscrits par lui sur son livre de bord.

Il sera tenu note exacte de toutes les communications arrivées en mer, pour en être rendu compte à l'arrivée.

Art. 34. Tout capitaine ou patron qui relâchera dans un port et y entrera en communication sera tenu de faire viser sa patente par l'autorité sanitaire, et, à défaut de celle-ci, par l'administration chargée de la police locale.

Art. 35. Il est interdit aux autorités sanitaires de retenir dans les ports de relâche la patente délivrée au point de départ.

Art. 36. En cas de décès arrivé en mer après une maladie de caractère suspect, les effets d'habillement et de literie qui auraient servi au malade dans le cours de cette maladie seront brûlés, si le navire est au mouillage, et, s'il est en route, jetés à la mer, avec les précautions nécessaires pour qu'ils ne puissent surnager.

Les autres effets du même genre dont l'individu décédé n'aurait point fait usage, mais qui se seraient trouvés à sa disposition, seront immédiatement soumis à l'évent ou à toute autre purification.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Une dernière réponse à M. Abeille, à propos des injections iodées dans les abcès par congestion.

On dirait, en vérité, que les injections iodées ne laissent ni trève ni repos à notre excellent confrère, M. Abeille, car il ne peut résister au besoin de les combattre dès qu'on en parle. En lisant les quelques mots que le savant médecin vient d'insérer dans le dernier numéro du *Moniteur des Hôpitaux*, j'ai pensé, et plusieurs auront pensé avec moi, que notre confrère était ou bien oublieux ou bien préoccupé. Au lecteur d'en juger.

« . . . . . La méthode de M. Boinet, dit-il, consiste donc à traiter « l'abcès par congestion, de quelque époque qu'il date, *uniquement* par les « injections iodées. »

Si M. Abeille a pris connaissance de mon travail, inséré dans les Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, ce dont je ne doute pas, il a dû lire, tome 2, page 478 :

« Jusqu'ici, je n'ai parlé que du traitement local ; mais il ne faut pas « perdre de vue qu'en guérissant l'affection locale, il y a une constitution « générale souvent cause efficiente du mal à changer, à améliorer. « Dans ce but, il faut soumettre les malades à un régime fortifiant et nu- « tritif : aux préparations ferrugineuses, à l'iodure de fer, à l'huile de foie « de morue, etc., etc. »

Cette citation sera suffisante pour montrer au lecteur que je ne traite pas *uniquement* les abcès par congestion par les injections iodées, et que parfois notre honoré confrère, M. Abeille, oublie, ce qui fait tort à ses assertions. Voyons maintenant s'il est toujours logique dans sa manière de raisonner.

Pour prouver que notre confrère de Belgique, M. le docteur Hamelius, a traité un abcès par congestion d'après ma méthode, et trop exclusivement par ma méthode, ce que je nie et ce que je vais démontrer, M. Abeille se livre aux raisonnements suivants, et fait à peu près comme les malades qui, croyant guérir plus vite, prennent en une seule fois le médicament qu'ils devaient prendre en plusieurs jours ou plusieurs semaines, et à petites doses.

Il trouve logique que « M. le docteur Hamelius ait mis *un peu plus de* « *ferveur* dans le traitement que la méthode *ne semble le comporter*. Au « lieu de se borner à deux ou trois injections faites à longue distance l'une « de l'autre, il en a pratiqué *tout de suite un plus grand nombre*, ou plu- « tôt il n'en a pas fait davantage, il en a peut-être moins fait que l'auteur « de la méthode lui-même, *mais il les a faites à intervalles très-rappro-* « *chés* (*trois en sept jours*). »

Tout lecteur impartial verra vite que cette manière de faire n'est pas ma méthode, et que M. Hamelius ne l'a pas suivie *trop exclusivement*, comme l'affirme M. Abeille qui, cherchant à prouver que ma méthode a été bien religieusement et bien scrupuleusement suivie, entre dans les explications suivantes, et raisonne aussi juste que le malade que je viens de citer tout à l'heure, en prenant en une seule fois le médicament qu'il devait prendre en plusieurs fois et à doses fractionnées.

« Or, dit M. Abeille, quand une méthode est basée sur l'action toute lo- « cale du liquide iodique, sur la surface osseuse malade, est-ce ne pas s'y « conformer que de chercher à faire arriver du liquide *un peu plus fré-* « *quemment* (remarquez cet un peu plus fréquemment, quand on fait en « six ou sept jours trois injections que je ferais en trente ou quarante jours), « à distance moins grande sur cet os qui a besoin de son contact pour gué- « rir. Le bon sens et la logique absoudront facilement notre confrère de « Belgique du minime et puéril reproche que lui adresse aujourd'hui « M. Boinet. »

Le bon sens et la logique de notre confrère M. Abeille absoudront sans doute notre confrère de Louvain, mais ceux qui connaissent ma méthode déclareront sans hésiter qu'elle n'a pas été suivie, même de loin ; il suffit d'ailleurs, pour s'en convaincre, de lire et mes travaux sur ce point et l'observation de M. Hamelius.

J'ajoute que tous ceux qui suivront les préceptes formulés par M. Abeille, de faire des injections fréquentes, auront peu de succès et beaucoup d'accidents dans le traitement des abcès par congestion.

De la part d'un homme aussi distingué et aussi expérimenté que M. Abeille, cette manière de raisonner surprendra : comment, *c'est se conformer à une méthode, et la suivre trop exclusivement*, que de chercher à faire des applications fréquentes d'un médicament, quand l'auteur de cette méthode vous recommande des applications éloignées, et qui doivent être faites d'après certaines indications? et vous vous basez, pour soutenir cette thèse, sur ce que l'action du remède est toute locale. Mais que diriez-vous donc d'un médecin qui, pour mieux guérir et guérir plus vite, cautériserait tous les jours le col de l'utérus? Ici, cependant, l'action du remède est bien toute locale, et il doit y avoir avantage, d'après vos principes, à faire des applications fréquentes, puisque la guérison dépend de l'action toute locale de la matière ou de l'agent qui sert à la cautérisation.

Vous voyez, mon cher confrère, qu'il n'est pas toujours logique d'appliquer fréquemment un médicament, quoiqu'il agisse localement ; et les injections iodées, en admettant qu'elles n'agissent que localement, sont dans ce cas. Vous n'avez donc pas raison de soutenir, qu'en agissant comme il l'a fait, notre confrère de Louvain a suivi trop exclusivement ma méthode : il ne l'a pas suivie du tout.

J'aurais bien encore à répondre à plusieurs autres assertions qui ne sont pas mieux fondées que celles que je viens de passer en revue ; mais je termine cette réponse déjà trop longue, en vous répétant que la méthode des injections iodées ne consiste pas seulement à faire des injections iodées, mais à les faire à propos et d'une manière convenable, et s'il vous est agréable de voir quelques malades traités depuis peu par cette méthode, veuillez vous adresser à M. Huguier, à l'hôpital Beaujon : une femme ayant un abcès par congestion, avec gibbosité, est sortie guérie depuis peu, et un homme sur le point d'être guéri est encore dans son service.

Dr Boinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Heyfelder fils, membre de la Société des médecins-légistes de Baden, vient d'être chargé par M. Schürmeyer, président de cette Société, de remettre à Mme Orfila, avec une gracieuse lettre d'envoi, la médaille et le diplôme décernés à l'éminent professeur dans une séance solennelle dont nous avons rendu compte. La médaille, en argent, porte sur l'une des faces la tête d'Esculape entourée du nom de la Société, et sur le revers, au milieu d'une couronne de lauriers, le nom de M. Orfila et le millésime de 1852, année dans laquelle la médaille a été décernée. Cette médaille n'est pas seulement un honneur pour la mémoire du célèbre défunt ; c'est aussi une preuve que l'Allemagne scientifique sait, dans son impartialité, honorer le talent partout où il se trouve.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, M. Chrestien, de Montpellier, vient d'être suspendu pour six mois de ses fonctions d'agrégé, pour un article publié dans la *Gazette médicale de Montpellier*, et qui a été jugé comme sortant des limites imposées actuellement à la critique.

— M. le docteur N. Henry, médecin à Arnaville (Meurthe), réclame pour lui la première idée du télégraphe électrique, qui aurait ainsi une origine toute française.

Une telle priorité serait trop honorable pour la profession pour que nous ne nous empressions pas de faire connaître les motifs sur lesquels l'auteur fonde ses droits :

En 1836, à Amiens, M. Henry avait établi une correspondance par lignes électriques avec M. Lapostolle, chimiste distingué. M. Lapostolle possédait, hors des murs de la ville, un jardin dans lequel on plaça l'extrémité d'un fil de fer qui allait s'attacher à une machine électrique disposée chez M. Henry, son voisin. L'observateur attendait à l'extrémité du fil l'étincelle qui courait sur la ligne de fer. Un choc apparaissait-il, c'était un A, deux c'était un B, trois un C, et ainsi de suite. M. Henry crut devoir faire connaître sa découverte à M. le Ministre du commerce et des travaux publics, par une lettre du 8 août 1836.

Voici la réponse qu'il reçut :

« Paris, le 31 octobre 1836.

« J'ai fait mettre sous les yeux des membres du Comité consultatif des arts et manufactures, attaché à mon département, la description du télégraphe électrique que vous m'avez adressée en août dernier. Le Comité, après avoir pris connaissance de vos moyens et procédés, pense qu'ils ne pourraient être appliqués en grand, et qu'ils n'atteindraient pas le but que vous vous proposez. D'après cet avis, vous jugerez sans doute qu'il n'y a pas lieu de s'occuper plus longtemps du système (télégraphie électrique) qui fait l'objet de votre mémoire.

« Pour le Ministre secrétaire d'État :

« Le directeur, Vivien. »

La réponse du Ministre du commerce et des travaux publics découragea M. le docteur Henry, qui ne continua pas ses expériences. D'autres s'en emparèrent, et aujourd'hui, ce que le Comité consultatif des arts et manufactures regardait, en 1836, comme impraticable, est pratiqué partout. Avis aux comités quelconques.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 69. 1re année. Jeudi 9 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX **Place Dauphine, n° 28**

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Séances de l'Académie des sciences du 23 et du 30 mai. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. M. Gendrin. Leçons cliniques sur l'hystérie, par le Dr A. H. Margerie. (*Suite.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES.**

Paris, le 8 juin 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur la surdi-mutité.)

Un chroniqueur raconte quelque part (et je ne me porte pas son garant) que Boileau, consulté un jour par Louis XIV sur des vers dont le grand roi était l'auteur, répondit, après les avoir lus : Sire, vous venez de me prouver une fois de plus que rien n'est impossible à Votre Majesté, pas même de faire de mauvais vers. Notre savant et bien-aimé maître, M. Bérard, a fait mieux que cela hier : il a prouvé qu'un homme sérieux peut composer un charmant discours sur une question sans parler de la question, et tenir, hors de propos, de fort jolis propos.

Ainsi que toute l'Académie, nous avons applaudi de grand cœur à la forme de l'allocution du spirituel président, de même qu'aux bons sentiments qui l'ont inspiré dans ce cas comme dans bien d'autres ; mais nous devons avouer que si la forme nous a séduit, il n'en a pas été de même du fond.

Qu'a voulu prouver le savant professeur de physiologie ? Uniquement ceci : que la *sensation* produite sur les nerfs de la sensibilité générale par les mouvements vibratoires d'où résulte le son, n'est pas, ne peut pas être la même que la *sensation* produite par ces mêmes mouvements sur le nerf acoustique. Franchement, c'était trop d'un discours pour prouver une vérité que personne n'a jamais eu la pensée saugrenue de contester, pas plus M. Blanchet que la commission, pas plus M. Guérin que M. Bouvier. Devant des médecins, devant des académiciens tout au moins, ces vérités s'énoncent et ne se prouvent pas. Mais il y avait quelque chose à prouver ou à contester, et c'est sur ce quelque chose que nous allons essayer de suppléer au silence de M. Bérard.

M. le Ministre, et M. Bérard a pris soin de le rappeler, avait demandé :

« Si les élèves complétement sourds ne pourraient pas recevoir *quelques notions du son* par les nerfs de la sensibilité générale. »

Après avoir fait de cette question une critique peu en harmonie avec l'indulgence qui lui est habituelle, M. Bérard propose d'y répondre de la manière suivante :

« On sait, depuis longtemps, que les mouvements vibratoires peuvent impressionner le sens tactile et les nerfs de la sensibilité générale ; mais ces mouvements ne peuvent faire naître *la sensation* du son que dans l'organe de l'ouïe. »

Eh bien ! si l'Académie veut prendre une décision sérieuse, elle ne peut approuver ni la critique de la question, ni les termes de la réponse.

Quant à la critique, elle ne porte que sur les mots, et jamais une critique de mots n'a une critique sérieuse, même quand elle est fondée, à plus forte raison quand elle est très-contestable, comme c'est ici le cas. Que signifie, dans le langage ordinaire actuel, le mot *notion*, sinon la connaissance élémentaire, imparfaite d'une chose ? Sentir les mouvements vibratoires d'une onde sonore, c'est donc, non pas comme, à tort, le donne à entendre M. Bérard, avoir la *sensation du son*, mais *une certaine notion, une notion imparfaite du son ;* voilà bien le véritable sens de la question, le sens conforme aux règles les plus rigoureuses du langage et de la logique, lesquels, n'en déplaise à notre savant maître, passent encore avant la physiologie. Mais assez sur ce point ; accordons à M. Bérard que M. le Ministre aurait mieux fait de se servir d'une autre locution qu'il n'aurait peut-être pas été extrêmement commode de trouver ; M. Bérard nous accordera bien, à son tour, que M. le Ministre n'a pas pu faire une question dénuée de toute raison, voire même du plus grossier sens commun. Or, ne serait-ce pas le nier que de lui répondre, comme le propose M. Bérard : « On sait, *depuis longtemps,* que les mouvements vibratoires peuvent impressionner le sens tactile et les nerfs de la sensibilité générale ? » Ce qui signifie, en d'autres termes, M. Bérard a eu soin de le rappeler, que les vibrations produites par la détonation du canon peuvent briser les vitres du voisinage. Non, il n'y aurait rien de sérieux dans une telle réponse ; rien de digne ni de l'Académie qui la ferait, ni du chef d'une grande administration à qui elle s'adresserait.

La seule chose que M. le Ministre ait demandée, la seule qu'il ait *pu demander,* c'est de savoir si la *notion* du son, de l'*onde sonore* ou enfin des *vibrations* qui constituent cette onde fournie par les nerfs de la sensibilité générale, si la *notion* du son peut permettre à certains sourds-muets de distinguer un son grave d'un son aigu, le son d'un piano du son de la voix humaine, et enfin, dans la voix humaine elle-même, les nuances de son dont se compose la parole.

Eh bien ! c'est là un fait incontestable, un fait des plus curieux au point de vue physiologique, un fait qu'on ne connaît pas depuis longtemps, du moins en France, et qu'on y connaît si peu, que M. Bérard l'ignore encore à l'heure qu'il est, et le croit tellement impossible, qu'il ne veut assister aux expériences qui en démontrent la réalité de la manière la plus évidente, et que, pas plus tard qu'hier au soir, il a refusé de m'entendre quand je lui ai proposé de le rendre témoin de ces expériences.

Il reste sans doute à déterminer le degré d'utilité que ce fait singulier, et *nullement connu*, aura pour l'enseignement de la parole aux sourds-muets ; mais à un degré quelconque cette utilité existe : c'est ce que la commission a constaté ; c'est ce que M. le Ministre a voulu savoir ; c'est ce dont il faut que l'Académie l'instruise.

Voilà pour ce qui est de la partie scientifique du discours de M. Bérard. Nous ne dirons rien des moyens oratoires dont l'habile physiologiste a fait usage pour entraîner dans son opinion, ou plutôt dans son sentiment, l'Académie tout entière, nous n'en dirons rien, sinon que M. Bérard n'a pas besoin de ces ressources, et que nous avons vu avec peine qu'il y eût eu recours. Il aurait été d'autant mieux inspiré de s'abandonner dans cette circonstance à sa bienveillance naturelle, que cette bienveillance est beaucoup plus utile à ceux qu'il a voulu défendre qu'à ceux qu'il a combattus. Si les journaux politiques se sont mêlés, fort intempestivement, de la discussion académique, ce n'est la faute ni de la commission ni de celui dont elle avait à apprécier les travaux. Il faut, ainsi que l'a fait observer avec autant de convenance que de raison, M. Piorry, il faut être juste envers tout le monde, même envers M. Blanchet.

Nous voudrions bien faire pour le discours de M. Gerdy ce que nous venons de faire pour celui de M. Bérard. Nous déclarons, sans fausse modestie aucune, que nous n'en aurions point la force. M. Gerdy a tant traité de questions, questions de grammaire générale et spéciale et de linguistique, questions de philosophie, questions de physiologie, questions de physique, etc., etc., que notre attention n'a pu le suivre sur tous les terrains où il s'est successivement placé. Nous réservons l'examen de ce discours cosmo-scientifique pour l'examen critique que nous publierons prochainement de la discussion qui va enfin se terminer dans la prochaine séance, suivant toutes les probabilités.

Un grand pas vers une solution a été fait dans la dernière séance, et ce pas, nous devons nous en féliciter, a été fait dans le sens indiqué par la commission, dans un sens conforme à la saine interprétation des faits qu'elle a observés. Les autres conclusions, moins celle qu'a voulu modifier M. Bérard, n'étant que des conséquences accessoires de la première, leur adoption ne peut souffrir que des difficultés peu importantes, relatives à la rédaction. Le principe du progrès est adopté ; les applications viendront d'elles-mêmes.

L'importance de la discussion ne doit pas nous faire oublier une communication intéressante de M. Duchenne (de Boulogne), relative à la contracture du diaphragme ; la note de cet observateur, que nous publions textuellement, aura plus d'intérêt encore lorsque nous l'aurons fait suivre de quelques observations détaillées, ce que nous ferons très-prochainement.

H. DE CASTELNAU.

Séances de l'Académie des sciences du 23 et du 30 mai.

Il y a trois choses qui nous ont toujours inspiré un profond sentiment de déférence, le talent, la vieillesse et les infirmités. A tous ces titres M. Arago a droit à notre respect ; mais n'est-ce pas mettre les sentiments des journalistes à une trop rude épreuve que de commencer le dépouillement de la correspondance par ces paroles, ainsi qu'il l'a fait dans la dernière séance : « La correspondance est aujourd'hui peu importante ; en la dérobant aux journalistes, nous ne les priverons pas beaucoup. »

Que signifient ces paroles ? Expriment-elles le regret que la correspondance ne soit pas plus intéressante, ou l'espoir qu'elle le sera davantage une autre fois, et que la privation des journalistes leur sera plus sensible ? C'est ce que nous ne chercherons pas à approfondir. Dans l'état où se trouve M. Arago, c'est faire une critique suffisante de ces paroles que de les citer.

On se rappelle l'allusion tant soit peu maligne que M. Bousquet glissa dans son discours sur la surdi-mutité, à l'adresse de M. Deleau, relativement aux 40,000 francs mis généreusement à sa disposition par l'Académie des sciences. M. Deleau n'a pas accepté l'allusion sans réclamer, et il a fait la meilleure de toutes les réclamations, qui est de présenter à l'Académie un jeune sourd-muet, âgé de 4 ans, *complétement sourd*, et auquel il espère donner la parole ; c'est une expérience que cinq ou six années seulement rendront complète. Plaise à Dieu que nous puissions en rendre un compte favorable à tous nos lecteurs.

Si nous étions un plus fin anatomiste, nous n'aurions pas besoin d'un si long délai pour apprécier les recherches de M. Remak sur les fibres nerveuses *ganglieuses*. Mais nous avouons d'autant plus facilement notre incompétence à cet égard, que notre savant confrère, M. Giraldès, que nous avons consulté, ne paraît pas plus édifié que nous. D'ailleurs, nous aimons peu cette sorte de néologisme, qui consiste à changer le mot *ganglionnaire* en *ganglieux* ou *ganglieuse*, et, à moins d'y être entraîné par les séductions du sujet, nous nous appesantirions difficilement sur de pareils mots.

Nous nous appesantirions plus volontiers sur les expériences fort courageuses de M. A. Legrand, sur la noix vomique, dont l'extrait aqueux ne serait plus, suivant le hardi expérimentateur, un médicament dangereux à une dose de soixante-quinze centigrammes (0,75), et serait au contraire un moyen efficace contre les gastralgies. Nous attendrons des expériences plus nombreuses, avant de donner aux praticiens le conseil de suivre les indications de notre honorable confrère M. Legrand.

Dans la séance du 30 mai, nous n'avons qu'à mentionner les remarques intéressantes de MM. Duvernoy et Geoffroy Saint-Hilaire, sur la prééminence *sériale*, pour nous servir d'un mot consacré, du troglodyte, du gorille et de l'orang, et les recherches fort curieuses de M. de Quatrefages, sur la vitalité des spermatozoïdes des poissons, recherches qui auront probablement des applications utiles à l'art nouveau de la pisciculture.

Nous insisterons un peu plus sur la communication de M. Tavignot, relative à une nouvelle méthode opératoire pour la guérison du strabisme. M. Tavignot a parfaitement réussi, dans la première partie de sa note, à montrer toutes les imperfections de l'opération du strabisme, telle qu'on la pratique aujourd'hui, ou plutôt telle qu'on ne la pratique

plus guère depuis assez longtemps déjà. Mais M. Tavignot a-t-il été aussi heureux lorsqu'il a voulu substituer une méthode à celle qu'il a critiquée à si juste titre? Les considérations théoriques ou même les expériences auxquelles s'est livré M. Tavignot, sont loin de nous édifier complétement à cet égard. Nous ne sommes pas très-convaincu que la constriction temporaire d'un muscle puisse suffire pour le raccourcir définitivement; nous ne sommes pas davantage convaincu que la constriction temporaire d'une anse de ce même muscle puisse établir des adhérences entre les deux extrémités de l'anse, et nous ne sommes pas édifié surtout sur ce qu'on pourrait faire de cette anse, si de telles adhérences venaient à s'établir. Sur toutes ces questions nous aurions désiré beaucoup plus des observations cliniques que des considérations théoriques et des expérimentations; malheureusement les observations cliniques manquent dans le travail de M. Tavignot; nous les attendrons pour juger définitivement une méthode opératoire qui, *à priori*, nous apparaît, nous devons le dire, sous un jour bien moins favorable qu'à l'auteur.

G. Dumont.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les n*^{os} 16, 23, 28, 29, 36, 53, 58.)

Une question d'un grand intérêt, qui se présente journellement à la pratique, qui jette fréquemment le médecin dans le doute et dans l'embarras, est celle dont la solution a pour objet de distinguer l'hystérie des autres maladies nerveuses et notamment de l'épilepsie. Lorsqu'on considère que l'hystérie se termine d'une manière à peu près constante par la guérison, tandis que l'épilepsie demeure réfractaire à l'action des médications les plus variées et les plus puissantes; que la première n'entraîne jamais après elle de perturbation intellectuelle permanente, tandis que la seconde tend à se terminer par les diverses formes de la manie et de l'idiotisme; que les accès de l'une ne sont jamais funestes, tandis que les accès de l'autre peuvent amener la mort, on comprend sans peine combien il importe pour les familles de savoir, dans un cas donné, s'il s'agit d'une épilepsie ou d'une hystérie.

Mais là ne se borne pas la distinction à établir entre les deux maladies: si la mobilité nerveuse est une des causes prédisposantes de l'hystérie, si, chez les personnes atteintes de cette affection, elle existe à un très-haut degré, elle est pareillement l'une des causes prédisposantes de l'épilepsie et des attaques épileptiques; il suit de là que les causes par lesquelles sont provoquées les attaques d'hystérie peuvent, chez les épileptiques, déterminer des accès d'épilepsie, que les épileptiques peuvent présenter, indépendamment des manifestations morbides propres à l'épilepsie, des accidents hystériques dont la coïncidence constitue une affection à forme mixte.

Cette affection, qui mérite à juste titre les dénominations d'*hystéro-épilepsie* et d'*épilepsie hystérique*, est souvent d'un diagnostic obscur et difficile; elle exige, pour être reconnue, la plus grande attention.

Les auteurs classiques se sont à peu près exclusivement attachés à différencier les attaques d'épilepsie et les attaques d'hystérie : un paroxysme nerveux étant donné, ce paroxysme est-il hystérique ou épileptique? Tels sont les termes du problème qu'ils se sont posé. La solution de cette question n'embrasse qu'une partie du diagnostic, mais une partie importante, il faut l'avouer, puisque les phénomènes les plus saillants des deux maladies qui nous occupent consistent dans les mouvements cloniques auxquels elles donnent lieu.

On trouve chez les épileptiques, comme phénomènes n'appartenant pas à l'hystérie et pouvant appartenir à l'épilepsie, la contraction permanente du pouce qui, pendant les attaques, se fléchit et se place dans la paume de la main, l'écume à la bouche, la déformation des traits, un aspect particulier de stupeur. Ces divers signes ont été considérés comme le partage exclusif de l'épilepsie : s'ils ne se montrent pas chez les hystériques, du moins au même degré et de la même manière que chez les épileptiques, il est bon de remarquer qu'ils font défaut dans un grand nombre de cas d'épilepsie.

On ne rencontre guère d'attaques d'hystérie dans lesquelles la décomposition du facies et l'expression de stupeur soient portées aussi loin que dans l'épilepsie, mais comme ces deux phénomènes sont à peine marqués ou même manquent entièrement dans les épilepsies légères, ils ne peuvent servir de signes pathognomoniques.

Nous en dirons autant de la contraction du pouce, elle se produit dans un certain nombre d'attaques seulement et non dans toutes les attaques sans exception, ajoutez que lorsqu'elle se présente elle n'a pas une signification diagnostique absolue; il est en effet des hystériques chez lesquelles tous les doigts de la main se contractent à la fois ou successivement dans le cours des attaques.

L'écume à la bouche résulte simplement du resserrement convulsif des lèvres : la salive, retenue à l'intérieur de la bouche, est traversée par l'air qui chasse avec force des mouvements d'expiration spasmodiques, elle sort en partie mêlée à des bulles d'air. Dans quelques circonstances, des matières aqueuses sont expulsées de l'estomac par voie de régurgitation, l'air qui s'échappe convulsivement de la poitrine les traverse et les convertit en une écume qui sort non-seulement par la bouche, mais encore par les narines. La présence de l'écume à la bouche se rapporte donc, comme il ressort clairement de ce que nous venons de dire, à des circonstances de l'épilepsie qui manquent dans certains cas et se retrouvent dans d'autres; ces circonstances peuvent se rencontrer et se rencontrent, en effet, chez certaines hystériques; il en est qui, lors de chaque attaque, ont des régurgitations, une forme imparfaite de vomissement qui, par l'effet du passage de l'air expiré, engendrent un liquide spumeux entièrement semblable à l'écume des épileptiques.

Quelques auteurs font remarquer que cette écume est souvent sanguinolente, circonstance due simplement à ce que les malades, pendant les convulsions des attaques, se mordent la langue ou les lèvres; il est vrai de dire que la morsure de la langue et des lèvres est un accident plus fréquent chez les épileptiques que chez les hystériques, toutefois il n'est pas rare de l'observer dans les accès de l'hystérie.

Ce n'est pas sur des symptômes aussi fugaces et aussi variables qu'il convient d'établir le diagnostic de l'hystérie; si les signes par nous mentionnés sont plus fréquents dans l'une des deux affections que nous envisageons, ils peuvent se rencontrer dans l'autre. A notre avis, il n'y a de diagnostic possible, dans le sens exact du mot, que par la considération des accidents continus et du mode de succession des attaques dans l'une et dans l'autre maladie.

En ce qui concerne les accidents continus, la distinction est assez facile entre l'hystérie et l'épilepsie : l'anesthésie et l'hyperesthésie existent pendant la durée des attaques épileptiques; après leur terminaison, elles se prolongent durant un espace de temps qui, pour la plupart des malades, ne dépasse pas quelques fractions d'heures, qui, pour quelques autres, s'étend tout au plus à une journée; aussi, le lendemain d'une attaque, on ne trouve ni anesthésie, ni hyperesthésie, on ne découvre en un mot aucun phénomène de perturbation de la faculté de percevoir les impressions extérieures par les surfaces sensibles, tandis qu'à la suite des accès d'hystérie on rencontre toujours et sans exception une anesthésie et une hyperesthésie qui, à titre de phénomènes continus, occupent des surfaces plus ou moins étendues. Il résulte de là que les modifications de la sensibilité tégumentaire, en ce qu'elles ont de constant dans l'hystérie, fournissent

le moyen de diagnostic le plus précieux et le plus certain qui soit à notre disposition; lorsque nous les avons fait connaître, nous les avons indiquées comme le véritable signe distinctif de l'hystérie et de l'épilepsie. Dr A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports sur le service médical des établissements d'eaux minérales suivants :

De Digne, par M. Frison;
De Bagnères-de-Luchon, par M. Barrié;
De Saint-Alban, par M. Gay;
De Néris, par M. Sibille;
De Bourbon-l'Archambault, par M. Regnault;
De Bains, par M. Bailly;
De Boulogne-sur-Mer, par M. Rouxel;
De Saint-Amand, par M. Charpentier;
Du Mont-d'Or, par M. Bertrand fils.

2° Plusieurs échantillons de remèdes secrets.

3° Deux rapports sur des épidémies, l'un sur une épidémie de rougeole, par M. Lemazurier, de Versailles; le second, sur une épidémie de fièvre typhoïde.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Goutte et rhumatisme.

M. Bordier de la Rue réclame la priorité de l'emploi des feuilles de frêne contre la goutte et le rhumatisme.

Fièvre typhoïde.

M. Pitancier réclame la priorité de l'emploi du charbon dans l'affection typhoïde.

Typhus.

M. Galliot envoie une observation de typhus qui *s'est porté sur les parties inférieures de la malade.*

Calculs urinaires.

M. le docteur Denamiel, de Rivesaltes (Basses-Pyrénées), adresse un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action des instruments.

Ligature des artères.

M. Apostolidès adresse une note sur la ligature des artères et sur un instrument ingénieux fabriqué, d'après ses indications, par l'Association des ouvriers successeurs de sir Henry, pour en faciliter l'application. Nous ferons connaître cet instrument.

Note sur quelques symptômes et sur le traitement de la contracture du diaphragme, à l'occasion de l'observation de M. le docteur Valette.

M. Duchemin (de Boulogne) adresse la note suivante :

Il y a un mois à peine, j'annonçais à l'Académie de médecine que la contracture du diaphragme est une des affections les plus graves qui menacent la vie de l'homme, et que cette maladie, oubliée ou méconnue en pathologie, ne doit pas être infiniment rare.

Après en avoir exposé la description, j'ajoutai : Ce tableau des graves désordres occasionnés dans la respiration de l'homme, par la contracture du diaphragme, je l'ai tracé d'après les phénomènes que j'ai observés chez les animaux dont j'ai mis artificiellement le diaphragme en état de contracture. Bientôt, probablement, ce spasme continu du diaphragme prendra place à côté de la paralysie de ce muscle qui, avant ce travail (mon mémoire sur le diaphragme), n'existait en pathologie qu'à l'état de théorie.

Aujourd'hui, mes prévisions sont réalisées par l'observation de contracture du diaphragme que M. le docteur Valette, un des hommes les plus distingués de la médecine militaire (je le tiens de M. le professeur Larrey), vient d'adresser à l'Académie de médecine.

On retrouve en effet, dans ce fait, cet ensemble de symptômes qui se sont manifestés immédiatement et simultanément, lorsque j'ai maintenu contracturé, par un courant électrique, le diaphragme des animaux. Ainsi, immobilité absolue de la moitié inférieure de la poitrine et des parois abdominales; soulèvement continu de l'épigastre et des hypocondres; mouvements respiratoires rapides et brefs, limités à la moitié supérieure de la poitrine, et produits par la contraction énergique des muscles respirateurs supérieurs (les trapèzes, dentelés, les scalènes, etc.); aphonie; enfin symptômes généraux de l'asphyxie et la mort : tels sont les principaux phénomènes que M. Valette a constatés chez son malade.

Mais cet observateur judicieux fait remarquer avec raison qu'il semble exister quelques dissidences entre les symptômes qu'il a décrits et ceux que je suppose, dit-il, d'après mes expériences électro-physiologiques, devoir être l'âme, l'expression de cette maladie. Il déclare n'avoir pas vu chez son malade, comme je l'ai constaté dans mes expériences : 1° les muscles de l'abdomen s'épuiser en vains efforts pour refouler le diaphragme et resserrer la base du thorax; 2° la moitié inférieure de la poitrine s'agrandir transversalement et d'une manière continue.

Il me suffira de quelques explications pour établir que ces dissidences sont seulement apparentes.

On sait qu'il est ressorti de mes expériences que la contracture du diaphragme, produite artificiellement sur l'animal vivant, maintient la moitié inférieure de la poitrine dans une expansion continue, en même temps qu'elle en agrandit le diamètre vertical. Or, comme le besoin de l'expiration est aussi impérieux que celui de l'inspiration, on conçoit que l'animal dont on met le diaphragme en état de contracture, fasse instinctivement, ainsi qu'on l'observe, les plus grands efforts pour refouler ce muscle et resserrer la base de son thorax, en contractant ses muscles abdominaux.

Le malade de M. Valette a dû certainement éprouver aussi le besoin instinctif de resserrer la base de sa poitrine et de refouler son diaphragme contracturé. Mais la vive douleur produite par la compression de ce muscle, déjà très-sensible comme l'étaient les muscles rhumatisés des membres, l'a sans doute empêché de contracter ses muscles abdominaux qu'il s'est au contraire efforcé de maintenir dans le relâchement. Il ne faudrait donc pas conclure de ce cas particulier que la contraction continue et instinctive des muscles abdominaux n'est pas un des symptômes de la contracture du diaphragme. Je persiste à croire que ce phénomène doit se produire ordinairement, tout en reconnaissant qu'il peut faire défaut dans des conditions analogues à celles où se trouvait le malade de M. Valette.

Si maintenant on se rappelle certaines expériences que j'ai relatées dans mon mémoire sur le diaphragme, on peut se rendre compte des raisons qui n'ont pas permis à M. Valette de constater chez son malade l'agrandissement du diamètre transversal de la moitié inférieure du thorax, phénomène qui doit toujours se produire pendant la contracture du diaphragme.

On n'a pas oublié, en effet, cette curieuse expérience dans laquelle on a vu, chez un animal vivant, que le diamètre transversal du thorax avait presque doublé pendant que j'excitais ses nerfs phréniques, tandis qu'après sa mort l'expansion de cette partie de la poitrine avait à peine augmenté d'un tiers, sous l'influence de la même excitation. Dans le premier cas, l'animal maintenait ses muscles abdominaux contractés avec la plus grande énergie; aussi l'épigastre et les hypocondres étaient-ils à peine soulevés; et alors, les viscères comprimés entre le diaphragme et les parois abdominales violemment contractées étaient refoulés vers les parois thoraciques qu'ils repoussaient en dehors, et augmentaient ainsi mécaniquement l'expansion du thorax déjà produite par la contracture du diaphragme.

Dans le second cas (chez l'animal mort), les parois abdominales restées flasques s'étaient laissé distendre par les viscères.

Ces expériences, faites sur l'animal vivant et sur l'animal mort, démontraient évidemment que l'expansion des côtes inférieures, par la contracture du diaphragme, augmente en raison directe du degré de résistance des viscères ou des parois de l'abdomen.

Ces explications, développées dans mon mémoire, s'appliquent parfaitement au cas particulier rapporté par M. Valette. En effet, son malade se trouvait, sous certains rapports, dans les mêmes conditions que l'animal mort, dont je plaçai artificiellement le diaphragme en état de contracture; c'est-à-dire que ses parois abdominales se laissaient distendre considérablement par l'abaissement du diaphragme; tandis que l'expansion de la moitié inférieure de la poitrine diminuait proportionnellement. Il est évident, pour moi, que la base du thorax de ce malade se serait très-agrandie, si la sensibilité extrême de son diaphragme rhumatisé ne l'avait pas empêché de contracter ses muscles abdominaux, comme l'animal vivant dont j'excitais les nerfs phréniques.

L'expansion de la base du thorax, produite par l'action isolée du diaphragme, est encore assez grande chez le chien ou le cheval mort; mais il s'en faut qu'elle soit portée aussi loin chez l'homme (je n'ai pas besoin de faire observer que cela tient à des différences de structure). Ainsi, chez l'animal, on voit la base du thorax se porter plusieurs centimètres en dehors (à peu près 5 centimètres chez le cheval), quand, chez l'homme, il n'est que d'un centimètre à un centimètre et demi. Il en résulte que, chez ce dernier, l'expansion de la partie inférieure du thorax, sous l'influence isolée du diaphragme, très-sensible à la vue ou au toucher quand elle est suivie d'un mouvement de resserrement, n'est plus appréciable, si elle est continue. C'est ce dont on peut s'assurer sur le cadavre humain dont on

maintient le diaphragme contracturé par l'électrisation de ses nerfs phréniques. Enfin, l'agrandissement du diamètre transversal de la base du thorax était peut-être d'autant plus difficile à constater chez le malade de M. Valette, que la contracture du diaphragme pouvait bien n'être pas portée au plus haut degré, comme lorsque je dirige sur ce muscle le courant intense de mon appareil.

M. Valette a mentionné, chez son malade, l'existence d'une aphonie et d'un souffle bronchique, phénomènes que, selon cet observateur, je n'ai pas signalés dans mon travail; ce qui constituerait encore une différence entre les symptômes décrits par lui et par moi. L'aphonie se trouve signalée, dans chacune de mes expériences faites sur l'homme ou l'animal, comme résultat inévitable de la contraction diaphragmatique; c'est seulement par suite d'un oubli inexplicable, que ce phénomène n'a pas été rangé parmi les symptômes de la contracture du diaphragme, dans la description que j'ai exposée de cette maladie.

Quant au souffle bronchique, j'avoue n'avoir pas songé à ausculter les chevaux ou les chiens vivants, dont je faisais contracturer le diaphragme en état de contracture. Ce signe nouveau peut avoir une valeur réelle.

En résumé, les symptômes de la contracture du diaphragme, observés chez l'homme par M. le docteur Valette, confirment l'exactitude de la description que j'avais déduite antérieurement de mes recherches expérimentales faites sur les animaux.

La contracture du diaphragme n'est donc plus une hypothèse; c'est une triste réalité, dont la terminaison paraît être, jusqu'à présent, une mort inévitable.

J'entrevois cependant la possibilité de sauver le malade atteint de contracture du diaphragme dans des circonstances analogues à celle où s'est trouvé mon honorable confrère, M. Valette. En effet, le sujet dont il a relaté l'observation était affecté d'un rhumatisme musculaire qui, après avoir parcouru les membres, s'est jeté sur son diaphragme. Or, rien n'est en général plus rapide que le déplacement ou la guérison du rhumatisme musculaire et de certaines affections nerveuses, par l'excitation électro-cutanée.

C'est un fait que je vois se renouveler souvent, et je pourrais, à l'appui de mon assertion, citer un assez bon nombre de cas de ce genre qui ont été enlevés immédiatement par le même moyen, après s'être montrés rebelles à des traitements variés et énergiques. Ces faits, très-curieux en eux-mêmes, se sont passés dans mon cabinet, et ont eu pour témoins quelques-uns des savants qui suivent mes recherches avec intérêt (MM. Lallemand, Fontan, Debout, Oleary, etc.). Je ne rapporte pas ces faits pour rester dans les limites que je dois m'imposer.

Voici donc ce que je tenterais si je me trouvais en présence d'une contracture du diaphragme, rhumatismale ou nerveuse : je promènerais sur la base du thorax les fils métalliques excitateurs d'un appareil d'induction, gradué au maximum et marchant avec des intermittences rapides, ou je les placerais sur le mamelon. La sensation atroce et instantanée, produite par cette opération, dépasse l'action du feu, et la violente perturbation qui en résulte me paraît devoir triompher de la contracture du diaphragme, tout aussi facilement que de la contracture rhumatismale des autres régions du corps.

C'est à l'aide d'une application semblable, que j'ai fait tout récemment disparaître en quelques minutes une affection bien plus tenace que le rhumatisme musculaire, une angine de poitrine qui avait longtemps résisté à un traitement rationnel et énergique. (Cette angine m'avait été adressée par mon honorable confrère, M. Mangerot, qui croyait, dans ce cas, à la possibilité de l'existence d'une contracture du diaphragme, phénomène que je n'ai pas constaté chez son malade.)

Depuis la triste découverte de la contracture du diaphragme, je n'ai pas cessé de méditer sur les moyens de guérir cette terrible maladie. Le mode de traitement que je viens d'exposer (l'excitation électro-cutanée de la base du thorax ou du mamelon) me paraît destiné à sauver les malades dans certains cas désespérés de contracture du diaphragme; c'est la raison qui m'a déterminé à le porter à la connaissance de l'Académie.

DISCUSSION SUR LA SURDI-MUTITÉ.

La parole est à *M. Gerdy*. — L'honorable orateur, indisposé, fait lire par M. Depaul son discours qui commence ainsi :

« Le rapport de la commission sur la surdi-mutité s'est tellement inspiré de son sujet, qu'il est resté presque aussi muet qu'un sourd sur les questions du Ministre et sur la méthode qu'il devait apprécier. »

L'honorable orateur fait une dissertation médico-physiologo-philosophique sur la surdi-mutité, sur la linguistique et sur la prononciation, et conclut au renvoi du rapport à la commission.

M. Bérard. — Messieurs,

En 1831, un honorable académicien, à qui Dieu fasse paix! venait au nom d'une commission dont il était rapporteur, vous proposer de reconnaître qu'on peut *voir* sans le secours de l'organe de la vue, ou du moins au travers d'un corps opaque; ce jour-là, la position de l'Académie était difficile. Elle ne l'est pas moins en ce moment. En 1831, l'Académie n'était pas plus menacée qu'elle ne l'est aujourd'hui d'encourir cette sorte de ridicule dont les corps savants ne peuvent plus effacer la trace, lorsqu'ils ont eu l'imprudence ou le malheur de s'y exposer.

Que vous demande M. le Ministre de l'intérieur? Parmi les questions qu'il pose, il en est deux qui ne sont pas, le moins du monde, connexes, mais dont on ne manquerait pas d'invoquer la connexité si vous ne vous expliquiez, d'une manière catégorique, sur chacune d'elles.

Voici ces questions; je vais les lire.

1° On vous demande « si parmi les élèves qui entrent, chaque année, « dans l'établissement des Sourds-Muets, il ne s'en trouve pas un certain « nombre qui, par suite du traitement que M. Blanchet a imaginé, seraient « susceptibles de guérison ou d'amélioration et pourraient arriver à saisir « la parole directement par l'oreille, par l'intermédiaire d'instruments « d'acoustique ou par tout autre moyen, et si d'autres n'ont pas conservé « l'usage de la parole, et ne seraient pas susceptibles d'acquérir la faculté « de la lire sur les lèvres, quoiqu'ils soient atteints d'une surdité in- » curable. »

2° On vous demande encore « si les élèves de cette dernière catégorie « (ceux qui sont complétement sourds) ne pourraient pas *recevoir quel- « ques notions du son par les nerfs de sensibilité générale* COMME L'INDIQUE « LE DOCTEUR BLANCHET. »

Point d'équivoques! Il faut appeler les choses par leur nom. On vous demande si on peut entendre sans le secours de l'organe de l'ouïe? Si on peut entendre par la peau? Si des *impressions auditives* peuvent voyager par les nerfs du plexus brachial, par le nerf sciatique, les nerfs fessiers, ou d'autres encore, que je ne nommerai pas, bien qu'il n'y ait aucune raison d'exclure les uns plutôt que les autres?

En vain la nature aura déployé toutes les ressources de sa puissance formatrice dans l'installation de cet organe de l'ouïe, si merveilleux et si compliqué.... pure affaire de luxe!! Il suffira d'un nerf communiquant, par un de ses bouts, avec la plante du pied, et par l'autre, avec la queue de cheval, pour nous donner *la notion du son!*

Qu'une semblable question ait été rédigée par des personnes étrangères à la science que vous cultivez, cela n'a rien qui puisse nous étonner; mais qu'elle ait été suggérée par un docteur en médecine, c'est ce que j'ai peine à comprendre.

S'il y avait dans cette enceinte un académicien disposé à soutenir que la sensation que fait éprouver à la peau un mouvement vibratoire, est de même nature qu'une sensation auditive, je serais très-heureux de l'entendre à la tribune. Mais je ne ferai pas à l'Académie cette injure, de croire qu'aucun de ses membres veuille défendre cette singulière doctrine. M. Guérin, dans son discours, n'a pas commis la faute de confondre des impressions *tactiles* avec des impressions *auditives*. Dès la première séance où le rapport a été mis en discussion, l'un des membres les plus éclairés de la commission, M. le professeur Bouillaud, a décliné toute solidarité d'opinion avec ceux qui voudraient laisser passer la théorie de M. Blanchet, si théorie il y a? M. Bouillaud nous a fait part des objections qu'il avait faites à M. Blanchet.

Dans la séance suivante, M. le rapporteur a parlé ou a voulu parler dans le même sens. M. Piorry a déclaré qu'il ne confondait pas les vibrations que la peau nous fait percevoir, avec les vibrations auditives. Qu'il me permette de lui faire observer (ceci est une parenthèse) qu'il a dit autre chose que ce qu'il voulait dire. Il n'y a pas, pour le cas actuel, deux sortes de vibrations, les unes affectant les nerfs de la peau, les autres les nerfs de l'ouïe. Ce sont les mêmes vibrations qui excitent dans chacun de ces nerfs les seules impressions qu'ils soient capables de faire éprouver, dans les nerfs de la peau une impression tactile, un chatouillement, une secousse particulière; dans les nerfs de l'ouïe, l'impression du son. De même que le mouvement électrique, passant par l'œil, fait naître la *sensation de lumière;* passant par l'oreille interne, la *sensation auditive;* passant par les membres, la sensation d'un coup, d'une sorte de contusion, et la *sensation gustative* quand il traverse la langue.

Je reviens maintenant au danger qui menace l'Académie. Elle va avoir à se prononcer sur les résultats pratiques obtenus par M. Blanchet. Si la commission affirme que ces résultats sont bons, il n'y a pas de motifs pour que l'Académie ne déclare pas qu'ils sont bons, à moins pourtant qu'elle ne pense autrement que la commission, ou que la question ne lui paraisse pas élucidée. Mais je suppose que l'avis soit favorable : si l'Académie, en donnant son approbation à la partie pratique, ne se prononce pas d'une manière explicite sur la partie théorique, son silence sera pris pour un consentement, et demain, les journaux politiques annonceront qu'on peut entendre par la peau; que l'Académie vient de vérifier cette grande découverte de M. Blanchet. Quelle sensation dans le public! Ce serait à faire diversion aux tables tournantes! Quelle bonne fortune pour l'inventeur de la méthode! Quel étonnement de ces bons Parisiens, lorsqu'ils apprendront qu'un sourd, un être radicalement sourd, peut entendre par le bout des doigts ou par les talons! Mais aussi que de railleries, que

de sarcasmes décochés par les hommes sérieux, les vrais savants, contre cette pauvre Académie impériale de médecine! Elle ne s'en releverait jamais.

Permettez-moi, messieurs, de dire un mot de cette partie théorique. Pour un physiologiste, le mouvement vibratoire des corps, ce n'est pas le *son*. Le *son*, c'est *le mouvement vibratoire* PASSANT PAR LE NERF ACOUSTIQUE SENSIBLE. Le mouvement vibratoire ne devient son qu'à cette condition. Mais, dira-t-on, le mouvement vibratoire peut impressionner les nerfs de la peau? oui, sans doute, et il serait bien étonnant qu'il n'en fût pas ainsi. Lorsqu'une détonation du canon brise toutes les vitres d'une rue sans le secours des projectiles, lorsque la voix d'un chantre fait trembler les vitraux d'une cathédrale, est-il impossible que ces puissantes vibrations impressionnent mécaniquement le sens tactile? Mais quel rapport existe-t-il entre cette impression et l'impression auditive? aucun. On nous demande si un sourd, un individu radicalement sourd peut avoir la notion du son par les nerfs de la sensibilité générale. Pour que la chose fût possible, il faudrait qu'il y eût quelque ressemblance entre l'impression d'un son et l'impression que fait sur la peau le mouvement vibratoire exagéré. Mais, de grâce, observez-vous. L'impression du son n'est pas pour vous l'impression d'un mouvement vibratoire. Ce mouvement vibratoire, vous le sentez comme *son* et non comme trémoussement mécanique. C'est votre peau qui peut, à l'occasion, vous faire ressentir le trémoussement mécanique, mais elle ne peut vous faire sentir le son. Cette peau, chez un enfant qui est radicalement sourd, qui n'a pas l'*idée* du son, ne peut faire naître que l'*idée* du chatouillement, du trémoussement mécanique et non celle du son. Je vais rendre tout ceci plus sensible par un exemple. A ce moment où je parle et où vous m'entendez, quel est l'intermédiaire entre vous et moi? c'est l'air vibrant. Quelle impression ressentez-vous? uniquement celle du son et non du mouvement vibratoire qui est devenu son dans votre oreille. Admettez que mon voisin, M. Gibert, pose sa main sur mon larynx pendant que je parle (c'est ce que faisait faire il y a **160** ans, aux sourds-muets, le célèbre Conrad Ammam, l'auteur du *Surdus loquens*, non pas pour leur apprendre à entendre, mais pour leur apprendre à parler), M. Gibert, dans cette position, éprouvera deux sensations : par l'oreille, celle du son; par les nerfs de la main, celle du trémoussement vibratoire qui est excité dans mon larynx pendant que je parle. Et, certes, il ne dira pas que ces deux impressions se ressemblent. Admettez maintenant que, dans cette position encore, M. Gibert devienne radicalement sourd, ce qu'à Dieu ne plaise! *Dii omen avertant!* il rend trop bon compte de ce qui se dit ici, eh bien! M. Gibert aura perdu l'une des deux impressions, l'impression auditive qui ne pourra en aucune manière être remplacée par l'impression tactile que sa main continuera de recevoir. Ce n'est point là une doctrine qui me soit particulière. C'est devenu (passez-moi la trivialité de l'expression), c'est devenu le pont aux ânes de la physiologie. En parcourant Muller, il y a quelques jours, j'y ai rencontré un passage qui semble avoir été écrit pour la circonstance; le voici. Après avoir parlé des excitants des autres sens, il dit :

« On en peut dire autant du son. Le fait pur est que, quand un certain « nombre de chocs ou de vibrations sont communiqués au nerf acoustique, « le son naît comme sensation; mais le son, comme sensation, diffère in- « finiment d'un nombre quelconque de vibrations. Le même nombre de « vibrations d'un diapason qui transmet la sensation du son au nerf auditif « est perçu comme chatouillement par le nerf tactile. Il faut donc que quel- « que chose s'ajoute aux vibrations pour que nous puissions sentir un son, « et cette condition indispensable n'est attachée qu'au nerf acoustique (1). »

Qu'on dise que le *sens tactile* peut rendre quelques services aux sourds-muets, à la bonne heure! et cependant il ne leur en rendra jamais autant qu'aux aveugles.

Mais qu'y a-t-il donc de nouveau là-dedans? Y a-t-il autre chose que cette vieille notion de la faculté qu'ont les sens de se suppléer. (Je dirai tout à l'heure comment ils se suppléent.) Ce qu'il y aurait de nouveau, ce serait que les impressions *tactiles* devinssent des *impressions auditives*, et cela, précisément chez les gens qui n'entendent pas! ce serait que ces impressions tactiles donnassent la *notion du son*. Voilà ce qu'on voudrait vous faire dire, voilà l'énormité qu'on voudrait faire endosser à l'Académie, mais elle ne s'y laissera pas prendre.

Que doit-on donc entendre par suppléance des sens? L'école de Gall, dont je fais grand cas, quand elle ne s'arrête pas à ce divertissement stérile des localisations, va nous le dire. Écoutez cette proposition : « *Jamais « un sens ne peut être suppléé dans sa fonction immédiate.* » J'ajoute : *mais comme nous appliquons plusieurs sens à la fois à la connaissance des corps de la nature ou de leurs divers états, si un des sens fait défaut, les autres travailleront davantage, mais chacun dans sa spécialité.* Mon premier maître en herborisation, à Angers, était un aveugle; il reconnaissait les plantes mieux que nous; et pourquoi pas? Qu'est-ce que c'est, je suppose, qu'un *lamiam albam*? C'est une plante d'une certaine hauteur, d'une certaine consistance, d'une certaine odeur, d'une certaine saveur et d'une certaine couleur. Notre aveugle ne voyait pas la couleur, mais les autres sens lui faisaient reconnaître le *lamiam albam;* ils avaient suppléé la vue, mais non dans sa *fonction immédiate* qui est de nous faire connaître la couleur. Vous ne direz pas que cet aveugle ait vu la couleur par le bout des doigts. Ne laissez donc pas dire qu'un sourd a la *notion du son* par la plante du pied.

(1) Trad. de Jourdan, t. 2, p. 257. 1845.

Un dernier mot sur la réponse à faire à M. le Ministre. M. le Ministre prie MM. les commissaires de vouloir bien *scinder leur travail*, et de répondre sans retard aux questions qui leur paraîtront suffisamment élucidées.

Si j'avais eu l'honneur de faire partie de la commission, j'aurais dit : « M. le Ministre nous prie de lui donner d'abord notre avis sur les points qui nous paraîtront clairs : commençons par répondre à M. le Ministre qu'il est très-clair pour nous qu'on ne peut avoir la notion du son que par le sens de l'ouïe. Pour le reste, nous verrons plus tard! !... » Le temps a marché, je pense qu'aujourd'hui il faut répondre à plusieurs questions, probablement à toutes et non à une seule. Mais je déclare qu'après avoir lu ce qui a été écrit, autour de nous et à cette occasion, par des personnes qui, avouons-le, sont plus compétentes que nous sur la question pédagogique, après avoir pris connaissance de la brochure de M. Volquin, après avoir entendu la lecture de la lettre de M. Ménière, après avoir lu la lettre de M. Pélissier, cette œuvre si émouvante d'un sourd-muet élevé par la méthode française et qui professe suivant la méthode française, et la lettre de M. Valade Gabel, ancien professeur de l'école de Paris; après avoir été témoin de ce succès de gaieté, d'esprit et de bon sens, obtenu dans la dernière séance, par l'argumentation de M. Malgaigne, je voterai les conclusions qu'il a formulées, moins la troisième, qu'il m'a en quelque sorte renvoyée, et pour laquelle je proposerai une rédaction spéciale. Une chose m'a frappé dans le discours de M. Malgaigne : prenez garde! lui ont dit, tour à tour, les chefs de deux institutions rivales, prenez garde, on va vous tromper! Et comment serai-je trompé, dit M. Malgaigne, si je me tiens sur mes gardes? Vous serez trompé parce qu'on se dira, par le secours de la mimique, une foule de choses, sans que vous vous en aperceviez. Eh quoi! me suis-je dit à mon tour, il existe un langage si sûr, si expressif, si rapide, que des *sourds* et *muets* peuvent, en l'employant, tromper infailliblement les personnes qui *entendent* et qui *parlent*, alors même qu'elles sont sur leur garde? et ce langage, qui peint une pensée, tout entière, en moins de temps qu'il ne nous en faudrait pour articuler un des mots qui entrent dans l'énoncé de cette pensée, on voudrait l'interdire à une grande fraction de cette classe infortunée des sourds-muets, pour y substituer exclusivement, dans une expérience aventureuse, ces accents disgracieux dont notre collègue nous a fait une si pittoresque description? A coup sûr, je n'aiderai pas l'Académie à accomplir, sans études préliminaires, une réforme si radicale et si téméraire, et je m'abstiendrai religieusement de porter la main sur l'édifice élevé par l'illustre abbé de l'Épée.

Voici, messieurs, ce que je propose de répondre à la troisième question posée par M. le Ministre de l'intérieur. Cette question est rédigée dans les termes suivants :

Demande.

« La commission sera priée d'examiner si les élèves de cette catégorie « (les sourds incurables) ne pourraient pas recevoir quelques notions du « son par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique le docteur « Blanchet. »

Réponse.

On sait, depuis longtemps, que les mouvements vibratoires peuvent impressionner le sens tactile et les nerfs de la sensibilité générale, mais ces mouvements ne peuvent faire naître la *sensation du son* que dans l'organe de l'ouïe.

Messieurs, j'ai été pendant longtemps dans le nombre de ceux qui, sans savoir pourquoi, se montrent irrévérencieux et moqueurs envers les Académies; mais, aujourd'hui, il n'en est plus de même. J'aime l'Académie (et je serais bien ingrat si je ne l'aimais pas), je tiens à ce qu'elle soit considérée; eh bien! je la supplie de se montrer en cette occasion, comme toujours, gardienne des idées saines et sévères en physiologie, et de ne point prendre à la légère telle décision que la spéculation pourrait exploiter.

Après le discours de M. Bérard, suivi des applaudissements de l'Académie, la clôture de la discussion est prononcée.

M. Piorry, comme rapporteur, fait un résumé de la discussion, et l'Académie passe ensuite à la discussion des articles.

La première conclusion de M. Malgaigne, dont la rédaction a été adoptée par la commission, et que nous avons publiée il y a huit jours, est votée à peu près à l'unanimité.

Sur la seconde conclusion, MM. J. Guérin, Bouvier, Bégin et Malgaigne prennent la parole; après une discussion qui se prolonge jusqu'à 5 heures

et demie, la discussion de M. Malgaigne et celle de la commission sont renvoyées à la commission, pour être fondues dans une rédaction nouvelle.

La séance est levée à 5 heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mai. — Présidence de M. DE JUSSIEU.

Surdi-mutité.

M. Deleau communique l'observation d'un sourd-muet qui a recouvré l'ouïe par suite du traitement auquel il a été soumis. M. Deleau annonce en outre qu'il est sur le point d'entreprendre un traitement semblable sur un jeune enfant âgé de quatre ans, atteint d'une surdité complète, et il prie l'Académie de vouloir bien faire constater, par une commission, les résultats qu'on obtiendra. (L'Académie nomme MM. Rayer, Velpeau et Lallemand pour suivre l'observation de ce fait.)

Fibres nerveuses ganglieuses chez l'homme et les animaux vertébrés.

M. Remak adresse sur ce sujet un mémoire qui est ainsi résumé par l'auteur, dans le compte rendu officiel :

En 1837, je remarquai que les nerfs gris sympathiques de l'homme et des animaux vertébrés se composent, pour la plus grande partie, de fibres qui, par leur finesse, leur transparence, par l'absence de bords noirs aussi bien que par une quantité de petits corps à noyaux répandus dans leur trajet, se distinguent des tuyaux nerveux primitifs connus jusqu'alors.

En 1838, M. Muller, ainsi que MM. Purkinje et Schwann, confirmèrent, de la manière la plus décisive, mes observations et mes interprétations. Beaucoup d'autres anatomistes, au contraire, mirent en doute, pour différentes raisons, que les fibres grises que j'avais décrites fussent de vraies fibres nerveuses. On m'objecta notamment que les fibres grises se comportent, avec l'acide acétique et les alcalis caustiques, exactement comme le tissu conjonctif ou cellulaire. C'est ainsi qu'avec le temps se forma l'opinion aujourd'hui presque généralement répandue que les fibres grises, que l'on désigne ordinairement par mon nom, ne présentent qu'une forme spéciale du tissu conjonctif. Moi-même, je ne restai pas à l'abri des doutes, sur quelques-unes de mes interprétations antérieures.

Cependant, une revue complète de mes recherches m'a montré que non-seulement les observations faites par moi en 1837, mais aussi les interprétations que je proposai alors, sont fondées de tous points. Toutes les fibres que j'ai décrites sous les noms de fibres organiques, fibres grises, fibres à noyaux, sont des fibres nerveuses, ainsi que les grandes masses de fibres grises contenues dans les nerfs viscéraux, sur lesquelles s'étaient dirigés plus spécialement mes doutes. Ces fibres proviennent aussi, comme je l'avais signalé dans mes *Observations,* des globules ganglionnaires appartenant aux ganglions spinaux et sympathiques. Pour cette raison, et parce que la présence de noyaux n'appartient pas seulement aux gaînes de ces fibres, mais aussi, quoiqu'en moindre degré, aux fibres fines à bords noirs des nerfs sympathiques, je nommerai dorénavant les fibres grises fibres nerveuses ganglieuses.

J'ai été conduit à mes résultats nouveaux par l'observation répétée des tubes primitifs cérébraux-spinaux. Le cylindre d'axe, découvert par moi, en 1837, dans l'intérieur de ces tubes, forme, comme je l'ai constaté pour la première fois à Helgoland, en 1851, chez des raies (*raia clavata*), un tuyau à parois minces et fortes, remplissant le tube, et offrant l'aspect de stries longitudinales, qui semble être produit par des fibrilles très-fines et parallèles.

Sous l'action de l'acide acétique et des alcalis caustiques, le tuyau d'axe se gonfle ou se dissout, selon le degré de dilution; la gaîne externe de Schwann résiste à ces agents moins longtemps que la gaîne médullaire graisseuse; de sorte qu'ils ne peuvent servir à distinguer des fibres nerveuses auxquelles manque la gaîne médullaire, d'avec le tissu conjonctif, tandis que ce résultat est atteint avec des matières qui endurcissent le tuyau d'axe, ou tout au moins le conservent, comme l'alcool, le sublimé, l'acide chromique étendus, le bichromate de potasse et autres.

A l'aide de ce moyen, on reconnaît que les fibres fines représentées par moi dans mes *Observations,* sont des fibres nerveuses primitives, composées d'une gaîne déliée à noyau, se détachant facilement, et d'un fort tuyau d'axe, presque toujours variqueux. Les fibres plus larges, qui s'unissent au moyen de fibres plus fines, sont des faisceaux de ces mêmes fibres. Ordinairement, trois fibres primitives forment un faisceau; quelquefois aussi il y en a dix et même plus. Dans l'intérieur de ces faisceaux, qui sont entourés d'une gaîne large à plis et d'une gaîne étroite, les fibres primitives offrent souvent des gonflements très-larges, qui donnent aux faisceaux un aspect loculaire. On trouve assez souvent des tuyaux d'axe ramifiés, et sur les angles des ramifications on voit quelquefois des grains jaunâtres, à noyaux bipolaires ou multipolaires, à peine plus grands que des cellules lymphatiques, et se rapprochant beaucoup, sous le rapport clinique, des globules ganglionnaires : je les nommerai *grains ganglieux.* Il y a chez l'homme et chez les mammifères des gonflements de nerfs gris, visibles à l'œil nu, qui ne contiennent pas un seul globule ganglionnaire, mais seulement des grains ganglieux. Quelquefois on ne trouve dans un rameau que des grains bipolaires; dans un autre, seulement des grains multipolaires. Ces grains sont plus fréquents dans les ganglions du grand sympathique et dans le plexus cœliaque.

Dans aucun des mammifères sur lesquels j'ai eu l'occasion de faire des recherches, le système des fibres ganglieuses ne semble offrir un développement aussi considérable que dans l'homme. Les nerfs gris du bœuf sont plus épais, mais ceux de l'homme sont plus nombreux; en tous cas, ils ont des éléments beaucoup plus déliés.

En définitive, les fibres ganglieuses offrent des propriétés distinctives qui offrent, aux recherches névro-physiologiques, une voie nouvelle sans bornes et des problèmes tout nouveaux.

Emploi de l'extrait aqueux de noix vomique dans les gastralgies et les gastro-entéralgies.

M. A. Legrand adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Voici vingt ans au moins qu'à l'imitation des médecins allemands, j'emploie dans le traitement de la *gastralgie* et de la *gastro-entéralgie* la *poudre de noix vomique torréfiée* et plus particulièrement encore l'*extrait aqueux de noix vomique,* qui, vu le peu de solubilité de la strychnine dans l'eau, ne renferme que des proportions très-faibles de cet alcali. Je viens déclarer ici que ces deux préparations, administrées à doses convenables (de 1 centigr. à 20 centigr. au plus dans les 24 heures) et lentement croissantes, n'ont jamais produit le plus léger accident, et que par leur emploi j'ai presque toujours soulagé et souvent guéri ces affections nerveuses de l'estomac, si fréquentes et quelquefois si bizarres dans leurs formes.

« Cependant, ayant eu l'occasion d'expérimenter l'emploi combiné de l'*oxyde d'or par la potasse avec l'extrait aqueux de noix vomique* dans un cas de migraine, dépendante sans doute d'un mauvais état de l'estomac, le malade en fut détourné par un médecin d'une grande distinction, qui craignit les effets toxiques de l'extrait aqueux de noix vomique.

« Il n'existait qu'un moyen de répondre à l'objection, c'était l'expérimentation directe, et je résolus de l'entreprendre sur moi.

« J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie le journal où j'ai consigné jour par jour la marche de l'expérience, et je lui demande la permission de la résumer ici.

« J'ai commencé par prendre 0,05 centigr. d'extrait aqueux de noix vomique, et j'ai chaque jour augmenté la dose de 0,05, et suis ainsi arrivé, tantôt progressivement, tantôt subitement, à en prendre 0,40, 0,50 et enfin 0,75 le matin à jeun.

« De ces expériences, qui ont duré du 3 au 22 avril dernier, je crois qu'on peut facilement et rigoureusement conclure :

« 1° Que l'*extrait aqueux de noix vomique* exerce une action généralement favorable sur les fonctions digestives;

« 2° Qu'on n'a jamais à en redouter aucun fâcheux effet, si on ne dépasse pas les doses de 0,05 à 0,10 centigr. matin et soir;

« 3° Que ces effets toxiques ne commencent à se manifester qu'à la dose de 0,50 centigr. pris le matin à jeun, car ils sont inappréciables si le médicament est pris immédiatement avant le repas, et qu'ils ne sont bien prononcés que si on élève la dose à 0,75 centigr.;

« 4° Que ces effets toxiques sont très-fugaces, se dissipent avec la plus grande facilité et que notre économie s'habitue facilement à ce médicament;

« 5° Que ce n'est point un *médicament dangereux*, dans l'acception rigoureuse du mot;

« 6° Que l'extrait aqueux de noix vomique, enfin, exerce principalement son action thérapeutique sur le système ganglionnaire, sur les nerfs de la vie organique, son action toxique sur la moelle épinière, et qu'il est presque sans influence sur le cerveau. »

Séance du 30 mai. — Présidence de M. COMBES.

Anatomie comparée. — Ordre sérial des singes.

M. Duvernoy a lu un mémoire sur les caractères anatomiques des squelettes de deux espèces nouvelles de singes *pseudo-anthropomorphes,* appartenant à deux genres distincts : le *troglodyte tschego* et le *gorilla gina.* Il résulte de cette étude que le singe qui se rapproche le plus de l'homme, par l'ensemble de ses caractères, est le troglodyte; vient ensuite le gorille, puis l'orang et enfin le gibbon.

M. J. Geoffroy-Saint-Hilaire, tout en adoptant cet ordre *sérial* d'après les caractères généraux, a fait remarquer néanmoins que le gorille se rappro-

chait plus de l'homme que tous les autres par un caractère particulier, mais des plus importants, par la conformation de la main. Le caractère essentiel de la main de l'homme est d'avoir un pouce long et rapproché des autres doigts, de façon à pouvoir leur être facilement opposé dans l'acte de la préhension ; la main est donc large, dans son métacarpe spécialement. Chez les singes, ces caractères dégénèrent rapidement dans la série ; le pouce s'éloigne de plus en plus des autres phalanges, et la main devient tellement allongée que ce n'est bientôt plus, à proprement parler, une main. Or, chez le gorille, si le pouce n'était pas proportionnellement beaucoup plus court que chez l'homme, sa main ressemblerait presque, à s'y méprendre, à celle de l'espèce humaine, et même, telle qu'elle est, on la prendrait au premier abord pour une main de géant.

Physiologie comparée. — Vitalité des spermatozoïdes.

M. de Quatrefages communique des recherches sur la vitalité des spermatozoïdes des poissons.

Dans des recherches antérieures, il avait constaté que les spermatozoïdes des annélides et des mollusques vivaient pendant 24 et 48 heures après que le liquide fécondant avait été délayé dans l'eau. D'après les recherches de Wagner, les spermatozoïdes des oiseaux vivent de 15 à 20 minutes dans les mêmes circonstances ; et enfin, les observations de Spallanzani, confirmées par M. Lallemand, donnent toujours, dans les mêmes conditions, une durée d'environ 8 heures chez l'homme et de 2 heures à 30 minutes chez les divers mammifères.

D'après Muller, les spermatozoïdes des reptiles et des poissons auraient une durée bien grande ; or, c'est précisément le contraire que M. de Quatrefages a constaté.

Voici la durée moyenne qui résulte de ses expériences sur diverses espèces de poissons, en agissant *dans les circonstances les plus favorables.*

Chez le brochet,	la vitalité la plus longue est de		8 min.	10 sec.
— gardon,	—	—	3	10
— carpe,	—	—	3	»
— perche,	—	—	2	40
— barbeau,	—	—	2	10

Nous avons dit dans les circonstances les plus favorables ; en effet, M. de Quatrefages a constaté que la durée vitale des spermatozoïdes varie avec les températures. Voici les températures les plus favorables pour les espèces expérimentées :

Brochet	+ 2°
Carpe	+ 12°
Gardon	+ 13°
Perche	+ 15°
Barbeau	+ 16°

On comprend facilement les applications que peuvent avoir ces résultats pour les fécondations artificielles dont ils expliquent, suivant M. de Quatrefages, les succès et les revers.

Gangrène rare.

M. A. Favrot présente une observation de gangrène ; nous l'avons publiée il y a huit jours.

Strabisme.

M. Tavignot fait part à l'Académie d'une nouvelle méthode opératoire du strabisme, par la *ligature temporaire.* Voici comment il résume lui-même cette méthode :

Principes généraux de la méthode. — Supposons, pour fixer les idées, le cas d'un strabisme interne ; il y a inégalité de longueur des deux muscles droits latéraux : l'externe est plus long. Que faisait-on dans la méthode ancienne ? On coupait le muscle le plus court, et on laissait au muscle le plus long le soin de ramener le globe de l'œil à sa diretion naturelle. Or, si ce dernier muscle eût toujours été à l'état normal, toujours on aurait eu un strabisme opposé à celui qui existait primitivement. L'étude des paralysies musculaires de l'œil établit suffisamment cette proportion que plusieurs faits de strabotomie viennent encore confirmer. Cet accident, néanmoins, n'arrive pas ordinairement dans la myotomie oculaire, par cette raison que le muscle opposé à celui que l'on a coupé est le plus souvent à demi paralysé et par la distension qu'il a dû subir, et par l'espèce d'inaction dans laquelle il est resté pendant un temps plus ou moins considérable. Les cas de véritable succès, après l'opération de Stromeyer, s'expliquent par la circonstance toute fortuite que l'action persistante du muscle redresseur de l'œil se sera trouvée égale au degré de déviation qu'il fallait faire subir à cet organe pour qu'il reprît sa direction normale. Mais qui peut compter sur le hasard ! La vérité est qu'il n'a pas été favorable, il s'en faut de beaucoup, à la majorité des malades qui ont jusqu'à présent subi l'opération du strabisme.

Ma méthode opératoire agit autrement. Au lieu d'allonger un muscle réputé trop court, elle raccourcit un muscle en réalité trop long. Au lieu de laisser l'œil redresser, osciller avec peine et en quelque sorte lourdement, entre deux muscles dont l'un a été mutilé par une section, et dont l'autre reste toujours plus ou moins impuissant, ma méthode opératoire s'attaque au muscle le plus long, et non-seulement elle le raccourcit d'une quantité suffisante pour l'égaler à son antagoniste, mais elle agit encore de manière à activer sa contraction physiologique.

Manuel opératoire. — Le muscle le plus long, c'est-à-dire celui qui est opposé à la déviation, étant mis à nu d'après la règle ordinaire de la strabotomie, l'opérateur procède de la manière suivante :

Premier procédé.—Un crochet mousse, garni d'un chas à son extrémité, est glissé sous le muscle de manière à le détacher, en le soulevant, du globe oculaire. Le crochet est ensuite ramené en avant, de manière à ce que sa concavité embrasse le muscle à peu de distance de son épanouissement aponévrotique. Un fil de soie écrue est alors introduit dans le chas du crochet, puis le crochet est lui-même ramené vers l'opérateur, de manière à placer définitivement la ligature sous le muscle. A l'aide d'un double enroulement de l'un des chefs sur l'autre, on obtient un nœud simple mais très-résistant ; il ne reste plus qu'à serrer ce nœud et à couper ras l'un des chefs de la ligature pour terminer l'opération. L'autre chef, dirigé vers l'un des angles correspondants de l'œil, est fixé sur un point de la circonférence de l'orbite.

Le premier effet de cette ligature a été de rendre plus centrales les fibres latérales du muscle, et par suite d'amener le raccourcissement de l'organe. Le second effet de cette ligature est de provoquer le développement d'une inflammation adhésive, qui non-seulement rende définitive la juxtaposition anormale des fibres musculaires, mais qui puisse en outre établir des adhérences entre le muscle et la sclérotique sous-jacente.

La ligature du muscle n'étant pas destinée à produire la section du muscle, elle ne doit être que temporaire. Vers la fin du deuxième ou le commencement du troisième jour, on peut aisément l'enlever à l'aide d'une légère traction exercée sur le chef qui persiste.

Ce premier procédé de la nouvelle méthode ne saurait remplir, dans tous les cas, le but que nous nous sommes proposé ; il ne convient qu'aux déviations du globe de l'œil ; les strabismes très-prononcés seraient sans doute réfractaires à son action. C'est du moins l'idée que nous avons eue en imaginant une manière de faire plus efficace.

Deuxième procédé. — Le crochet étant glissé sous le muscle, comme dans le cas précédent, pour le soulever le plus possible, la ligature est passée non plus sous le muscle, mais bien sous le crochet, de manière à embrasser l'anse musculaire soulevée dans une étendue plus ou moins grande.

Avant d'aller plus loin, il importe de s'assurer, par une constriction momentanée, si le globe oculaire est ramené, d'une manière parfaite, à sa position normale. Pour acquérir la preuve expérimentale que l'on a produit, par la ligature, le degré voulu de raccourcissement, on doit procéder pendant l'opération de la manière suivante :

La ligature une fois passée au-dessous du crochet, on glisse dans l'anse qu'elle forme un second fil de couleur différente, autant que possible ; puis on opère la constriction de la ligature proprement dite, mais en ayant soin de ne faire qu'un nœud, et de ne composer ce nœud que d'un seul enroulement. On retire l'érigne, on dégage le crochet ; et l'œil étant abandonné à lui-même, on peut apprécier avec netteté les changements survenus dans sa direction. Si le globe oculaire n'est pas suffisamment redressé, il faudra embrasser dans la ligature une plus grande quantité de tissu musculaire ; si le globe oculaire est redressé avec excès, il faudra embrasser dans la ligature une plus petite quantité de tissu musculaire.

Mais, dans l'un et l'autre cas, il est nécessaire de retirer, le plus rapidement possible, la ligature déjà placée. Or, rien n'est plus facile avec les précautions que nous avons prises dans cette prévision : on dévie l'œil à l'aide d'une érigne ; on tire sur l'un des chefs de la ligature, et on recommence les manœuvres, en tenant compte des données qui ont été fournies par la première tentative.

On le conçoit, d'ailleurs, il est très-facile d'étreindre la plus grande quantité possible de tissu musculaire, mais il peut paraître plus difficile de s'en saisir, dans l'anse de la ligature, qu'une quantité très-médiocre. Rien n'est plus aisé cependant ; il suffit, l'anse musculaire étant formée par le crochet, de saisir avec une pince ordinaire une portion de ce repli, et de glisser une ligature sous la pince. Il y a plus ; c'est qu'il est indiqué dans quelques cas de supprimer une portion inégale de l'un et de l'autre bord musculaire. Ainsi, lorsqu'il s'agit du strabisme en dedans et un peu en haut, il nous paraît très-rationnel de comprendre dans l'anse de la ligature une plus grande quantité du bord inférieur du muscle droit externe que de son bord supérieur. L'inverse aura lieu quand le strabisme sera, en même temps, en dedans et un peu en bas.

Telle est, dans sa simplicité, la ligature temporaire à laquelle j'ai donné la préférence après de nombreuses tentatives et des essais multipliés. Sauf les précautions que j'ai indiquées, elle n'est autre que celle décrite dans le premier procédé. Elle ne doit rester à demeure que deux à trois jours.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 70. 1re année. Samedi 11 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance du 8 juin de la Société de chirurgie. — Rapport sur un cas de mort par le chloroforme. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. GENDRIN. Leçons cliniques sur l'hystérie, par le Dr A. H. Margerie. (*Suite.*) — CORRESPONDANCE : Injections iodées. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 10 juin 1853.

Séance du 8 juin de la Société de chirurgie.

(Des cas de morts par le chloroforme.)

Cette séance a été occupée tout entière par un rapport de M. Robert sur le cas de mort par le chloroforme survenu à l'hôpital d'Orléans, et dont nous avons, à l'époque, informé le premier nos lecteurs. Quand nous disons un rapport, c'est un mémoire que nous devrions dire, car le rapport de M. Robert est un véritable mémoire, et le plus complet, le mieux pensé, au point de vue pratique, et le mieux écrit que l'on possède encore sur la matière. Peut-être aurions-nous eu le droit de désirer que M. Robert n'oubliât pas d'une manière aussi complète les considérations, à beaucoup d'égards identiques aux siennes, que nous avons publiées en maintes occasions, notamment à l'occasion de notre correspondance avec deux habiles chirurgiens, MM. Baudens et Sédillot ; mais les journalistes ne sont pas tous aussi susceptibles que d'aucuns se plaisent à le dire (ordinairement tout bas), et nous pardonnons volontiers cet oubli à M. Robert en faveur de la satisfaction que nous a fait éprouver la lecture de son rapport, et du service signalé qu'il vient de rendre à la pratique et à la profession. L'importance de ce remarquable travail, qui doit devenir l'objet d'une importante discussion à la Société de chirurgie, nous engage à le publier, dès aujourd'hui, textuellement.

Mais après ce juste, ce très-juste hommage rendu à un œuvre de conscience et de talent, la critique doit-elle rester absolument muette devant le mémoire de M. Robert? Nous ne le pensons pas, et nous essaierons, dans notre prochain numéro, de signaler les rares imperfections qu'une lecture trop rapide nous a permis d'y apercevoir.

H. DE CASTELNAU.

Rapport sur un cas de mort par le chloroforme.

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur VALLET, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

Commissaires : MM. LARREY, DENONVILLIERS et ROBERT, *rapporteur.*

Messieurs,

Le public médical s'est récemment ému à l'annonce d'un nouveau cas de mort subite, causée par le chloroforme. Le fait s'était passé à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sous les yeux du chirurgien en chef de cet établissement, homme de savoir et d'expérience. La science en attendait impatiemment les détails, lorsque le 17 février 1853, M. Vallet a bien voulu les adresser à la Société de chirurgie.

Chargé avec MM. Larrey et Denonvilliers de vous en rendre compte, je vais d'abord vous en donner un résumé succinct.

Un soldat du 27e de ligne, âgé de 25 ans, fut admis à l'hôpital en décembre 1852, pour se faire enlever deux petits kystes, placés l'un dans l'épaisseur de la joue gauche, au voisinage du conduit de Sténon, l'autre derrière la commissure labiale droite et faisant saillie dans la cavité buccale. L'ablation de ce dernier avait été faite six mois auparavant d'une manière incomplète dans un autre hôpital. Peu de temps après la cicatrisation de la plaie, la tumeur s'était reproduite ; elle offrait alors le volume d'une amande.

Ce jeune homme paraissait d'une forte constitution et ne semblait atteint d'aucune affection de nature à contre-indiquer l'emploi du chloroforme, qu'il demandait d'ailleurs avec instance, ayant déjà été soumis à son action.

Le 20 décembre, M. Vallet procède à l'opération en présence de plusieurs de ses collègues et des élèves de l'hôpital. Le malade, complétement à jeun, couché horizontalement, la tête légèrement relevée, fut soumis aux inhalations anesthésiques. Une éponge, formant un cône creux, selon le procédé de M. Simpson, et imbibée d'un gramme de chloroforme, fut présentée par le chirurgien lui-même, d'abord à distance de l'ouverture des narines, puis graduellement rapprochée, avec la précaution de laisser continuellement la bouche entièrement libre et ouverte.

Au bout d'une minute, le malade n'exprimant aucune répugnance, quatre grammes environ de chloroforme furent versés sur l'éponge, et à peine quatre minutes s'étaient écoulées, que le patient, sans avoir éprouvé aucun signe d'irritation du larynx, sans avoir manifesté aucune résistance, sans rougeur du visage, et après une légère période d'agitation, tomba dans un état d'*immobilité* insensible qui parut indiquer le moment favorable pour commencer l'opération. En cet instant, la respiration paraissait s'exécuter d'une manière naturelle ; l'état du pouls ne fut point constaté. A peine la petite incision nécessaire pour mettre à découvert le kyste de la joue par lequel M. Vallet avait cru devoir commencer, était-elle terminée que le malade pâlit, que la respiration parut se suspendre. Le pouls, en ce moment, était d'une faiblesse extrême.

L'opération est aussitôt interrompue et le malade reçoit les soins les plus actifs et les plus empressés. La position horizontale est augmentée, l'air est renouvelé ; on a recours aux aspersions d'eau froide, aux aspirations de substances irritantes, aux frictions de toute nature, aux pressions alternatives sur les parois du bas-ventre et sur les côtés du thorax. On introduit de l'air de bouche à bouche, pendant que la langue saisie à sa pointe est portée de côté.

On pratique ensuite des insufflations pulmonaires au moyen d'une sonde. Tous ces moyens n'ayant fait obtenir que de rares inspirations, M. Vallet pratiqua la bronchotomie et introduisit dans la trachée-artère une sonde avec laquelle des insufflations d'air furent faites doucement et alternativement.

Après quelques minutes de toutes ces tentatives infructueuses, un courant électrique fut établi à l'aide d'aiguilles enfoncées dans la région du cœur. Des contractions furent déterminées dans cet organe et dans les muscles extérieurs, mais on n'obtint aucun signe de vie.

L'autopsie cadavérique ne put être faite que quarante-huit heures après la mort.

Autopsie.— Le corps présente à l'extérieur une décoloration générale; il existe de la rigidité dans les membres.

1° *Tête.* L'incision des téguments laisse à peine écouler un peu de sang. Les sinus de la dure-mère sont presque vides, ainsi que les veines qui rampent à la surface du cerveau. La substance cérébrale est assez ferme et coupée par tranches, elle ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les ventricules ne contiennent qu'une très-petite quantité de sérosité.

2° *Poitrine.* La trachée n'offre pas de rougeur anormale; il n'y a pas d'écume dans les bronches, et l'instant où le thorax est ouvert, le sang contenu dans les veines sous-clavières est recueilli pour être soumis à l'analyse.

Les poumons sont gorgés de sang dans toute leur étendue et leur volume paraît augmenté; ils offrent à l'extérieur quelques taches brunâtres et ecchymotiques.

Incisés dans plusieurs directions, ils présentent une infiltration considérable de sang noir, diffluent en certains points, coagulé en d'autres et formant comme des noyaux apoplectiques. Il s'en détache quelques bulles d'air. Il n'existe pas d'emphysème. Le cœur, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, est d'une excessive fluidité. Les cavités gauches sont vides, les droites contiennent quelques caillots peu résistants.

3° *Abdomen.* L'estomac, distendu par des gaz, est vide de toutes matières alimentaires. Le foie, un peu plus augmenté de volume, est d'une couleur foncée; les incisions qu'on y pratique laissent écouler une grande quantité de sang noir, et les reins sont gorgés du même liquide.

Le sang qui avait été recueilli, et quelques fragments du foie et de la rate, ont été minutieusement analysés par un chimiste habile, sans qu'on ait pu y retrouver de traces du chloroforme. A la suite de cette observation M. Vallet fait remarquer que le chloroforme employé par lui était d'une pureté irréprochable, et que la quantité de ce liquide inspirée par le malade n'a été en tout que de cinq à six grammes.

A l'époque où l'action redoutable du chloroforme chez l'homme fut, pour la première fois, signalée au jugement des corps savants, les cas de mort subite survenus sous son influence étaient encore trop peu nombreux ou trop peu concluants pour qu'il ne fût pas permis d'élever quelques doutes à leur égard, et lorsque le rapport qui servit de base à la mémorable discussion de l'Académie de médecine, concluait à l'innocuité de cet agent bien administré, c'était probablement pour ne pas frapper immédiatement de discrédit, et faire rejeter peut-être un moyen destiné à rendre des services réels à la chirurgie.

Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, que non-seulement l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée, mais qu'il est encore du devoir de la science de rechercher s'il n'est pas quelques précautions à prendre pour en prévenir ou en combattre les terribles effets.

Observations.— Parmi les cas de mort publiés jusqu'à ce jour, il en est beaucoup qui manquent de détails ou qui n'ont pas assez d'authenticité pour servir d'éléments à une discussion sérieuse; nous pouvons donc les passer sous silence. Quant aux autres on peut les diviser en deux catégories. 1° Tantôt les troubles fonctionnels qui ont immédiatement précédé la mort ont eu quelque analogie avec ceux de l'asphyxie, et bientôt après la respiration, puis la circulation se sont anéanties; 2° tantôt la vie a paru s'éteindre plus promptement encore et comme par une syncope, ou plutôt par une espèce de sidération.

Pour ne pas trop élargir le cercle de ce rapport, nous nous bornerons à citer des observations de la dernière espèce, surtout parce qu'elles offrent avec celles de M. Vallet la plus frappante analogie.

La *première*, dans l'ordre chronologique, nous paraît être celle que M. Gorré, de Boulogne, communiqua à l'Académie, le 24 juillet 1848. (*Bulletin de l'Académie*, t. XIII, p. 1148.)

Mlle Stock, âgée d'une trentaine d'années, d'une bonne santé, bien qu'elle eût été traitée, quelque mois auparavant, pour des palpitations liées à un état clérotique, reçut à la cuisse une légère blessure compliquée de corps étranger. Un petit abcès avec décollement de la peau s'ensuivit, et M. Gorré, se proposant d'en agrandir l'ouverture, soumit la malade, sur sa demande, à l'action du chloroforme. Dans ce but, il plaça sous les narines un mouchoir sur lequel avaient été jetées quinze à vingt gouttes de ce liquide. A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations qu'elle porta la main sur le mouchoir, pour l'écarter, et s'écria d'une voix plaintive : « J'étouffe!... » Puis tout aussitôt le visage pâlit, les traits s'altérèrent, la respiration s'embarrassa, l'écume vint aux lèvres.

A l'instant même (et cela très-certainement moins d'une minute après le début de l'inhalation), le mouchoir fut retiré. Persuadé que les accidents n'étaient que passagers, le chirurgien s'empressa de pratiquer la petite opération, pendant qu'un confrère cherchait par tous les moyens à remédier à cette annihilation imminente de la vie; mais tous les efforts furent vains, la malade était morte.

Voici le résumé des altérations constatées par l'autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Le sinus longitudinal supérieur est vide; les veines qui rampent à la surface convexe du cerveau ne sont point engagées, mais elles présentent cette particularité remarquable que la colonne sanguine y est coupée de distance en distance par des bulles gazeuses. Il existe également de l'air dans les veines de la base du crâne et des sinus de cette région. On en trouve aussi dans plusieurs vaisseaux des membres. La substance du cerveau est d'une consistance ferme; sa tranche ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les vaisseaux placés au voisinage de l'incision pratiquée à la cuisse sont disséqués avec soin et sont reconnus de la plus parfaite intégrité. Les poumons très-crépitants sont visiblement engorgés dans leurs lobes inférieurs par un sang noir très-fluide; mais pas d'emphysème inter-lobulaire ou sous-pleural.

La muqueuse trachéale est d'un rouge vif; il y a absence complète d'écume bronchique; le cœur est d'une excessive placidité, ses moitiés droite et gauche sont absolument vides; la veine-cave ascendante contient du sang spumeux; les veines pulmonaires, ouvertes près de leur entrée dans l'oreillette gauche, laissent échapper un peu de sang mêlé noir. Le foie et la rate congestionnés contiennent aussi des gaz qui s'échappent en *bouillonnant* de leurs vaisseaux. Enfin le sang était plus noir que dans l'asphyxie simple (il était littéralement noir comme de l'encre).

Le *second* fait est celui que M. Barrier, chirurgien en chef à l'Hôtel-de-Dieu de Lyon, a publié en 1849 (*Gazette des Hôpitaux*, p. 73).

Le 24 janvier 1849, un jeune homme de 17 ans, exerçant la profession de carrier, d'une constitution lymphatique, mais jouissant d'une santé générale satisfaisante, entra à l'Hôtel-Dieu, pour y subir la désarticulation du médius droit. Le jour de l'opération arrivé, le malade, étant parfaitement à jeun et placé sur un lit, est soumis aux inhalations anesthésiques qu'il a désirées et qui ne lui inspirent aucune appréhension. Le flacon qui renferme le chloroforme est le même qui a servi un instant auparavant à endormir une jeune fille chez laquelle tout s'est passé régulièrement.

On emploie, comme d'ordinaire, une compresse à tissu très-clair, étendue au-devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes, à plusieurs reprises, sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides, très-habitués à manier le chloroforme, en sont chargés et explorent en même temps le pouls aux radiales. Après quatre ou cinq minutes le malade sent et parle encore; une minute de plus s'est à peine écoulée qu'il manifeste un peu d'agitation. Il n'a pas absorbé 7 à 8 grammes de chloroforme. Le pouls est resté d'une régularité parfaite sous le rapport du rhythme et de la force des battements. Tout à coup le malade lève brusquement la tête et agite les membres qui échappent aux aides; mais ceux-ci les ressaisissent promptement et remettent le patient en position. Le mouvement n'a pas duré plus d'un quart de minute, et cependant l'un des aides annonce immédiatement que le pouls de la radiale a cessé de battre. On enlève le mouchoir.

La face est profondément altérée. L'action du cœur a cessé tout à fait; plus de pouls nulle part, plus de bruit dans la région biscordiale. La respiration continue encore, mais elle devient irrégulière, faible et lente, et cesse enfin complétement dans l'espace d'une demi-minute environ.

Tous les moyens employés en pareil cas, tels que frictions avec l'ammoniaque, irritation des diverses muqueuses avec cette substance, sinapismes, pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen, insufflation, cautérisations profondes, tous ces moyens, dis-je, parviennent à ramener quelques mouvements respiratoires; mais l'issue n'en est pas moins fatale.

A l'autopsie faite soixante-douze heures après la mort, par une température assez froide, le cadavre ne présente pas de signes de putréfaction. Le foie et la rate sont peu congestionnés. Le cœur, d'un volume normal, est affaissé, vide d'air et de sang. Les parois ventriculaires sont seulement humectées par une écume fine très-rouge, donnant l'idée de sang qui aurait été battu, fouetté par les colonnes charnues du cœur. Les veines-caves et la veine-porte sont distendues par un sang noir fluide, très-abondant. Sur la valvule d'Eustachi, on trouve un caillot fibrineux peu consistant, du poids de 4 à 5 grammes. Aucun fluide aériforme n'était contenu dans les cavités du cœur ou des gros vaisseaux. Les poumons se sont rétractés fortement à l'ouverture du thorax; ils offrent une teinte noire ardoisée très-prononcée. La coupe offre la même teinte; le tissu est sain d'ailleurs. Le larynx et la trachée n'offrent aucune lésion.

Le cerveau est intact. Les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang noir coagulé.

La *troisième* observation a été adressée à l'Académie le 16 octobre 1849, par M. de Confévron, médecin des hôpitaux de Langres (*Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 409).

Madame Labrune, âgée de 33 ans, d'une bonne santé, d'un tempérament nerveux très-excitable, déjà éthérisée une première fois avec succès, fut de nouveau soumise par M. de Confévron, en présence d'un dentiste, à l'action du chloroforme, le 24 août 1849, pour éviter les douleurs de l'extraction d'une dent. Le médecin plaça donc, sur le mouchoir de la malade, un bourdonnet de coton imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Madame Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix minutes, l'effet se fit sentir, et on le remarqua au clignotement des paupières.

Le médecin indiqua au dentiste, placé derrière la tête de la malade, qu'il pouvait agir; mais la patiente, qui avait l'habitude de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines et fit rapidement 4 ou 5 inspirations plus larges.

A cet instant, le médecin lui retira lui-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Il ne la quitta des yeux que pendant le temps nécessaire pour poser le mouchoir sur un meuble voisin, et déjà, lorsqu'il reporta ses regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste ; la tête renversée en arrière.

Le pouls avait disparu ; les membres étaient dans un état complet de résolution. Quelques inspirationns éloignées furent les seuls signes de vie que la malade donna.

Les moyens les plus rationnels furent employés, mais en vain, pour la rappeler à elle.

A l'autopsie, on trouva les membranes du cerveau, et surtout les veines de la base du crâne, gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisé était piquetée, et les capillaires, intéressés par l'instrument, laissaient suinter du sang noir en gouttelettes. Cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité, en assez grande abondance, était à la base du crâne et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très-médiocre, on a trouvé une notable quantité de bulles d'air interceptant le liquide et facile à déplacer.

Le cœur était flasque, et une ponction, pratiquée à l'oreillette gauche, laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles.

Il n'existait pas de caillots dans ses cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide. Les poumons, parfaitement crépitants dans toute leur étendue, offraient une teinte gris-ardoisé qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz.

Le *quatrième* fait est celui que M. Roock a publié dans le *Medical Times*, en 1851 (*Union médicale*, 1851, p. 509).

Un mulâtre, âgé de 45 ans, d'une constitution vigoureuse, entra à l'hôpital des Marins de Londres, pour y subir l'ablation d'un testicule dégénéré. Le chloroforme fut administré à la prière du malade ; celui-ci fut couché. On donna le chloroforme suivant le mode usité dans cet hôpital, c'est-à-dire au moyen d'un foulard imbibé d'une quantité de liquide ne dépassant pas 20 ou 30 gouttes à la fois. Le mouchoir est maintenu à quelque distance de la bouche, et l'on a soin de n'obtenir les effets anesthésiques que lentement et graduellement.

Il est aussi d'habitude de donner au malade, avant l'emploi du chloroforme, un verre de vin généreux. Vingt gouttes de l'agent anesthésique furent d'abord versées sur le mouchoir ; mais aucun symptôme d'insensibilité ne survenant, on en versa au bout de quelques minutes vingt autres gouttes ; le patient commença à pousser, à batailler avec des esprits imaginaires ; mais l'anesthésie étant loin d'être complète, on ajouta d'abord dix, puis vingt gouttes encore. Cette fois le malade tomba dans l'insensibilité. La respiration était libre, le pouls régulier donnait toujours 70 pulsations à la minute, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation. Les lèvres étaient rosées. On cessa de chloroformer pendant environ 7 minutes. Le médecin commença l'opération presque instantanément, en faisant au scrotum une incision qui coupa une petite branche artérielle et quelques veines dilatées, dont le sang coula à jet très-franc. Puis, presque instantanément, ce jet s'arrêta, et M. Roock, qui avait le doigt sur le pouls, ne sentit plus les battements de l'artère.

Immédiatement on eut recours à tous les moyens imaginables employés en telle occurrence ; ils eurent pour résultat de provoquer, à de rares intervalles, quelques inspirations ; mais celles-ci ne continuèrent pas, et l'assemblée n'eut bientôt devant elle qu'un cadavre.

A l'autopsie, on trouva les vaisseaux et les sinus de la dure-mère et de la surface du cerveau, gorgés de sang et ne contenant pas d'air. Les poumons étaient gorgés de sang fluide et le siége d'une infiltration séreuse. Les parois du cœur étaient extrêmement minces et flasques, et l'organe était couvert par une couche adipeuse assez abondante. Les veines-caves étaient remplies de sang liquide.

Le *cinquième* fait a eu plus de retentissement que ceux qui précèdent, car il a donné lieu à des poursuites judiciaires ; c'est celui qui a été observé à Strasbourg en 1852.

Voici le résumé de l'observation de MM. les professeurs Rigaud, Tourdes et Caillet :

Madame Simon, âgée de 36 ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nerveux-sanguin, désirait se faire pratiquer l'extraction de quelques molaires cariées, dont la présence l'inquiétait beaucoup. Mais partagée entre ce désir et la crainte que lui inspirait l'opération, elle devint en proie à des préoccupations telles que sa santé en subit de profondes atteintes.

Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'arrachement des dents gâtées, à condition qu'on emploierait le chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était dans une agitation extrême, et tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. Les dents devaient être arrachées par un officier de santé, en présence du mari et de la servante. La malade fut assise sur une chaise ; on allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue, et parcourant la chambre en proférant des paroles incohérentes. Elle déclare elle-même qu'elle était résolue, et se place sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir qu'on approche des narines et des lèvres. Madame Simon annonce presque aussitôt qu'elle en ressent les effets ; on pratique l'extraction de trois dents.

Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme, la face devient cadavéreuse ; « elle est morte ! » s'écrie-t-il. Elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigue sont inutiles. Les experts se sont assurés que la quantité de chloroforme employée n'avait été de plus de trois grammes vingt-cinq centigrammes, et que ce liquide était parfaitement pur.

Autopsie, soixante heures après la mort. — Muqueuse bronchique d'un rouge assez vif, avec écume dans une des grosses divisions de la bronche droite, et dans quelques rameaux plus petits du même côté. Les poumons sont très-volumineux, emphysémateux à leur partie supérieure, d'une teinte rosée en avant, d'un rouge d'autant plus foncé que l'on rapproche davantage de leur bord postérieur, contenant du sang mêlé à un peu d'écume.

Deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine ; les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée ; le cœur gauche en contient beaucoup moins, le liquide vert, pas spumeux.

On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau dans l'artère basilaire. La pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral est très-ramolli et n'offre qu'une très-légère sablure ; sa coloration est normale. Rien de remarquable dans le reste de la masse encéphalo-rachidienne.

L'analyse chimique a révélé la présence du chloroforme dans le sang et les principaux organes. La dernière des observations que nous joindrons ici est celle du docteur Mayer d'Ulm, insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 octobre 1852, p. 470.

Sixième fait. — M^me^ W., âgée de 32 ans, de constitution très-forte, a toujours joui d'une excellente santé. Le 27 juin, cette femme fit appeler le dentiste Fischer pour se faire extraire une dent. Elle se mit sur une chaise, la tête appuyée contre son mari placé derrière elle, pour se faire chloroformer. Elle demanda au chirurgien : « Quels sont ordinairement les premiers phénomènes du chloroforme ? » A quoi celui-ci répondit : des bourdonnements d'oreilles. Le dentiste verse vingt-cinq gouttes de chloroforme sur une éponge entourée d'un mouchoir et la place à quelque distance de la bouche et du nez.

Après quatre ou cinq inhalations, l'opérateur demande à la femme W.... si elle ne ressent pas encore de bourdonnements d'oreilles ; la réponse affirmative est tremblotante, râlante ; en même temps elle étend fortement ses membres, la face devient bleuâtre, les yeux hagards, la tête et les bras s'affaissent, elle est morte.

D'après le récit du mari, le temps entre l'inhalation et la mort fut très-court. Des aspersions d'eau froide, l'insufflation de l'air, la compression et les mouvements du thorax, les excitants sur la peau, la titillation de l'arrière-gorge, restèrent sans succès.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le cadavre ne présentait pas de signes de putréfaction. En ouvrant la tête, il s'écoula beaucoup de sang spumeux ; les vaisseaux des membranes du cerveau étaient gorgés d'un sang contenant beaucoup de bulles d'air, assez volumineuses pour être roulées sous les doigts.

La substance cérébrale est injectée. Le sang de la carotide interne et de l'artère vertébrale contient aussi des bulles d'air.

La trachée et les bronches étaient injectées ; le poumon, d'un rouge bleuâtre aux deux tiers inférieurs, était rempli de sang rouge foncé, spumeux, sans vestige d'emphysème.

Le cœur a sa grandeur et sa position naturelle ; il est d'un rouge grisâtre, de consistance molle, flasque. Les vaisseaux coronaires sont gorgés d'un sang contenant de nombreuses bulles d'air. Les oreillettes boursouflées, non pas de sang, mais d'air. Il n'y a pas de traces de sang dans l'oreillette droite ni dans les deux ventricules. Une petite cuillerée seulement remplit l'oreillette gauche ; l'artère pulmonaire, l'aorte, les veines-caves, à leur entrée dans le cœur, sont vides. Le sang de la veine-cave inférieure contient des bulles d'air.

Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du liquide qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé parfaitement pur.

En analysant les observations qui précèdent et dont on ne saurait contester l'authenticité, on voit qu'elles ont entre elles une grande analogie et qu'elles se confirment, par conséquent, les unes par les autres. En effet, tous les individus dont il y est fait mention étaient jeunes, le plus âgé n'ayant que 45 ans. Tous étaient d'une bonne santé ; seulement la malade de M. Gorré avait été traitée pour des palpitations liées à un état clérotique. Plusieurs avaient été précédemment soumis avec succès à l'emploi du chloroforme ; chez tous l'inhalation n'a présenté aucune difficulté ou circonstance insolite, elle a été de courte durée. La dose de chloroforme administrée est au-dessous de la moyenne et varie entre quinze et vingt gouttes, et sept à huit grammes. La période d'excitation a été généralement modérée et quelquefois même a manqué tout à fait. Le pouls, à part les cas rares où il n'a point été surveillé, s'est maintenu dans son état à peu près normal jusqu'au moment où tout à coup il s'est affaibli et a disparu complétement. En même temps le visage est devenu tantôt pâle, tantôt bleuâtre, les pupilles largement dilatées ; la respiration est devenue faible, lente, irrégulière et a complétement cessé au bout d'un temps très-court. Dans un seul cas, celui de M. Gorré, il est dit que la res-

piration s'est embarrassée et que la malade a eu de l'écume à la bouche. Toujours la mort a été très-rapide et presque instantanée. Les lésions cadavériques nous ont paru présenter beaucoup plus de variétés que les désordres fonctionnels.

Examinons successivement à ce point de vue les lésions constatées dans la cavité crânienne, dans les organes centraux de la respiration et de la circulation.

Cerveau. Dans quatre observations, il est dit que le cerveau est intact et n'offre qu'une injection très-modérée et parfois nulle. Dans trois, il est gorgé de sang noir et fluide.

Quant aux poumons, dans deux observations on les trouve crépitants, contenant peu de sang, parfaitement sains. Deux fois ils sont engorgés inférieurement et infiltrés de sang noir. Dans un cas, ils sont gorgés de sang et infiltrés de sérosité dans toute leur étendue. Enfin, dans un autre, ils contiennent quelques noyaux apoplectiques. Dans la cinquième observation, le poumon était engorgé à son bord postérieur et emphysémateux à sa partie supérieure.

Le cœur a presque toujours été trouvé d'une flaccidité remarquable. Dans l'observation de M. de Confévron, les cavités de cet organe contenaient quelques bulles d'air. Dans celles de MM. Gorré et Mayer, sur la malade de Strasbourg, plusieurs artères en contenaient un grand nombre. Mais dans tous les autres cas, le cœur et les vaisseaux étaient vides d'air et de sang. Certes, s'il n'était pas prouvé que l'anatomie pathologique ne rend pas toujours compte des phénomènes observés pendant la vie et que même elle est quelquefois en désaccord avec eux, les résultats que nous signalons seraient bien de nature à le démontrer. Du reste l'on conçoit que lorsqu'un agent toxique a frappé si rapidement l'organisme, les altérations n'aient pas eu le temps de se produire; le scalpel de l'anatomiste est réduit alors à constater la présence du sang en plus ou moins grande quantité dans tel ou tel organe, sans même pouvoir déterminer si cette présence n'est point un effet purement cadavérique. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ces lésions aussi variables, qu'incapables de nous révéler le mécanisme de la mort.

Quant aux troubles observés pendant la vie, il est facile à chacun d'en apprécier le caractère. Il est évident, en effet, que la mort a lieu presque toujours par syncope. Que cette syncope soit primitive et résulte du contact d'un sang stupéfiant sur les parois du cœur, ou qu'elle soit consécutive à la sidération du système nerveux, le fait, pour nous praticiens, n'en persiste pas moins dans toute son effrayante vérité.

Après avoir établi l'action délétère du chloroforme, voyons s'il est possible de prévoir de si fâcheux résultats.

M. Baudens (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1852, et *Moniteur des Hôpitaux*, 29 janvier 1853), a pensé que les cas de mort subite observés sous l'influence du chloroforme devaient être uniquement attribués à ce que dans l'administration de l'agent anesthésique, on ne s'est point contenté d'anéantir le sentiment, mais qu'on a anéanti *le mouvement pour amener la résolution.*

Ce chirurgien s'appuie sur des expériences de M. Flourens, qui semblent avoir établi que l'action de l'agent anesthésique est successive et progressive. Cette action, d'après notre savant physiologiste va d'abord aux lobes cérébraux, puis au cervelet, puis à la moitié postérieure et aux racines postérieures de la moelle épinière, puis à la moitié antérieure et aux racines antérieures de ce viscère, et enfin à la moelle allongée et au nœud otal.

Ainsi, le chloroforme suspend d'abord l'intelligence et l'équilibre des mouvements; et si l'action en est continuée, bientôt la mort survient par l'abolition des mouvements respiratoires. Il en résulte, suivant M. Baudens, que dès l'instant où l'on est arrivé à suspendre les mouvements des muscles de la vie animale, il y a danger de mort, parce que rien ne garantit contre l'envahissement du bulbe rachidien.

En résumé, M. Baudens attribue les cas de mort observés à ce que l'on a poussé l'inhalation jusqu'à ses limites extrêmes. Il en conclut que, pour échapper à ce péril, on doit se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles. Cette opinion émise par un chirurgien éminent, placé à la tête du service de santé des armées, nous paraît trop grave pour ne pas être discutée rigoureusement; et si nous la laissions passer sans réfutation, elle aurait pour conséquence de faire peser une immense responsabilité sur les praticiens entre les mains desquels les malades ont succombé.

En analysant les phénomènes que chacun de nous est à portée d'observer journellement dans l'administration du chloroforme, on reconnaît la vérité des assertions de M. Flourens, sur la marche progressive et successive de l'action de l'agent anesthésique; assertions qui servent de base à l'argumentation de M. Baudens.

Oui, généralement, c'est bien l'intelligence, la sensibilité et la myotilité qui s'anéantissent successivement, jusqu'à ce que la paralysie gagne les muscles qui président aux actes respiratoires. A ce moment, les poumons s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse et l'asphyxie imminente. Oh! c'est alors que grande serait l'imprudence du chirurgien qui passerait outre, sans tenir compte d'un état qui devient par lui-même un avertissement de l'organisme. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il y a des cas exceptionnels où la série des symptômes est toute différente, et ce sont précisément ces cas qui sont suivis de mort, et dont M. Baudens ne tient pas compte.

Ce n'est point, en effet, sous l'influence de l'anesthésie poussée dans ses limites extrêmes et produisant, par la durée ou l'abondance des inhalations, la succession des phénomènes dont nous venons de tracer le tableau, qu'ont succombé les malades dont les observations ont été citées tout à l'heure. Chez tous, sans exception, la quantité de chloroforme inspiré a été très-minime, la durée des inhalations très-courte.

Et qu'on ne dise pas que les patients, en vertu d'une susceptibilité particulière, n'en sont pas moins passés par toutes les phases de l'éthérisme décrites par M. Flourens, et que M. Baudens semble regarder comme fatales. Chez tous, la respiration était normale au moment où ils ont été sidérés : chez quatre d'entre eux le pouls était plein, et chez plusieurs la contractibilité musculaire avait conservé toute son énergie. Voyez en effet Maria Stock, tenant elle-même le mouchoir sous son nez jusqu'au moment où elle s'écrie : j'étouffe, et meurt.

Plus tard, c'est madame Labrune, repoussant l'opérateur, lui faisant comprendre par signes qu'elle n'est pas assez endormie, et tombant foudroyée après trois ou quatre inspirations de plus. Enfin, c'est le malade de M. Barrier, s'échappant des mains des aides, et périssant sous leurs yeux au moment où ils parviennent à le remettre en position. Cette observation, si elle n'est pas plus concluante, est au moins plus frappante encore que les précédentes. Il est probable que le professeur du Val-de-Grâce l'avait oubliée lorsqu'il écrivait cette phrase : « Pour moi, tant « qu'on n'aura pas publié un seul cas de mort, survenue alors que la sensibilité « seule était abolie, la motilité ayant été conservée, je n'y croirai pas. » (*Moniteur des Hôpitaux*, 29 janvier 1853.)

Ainsi, il résulte des faits que nous venons de rappeler succinctement que les cas de mort subite, survenus sous l'influence du chloroforme, ne peuvent pas être attribués à l'action *successive et progressive* de cet agent, mais qu'ils sont en dehors de la sphère des faits ordinaires, qu'ils sont exceptionnels et ne peuvent être imputés qu'à des conditions particulières de l'organisme qu'il ne nous est point encore donné de connaître.

Effrayé par les dangers d'homicide qu'on court sans cesse en allant jusqu'à la résolution, M. Baudens donne le conseil de ne jamais dépasser la période d'insensibilité, période qu'il a pu, dit-il, prolonger pendant plus d'une demi-heure, en revenant de temps à autre à l'emploi du chloroforme.

Sans vouloir contester les affirmations de M. Baudens, et jugeant d'après l'expérience de nos collègues des hôpitaux, nous ferons observer qu'on n'enferme pas à son gré l'action de l'agent anesthésique dans un cercle aussi limité; on est bien près de la résolution quand on veut obtenir une insensibilité profonde, et sans cette insensibilité complète, toute sécurité s'évanouit dans la pratique de la chirurgie.

Ne voit-on pas tous les jours des malades qu'on pique, qu'on pince impunément, dont la conjonction semble privée de sentiment, qui ne s'en réveillent pas moins sous le tranchant du bistouri, et se livrent aux mouvements les plus violents et les plus désordonnés. Comment pourrait-on sans danger pratiquer une opération de hernie, découvrir une artère, enlever une tumeur placée au milieu d'organes importants, si à chaque instant le blessé pouvait exécuter des mouvements violents, et impossibles à éviter. Il faudrait, en vérité, renoncer à l'exercice de la chirurgie, si de telles conditions nous étaient imposées.

Je m'étonne que M. Baudens n'ait jamais rencontré de difficultés de ce genre. Mais ce n'est pas tout; si la résolution est une condition nécessaire à la pratique de la plupart des opérations, elle est parfois aussi une nécessité, un but qu'il faut atteindre dans le traitement de diverses affections chirurgicales. De quelles ressources puissantes l'art ne serait-il pas privé s'il fallait renoncer à obtenir cet état? La réduction des luxations et des hernies étranglées ne s'obtient fréquemment qu'à ce prix. Et qu'il me soit permis de rappeler ici l'heureuse application que notre collègue, M. Richet, en a faite au traitement des luxations compliquées de fracture.

J'ai eu moi-même l'occasion d'observer deux cas de rétrécissements de l'urètre, regardés comme infranchissables, et dont le cathétérisme est immédiatement devenu très-facile au moyen de l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution. C'étaient des rétrécissements spasmodiques.

Telles sont mes convictions sur la fréquente nécessité où se trouvent les chirurgiens d'obtenir la résolution par l'emploi du chloroforme. Je les soumets avec confiance à mes collègues de la Société de chirurgie, persuadé qu'ils trouveront dans leur propre expérience assez d'arguments pour adopter ma manière de voir.

M. Sédillot ne conteste pas le danger des inhalations anesthésiques, mais il n'admet ce danger que lorsque le chloroforme est impur ou mal administré (*Nouvelles considérations sur l'emploi du chloroforme*, Strasbourg, 1851).

Examinons donc d'abord si l'impureté du chloroforme peut avoir des conséquences aussi funestes que le pense le chirurgien de Strasbourg; nous discuterons ensuite la valeur des moyens qu'il propose comme devant mettre à l'abri du danger.

La substance qu'on trouve le plus souvent mêlée en plus ou moins grande quantité au chloroforme, celle qu'on a accusée des plus graves accidents, est une huile pyrogénée, jaunâtre, d'une saveur âcre et nauséeuse, d'une odeur rappelant un peu celle de la créozote, ainsi que l'ont démontré les recherches de MM. Mialhe et Soubeiran (*Journal de pharmacie*, tom. XVI, 1849, 3e série, pag. 5) :

« Mais nous ne sachons pas qu'en dehors de son âcreté et de son odeur nauséa-« bonde, cette huile puisse exercer sur l'économie une action délétère; tout au

« plus peut-elle amener des vomissements plus ou moins répétés. A plus forte « raison, son mélange avec le chloroforme n'aura-t-il pas des suites plus fâcheuses « (Mialhe).»

Les faits sont là, d'ailleurs, qui contredisent l'assertion de M. Sédillot. Ainsi, dans l'observation de M. Gorré, le chloroforme analysé par M. Régnault, professeur de chimie au collége de Boulogne, a été trouvé bien purifié. Dans celle de M. Vallet, l'analyse a révélé la même pureté.

Il en a été de même dans l'affaire de Strasbourg; enfin, dans le fait de M. Barrier, l'analyse chimique a démontré la pureté du chloroforme, contenu dans un flacon qui avait servi quelques minutes auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'était passé régulièrement. Il ajoute que ce liquide était pur. Or, quand un homme comme M. Barrier affirme, il doit être cru.

Vous voyez donc, messieurs, que d'une part la présence de matières hétérogènes dans le chloroforme n'est point par elle-même une cause de mort, et que d'autre part sa purification parfaite ne met point à l'abri de cette catastrophe.

Examinons maintenant la valeur des préceptes formulés par M. Sédillot, pour l'administration des agents anesthésiques. Le but principal qu'il se propose est de maintenir l'*intégrité*, la *normalité*, de l'*acte respiratoire*. Son procédé se réduit à étudier, à ménager d'abord la susceptibilité du malade, en lui faisant respirer des doses faibles de chloroforme, à calmer son moral, et quand les inspirations sont bien supportées, à précipiter l'action anesthésique en augmentant les doses.

Lorsque la résolution musculaire se manifeste, on suspend l'usage du chloroforme pour le reprendre à la moindre trace de mouvement. On peut ainsi prolonger l'anesthésie pendant un temps assez long.

Nous ne pouvons qu'applaudir à des règles aussi sages; nous ne nous en écartons jamais, et nous voudrions qu'elles fussent toujours présentes à l'esprit de tous les chirurgiens. Mais est-il possible de partager entièrement la sécurité de M. Sédillot, en présence des faits que nous avons rapportés. Dans tous ces cas, l'expérience et l'habileté connues des praticiens qui ont employé le chloroforme, sont un garant du bon usage qui en a été fait. Et, bien que toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies.

Ainsi, presque toujours, on a laissé un libre cours au passage de l'air; la respiration s'exécutait librement; la circulation était normale, la période d'excitation modérée, en un mot, les phénomènes de l'éthérisatiou paraissaient s'accomplir naturellement, lorsque tout à coup la circulation s'est arrêtée et la vie s'est éteinte.

Un de nos collègues, M. Chassaignac, dans une note insérée dans le *Moniteur des Hôpitaux* (17 février 1853), a présenté quelques réflexions pleines d'intérêt, sur les circonstances dans lesquelles il lui paraît permis de croire à l'entière innocuité du chloroforme.

Pour lui, c'est dans cette période qu'il appelle de tolérance anesthésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, caractérisée par le sommeil avec régularité parfaite des grandes fonctions, qu'on peut plonger sans crainte les malades pendant un temps plus ou moins long. Il trouve, dans cet état, tous les genres de sécurité qu'on peut désirer :

1° Contre les chances de douleur : insensibilité complète.

2° Contre les troubles fonctionnels graves : régularité parfaite des grandes fonctions.

Il y voit encore cet avantage, qu'indépendamment de ce que le chirurgien, exempt de toute préoccupation du côté de l'anesthésie, peut se livrer à l'exécution du manuel opératoire sans aucune inquiétude, il trouve que sa responsabilité, comme opérateur, est couverte; cette responsabilité ne commençant pour lui que du moment qu'on a commencé à agir; le chirurgien restant dans les termes généraux de la responsabité médicale, tant qu'il n'a pas fait usage de l'instrument.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux opinions de M. Chassaignac, sur les avantages de la tolérance anesthésique; mais nous ferons observer :

1° Que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période pût être obtenue.

2° Que de l'aveu même de notre habile collègue, on ne peut souvent obtenir cette tolérance qu'après l'excitation et le collapsus, périls qu'il redoute par-dessus tout et avec raison.

3° Enfin, que certains sujets semblent complétement réfractaires à la tolérance anesthésique.

Nous ne pouvons non plus admettre la distinction un peu subtile qu'établit M. Chassaignac entre la responsabilité médicale et celle de l'opérateur.

Quelques chirurgiens, établissant un parallèle entre les propriétés toxiques du chloroforme et celles de l'éther, ont pensé que ce dernier agent offrait, à ce point de vue, des avantages incontestables. En étudiant, en effet, les cas malheureux dans lesquels on a cru devoir imputer à l'éther une part plus ou moins grande dans la terminaison fatale, on est frappé de l'intervalle considérable qui sépare le moment de la mort de celui de son emploi; ce n'est généralement que quelques heures au moins, et souvent plusieurs jours après l'usage des inhalations anesthésiques, que les malades ont succombé.

En présence de ce long sursis et des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient plusieurs des opérés, on peut se demander si la mort ne doit pas, en définitive, être attribuée à des causes étrangères à l'action de l'éther plutôt qu'à l'éther lui-même.

C'est ce qu'ont pensé plusieurs praticiens, parmi lesquels nous citerons MM. Diday, Petrequin, Bonnet (de Lyon), Cantu (de Turin), qui se sont déclarés les partisans exclusifs de l'éther, réagissant ainsi contre les tendances de M. Simpson et de la plupart des chirurgiens de Paris, à bannir ce dernier de la pratique chirurgicale, au bénéfice du chloroforme. Entre ces deux opinions opposées, s'élevait celle du savant auteur du *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, M. Bouisson, qui, sans rejeter complétement le chloroforme, croit qu'on doit en restreindre beaucoup l'emploi, et cherche à établir les indications de l'un ou de l'autre de ces agents.

Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses, s'il est vrai que le plus souvent l'éther ne tue pas instantanément, comme le chloroforme, il y a cependant des faits incontestables dans lesquels la mort est survenue pendant les inhalations elles-mêmes, et à leur début. L'un est rapporté par M. Bouisson (ouvrage cité, p. 394) : le malade mourut asphyxié. Nous devons le second à l'obligeance de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Voici le résumé de cette observation :

« Le 26 août 1852, entra, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une femme âgée de 52 ans, « affectée d'un ostiosarium du maxillaire supérieur droit. L'état général de cette « femme n'était pas satisfaisant. Elle montrait bien plus que son âge; elle était « faible, amaigrie; le teint était pâle, même un peu jaunâtre, comme dans la « cachexie commençante. M. Barrier, sur sa première impression, hésita à l'opé« rer. D'après les vives instances de la malade, il s'y décida cependant, mais il « désirait se dispenser de l'éthériser en raison de l'état général, craignant que sa « faiblesse ne rendit dangereuse l'inhalation des anesthésiques, et à cause de la « nécessité de l'opérer assise. Il céda cependant à ses supplications et l'opération « fut pratiquée le 11 septembre 1852.

« La malade fut promptement endormie par l'éther. Le procédé suivi fut celui « de l'éponge placée dans une vessie. Je puis, dit M. Barrier, affirmer que nous « étions sur nos gardes, et qu'un aide tenait l'artère sous son doigt. L'anesthésie « étant complète, je commençai l'opération par l'incision des parties molles, ce « qui obligea d'écarter l'éponge de dessous le nez; par conséquent l'air pouvait « passer en assez grande quantité par les narines. Je liai quelques vaisseaux sur « les bords de l'incision, et j'allais attaquer l'os avec le ciseau, ou plutôt j'avais « déjà porté le ciseau sur les limites de la tumeur et coupé l'apophyse montante, « quand je m'aperçus, et les assistants avec moi, que la respiration s'arrêtait. Je « suspendis l'opération et je fis complétement retirer l'éponge qu'on avait jusqu'à « ce moment approchée et éloignée alternativement des narines, suivant les « mouvements de la manœuvre opératoire. L'alarme fut grande et partagée par « tous les assistants. La respiration avait cessé et le pouls ne se sentait pas au « poignet, ni à la région précordiale, ou n'y était perçue que d'une manière très« douteuse, Aussitôt, la malade et son fauteuil furent renversés en arrière pour « placer le corps et la tête dans une position horizontale. La face était extrême« ment pâle, cadavéreuse, les yeux ternes et immobiles. Frictions sur les tempes « et la poitrine avec le vinaigre et l'ammoniaque; compression alternative du « thorax et de l'abdomen pour exciter les mouvements respiratoires; insufflations « dans la trachée avec une sonde en argent, tout resta inutile. L'autopsie ne put « être faite.

« La quantité d'éther, non pas absorbée, mais employée, fut au plus de 30 « grammes. L'hémorrhagie fut peu considérable et le sang ne coula pas dans le « pharynx. »

S'il est vrai que le bilan mortuaire de l'éther soit moins considérable que celui du chloroforme, faisons remarquer que ce dernier est employé dans des proportions énormes par rapport au premier. Concluons donc, d'une part, que l'éther peut tuer comme le chloroforme, aussi soudainement que lui; qu'alors même que son action toxique serait moins énergique, les malheurs qu'on a à lui reprocher, moins nombreux proportion gardée, il devrait encore occuper un plan secondaire, en raison des avantages incontestables que présente le chloroforme. Celui-ci, en effet, présente une odeur non-seulement moins désagréable, mais que tout le monde à peu près peut supporter. On ne pourrait pas en dire autant de l'éther.

L'action irritante exercée sur la muqueuse bronchique par le chloroforme est infiniment moindre que celle de l'éther, qui a plus d'une fois amené des inflammations mortelles des organes thoraciques. Enfin, il est rare de trouver des individus totalement réfractaires au chloroforme, ce qui n'était pas très-rare avec l'éther. Il résulte donc de ce que nous venons d'exposer que dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action toxique du chloroforme, si l'observation des règles que la prudence peut suggérer dans son administration, ni son remplacement par l'éther ne peuvent donner au malade une sécurité complète.

Nous n'insisterons pas sur le conseil donné, il y a quelques années, par M. le docteur Sanski, de placer les opérés dans la position horizontale, dans l'espoir de rendre les syncopes moins fréquentes et moins graves.

Assurément la précaution est bonne et, autant que possible, il faut l'observer; mais il suffit de se rappeler les faits précédemment exposés pour se convaincre qu'elle est insuffisante pour prévenir des accidents mortels.

Après avoir recherché les moyens d'éviter les accidents résultant de l'action du chloroforme, il nous reste à voir si ces accidents survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Parmi les moyens employés, la plupart sont ceux auxquels on a recours dans les cas ordinaires de syncope. Nous ne les rappellerons pas ici, car ils sont connus de tous les praticiens. Nous dirons seulement que, jusqu'à ce jour, ils sont restés complétement impuissants.

Des expériences tentées par M. Plouvroz sur les animaux, l'avaient porté à penser que l'insufflation pulmonaire conjurait efficacement les accidents formidables produits par le chloroforme ou l'éther. Mais en lisant les observations précitées, on se convaincra que l'insufflation, employée plusieurs fois, n'a pas eu plus de succès que les autres moyens qui lui ont été adjoints. Cependant, trois faits rapportés par M. Ricord sembleraient donner de l'importance aux expériences de M. Plouvroz, et démontrer que l'insufflation pulmonaire est de nature à rendre de grands services dans les cas de péril imminent. Il y a une distinction importante à établir dans les observations de M. Ricord. Nous y trouvons en effet :

1° Le fait même de l'insufflation pulmonaire qui, malgré la rareté de ses succès, nous semble devoir être recommandée à l'attention des chirurgiens.

2° Le mode selon lequel doit être pratiquée cette opération.

M. Ricord veut que ce soit de bouche à bouche, il semble préférer cette méthode aux autres manières de faire pénétrer l'air dans les poumons.

Voici, en effet, comment s'exprime notre éminent collègue :

« Maintenant n'est-il pas permis de conclure que, dans le cas de mort immi-
« nente par suite de l'action du chloroforme, l'insufflation directe de l'air et bouche
« à bouche, du médecin au malade, paraît être un moyen plus efficace et plus
« sûr que tous les autres moyens conseillés en pareil cas; plus efficace et plus
« prompt que tous les autres moyens d'insufflation artificielle avec des tubes ou
« des sondes? Désormais le médecin qui négligerait d'y avoir recours assumerait
« sur sa tête une grande responsabilité. » (*Union médicale*, 20 novembre 1849.)

Sans vouloir atténuer en rien l'intérêt des observations de M. Ricord, nous nous permettrons cependant d'objecter que l'insufflation bouche à bouche, déjà mise en usage avant lui par M. Barrier, a non-seulement échoué pour rappeler le mourant à la vie, mais encore qu'il a fallu y renoncer et recourir au tube laryngien, parce qu'elle laissait passer l'air dans l'estomac.

Enfin, il est un moyen, proposé il y a quelques années par M. J. Guérin (Séance de l'Académie de médecine du 9 janvier 1849), et que son auteur vient de rappeler de nouveau à l'attention des praticiens, dans une circonstance importante. Nous voulons parler de la cautérisation pharyngienne au moyen de l'ammoniaque.

M. Jules Guérin a conclu de ses expériences sur les animaux aux heureux résultats qu'on pourrait obtenir de la cautérisation pharyngienne, dans l'intoxication par le chloroforme. Comme ce moyen appliqué antérieurement à un autre point de vue, dans le traitement d'autres maladies, n'a point encore été employé chez l'homme dans le cas particulier dont il est question, nous ne pouvons nous prononcer positivement à son égard.

Cependant, en considérant d'une part la pénurie de la thérapeutique en semblable occurrence, d'autre part les succès évidents que M. Jules Guérin dit avoir obtenus sur les animaux, nous pensons que c'est un moyen qu'on ne devrait pas négliger le cas échéant.

CONCLUSIONS.

Le fait qui sert de base à ce rapport, et ceux dont nous l'avons fait suivre, nous paraissent de nature à établir les propositions suivantes :

1° Le chloroforme peut causer la mort presque instantanément, et comme par une espèce de sidération, semblable à celle que déterminent, chez l'homme, certains poisons violents.

2° La mort paraît causée en général par la cessation brusque des mouvements du cœur, par une véritable syncope.

3° Dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature.

Cette disposition peut même se développer de telle sorte que des individus, déjà plusieurs fois soumis avec succès à l'action du chloroforme, ont pu succomber plus tard, sous l'influence de cet agent.

4° Jusqu'à ce jour, la science ne possède aucun moyen de reconnaître ces idiosyncrasies. Il est seulement contre-indiqué de recourir au chloroforme chez les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; chez ceux qui sont extrêmement affaiblis par les hémorrhagies, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme.

Il est certains individus chez lesquels le chloroforme détermine une excitation très-violente, avec raptus vers l'encéphale, tellement prononcé qu'on peut craindre chez eux des conséquences funestes, ainsi que votre rapporteur, dans un travail lu en 1849 à l'Académie de médecine, en a fait connaître des exemples. Chez ceux-là, on ne doit pas insister. Il en est de même, enfin, pour quelques individus évidemment réfractaires à cet agent, et qui, bien que plongés dans une insensibilité voisine du collapsus, ne s'en livrent pas moins aux démonstrations les plus violentes, sous l'influence de la moindre cause d'excitation.

5° L'art ne possède aucun moyen certain d'enrayer la marche des accidents produits par l'inhalation du chloroforme, et d'en prévenir les funestes résultats.

Nous devrions peut-être terminer ici ce travail déjà très-étendu; cependant, nous croyons de notre devoir d'examiner encore une question fort grave : celle de savoir si les malheurs produits par l'inhalation du chloroforme sont de nature à pouvoir engager la responsabilité des médecins, et dans quelles limites. On conçoit combien il est délicat d'aborder une semblable question, et combien il est difficile de la résoudre. Il importe cependant d'autant plus de ne pas l'éluder, que déjà plus d'une fois les tribunaux ont cru devoir en connaître, et que même ils ont rendu des arrêts propres à jeter les médecins dans une grande perplexité. Aussi, le docteur Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, a-t-il adressé, il y a peu de jours, à l'Académie impériale de médecine, les questions suivantes à propos de l'affaire Triquet (séance du 17 mai 1853).

« 1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre anesthésique, dans la
« pratique médicale?

« 2° Dans le cas d'affirmation, existe-t-il, dans l'état actuel de la science, des
« préceptes certains pour éviter des accidents de mort?

« 3° Si ces préceptes n'existent pas, quel doit être le rôle du médecin envers
« les malades, la société et la loi? »

Dans le cours de ce travail, nous avons déjà répondu à la seconde question posée par notre honorable confrère; nous allons examiner les deux autres avec liberté et franchise.

Malgré les catastrophes dont le chloroforme a été la cause, nous n'hésitons pas à reconnaître toute l'importance de son emploi, et à dire qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgicale. Il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'usage, et, comme l'a dit fort heureusement notre honorable collègue, M. Chassaignac : Les malheurs du chloroforme n'y feront pas plus renoncer que les accidents des chemins de fer n'arrêteront l'usage de ces précieux moyens de transport. Quand d'immenses avantages sont dus à une invention, il n'est pas dans la nature de l'homme d'y renoncer, en vue des quelques inconvénients qui y sont attachés.

Et maintenant, l'emploi du chloroforme étant admis comme une nécessité dans la pratique, dans quelles limites l'usage doit-il en être restreint?

Nous établissons à ce sujet une distinction dans les opérations chirurgicales. Tantôt l'anesthésie, poussée même jusqu'à la résolution, est nécessaire pour se débarrasser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte à l'accomplissement de certains actes chirurgicaux, tels que la réduction de certaines luxations, de certaines hernies et de quelques cas de cathétérisme difficile. Ici le but ne peut être atteint sans le secours de l'anesthésie; en conséquence, nous ne pensons pas que le chloroforme, employé selon les règles de l'art, puisse jamais engager la responsabilité du chirurgien.

2° Dans d'autres cas, et c'est le plus grand nombre, le chloroforme n'est qu'un moyen d'éviter la douleur attachée aux opérations. Il est alors désiré par les malades; il est même souvent imposé par eux. Sans doute, en face des malheurs aujourd'hui connus, le praticien ne doit point y recourir lorsque les opérations sont peu douloureuses; mais quelles limites pourront lui être imposées à cet égard? On sait que si quelques malades affrontent facilement la douleur, la plupart en ont une horreur invincible, et sachant qu'il existe un moyen de les y soustraire, ils le sollicitent ardemment, et ne veulent même subir l'opération qu'à la condition d'être anesthésiés.

Mais s'ils ne savent pas complétement qu'ils s'exposent à des dangers sérieux, le chirurgien doit-il les en instruire? nous ne le pensons pas. N'y a-t-il pas, en effet, de l'inconvénient à les préoccuper ainsi au moment où ils vont subir une opération. Nous croyons donc que l'application des cas où il convient d'accorder ou de refuser le chloroforme, doit être entièrement laissée à l'appréciation du chirurgien, et, par conséquent, celui-ci n'encourt pas de responsabilité. La seule condition que nous y mettions, c'est que le malade en ait exprimé vivement le désir.

Un des considérants du jugement rendu dernièrement par le tribunal de police correctionnelle de Paris, à propos de l'affaire Triquet, porte qu'on ne doit recourir au chloroforme que dans les opérations les plus graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade et dans celles où l'immobilité est une condition essentielle au succès de l'opération.

Malgré le respect que nous inspirent les arrêts de la justice, nous n'hésitons pas à dire que si les règles que nous venons d'énoncer passaient dans la jurisprudence, il faudrait renoncer à l'anesthésie, ou laisser le corps médical sous le coup de la responsabilité la plus grave.

Tous les chirurgiens savent très-bien que ce n'est point d'après la gravité des opérations, mais d'après l'intensité de la douleur qu'elles doivent causer, qu'ils se déterminent à faire usage du chloroforme. De plus, s'il faut réserver celui-ci pour les opérations dans lesquelles, suivant les termes du considérant, la force de la dou-

leur est de nature à vaincre la force physique du malade, nous ne savons réellement s'il en existe de pareilles, et à ceux qui soutiendraient le contraire, nous demanderions si, depuis la découverte du chloroforme, la chirurgie s'est enrichie de quelqu'opération auparavant rejetée comme trop douloureuse ?

L'arrêt dont il s'agit admet l'emploi du chloroforme dans le cas où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération.

Il semblerait résulter de cette opinion que le chloroforme a apporté dans la pratique de la chirurgie une sécurité inconnue avant lui.

Eh bien ! nous n'hésitons pas à le dire, c'est encore là une erreur. En effet, avant que l'emploi des anesthésiques fût connu, les malades qui se décidaient à subir une opération puisaient dans leur propre volonté la force nécessaire pour rester immobiles, ou bien ils pouvaient être contenus par des aides, lorsqu'on craignait que leur volonté fût impuissante. Depuis l'usage du chloroforme on obtient, il est vrai, l'immobilité en poussant à ses dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à l'inhalation, jusqu'à presque la résolution ; mais on ne peut jamais savoir quelle sera la durée de cet état ; et souvent il arrive qu'avant la fin de l'opération, les malades exécutent des mouvements automatiques involontaires et d'autant plus préjudiciables qu'ils sont imprévus et violents. Il n'est pas un chirurgien qui, opérant avec de telles conditions, n'ait été plus ou moins gêné dans ses actes, et n'ait regretté l'obligation où il avait été de recourir à l'anesthésie. Nous dirons donc ici avec assurance que si le chloroforme est un bienfait pour l'humanité, qu'il soustrait à la douleur, il est certainement pour la chirurgie une source de préoccupations et de difficultés.

J'ai hâte d'arriver à la conclusion de ce travail, messieurs. L'observation de M. Vallet et celles que nous en avons rapprochées prouvent que le chloroforme et l'éther, alors même qu'ils sont purs et bien administrés, peuvent déterminer la mort ; sans doute la théorie ne permet pas de méconnaître les dangers de l'anesthésie.

Comment concevoir, en effet, qu'un agent qui jouit de la singulière propriété de suspendre la sensibilité, d'empêcher la douleur, cette sentinelle de la vie, qui permet à l'homme de se soustraire aux causes de destruction dont il est environné ; comment, dis-je, concevoir qu'un tel agent puisse être toujours impunément employé ?

Mais ce qu'on ne pouvait prévoir, c'est que la mort ait lieu d'une manière imprévue, soudaine, comme par une espèce de sidération, sans que l'on puisse arrêter la marche des accidents, ou en conjurer la terminaison funeste. Il est vrai de dire que les malheurs imputables au chloroforme sont en proportion très-minime eu égard au nombre immense des circonstances où on a recours à lui. Mais, il est vrai aussi que les prédispositions individuelles auxquelles il emprunte sa léthalité, ne pouvant être prévues, la question de vie ou de mort est posée pour le malade, toutes les fois qu'on en fait usage, ainsi que l'a fort bien dit notre honorable collègue M. Sédillot.

Aussi, le chirurgien prudent devra toujours avoir devant les yeux cette terrible éventualité, et devra par conséquent s'entourer de toutes les précautions que la prudence réclame. Les précautions sont évidemment de ne recourir au chloroforme qu'avec une extrême réserve, de l'administrer avec égale réserve, et surveiller toutes les règles aujourd'hui indiquées, et en surveillant surtout très-attentivement l'état du pouls et de la respiration. C'est ainsi seulement qu'il pourra mettre à l'abri sa responsabilité vis-à-vis de la société et vis-à-vis de lui-même.

La Commission, dont je suis l'organe, a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Vallet de son intéressante communication ;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les n*^{os} 16, 23, 28, 29, 36, 53, 58, 69.)

Les phénomènes continus de l'hystérie existent dans l'hystéro-épilepsie ; de là, la nécessité de chercher dans des phénomènes d'un autre ordre les bases du diagnostic.

Les individus qui sont frappés d'une attaque épileptique intense et violente présentent, au moment même de l'attaque, des symptômes extérieurs différents de ceux par lesquels se traduisent les grandes attaques d'hystérie. L'étude comparative de ces symptômes est une condition jusqu'à un certain point indispensable pour arriver à reconnaître la complication de l'hystérie avec l'épilepsie.

Les attaques d'épilepsie complètes, les grandes attaques, comme on les appelle, se composent de trois stades qui ne manquent jamais : le premier est très-court, il ne dure qu'une fraction de minute, il est caractérisé par la contraction spasmodique violente et énergique de tout l'appareil musculaire de la locomotion, il équivaut à une contraction tétanique universelle, il détermine immédiatement des phénomènes d'asphyxie au milieu desquels on a vu quelquefois survenir la mort des malades.

Le second stade, dont la durée varie entre quelques fractions de minute et un quart d'heure, se manifeste par des accidents cloniques qui ne sont pas entièrement dépourvus de régularité : à la coloration asphyxique de la face, coloration qui persiste à un certain degré, se joignent des mouvements plus ou moins rapides de flexion et d'extension successives des membres, pendant lesquels les bras et les jambes tendent à s'écarter de la ligne médiane ; le tronc s'incurve en arrière.

Dans le troisième stade, le malade sort de son accès et commence à se mettre en rapport avec le monde extérieur ; il revient peu à peu au sentiment et à la connaissance qu'il a perdus dès l'invasion de l'attaque et passe par un état maniaque qui, dans un grand nombre de cas, est à la vérité rapide et fugace, mais qui toujours dure assez longtemps pour être remarqué.

Le troisième stade cesse ordinairement au bout de quelques minutes, dans certains cas au bout d'un quart d'heure.

Le malade émet des idées absurdes ; ses paroles annoncent qu'il ignore le lieu où il se trouve, qu'il ne reconnaît pas les personnes par lesquelles il est environné, et qu'il ne possède en aucune manière la conscience de ses propres sensations : tel épileptique dira en sortant de son attaque : « *Je vais m'envoler ;* » tel autre : « *Je vais fondre.* » Ainsi font certains fous qui s'imaginent avoir des ailes, ou qui se croient de cire ou de glace.

Plus les attaques se sont répétées, plus l'épilepsie est ancienne et plus le dernier stade des accès se prolonge ; il arrive un moment où il jette les malades dans un état de démence qui finit par devenir permanent.

L'attaque violente d'hystérie simple, d'hystérie non compliquée d'épilepsie, ne présente pas les trois stades que nous venons de décrire, elle offre dans un premier temps une sensation de suffocation dont il a été parlé plus haut ; à cette sensation succèdent l'extension en dehors de tous les membres et l'incurvation du tronc en arrière, phénomènes qui se produisent avec un certain degré de permanence et avec des alternatives moins répétées que chez les épileptiques.

L'attaque hystérique se manifeste presque toujours avec des redoublements multipliés ; il est très-rare de rencontrer des malades qui aient une attaque hystérique unique et rapide ; ordinairement plusieurs accès apparaissent successivement, les intervalles qui les séparent sont quelquefois très-prononcés, d'autres fois ils sont à peine sensibles, dans certaines circonstances ils s'écoulent au milieu d'un état particulier de somnolence et d'accablement ; leur durée oscille en général entre une demi-heure et une heure. Nous résumerons notre pensée en disant que les attaques hystériques sont ordinairement redoublées à l'encontre de ce qu'on observe pour les attaques épileptiques, de telle sorte qu'il est possible, avec un peu d'habitude et de sagacité, de distinguer les unes et les autres par la seule considération de leur mode de succession, non moins que par leur physionomie spéciale.

Si on rapproche des différences que nous venons de mentionner les phénomènes intermédiaires aux accès, on possédera, hors les cas de complication, les éléments d'un diagnostic certain.

Lorsqu'il s'agit d'une affection hystéro-épileptique, le problème à résoudre est de beaucoup plus complexe et plus difficile : il est ordinaire, en pareille occurrence, que les symptômes de strangulation propres à l'hystérie se développent dans le cours de l'attaque épileptique ou au moment de son déclin ; il résulte de là que les malades passent par les anomalies de l'innervation qui appartiennent à l'épilepsie pour arriver à celles qui caractérisent les accès hystériques. Le contraire peut avoir lieu.

C'est ordinairement par l'absence de répétition de l'accès qu'on distingue les attaques d'épilepsie hystérique : une femme qui sera sujette à la fois à l'épilepsie et à l'hystérie pourra pré-

senter des accès d'hystérie plus ou moins fréquents, plus ou moins répétés, puis à de longs intervalles, de mois en mois par exemple, une attaque épileptique unique. Les personnes qui lui donneront des soins ne tarderont pas à reconnaître l'attaque épileptique au milieu des accès hystériques, à remarquer qu'elle se passe dans un temps relativement assez court, à prévoir qu'elle sera unique ; aussi, bien que cette attaque participe de la forme de l'hystérie, comme elle demeurera isolée et ne se répétera pas, elle devra à cette circonstance, souvent la seule qui puisse éclairer le diagnostic, de n'être pas confondue avec les accès ordinaires de l'hystérie.

Le passage de l'attaque épileptique à l'aberration des facultés intellectuelles qui constitue les formes de la manie aiguë est un fait qu'on observe quelquefois dans l'hystérie.

Là encore se présente une difficulté de diagnostic.

Il n'est pas sans exemple de voir des hystériques frappées d'aliénation mentale, avant ou après un accès, et même en dehors de tout accident paroxystique. La folie qui se déclare dans ces conditions participe à un certain degré des formes de la monomanie, elle porte sur une idée exclusive plus ou moins bizarre, mais toujours la même. L'aberration des facultés intellectuelles succédant aux paroxysmes nerveux, d'après ce qui vient d'être dit, ne doit pas être considérée comme un moyen de diagnostic, il faut ajouter toutefois qu'à la suite des attaques d'hystérie on ne voit pas, comme à la fin des accès d'épilepsie, le retour à la connaissance s'effectuer par le passage à des états de démence intermédiaire.

Les épileptiques n'ont pas seulement de grandes attaques; dans l'intervalle de ces grandes attaques, ils sont fréquemment et presque uniquement sujets à ce qu'on est convenu de désigner sous le nom de petites attaques ou de vertiges épileptiques. Une des malades actuellement placées dans nos salles présente la confirmation de la remarque que nous faisons ici : aujourd'hui même elle a été prise d'une perte de connaissance subite et instantanée dont elle est sortie après un temps assez court; elle n'est pas anesthésique. Nous l'avons interrogée pour savoir si elle n'éprouve jamais autre chose que des accidents comparables à celui dont nous avons été témoin; nous avons appris que de temps en temps elle ressent des étourdissements fugaces pendant lesquels paraissent tourner les objets environnants; tel est le caractère habituel du vertige épileptique. Cette femme est manifestement épileptique. Dr A.-H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Injections iodées.

Notre devoir, en qualité d'observateur consciencieux et sévère, est de combattre les tendances erronées, les idées préconçues qui conduisent aux mécomptes et égarent les jeunes praticiens.

A quoi nous servirait donc de passer notre vie entière dans les amphithéâtres ou les salles des malades !

Nous regrettons bien vivement que notre confrère, M. Boinet, ait fait semblant jusqu'ici de ne pas nous comprendre à cet égard et qu'il ait voulu donner à nos intentions un tout autre motif, toutes les fois que nous avons eu à nous occuper des injections iodées. — Nous lui ferons observer, une fois pour toutes, que nous ne faisons pas, nous, de la médecine spéculative.

Notre dernier article du 4, sur les injections d'iode, ne contient qu'un seul point qui méritât de fixer sérieusement l'attention de notre confrère et qui dût être relevé par lui; nous le lui avions signalé, c'est le défi porté à la méthode par le mot impossible. Il a laissé de côté ce point capital pour nous accuser encore une fois de l'avoir mal lu, de ne pas connaître ou d'avoir oublié ce qu'il a écrit. Pour nous convaincre, il cite ensuite le passage où il dit ce que nous lui avons répété à satiété, c'est-à-dire qu'il emploie un traitement général en vue de modifier, dit-il, une constitution générale *souvent cause efficiente du mal à changer*. Mais la méthode qui a la prétention de guérir l'abcès en guérissant l'os malade par le contact du liquide iodique, n'admet que secondairement ce traitement général, et comme remplissant une indication générale.

Nous n'avons donc pas été oublieux en disant que la méthode avait la prétention de guérir l'abcès uniquement par les injections iodées, car le traitement général n'en fait pas partie intégrante.

Quand on s'est occupé de la question des injections iodées aussi longtemps et aussi expérimentalement que nous, on a le droit de dire sa pensée avec toute franchise, sans encourir le blâme d'être hostile à un système que nous préconisons au contraire. Cette position nous impose le devoir de nous élever contre tout ce qui n'est pas conforme à l'observation.

Pour la dernière fois, nous prenons publiquement l'engagement de prouver mathématiquement à notre confrère que sa méthode, telle qu'il l'entend, est une pure chimère à laquelle personne ne saurait plus croire sans pécher contre le bon sens, à laquelle personne ne croit plus.

L'avons-nous donc encore calomnié quand nous avons dit que le docteur Hamelius, de Louvain, n'avait employé les injections iodées à intervalles un peu plus rapprochés que lui?

M. Boinet dit qu'il ouvre l'abcès aussitôt que la fluctuation se fait sentir, qu'il emploie immédiatement les injections d'iode qu'il renouvelle tous les cinq, six, sept, huit ou dix jours, jusqu'à la guérison (*Compte rendu des séances de la Société de chirurgie*).

M. Hamelius les a employées tous les deux et trois jours, la différence n'est donc pas si grande.

Quant à nous, nous n'avons jamais fait autant d'injections iodées ni à intervalles si rapprochés que M. Boinet, et cependant il dit que nous conseillons des injections tous les jours.

On le voit, la lettre de notre confrère n'est qu'un hors-d'œuvre ; elle élude à dessein le point capital pour se jeter dans des faux-fuyants.

Ceux qui guérissent des abcès par congestion (nous entendons parler des abcès distants de l'os malade) par les injections iodées, y compris M. Boinet lui-même, ne les guérissent que dans les conditions que nous avons nettement et clairement définies, c'est-à-dire quand l'altération osseuse est guérie ou en voie de l'être, et alors les injections n'agissent absolument que contre la poche purulente elle-même.

C'est ce que la logique, la physique, la physiologie et l'anatomie pathologique nous ont appris. On guérit donc par notre méthode et non par celle de M. Boinet.

M. Huguier, qui vient d'obtenir à Beaujon un beau succès, que M. Boinet nous convie à aller voir, ne saurait prétendre avoir guéri dans d'autres conditions, et l'exemple de guérison par nous obtenue depuis dix-huit mois, et que nous pourrions lui montrer, à notre tour, concorderait parfaitement avec le sien.

Les discussions scientifiques seraient plus que puériles, si elles n'aboutissaient qu'à une satisfaction d'amour-propre; celle sur les injections iodées appliquées au traitement d'abcès par congestion est parvenue à établir, d'une manière définitive, que celles-ci ne guérissent point l'os malade, mais seulement la poche purulente quand la lésion osseuse est guérie, c'est-à-dire qu'elles n'agissent pas autrement que dans un vaste abcès froid ordinaire. La pratique saura en tirer son profit.

Abeille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour l'agrégation en sciences accessoires.* — Retardée de deux jours par suite de l'absence de l'un des juges, la séance d'ouverture du concours d'agrégation pour les sciences accessoires (anatomie et chimie) a eu lieu avant-hier, mercredi 8 du mois. Le jury se trouve définitivement constitué ainsi qu'il suit : *Président*, M. Bérard ; *Juges titulaires*, MM. Denonvilliers, Malgaigne, Wurtz, Gavarret, Bouchardat, professeurs; MM. Favre et Béclard, agrégés ; *Juges suppléants*, MM. Moquin-Tandon et Requin, professeurs; M. Duméril, agrégé. Les concurrents inscrits qui ont répondu à l'appel sont : pour l'anatomie, MM. Fano, Dupré, Segond et Verneuil; pour la chimie, MM. Figuier, Leconte, Orfila et Brame.

Les séances du concours auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

La question écrite a été traitée jeudi par les candidats. Elle était ainsi conçue : *L'os. — Anatomie de texture. — Physiologie. — Chimie. — Le rachitisme.*

On a entendu dans la séance d'hier, vendredi, la lecture des compositions de MM. Dupré, Fano et Segond. On entendra lundi MM. Leconte, Orfila et Verneuil; mercredi M. Figuier.

L'un des compétiteurs inscrits pour la chimie, M. Brame, a annoncé, par une lettre adressée au président au moment de la remise de la question écrite, qu'il se retirait du concours.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 71. 1re année. Mardi 14 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Rapport de M. Robert sur les accidents produits par le chloroforme. — Quelques remarques sur l'emploi du chloroforme. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par le Dr Racle. (*Suite.*) — HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. Quelques mots sur un cas de paralysie générale aiguë chez un phthisique, par M. D. Calvo. — Décret impérial portant promulgation de la convention sanitaire internationale conclue entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 13 juin 1853.

Rapport de M. Robert sur les accidents produits par le chloroforme.

L'important et remarquable rapport de M. Robert, quelque étendu qu'il soit, est loin cependant d'avoir traité toutes les questions qui se rattachent à l'emploi du chloroforme. Les lacunes laissées dans ce travail sont même assez nombreuses pour que nous ne tentions point de les combler dans cette courte appréciation ; nous laisserons ce soin aux honorables membres de la Société de chirurgie qui prendront la parole dans la discussion qui va s'ouvrir et qui ne peut manquer d'avoir un vif intérêt.

Nos remarques succinctes porteront donc exclusivement sur quelques-uns des points traités par M. Robert.

Parmi les lésions anatomiques trouvées sur les cadavres des personnes empoisonnées par le chloroforme, lésions que M. Robert a fait remarquer justement être peu caractéristiques, peut-être regrettera-t-on que M. Robert n'ait pas insisté davantage sur les bulles de gaz, tantôt rares, tantôt très-abondantes, et dont l'existence a été à peu près constante, lorsque l'autopsie a été faite avec tous les soins désirables. A ce sujet, M. Robert a même commis une légère erreur, dont l'importance n'est peut-être pas bien grande, mais que nous ne croyons cependant pas inutile de rectifier. Suivant l'habile rapporteur, on n'aurait trouvé des bulles de gaz que dans trois seulement des six faits qu'il a analysés, à savoir dans ceux de MM. de Confévron, Gorré et Mayer. M. Robert a sans doute oublié que dans le cas du dentiste Fisher, la carotide interne, l'artère vertébrale et les vaisseaux du cerveau contenaient beaucoup de bulles d'air (c'est M. Robert qui l'écrit) ; il a oublié que, dans le cas de M. Barrier, les *parois ventriculaires étaient* humectées *par une écume fine* (c'est encore M. Robert qui l'écrit), et qu'il n'y a pas d'écume possible sans la présence simultanée d'un liquide et d'un gaz. Quant au sixième fait (quatrième du rapport de M. Robert), celui de M. Roock, l'absence de gaz n'est notée que pour l'oreillette gauche ; sa présence dans d'autres parties du système vasculaire reste donc très-douteuse. Ainsi, sur les six faits analysés par M. Robert, il y en a au moins cinq dans lesquels le système vasculaire sanguin contenait une plus ou moins grande quantité de gaz, et une altération qui se rencontre dans cette proportion est on ne peut plus digne de l'attention des observateurs ; elle en est digne surtout à cause des explications bizarres, presque absurdes même qu'en ont données des hommes de talent, lors de la grande discussion académique, pour se rendre compte, à leur manière, de la mort de mademoiselle Stock, et pour l'attribuer à une tout autre cause qu'à l'inhalation chloroformique. Peut-être M. Robert aurait-il trouvé dans les remarques que nous présentâmes à l'époque, sur les explications dont il s'agit, quelques aperçus qui n'auraient pas été indignes de figurer dans son rapport.

Ceux de nos lecteurs qui se rappellent notre discussion avec deux habiles chirurgiens, MM. Baudens et Sédillot, comprendront combien nous approuvons l'appréciation de M. Robert relative aux opinions de ces deux praticiens distingués, appréciation qui se trouve exposée presque dans les termes où nous l'avons exprimée nous-même en diverses circonstances. Nous n'approuvons pas moins la sage critique que M. Robert a adressée au travail, fort intéressant d'ailleurs, de notre savant ami M. Chassaignac.

Un des paragraphes les plus utiles, au point de vue pratique, du rapport de M. Robert est sans contredit celui qu'il consacre à la comparaison de l'anesthésie par l'éther et par le chloroforme. Les réflexions de M. Robert sur cette prétendue innocuité relative de l'éther sont de la plus grande vérité, et peut-être même auraient-elles acquis plus d'importance, s'il les avait généralisées et s'il avait embrassé par conséquent, dans le jugement qu'il a porté, tous les anesthésiques présents et futurs, sans en excepter cet anesthésique moins nouveau (1) que grotesque, qu'un journal peu scientifique a voulu patronner de sa triste autorité. Comment expliquer que des hommes qui ont quelques notions de physiologie puissent croire à l'innocuité d'un agent, quel qu'il soit, qui affecte le système nerveux au point de suspendre toute sensibilité ! et si ces hommes ne possèdent pas les premiers éléments de la science, ne pourrait-on pas, dans l'intérêt de quelques lecteurs irréfléchis, caractériser d'un seul mot des niaiseries aussi indignes des lecteurs sérieux.

M. Robert n'a mentionné qu'un certain nombre des mille

(1) Cet anesthésique (la vesse de loup) avait déjà été signalé, dès 1848, parmi les innombrables succédanés de l'éther et du chloroforme.

moyens déjà imaginés pour prévenir ou pour combattre les accidents de l'éthérisme, et encore n'a-t-il accordé qu'une valeur très-minime à ceux dont il a parlé; en cela encore le rapport mérite nos éloges, mais pas autant qu'il les aurait mérités si, à l'exemple de notre judicieux maître et ami M. Nélaton, il avait fait la part moins grande encore et à l'insufflation et aux expériences doublement équivoques de M. Plouviez.

Les faits et les opinions que M. Robert a si bien exposés dans la première partie de son rapport, il les a non moins bien résumés dans les cinq conclusions qui la terminent. Nous serions à peu près sans objections contre ces conclusions, si, dans la cinquième, M. Robert n'avait pas appliqué le mot *certain* aux moyens curatifs qu'il venait d'apprécier avec tant de justesse. Dire qu'on n'a pas de moyen certain, c'est dire qu'on en a de *presque certains;* or, ce n'est point là ce que M. Robert a voulu dire. Il faut donc à la place du mot certain mettre ceux-ci ou quelque chose d'équivalent : aucun moyen *dont l'efficacité soit rigoureusement démontrée.*

M. Robert ne s'est point contenté d'envisager, dans son rapport, la question du chloroforme au point de vue chirurgical, il l'a envisagée avec non moins de succès au point de vue de la responsabilité médicale.

Tout en faisant quelques réserves touchant les indications que pose M. Robert pour l'application du chloroforme, nous ne saurions trop applaudir aux critiques d'une justesse frappante que M. Robert a faites des considérants d'un récent arrêt, critiques déjà formulées par notre cher collaborateur, M. G. Dumont, avec la circonspection imposée actuellement à la presse périodique, mais que M. Robert a eu le mérite de présenter avec plus de force et de netteté. Peut-être, puisque M. Robert était en veine d'indépendance et jusqu'à un certain point de courage, n'aurait-il pas mal fait de signaler, entre autres conséquences de l'acte qu'il examinait, cette singularité que les mêmes faits, les mêmes accidents qui sont maintenant coupables ici, ne le sont ni à Boulogne, ni à Strasbourg, ni à Orléans, ni à Lyon, etc. Que M. Robert, que les membres qui se proposent de prendre la parole songent sérieusement à ce point de vue ; car la responsabilité médicale est sérieusement menacée ; elle serait gravement compromise si la cour venait à confirmer l'arrêt des premiers juges, ce qui serait presque certain, d'après des augures médicaux qui ont joué un assez triste rôle dans l'affaire dont il s'agit.

Ce ne serait pas un des moins beaux services que la Société de chirurgie aurait rendus à la science et à la profession, que celui de faire passer dans l'esprit des magistrats les véritables principes de la science, qui sont toujours en même temps les plus favorables aux intérêts de l'humanité. H. DE CASTELNAU.

Quelques remarques sur l'emploi du chloroforme.

Nous n'avons pas été des premiers, parmi nos confrères, à nous servir de l'éther et du chloroforme ; encore ne les avons-nous employés qu'avec réserve, en confiant l'emploi de ces agents anesthésiques à une personne exercée, et sans jamais nous en dissimuler tous les inconvénients, en même temps que nous en constations les avantages. Pourquoi le chloroforme ne serait-il pas soumis à la règle commune de tous ces agents qui calment la douleur chez les uns, l'éveillent chez les autres ; de l'opium, par exemple, qui est dans certains cas un véritable poison, dans d'autres un médicament salutaire ? A côté du bien marche le mal ; c'est la loi.

Pendant un temps, on disait (je rappellerai ici les articles de mon ami Dumont, dans le *National*), on disait : « L'usage de « l'éther et celui du chloroforme occasionneront de fâcheux ac- « cidents. » Plusieurs de nos amis, et des plus capables, semblaient le traiter de Cassandre. Personne, à cette époque, ne mourait par le fait du chloroforme (1). Aujourd'hui on n'ouvre pas un journal sans trouver la relation d'un cas de mort résultant de l'emploi du chloroforme.

Que faut-il conclure de ce changement total dans les appréciations ? Pourquoi le chloroforme, hier, disait-on, très-inoffensif, est-il capable aujourd'hui de donner la mort ? Sa nature a-t-elle changé ? Je ne le crois pas. Seulement, on a recueilli des faits, et en les enregistrant on les a commentés. Puis, comme toujours on pousse tout à l'excès et que l'on fait abus de tout, on a imputé au seul chloroforme tous les cas de mort qui avaient lieu pendant les opérations. Avant qu'on eût songé, pour la première fois, à faire usage du chloroforme pour calmer la douleur, la douleur ne tuait-elle pas ? Et puis, pendant les opérations, la mort n'était-elle pas souvent le résultat de l'entrée de l'air dans les veines ? De tout temps, il est des malades qui ont succombé avant, pendant ou après l'opération, sans qu'on ait pu toujours déterminer d'une manière positive les causes de la mort. L'introduction d'une sonde dans la vessie a souvent tué ; la ponction d'une hydrocèle, l'ouverture d'un panaris, ont été suivies, en bien des cas, d'une mort instantanée. On a vu même des malades succomber dans l'attente d'une opération. Enfin est-il sans exemple que l'opération la plus légère, la plus simple, ait été une cause de mort immédiate ?

Maintenant, de ce qu'un chirurgien a fait usage du chloroforme, si le malade est mort pendant l'opération ou avant même qu'il n'ait été opéré, doit-on pour cela attribuer la mort, dans tous les cas, à l'emploi du chloroforme ? Pour moi, je ne le crois pas.

Or, après avoir lu l'article du 17 mai 1853 *du Moniteur des Hôpitaux*, il est bien certain pour moi que le malade dont il s'agit dans cet article est mort avant l'opération ; mais rien ne prouve que cette mort puisse être attribuée au chloroforme, non plus qu'on ne le saurait prouver dans tous les cas où la cause de la mort n'est pas bien déterminée.

La syncope survenant avant que le malade n'ait été opéré l'a quelquefois tué sur-le-champ. Pourquoi donc, si la syncope arrive pendant que le chirurgien administre le chloroforme et dans le moment même où l'effet anesthésique se produit, pourquoi, sans aller s'en prendre au chloroforme, ne verrait-on pas dans la syncope elle-même la seule cause de la mort ? — Si je ne craignais d'abuser en citant des observations faites à ce sujet, observations très-authentiques, j'en aurais de nombreuses à produire. Il me suffira de dire que j'ai vu moi-même des malades succomber avant ou pendant une opération, et après l'opération presque instantanément, sans qu'on ait pu bien préciser la cause de cette mort. Et ceci je pourrais le prouver, je m'y engage, par des faits authentiques aussi.

Un mot pour terminer. Tous les chirurgiens qui ont fait des amputations près du tronc ont pu voir des malades mourir d'hémorrhagie entre leurs mains. La compression des artères a été bien faite : on a lié les artères, l'hémorrhagie a eu lieu par les veines ; on a lié les veines, elle a eu lieu en nappe par la surface du moignon. On cautérise avec le fer rouge, et malgré la cautérisation, malgré la compression, l'opéré meurt instantanément. — Enfin, de ce que par une circonstance organique extraordinaire la science possède quelques cas de mort occasionnés par une hémorrhagie à la suite des opérations les plus simples comme des plus graves, après l'extraction d'une dent, par exemple, devra-t-on jamais en conclure qu'il ne faut plus, quand il est nécessaire, arracher des dents, amputer des membres ? H. THIERRY.

(1) Notre cher et très-honoré collaborateur voudra bien faire quelques exceptions, en se rappelant nos articles dans la grande discussion académique, et la part que prirent à cette discussion Blandin et M. J. Guérin. — H. de C.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.—M. Bouillaud.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Rédigées par le Dr Racle, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir les nos* 44, 51, 56.)

De la péricardite.

L'histoire de cette maladie ne remonte pas à une époque bien éloignée. Corvisart est un des premiers qui s'en soit occupé un peu sérieusement et l'ait décrite avec quelque précision; mais sa description est presque exclusivement anatomique et il reconnaît que, dans l'immense majorité des cas, on ne peut la diagnostiquer; quant aux causes, il n'en a certainement connu aucune, quoiqu'il ait passé tout à côté de la vérité; nous aurons plus d'une occasion de revenir sur cet éclair qui a brillé un instant à ses yeux et dont il n'a pas voulu profiter. Laënnec était moins avancé encore, car il déclare qu'il l'a quelquefois devinée, mais jamais diagnostiquée, cette maladie n'ayant pas, dit-il, de signes certains. M. Louis a fait faire un pas au diagnostic en signalant la voussure de la région précordiale, mais il faut convenir cependant que jusque-là le diagnostic était demeuré vraiment très-incertain. Depuis les recherches auxquelles nous nous sommes livré, nous pouvons affirmer que rien n'est plus facile maintenant que de reconnaître une péricardite, et que les symptômes de cette affection sont aussi tranchés et aussi faciles à reconnaître que ceux d'une hydrocèle.

Caractères anatomiques.— Comme toutes les inflammations des séreuses, la péricardite entraîne des lésions dans la membrane et des altérations dans le liquide sécrété. Voici ce qu'on remarque dans la péricardite qui a duré trois ou quatre jours :

La surface interne du péricarde est injectée et présente une coloration rutilante; sa surface libre est souvent poisseuse et dépolie; la membrane fibro-séreuse a acquis une épaisseur sensible, et son tissu est quelquefois plus friable qu'à l'état normal.

A l'état normal, c'est à peine si la cavité du péricarde contient quelques gouttes de liquide. Dans l'état d'inflammation, un liquide y est sécrété et s'y accumule; on rencontre dans les péricardites intenses depuis 1 livre jusqu'à 4 livres de sérosité; dans beaucoup de cas moyens, il n'y en a que quelques onces. Dans tous les cas, ce liquide est toujours altéré, circonstance qui différencie la péricardite de l'hydro-péricarde. En effet, il se sépare en deux parties distinctes : l'une conserve l'état liquide et présente une teinte opaline, plus ou moins louche; l'autre prend la forme de masses caillebotées ou de plaques étendues sur la face interne du péricarde et sur le cœur; ces plaques prennent le nom de fausses membranes. L'élément principal de ces pseudo-membranes, c'est la fibrine; et en effet, elles présentent une grande analogie des propriétés physiques et chimiques avec la couenne du sang. Ces couches plastiques ont un aspect particulier, elles sont chagrinées, aréolées; dans certains cas, le cœur, enveloppé de ces productions, ressemble à une pomme de pin, à un ananas, à un gâteau de miel; Corvisart avait comparé ces surfaces chagrinées à la membrane intérieure du bonnet des ruminants; Hope à celles de deux assiettes enduites d'un corps gras et séparées brusquement. Cette disposition est due aux mouvements du cœur et aux alternatives d'accollement et de séparation des surfaces opposées.

Que deviennent ces produits de formation nouvelle? L'épanchement, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, peut se résorber, mais il n'en est pas de même des fausses membranes. Au lieu de tendre à disparaître, elles s'organisent, prennent de la consistance et de la solidité, forment des plaques, des brides qui s'étendent du cœur au péricarde pariétal et forment des adhérences; quelquefois ces produits s'étalent seulement sous forme de plaques laiteuses, de granulations. Enfin, dans une troisième période de leur évolution, elles s'encroûtent de matière cartilagineuse crétacée et forment des lames, des plastrons cartilagineux ou osseux sur le cœur. Ces productions passent donc successivement, comme les exsudations de ce genre, de l'état pseudo-membraneux à l'organisation celluleuse, cellulo-fibreuse, et de là à la transformation fibro-cartilagineuse et ossiforme, à des symptômes particuliers correspondant à ces divers degrés d'organisation.

M. Desclaux, qui a fait des recherches intéressantes sur la péricardite qu'on pourrait appeler *expérimentale,* a obtenu des résultats qui rappellent les lésions que nous venons de décrire. En produisant artificiellement l'inflammation du péricarde chez les animaux, chats, lapins, il a vu se former, au bout de quatre ou cinq jours, des fausses membranes aréolées, villeuses, rudes comme la langue du chat, et où déjà l'on voyait des vaisseaux de nouvelle formation; des adhérences s'étaient aussi établies. M. Leblanc est aussi arrivé aux mêmes résultats, en produisant, à l'aide d'une solution d'acide oxalique, l'inflammation du péricarde sur des animaux plus volumineux, comme des chiens et des chevaux. Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, on a observé que la péricardite s'accompagnait de quelques lésions plus ou moins prononcées d'endocardite.

Dans des cas particuliers, il se forme dans le péricarde un autre produit d'inflammation, du pus. Ce cas est rare pour la séreuse qui nous occupe et il y a certainement quelque chose de spécial dans la nature de l'inflammation qui se termine de la sorte, quelque chose qui la distingue de celle qui ne produit que des fausses membranes. Ce fait n'avait pas échappé à Hunter, qui établissait une grande différence entre l'inflammation adhésive et l'inflammation suppurative. Au reste, pour le cas qui nous occupe, nous devons faire remarquer que le pus se trouve dans des conditions favorables, qu'il est à l'abri du contact de l'air, par conséquent soustrait à une des influences qui déterminent le plus facilement sa fermentation putride, et qu'il peut être résorbé sans déterminer aucun des phénomènes des infections putrides ou purulentes.

Symptômes, diagnostic. — L'emploi bien entendu des diverses méthodes physiques d'exploration, et surtout de l'auscultation et de la percussion, permet de fonder le diagnostic de la péricardite sur les signes les plus certains et les plus invariables. Les inventeurs ou restaurateurs de ces deux dernières méthodes d'investigation ont nié la possibilité d'arriver à ce résultat, et cela semble d'autant plus singulier que nous l'avons cependant obtenu sans employer d'autres moyens que ceux qu'ils avaient à leur disposition. Il est vrai que quelques médecins continuent encore d'affirmer, avec Laënnec et Corvisart, qu'on ne reconnaît pas la péricardite; on a bien nié le *mouvement.* Nous faisons comme le philosophe qui *marchait* pour en démontrer l'existence, nous *diagnostiquons* la péricardite pour prouver que le diagnostic peut en être fait; et nous avons formellement la preuve que nous ne nous trompons pas.

On a divisé les signes de la péricardite en généraux et locaux, et ceux-ci en physiques et fonctionnels, distinction peu importante au fond, mais que nous suivrons seulement par esprit de méthode.

1° *Signes locaux, douleur.* — La plupart des auteurs indiquent comme symptôme de la péricardite une vive douleur à la région précordiale; ils insistent sur sa nature, son siége et ses irradiations; elle siége au niveau de la pointe du cœur, elle s'irradie vers le creux de l'aisselle et le bras gauche, d'autres fois vers le diaphragme, l'épigastre, les hypocondres; elle est vive, aiguë, lancinante, pongitive, elle détermine par son acuité des syncopes ou au moins des lipothymies. Tout cela nous paraît être beaucoup trop précis pour être vrai, et n'est d'ailleurs nullement confirmé par l'observation directe. La douleur n'est qu'une exagération de la sensibilité tactile ou du sentiment, et comme le cœur est dépourvu de cette espèce de sensibilité, il ne peut être le siége de douleurs. Nous ne voulons pas dire pour cela que la péricardite ne s'accompagne pas de douleurs, mais quand elle en présente, c'est seulement par suite de complications. Il résulte en effet de nos recherches que la péricardite la plus simple est précisément celle dans laquelle la douleur

manque absolument, tandis que la douleur se fait remarquer quand il existe simultanément une pleurésie, une pneumonie ou une inflammation voisine qui envahit les organes sensibles ou les nerfs plus ou moins rapprochés du cœur. Nous ne saurions assez faire ressortir l'importance de notre proposition, car elle a des applications pratiques de la plus grande importance; en effet, si on attend après le développement du symptôme douloureux pour diagnostiquer une péricardite, on méconnaîtra toutes les péricardites simples et toutes les péricardites rhumatismales, et on laissera les malades sans traitement, exposés à toutes les conséquences des affections de ce genre; et, d'un autre côté, si on persiste à considérer la douleur précordiale comme signe de péricardite, on sera exposé, ce qui n'est malheureusement que trop fréquent, à considérer comme atteints de cette affection des malades qui sont simplement atteints de chlorose ou d'affections névralgiques des points thoraciques (1).

Tout ce que nous avons vu dans la péricardite, c'est quelquefois une tendance à la lipothymie, mais sans ces affreuses douleurs qu'on a décrites; les malades ressentent alors une sorte de gêne, d'embarras au niveau du cœur, espèce de sensation pénible qui accompagne d'ailleurs toute la gêne dans l'accomplissement d'une fonction.

Rhythme du cœur, frémissement vibratoire. — Nous n'avons constaté d'accélération et de désordre dans les battements du cœur que quand il y a complication d'endocardite. Plus la péricardite est simple, moins ces désordres se manifestent. La main, appliquée sur la région précordiale, distingue dans quelques cas, et surtout au début, les battements qui se font avec régularité, mais quelquefois avec plus d'énergie que de coutume; dans une période avancée, quand le péricarde se remplit de liquide, les battements s'éloignent, deviennent profonds et par conséquent cessent d'être appréciables à l'œil et à la main. Nous avons quelquefois senti au second temps du cœur une sorte de craquement perceptible à la main, et qui peut être dû au froissement rude des fausses membranes des faces opposées de la séreuse.

Nous avons aussi quelquefois perçu, par l'application de la main, un frémissement vibratoire des plus prononcés, de sorte que nous ne pouvons plus considérer, avec Corvisart, ce phénomène comme signe des rétrécissements auriculo-ventriculaires ou aortiques; nous l'avons quelquefois trouvé tout à fait semblable au grattement produit par une étrille, et nous l'avons désigné par cette dénomination.

Voussure. — La péricardite avec épanchement donne lieu à une voussure qui est pour cette affection ce qu'est le développement d'un côté de la poitrine relativement à la pleurésie avec épanchement. Seulement ce phénomène ne survient que quand il y a une collection assez considérable de liquide; presque toujours alors le cœur a cessé d'être en contact avec la paroi thoracique et on ne peut plus en percevoir les battements par l'application de la main; en faisant asseoir le malade, il arrive quelquefois alors que les points du cœur reportés en avant puissent se faire sentir dans un point où précédemment on ne les sentait pas. Il est extrêmement facile de se rendre compte de ces effets de déplacement.

Matité. — La tuméfaction fluxionnaire du cœur et surtout l'épanchement dans le péricarde donnent lieu à une matité qui peut s'étendre dans de grandes limites; à l'état normal, son étendue varie entre 1 demi-pouce et 2 pouces carrés, et elle est toujours entourée d'une auréole où il y a un peu de sonorité, mais moins cependant qu'au niveau du poumon. Dans la péricardite, la matité augmente plus ou moins fortement; un épanchement moyen la fait doubler; elle est d'ailleurs également entourée d'une auréole de sub-matité. Ses limites latérales sont aussi sujettes à varier suivant que l'on fait coucher le malade à droite ou à gauche, et que le liquide est sollicité à se déplacer sous l'influence de la pesanteur.

Phénomènes perçus par l'auscultation. — Laënnec, M. Louis, n'ont connu aucun des signes stéthoscopiques de la péricardite. En quelques années, de 1831 à 1834, nous avons trouvé tous ceux qui la caractérisent et qui font du diagnostic une véritable opération géométrique. Ces signes diffèrent suivant que l'épanchement est abondant ou nul.

1er *cas.* L'épanchement est nul, ou bien il n'y a que quelques grammes de liquide, des flocons fibrineux caillebottés ou des fausses membranes. On entend alors un bruit de frottement particulier qui ressemble beaucoup à celui des pleurésies sèches. Ce bruit est isochrone aux mouvements du cœur, on continue à le percevoir en faisant suspendre la respiration. Il varie d'ailleurs suivant le siége, l'épaisseur des fausses membranes; nous l'avons entendu une fois dans la région des cavités droites chez un individu qui succomba et qui n'avait effectivement de fausses membranes que sur le ventricule droit; il est habituellement général; si les fausses membranes étaient bornées à la région postérieure du cœur, il est peu probable qu'on parvînt à entendre le frottement qu'elles pourraient déterminer. Ce bruit est d'ailleurs *superficiel,* il s'entend dans une *grande étendue,* il est comme *éparpillé* et ne présente pas de maximum d'intensité plutôt dans un point que dans un autre; il ressemble souvent au souffle doux perçu chez les chlorotiques; quelquefois il est un peu plus prononcé et on peut le comparer au *frou-frou* du papier ou d'une étoffe de soie. Nous reviendrons plus bas sur sa nature et ses caractères; il se produit indifféremment dans la systole ou la diastole, quelquefois dans les deux temps et il forme alors ou un double bruit ou un bruit continu. Fort, il peut cacher les battements naturels du cœur; de moyenne intensité, il n'empêche pas de percevoir le double claquement valvulaire.

2e *cas.* Quand il y a un épanchement considérable, on ne perçoit plus aucune espèce de frottement et même on cherche vainement les battements et le choc de la pointe de l'organe; en écoutant attentivement, on entend bien les claquements, mais dans l'éloignement et comme à une grande distance; il peut arriver alors qu'on perçoive encore un souffle, mais c'est alors le fait d'une endocardite qui complique la péricardite. Nous ajoutons que quand les bruits sont très-profonds, on peut, en faisant asseoir le malade, les rapprocher de l'oreille, ce qui tient au déplacement du cœur.

Les modifications de la péricardite aiguë sont rapides; au bout de quelques jours, après avoir vu successivement se produire le frou-frou précordial et l'éloignement des bruits du cœur, on entend de nouveau des bruits anormaux par suite de la résorption de l'épanchement. M. Collin, chef de clinique de Laënnec, a le premier mentionné un bruit sec qui se produit souvent alors et qu'il a nommé bruit de cuir neuf et que nous nommons craquement. Ce phénomène peut être comparé aux craquements secs des tuberculeux et reconnaît pour cause, comme chez ceux-ci, les frottements et surtout les tiraillements des fausses membranes, des brides, des adhérences établies entre les feuillets opposés du péricarde. Ce bruit a plusieurs degrés, suivant l'épaisseur et l'état de dureté des fausses membranes: quelquefois il consiste seulement en une sorte de cri comme celui d'une selle; d'autres fois il ressemble au râle crépitant de la pneumonie; enfin, dans un cas où il existait des plaques crétacées à la surface du cœur, ce bruit ressemblait à la crépitation des os fracturés.

Lorsque la maladie est guérie, il reste toujours des fausses membranes qui s'organisent sous forme de plaques laiteuses plus ou moins lisses ou irrégulières; la présence de ces plaques donne lieu non plus à des craquements, mais à un frottement souvent doux, qui ressemble beaucoup à un souffle et qui est souvent limité dans un point très-circonscrit. Le caractère superficiel de ce bruit, l'absence de tout autre phénomène indiquant une lésion de l'orifice, ne permettent pas de croire qu'il soit dû à une endocardite. Nous ne comptons plus les cas où nous

(1) Les recherches que nous continuons depuis douze ans nous autorisent à être même plus explicite à cet égard que nous ne l'étions dans la seconde édition de notre *Traité des maladies du cœur.*

avons diagnostiqué, à l'aide de ce phénomène, des plaques laiteuses qui n'étaient pas plus larges que l'ongle.

Comme on le voit, l'auscultation fournit les renseignements les plus précieux, non-seulement pour établir le diagnostic de la péricardite, mais encore pour préciser le degré, l'étendue, la nature des lésions; car des modifications particulières correspondent à chacune des variations dans l'état de l'épanchement et des fausses membranes. Existe-t-il un épanchement un peu considérable, le choc de ces points du cœur diminue et les bruits s'éloignent de l'oreille; l'épanchement est-il abondant, le choc disparaît et les bruits deviennent tout à fait profonds. Que s'il n'existe que des fausses membranes, on perçoit des bruits de frottement qui prennent un caractère de plus en plus dur à mesure que ces produits se solidifient et s'indurent. Au début et quand elles sont molles, c'est un *frôlement* très-doux, facile à confondre avec un *souffle,* mais qui est superficiel, diffus, non filé, c'est-à-dire ne paraissant pas se produire dans un orifice ni dans un canal cylindrique. Quand les fausses membranes ont un peu plus de consistance, c'est un *frottement,* un *frou-frou* plus ou moins sec; à un degré plus avancé, le bruit se change en *grattement,* en *râpement;* quand les fausses membranes s'organisent en tissu cellulo-fibreux, c'est du *craquement,* du *bruit du cuir;* enfin, quand il se trouve des productions crétacées ou ossiformes, c'est une *crépitation osseuse* ou un *raclement* dur, semblable au bruit produit par le frottement des extrémités d'un os fracturé. (*La suite à un prochain numéro*).

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Quelques mots sur un cas de paralysie générale aiguë chez un phthisique.

Nous avons observé récemment un fait fort remarquable de paralysie générale aiguë, survenue chez un malade atteint de phthisie pulmonaire. Nous allons faire connaître les caractères de cette affection encore imparfaitement étudiés.

C'est une maladie très-grave, offrant un tremblement musculaire, comme la paralysie des aliénés, et un bégaiement plus ou moins prononcé.

Le délire n'est pas toujours complet. Quand on interroge les malades, ils répondent aux questions qu'on leur adresse, mais dès qu'on cesse de leur parler, ils redeviennent indifférents et marmottent des mots sans suite. C'est donc là un délire partiel.

Les malades ont toujours de la fièvre, mais ils n'ont pas de céphalalgie et ne se plaignent d'aucune douleur.

La durée moyenne de cette affection est de quatre à cinq jours, et chaque jour le coma, le tremblement et le bégaiement font des progrès rapides.

La terminaison en est toujours fatale.

A l'autopsie, la lésion que M. Beau a toujours trouvée, consiste dans *le ramollissement de la substance périphérique grise du cerveau,* comme dans la paralysie générale des aliénés.

Je pourrais, dit notre maître, appeler cela encéphalite-périphérique, mais j'ai voulu plutôt dénommer d'après les symptômes qui ressemblent à la paralysie générale des aliénés. Dans cette dernière on ne trouve cependant ni fièvre, ni marche rapide.

La paralysie générale aiguë est une affection secondaire comme le muguet des adultes, la phlegmasia alba dolens; elle arrive le plus souvent dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

C'est une maladie assez rare, jusqu'à présent mal observée, et qui souvent passe inaperçue, ou bien elle reçoit le nom de méningite.

M. Beau en a vu neuf cas. Le premier cas, que ce professeur a remarqué, fut observé chez un homme entré à l'hôpital pour une arthrite, et qui était alors en pleine convalescence. Ce malade reçut une mauvaise nouvelle, et immédiatement le tremblement commença, l'appétit fut perdu, et la nuit fut sans sommeil.

Le lendemain il bégayait, un délire vague l'agitait, et après un bain qui lui fut ordonné, cet homme offrit les caractères de la démarche des individus atteints de paralysie générale. La fièvre se déclara le même jour, et le quatrième il succomba, sans éprouver aucune douleur, dans un coma profond.

Jamais, jusqu'à ce jour, M. Beau n'a observé de cas de paralysie générale aiguë chez les femmes.

Thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Pour faire ressortir les avantages d'une méthode en thérapeutique, il faut se baser sur un grand nombre de chiffres et d'observations. C'est ce que nous allons faire pour le traitement par les évacuants, traitement, comme on le sait, dont la première idée appartient à M. Delarroque. On verra par là sa supériorité sur toutes les autres méthodes employées pour le traitement de la dothinentérie.

Il y a neuf ans, remplaçant M. Piorry à la Pitié, du mois d'août au mois d'octobre, M. Beau eut 30 cas de fièvre typhoïde qu'il traita par le tartre stibié et les purgatifs combinés. Sur les 30 malades, il n'en perdit pas un seul.

Plus tard, à l'Hôtel-Dieu annexe, il eut une moins bonne chance, car la perte fut de 1 sur 8.

En 1850, à l'hôpital Saint-Antoine, sur 44 malades atteints de fièvre typhoïde, 2 seulement succombèrent. Encore faut-il faire connaître pourquoi et comment.

Le premier malade mourut d'une pneumonie contractée le trentième jour de la fièvre typhoïde; le second était un jeune homme, d'un caractère mélancolique, regrettant son pays natal et ne pouvant aborder une convalescence bien déclarée. Il mourut non de la maladie pour laquelle il avait été admis, mais de paralysie générale aiguë.

En 1851, à l'hôpital Saint-Antoine, sur 48 malades, la perte ne s'éleva qu'à 2.

En 1852, 21 hommes et 32 femmes ont été reçus et traités de dothinentérie. A l'hôpital Cochin nous n'avons pas eu *un seul* décès chez les femmes, et nous n'avons perdu que 3 hommes.

Le premier cas de mort fut constaté chez un jeune homme se livrant habituellement à la boisson. Il a succombé dans un *delirium tremens,* dû à un usage habituel des alcooliques. Cet accident arrive plus souvent qu'on ne le croit dans la fièvre typhoïde, mais on le prend alors pour le délire typhoïde lui-même. Le second malade était dans la salle Saint-Jean, au n° 3. Celui-ci est mort pendant la convalescence. Le troisième est un jeune homme venu d'abord pour une pneumonie, puis qui a été successivement atteint de fièvre miliaire, d'albuminurie et de dothinentérie sous les coups de laquelle il a succombé.

En 1853, nous avons eu une véritable épidémie, car du 1er janvier au 15 mai, nous avons sur nos relevés 33 cas de fièvre typhoïde dans la salle des hommes et 32 dans celle des femmes.

Sur 33 hommes nous en avons perdu 4.

Le premier est mort à la suite d'hémorrhagie intestinale.

Le second, jeune homme d'une quinzaine d'années, n'a jamais pu recouvrer l'appétit, et a succombé en proie à des vomissements bilieux très-fréquents.

Le troisième peut être cité dans les cas des *morts imprévues,* si fréquentes chez les vieillards et les enfants.

Le quatrième est un malade qui est mort pendant le second septénaire de la maladie, offrant des taches hémorrhagiques à la peau et sur les principaux organes.

Parmi les 3 femmes que nous avons perdues, 2 étaient enceintes et ont avorté.

Ainsi sur 128 malades que M. Beau a traités par la méthode évacuante, dans les salles de l'hôpital Cochin, pendant les années 1852 et 1853, la proportion des décès a été de *moins d'un dixième.*

Avant d'exposer en entier le traitement employé, je dois dire pourquoi la fièvre typhoïde est plus grave dans la clientèle privée que dans les services des hôpitaux, bien que cela paraisse étonnant peut-être.

C'est que je crois, dit notre maître, que les malades ne sont pas isolés en ville, et l'abandon si triste dans lequel se trouvent parfois les malades dans les hôpitaux vaut encore mieux que les soins exagérés et fatigants que les garde-malades et les parents donnent dans les familles.

Il faut avant tout dans la fièvre typhoïde comme dans le choléra ménager la susceptibilité, la sensibilité du malade, et lui éviter surtout ces émotions vives et ces surprises de joie ou de douleur après lesquelles l'état général s'aggrave si souvent.

Traitement. — A l'entrée du malade, M. Beau ordonne une potion ainsi composée.

℞ Tartre stibié	. . . . .	10 centigr.
Ipéca	. . . . .	1 gramme.
Eau	. . . . .	q. s.

Mélangez.

A prendre en trois fois.

On unit ainsi toujours ces deux médicaments, parce que si l'un des deux manque son effet, l'autre le produit.

Le lendemain, eau de sedlitz, une bouteille ou 30 grammes, huile de ricin.

On revient tous les quatre jours environ à l'émétique, et tous les jours le malade prend un purgatif.

On insiste sur ce traitement jusqu'à ce que les évacuations convenables et abondantes aient amené une amélioration sensible.

On ajoute à ces moyens des ablutions d'eau froide, très-utiles dans les cas de fièvre ardente. Le malade s'en trouve toujours fort bien, surtout pendant les grandes chaleurs.

Quoique nous repoussions entièrement le traitement des symptômes, dans les cas où le ventre est très-douloureux, on peut faire une application de cataplasmes émollients, mais les purgatifs répétés font justice du tout.

Si le sujet est difficile à évacuer, il faut employer les grands moyens, c'est-à-dire l'huile de croton tiglium, car *avant tout il faut purger*. M. Bacquias, ancien interne du service, et un de mes amis, M. Alph. Battailler, de Tarascon, l'ont employée sans accidents à la dose de 2 et même de 3 gouttes.

Bien que notre méthode thérapeutique repousse la saignée, si cependant le malade avait cette habitude, si une pléurésie se déclarait, il faudrait ne pas hésiter à y avoir recours.

Il y a un moment très-difficile et sur lequel j'appelle toute l'attention des praticiens, c'est de bien savoir quand il faut cesser les évacuants et faire commencer la convalescence.

Lorsque les malades sentent l'appétit renaître, on peut commencer à leur donner quelques légers aliments qui feront revivre les forces et hâteront la convalescence.

Mais il n'y a pas d'époque fixe pour cela, et c'est là la difficulté dont le vrai médecin triomphe toujours. S'il survenait un peu d'embarras du côté de l'estomac, il ne faudrait pas hésiter à revenir au tartre stibié qui, produisant d'abondantes évacuations, débarrassera le malade de l'état saburral et hâtera la convalescence, ainsi que Stoll l'a si souvent observé.

Il arrive parfois qu'une fièvre typhoïde, enrayée dans le premier septénaire, reparaît au moment où l'on croyait le malade complétement hors de danger. Dans ce cas, l'on voit l'appétit diminuer, la fièvre renaître, et avec elle tous les autres symptômes. Cela arrive surtout lorsque, n'ayant pas insisté suffisamment sur les évacuants, on donne trop vite des aliments.

Il faut alors ne pas hésiter à traiter la maladie comme si elle débutait, mais on ne peut l'arrêter et il faut au moins 25 à 30 jours pour avoir une convalescence franche. Jusqu'à présent nous n'avons vu aucun malade succomber dans le second acte de la dothinentérie.

M. Beau ne pense pas que l'époque des règles, chez les femmes, soit une contre-indication pour administrer l'émétique, et il n'hésite pas à l'ordonner. Les résultats favorables qu'il en obtient donnent entièrement raison à sa manière d'agir.

La grossesse n'est pas non plus une contre-indication; car la fièvre typhoïde étant plus redoutable au fœtus que les agents évacuants, il ne faut pas, dans ce cas, hésiter à employer un traitement si efficace.

Malgré le traitement, on peut, chez les femmes enceintes, permettre quelques potages quand l'appétit est conservé.

L'influence du tartre stibié sur l'estomac n'est pas du tout à craindre. Bien loin d'être la cause de la gastrite, comme l'avançait Broussais, il hâte au contraire la convalescence en réveillant l'appétit.

On a aussi exagéré les accidents qu'il pouvait occasionner. Bien qu'il puisse produire des évacuations très-abondantes, véritable choléra bilieux, auquel les malades succombent parfois, cet accident est très-rare, car dans une pratique de quinze ans, M. Beau ne l'a vu que 6 fois, sur lesquelles 2 malades seulement ont succombé. Il est probable, dit-il, que si j'avais fait autant de saignées que j'ai donné de fois l'émétique, j'aurais une proportion au moins égale de phlébites.

Dans les cas d'évacuations exagérées, il ne faut pas insister sur le tartre stibié et l'on n'a plus alors qu'à combattre un choléra bénin.

Pathogénie.

Il y a un grand fait qui frappe dans le traitement de la fièvre typhoïde. En effet, un individu arrive à l'hôpital, on lui administre un éméto-cathartique. Le lendemain, après d'abondantes évacuations, il va mieux et la fièvre a diminué.

Cela indique clairement que la dothinentérie a pour cause les sécrétions bilieuses, qu'il faut attaquer et chasser, car ce sont elles qui constituent la maladie.

Un *solidiste*, en présence des douleurs violentes du ventre, se gardera de donner un purgatif à cause de l'inflammation, mais pour nous, ces craintes sont vaines et nous n'hésitons jamais à les employer.

Ce n'est que quand le malade a été abondamment évacué, qu'il éprouve un mieux sensible, car ce sont les liquides du tube digestif qui jouent le principal rôle dans cette affection.

On remarque qu'après que l'on a donné l'émétique, si les vomissements ne sont que pituiteux, il y a peu de soulagement; mais s'ils sont bilieux, l'état général est sensiblement amélioré.

Dans la fièvre typhoïde, les déjections sont plus faciles à provoquer que les vomissements et elles sont fournies par de la bile, qui est le plus souvent jaune-serin.

Jusques à présent, l'on avait pensé que la diarrhée provenait de l'ulcération des glandes de Peyer; mais en mieux observant, il est facile de comprendre, comme M. Beau l'a si bien démontré, que les ulcérations des glandes de Peyer sont dues surtout aux sécrétions bilieuses.

En effet, la bile est toujours très-augmentée, très-irritante, très-altérée dans sa composition, et elle est la cause seule de ces ulcérations.

Dans les autopsies, on verra toujours que l'ulcération est d'autant plus profonde que la plaque est plus près de la valvule iléo-cœcale. Cela tient à ce que le liquide stagne dans le cul-de-sac et que l'inflammation et l'ulcération s'y développent plus facilement.

Chaque jour, dans le coryza, la blennorrhagie, les dyssenteries, celles d'Afrique surtout, on voit l'inflammation des solides dûe à la présence des liquides.

La bile altérée produit aussi abondamment des gaz hydrosulfureux. Ces gaz remplissent l'intestin, sont rapidement absorbés, entrent dans le torrent de la circulation et vont corrompre le sang.

On a dit que les purgatifs agissent en purgeant le sang, ce qui n'est pas exact; car s'il était possible de purger le sang, on guérirait la fièvre typhoïde à toutes les époques.

Notre traitement est plutôt préventif que curatif, car nous voulons surtout prévenir l'altération du sang en expulsant chaque jour les matières contenues dans le tube digestif.

Il est facile de voir que notre traitement est bien supérieur à tous les autres, et en avançant cela nous nous appuyons sur des relevés.

En effet, on trouve dans l'ouvrage si remarquable de M. Louis, qui a créé, si l'on peut le dire, l'histoire anatomique de la fièvre typhoïde, que ses pertes se sont élevées à un tiers environ.

Le traitement par la saignée coup sur coup, préconisé avec tant de talent par un de nos plus illustres professeurs, M. Bouillaud, donne une mortalité de 1 sur 7.

Il y a bientôt vingt ans, M. Beau publia les résultats obtenus par M. Delarroque à l'hôpital Necker, et prouva qu'il n'avait perdu qu'un malade sur dix.

Pendant une période de deux ans, à l'hôpital Cochin, M. Beau a donné des soins à 118 malades.

En 1852,	32 femmes,	pas de décès.
	21 hommes,	3 décès.
En 1853,	32 femmes,	3 décès.
	33 hommes,	4 décès.
	118	10 décès.

C'est-à-dire que nous n'avons perdu qu'un douzième environ de nos malades en les soumettant à la méthode évacuante de M. Delarroque, dont les résultats sont toujours si brillants dans les mains de médecins habiles.

En résumé, de même qu'il y a unité dans l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde, de même il doit y avoir unité de traitement. Le fond de la maladie est toujours le même, le reste n'est qu'une prédominance symptomatique individuelle.

La fièvre typhoïde a donc un fond unique qu'il faut bien savoir apprécier pour pouvoir convenablement la traiter et la combattre.

Quant aux symptômes, auxquels certains cliniciens s'arrêtent si volontiers, il ne faut y attacher qu'une importance tout à fait secondaire.

D. Calvo (de Marseille).

Décret impérial portant promulgation de la convention sanitaire internationale conclue entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes.

(*Suite. Voir le n° 68.*)

TITRE IV. — Mesures sanitaires à l'arrivée.

Art. 37. Tout bâtiment sera, à l'arrivée, soumis aux formalités de la reconnaissance et de l'arraisonnement.

Art. 38. Toutefois, lorsque l'état sanitaire sera positivement sain, les navires venant d'un port à un autre port du même pays pourront, en vertu des règlements sanitaires particuliers à chaque pays, être affranchis de l'arraisonnement sanitaire.

Art. 39. Pourront également, en temps ordinaire, être affranchies de l'arraisonnement par voie de déclaration échangée entre les nations contractantes, toutes les provenances ou des provenances déterminées allant de l'un des deux pays dans les ports de l'autre.

Art. 40. La reconnaissance et l'arraisonnement seront faits par l'agent que l'autorité sanitaire déléguera à cet effet.

Les résultats en seront consignés sur un registre spécial.

Art. 41. Ainsi qu'au départ, les cas douteux, les renseignements contradictoires, seront toujours interprétés dans le sens de la plus grande prudence. Le bâtiment devra être provisoirement tenu en réserve.

Art. 42. L'admission à la libre pratique sera précédée de la visite du bâtiment toutes les fois que l'autorité sanitaire le jugera nécessaire.

Art. 43. Lorsqu'il existera des malades à bord, ils seront, à leur demande, débarqués le plus promptement possible et recevront les soins qu'exigera leur état.

Art. 44. Si le navire, quoique muni d'une patente nette et n'ayant eu pendant la traversée aucun cas de maladie, se trouvait, par la nature de sa cargaison, par son état d'encombrement ou d'infection, dans des conditions que l'agent de la santé jugerait susceptibles de compromettre la santé publique, le navire pourra être tenu en réserve jusqu'à ce qu'il ait été statué par l'autorité sanitaire.

La décision devra être rendue dans les vingt-quatre heures.

Art. 45. Selon les conditions de salubrité du navire, l'autorité sanitaire pourra, si elle le juge convenable, ordonner comme mesure d'hygiène :

Le bain et autres soins corporels pour les hommes de l'équipage;

Le déplacement des marchandises à bord;

L'incinération ou la submersion à distance, dans la mer, des substances alimentaires et des boissons gâtées ou avariées, ainsi que des marchandises de nature organique fermentées ou corrompues;

Le lavage du linge et des vêtements de l'équipage;

Le nettoyage de la cale, l'évacuation complète des eaux et la désinfection de la sentine;

L'aération de tout le bâtiment et la ventilation de ses parties profondes au moyen de la pompe à air ou de tout autre moyen;

Les fumigations chloriques, le grattage, le frottage et le lavage des bâtiments;

Le renvoi au lazaret.

Quand ces diverses opérations seront jugées nécessaires, elles seront exécutées dans l'isolement plus ou moins complet du navire, selon la disposition des plages et des localités, mais toujours avant l'admission à la libre pratique.

A part les formalités de reconnaissance et d'arraisonnement, les bâtiments en transit appartenant aux hautes parties contractantes seront dispensés, dans les ports intermédiaires, des formalités prescrites pour le départ et l'arrivée.

Art. 46. Sauf les dispositions transitoires énoncées aux paragraphes 4 et 5 de l'art. 4 de la convention concernant la Turquie d'Europe et d'Asie, ainsi que l'Égypte, tout bâtiment muni d'une patente nette, qui n'aura eu en mer ni accidents, ni communications de nature suspecte, et qui se présentera dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, sera immédiatement admis en libre pratique.

TITRE V. — Des quarantaines.

Art. 47. Tout bâtiment arrivant en patente brute sera déclaré en quarantaine.

Pourra être mis en quarantaine tout bâtiment arrivant dans les conditions prévues par l'art. 3 de la convention, qui l'assimilent à la patente brute.

Art. 48. Nulle provenance ne pourra être mise en quarantaine sans une décision motivée. Cette décision sera notifiée immédiatement au capitaine ou patron du bâtiment.

Art. 49. Sauf la présence à bord de la peste, de la fièvre jaune ou du choléra, un bâtiment aura toujours le droit de reprendre la mer, soit avant d'être mis en quarantaine, soit en cours de quarantaine.

La patente de santé lui sera rendue, s'il n'est pas arrivé au port de destination, et l'autorité sanitaire mentionnera, sur cette patente, la durée et les circonstances de son séjour, ainsi que les conditions dans lesquelles il repart.

Un bâtiment pourra reprendre la mer nonobstant la présence à bord de maladies ordinaires. Toutefois, l'autorité sanitaire devra s'assurer préalablement si les malades pourront être convenablement soignés pendant le reste de la navigation; ceux qui voudraient rester au lazaret en auront toujours le droit.

Art. 50. La durée de la quarantaine sera la même pour le bâtiment, les personnes et les marchandises qui y sont assujettis.

Elle se distingue en quarantaine d'observation, en quarantaine de rigueur.

Art. 51. La quarantaine d'observation datera, pour les navires et tout ce qui se trouve à bord, de l'instant où un garde de santé aura été mis à bord et où les mesures d'aération et de purification auront commencé.

La quarantaine de rigueur datera, pour le bâtiment, les personnes et les choses à bord, du moment où les marchandises assujetties au débarquement auront été enlevées; pour les marchandises débarquées au lazaret ou dans un lieu réservé, du commencement des purifications; pour les personnes débarquées, du moment de leur entrée au lazaret.

Une quarantaine commencée à bord pourra toujours être continuée au lazaret.

Art. 52. La quarantaine d'observation se bornera à tenir en observation, pendant un temps déterminé, le bâtiment, l'équipage et les passagers, et elle n'entraînera pas le déchargement des marchandises au lazaret.

Elle aura lieu, pour les hommes, à bord du navire ou au lazaret, à la volonté des quarantainaires.

Pendant sa durée, le bâtiment, tenu à l'écart et surveillé par des gardes de santé en nombre suffisant, sera simplement soumis, par mesure d'hygiène, à une aération convenable, aux lavages et aux soins de propreté générale.

Art. 53. La quarantaine de rigueur ajoutera à la quarantaine d'observation les mesures de purification et de désinfection spéciales qui seront jugées nécessaires par l'autorité sanitaire.

Elle entraînera, en outre, dans les cas spécifiés par le présent règlement, le débarquement au lazaret des marchandises de la première classe, et, selon les circonstances et les règlements locaux, celui des marchandises de la deuxième classe. (Art. 63 et 64.)

Art. 54. La quarantaine de rigueur ne pourra être purgée, pour la peste, que dans un port à lazaret. Celle qui est imposée à un navire pour cause de malpropreté, en vertu de l'art. 3 de la convention sanitaire, pourra être purgée dans une partie isolée d'un port quelconque.

Art. 55. La quarantaine pourra être purgée dans un port intermédiaire entre le point de départ et le port de destination, et, en apportant la preuve de cette quarantaine, le bâtiment sera admis à libre pratique.

Art. 56. Le temps de la traversée se comptera, pour tous les bâtiments, du moment du départ, constaté par le livre de bord et attesté par la déclaration du capitaine ou patron du navire.

Art. 57. Tout bâtiment à bord duquel il y aura eu, pendant la traversée, un cas de l'une des trois maladies réputées importables et transmissibles, sera, de droit, et quelle que soit sa patente, considéré comme ayant patente brute.

Art. 58. S'il y a eu un ou plusieurs cas de choléra pendant la traversée ou pendant la quarantaine, cette quarantaine comptera du moment de l'arrivée et de l'exécution des mesures sanitaires: il ne sera pas tenu compte de la traversée.

Art. 59. Sauf les exceptions temporaires rappelées ci-dessus (art. 46), les marchandises et objets matériels de toute sorte, arrivant en patente nette par un bâtiment en bon état et bien tenu, qui n'a eu ni morts ni malades suspects, seront dispensés de tout traitement sanitaire et admis immédiatement à la libre pratique comme le bâtiment lui-même, les équipages et les passagers.

Art. 60. Sont exceptés les cuirs, les crins, les chiffons et les drilles. Ces marchandises pourront, même en patente nette, devenir l'objet de mesures sanitaires. L'autorité sera juge de ces mesures et en déterminera la nature et la durée.

Art. 61. Sont également exceptés les marchandises et objets altérés ou décomposés;

Conformément au paragraphe 4 de l'art. 45, l'autorité aura le droit de les faire jeter à la mer ou d'en ordonner la destruction par le feu;

Les formalités à remplir dans ce cas seront déterminées par les règlements locaux.

Art. 62. Conformément à l'art. 5 de la convention, et pour l'application des mesures sanitaires, les marchandises seront rangées, à l'avenir, en trois classes:

Composeront la première et seront soumis, à ce titre, à une quarantaine obligatoire et aux purifications, savoir: les hardes et effets à usage, les drilles et chiffons, les cuirs et peaux, les plumes, crins et débris d'animaux en général, enfin la laine et les matières de soie;

Seront compris dans la deuxième et assujettis à une quarantaine facultative, savoir: le coton, le lin et le chanvre;

Composeront la troisième et seront, à ce titre, exempts des mesures quarantainaires, savoir: toutes les marchandises et objets quelconques qui ne rentrent pas dans les deux premières classes.

Art. 63. En patente brute de peste, les marchandises de la première classe seront toujours débarquées au lazaret et soumises aux purifications.

Les marchandises de la deuxième classe pourront être livrées immédiatement à la libre pratique, ou débarquées au lazaret pour être purifiées, suivant les circonstances et les règlements sanitaires particuliers de chacun des pays contractants.

Les marchandises de la troisième classe étant déclarées libres pourront toujours être livrées immédiatement au commerce, sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

Art. 64. En patente brute de fièvre jaune, sans accident pendant la traversée, si cette traversée a été de plus de dix jours, les marchandises seront soumises, par mesure d'hygiène, à une simple aération sans déchargement.

S'il y a eu des accidents, ou si la traversée a été de moins de dix jours, les marchandises pourront être l'objet des mêmes mesures qu'en patente brute de peste, c'est-à-dire débarquées au lazaret et purifiées; mais cette mesure sera facultative et laissée à l'appréciation de l'autorité sanitaire.

Art. 65. En patente brute de choléra, les marchandises ne seront assujetties à aucune mesure sanitaire particulière; le bâtiment sera seulement aéré et les mesures d'hygiène, toujours obligatoires, seront observées.

Art. 66. Dans tous les cas de patente brute, les lettres et papiers seront soumis aux purifications d'usage.

Art. 67. Toute marchandise ou objet quelconque provenant d'un lieu saint, qui sera contenu dans une enveloppe scellée officiellement et d'une matière non assujettie aux mesures de purification, sera immédiatement admis en libre pratique, quelle que soit la patente du bâtiment.

Si l'enveloppe est d'une substance à l'égard de laquelle les mesures sanitaires soient facultatives, l'admission sera également facultative.

Art 68. Les animaux vivants resteront soumis aux quarantaines et aux purifications en usage dans les différents pays.

Art. 69. Tout bâtiment qui n'aura pas de patente, lorsque, à raison du lieu de provenance, il devrait en être muni, pourra, selon les circonstances, être soumis à une quarantaine d'observation ou de rigueur.

La durée de cette quarantaine sera fixée par l'autorité sanitaire.

Elle ne pourra excéder trois jours, si le bâtiment vient d'un lieu notoirement sain et s'il est dans de bonnes conditions hygiéniques.

Les cas de force majeure, ainsi que la perte fortuite de la patente seront appréciés par l'autorité sanitaire.

Art. 70. Toute patente raturée ou surchargée sera considérée comme nulle, et placera le navire dans les conditions prévues par l'article précédent, sans préjudice des poursuites qui pourraient être exercées contre les auteurs des altérations.

Art. 71. Si, pendant la durée d'une quarantaine, et quel que soit le point auquel elle soit parvenue, il se manifeste un cas de peste, de fièvre jaune ou de choléra, la quarantaine recommencera.

Art. 72. Outre les quarantaines prévues et les mesures spécifiées, tant par la convention du 19 décembre que par le présent règlement, les autorités sanitaires de

chaque pays auront le droit, en présence d'un danger imminent et en dehors de toute prévision, de prescrire, sous leur responsabilité devant qui de droit, telles mesures qu'elles jugeront indispensables pour le maintien de la santé publique.

A défaut de bâtiments spéciaux à terre, elles pourront disposer en lazarets des navires isolés et gardés de manière à empêcher toute communication avec l'extérieur.

TITRE VI. — Des lazarets.

Ire SECTION. — *De l'institution et de la disposition des lazarets.*

Art. 73. La distribution intérieure des lazarets sera telle, que les personnes et les choses appartenant à des quarantaines de dates différentes puissent être facilement séparées.

Art. 74. Des parloirs vastes et commodes permettront d'y recevoir les personnes du dehors qui voudront visiter les quarantainaires, sans préjudice des précautions nécessaires pour sauvegarder la santé publique.

Les grillages seront supprimés ainsi que tout ce qui pourrait influer d'une manière fâcheuse sur le moral des quarantainaires.

Art. 75. Des bâtiments ou corps de bâtiments seront affectés dans les lazarets au service des malades. Ils seront disposés de manière à permettre la séparation des malades et à assurer en même temps les meilleures conditions d'hygiène, notamment l'aération.

Art. 76. Il est interdit de se mettre en communication directe et immédiate avec les personnes et les choses suspectes ou réputées telles, qui sont en quarantaine.

Outre les peines portées par les lois et règlements, quiconque aura été en contact avec ces personnes ou ces choses sera déclaré en quarantaine et considéré comme faisant partie de la même provenance, sauf les exceptions que l'autorité sanitaire croirait pouvoir admettre, et dont elle sera juge.

Art. 77. Tout lazaret doit être pourvu d'eau saine en quantité suffisante pour tous les besoins du service.

Art. 78. Il y aura dans chaque lazaret, ou dans ses dépendances, un endroit convenable destiné aux inhumations.

IIe SECTION. — *Du personnel, de la surveillance et du service intérieur des lazarets.*

Art. 79. Les ports et les endroits réservés affectés à la quarantaine des navires, les lazarets destinés à celle des passagers et des marchandises, et les établissements quarantainaires en général, seront placés sous l'autorité immédiate des administrations sanitaires.

Art. 80. Il y aura, dans chaque lazaret, un directeur ou agent responsable, des employés en nombre suffisant pour assurer la discipline sanitaire, et des gardes de santé chargés d'exécuter ou faire exécuter les mesures prescrites.

Art. 81. Un médecin sera attaché au lazaret pour visiter et soigner les quarantainaires, et pour concourir par ses conseils à l'exacte exécution des mesures sanitaires.

Art. 82. Les malades recevront dans les lazarets, sous le rapport religieux et médical, tous les secours et tous les soins que l'on donnerait à des malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux organisés, sauf à constituer en quarantaine les médecins et les personnes compromises.

Art. 83. La faculté est laissée à chaque malade de se faire traiter par un médecin de son choix, autre que celui du lazaret; mais, dans ce cas, la visite du médecin étranger aura lieu en présence et sous la surveillance du directeur du lazaret.

Ce médecin devra faire chaque fois, par écrit, à l'office de santé, son rapport sur l'état de la maladie. L'administration enverra néanmoins, de temps en temps, son propre médecin pour visiter le malade, afin de connaître la nature de la maladie.

Art. 84. Les personnes dont l'état de pauvreté sera constaté par l'autorité sanitaire seront non-seulement admises, mais encore nourries et traitées gratuitement dans les lazarets.

Art. 85. Chaque lazaret aura un tarif établi par l'autorité et révisé trimestriellement, dans lequel le prix des vivres sera réglé au taux le plus modéré.

Art. 86. Les meubles et effets de première nécessité à l'usage des quarantainaires leur seront fournis gratis par l'administration, immédiatement après leur entrée au lazaret.

Art. 87. Les visites sanitaires du médecin seront gratuites. Les quarantainaires ne payeront que les soins étrangers au service sanitaire.

Art. 88. Outre ces règles générales, l'autorité sanitaire, tout en veillant à la préservation de la santé publique, sera tenue de prendre, par des règlements spéciaux et selon les différentes localités, toutes les mesures convenables pour assurer, autant que possible, le bien-être des quarantainaires.

IIIe SECTION. — *Du traitement des marchandises, effets à usage et des dépêches dans les lazarets.*

Art. 89. Les marchandises seront déposées dans des magasins spacieux et parfaitement secs; elles y seront soumises à la libre circulation de l'air et remuées de temps en temps.

Les balles et les colis seront ouverts afin que l'air y puisse pénétrer.

Cette aération sera continuée durant toute la quarantaine.

Art. 90. Les marchandises appartenant à des quarantaines différentes seront séparées les unes des autres et placées, autant que possible, dans des magasins différents.

Art. 91. Les peaux, les cuirs, les crins, les drilles et chiffons, les débris d'animaux, les laines et matières de soie seront placés dans des endroits éloignés des chambres occupées par les quarantainaires, ainsi que des logements des employés.

En cas d'infection notoire, de malpropreté ou d'altération, ces matières, et les marchandises en général, pourront être soumises à tel moyen de purification que l'autorité sanitaire jugera nécessaire.

Art. 92. Les substances animales et végétales en putréfaction ne pourront jamais être reçues dans les lazarets; elles seront brûlées ou jetées à la mer, conformément aux dispositions de l'article 61 du présent règlement.

Art. 93. Il y aura dans chaque lazaret des magasins destinés au dépôt des marchandises purifiées.

Art. 94. Les effets des passagers devront être, pendant la durée de la quarantaine, exposés à la ventilation dans des pièces séparées et appropriées à cet effet, sous la surveillance des gardiens.

L'autorité sanitaire veillera à ce que cette opération ne soit négligée dans aucune circonstance.

Art. 95. Les effets à usage, le linge et tout ce qui aurait servi aux personnes mortes ou atteintes de peste devront être soumis à des purifications plus sévères : aux fumigations de chlore, à l'immersion dans l'eau de mer, à l'action de la chaleur, selon les circonstances et la nature des objets. Il en serait de même dans le cas de toute autre maladie contagieuse.

Art. 96. Les lettres et les dépêches seront purifiées de manière à ce que l'écriture ne soit pas altérée.

Art. 97. Cette opération aura lieu en présence du directeur du lazaret.

Art. 98. Le droit est réservé aux consuls ou représentants des puissances étrangères d'assister à l'ouverture et à la purification des lettres et dépêches qui leur seront adressées, ou qui seront destinées à leurs nationaux.

Le même droit est réservé à l'administration des postes.

TITRE VII. — Des droits sanitaires.

Art. 99. Seront exemptés du payement des droits sanitaires déterminés par l'art. 7 de la convention : 1° les bâtiments de guerre; 2° les navires en relâche forcée, même lorsqu'ils sont admis à pratique, pourvu qu'ils ne se livrent à aucune opération de commerce dans le port où ils abordent; 3° les bateaux pêcheurs; 4° les navires dispensés de l'obligation de se munir d'une patente; 5° les enfants au-dessous de sept ans et les indigents embarqués aux frais du gouvernement de leur pays ou d'office par les consuls.

Art. 100. Tout droit sanitaire quelconque, non mentionné dans la convention, est formellement aboli. (*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous avons appris avec regret que l'appréciation que nous avons faite du concours de chirurgie qui s'est terminé il y a huit jours, avait été interprétée d'une manière défavorable à M. A. Richard. Bien qu'une semblable interprétation nous paraisse également contraire à l'esprit et à la lettre de notre article, d'ailleurs écrit à la hâte, sous l'impression immédiate de la nomination, nous tenons à déclarer que l'intention qu'on a semblé nous attribuer n'a nullement été la nôtre. Tout ce que nous avons voulu dire, c'est que la nomination de M. Richard, quoique parfaitement justifiée, n'était pas comme celles de MM. Broca, Follin et Pajot, tellement imposée par les épreuves du concours, que quelques juges n'aient pu, par des motifs très-sérieux, voter pour d'autres candidats. En manifestant ce sentiment, nous croyons avoir rendu une stricte justice à M. A. Richard dont nous estimons le talent et le caractère, et à ses compétiteurs que nous estimons également; nous sommes certain, dans tous les cas, d'avoir été l'interprète de l'opinion publique : nous parlons de celle qui peut se fonder sur une appréciation éclairée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par MM. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite de Paris, et Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, membres des Académies de Saint-Pétersbourg, de Turin, de Ferrare, des Sociétés de médecine d'Édimbourg, de Suède, de Marseille, de Zurich, de Genève, de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, anciens internes lauréats de l'hôpital des Enfants malades de Paris, etc. (ouvrage couronné par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, et autorisé par le Conseil de l'instruction publique, pour les facultés et les écoles préparatoires de médecine). Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tomes I et II, 2 vol. in-8 de 1,596 pages. 24 fr.

Le tome III et dernier sera publié à la fin de l'année 1853 et remis *gratis* aux souscripteurs.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Du choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de poitrine, par le docteur Constantin James, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer*. — Broch. in-8. — A Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 72. 1re année. Jeudi 16 Juin 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Place Dauphine, n° 28
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL COCHIN. M. MAISONNEUVE. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Kyste hydatique de la paroi postérieure de l'aisselle, par L. Bauchet. — Maladies de la prostate. Nouveau traitement, par Aussandon. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 15 juin 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur la surdi-mutité.)

Deux discours ont fait hier les principaux frais de la séance ; le premier est de M. Bouvier, le second de M. Bérard ; le reste de la séance a été un véritable sabbat auquel M. Heller seul nous a paru prendre un véritable plaisir, et contre lequel sont venus se briser les efforts, assez mal dirigés d'ailleurs, du vice-président, M. Nacquart. Dans un tel tohu-bohu, il était difficile que l'Académie, harassée, ne se livrât pas à quelques incartades, et ce qui était à craindre est arrivé : l'assemblée délibérante, suivant l'expression du professeur Requin, a voté deux conclusions qui, la première surtout, semblent bien faites pour fournir à M. le Ministre, dont M. Bérard a critiqué avec tant d'entrain les connaissances physiologiques, l'occasion d'une joyeuse revanche.

Les deux discours de MM. Bouvier et Bérard ne peuvent être appréciés dans tous leurs détails après une première audition ; nous avons besoin de les avoir sous les yeux. Nous en renvoyons donc l'appréciation à notre prochain numéro, et nous nous bornons aujourd'hui à dire quelques mots des conclusions adoptées.

Ces conclusions, quelques académiciens l'ont dit tout haut avec raison, d'autres l'ont avoué tout bas (1) et tous le pensent, ces conclusions ont été votées sous l'impression d'un sentiment d'hostilité personnelle dont nous ne chercherons pas à découvrir l'origine, et qui consiste à amoindrir le plus possible la personnalité du médecin qui a provoqué la discussion à l'ordre du jour. Ce sentiment, nous l'avons déjà dit plus d'une fois, MM. Guérin et Bouvier l'ont proclamé hier avec plus d'autorité que nous, ce sentiment est indigne de tout homme de science en particulier, mais il est indigne surtout d'un corps savant qui se respecte, qui ne doit chercher, s'il veut être à la hauteur de sa mission, que la vérité et le progrès sérieux.

La première conclusion adoptée hier par l'Académie se ressent trop de l'influence que nous signalons pour que nous n'y insistions pas un instant, et pour que nous ne cherchions pas à réparer, autant qu'il est en nous, une erreur, ou plutôt, disons le mot, une grave injustice qui sera réparée ailleurs, nous l'espérons du moins, d'une manière plus efficace.

Nous glisserons sur la rédaction de cette conclusion malencontreuse, quoiqu'une telle rédaction, adoptée par M. Bérard, soit de nature à laisser croire que cet éminent professeur n'a pas pour la langue française tout le respect dont il a protesté hier. Allons donc sans plus tarder au fond des choses.

Il est dit dans la conclusion « qu'il est généralement connu, en physiologie et en pathologie, que les mouvements vibratoires produisent sur les organes de la sensibilité générale une *impression* et une NOTION spéciales...., etc., ce moyen a été proposé et mis en pratique antérieurement aux recherches de M. Blanchet. »

Nous ne chercherons pas à savoir quel est le traité de philosophie qui a pu autoriser la commission à dire que les mouvements vibratoires produisent une *notion* spéciale au bout des doigts ; nos investigations sur ce point pourraient être bien longues avant d'être fructueuses. Mais ce que nous avons le droit de lui demander au nom de la justice, non moins qu'au nom de la science, c'est de nous dire quel est l'auteur qui, avant M. Blanchet, a déterminé par des chiffres le degré de perception des ondes sonores, soit par le nerf auditif, soit par les nerfs de la sensibilité générale ; c'est de nous dire quel est l'auteur qui a établi, avant M. Blanchet, les rapports de ces deux facultés de perception, et qui en a fait l'application à l'éducation des sourds-muets ; c'est de nous dire enfin quel est l'auteur qui, avant M. Blanchet, a déterminé, par un instrument de quelque précision, le degré d'intensité des sons. Si la commission, si l'Académie ne peuvent répondre à ces questions, que nous développerons davantage, en faisant l'examen du discours de M. Bérard, il faudra que la commission et l'Académie avouent qu'elles ont commis une erreur grave, un véritable déni de justice ; il faudra du moins, si elles ne l'avouent pas, que M. le Ministre en soit informé, afin qu'il se tienne en garde et qu'il n'accepte que sous le bénéfice d'un examen rigoureux des avis qu'il demande pour

(1) Nous avons appris hier au soir, de la bouche même d'un académicien, un mot qui ne laisse pas que d'être fort édifiant et qui éclaire singulièrement la situation. Nous ne voulons pas enlever la priorité de ce mot à qui de droit ; mais si on ne lui donne pas la publicité qu'il mérite, nous en ferons notre profit et celui de nos lecteurs.

éclairer sa religion, et qui, au lieu de l'éclairer, pourraient bien la surprendre.

M. Guérin, avons-nous dit, s'étant placé à un point de vue plus élevé, avait proposé une conclusion qui satisfaisait à la fois à ce que les susceptibilités physiologiques de l'Académie pouvaient avoir de légitime, et en même temps à ce que la justice aurait dicté à une assemblée sans passion. Cette conclusion, dont la rédaction pouvait peut-être laisser quelque chose à désirer, mais dont il est impossible de contester le caractère élevé, scientifique et équitable, cette conclusion, qui n'a pas même été appuyée, nous tenons à la reproduire ici textuellement : l'Académie elle-même dira plus tard, et tous les hommes éclairés et impartiaux diront dès aujourd'hui même, laquelle mérite la préférence de cette conclusion ou de celle qu'a adoptée l'Académie.

Quant à la troisième conclusion, elle n'a que le tort de déclarer que la faculté de lire sur les lèvres est commune à *tous* les sourds-muets. Les adversaires de la parole, après avoir contesté l'existence de cette faculté, après avoir déclaré, par la bouche de M. Ménière, que cette faculté était une extrêmement rare exception ; après avoir déclaré, par la bouche de M. Malgaigne, que cette faculté était *fort limitée*, ces adversaires déclarent aujourd'hui, par la même bouche de M. Malgaigne, que cette faculté est commune à *tous*.

L'administration saura quel cas elle doit faire de convictions aussi solides ; elle ne manquera pas de les interpréter comme il convient.

Ce qu'il y a de consolant dans tout cela, c'est que, si justice n'est point rendue aux individus, ce qui, après tout, est la chose la moins importante, les principes du moins marchent et avec eux les intérêts des sourds-muets. Que l'honneur en soit attribué à M. Blanchet, à tout autre, l'enseignement de la parole n'en a pas moins fait un nouveau pas hier. L'esprit de routine qui, suivant l'expression de M. Bégin, domine l'école de Paris, est désormais puissamment agité ; il sera obligé d'entrer, bon gré mal gré, dans la voie des améliorations ; et après tout c'est pour ce résultat, nous aimons à le croire, que tous les partisans du progrès ont pris la parole à l'Académie. Pour notre compte, nous ne pensons donc pas qu'ils doivent trop se plaindre de l'état dans lequel la discussion d'hier a laissé les choses.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos* 23, 26, 32, 48.)

DU CANCER VÉRITABLE DE LA MAMELLE.

Le véritable cancer, celui qui caractérise essentiellement l'élément histologique spécial désigné sous le nom de cellule cancéreuse, se développe fréquemment dans la région mammaire ; mais là, plus que partout ailleurs, l'élément spécifique constitue, en se combinant avec certains éléments accessoires, des variétés dont la marche et l'évolution présentent des différences considérables, et qu'il est indispensable d'examiner en détail pour bien faire comprendre les données pratiques qui en résultent.

Causes. — Le cancer du sein se manifeste presque exclusivement chez la femme, son existence chez l'homme ne constitue qu'une exception rare, et c'est à peine si, dans le cours d'une pratique de vingt années, il s'en est offert quatre ou cinq cas à mon observation. Bien différent du cancer de l'œil et du testicule qui peut se développer dès la plus tendre enfance, le cancer du sein ne s'observe presque jamais qu'après vingt-cinq ou trente ans, le plus souvent même dans un âge avancé et surtout aux environs de l'époque critique. On n'a point observé qu'il fût plus fréquent chez les femmes mariées que chez celles qui ont conservé le célibat ; que, pour les autres cancers, sa cause principale consiste dans une disposition particulière qui nous échappe et qui se transmet fréquemment par l'hérédité, mais il vient souvent s'y joindre des circonstances accidentelles qui jouent un rôle important dans la manifestation de la maladie : telles sont les violences extérieures et principalement les contusions, telles sont aussi les perturbations de l'écoulement menstruel, la suppression de certaines sécrétions morbides d'un exanthème, d'un flux hémorroïdal, etc.

DES DIVERSES FORMES DU CANCER DU SEIN.

§ 1er. *Du squirrhe* ou *cancer dur.* — C'est à la mamelle que la dégénérescence squirrheuse présente les plus nombreuses variétés. Tantôt elle envahit d'emblée la glande tout entière, d'autres fois et bien plus souvent elle n'occupe à son début qu'un point circonscrit de cet organe, ou bien même elle borne son action à l'un de ses éléments anatomiques, tels que les conduits galactophores, le mamelon, les cloisons fibreuses interlobulaires ou bien même à l'enveloppe cutanée.

Dégénérescence squirrheuse de la mamelle tout entière. — Quand le squirrhe envahit d'emblée la totalité de la glande, il peut affecter encore deux formes principales, suivant que les cloisons fibro-celluleuses de l'organe échappent ou participent à la dégénérescence : dans le premier cas, le sein a l'aspect d'une tumeur bosselée, dure, comme ridée à sa surface, il jouit d'une mobilité assez remarquable en raison de l'intégrité du tissu cellulaire qui limite profondément la glande ; dans le second cas, le sein, tout en conservant sa forme régulière, s'indure et acquiert une consistance ligneuse ; dans l'un et dans l'autre cas, la glande mammaire présente ordinairement un certain degré de tuméfaction bien différent toutefois de l'énorme développement qu'on observe dans le cancer encéphaloïde.

La rétraction du mamelon n'existe point au début de la maladie, mais ce symptôme survient plus tard quand la dégénérescence envahit les cloisons cellulo-fibreuses ou les conduits galactophores. Cette forme de l'affection squirrheuse, bien que lente dans son évolution, affecte néanmoins une marche plus rapide que la plupart des autres variétés dont nous nous occuperons dans un instant.

Les douleurs lancinantes s'y manifestent de bonne heure et acquièrent bientôt une intensité extrême. Les ganglions de l'aisselle ne tardent pas à subir la dégénérescence squirrheuse, ils se relient à la tumeur principale par un cordon dur et comme fibreux qu'il est souvent facile de reconnaître à travers les téguments.

L'engorgement ganglionnaire, sans acquérir un volume considérable, se propage promptement aux ganglions sous et susclaviculaires ; plus tard, la maladie franchit les limites de la glande, envahit d'une part le tissu cellulaire profond, d'où résultent des adhérences avec les muscles pectoraux, et, d'autre part, progresse vers les téguments qui revêtent une teinte violacée, s'amincissent et s'ulcèrent. Dans une seconde variété beaucoup plus fréquente que toutes les autres et dont nous avons encore plusieurs exemples dans nos salles, l'affection squirrheuse de la glande mammaire apparaît sous la forme d'une petite tumeur dure, circonscrite et comme enkystée, souvent même mobile et roulante, sans changement de couleur à la peau, sans tuméfaction notable de la mamelle. La malade ignore l'époque précise de son apparition, ou bien elle l'attribue à quelque violence extérieure. La douleur est presque nulle, ou même n'apparaît que sous l'influence d'une pression acciden-

telle ; rien dans la santé générale ne peut faire soupçonner la gravité du mal.

Cet état d'indolence persiste plus ou moins longtemps ; il peut s'écouler des mois ou des années sans qu'aucun accident ne se manifeste. Si cependant la malade est encore réglée, chaque époque menstruelle développe dans la mamelle une sorte de tension, d'endolorissement, et provoque l'apparition d'élancements rapides et passagers. Cependant le moment arrive où le mal cesse d'être stationnaire et subit un travail intérieur qui doit bientôt éclater avec violence.

La tumeur contracte des adhérences avec les parties voisines ; elle devient plus fixe, moins régulièrement circonscrite ; sa surface présente des bosselures irrégulières ; son volume augmente ; la malade y éprouve bientôt des douleurs vives et lancinantes ; d'autres fois, un sentiment de tension ou de déchirement dont l'intensité s'accroît à mesure que la maladie fait des progrès ; les ganglions de l'aisselle se tuméfient et s'indurent ; les veines sous-cutanées prennent une apparence variqueuse.

En même temps, la malade s'inquiète, son appétit diminue, son sommeil est troublé, ses traits s'altèrent et la cachexie se développe. La peau rougit et s'ulcère.

Lorsque le squirrhe envahit tout d'abord les cloisons fibreuses interlobulaires ou bien les conduits excréteurs de la glande, il porte le nom de squirrhe rameux. La mamelle, dont le volume n'a souvent subi aucune modification, semble se diviser en plusieurs lobules dont la consistance ne diffère point de l'état normal, mais dont l'isolement devient de plus en plus prononcé ; en même temps le mamelon se déprime, s'enfonce peu à peu et disparaît au fond d'une espèce de cupule qui résulte de sa rétraction au centre de la glande. Cette cupule devient bientôt elle-même le siége d'une ulcération superficielle et d'un suintement d'abord séro-purulent, plus tard ichoreux et saignant ; lorsque l'ulcération acquiert plus de profondeur, pendant longtemps cette forme de la maladie reste indolente ; mais quand des cloisons fibreuses le mal s'étend à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané et principalement au parenchyme même de la glande, les douleurs revêtent le caractère habituel des affections squirrheuses en général. Avant d'envahir le tissu glandulaire lui-même, le squirrhe rameux progresse dans le tissu cellulaire profond, y étend au loin ses prolongements sous forme de racines, pénètre dans les interstices musculaires, envoie des traînées dans le creux de l'aisselle et s'accompagne de l'engorgement ganglionnaire de cette région.

A l'examen anatomique, la mamelle paraît traversée par des cloisons dures, lardacées et grisâtres, criant sous le scalpel, qui perdent peu à peu leurs caractères spécifiques en s'éloignant du mamelon, d'où elles semblent rayonner et se confondre insensiblement avec le tissu cellulaire normal. D'autres fois, le squirrhe affecte d'abord la peau de la mamelle ou le tissu cellulaire sous-cutané. La maladie occupe alors tantôt un disque plus ou moins étendu et plus ou moins régulièrement circonscrit de l'enveloppe tégumentaire, tantôt quelques points isolés de cette membrane. Dans le premier cas, la peau, si délicate et si souple dans la région mammaire, devient épaisse et coriace, souvent elle revêt une teinte grisâtre comme si elle avait été tannée. D'autres fois, avant de subir la dégénérescence, elle est pendant un certain temps le siége d'une véritable éruption eczémateuse. Dans le second cas, on retrouve les mêmes apparences avec cette particularité que les plaques sont plus petites et comme disséminées. Ces deux variétés de la maladie se combinent souvent chez le même individu ; cette forme de squirrhe peut rester longtemps limitée à la peau ; en général, elle progresse peu en profondeur, mais elle s'étend en surface, gagne les téguments de la poitrine et détermine aussi l'engorgement des ganglions axillaires. On ne voit apparaître que fort tard les douleurs lancinantes ; mais quand la dégénérescence occupe une certaine étendue, elle donne lieu à un sentiment de compression extrêmement pénible. Les mouvements du thorax deviennent difficiles et les malades éprouvent une oppression considérable. Après une certaine durée de cet état, des tubercules irréguliers apparaissent çà et là sur la peau dégénérée ; leur surface se gerce ou se ramollit et se transforme en véritables ulcérations cancéreuses. Quelque variées que soient les formes primitives de l'affection qui nous occupe, elles se confondent plus ou moins lorsque la maladie arrive à sa période d'ulcération. Cette ulcération, en effet, offre bientôt l'aspect hideux qui caractérise le cancer. Sa surface inégale et grisâtre repose sur un tissu squirrheux non encore ramolli, d'où s'élèvent des végétations fongueuses ; ses bords, tout calleux, sont renversés en dehors ou en dedans ; il s'en écoule une matière ichoreuse et fétide, dans laquelle nagent de rares globules purulents. Cet ichor est souvent mêlé de sang : au voisinage de cet ulcère surgissent des bosselures qui bientôt se ramollissent et contribuent à augmenter les dimensions de la perte de substance.

En même temps qu'il envahit la peau, le mal continue à progresser vers les parties profondes. Le muscle grand pectoral participe à la dégénérescence et cesse de se contracter ; le tissu cellulaire qui le double perd sa souplesse et devient compact ; la tumeur alors paraît fixe et semble cimentée avec les côtés ; quelquefois même ces arcs osseux, les muscles intercostaux, le sternum, la plèvre et le poumon lui-même se laissent envahir ; les ganglions lymphatiques de l'aisselle se tuméfient de plus en plus et finissent par se ramollir et s'ulcérer. Les mouvements du bras deviennent presque impossibles, ce membre se gonfle et s'œdématie ; mais cet œdème, bien différent de celui qu'on observe dans les engorgements simples, présente une fermeté toute particulière. Il est douloureux au toucher, et le tissu de la peau, épaissi et lardacé, rappelle assez bien la dégénérescence que subit cette membrane dans l'éléphantiasis. Quand le mal en est arrivé à ce point, il est rare que d'autres organes tels que le foie, le tissu médullaire des os, ne participent pas à la dégénérescence, et, chose remarquable ! les noyaux cancéreux qui se manifestent ainsi loin du siége principal de la tumeur première, sont presque toujours formés par du tissu encéphaloïde, bien que la maladie primitive soit une tumeur squirrheuse. Dans cette dernière période de la maladie, les souffrances deviennent vives et continues, souvent elles se généralisent et simulent des douleurs rhumatismales ; en même temps apparaissent tous les phénomènes de la fièvre hectique : le teint devient pâle et plombé, les digestions se troublent, l'émaciation se prononce, une diarrhée coliquative se manifeste et les malades meurent d'épuisement, à moins qu'une phlegmasie aiguë ou chronique de la plèvre du côté malade ne vienne précipiter la terminaison fatale.

Dr Alexis Favrot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Kyste hydatique de la paroi postérieure de l'aisselle.

On observe de temps en temps dans les hôpitaux, on trouve dans les recueils scientifiques, des cas de tumeurs hydatiques dont le diagnostic, s'il n'a été complétement méconnu, a du moins présenté de grandes difficultés. Il est bon de rapporter les observations de ce genre, car, dans le diagnostic de certaines tumeurs, les hydatides doivent entrer en ligne de compte.

Je vais d'abord relater l'observation telle qu'elle a été recueillie au lit de la malade ; je la ferai suivre de quelques réflexions sur les tumeurs de cette nature que ce fait a inspirées à M. Velpeau. Je ne dirai rien des kystes hydatiques des cavités splanchniques ; ces affections ont été étudiées avec plus de soin que les tumeurs de cette nature ayant leur siége sur les membres ou sur le tronc.

Observation. Au n° 24 de la salle Sainte-Catherine est couchée une jeune fille de 18 ans, qui porte sur la paroi postérieure de l'aisselle droite une tumeur à peu près du volume du poing.

Cette jeune fille, aux cheveux noirs, au teint un peu brun, d'une bonne constitution, et bien portante d'ailleurs, s'est aperçue il y a un an environ qu'il existait une petite tumeur, de la

grosseur d'une noisette, sous son bras droit, dans un endroit qu'elle montre, dans le point même où existe actuellement la tumeur que j'ai indiquée plus haut, sur la paroi postérieure de l'aisselle.

Cette tumeur s'est développée spontanément, sans cause appréciable ; elle n'a été précédée d'aucune douleur, ni dans l'articulation scapulo-humérale, ni dans aucun autre point voisin ou éloigné de la tumeur. La jeune fille n'a pas reçu de coup, n'a éprouvé aucun tiraillement ; son corset ne l'a jamais gênée en cet endroit.

Cette tumeur a augmenté petit à petit, et cependant assez rapidement ; son développement ne s'est accompagné d'aucune douleur. Depuis huit jours, et seulement depuis huit jours (la malade s'est parfaitement expliquée là-dessus), des douleurs se font sentir dans cette région, douleurs peu intenses du reste ; les mouvements du bras sont un peu gênés : c'est ce qui a engagé cette jeune fille à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. La tumeur a à peu près le volume du poing. Pas de changement de couleur à la peau ; pas de bosselures ; la tumeur paraît parfaitement lisse et tendue ; elle est mobile sous la peau, ou, pour être plus exact, la peau n'a pas contracté d'adhérences avec la tumeur ; elle est fluctuante. Quand on promène son doigt d'un point vers un autre, en appuyant assez fortement, on n'a pas cette sensation lobulée, caractéristique du lipôme. Pas de frémissement particulier. La tumeur est placée en avant de la face antérieure et du bord inférieur du grand dorsal et du grand rond. Elle paraît assez enfoncée ; cependant on peut la faire mouvoir sur les parties situées plus profondément. Quand on porte la main et qu'on cherche à aller sous la tumeur, on sent, un peu en haut, comme une bride remontant vers l'articulation scapulo-humérale. Si l'on cherche à se rendre compte de cette bride, on sent qu'elle est dure, résistante, tendue ; on dirait une corde de tissu cellulaire condensé. Elle ne remonte pas très-haut. Rien dans les ganglions axillaires.

La malade est entrée le 16 décembre. Le 18, une ponction est pratiquée avec un trocart à hydrocèle ; il sort un liquide limpide comme de l'eau de roche. On recueille environ un demi-verre de ce liquide. A un certain moment, le liquide cesse de couler ; on presse sur la tumeur ; il sort un lambeau de membrane blanche que l'on ne peut mieux comparer qu'à la pellicule qui enveloppe un œuf ; puis le liquide coule de nouveau. La tumeur ne se vide pas complétement ; on sent alors que ses parois sont assez épaisses ; pas de frémissement quand on les presse en différents sens. La bride, dont il a été parlé plus haut, ne s'affaisse point ; elle reste dure et tendue.

Une injection iodée est pratiquée (1/3 iode, 2/3 eau) en quantité à peu près égale à celle du liquide qui s'est écoulé. Presque toute l'injection est laissée dans la tumeur.

La tumeur ne s'enflamme point le lendemain, ni les jours suivants. Au bout de quelques jours, elle augmente un peu de volume. Le 8 janvier, elle a grossi à peu près de un cinquième.

8 *janvier.* Une nouvelle ponction est pratiquée ; il en sort un liquide grumeleux, jaunâtre, liquide, qui s'écoule difficilement. Il faut, pour faciliter son issue, introduire à chaque instant un stylet dans la canule ; repousser les grumeaux, les débris membraneux qui viennent la boucher. La tumeur ne se vide presque pas.

Sans plus tarder, M. Velpeau plonge un bistouri dans le milieu de la tumeur ; il incise en haut et en bas ; il s'écoule environ un verre de ce liquide grumeleux, jaunâtre, mêlé à du sang. Le doigt porté dans la plaie racle et nettoie les parois du kyste ; on en retire quelques grumeaux et des membranes blanches, un peu altérées par leur contact avec le liquide du kyste. Ces membranes blanches sont des morceaux d'hydatides, mais l'on ne peut pas dire s'il y avait une seule ou plusieurs hydatides.

Le foyer est nettoyé, il est bien circonscrit, et n'a qu'une loge ; on l'a remplie de boulettes de charpie ; pansement simple ; bouillon ; potage.

10 *janvier.* La malade a eu de la fièvre hier et aujourd'hui. Les boulettes de charpie sont imprégnées de pus. Boulettes, cataplasmes.

12 *janvier.* Peu de fièvre, suppuration bien établie, même pansement ; la malade a faim (une portion). La suppuration marche bien, les boulettes de charpie sont supprimées.

Le 18, pansement simple. La plaie marche vers la cicatrisation ; la tumeur diminue de jour en jour de volume.

Le 27, petit emplâtre d'onguent de la Mère.

2 *février.* La plaie est cicatrisée ; à la place de la tumeur, il ne reste plus qu'un petit noyau induré ; la malade se trouve très-bien, elle ne souffre nullement ; les mouvements du bras sont libres. On sent encore la bride dont j'ai déjà parlé, et l'on constate aisément que c'est un cordon de tissu cellulaire induré.

La malade sort en parfait état.

Après avoir lu cette observation, il ne peut rester aucun doute ; c'est bien une tumeur hydatique que portait cette malade.

Cette observation est remarquable et par le développement, la marche de cette tumeur, et aussi par la difficulté qu'a présentée le diagnostic.

Les faits de kystes hydatiques, observés dans le corps humain, ne sont pas rares. Sans parler, comme je l'ai dit plus haut, des hydatides développées dans les organes thoraciques ou abdominaux, je rappellerai brièvement qu'on en a vu entre la dure-mère et les vertèbres. En se développant, elles compriment la moelle et déterminent une paraplégie. On a vu d'autres exemples très-remarquables. Une femme paraplégique portait sur la ligne médiane du dos, à la partie supérieure des vertèbres lombaires, une tumeur grosse comme le poing, molle et fluctuante. A l'autopsie on trouva une poche hydatique remplie d'acéphalocystes (*Société anatomique,* année 1850, pag. 63).

Saunerotte rapporte l'observation d'une tumeur du sein qu'il enleva. Il décrit si bien ces perles membraneuses, ces kystes emboîtés les uns dans les autres, qu'il s'agit bien évidemment d'une tumeur hydatique.

Je ne veux pas pousser plus loin les citations de ces sortes de faits, revenons aux kystes hydatiques développés dans la couche celluleuse du tronc et des membres.

M. Legendre a montré un exemple de kyste hydatique du jarret, qu'il a trouvé à l'amphithéâtre de Clamart (*Soc. Anat.*, année 1850, pag. 60).

M. Deville, à cette occasion, nous a cité cinq faits semblables observés par lui. De ces tumeurs, l'une était placée aux environs de l'omoplate, une autre dans la région lombaire, une troisième et une quatrième dans l'épaisseur de la fesse ; la cinquième était placée dans l'aine.

Je m'arrête là ; je voulais seulement faire voir que des tumeurs semblables à celles dont je rapporte l'histoire, avaient déjà été observées au tronc, aux membres, dans le tissu cellulaire du tronc et des membres.

Ce que je viens de dire ne prouve-t-il pas assez que ces affections ne doivent pas être oubliées quand il s'agit d'établir le diagnostic, très-difficile parfois, de certaines tumeurs ? Mais pour les avoir présentes à l'esprit, est-ce à dire qu'il sera donné au chirurgien de le reconnaître aisément ?

Non certainement : et le plus souvent ce n'est qu'une ponction exploratrice qui arrêtera le diagnostic.

Le début, la marche de ces kystes, quand on relit les observations de semblables affections, sont toujours les mêmes. La maladie débute spontanément, sans cause appréciable ; la tumeur grossit lentement ; elle ne provoque point de douleur, excepté quand elle a acquis un volume assez considérable, quand elle est placée dans un endroit riche en cordons nerveux, comme l'aisselle, car alors elle comprime ces nerfs et peut donner lieu à tous les symptômes de compression.

A cette période, si elle cause de la douleur, d'un autre côté, elle est gênante pour les malades, et c'est alors qu'ils réclament les secours de la chirurgie.

Mais ce début, cette marche n'ont rien de spécial pour les kystes hydatiques. Bien d'autres tumeurs se développent ainsi

spontanément et grossissent lentement, sans accuser d'autre douleur, d'autre gêne que celle qui résulte du volume de la tumeur. Et pour ne point parler des tumeurs solides, les kystes purement séreux ne se comportent-ils pas de la même manière?

Si nous examinons les symptômes de ce genre de tumeurs, nous retombons dans la même perplexité. Dans la plus grande majorité des cas, vous ne trouvez aucun symptôme que vous ne puissiez rapporter quelquefois aux lipômes, aux méliceris, aux tumeurs colloïdes, etc., et presque toujours aux abcès migrateurs, aux kystes, etc. Cependant il est des cas où le doute pourra disparaître, c'est quand vous sentirez, en pressant la tumeur, en cherchant la fluctuation, un frémissement particulier que l'on a appelé frémissement hydatique. Dans tous les cas, des tumeurs lisses, fluctuantes, ayant eu un début brusque, ayant grossi graduellement, n'ayant été précédées, n'étant accompagnées, dans leur développement, d'aucune douleur, cherchez ce frémissement. Si vous le trouvez, votre diagnostic est fait, ou presque sûrement établi. Mais ce frémissement manque souvent et notre malade était dans ce dernier cas.

Le frémissement hydatique manque souvent. Il manquera rarement quand dans une hydatide mère il y aura des vésicules flottantes; mais lorsque l'hydatide est solitaire, ou quand les vésicules sont très-nombreuses, il n'en sera pas de même. Cependant M. Barrier cite dans sa thèse un exemple digne d'être bien connu. Se fondant sur le frémissement hydatique que l'on trouvait dans une tumeur du cou, M. Jobert diagnostiqua un kyste hydatique. Il enleva le kyste, et il y trouva une vésicule solitaire. Ce frémissement, comme on l'a dit, serait-il dû à l'ébranlement de la matière gélatineuse qui forme les parois de la vésicule.

Le frémissement hydatique peut être perçu quelquefois; mais il peut arriver aussi qu'on ne le retrouve plus ensuite, qu'il reparaisse de nouveau pour disparaître encore. M. Tarral a cité un fait de ce genre, qui prouve combien le signe est incertain.

Quoi qu'il en soit, quand il existe, le frémissement hydatique est un signe précieux; quand il manque, quand la nature de la tumeur est douteuse, il faut réserver le diagnostic et avoir recours à une ponction exploratrice, il faut imiter la conduite qu'a tenue M. Velpeau, dans le fait dont j'ai rapporté l'observation.

Je ne reviendrai pas sur la description de la tumeur de notre malade, sur son début, sur sa marche, ce serait répéter ce que j'ai déjà écrit.

En présence d'une semblable tumeur, quel pouvait être le diagnostic?

Il n'y avait pas à songer évidemment aux tumeurs de mauvaise nature, aux engorgements ganglionnaires. Le siége, l'aspect, la forme de la tumeur, l'âge de la malade, sa constitution, le début, la marche de l'affection, tout faisait rejeter bien vite l'idée d'une tumeur de cette nature. L'on ne pouvait songer longtemps aux kystes mélicériques : le volume, le siége de la tumeur écartaient cette supposition.

Les lipômes sont fluctuants : mais leur fluctuation est moins franche, et ils offrent, au doigt qui les explore, une sensation lobulée qui manquait ici.

Un épanchement sanguin n'a ni ce début, ni cette marche.

Une collection purulente est précédée de douleurs dans un point plus ou moins éloigné. Un abcès ayant son siége dans l'endroit où était placée la tumeur qui nous occupe, aurait eu son point de départ à l'omoplate, ou à l'articulation scapulo-humérale, ou dans un point peu éloigné. L'absence de douleur, la constitution de la malade éloignaient cette hypothèse. Il y avait bien, à la vérité, un cordon à la partie supérieure, qui simulait, jusqu'à un certain point, un trajet fistuleux. Mais d'où serait venu le pus?

Une tumeur formée de matière colloïde? M. Velpeau a vu de ces sortes de tumeurs. Dans le courant de l'année dernière, j'ai recueilli une observation d'une tumeur de cette nature, située à la partie interne et inférieure de la cuisse, faisant saillie dans le creux poplité, observation bien curieuse et qui a nécessité une opération remarquable. Je me propose de publier ce fait incessamment. Mais les tumeurs colloïdes, très-rares d'ailleurs, sont plus rares encore à cet âge; elles ne sont pas si franchement fluctuantes, elles sont plus irrégulières, plus bosselées.

Une tumeur fibro-plastique n'est pas fluctuante, n'est pas aussi mobile sous la peau, etc.

Il restait donc les kystes séreux, ou les kystes hydatiques.

C'est ainsi que marchent les kystes séreux. Mais assez souvent on peut trouver leur cause, leur raison d'être. Les kystes séreux se présentent avec ces caractères; ils ont ces symptômes. On les rencontre à tous les âges; ils sont assez indépendants des constitutions.

Les kystes hydatiques sont rares; on n'en a vu qu'un petit nombre d'exemples; on n'en avait jamais observé dans cette région.

Il restait un point de doute.

Après avoir ainsi passé en revue les tumeurs liquides, ou qui les simulent, non inflammatoires, qui peuvent se présenter avec ces caractères, M. Velpeau s'est arrêté à l'idée d'un kyste séreux, ou d'un kyste hydatique.

Une ponction exploratrice devait fixer le diagnostic. Cette ponction fut faite. J'ai rapporté plus haut le résultat. C'était bien un kyste hydatique.

M. Velpeau pratiqua une injection iodée. Mais il annonça de suite qu'il n'espérait pas que cette injection amènerait la guérison; que, bien plus, cette guérison, s'il l'obtenait, le surprendrait fort. Il y avait une poche hydatique qui devait sortir soit par la suppuration, soit par une incision.

Le reste est connu. L'injection n'amena aucun résultat; une incision fut faite, le foyer entra en suppuration, et la malade sortit guérie de l'affection pour laquelle elle était entrée dans nos salles.

Encore un coup, cette observation est pleine d'intérêt; j'ai touché en passant les questions qui se rapportent aux tumeurs hydatiques; mais je n'ai fait que les effleurer, je n'avais en vue que deux choses :

Faire connaître une observation rare.

Appeler l'attention sur les kystes hydatiques développés dans la couche celluleuse de la peau et du tronc, afin que le chirurgien, dans le diagnostic des tumeurs difficiles, songe à la possibilité de leur existence.

L. Bauchet.

Maladies de la prostate.— Nouveau traitement.

Si vous consultez les livres des savants modernes qui ont écrit sur les maladies de la prostate, et ici les jeunes sont plus forts que les vieux, tous vous disent que ces affections qui font le désespoir des malades, font aussi celui des médecins. En effet, malgré des traitements rationnels bien suivis par les malades, les douleurs les plus poignantes ne cèdent, momentanément encore, qu'à des doses énormes d'opium.

Sur dix malades atteints de cette terrible affection, on n'exagère pas en affirmant d'avance qu'un tiers se suicidera ou tentera de se suicider.

Ici nous ne ferons pas l'histoire des maladies de la prostate; tous les vrais hommes de l'art, qui s'occupent de leur métier, savent la chose aussi bien que nous qui sommes sobre de lignes et détestons compiler; nous prévenons d'abord nos confrères que ce traitement ne guérit pas radicalement les malades, mais nous affirmons que, quoique toujours souffreteux, ils sont du moins grandement soulagés et vivent comme le commun.

Pour bien nous peindre les douleurs incessantes qu'il éprouvait, l'un de nos malades nous disait en se tordant sur son lit : La douleur prostatique et le mal de dents sont des douleurs qui se ressemblent, mais la prostate doit être plus grosse qu'une molaire. Nous décrirons le traitement en rapportant notre première observation.

M. O..., officier de la marine anglaise, homme d'une cinquantaine d'années environ, grand et fort, d'un caractère ré-

solu, demeurant encore aujourd'hui hôtel Meurice, rue de Rivoli, était atteint depuis dix ans d'une prostatite chronique compliquée de deux rétrécissements, l'un profond et l'autre situé au tiers supérieur de l'urètre.

A bout de souffrances, ce malheureux malade blêmit à suer rien que pour nous avoir vu, lors de notre première visite, tirer de notre poche l'étui qui renferme nos sondes. Comme depuis longtemps nous passions et repassions en mémoire, à propos de cette maladie, le cas de certaines gens qui avaient été guéries, disait-on (lisez soulagés), par l'inoculation accidentelle d'une blennorrhagie, l'idée nous vint que peut-être en faisant suppurer le gland et la face interne du prépuce, on obtiendrait un aussi heureux résultat. Malgré la difficulté de l'application, nous choisîmes cet organe, soupçonnant que, puisqu'il est le seul en contact direct avec le foyer du mal, c'était le seul sur lequel il fallait agir, et sachant d'ailleurs que toutes autres tentatives de vésications superficielles ou profondes avaient été faites sans bon résultat, nous pensâmes aussi que ce vésicatoire serait très-bien toléré par le malade, sans craindre pour lui une douleur trop insupportable. Le gland et le col de l'utérus, qui ont tant de ressemblance de texture et de forme, et qu'on ne croirait jamais, d'après l'accueil qu'ils se font, aussi sympathiques qu'ils le sont l'un pour l'autre : nous croyons, disons-nous, qu'à de rares exceptions près, ces organes sont plutôt chargés de percevoir et transmettre la sensibilité que sensibles eux-mêmes.

Voici donc comme nous procédâmes : au moyen d'un pinceau très-légèrement imbibé de quelques gouttes d'ammoniaque appliqué sur le gland, ayant soin de laisser intact l'orifice de l'urètre, nous produisîmes une vésication instantanée que nous saupoudrâmes aussitôt d'un demi-grain d'hydrochlorate de morphine. Cette petite opération fut faite le soir. Notre malade passa la nuit sans trop souffrir, se réveillant de temps à autre pour tordre et imbiber d'eau froide les deux serviettes que nous avions appliquées sur les parties génitales. Le lendemain nous trouvâmes un phymosis, accident dont le malade fut peu étonné, ayant été prévenu. Nous lui prescrivîmes un bain tiède de deux heures, et il sortit même de chez lui pour le prendre. Après trois jours le phymosis s'affaissa ; nous découvrîmes donc doucement le gland que nous trouvâmes dénudé de muqueuse ainsi que la face interne du prépuce. Alors sur un morceau de bas, qui est un tissu extensible perméable, que nous avions taillé en onglette et d'une grandeur telle qu'elle n'atteignait pas l'urètre, nous étendîmes une couche légère de pommade vésicante de Bizors qui ne contient pas de cantharides. Les deux premiers jours de pansements nous eûmes soin de mélanger de cérat cette pommade; cérat dans lequel nous avions introduit un demi-grain de morphine, et il fut pansé deux fois par jour.

Maintenant voici le moyen que nous employâmes pour maintenir en place ce petit emplâtre : nous appliquâmes à la base du gland, au-dessous de son rebord, un petit cordon mince en caoutchouc, dont nous ramenâmes les deux bouts sur le frein, et que nous arrêtâmes en faisant un nœud simple. Ce temps exécuté de la main gauche, nous entourâmes la verge en attirant doucement le prépuce, pendant que de l'indicateur de la droite nous refoulions le gland. Le phymosis reparut après deux jours de pansement, quoique moins volumineux ; et tant qu'il dura, le prépuce par sa rigidité maintint l'appareil, mais une fois dissipé, il se repliait sur lui-même, malgré le cordon en caoutchouc qui l'étreignait, et l'emplâtre s'en allait à vau-l'eau. Pour obvier à cet accident, nous entrâmes la verge, pansée comme nous l'avons dit, dans un doigt de gant, ouvert à l'extrémité, en caoutchouc très-souple et perméable à l'air. Pour l'entrer, nous employâmes le même moyen que celui dont on se sert pour conduire le bras d'un nouveau né dans une brassière ; c'est-à-dire que nous ficelâmes d'abord la verge avec un cordon de caoutchouc, puis nous passâmes le doigt de gant tout en déroulant doucement notre cordon. Cinq à six jours après, le malade se pansait lui-même et devint bientôt plus habile que nous pour exécuter ce pansement. Une suppuration abondante fut le résultat de ce vésicatoire ; et après quelques jours elle augmenta tellement que le malade changeait deux fois par jour le linge passé dans l'anse du suspensoir en tricot qu'il portait.

Après un mois de traitement, notre client se trouva enfin soulagé : plus de douleurs prostatiques, plus d'épreintes en urinant, l'émission se fait facilement, le jet est plus large et moins en vrille, les besoins d'uriner sont moins fréquents ; enfin l'exploration par le rectum nous apprend que le volume de la prostate est de beaucoup diminué. Ainsi encouragé, le malade garda le vésicatoire pendant trois mois, et voyant, après ce temps, que la suppuration tarissait, d'après notre avis il le ferma ; cependant il continua à prendre, matin et soir, une décoction de scabieuse coupée avec partie égale, tantôt de petit-lait, tantôt d'eau de goudron additionnée d'une petite cuillerée à café de bicarbonate de soude, et sucrée avec le sirop de pointes d'asperges.

C'était il y a deux ans que nous soumîmes cet Anglais à ce rude traitement, lorsqu'il nous revint l'an passé, au mois de juin. A la suite de quelques petits excès de table et de femme qu'il avait faits, il ressentait de nouveau des douleurs prostatiques : excès, ajouta-t-il d'un air piteux, en parlant du dernier dont il avait été si longtemps privé, que certes nous devions le lui pardonner ; et ici il nous avoua un fait bien étrange que nous allons raconter : « J'avais vécu, dit-il, si longtemps comme un eunuque qu'après six semaines de traitement, malgré mon vésicatoire, me trouvant bien mieux, j'eus plusieurs fois des rapports avec une femme que j'aimais. »

Nous ne doutâmes pas un instant de la véracité de cet homme, parce que, dans l'affection de la prostate, quand à de rares et courts intervalles, elle fait un temps d'arrêt, les malades sont très-portés au coït ; mais pour celui-là en vérité, dans sa position, il fallait qu'il eût le diable au corps. Comme il redoutait l'application d'un nouveau vésicatoire, nous appliquâmes, à l'extrême base de la verge, le talon s'appuyant sur le pubis, une moucheture faite avec le caustique de Vienne, de la grandeur d'une pièce de vingt francs, ayant le soin de lui faire aspirer avant quelques gouttes de chloroforme. Depuis ce jour, et surtout depuis que la moucheture se prit à suppurer, les douleurs ont de nouveau disparu. Nous avons pansé cette moucheture, même avant la chute de l'escarre, avec un plumasseau de coton recouvert d'une couche de cérat maintenu par le suspensoir, et le malade n'en a pas souffert, il a repris la tisane indiquée, mais cette fois nous avons remplacé le bicarbonate de soude par un demi-gramme d'iodure de potassium ; de plus, matin et soir, il s'est plongé pendant une à deux minutes dans une baignoire d'eau froide : le mieux a persévéré.

A cette première observation, nous joindrons la seconde ; mais nous n'indiquerons que les modifications que nous fîmes au premier traitement.

M. M...., négociant, plus jeune de dix ans que le malade cité ci-dessus, vint nous consulter il y a six mois environ. Il était dans les mêmes conditions que l'officier anglais dont nous venons de raconter l'histoire.

Nous commençâmes ainsi son traitement. Avec un pince-œillet très-fin, nous fîmes une moucheture à la base du frein en dedans, puis nous passâmes de suite dans cette ouverture un petit morceau de cordon de caoutchouc que nous laissâmes en permanence jusqu'à guérison, ce qui demanda huit jours.

Après ce temps, avant d'établir notre vésicatoire, nous avons descendu dans l'urètre, à 1 pouce environ, une sonde en gomme bien huilée ; puis nous avons figé autour, non sans peine, quelques gouttes de collodium.

Le lecteur attentif a déjà compris que nous retirâmes ensuite facilement notre bout de sonde et que nous fîmes une vésication qui n'entama pas l'urètre, qui permit même de faire suppurer le vésicatoire sans craindre cet accident très-douloureux. Il a compris aussi que, par ce petit trou dans le frein, nous y passâmes notre cordon en caoutchouc qui maintient parfaitement l'emplâtre vésicant. De plus, la morphine, dont l'application est ici douloureuse et entretient le phymosis, a été remplacée avec

avantage par l'extrait gommeux d'opium. Enfin, après les six premières semaines écoulées, le malade se trouvant mieux et plus fort, nous avons substitué alors l'iodure de potassium au bicarbonate de soude que nous mêlions à la tisane. Car le rein, dans ces affections, est aussi atteint, a aussi ses indigestions comme l'estomac : mais ici arrêtons-nous, et la néphrite, solidaire de la cystite et de la maladie du col de la vessie, fera le sujet d'un nouvel article.

Disons cependant que ce second malade est aujourd'hui heureux de vivre, ce qu'il était loin de dire avant le traitement.

AUSSANDON.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juin 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Envoi de remèdes secrets.

2° Rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Moufflers, par M. François, médecin de l'arrondissement d'Abbeville.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Obstétrique.

M. Jacquemier adresse un mémoire intitulé : *Des épaules du fœtus considérées comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique.* (Comm. MM. Danyau et Dubois.)

Fièvre typhoïde.

M. Delaporte, membre correspondant à Vimoutiers (Orne), adresse une note sur la typhomanie à l'ordre du jour.

Hygiène.

M. Petron, de Lisieux, adresse un *modèle de prospectus d'un Traité d'hygiène.*

Diabètes.

M. Tavignot adresse une note *sur la nature et le traitement du diabètes.*

Cataracte.

M. Cuny, ex-médecin sanitaire en chef des provinces de la Haute-Égypte, adresse une note sur la cataracte.

Vaccine.

État des vaccinations dans le département d'Ile-et-Vilaine.

État des vaccinations dans le département de Lot-et-Garonne.

DISCUSSION SUR LA SURDI-MUTITÉ.

L'ordre du jour appelle la discussion de la troisième conclusion devenue la troisième par suite des modifications introduites par M. Malgaigne, de concert avec la commission. Cette conclusion est ainsi conçue :

« Les mouvements vibratoires des corps qui constituent la condition physique de la notion du son, chez les sujets possédant le sens de l'ouïe, ne peuvent jamais donner une telle notion aux sujets privés de ce sens.

« Mais, ainsi qu'il est généralement connu en physiologie et en pathologie, ces mouvements vibratoires produisent sur les organes de la sensibilité tactile une impression et une notion spéciales que les sourds-muets peuvent mettre à profit dans un certain nombre de circonstances. Ce moyen d'instruction a été proposé et mis en pratique antérieurement aux recherches de M. Blanchet. »

M. Bouvier prend la parole pour proposer un amendement qui consiste à supprimer les derniers mots qui tendent à enlever à M. Blanchet le mérite qui lui revient. Il maintient en outre la justesse de la première réponse de la commission relativement à la *notion du son* donnée par les nerfs de la sensibilité générale.

M. Bérard réplique et soutient sa manière de voir. Nous sommes obligé d'attendre le manuscrit des auteurs pour publier ces deux discours et de les renvoyer pour cette raison à notre prochain numéro.

M. J. Guérin propose l'amendement suivant à la nouvelle conclusion de la commission :

« Les sourds-muets sentent les mouvements vibratoires des corps par les nerfs de la sensibilité générale. Ils peuvent, par cette voie, suppléer, jusqu'à un certain point, à la notion directe du son, qui est le privilége exclusif de l'ouïe.

« Cette source de notions supplémentaires, étudiée particulièrement par M. Blanchet, est susceptible de rendre de véritables services aux sourds-muets. »

Après les développements de M. Guérin, l'Académie tombe dans un vacarme et dans une confusion difficiles à décrire et qui se prolongent jusqu'à la fin de la séance.

La clôture de la discussion est prononcée au milieu de ce tapage.

L'amendement de M. Guérin n'étant pas appuyé, n'est pas mis aux voix.

La conclusion nouvelle de la commission, à laquelle se rattache M. Bérard, est adoptée.

La troisième conclusion nouvelle de la commission est ainsi conçue :

« La possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté commune à *tous* les sourds-muets et sert de fondement à l'instruction de ces infortunés dans les écoles allemandes, ainsi qu'à l'*Institution Dubois*, à Paris. »

Après un nouveau et indescriptible vacarme, l'Académie repousse un amendement de MM. Londe et Piorry, consistant à dire *presque tous* au lieu de *tous*, et adopte un autre amendement qui remplace ces mots : *Institution Dubois* par ceux-ci : *diverses institutions.*

La séance est levée à 5 heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juin. — Présidence de M. COMBES.

Recherches sur l'alimentation des insectes gallicoles.

M. Dumas présente, au nom de MM. Lacaze-Duthiers et Alfred Riche, une note dont voici une complète analyse :

« La noix de galle est une production anormale venue sur un végétal par suite de la piqûre de la femelle d'un insecte, le cynips. On trouve à son centre une masse formée de cellules molles remplies de fécule, au milieu de laquelle l'insecte a déposé un œuf infiniment petit : cette matière, seule nourriture de l'animal, mérite le nom de *masse alimentaire.*

« Dans quelques galles, l'œuf ne s'est pas développé ; dans d'autres, il est devenu une larve très grasse ou même un insecte parfait, semblable à une petite abeille.

« Nous avons analysé la masse alimentaire des premières, et l'insecte des deuxièmes, puis comparé les résultats entre eux. L'aliment, dans les galles blanches d'Alep que nous avons étudiées plus spécialement, pèse 86 milligrammes, tandis que le cynips a un poids moyen de 19. L'animal ne se nourrit que d'une seule masse, ne touche pas aux enveloppes extérieures de la galle, mais mange complétement la première ; nous pouvons donc en tous points opposer 86 de l'aliment à 19 de l'insecte.

« Nous avons vérifié nos résultats sur d'autres noix de galle, le gallon d'Alep entre autres. Sa masse alimentaire ne pèse plus que 55, et l'insecte n'a pour poids moyen que 12 au lieu de 19. Passons successivement en revue les diverses classes d'aliments.

« 1° *Matières azotées.* — La masse alimentaire renferme une quantité d'azote variable entre 1,54 et 1,29 pour 100, ce qui place son équivalent nutritif, au point de vue de l'azote seul, bien au-dessus de celui du maïs, 58, et un peu au-dessous de celui du riz, 98.

« Cent d'insecte renferment de 7,62 à 7,66 d'azote. Si, fidèle à notre plan, nous rapportons le poids de l'azote contenu dans l'aliment à 86, et celui qui est dans l'insecte à 19, on voit qu'une masse alimentaire renferme de 1,30 à 1,10 d'azote, et qu'un cynips renferme de 1,08 à 1,09 d'azote, résultat bien remarquable : l'animal trouve assez d'azote dans sa nourriture, et il y a un tel rapport entre sa faculté digestive et la digestibilité de son aliment, que tout ou presque tout l'azote disparaît dans ses tissus.

« 2° *Matières respiratoires.* — La masse centrale est presque uniquement composée de fécule ; l'examen microscopique, l'action de l'iode en sont une preuve non douteuse.

« La quantité qui s'y trouve varie entre 75 et 78 pour 100 ; ce qui place son équivalent nutritif, sous ce nouveau point de vue, au-dessus de celui des céréales.

Cent d'aliment épuisés par l'éther ont donné :		Cent d'insecte épuisés par l'éther ont donné :	
Carbone.....	36,30	Carbone.....	38,900
Hydrogène.....	6,67	Hydrogène.....	6,806
En rapportant ces nombres à 86 de masse, celle-ci renferme :		En rapportant ces nombres à 19 d'insecte, celui-ci renferme :	
Carbone.....	31,218	Carbone.....	7,391
Hydrogène.....	5,676	Hydrogène.....	1,293

« Donc l'insecte contient beaucoup moins de carbone que son aliment : il a été brûlé dans l'acte de sa respiration.

Cent de masse alimentaire non épuisée par l'éther donnent :		Cent d'insecte non épuisés par l'éther donnent :	
Carbone.....	37,540	Carbone.....	48,500
Hydrogène.....	6,133	Hydrogène.....	8,521

« Il résulte de ces chiffres comparés aux premiers, que l'aliment renferme peu de principes gras solubles dans l'éther, et qu'il y en a, au contraire, une proportion notable dans l'animal.

« Le tableau suivant va fixer, au reste, sur ce résultat :

1° *Galles blanches.*

Matière grasse dans le cynips.	Matière grasse dans l'aliment.	Différence.
4,80	1,00	3,80
4,80	1,36	3,44

2° *Gallons d'Alep.*

5,010	0,236	4,774

« Ainsi, au lieu de retrouver 1 de graisse ou 1,36 maximum dans l'insecte, il y en a 4,80, près de 5; quantité considérable, s'accroissant encore dans les gallons d'Alep, et ne permettant pas l'hésitation sur la formation de la graisse par les animaux.

« Si l'on ajoute à la graisse contenue dans la masse centrale, toute celle qui se trouve dans les enveloppes de la galle, et qui est, au maximum, 0,400 pour une noix, on voit que, dans le cas où la matière grasse suinterait et serait absorbée par l'animal, il n'en recevrait, dans le cas le plus défavorable, que 1,764, et il en aurait encore formé une proportion considérable. Nous nous sommes assuré, au reste, que la galle dont la masse alimentaire a été mangée, renferme autant de graisse dans ses enveloppes extérieures que la galle non entamée par son parasite.

« Cette matière grasse tache le papier et le rend huileux; elle est insoluble dans l'eau, soluble dans l'éther, se saponifie parfaitement, cristallise en houppes d'aiguilles partant d'un centre, et présente tous les caractères des graisses les mieux définies.

« 3° *Sels minéraux.* — Une masse alimentaire en contient de 1,20 à 1,50.

« Un insecte en contient de 0,550 à 0,572.

« Nous y avons reconnu l'acide phosphorique, la potasse et la chaux.

« Le tannin est en très-faible quantité, mais existe cependant dans la masse alimentaire; nous en avons trouvé 52 et 54 pour 100 dans les enveloppes de la galle.

« Le sucre se trouve aussi dans la masse centrale.

« En résumé : les insectes ne s'éloignent pas des animaux supérieurs dans leur mode d'alimentation.

« Ils reçoivent : 1° des aliments azotés ou assimilables; 2° des matières féculantes; 3° des substances grasses; 4° des sels minéraux.

« De plus, dans le phénomène de leur nutrition il se passe une transformation évidente de la matière amylacée en matière grasse; ils forment donc la graisse avec une partie des matières féculantes, tandis que le reste est brûlé dans leur respiration.

« Ces animaux sont très-gras; déposés sur une feuille de papier, ils la tachent aussitôt sans qu'il soit besoin de la frotter, et il est curieux de remarquer que la nature les a placés dans les conditions d'engraissement où les agriculteurs mettent leurs bestiaux à l'engrais : isolement parfait, tranquillité complète, obscurité des plus grandes.

« L'air ne se renouvelant qu'avec une difficulté extrême, leur respiration est très-faible.

« Qu'il nous soit permis de faire remarquer que la nature nous a tout fourni, et l'aliment et la loge d'expérimentation : pas d'erreur possible, par conséquent, dans le choix du premier, dans le milieu à fournir à l'animal, car celui-ci est dans les conditions normales de son existence.

« L'expérience commence avec un œuf dont la balance la plus sensible ne saurait apprécier le poids; nous n'avons donc pas, comme dans les expériences de nos devanciers, à comparer les animaux à d'autres abattus au moment de l'étude de l'alimentation des premiers.

« La marche a été tout à fait la même, qu'il s'agisse d'un insecte ou de son aliment : nous avons tenu à agir d'une façon tout à fait analogue, afin de ne pas introduire dans nos analyses des causes d'erreur tenant au procédé lui-même.

« Chaque chiffre est une moyenne de deux ou trois nombres obtenus : nous avons fait de chaque point au moins deux vérifications et souvent davantage quand le résultat était important ou semblait un peu extraordinaire. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous avons sous les yeux le nouveau règlement du corps de santé de l'armée d'Espagne. Voici comment le gouvernement de Madrid a su satisfaire les espérances qu'on avait conçues, en voyant donner la direction de cet important service au général Monteverde, remarquable par sa science, ancien directeur de l'École d'état-major et président de la commission chargée de la formation de la carte topographique d'Espagne.

On accorde à la direction de santé militaire les mêmes prérogatives, les mêmes avantages et priviléges attachés à toutes les directions générales et instituts de l'armée. Le personnel médical reste sous les ordres du général directeur, ainsi que les brigades de soldats-infirmiers, les laboratoires, les dépôts de pharmacie militaire et tout le matériel du corps de santé, en temps de paix comme en temps de guerre. Dans les affaires concernant le corps facultatif, le directeur entendra le rapport d'un conseil de santé formé de 4 inspecteurs dont 1 devra être pharmacien. Il leur sera accordé le traitement et les honneurs de général de brigade, et ils seront obligés d'inspecter les hôpitaux et les établissements militaires de la Péninsule et des îles qui en dépendent. Il y aura 14 sous-inspecteurs (6 de 1re classe et 8 de la 2e), avec la représentation de chefs supérieurs du corps de santé dans les divisions militaires; 15 médecins principaux jouissant du caractère de chefs des hôpitaux établis dans les capitales de ces divisions; 62 premiers médecins pour le service des hôpitaux, et un nombre indéterminé de premiers et de seconds aides, selon le nombre des régiments de cavalerie, bataillons d'infanterie, brigades, etc. La pharmacie aura 1 inspecteur, 1 sous-inspecteur, 2 principaux, 4 premiers pharmaciens, 8 aides premiers, 16 seconds et 8 agréés. L'entrée dans le corps de santé a lieu par concours. Une école spéciale complétera l'instruction pratique, quant à ce qui concerne la médecine militaire.

Les membres de ce corps dépendront seulement, en ce qui concerne la discipline générale, de l'autorité militaire sous la dépendance de laquelle se trouvent placés, dans chaque localité, les officiers des différents corps de l'armée; et quant au service professionnel, de ses chefs propres *exclusivement.*

A la demande du nouveau directeur, le gouvernement a donné la commission à deux médecins principaux (MM. Rodriguez et Azua, qui se trouvent en ce moment à Paris) de parcourir les pays les plus avancés de l'Europe; d'y étudier et de faire connaître les progrès de la médecine militaire, pour qu'on donne à ce service, en Espagne, toute la perfection possible.

Félicitons le gouvernement espagnol de l'heureuse organisation qu'il a donnée à cette institution, faisant voir par là jusqu'à quel point elle a su en comprendre l'importance; félicitons aussi les médecins militaires de ce pays de la position convenable et digne où ils ont été placés pour l'exercice de leur profession.

— L'Académie des sciences médicales de Palerme a mis au concours la question suivante :

« Déterminer jusqu'à quel point les humeurs contribuent à la produc-
« tion des états pathologiques; quelles sont les maladies qui se font remar-
« quer principalement sur ce point de vue; quelles sont les indications
« qui en résultent pour la thérapeutique, et quels sont les moyens ration-
« nels de traitement qui peuvent satisfaire à ces indications. »

Les mémoires, écrits en italien ou en latin, devront être adressés dans les formes académiques au secrétaire ou au vice-secrétaire de l'Académie, jusqu'au 31 décembre 1853.

Le prix sera une médaille de 30 onces. Le mémoire couronné sera imprimé aux frais de l'Académie, soit dans les actes de l'Académie, soit séparément. Le nom de l'auteur sera publié dans le journal officiel, ainsi que le nom de celui qui aura mérité l'*accessit.*

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la science médicale (histoire et dogmes), comprenant un précis de méthodologie ou de médecine préparatoire; un résumé de l'histoire de la médecine, suivi de notices historiques et critiques sur les écoles de Cos, d'Alexandrie, de Salerne, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg; un exposé des principes généraux de la science médicale, renfermant les *éléments de la Pathologie générale,* par M. le docteur D.-C.-E. Edouard Auber, chevalier de la Légion d'honneur. — 1 vol. in-8 de 660 pages. Prix : 8 fr.

De l'hématocèle du scrotum (thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie), par M. A. Jamain, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux (1853). — In-8 de 134 pages. Prix : 2 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 73. 1re année. Samedi 18 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Nomination de deux professeurs à la Faculté de Montpellier. — Séance du 15 juin de la Société de chirurgie. — — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Saint-Antoine. M. Chassaignac. Moyens diagnostiques pour l'exploration des tumeurs du rectum. Polype du rectum chez un adulte. Opération par excision. Guérison. — Addition à la séance du 14 juin de l'Académie de médecine. — **SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 17 juin 1853.

Nomination de deux professeurs à la Faculté de Montpellier.

Les incidents relatifs à la nomination des professeurs aux deux chaires vacantes dans la Faculté de Montpellier, et dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs, viennent de se terminer d'une manière qui fait le plus grand honneur à l'esprit d'appréciation et de haute équité de S. M. l'empereur, à son Ministre, à la légitime influence des Facultés et au nouveau mode de nomination.

M. Benoît, placé le premier sur deux listes de présentation, est nommé *professeur d'anatomie*.

M. Anglada, placé le second sur la liste de présentation pour la chaire de pathologie médicale, et qui aurait sans peine obtenu le premier rang, sans la position toute particulière dans laquelle se trouvait M. Benoît, est nommé *professeur de pathologie médicale*.

M. Rigaud restera donc à Strasbourg, et il devra vaincre, par un redoublement d'efforts, les difficultés d'une position que la permutation aurait fait disparaître sans doute d'une manière plus commode, mais moins digne de son talent.

Quant à MM. Benoît et Anglada, ils vont apporter à la Faculté un nouveau contingent de jeunesse, de talent, de zèle et de loyauté qui ne contribuera pas peu à la prospérité de l'antique Faculté du Midi, prospérité quelque temps ébranlée, et qui, depuis plusieurs années, tend de plus en plus à prendre un nouvel éclat.

H. de Castelnau.

Séance du 15 juin de la Société de chirurgie.

(Indication des amputations. — Kystes du cou. — Nouveau traitement des calculs urinaires. — Guérison d'un anévrisme par la cautérisation avec le chorure de zinc.)

M. Bonnafont a ouvert la séance par une présentation qui a soulevé une grave question de pratique bien souvent agitée et encore bien incomplétement résolue. Il s'agit d'un sous-officier qui fut blessé, aux affaires de décembre 1851, d'un coup de feu dont la balle traversa la partie supérieure du tibia, à 2 centimètres de l'articulation du genou. Des accidents graves ne tardèrent pas à paraître, lesquels tour à tour combattus et reproduits dans une période de deux ans, ont mis le malade deux ou trois fois dans le cas d'être amputé de ce membre. Au mois de février dernier, époque à laquelle M. Bonnafont a pris le service des blessés, ce militaire était épuisé par la suppuration abondante et ichoreuse qui s'échappait de la plaie, et aussi par l'ennui qu'il éprouvait en gardant le lit depuis un si long temps sans pouvoir se lever, même avec des béquilles.

Dans cet état, le malade réclamait avec instance l'ablation du membre, qu'après les efforts tentés jusqu'alors on considérait comme l'unique moyen de salut. La plaie présentait une ouverture étroite ; le stylet introduit s'enfonçait au milieu de l'os qu'il traversait de part en part, en rencontrant une foule de petites esquilles entièrement isolées. Avant de se décider à amputer, M. Bonnafont crut devoir remplir la première indication qui se présentait, en enlevant une des causes qui entretenait la suppuration de la plaie ; contre l'avis de plusieurs confrères, et surtout contre le désir du malade, M. Bonnafont pratiqua une large incision sur la plaie, qui lui permit d'opérer immédiatement l'extraction de deux esquilles. Sous l'influence de cette opération, la plaie se modifia, et l'état général du malade parut s'améliorer légèrement. Quelques jours après, de nouvelles esquilles ayant été constatées dans l'épaisseur de l'os, M. Bonnafont dut faire de nouvelles tentatives pour les extraire ; mais toutes ces manœuvres furent très-douloureuses et provoquèrent des accidents généraux et locaux qui firent réclamer l'amputation avec instance par le malade et par l'assistance. M. Bonnafont résista de nouveau, attendit que l'état du malade se fût amélioré et songea aussitôt à une opération sérieuse qui n'était pas l'amputation, toujours dans le but de conserver le membre ; toutefois, en praticien prudent, il voulut, avant de prendre aucune décision, s'aider des conseils de quelques collègues. C'est ainsi que M. Marjolin et M. Larrey, dont la prudence et le jugement sont généralement appréciés, émirent l'avis qu'il y avait quelque chance de conserver le membre en débridant la plaie, de manière à provoquer l'extraction complète de toutes les parties d'os nécrosées.

Le 15 mai, M. Bonnafont pratiqua donc une incision cruciale sur la plaie, s'étendant bien avant sur la substance osseuse ; mais l'hémorrhagie abondante qui survint aussitôt s'opposant à toute manœuvre pour chercher les fragments d'os nécrosés, la plaie fut tamponnée et recouverte de charpie imbibée d'eau froide. Le lendemain, trois petites esquilles furent retirées de la plaie, et la substance spongieuse qui tenait à l'os se laissait pénétrer dans tous les environs de la plaie par le stylet, à une profondeur de 6 millimètres. M. Bonnafont jugeant que c'était là la cause principale de la suppuration qui épuisait le malade, en opéra le séquestre à l'aide de la petite extrémité d'une spatule

qu'il promenait sur les parois de la plaie, de manière à provoquer la chute des portions osseuses cariées. Cette opération fut renouvelée tous les matins pendant huit jours, auquel temps ces petites manœuvres étaient devenues très-douloureuses et provoquaient en outre chaque fois une hémorrhagie abondante.

Toutefois, dès ce moment, la suppuration devint moins ichoreuse et surtout moins abondante, et afin d'activer la régénération de l'os, M. Bonnafont fit faire des injections iodées dans la plaie, alternant de temps en temps avec du vin aromatique. Sous l'influence de cette médication la plaie perdit d'abord en profondeur; puis son ouverture, qui avait plus de 2 centimètres en tous sens, se rétrécit, et maintenant elle est presque fermée.

Cette jambe, qui deux ou trois fois a été sur le point d'être amputée, est actuellement pleine de vie et de force, résultat que M. Bonnafont attribue à la médication énergique et locale qu'il a employée, et surtout à la séparation forcée de toutes les parties de l'os carié.

Cette manière de voir n'est pas sans avoir de grandes probabilités en sa faveur, quoique la nature, même sans auxiliaire, donne de temps en temps aux chirurgiens comme aux médecins des exemples bien dignes de méditation.

Quoi qu'il en soit, le beau fait communiqué par M. Bonnafont n'en constitue pas moins un nouvel et puissant argument en faveur de la temporisation. M. Huguier a prétendu qu'un résultat pareil ne serait jamais obtenu avec une plaie qui, au lieu d'atteindre la partie spongieuse de l'os, aurait porté sur la partie compacte. Mais M. Guersant a immédiatement opposé à M. Huguier un fait qui lui a prouvé le peu de fondement de son principe général.

Un autre malade est présenté par M. Larrey; c'est un soldat qui portait un de ces kystes canaliculés de la région cervicale antérieure dont la guérison est si difficile à obtenir. La fistule résultant de l'opération est actuellement presque tarie, et une guérison complète paraît très-prochaine. M. Larrey s'est servi des injections iodées; nouvel argument en faveur de la médication iodée, à laquelle les dragées d'iodure de fer de M. Gille ont fourni une préparation si précieuse.

Ensuite est venue une communication faite par M. Denamiel, médecin à Rivesalte, *sur le diagnostic et le traitement des calculs urinaires par le toucher combiné avec l'action des instruments et de la lithotritie.* Nous reviendrons sur cette communication.

La dernière partie de la séance a été consacrée à une lecture fort intéressante faite par le secrétaire, M. Laborie, au nom de M. Bonnet de Lyon; il s'agit d'un cas remarquable de guérison d'anévrisme de la sous-clavière par la cautérisation pratiquée à l'aide du chlorure de zinc. Nous publions textuellement la lettre adressée par M. Bonnet au professeur Lallemand. Cette lettre résume avec avantage l'observation rédigée par M. le docteur Philipeaux.

A Monsieur LALLEMAND, *membre de l'Académie des sciences,*

M. BONNET, *professeur de clinique chirurgicale à Lyon.*

Monsieur et très-honoré maître,

Vous vous rappelez sans doute l'anévrisme de l'artère sous-clavière gauche que j'ai eu l'honneur de vous montrer, ainsi qu'à M. Pravaz, le 20 janvier dernier, et dont j'avais entrepris la guérison par des applications successives de pâte de chlorure de zinc. Le malade, que vous avez observé le quatorzième jour de son traitement, est actuellement guéri. Le chlorure, pénétrant par imbibition jusque dans les parties les plus profondes de la tumeur sanguine, a produit une coagulation complète du sang, et les parois de la cavité ont pu se détacher sans qu'il soit survenu aucune hémorrhagie. Le malade a quitté l'hôpital trois mois et demi après le début du traitement. Il faisait, à cette époque, des courses de demi-heure à pied, et ne gardait dans la région sus-claviculaire qu'une ulcération superficielle, qui doit être actuellement cicatrisée.

J'ai l'honneur de vous adresser un flacon contenant une partie du coagulum qui s'est détaché à la chute de l'escarre, et je joins à cette pièce anatomique l'observation du malade, rédigée avec beaucoup de soin par M. le docteur Philipeaux.

Je me contenterai ici de vous exposer, en quelques mots, les conditions dans lesquelles j'ai opéré, les raisons qui m'ont conduit à employer la cautérisation par le chlorure de zinc, et la portée que peut avoir le résultat obtenu.

Le nommé Gauthier, âgé de 25 ans, avait reçu dans la région sus-claviculaire gauche, un coup de couteau qui avait divisé la totalité du plexus brachial, et qui, atteignant l'artère sous-clavière ou l'une de ses branches principales, avait été suivi d'abord d'une abondante hémorrhagie, et plus tard d'un énorme anévrisme. L'accroissement rapide de cette tumeur, les pertes de sang qui se faisaient depuis près d'un mois à travers la plaie, menaçaient la vie du malade et rendaient de prompts secours indispensables. La ligature de l'artère sous-clavière gauche en dedans des scalènes, la seule que l'on pût exécuter, me parut, ainsi qu'à plusieurs de mes collègues que je consultai, trop dangereuse et trop difficile.

M. Pétrequin jugea, comme moi, la galvano-ponture inapplicable, puisque l'on ne pouvait suspendre, même momentanément, les battements et le bruit de souffle dans la poche sanguine.

Les injections de perchlorure de fer n'étaient pas encore connues (nous étions au 2 janvier), et peut-être le volume énorme de l'anévrisme, son voisinage du cœur et l'impossibilité de comprimer l'artère qui y apportait le sang en eussent-ils contre-indiqué l'emploi.

Dans cette conjoncture difficile, encouragé par les motifs que j'exposerai plus loin, je pensai qu'en employant la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, je pourrais obtenir la guérison, ou tout au moins retarder les hémorrhagies qui, d'un moment à l'autre, pouvaient entraîner la mort du malade. Une première escarre étant produite au centre de la tumeur, j'enlevai, tous les deux ou trois jours, avec le bistouri, les tranches superficielles des parties cautérisées, et pendant cinq semaines je fis une série d'applications de pâte de chlorure de zinc qui pénétra, chaque jour, en profondeur et en largeur.

Vers le quatorzième jour, le bruit du souffle et les battements avaient complétement cessé, et vers la fin du deuxième mois, l'escarre put se détacher sans qu'aucune hémorrhagie eût lieu.

Je conservai le caillot sanguin qui se détacha alors et que vous recevrez avec cette lettre. On pourrait croire, en le considérant, que la tumeur anévrismale n'avait qu'un volume médiocre; mais l'on doit remarquer que ces caillots se sont rétractés avec le temps, et qu'une grande partie de ceux que j'ai extraits n'ont pas été recueillies.

Plusieurs auteurs modernes attribuent à Ambroise Paré, Guattani, Marc-Aurèle Severin, l'idée de traiter les anévrismes par la cautérisation. Ces citations ont été faites sans consulter les auteurs originaux : dans aucun de ces derniers, je n'ai trouvé d'indication de la méthode qu'on leur attribue. Les anciens ne pouvaient, du reste, employer le chlorure de zinc qui leur était inconnu et qui a été introduit dans la pratique par M. Canquoin.

L'idée de faire servir cet agent chimique à la guérison des anévrismes m'a été suggérée par l'observation que je répète presque chaque jour depuis plus de dix ans, de la puissance avec laquelle il coagule le sang, prévient et arrête les hémorrhagies.

En 1837, abandonnant la cautérisation des varices des jambes par la potasse, qui expose à des hémorrhagies, et par le caustique de Vienne, qui ne pénètre pas assez profondément, j'ai fait suivre l'action de ce dernier agent de celle du chlorure de zinc : par là, j'ai pu enlever, sans aucune crainte d'hémorrhagie, le vaisseau dans toute son épaisseur. Constamment, dans les centaines d'applications que j'ai faites de cette méthode et dans celles qui sont dues à plusieurs de mes collègues, entre autres à MM. Barrier,

Bouchacourt, Desgranges et Valette, on a trouvé au centre de l'escarre un caillot dur, véritable boudin formé par le sang coagulé.

Étendant cette manière de faire à la destruction des hémorroïdes, des varicocèles, des tumeurs érectiles, j'ai partout constaté la puissance avec laquelle le chlorure de zinc, qui pénètre par imbibition dans les vaisseaux, y coagule le sang et produit des escarres dans lesquelles on trouve le calibre entier du vaisseau renfermant un caillot très-dur.

La destruction des goîtres de la thyroïde, sur laquelle M. Philipeaux a publié un mémoire d'après mes leçons cliniques; celle de l'épiploon que j'ai faite cinq fois et que M. Desgranges a répétée aussi à diverses reprises, m'ont fait voir que le chlorure de zinc ne prévient pas moins sûrement les hémorrhagies artérielles que les hémorrhagies veineuses.

Cependant, l'on pouvait hésiter à étendre cette méthode à la cure des anévrismes; d'une part, parce que les artères sont placées près de nerfs importants qu'il importe d'éviter; de l'autre, par la crainte de voir une hémorrhagie succéder à la chute de l'escarre.

La première objection m'a arrêté et doit arrêter à l'avenir tous les opérateurs, s'il s'agit d'anévrismes ordinaires, c'est-à-dire de ceux où les nerfs sont intacts: elle ne fut pas un obstacle dans le cas dont j'ai l'honneur de vous entretenir; car il était sans utilité de ménager le plexus brachial, qui avait été coupé si complétement que la faradisation localisée, développée par l'appareil de M. Duschène, ne suffisait pas pour produire la moindre contraction des muscles du bras.

Il me parut aussi possible de prévenir le danger de l'hémorrhagie lors de la chute de l'escarre, parce qu'on peut retarder à volonté cette chute. L'expérience démontre, en effet, que les parties mortifiées par la pâte de M. Canquoin se détachent régulièrement huit à neuf jours après que le caustique a été enlevé. Il suffit donc, pour qu'une escarre tombe au bout d'un mois, que les applications de chlorure de zinc aient été renouvelées de distance en distance jusqu'au vingt-et-unième jour. Par un procédé analogue, on peut maintenir l'escarre en place pendant plus d'un mois et demi. L'expérience, comme on le voit, a justifié toutes ces prévisions.

Je suis loin d'assigner au succès que j'ai obtenu une portée plus grande que celle qu'il a réellement. Quelque remarquable que soit la guérison d'un anévrisme énorme situé au voisinage du cœur, et dans des conditions de gravité telles, que toutes les méthodes connues étaient insuffisantes, la cautérisation ne sera jamais qu'exceptionnelle; elle ne peut s'appliquer qu'aux cas où les artères ne sont entourées d'aucun nerf important, ou à ceux dans lesquels ces nerfs, privés de toute action, comme chez notre malade, n'ont plus besoin d'être ménagés.

Dans ces conditions exceptionnelles, la cautérisation mérite d'être conservée. Elle seule pouvait sauver notre malade avant la découverte remarquable de M. Pravaz; et il est permis de douter que l'injection du perchlorure de fer eût réussi dans une tumeur énorme où le mouvement du sang ne pouvait être interrompu, même pour quelques instants.

Un autre fait est venu récemment encore nous démontrer, à M. Gensoul et à moi, que la cautérisation par le chlorure de zinc peut rendre des services que l'on demanderait en vain à toutes les méthodes connues. Il s'agit d'un anévrisme par anastomose, occupant, au sommet de la tête, une épaisseur de deux centimètres à peu près, et une surface arrondie de quinze centimètres de diamètre. Cette tumeur, formée d'un nombre immense d'artères entrelacées les unes dans les autres, battant avec un bruit de souffle d'une extrême intensité, était nourrie par sept grosses artères que l'on sentait au front, aux tempes et à l'occiput, et que le toucher faisait reconnaître d'un volume à peu près égal à l'artère brachiale. Toute injection était impossible dans ce lacis de vaisseaux; et une compression prolongée pendant plus d'une année avait été tellement insuffisante, que les chirurgiens qui l'avaient pratiquée ne voyaient d'autre ressource que la ligature des deux artères carotides primitives.

La cautérisation par la pâte de chlorure de zinc a parfaitement résolu le problème que présentait ce cas difficile, et il nous a été possible de faire détacher, sans aucune trace d'hémorrhagie, des tronçons de chacune des artères nourricières et la plus grande partie de la tumeur elle-même.

J'aurai plus tard l'honneur de vous adresser cette observation lorsqu'elle sera achevée. Il me suffit de vous dire que le point où nous sommes arrivés, M. Gensoul et moi, ne permet pas de douter d'une guérison complète.

Si vous jugez ces faits dignes de quelque intérêt, je vous serai bien reconnaissant de les communiquer à MM. les membres de l'Académie des sciences et de la Société de chirurgie, et de vouloir bien leur montrer la pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous offrir.

Agréez, monsieur et très-honoré maître, l'assurance de mon plus profond respect.

Votre très-humble et très-obéissant serviteur,

A. Bonnet.

Lyon, le 8 juin 1853.

Ce fait sera rapproché avec intérêt de ceux encore fort équivoques relatifs au chlorure de fer, et dont nous entretiendrons de nouveau nos lecteurs d'ici à quelques jours.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine.— M. Chassaignac.

Moyens diagnostiques pour l'exploration des tumeurs du rectum. — Polype du rectum chez un adulte.— Opération par excision.— Guérison.

Les polypes du rectum se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Cette circonstance mérite d'être remarquée. Car, on n'aurait jamais supposé *à priori* qu'il en dût être ainsi. En effet, les hémorroïdes, la constipation qui se rencontrent beaucoup plus souvent chez l'adulte et chez le vieillard que chez l'enfant, semblent prédisposer d'une manière particulière aux affections chirurgicales du rectum, les sujets qui atteignent des périodes plus avancées de la vie.

Mais si, d'autre part, on considère que chez l'enfant la muqueuse du rectum jouit d'une laxité qui la dispose singulièrement au prolapsus, on trouvera peut-être qu'il existe une relation entre cette disposition anatomique et la plus grande fréquence des polypes du rectum chez l'enfant. En tous cas, il est fort utile de recueillir avec soin les observations de polypes du rectum chez l'adulte, si l'on veut parvenir à posséder un jour une description complète de cette maladie.

Les tumeurs pédiculées du rectum présentent une particularité qui intéresse le chirurgien presque également au point de vue du diagnostic et du traitement. Il s'agit de la facilité avec laquelle ces tumeurs rentrent à l'intérieur de l'intestin, de manière à rendre difficiles leur exploration et l'action des instruments destinés à leur extirpation. La mobilité de ces tumeurs est donc un obstacle réel à leur étude aussi bien qu'à leur traitement. Voici de quelle manière M. Chassaignac a cherché à résoudre cette double difficulté. Afin de ramener au dehors et en tout cas de donner une situation fixe à des tumeurs si mobiles, il fait usage d'un pessaire Gariel, d'un volume assez considérable, mais qu'on introduit facilement lorsqu'il est vide et replié sur lui-même. Une fois introduit dans la cavité de l'intestin, ce pessaire est insufflé, et alors, au moyen de la tige creuse par laquelle il se termine, on exerce des tractions qui ont pour effet de tendre à renverser la muqueuse et d'attirer au dehors les tumeurs appendues à la paroi interne de l'intestin. Ce procédé peut encore être employé avec avantage pour l'étude des hémorroïdes. En effet, lorsque les vaisseaux hémorroïdaux ne sont pas assez distendus pour qu'on puisse apprécier bien exactement leur vo-

lume et leur situation, si l'on vient à distendre l'ampoule que forme le pessaire, celui-ci exerce sur les parois de l'intestin une compression qui retarde le cours du sang dans les veines et les développe au degré nécessaire pour en rendre l'étude facile.

Dans l'observation que nous allons rapporter, le procédé opératoire mis en usage a été l'excision, que M. Chassaignac préfère à tous les autres modes de traitement pour les polypes du rectum. Seulement, afin de se mettre en garde contre le danger des hémorrhagies auxquelles expose ce procédé opératoire, il a pratiqué sur la plaie de l'opération une suture destinée à en rapprocher les deux lèvres.

Jullien (Jean), âgé de 32 ans, imprimeur, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 5 mars 1853, pour se faire traiter d'un polype du rectum qui est pour lui une cause de douleur pendant la défécation et qui a déjà donné lieu à des hémorrhagies abondantes. Cet homme a été militaire et compte plusieurs campagnes en Afrique. Il est habituellement d'une bonne santé et n'a eu d'autre maladie antérieure que des hémorroïdes.

Depuis fort longtemps, en effet, cet homme est atteint de tumeurs hémorroïdales qui de temps à autre donnent lieu à des flux sanguins considérables; elles forment à la marge de l'anus un bourrelet circulaire parsemé de saillies et de dépressions.

Quand on dilate ce bourrelet, on fait apparaître une tumeur du volume d'une petite noix et dont le malade dit avoir conscience depuis plus de quatre ans, époque depuis laquelle la tumeur, qui par moment était perceptible au dehors, n'a pas cessé de s'accroître. Elle ne produit pas, à proprement parler, de douleurs vives, mais cause une gêne considérable dans la défécation et donne lieu à un suitement abondant qui salit constamment le linge et détermine des excoriations presque continuelles. Aussi a-t-il voulu, à plusieurs reprises, s'en faire délivrer par une opération.

La tumeur est d'un rouge vif, d'un aspect et d'une consistance spongieux, se distinguant par sa couleur et par sa texture des saillies hémorroïdaires au centre desquelles elle vient quelquefois se placer, quand le malade fait un effort de défécation. Elle est comme formée de petites granulations vasculeuses qui lui donnent l'apparence d'une fraise. Elle est retenue par un pédicule assez volumineux.

M. Chassaignac procède à son ablation, après que le malade a été assoupi au moyen du chloroforme, pour faciliter la manœuvre; il porte d'abord une ligature circulaire sur le pédicule, et conduit des ciseaux courbes de manière à faire la section de celui-ci immédiatement au-dessous de la ligature qui vient d'être appliquée, mais cette ligature elle-même qui n'a servi que de moyen pour l'exécution, et qui ne doit point rester en place, attendu que des ligatures circulaires ne sont pas sans danger dans cette région, est enlevée. On la remplace par deux points de suture entrecoupés qui sont destinés non plus à étreindre circulairement, mais à rapprocher l'une de l'autre les deux lèvres de la plaie qu'a laissée l'ablation du polype.

Le lendemain, l'état général ne présente rien de particulier, mais il y a impossibilité complète d'uriner par suite du spasme symptomatique du col de la vessie et de cette espèce de paralysie vésicale qui a été désignée, avec raison, sous le nom de *perte de ressort de la tunique musculeuse de la vessie*. En effet, M. Chassaignac ayant sondé le malade, fait remarquer la lenteur avec laquelle s'écoule l'urine, bien que la présence de la sonde dans la vessie ait rendu tout à fait nulle l'action du col considérée comme obstacle. L'urine s'écoule en bavant, quoiqu'elle soit renfermée en quantité considérable dans l'intérieur de la vessie.

Le 14, plusieurs selles dans lesquelles on trouve une grande quantité de sang provenant des hémorroïdes. Le malade est pâle, affaibli; la paralysie de la vessie persiste. (Pilules de ratanhia.)

Le 15, les accidents ont cessé, sauf la paralysie.

Le 17, le malade urine seul, il est couvert d'une éruption ortiée.

Le 20, il sort de l'hôpital se trouvant parfaitement bien. L'incision faite pour l'ablation du polype paraît entièrement cicatrisée.

D'autres exemples d'ablation de polypes du rectum, également faite avec succès, ont été communiqués, par M. Chassaignac, à la Société de chirurgie, notamment dans les séances du 18 septembre et du 9 octobre 1844. L'une des plus intéressantes se rapportait à un polype véritablement érectile de l'intestin rectum. Mais toutes ces observations avaient été recueillies sur des enfants. Il y avait donc opportunité à mentionner un cas de polype du rectum chez l'adulte, et à montrer que l'excision, même dans le cas de pédicule volumineux, pouvait y être faite avec succès.

Nous ne dirons plus qu'un mot du procédé au moyen duquel on peut ramener, sous les yeux et sous les instruments de l'opérateur, les tumeurs mobiles du rectum : nous voulons parler des appareils à insufflation de M. Gariel. Le même moyen pourrait être appliqué avec avantage pour ramener à soi un orifice fistuleux qui se dérobe à l'examen par sa position profonde. Dans certaines fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, etc., une petite vessie de caoutchouc introduite à l'état aplati et par les voies naturelles dans le réservoir atteint de fistule, puis dilatée et retenue en place par un cordonnet traversant la fistule, permettrait de rendre celle-ci plus apparente et de faciliter singulièrement les manœuvres destinées à son avivement.

Nous avons donc peine à croire que les chirurgiens ne s'emparent pas des indications renfermées dans ce court article, pour en faire telles applications que de raison aux exigences si variées de la pratique.

ADDITION A LA SÉANCE DU 14 JUIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discours de M. Bouvier.

M. Bouvier. — La parole entraînante de M. Bérard m'a tenu sous le charme, comme chacun de nous, tout le temps qu'a duré sa brillante allocution. Revenu de cette sorte de fascination, j'ai dû me demander si ses déductions étaient rigoureuses, si leur point de départ était irréprochable, si les conséquences s'accordaient pleinement avec les prémisses.

Notre honorable président vous a exprimé chaleureusement ses inquiétudes, ses convictions sur le résultat du vote de l'Académie, si elle adoptait la réponse de la commission à la troisième question de M. le Ministre.

Toute l'argumentation de M. Bérard est fondée sur la rédaction de cette question, ainsi conçue :

« Examiner si les élèves atteints de surdité incurable ne pourraient pas recevoir *quelque notion du son* par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique M. Blanchet. »

Cela équivaut, selon notre honorable collègue, à demander si l'on peut entendre par la peau, sans le secours de l'organe de l'ouïe. Il ne lui a pas été difficile de prouver que ce serait là une *énormité*, une hérésie, un contre-sens physiologique.

L'interprétation de notre président me paraît simplement montrer jusqu'où peut aller la distraction des esprits les plus éminents.

Qu'est-ce que le son, dit, en effet, M. Bérard? Ce n'est pas le mouvement vibratoire des corps; c'est *ce mouvement vibratoire passant par le nerf acoustique sensible;* c'est la sensation qui en résulte. Comment admettre, dès lors, que les impressions tactiles transmises par les nerfs de sensibilité générale; que les sensations qu'elles produisent puissent donner la moindre notion du *son*, qui est le propre de la sensibilité spéciale du nerf acoustique et de l'appareil merveilleux qui l'enveloppe?

Qu'est-ce que le son, dirai-je à mon tour? Les anciens physiciens, Nollet, Brisson, Beudant, Haüy, les physiologistes même, dans le siècle dernier, désignaient par là, non la sensation du son, mais le mouvement vibratoire qui la détermine. C'est l'acception admise par Lecat; c'est celle que reconnaît un auteur justement apprécié de notre honorable président, le grand Haller, lorsqu'il dit : *Sonus est tremor; sonum hic non dicimus mentis sensationem,* etc.

Il est vrai que la définition contraire, qui n'était, en 1800, que celle de Cuvier, de Richerand, a prévalu depuis, et qu'elle est maintenant généralement adoptée par les physiologistes et par les physiciens eux-mêmes. Mais l'autre acception du mot n'a pas pour cela péri. J'en appelle, sur ce point de notre honorable président, de l'éloquent auteur du discours auquel

je réponds, au brillant professeur de physiologie de la Faculté : M. Bérard ne dit-il pas à ce nombreux auditoire avide de ses moindres paroles, que le son se *produit* de telle ou telle manière, se *transmet* à travers divers milieux, se *propage* suivant certaines lois, se *réfléchit* dans certaines circonstances, qu'il jouit d'une *vitesse* déterminée, etc.? Müller, ni aucun autre physiologiste, ne tiennent un langage différent. N'est-il pas évident que le son est, dans ce cas, la vibration des corps, cause de la sensation, et non la sensation elle-même?

Cette expression a donc deux significations, comme je le disais en 1830, alors qu'émule de M. Bérard, j'aspirais à cette chaire de physiologie aujourd'hui si bien remplie. Je le disais d'après mon maître, M. Magendie, qui n'a pas négligé d'indiquer les deux acceptions dans son *Traité de Physiologie.*

Est-ce là un vice de langage? Non, c'est tout simplement une métonymie, un de ces tropes d'un usage continuel, dont toutes les langues fourmillent.

Cet Amman, qu'a cité notre collègue, est encore plus hardi dans son langage, qu'il pousse jusqu'à la métaphore, lorsqu'il dit, à l'occasion du mouvement de tremblemennt que les sourds-muets perçoivent dans le larynx, pendant la production de la voix, que « il est en quelque sorte *leur « organe de l'ouïe*, ou du moins leur en tient lieu. » N'était-ce pas dire aussi qu'ils recevaient par là la *notion* du son, c'est-à-dire du mouvement vibratoire de l'organe? Et personne sera-t-il tenté d'accuser sérieusement Amman de confondre ici la sensation auditive du son avec l'impression tactile des vibrations sonores?

« Le sourd, dit M. Esquiros (1), que son oreille n'avertit pas du danger, « *entend* par la plante des pieds..... On peut dire que chez lui le sens de « l'ouïe se trouve répandu à la surface des organes. » Fera-t-on un crime à cet auteur, qui s'est inspiré, comme on sait, des lumières de savants professeurs des sourds-muets, lui fera-t-on un crime d'avoir coloré son langage de ce style métaphorique? Prétendrait-on qu'il attribue réellement au sourd-muet une *sensation du son* par la peau, toute semblable à celle que nous éprouvons par l'oreille? Si l'on avait cette idée, tout le reste de l'article la démentirait; on y verrait que M. Esquiros veut dire simplement qu'outre la faculté d'entendre par les oreilles, nous possédons d'autres « moyens de percevoir les *vibrations* sonores, » auxquels nous ne faisons pas attention, tant que le sens de l'ouïe est intact, et que, là où ce sens manque, l'âme peut, jusqu'à un certain point, le suppléer par un autre, comme l'a si bien expliqué M. Bérard.

M. le Ministre n'a pas été si loin; son langage, ou celui du médecin dont il a reproduit les termes, ne prêterait à l'équivoque, ne tomberait dans le ridicule, que pour qui s'obstinerait à vouloir traduire, *dans tous les cas*, le mot de *son* par *sensation du son*. Mettez au contraire, au lieu de cette expression de *son*, celle de *vibrations des corps sonores* (et je soutiens qu'il n'est pas permis d'entendre cette rédaction autrement), et à l'instant même la question de M. le Ministre ne laisse plus la moindre prise à une critique qui n'est qu'une véritable logomachie. Cette question, ainsi comprise, se réduit en effet à demander à l'Académie si les sourds incurables ne pourraient pas *recevoir quelque notion* des vibrations sonores des corps, non de la *sensation auditive du son*, par les nerfs de sensibilité générale.

L'ouvrage de M. le docteur Blanchet, cité par notre honorable président, ne donne pas un autre sens au phénomène si curieux de l'impression tactile des vibrations sonores. Si l'on y trouve (t. 2, p. 404) qu'il y a « *deux « espèces d'audition* : la perception du son par le nerf auditif, et la percep- « tion des *ondes sonores* par les nerfs sensitifs, » le mot d'*audition* n'implique nullement, dans cette phrase, identité entre les deux genres de perception signalés par l'auteur. Ce n'est qu'une métaphore semblable à celles que je rappelais tout à l'heure, et s'il est vrai qu'il eût peut-être mieux valu, pour éviter toute équivoque, remplacer cette expression d'*audition* par celle de *perception des vibrations des corps sonores*, qui lui était équivalente dans la pensée de l'auteur, le reste du chapitre montre clairement la différence qu'il fait, comme tout le monde, de la *perception auditive* et de la *perception tactile* des mouvements vibratoires des corps.

Ces explications suffiront, je pense, pour faire voir que ni M. le Ministre, ni la commission, ni M. Blanchet, n'ont exposé l'Académie à encourir le ridicule, à rendre une décision *que la spéculation pourrait exploiter*. De toutes ces accusations, il ne restera qu'un charmant discours de plus du professeur éloquent, du savant physiologiste, du brillant académicien que nous possédons parmi nous.

Le premier paragraphe de la nouvelle réponse de la commission et de M. Malgaigne, à la troisième question de M. le Ministre, reproduit la rédaction proposée par notre honorable président, pour protester contre le sens qu'il attribuait à la question de M. le Ministre. D'après ce que je viens de dire, cette protestation est superflue, et la phrase qui la contient n'exprime plus dès lors qu'un de ces axiômes incontestables et incontestés, qu'il n'est ni nécessaire, ni dangereux de rappeler. C'est dire que je serais disposé à en voter la suppression, mais que je ne m'oppose pas formellement à son maintien.

Le second paragraphe de cette même réponse, concertée entre la commission et M. Malgaigne, semble empreint d'un sentiment qui s'est manifesté plusieurs fois dans la discussion, et qui tendrait à amoindrir le plus possible, sinon à effacer complétement, tout ce qui pourrait faire allusion aux recherches de M. Blanchet. Quel peut être le motif de cette disposition qui a percé en mainte occasion, à l'égard d'un confrère dont les travaux sont soumis à notre jugement?

Serait-ce quelque exagération de leur auteur dans la part qu'il s'attribue en parlant de ses méthodes, des découvertes, des perfectionnements qu'il croit lui appartenir? Dans ce cas, on pourrait, il me semble, se contenter de les réduire à leur juste valeur, et je ne saurais voir là un motif de dissimuler ce qu'il y aurait de réel dans ces inventions, dans ces perfectionnements.

Mais non, il y a autre chose; il y a ici une question de personnes. Ce que chacun pense tout bas, pourquoi ne le dirais-je pas tout haut? On a mis en suspicion le caractère, les antécédents de M. Blanchet. Je n'ai point à prendre ici sa défense. Si nous étions un conseil de discipline, je ferais une enquête, je dirais ce qui en serait résulté. Mais j'ai réservé mes investigations pour un autre objet, pour la question scientifique, pour les faits relatifs aux sourds-muets. J'ignore et je veux ignorer tout le reste. Tout ce que je sais, le voici : c'est qu'il y a une rivalité déplorable, qui nuit aux intérêts de la science et de l'humanité. L'Académie a déjà eu à s'occuper d'une semblable rivalité, non moins funeste, dans un autre établissement, et je ferai remarquer que ces faits se sont produits dans les deux seules maisons où le personnel médical ne soit pas désigné par le concours, tandis qu'on ne voit plus depuis longtemps de pareilles luttes dans nos hôpitaux, où nous sommes tous nommés au concours. Il y a tout un enseignement dans le simple énoncé de ce fait.

Ce que je sais encore, c'est qu'il s'est trouvé un homme, un confrère qui, malgré les clameurs, les menaces, les outrages, les dangers même, a poursuivi avec énergie et persévérance l'accomplissement d'une idée utile. Ce confrère, je ne le connaissais pas au commencement de ces débats; mais son nom m'importait peu. Je ne me suis attaché qu'à l'idée; c'est à elle que j'ai consacré mes veilles; c'est pour elle que je suis entré dans la lice.

Mais, quelque motif que l'on suppose aux actes de notre confrère, quelque opinion que chacun de nous puisse s'être formée sur des questions personnelles, il y a une chose qui doit dominer tout cela : c'est la justice que les corps savants doivent aux hommes qui leur soumettent leurs travaux.

Il y a aujourd'hui plus d'un siècle, c'était en 1749, un homme présentait à l'Académie des sciences une *nouvelle* méthode pour faire parler les sourds-muets. Ce n'était pas un médecin; c'était un juif portugais, un industriel venu à Paris pour exploiter la nation française, pour tirer de grosses sommes d'un prétendu *secret* qu'il n'avait pas inventé, et que quelques années plus tard, l'abbé de l'Épée dispensait généreusement à des servantes : c'était Pereira, plus connu sous le nom de *Pereire;* homme d'ailleurs d'intelligence, d'action, comme tous ceux qui veulent féconder une idée restée, avant eux, stérile.

L'Académie des sciences ne chercha point à savoir quel était cet homme; elle se contenta d'examiner sa méthode, les faits qu'il produisait, et elle approuva, en 1749 et 1751, deux rapports successifs dans lesquels Buffon, Ferrein, Mairan, non moins jaloux sans doute de l'honneur de leur compagnie que nous pouvons l'être de la dignité de la nôtre, déclaraient « que l'art d'apprendre à lire et à parler aux muets, tel que M. Pereire « le pratique, est *extrêmement ingénieux*, que son usage intéresse beau- « coup le bien public; qu'on ne saurait trop encourager M. Pereire à le « cultiver et à le perfectionner. »

On doit peut-être au retentissement qu'eut ce jugement de l'Académie des sciences, tout ce qu'on a fait depuis d'utile pour l'enseignement de la parole aux sourds-muets.

Trouve-t-on, dans la nouvelle rédaction de votre commission, la marque d'un pareil esprit de justice, à l'égard du confrère qui y est nommé?

Voyons en peu de mots, afin de résoudre cette question, quel était l'état de la science avant les recherches de M. Blanchet sur l'impression tactile des vibrations des corps, et nous rechercherons ensuite ce qu'il a pu ajouter à ce qu'on en savait avant lui.

Pour fixer l'état où se trouvait, il y a quelques années, la science sur ce point, j'ai pris connaissance de ce qu'ont dit Haller, Le Bouvier-Desmortiers, Itard, Müller (1), Kramer, M. Puybonnieux, M. Hubert Valleroux, des sensations tactiles des sourds-muets; j'ai lu ce qu'on trouve dans les écrits de

(1) *Revue de Paris*, 1844.

(1) *Physiologie*, t. 2, p. 447 et 488.

l'abbé Deschamps (1), de l'abbé Carton (2), de M. Dufau (3), sur la perception des mouvements vibratoires des corps à l'aide du tact chez les sourds-muets-aveugles ou chez les sourds-muets plongés dans l'obscurité. J'ai consulté mon estimable confrère et ami M. Bonnafont sur les ouvrages spéciaux qui auraient pu m'échapper. Le résultat de ces recherches se trouvera tout résumé par la citation suivante, qui montre ce que l'on savait généralement à ce sujet en 1844. Je l'extrais des articles de M. Esquiros, dans la *Revue de Paris*. C'est le passage dont j'ai rapporté plus haut une phrase.

« On sera peut-être étonné, dit M. Esquiros, d'apprendre que les élèves « de l'Institution s'éveillent comme les élèves de nos colléges, au son du « tambour. Diverses expériences du même genre ont fait connaître que « les sourds-muets étaient en quelque sorte perméables au bruit. L'habi- « tude que nous contractons en naissant d'entendre par les oreilles nous « rend insensibles à beaucoup d'autres facultés que nous aurions de per- « cevoir les vibrations sonores. Il nous arrive pourtant à tous, pendant la « nuit, de voir avec les oreilles les personnes qui marchent et de les dis- « tinguer à leur pas. Cette transposition de l'ouïe n'est pas le seul moyen « qu'ait le sourd-muet d'arriver à la connaissance des sons. Il n'est per- « sonne de nous qui, en y réfléchissant, ne tremble pour la sûreté de ces « êtres infirmes. Comment font-ils pour circuler chaque jour au sein « d'une ville comme la nôtre, à travers les rues les plus sillonnées par les « voitures? Leur vie n'est-elle pas mille fois en péril? Rassurons-nous ; la « Providence veille sur tous ses enfants, même sur ceux que, dans ses « impénétrables desseins, elle a privés d'un sens conducteur. Le sourd « que son oreille n'avertit pas de l'approche du danger entend par la « plante des pieds. Cette sensibilité plantaire est si forte, qu'elle équivaut « dans plusieurs circonstances à celle de l'ouïe. Nous fûmes étonné à « plusieurs reprises de voir les élèves que nous rencontrions par derrière « dans les corridors retourner brusquement la tête au bruit de nos pas « fortement imprimés sur le carreau. Les ondes sonores exercent encore « leur pression sur l'épigastre du sourd-muet, et, en général, sur tout « l'ensemble de son système nerveux. On peut dire que chez lui le sens « de l'ouïe se trouve répandu à la surface des organes. Un naturaliste « allemand, M. Straus-Durckeim, d'accord avec l'un des professeurs les « plus distingués de l'Institution, M. Puybonnieux, fit sur des élèves com- « plétement sourds, l'essai d'un instrument de musique qu'on appelle « vulgairement boîte de Genève. Le résultat de ces expériences fut que « l'ébranlement nerveux causé par les notes sonores procurait à ces en- « fants une véritable satisfaction. La sensibilité organique était presque « devenue chez eux un sens « produisant, ajoute M. Puybonnieux, jus- « qu'à un certain point, des effets analogues à ceux que l'ouïe opère chez « ceux qui entendent. » Cette manière de percevoir la musique leur fai- « sait éprouver des jouissances dont nous ne nous doutons pas. L'existence « de l'ouïe est en effet chez nous un obstacle, par sa perfection même, à « toutes les autres impressions du bruit, elle les annihile en quelque sorte « sous la sensation dominante. Lorsque les fonctions de l'ouïe cessent, « en même temps reparaissent les autres moyens que nous possédons, « sans le savoir, de communiquer avec les sons extérieurs. Peut-être « serait-il même possible de faire arriver ces moyens organiques chez le « sourd-muet à des développements que nous ne connaissons pas encore. « On a longtemps cru que le sentiment de l'harmonie n'existait pas sans « le secours de l'oreille ; c'est une erreur. Les sourds-muets ont des « écrivains et des poëtes qui ne laissent rien à désirer pour la musique « de la phrase ou du vers. C'est qu'outre l'harmonie de l'oreille, il y a « chez l'homme une harmonie des yeux ; il y a surtout une harmonie « innée. Ces résultats repoussent deux philosophies extrêmes. L'éducation « des sourds-muets nous démontre, par une analyse expérimentale, que « l'intervention des sens est nécessaire au développement des forces intel- « lectuelles, mais que là où un sens manque, l'âme peut le suppléer par « un autre, et souvent se créer en quelque sorte elle-même son or- « gane (4). »

Quoique ce document contienne ce qui était *généralement connu* à l'époque des premières recherches de M. Blanchet, je dois dire que j'en ai découvert un autre, qui en dit davantage et dont il n'avait certainement pas connaissance. Les faits qui s'y trouvent rapportés confirment d'ailleurs pleinement certaines assertions de notre confrère, qu'on aurait pu croire, sans cela, exagérées. Ces faits sont exposés dans un ouvrage allemand, à peu près inconnu chez nous, même de nos spécialistes, quoique Müller l'ait cité : c'est le *Traité de médecine auriculaire* de Lincke, publié en 1837 et 1840. J'en dois la connaissance à M. J.-B. Baillière, dont nous apprécions tous les lumières en bibliographie.

« Les sourds-muets, dit Lincke (1), ont la faculté de sentir par le tact « les plus légers ébranlements des corps, ainsi que les vibrations de l'air « qui ne sont pas remarquées de ceux qui entendent. Ils perçoivent le « grincement d'une porte, d'une fenêtre, le roulement d'une voiture, le « pas d'un cheval, l'aboiement d'un chien, le chant d'un coq, le son d'une « horloge et d'autres bruits moins forts ; ils sentent même l'ébranlement « produit par la parole dans le sol ou dans tout autre objet avec lequel ils « sont en contact, et ils se retournent aussitôt vers celui qui parle.

« Pfingsten (2) raconte quelques expériences curieuses :

« Une sourde-muette sentait de sa chambre, par le pied de la chaise « sur laquelle elle était assise, chaque fois qu'on ouvrait ou fermait la « porte cochère.

« Un sourd-muet percevait sur l'escalier le son d'un violoncelle, mais « uniquement sur une seule marche avec laquelle, par la construction de « la maison, communiquaient les vibrations produites par cet instrument.

« Un autre, âgé de 9 ans, était un soir dans une chambre dont les volets « étaient fermés, adossé contre un mur de trois à quatre pieds d'épais- « seur, lorsque, par hasard, un homme qui jouait de l'orgue, passa de- « vant la maison ; il exprima aussitôt, par des gestes très-significatifs, « qu'il s'apercevait, par son dos, que quelqu'un jouait de l'orgue dans « la rue. S'il s'éloignait du mur seulement d'un pied, il ne sentait plus « rien. Outre cela, ses parents assuraient qu'il pouvait sentir le roule- « ment d'un tambour à la distance de deux ou trois cents pieds, en ap- « puyant ses mains sur le châssis de la fenêtre.

« Hinze (3) raconte deux cas semblables.

« Le vétérinaire Kersting, de Hanovre, quoique entièrement sourd, « causait très-facilement avec sa femme ou un ami, si la personne avec « laquelle il s'entretenait mettait la bouche au-dessus de sa clavicule « droite et lui parlait, pour ainsi dire, dans le creux sus-claviculaire ; de « cette manière il comprenait chaque mot.

« Un juif de Calvorde, ayant l'ouïe dure, pouvait comprendre tout le « monde, quand on parlait lentement et distinctement dans la paume de « sa main droite.

« Enfin, Pfingsten nous cite encore un exemple d'une jeune fille « sourde-muette, d'ailleurs très-habile à lire sur les lèvres. Elle couchait « dans la même chambre que sa bonne, et causait, presque tous les soirs, « avec elle très-longtemps, après avoir éteint la lumière. Elle le fai- « sait, en posant la main sur la poitrine nue de l'autre jeune fille, qui « était couchée sur le dos, tandis qu'elle-même était sur le côté. Pour se « convaincre de cette singulière manière de communiquer, Pfingsten « assista à une de ces conversations et lorsque la sourde-muette eut mis « la main dans le sein de la servante, *elle répéta exactement presque « tous les mots articulés par celle-ci.* »

Ce sont là des faits très-remarquables sans doute, mais qui se sont produits en quelque sorte d'eux-mêmes sur des individus isolés, sans qu'on ait guère songé aux moyens de les étendre à un plus grand nombre et de tirer parti, d'une manière plus générale, de facultés aussi précieuses pour les sujets atteints de surdi-mutité complète et incurable. Or, c'est précisément ce qui distingue les recherches de M. Blanchet, qui a reconnu, de son côté, par des expériences directes d'une application plus générale, des faits fort analogues à ceux qui sont relatés par Hinze et Pfingsten, et dont, je le répète, il est d'ailleurs à peu près certain qu'il n'avait pas eu connaissance. Notre honorable président nous dit qu'il ne comprenait pas la question de M. le ministre, si elle n'avait réellement rapport qu'aux impressions tactiles, au sujet desquelles M. le docteur Blanchet ne pouvait avoir rien trouvé de nouveau. L'Académie me permettra de remettre sous ses yeux les faits principaux qui m'ont paru *nouveaux*, dans les résultats des observations et des recherches de notre confrère.

Notre commission nous a fait connaître l'influence du ton sur la perception auditive des sons chez les sourds-muets. Elle nous a appris qu'ils entendaient mieux les sons graves, toutefois jusqu'à certaines limites, que les sons aigus; que l'on pouvait, en conséquence, dresser avec l'échelle diatonique une sorte d'échelle d'audition, comprenant tous les degrés de surdité, de manière que la limite des sons, ou ce qui revient au même, du nombre de vibrations perçues à intensité égale, dans le haut et dans le bas, mais surtout dans le haut, devient la mesure du degré de perfection ou d'imperfection de l'ouïe. Ce fait appartient, je crois, à M. Blanchet; on l'a même contesté, quoique les observations répétées de la commission lui aient donné un caractère de généralité incontestable.

(1) *Cours d'éducation des sourds et muets*, 1779.

(2) *Anna* ou *l'aveugle-sourde-muette*. Gand, 1843.

(3) *Mémoire sur l'éducation d'une jeune fille sourde-muette-aveugle et sans odorat*. 1845.

(4) Esquiros, *Les sourds-muets à Paris, Revue de Paris*, 1844.

(1) T. 2, p. 201, et t. 1, p. 422.

(2) *Observations et expériences sur les défauts de l'ouïe des sourds-muets*, p. 18 et 21; et *Remarques et observations sur l'ouïe, le tact, la surdité*, etc., p. 38.

(3) Rust, *Magasin*, etc., t. 23, p. 475.

Or, la même remarque a été appliquée par notre confrère aux impressions tactiles des vibrations sonores. Il a pu, à l'aide du même procédé, déterminer l'étendue de la faculté de percevoir ses vibrations par la peau, la mesurer chez chaque individu, en observer les variations, en suivre les progrès par l'exercice et se créer ainsi un guide sûr dans l'étude et dans le développement de ce mode de perception supplémentaire du son. Le rapport de votre commission contient plusieurs résultats de ce genre. On y trouve l'énoncé de ce fait, découvert par cette méthode, que la perception des vibrations sonores par les nerfs de sensibilité générale est d'autant plus marquée, que la perception auditive est plus faible, et *vice versa*. Ce même rapport constate, par des faits, la possibilité de cultiver cette faculté, de la développer par un exercice répété.

Les recherches faites dans ce sens ont été une source féconde de remarques neuves, pour la plupart, et d'une utilité évidente par les applications qu'on en peut faire à la vie de relation des sourds-muets, ainsi que des sourds-muets-aveugles, soit directement comme dans les faits rapportés par Lincke, soit et surtout comme moyen de faciliter et de perfectionner l'enseignement de la parole à ces êtres infortunés.

Il résulte, en effet, de ces recherches :

Que la sensation tactile des vibrations sonores ne se borne pas, comme la plupart des auteurs ont paru le croire, à un ébranlement à peu près uniforme, ne variant que par son intensité, son étendue et le degré d'émotion qu'il produit;

Que cette sensation fait, en outre, connaître à un certain nombre de sourds-muets, dans des limites qui peuvent être reculées par l'éducation du sens du tact :

1° Le ton des sons;

2° Quelques-unes de leurs différences se rapportant au timbre;

3° Le rhythme d'une succession de sons;

4° Plusieurs des modifications qui constituent les articulations de la voix et de la parole.

Voilà les *notions* relatives aux qualités du son dont vous a parlé M. le Ministre, lorsqu'il vous a demandé si certains sourds-muets « ne pourraient « pas recevoir quelque *notion du son* (c'est-à-dire du *mouvement vibra-* « *toire* des corps sonores) par les nerfs de sensibilité générale, comme « l'indique M. Blanchet. » Il n'y a rien de *naïf* dans cette question, pas plus que dans la première réponse qu'avait faite votre commission, et pour peu que l'on sache où en était la science sur ce point, on ne peut assurément se refuser à voir là autre chose que des faits *généralement connus*.

J'ai constaté moi-même que deux sourds-muets adultes, qui n'avaient jamais été exercés à ce genre de perception, distinguaient facilement des sons graves et aigus, éloignés, à la vérité, de plusieurs octaves, en posant une main sur la table d'harmonie de l'orgue expressif. Ces expériences ont été faites chez moi, hors de la présence de M. Blanchet, à qui l'un de ces sourds-muets, allemand, élève de M. Hill, est même inconnu. On arrive, par l'exercice, à faire reconnaître ainsi l'octave et même la quinte. Qui pourrait dire si l'on n'irait pas plus loin par une pratique assidue et chez des sujets jeunes et favorablement organisés?

Il n'est même pas indispensable que la peau soit en contact immédiat avec le corps vibrant. Quand les ondes sonores ont une certaine force, comme celles qui s'échappent de l'ouverture de l'acoumètre, la main, placée au-devant, en est également affectée, et les différences de ton sont encore perçues.

Les notes du chant peuvent être appréciées de la même façon, par l'application de la main sur le larynx.

La perception du rhythme, par suite de l'ébranlement des nerfs sensitifs, fait reconnaître à certains sourds-muets quand le tambour bat le rappel ou la charge; leur fait suivre, dans un bal, le mouvement de l'orchestre; leur fait partager les impressions gaies ou tristes de la mélodie, et leur cause, quand on exécute devant eux un morceau de musique, cette satisfaction dont parle M. Esquiros, et qui est quelquefois en rapport avec le mérite de la composition. En un mot, elle leur donne un véritable sens musical, plus ou moins parfait d'ailleurs, de même que chez les entendants, qui, comme on le sait, en sont eux-mêmes plus ou moins pourvus.

Il y a encore ceci de remarquable dans les effets de cette faculté du tact : c'est que, de même que l'audition, elle peut exciter dans l'appareil vocal la reproduction des sons dont les vibrations sont perçues, non assurément avec la même exactitude, mais avec une approximation suffisante pour pouvoir mettre à profit cette propriété, quand on s'occupe de corriger, chez le jeune sourd-muet, ce que sa voix peut avoir de rauque, de discordant, de sourd ou de criard.

On comprend quel intérêt s'attache, sous ce dernier rapport, à la culture de la perception tactile du *son* (je me permets d'employer ce mot qui ne peut plus faire équivoque). En effet, il est des sourds-muets qui ne sentent, au tact, qu'un nombre de vibrations de beaucoup inférieur à celui que leur larynx peut produire. N'ayant aucune idée du son qui leur est propre, ils contractent leurs organes au hasard, font entendre une voix rude, inégale, désagréable, sauvage, ou même n'émettent aucun son. Que l'on vienne à étendre, par l'exercice, leurs sensations tactiles des vibrations sonores, je dirais presque, pour abréger, leur audition tactile, si je n'avais derrière moi notre honorable président, dont je crains d'éveiller la susceptibilité, ne voyez-vous pas qu'une fois qu'ils auront atteint, pour la perception, le nombre de vibrations qu'ils peuvent produire, ils auront le guide qui leur manquait; qu'ils s'efforceront de reproduire le son dont ils auront acquis la *notion*, et qu'ils pourront plus aisément y réussir?

Rien de plus intéressant, suivant moi, et tout à la fois de moins prévu que la perception des sons articulés de la parole à l'aide du tact. Ici, je suis loin de prétendre que M. le docteur Blanchet ait découvert tout ce que l'on sait à cet égard; mais il y a certainement ajouté des particularités importantes. Ses observations sur la sensation spéciale attachée à la prononciation de certaines lettres, de certaines syllabes, de certains mots, sensation perçue par le sourd-muet qui met sa main ou la plante de son pied en contact avec diverses régions du corps de celui qui parle, avec le larynx, le dessous du menton ou la région de l'os hyoïde, la partie supérieure du crâne, les régions claviculaire, sternale, thoracique postérieure, etc.; ses remarques sur la résonnance particulière de plusieurs sons articulés, dans une région plutôt que dans l'autre; sur l'extension que l'on peut donner au petit nombre d'applications de ces notions déjà introduit dans l'enseignement de la parole; tous ces faits, dis-je, ne me paraissent mériter, soit au point de vue physiologique, soit au point de vue pédagogique, ni le dédain, ni l'indifférence des savants.

Je conclus en demandant la suppression des mots « antérieurement aux « recherches de M. Blanchet, » dans la rédaction du paragraphe actuellement en discussion, dont la dernière phrase serait conçue en ces termes :

« Ce moyen a été proposé et mis en pratique depuis longtemps. »

De plus, je propose d'ajouter, dans le sixième paragraphe de la nouvelle réponse de la commission aux questions ministérielles, après les mots : « à « part cependant l'application de divers instruments, tels que les acou- « mètres et l'orgue, qui sont plus précis que les autres pour mesurer le « degré d'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du trai- « tement, » ceux-ci : « ainsi que l'étendue des notions acquises, au moyen « du tact, sur les mouvements vibratoires des corps. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 mai 1853. — Présidence de M. Requin.

Des complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. Vigla donne lecture d'un mémoire pour servir à l'histoire des morts rapides qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Ce mémoire renferme six observations, dans lesquelles quatre fois la mort a été la conséquence des complications cérébrales qui se sont manifestées dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Dans tous ces cas, il y a eu délire, accidents et symptômes de méningite, quelquefois des mouvements convulsifs, etc., etc., et mort. Dans les deux cas de guérison, l'opium et le calomel d'une part et le sulfate de quinine de l'autre ont fait tous les frais de la médication. Aucune autopsie n'a pu être faite. Ces faits sont d'ailleurs très-rares, car, d'après la statistique qu'il est possible d'établir, la mort serait arrivée une fois sur vingt-deux.

La *cause présumée ou appréciable* pourrait être rapportée au froid, car trois de ces accidents seraient arrivés dans les mois de septembre, octobre et décembre; trois des malades ont été pris pendant la nuit; l'état moral, les inquiétudes et les pressentiments sinistres dont ils ont été frappés n'ont peut-être pas été sans influence sur la production de ces accidents.

L'*état des articulations* a été remarquable, en ce sens qu'il y a eu cessation complète de l'état inflammatoire au moment de l'invasion des accidents cérébraux, de sorte qu'il serait possible, dans ces cas, d'admettre une véritable métastase. Tous ces malades ont été traités par le sulfate de quinine, à la dose de 2 grammes administrés d'une manière progressive. Il n'y a eu, dans aucun cas, le moindre phénomène d'intoxication quinique. Avant que le sulfate de quinine fût employé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, ces accidents se produisaient dans les mêmes proportions.

Les symptômes, la forme et la marche de l'affection ont été ceux de la méningite rhumatismale déjà signalée par M. le professeur Requin, dans les fascicules de la Société.

C'est la forme apoplectique rhumatismale de Stoll, à début brusque, à marche rapide, avec coma suivi de mort, et délire quelquefois sympathique modifié par l'opium comme dans les fièvres graves.

En terminant son travail, M. Vigla groupe de la manière suivante les accidents cérébraux qu'il a observés :

1° Délire simple se développant dans le cours du rhumatisme et rappelant assez bien le délire sympathique ou nerveux observé dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles de cause interne ou traumatique; *rhumatisme compliqué de délire.*

2° Délire et réunion de la plupart des symptômes et probablement des lésions propres à la méningite ; *méningite rhumatismale des auteurs.*

3° État ataxique brusque et imprévu bientôt remplacé par un collapsus ou un coma mortel; *apoplexie rhumatismale de Stoll et de quelques auteurs.*

Dans cette séance, M. Thirial est nommé membre associé de la Société.

DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE DE M. VIGLA.

M. Bourdon. — Je suis heureux de voir que M. Vigla partage complétement mon opinion sur les accidents cérébraux qui arrivent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Il a été amené comme moi à établir à côté des méningites rhumatismales une catégorie dans laquelle il range les cas rapidement mortels qu'il est impossible de rapporter à une maladie des méninges. Dans mon mémoire également, en outre de ces deux formes, j'ai réuni quatre faits, à classe distincte, de délire nerveux, dans lesquels le délire n'avait été accompagné d'aucun des autres symptômes de la méningite.

Je viens apporter un nouveau fait qui peut prouver, à l'égard des causes, que les émotions vives peuvent avoir de l'influence sur le développement des accidents cérébraux. Il s'agit d'un malade qui était tourmenté par la pensée que sa maladie devait avoir une issue fatale, et cela quelques heures avant de présenter le premier symptôme nerveux. Par le raisonnement, j'avais été conduit à admettre que toutes les perturbations violentes de l'économie et particulièrement celles du système nerveux pouvaient être la cause de ces graves complications, lorsqu'en lisant Lorry, je trouvai le passage suivant dans son article *Metastases Arthriticæ ab animi affectibus :* « Le rhumatisme peut, dans un moment désordonné, subit et imprévu de l'âme, prendre la forme de l'apoplexie ou de la phrénésie et causer ainsi la mort. »

Si jusqu'ici il y a eu conformité d'opinion entre M. Vigla et moi, je ne puis, au point de vue de l'étiologie, partager complétement son opinion relativement à l'innocuité du sulfate de quinine. Car il serait bien possible que ce sel, en modifiant brusquement la détermination locale du rhumatisme, en faisant cesser rapidement la fluxion des articulations, sans modifier la constitution de la maladie, puisse faciliter la migration sur d'autres parties et sur les enveloppes du cerveau. M. Martin Solon avait tout particulièrement insisté sur ce point, dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine en 1850.

Enfin, quant au pronostic, les nombreux faits que j'ai recueillis me prouvent que la gravité de ces accidents est bien plus effrayante que M. Vigla ne l'a dépeinte; car, sur trente-neuf observations, je compte trente décès. Cette circonstance prouve assez tout l'intérêt qui s'attache à la question.

M. Vigla.— Je ne pense pas que l'on puisse accuser le sulfate de quinine de provoquer le développement de ces accidents, car, sur trois de mes malades, le sulfate de quinine avait été suspendu. La vératrine, en faisant cesser les douleurs, pouvait produire les mêmes accidents, si cela était vrai. M. Bouillaud, qui n'emploie jamais le sulfate de quinine, observe à peu près tous les ans trois cas de complications cérébrales avec symptômes ataxiques, état comateux et mort en vingt-quatre heures. Ces phénomènes survenaient ordinairement à une époque voisine de la terminaison de la maladie. Pour M. Bouillaud, ces accidents sont encore un des points les plus obscurs de l'histoire du rhumatisme.

M. Requin fait remarquer que la proportion indiquée par M. Bouillaud est très-considérable, et que, pour sa part, il est loin de leur accorder cette fréquence.

M. Ern. Barthez. — Le seul cas que j'ai pu voir et qu'on ne pouvait attribuer ni aux saignées, ni au sulfate de quinine, a été celui d'un jeune homme que M. Louis soignait, qui avait un rhumatisme sub-aigu et chez lequel on ne crut pas devoir employer une médication active, bien qu'il y eût une légère complication de péricardite. Ce jeune homme touchait à la convalescence, lorsque tout à coup il fut pris d'un délire violent, tomba dans le coma et mourut trois ou quatre heures après l'invasion des accidents.

M. Bouvier. — Lorsque j'étais interne dans le service de M. Lherminier, il y a trente ans, j'ai vu traiter tous les rhumatismes articulaires aigus par les saignées, et je n'ai pas observé un seul cas de méningite.

M. Marrotte insiste sur la rareté de ces complications : car, pour son compte, il n'en a observé qu'un seul cas, alors qu'il était interne de M. Honoré.

M. Beau. — Je n'ai observé qu'un seul cas de ce genre chez un jeune homme de 17 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire de moyenne intensité. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, il fut pris d'un délire très-intense, pour lequel les saignées ne firent rien, puis coma, et le troisième jour, je le considérais comme perdu, lorsque je lui fis appliquer un large vésicatoire sur la tête qui amena peu à peu la disparition de ces accidents et la guérison.

M. Grisolle a observé dans le service de M. Chomel, un fait dans lequel on ne peut accuser aucune médication. Quelques mouvements convulsifs avaient précédé la mort.

M. Requin. — Il me paraît impossible, dans l'état actuel de la science, d'incriminer telle ou telle médication. Toutes les membranes séreuses peuvent s'enflammer dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, mais nous ne savons pas pourquoi telle membrane s'enflamme de préférence à telle autre. Quant à l'expression symptomatique qu'affectent les complications cérébrales, si on analyse les faits consignés par les auteurs, on en trouve un certain nombre auxquels on peut appliquer le nom d'apoplexie cérébrale dans l'acception que les anciens donnaient à ce mot, c'est-à-dire au point de vue symptomatologique. Ces faits peuvent s'expliquer, ce me semble, par la tendance qu'ont les inflammations rhumatismales à revêtir une forme latente et à ne se déceler qu'à une époque déjà assez éloignée de leur début. On trouve des exemples de ces inflammations latentes dans les pleurésies rhumatismales dont on soupçonne à peine l'existence, lorsque déjà la plèvre contient un épanchement assez abondant.

M. Vigla croit que la méningite rhumatismale doit être mise à côté de la pleurésie et de la péricardite qui sont de même nature, mais il faut se garder de conclure trop vite à une méningite latente dont on n'a jamais trouvé la trace à l'autopsie.

M. Requin voudrait alors qu'on admît deux catégories de faits, l'une où il existe une inflammation véritable, l'autre dans laquelle le rhumatisme ne donne lieu qu'à une hypérémie, une simple congestion sur les membranes séreuses. On comprend alors très-bien que ce travail morbide, qui ne tue pas, lorsqu'il s'effectue sur la plèvre ou sur le péricarde, puisse déterminer la mort lorsqu'il envahit les méninges.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Bérard nous avait promis de nous adresser une copie de son discours assez tôt pour que nous puissions le publier aujourd'hui. Ses occupations nombreuses auront sans doute empêché le savant professeur de tenir sa parole. Nous espérons cependant que nos lecteurs ne perdront rien pour attendre, et que nous pourrons leur donner prochainement la nouvelle argumentation de l'ingénieux physiologiste, ainsi que les remarques qui en détermineront la véritable valeur. Nous n'épargnerons rien, du moins, pour soumettre ces pièces à l'appréciation de tous.

— S. M. la reine d'Angleterre vient de conférer à M. le docteur Olliffe, médecin de l'ambassade anglaise, à Paris, le titre de chevalier (knight) du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de physiologie de l'homme et des principaux vertébrés, répondant à toutes les *questions physiologiques du programme des examens de fin d'année,* par M. J.-B. Béraud, ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre des Sociétés de biologie et anatomique, lauréat de l'Académie royale de médecine de Belgique; revu par M. Ch. Robin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. gr. in-18 de 912 pages. Prix : 8 fr.

Des grossesses extra-utérines (thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie), par M. le docteur Alexis Moreau, ancien interne des hôpitaux, ex-chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique. — In-8 de 148 pages. Prix : 3 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Exposé de quelques faits relatifs à la question pendante devant l'Académie impériale de médecine, par M. Hector Volquin, chargé du Cours d'articulation à l'Institution des Sourds-Muets de Paris. — A Paris, chez Calvet, libraire, passage Delorme, 20-22.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 74. 1re année. Mardi 21 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Place Dauphine, n° 28

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Hôpital de la Charité. M. Bouillaud. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par M. le Dr Racle. (*Suite.*) — Hôpital Cochin. M. Beau. De la dyspepsie. — **CORRESPONDANCE :** Remarques sur l'éthérisation, par M. Delabarre. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES :** Exemption pour les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris du service ordinaire de la garde nationale. — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON :** Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité, par M. M. E. Hubert Valleroux.

AVIS. — *Les bureaux du* Moniteur des Hôpitaux *sont transférés, à partir de ce jour, rue de l'Ancienne-Comédie, n° 12. — Nous prions nos correspondants de vouloir bien nous adresser désormais, à cette nouvelle adresse, leurs communications de toute nature.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Rédigées par le Dr Racle, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir les nos 44, 51, 56, 71.*)

De la péricardite.

Lorsqu'il y a des adhérences générales des deux feuillets opposés du péricarde, disposition qu'on a considérée comme incompatible avec la vie, et dont nous avons cependant rencontré plus de cinquante exemples chez des sujets qui ont joui longtemps d'une bonne santé, et qui ont succombé à des affections étrangères ; lorsque, disons-nous, il existe des adhérences générales du cœur, on constate un rétrécissement, un aplatissement qui succède à la voussure précordiale ; on sent à la main que le jeu du cœur est embarrassé, difficile ; que l'organe se meurt en totalité ; quant au double claquement valvulaire, il est considérablement amoindri, ou quelquefois complétement masqué ; la pointe se détache mal de la paroi thoracique, et son choc est à peine marqué par une légère ondulation ; il cesse même d'être perceptible au doigt et au stéthoscope. Enfin, cette même pointe, quand on peut la sentir, ne se déplace pas dans les changements de position du malade, comme cela a lieu si facilement dans l'état normal. Quant aux bruits, ils sont moins nets, quoique se portant immédiatement vers l'oreille. Les battements de l'organe se transmettent quelquefois à l'épigastre, quand le cœur adhère au diaphragme, mais ce caractère isolé des précédents aurait peu d'importance. Ces signes permettent, quoi qu'on en ait dit, d'établir le diagnostic des adhérences aussi facilement qu'on peut faire celui des épanchements, etc.

Symptômes généraux ou réactionnels. — Il est rare qu'une péricardite aiguë ne s'accompagne pas de fièvre, c'est-à-dire d'une augmentation plus ou moins forte de la température ; pourtant on peut ne pas observer ce phénomène si l'affection est tout à fait simple. Nous ne pouvons pas, dans ces cas, tenir compte de l'accélération des battements du cœur, quand elle existe, car cette ac-

FEUILLETON.

Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité,

Par M. M. E. Hubert Valleroux.

Le livre dont nous allons entretenir nos lecteurs n'est pas, comme on pourrait le supposer, un écrit de circonstance ; indépendamment de l'intérêt plus ou moins factice que certaines œuvres doivent à l'opportunité de leur publication, il emprunte à sa valeur intrinsèque, à l'esprit dans lequel il est conçu, une importance qui le recommande à l'attention des médecins et des philosophes. Destiné à servir d'introduction à un grand travail sur la surdi-mutité, il présente, dans un résumé succinct mais complet, l'ensemble du sujet que l'auteur se propose de traiter plus tard dans tous ses détails.

Quel est le but principal de l'ouvrage ? M. Hubert Valleroux nous l'apprend dans son Introduction ; c'est de combler la lacune que signalait Itard lorsqu'il disait : « *Placé ou, pour mieux dire, ignoré entre les confins de la philosophie et de la médecine, le sourd-muet n'a jamais été bien étudié ni par l'une ni par l'autre.* »

Un premier chapitre est consacré à des considérations préliminaires : dans une courte esquisse historique, l'auteur nous dépeint la situation du sourd-muet dans les sociétés antiques, il nous retrace en quelques mots le dégoût, l'horreur et l'aversion dont il est l'objet ; le christianisme, en lui rendant ses titres d'origine, commence à peine sa réhabilitation, qui ne devient définitive qu'après une période de près de dix-huit siècles, qu'après les généreux efforts de l'abbé de l'Épée. La Convention nationale arrive, elle fait passer l'idée chrétienne dans les lois par un décret dans lequel elle adopte les sourds-muets au nom de la patrie. Elle avait compté sur un chiffre de trois mille ; le nombre des infortunés qu'elle couvrait de sa protection ne s'élevait pas à moins de trente mille.

La privation de l'ouïe et de la parole place le sourd-muet dans une condition d'infériorité déplorable à l'égard du commun des hommes, en brisant l'essor de son intelligence, en entravant le développement de ses sentiments moraux et affectifs ; dans une savante et judicieuse analyse, M. Hubert Valleroux fait ressortir les causes nécessaires de ce triste résultat dont il montre toute la portée ; il insiste, et avec raison, sur l'importance du traitement de la surdi-mutité et sur le rôle élevé du médecin qui, en rendant au malade la faculté de l'audition, lui ouvre en quelque sorte les sources de la vie intellectuelle et morale.

Les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur la surdi-mutité, sont une conquête de la science moderne, dont l'honneur revient principalement à Itard. Si l'étude des maladies de l'oreille, si, à plus forte raison, l'étude de la surdité compliquée de mutisme a été entièrement négligée jusqu'à nos jours, il faut l'attribuer, suivant l'auteur, d'une part à l'absence des notions anatomiques, de l'autre à la marche naturelle de l'esprit humain, dont les investigations ont dû nécessairement se porter tout d'abord sur les maladies qui causent la mort ou engendrent la douleur. Nous admettons l'influence de cette double cause ; toutefois, il est à

célération peut n'être qu'un phénomène fonctionnel directement sous l'influence de l'affection locale, et non un fait de fièvre à proprement parler. Nous ne considérons pas davantage comme phénomène de péricardite la petitesse, l'inégalité, les intermittences du pouls, l'anxiété, la tendance aux lipothymies; il est rare, dans ces cas, qu'il n'y ait qu'une péricardite; nous avons déjà dit que ces troubles fonctionnels ont presque toujours pour cause une endocardite plus ou moins étendue, plus ou moins intense.

Avec cet ensemble de phénomènes, est-il un cas de péricardite, nous ne dirons pas légère, mais au moins de moyenne intensité, avec lésions anatomiques prononcées, qu'on ne puisse diagnostiquer? Nous ne craignons pas de dire qu'il est toujours possible d'arriver à le reconnaître. Un cas de la nature que nous supposons, c'est-à-dire avec fausses membranes bien formées ou avec épanchement, doit produire nécessairement un ensemble de phénomènes physiques reconnaissables et tranchés; si on ne les perçoit pas, cela dépend de l'observateur et non des faits à observer; il est bien clair que pour trouver les phénomènes en question il faut avoir l'habitude de les chercher et de les constater, et ce n'est que quand cette habitude sera acquise, qu'on pourra se livrer à l'étude du diagnostic. Cette pratique est difficile, nous le reconnaissons, mais si on ne sait pas employer les méthodes d'observations et parvenir à en tirer les signes, on ne doit pas conclure que ces signes n'existent pas. Cependant on a malheureusement trop souvent raisonné de la sorte à propos de toute espèce de diagnostic; on a bien souvent établi qu'une maladie n'avait pas de signes certains précis, parce qu'on ne savait pas les trouver. On pourrait aussi bien dire qu'un instrument de musique ne peut pas donner de sons ni servir à exécuter un air, parce qu'on ne sait pas en tirer parti. L'étude des méthodes d'observation est donc une chose indispensable et à laquelle on ne saurait se livrer de trop bonne heure, quand on veut faire du diagnostic; car, nous ne craignons pas de le dire, cette étude est plus longue et plus difficile que celle de toutes les doctrines médicales qui ont régné dans la science, depuis Hippocrate jusqu'à Brown et Broussais. La première comprend mille faits et détails, la deuxième ne comporte que deux ou trois idées principales qu'on a retournées dans tous les sens, et qui se distinguent toujours par leur opposition et leur antagonisme.

Causes. — Nous devons indiquer maintenant les causes de la péricardite. Elles forment plusieurs catégories.

On peut compter dans l'étiologie de cette affection, comme dans celle de toutes les inflammations, des causes traumatiques. Corvisart cite un fait de ce genre, et l'un de ses élèves, M. Renauldin, rapporte un exemple de cette maladie due à l'introduction d'une aiguille dans le péricarde, et jusque dans le ventricule droit. Nous n'avons pas lieu d'être surpris de ces faits, puisque, dans les expérimentations que l'on a instituées et que nous avons rappelées, c'est surtout de cette manière que l'on a provoqué l'inflammation du péricarde. Il est inutile de dire qu'on l'a fait naître aussi à l'aide d'agents chimiques. Nous avons parlé des injections irritantes faites par M. Leblanc. On produit alors une inflammation adhésive que l'on pourrait utiliser ici comme ailleurs, pour guérir la maladie devenue chronique.

Mais s'il est vrai que ces causes puissent développer des péricardites, il faut reconnaître toutefois que ce n'est que dans des cas extrêmement rares. Dans l'immense majorité des circonstances (quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent), c'est à d'autres causes qu'il faut attribuer la production de cette maladie. Or, y a-t-il plusieurs causes, ou ne doit-on en reconnaître qu'une seule? Corvisart croyait que le cœur est à l'abri des influences atmosphériques, et en parlant des taches laiteuses du péricarde et d'autres lésions trouvées dans l'enveloppe du cœur, il dit : je serais tenté de croire qu'elles sont liées à la goutte ou au rhumatisme; mais ce n'est là qu'un éclair, car il n'y insiste pas. Un autre observateur assure que, dans l'immense majorité des cas, on ignore la cause de cette maladie; il ajoute qu'on peut croire qu'elle paraît dépendre des mêmes conditions que la pleurésie ou la pneumonie; mais, au lieu de conclure affirmativement et de reconnaître, dans l'influence du froid, la cause commune à laquelle il fait allusion, il se borne à reconnaître qu'on doit rester dans le doute, la pneumonie, dit-il, se développant si souvent sans causes appréciables.

Ces deux opinions sont un mélange bien singulier d'erreur et de vérité. En effet, quand on étudie attentivement les causes de la péricardite, on ne tarde pas à reconnaître que la plus commune est incontestablement un refroidissement brusque succédant à une forte chaleur du corps et à des exercices plus ou moins violents. Si l'on interroge les malades, la plupart accusent formellement un refroidissement, et savent fort bien dire qu'ils n'ont été soumis à aucune influence morbide autre que celle-là. Viendra-t-on nous objecter que quelques-uns ne se souviennent pas d'avoir été soumis à une cause de ce genre? mais elle peut n'avoir pas été remarquée. Ne voit-on pas journellement des accidents secondaires de syphilis chez des individus qui assurent n'avoir pas eu d'accidents primitifs? Sera-t-on fondé pour cela à admettre que les accidents n'ont pas existé?

Et d'un autre côté, la coïncidence si commune de la péricardite avec le rhumatisme et la pneumonie, coïncidence que nous avons le premier formulée d'une manière définitive, mais qui avait été déjà signalée par les auteurs des deux opinions que

---

nos yeux une circonstance qui a plus puissamment contribué que celles dont fait mention M. Hubert Valleroux à ajourner indéfiniment en quelque sorte l'étude de l'otologie et de la surdi-mutité, nous voulons parler de l'insuffisance du sentiment moral parmi les générations qui se sont succédé jusqu'à nos jours. Si l'idée chrétienne, idée de charité et d'amour, qui, après tant de luttes et de martyres, a lentement pénétré les masses et les individus, avait accompli de plus rapides progrès et fait rentrer dans le sein de la grande famille humaine les sourds-muets, que nous avons vus, jusqu'à notre époque moderne, porter le poids des anciens préjugés, il n'est pas douteux que l'attention bienveillante, dont ces déshérités de la nature et de la société auraient été dès lors entourés, n'eût conduit la science à chercher, avec quelque succès, le secret et le remède de leur triste infirmité.

Une tendance que l'on ne saurait trop combattre suivant nous, tendance fâcheuse dont nous n'entreprendrons d'apprécier ni le but ni l'origine, semble aujourd'hui, plus qu'en aucun autre temps, pousser aveuglément une foule de médecins et de savants dans l'étude étroite et restreinte des spécialités. Au dédain des connaissances encyclopédiques que professent certains hommes, nous ne saurions mieux faire que d'opposer les judicieuses remarques de l'auteur, relativement aux conditions que doit remplir quiconque veut embrasser d'une manière exclusive l'une des branches de la médecine. La division du travail, si féconde dans l'industrie, ne saurait trouver son application dans une science où l'homme de l'art a besoin de connaître avant tout l'ensemble et les connexions intimes des organes qu'il est appelé à régir et à modifier. Avant d'aborder une spécialité quelconque, il est indispensablement nécessaire d'acquérir des notions générales suffisantes; ainsi a fait Itard dont les travaux ont débrouillé le chaos dans lequel était plongée avant lui la science de l'otologie.

Un chapitre tout entier est consacré à l'examen et à la recherche des causes de la surdi-mutité; des faits intéressants, des considérations ingénieuses s'y trouvent consignés en grand nombre. L'auteur a apporté, dans cette partie de son travail, l'exactitude et la sagacité d'observation que réclamait une pareille matière; mais il a manqué de méthode, en omettant d'établir tout d'abord une distinction entre la surdi-mutité congéniale et la surdi-mutité acquise, et d'envisager tour à tour l'une et l'autre au point de vue des conditions étiologiques qui leur donnent naissance. D'un autre côté, il a eu le tort de considérer les circonstances au milieu desquelles se développe la surdi-mutité plutôt que le mode d'action de ces circonstances. Il aurait dû, pour en citer un exemple, rechercher de quelle manière l'humidité, dont il démontre l'incontestable influence, arrive à produire la perte de l'ouïe, et par une suite nécessaire la perte de la parole; il aurait dû discuter, sinon résoudre, la question de savoir si les grandes influences géologiques et atmosphériques qu'il signale amènent l'anéantissement de la faculté auditive, en rendant plus fréquentes les maladies de l'oreille qui entraînent après elles la surdité, ou en conduisant progressivement les générations et les individus à un état de cachexie qui favorise le développement de la surdité congéniale.

Du reste, dans le chapitre qui a trait aux caractères de la surdi-mutité, M. Hubert Valleroux exprime incidemment et implicitement sa pensée, quant au mode d'action des causes indiquées par lui, lorsqu'il s'efforce

nous avons citées plus haut, Corvisart et M. Louis, n'est-elle pas une nouvelle preuve de l'influence du froid dans la production de la péricardite ? Quelle est en effet la cause ordinaire, pour ne pas dire unique, du rhumatisme et de la pneumonie ? C'est le froid ; tout le monde le sait, tout le monde en convient. Depuis Sydenham et Stoll, cette influence est définitivement établie. Pourquoi donc la péricardite, affection presque toujours liée à ces deux maladies, ne reconnaîtrait-elle pas la même cause ? M. Louis a usé de trop de réserve en disant que la cause de la plupart des pneumonies reste inconnue ; et Corvisart n'a pas été plus heureux en déclarant que la péricardite pourrait être de nature rhumatismale, mais en supposant le cœur inaccessible aux influences atmosphériques ; aussi il en est résulté que tous deux ont méconnu la véritable cause de cette affection, tout en ayant tous les éléments nécessaires pour résoudre le problème. Si la péricardite se montrait souvent seule et comme maladie isolée, la cause de sa production pourrait passer inaperçue ; mais sa coïncidence si constante avec les deux maladies signalées ne saurait laisser l'ombre d'un doute sur la réalité de la cause que nous cherchons à établir.

A part l'influence que nous signalons, nous ne connaissons aucune autre cause habituelle de l'inflammation de la séreuse extérieure du cœur.

Pronostic. — L'histoire du pronostic nous offre un des exemples les plus frappants de ces révolutions qui s'accomplissent quelquefois dans l'étude des maladies, et dont nous avons parlé dans nos considérations générales. Corvisart se prononce d'une manière formelle sur la gravité de la péricardite, et déclare que c'est une affection presque constamment mortelle dans deux des trois espèces qu'il admet, c'est-à-dire dans la forme aigüe et dans la forme chronique. La subaiguë seule peut guérir. Mais comment Corvisart a-t-il pu porter un pareil pronostic sur cette forme quand il disait que la péricardite est une maladie qu'on ne diagnostique pas, mais qu'on devine. Il ne faisait probablement cette réserve que pour ne pas dire que la péricardite est absolument mortelle.

Nous établissons, au contraire, que la péricardite est une affection presque toujours sans gravité, ainsi que le démontrent les autopsies et les observations cliniques. Il est peu de cadavres sur lesquels on ne rencontre des plaques laiteuses, de l'épaississement, de l'opacité du péricarde, des adhérences même partielles ou générales, dans des cas où aucun symptôme morbide ne s'était révélé pendant la vie du côté du cœur. Et aujourd'hui que les méthodes d'observation permettent de *diagnostiquer* cette affection, on en observe un très-grand nombre d'exemples dans le courant de la pneumonie, de la pleurésie, du rhumatisme, et qui ne laissent après elles aucune suite fâcheuse.

Ce que nous disons de la péricardite, nous le disons aussi de ses suites, et particulièrement des adhérences qui avaient été considérées comme absolument incompatibles avec la santé et même avec la vie. Corvisart, comparant cette lésion avec les adhérences du poumon aux plèvres, croyait que la santé était compromise dans un cas comme dans l'autre, mais qu'il y avait danger plus imminent dans la première. Cette comparaison, si juste au point de vue anatomique, loin de faire porter un pareil pronostic, aurait dû engager Corvisart à formuler une proposition absolument inverse, et il aurait été dans le vrai.

Nous avons dit qu'on trouve un grand nombre de cas d'adhérences partielles ou générales du péricarde chez des sujets qui les portent depuis longtemps, et qui succombent à d'autres maladies. Il n'y a pas d'année où nous n'ayons l'occasion d'observer anatomiquement un ou plusieurs exemples de ce genre ; tous les ans aussi nous recevons à la clinique plusieurs malades chez lesquels il est facile de reconnaître à l'aide des signes que nous avons indiqués, et qui sont si positifs, les adhérences dont nous parlons, et ces malades sortent, pour la plupart, guéris des accidents pour lesquels ils étaient entrés, et qui souvent étaient étrangers à ces adhérences.

Nous en avons en ce moment dans le service deux exemples remarquables.

En définitive, on peut conclure que la péricardite est une affection sans aucune gravité soit par elle-même soit dans ses suites. Et nous avons l'habitude de dire que dans cette affection la guérison est la règle, la mort l'exception.

Il est bien vrai pourtant qu'une péricardite négligée peut devenir grave si elle suppure, et si elle donne lieu à un épanchement considérable qui gêne la respiration ou la circulation, et si on ne traite pas non plus les affections avec lesquelles elle marche le plus ordinairement. Notre pronostic se rapporte donc particulièrement aux cas qui ne sont pas absolument abandonnés à eux-mêmes, quoique cependant on voit encore guérir bon nombre de péricardites non soignées ou incomplétement traitées.

Traitement. — Depuis l'origine de la médecine le traitement des maladies inflammatoires est connu, mais il n'a jamais été formulé d'une manière exacte, et c'est dans ce traitement que notre méthode diffère de toutes celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour. Les moyens que nous employons sont les mêmes que ceux qui ont toujours été mis en usage, le mode d'application seul diffère.

Le repos, la diète, les boissons rafraîchissantes et les émissions sanguines ont toujours été les quatre points principaux du traitement antiphlogistique.

---

d'établir la plus grande fréquence de la surdi-mutité acquise relativement à la surdi-mutité congéniale : « En déduisant des surdi-mutités dites de « naissance, celles qui sont dues aux influences climatériques et géolo- « giques, aux accidents de la dentition, aux fièvres éruptives et typhoïdes, « aux lésions traumatiques, etc., on arrive, dit-il, à n'avoir plus guère à « produire que les sourds-muets issus de mariage entre parents, ceux dont « les mères ont éprouvé des accidents pendant la grossesse, et enfin ceux « qui ont été atteints de quelque maladie intra-utérine. Le nombre de ces « sujets est relativement très-faible. »

On comprend l'importance de ce dernier fait, au point de vue du pronostic et du traitement de la surdi-mutité ; il trouve sa confirmation dans l'existence d'un fait corrélatif, à la constatation duquel l'auteur a été conduit, par ses recherches, sur les divers degrés de cophose que présentent les sourds-muets. Contrairement aux assertions d'Itard et du docteur Fabriani, M. Hubert Valleroux affirme que les sourds-muets frappés de surdité complète sont loin de former la moitié ou plus de la moitié du chiffre total de ces malheureux ; d'après lui, l'abolition absolue de la sensibilité auditive n'est pas plus fréquente chez les sourds-muets que celle de la sensibilité optique chez les aveugles. Il fait remarquer, du reste, avec une juste raison, que le pronostic et le traitement de la surdi-mutité doivent être basés, non sur le degré de sensibilité auditive qui persiste, mais sur les données qui découlent de l'origine, de la nature et du siége spécial des lésions morbides.

Dans l'immense majorité des cas, ces lésions portent uniquement sur l'appareil auditif : elles ne consistent pas, pour la plupart, comme l'avait annoncé Itard, dans une paralysie congéniale ou acquise du nerf auditif ; elles dérivent au contraire presque toujours d'affections catarrhales susceptibles d'être heureusement modifiées par l'intervention des agents thérapeutiques.

Les propositions que nous venons de résumer suffisent en partie à dissiper le doute et l'incertitude qui s'élèvent nécessairement dans l'esprit, en présence des assertions contradictoires émises par les auteurs, touchant le pronostic de la surdi-mutité ; toutefois, M. Hubert Valleroux n'a pas cru devoir insister sur les déductions qui jaillissent de ces propositions, il a abordé sous une face toute spéciale la question de curabilité du surdi-mutisme, et il a essayé d'y répondre en faisant exclusivement appel aux faits et à l'expérience. Son livre contient trois catégories d'observations dans lesquelles il est fait mention de sourds-muets guéris : 1° par le seul bénéfice de la nature ; 2° par suite de lésions traumatiques ; 3° par l'effet de traitements divers.

Ici, l'auteur nous a paru perdre de vue l'esprit de critique sévère qui doit présider à la composition d'un ouvrage scientifique ; le fait qui, suivant lui, démontre la guérison spontanée de la surdi-mutité, comme possible dans certains cas, nous a paru manquer entièrement de titres suffisants pour inspirer la confiance ; M. Hubert Valleroux a du reste compris qu'il péchait par le défaut de vraisemblance et de signification ; pour lui assigner la valeur dont il est dépourvu, il l'a fait suivre de commentaires que nous ne saurions accepter. L'observation commence ainsi : « Un jeune « homme âgé de 24 ans, fils d'un artisan de Chartres et *sourd-muet de* « *naissance,* commença tout à coup à parler, etc. » Elle est accompagnée

Les trois premiers moyens sont si naturellement indiqués par les sensations des malades, qu'il est inutile d'insister sur leur utilité.

Quant aux émissions sanguines, tous les médecins en reconnaissent l'efficacité; mais, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, nous pouvons affirmer qu'elles n'ont pas été appliquées d'une manière certaine et de façon à éviter les suites des affections inflammatoires. Persuadé de cette vérité, nous avons dû chercher à les employer d'une autre manière.

Nous avons trouvé en peu de temps une méthode si avantageuse, si incontestablement utile, et dont les résultats sont si différents de ceux des autres méthodes que depuis plus de quinze ans nous n'en appliquons pas d'autre.

Désignée tour à tour sous les noms de méthode des émissions sanguines répétées coup sur coup, suffisantes, elle constitue la seule méthode formulée et certaine, quoi qu'aient pu en dire ses détracteurs.

Si, dans un cas de péricardite intense, l'on pratique une saignée tous les deux jours, ou même tous les jours, la maladie se jouera de ce traitement, persistera pendant des semaines et des mois, et n'empêchera pas tous les désordres de l'état chronique, c'est-à-dire des épanchements abondants, des suppurations, des adhérences, etc. On a même pu enlever jusqu'à douze et peut-être quatorze livres de sang, et l'on n'a pas empêché une terminaison fatale. Et nous avons l'habitude de dire que la soustraction de la moitié de cette quantité de sang eût suffi pour guérir deux maladies de ce genre plus violentes que celles dont il s'agit. Seulement il eût fallu que les saignées eussent été plus rapprochées.

La rapidité d'une action multiplie sa puissance; c'est une vérité aussi bien établie en thérapeutique qu'en physique. Il est incontestable que trois ou quatre saignées faites dans les vingt-quatre heures auront plus d'action sur une maladie aiguë inflammatoire que le même nombre ou qu'un nombre double de saignées espacées à de plus longs intervalles. Nous tirons de là la nécessité d'appliquer cette formule au traitement de toutes les inflammations et de la péricardite en particulier. Seulement il importe de faire des catégories de cas, et de ne pas appliquer la méthode avec toute sa rigueur dans des espèces essentiellement différentes au point de vue de l'intensité. Sous le rapport clinique on doit distinguer dans la péricardite, comme dans toutes les maladies, trois sortes de cas : les cas légers, les cas moyens et les cas graves.

Or, c'est pour ces derniers surtout qu'il faut indiquer la méthode. En moyenne, et selon la constitution des sujets, nous employons dans les vingt-quatre heures trois ou quatre saignées générales, sans préjudice d'une saignée locale, le deuxième jour, une ou deux saignées ou seulement une saignée locale. Et il est rare qu'après ces quarante-huit heures la maladie ne soit pas domptée. Il est rare aussi que nous ayons besoin de pratiquer une saignée le troisième ou le quatrième jour. Passé ce temps, nous nous abstenons presque absolument des émissions sanguines; et nous employons alors des vésicatoires volants de grande dimension, qui sont aussi une autre forme de saignée.

Qu'on nous cite un seul cas où la guérison ne soit pas confirmée avant la fin du premier septénaire. Il est bien entendu que nous ne parlons que des cas pris à temps, c'est-à-dire suffisamment rapprochés du début, et dans lesquels les lésions ne sont pas déjà parvenues à l'état chronique.

Ce traitement n'agit dans la péricardite que lorsqu'il n'y a pas de suppuration. Les émissions sanguines, dans ce cas, seraient aussi funestes qu'elles peuvent être utiles au début, puisqu'elles n'auraient pour effet que de favoriser la résorption du pus.

Dans les *cas moyens* nous faisons, dans les vingt-quatre heures, deux ou trois saignées, dont une locale, et le plus ordinairement il n'est pas nécessaire de les répéter le jour suivant, car il est rare que dès le second jour les malades n'entrent pas en convalescence.

Dans les *cas légers* nous attendons, prêts à agir à la première manifestation d'accidents graves. Le repos, les boissoins délayantes, la diète, l'application même de quelques vésicatoires suffisent. On ne nous a jamais vu nous préoccuper sérieusement de quelques phénomènes de frôlement, de froissement dans la région du cœur, lorsque ces accidents sont indépendants de tout autre phénomène important d'inflammation. Nous agissons dans ce cas comme dans les fièvres typhoïdes au début, lorsqu'elles sont légères ou insuffisamment caractérisées, de façon que l'on ne peut pas nous reprocher de faire d'erreur de diagnostic, et d'appliquer des moyens énergiques à une affection qui n'existe pas. Ainsi l'on a une méthode formulée, dosée, et qui, quoique la même au fond, est applicable à tous les cas et proportionnée à la gravité de chacun d'eux.

En terminant ce qui est relatif à la péricardite, nous répétons encore qu'il s'est fait de nos jours, à l'égard de cette affection, une telle révolution, qu'on peut prendre en sens inverse et en restant dans les limites de l'exacte vérité, toutes les assertions qui ont été émises sur sa prétendue gravité. Au lieu de répéter avec Corvisart qu'elle est à peu près constamment mortelle, nous ne craignons pas d'affirmer que c'est une des maladies les moins graves, une de celles qui compromettent le moins les jours des malades, sauf toutefois les cas où elle est mal traitée ou abandonnée entièrement à elle-même. Le nombre si considé-

---

de réflexions dont on aura une idée par les phrases suivantes : « En l'absence de documents suffisants et dépouillé du merveilleux qui l'embellit, « voici comment on peut expliquer ce fait : le sourd-muet de Chartres « (*le sourd-muet de naissance*) avait entendu et parlé jusqu'à huit ou neuf « ans, etc... »

L'observation rapportée en vue de prouver que des lésions traumatiques peuvent avoir pour effet de guérir la surdi-mutité, ne nous a pas plus convaincu que la précédente; l'auteur n'a même pas essayé de l'interpréter. Dans les observations qu'il a réunies afin de mettre en lumière la curabilité du surdi-mutisme par l'intervention de la médecine, il a oublié que l'importance des faits découle moins de leur nombre que de leur valeur intrinsèque. Les deux observations empruntées à Itard seules nous ont paru présenter les qualités qu'on doit exiger en semblables circonstances.

Après s'être efforcé de démontrer par des exemples, que des demi-muets peuvent être rendus parlants par l'éducation, que des demi-sourds peuvent devenir muets par absence ou par vice d'enseignement, M. Hubert Valleroux résume sa pensée sur le pronostic de la surdi-mutité, en disant qu'il convient de ne jamais porter un arrêt définitif, surtout dans un sens défavorable; l'état actuel de la science otologique, les ressources de la nature médicatrice imposent au médecin cette prudente réserve. Qu'il nous soit permis de jeter quelques doutes sur la puissance de la nature médicatrice.

L'auteur exclut du traitement de la surdi-mutité l'emploi des moyens violents et douloureux, l'emploi des moyens dits héroïques. Nous ne saurions trop l'approuver. Après avoir indiqué les agents thérapeutiques auxquels il a habituellement recours, après avoir exposé les principes généraux qui, suivant lui, doivent diriger la conduite du praticien, il insiste sur l'importance des influences hygiéniques, il termine cette partie de son sujet en formant des vœux relativement à la formation d'un établissement médical et pédagogique pour les sourds-muets; le tableau qu'il trace de cet établissement, faut-il l'avouer, nous a paru, malgré notre foi ardente dans les progrès de l'avenir et dans les destinées meilleures de l'humanité, le rêve impossible d'un esprit élevé et d'un cœur généreux.

Nous nous contenterons de signaler d'une manière spéciale à l'attention des lecteurs les deux derniers chapitres de l'ouvrage, ils contiennent d'intéressantes considérations sur la pédagogie des sourds-muets et sur le langage, envisagé au point de vue pédagogique.

Après les détails dans lesquels nous sommes entré, il serait superflu de formuler, en termes généraux, notre pensée sur le fond même de l'ouvrage dont nous venons de rendre compte, il nous reste donc, pour compléter notre tâche, à en juger la forme et le style; sous ce dernier rapport, nous sommes heureux de pouvoir adresser à l'auteur des éloges que méritent rarement les livres médico-scientifiques.

Dr A.-H. Margerie.

rable des cas où l'on observe des plaques laiteuses, des opacités, des épaississements du péricarde, indices irrécusables d'anciennes inflammations de cette membrane, le nombre non moins grand de péricardites reconnues et guéries dans le cours d'autres affections, et qui n'ont même laissé après elles aucune altération de la santé, démontrent que, sous tous les rapports, l'assertion de Corvisart, si complaisamment repétée jusqu'à nos jours, n'est qu'une erreur.

Il est très-vrai, cependant, que quelques péricardites non traitées ou prises à une époque trop éloignée du début sont mortelles, mais ce ne sont que des exceptions très-rares, et qui viennent par leur petit nombre bien plutôt confimer la règle que la détruire.

Il y a encore d'autres péricardites graves : ce sont celles qui présentent des complications, et le danger vient alors des affections concomittantes bien plus que de la péricardite elle-même; c'est ce qui a lieu lorsqu'il existe simultanément une pleurésie ou une pleuro-pneumonie. On a souvent cité l'exemple célèbre et miraculeux qui aurait succombé à une péricardite, et dont l'observation a été publiée par Cabanis, son médecin; il est vrai qu'il existait une inflammation de l'enveloppe du cœur, mais il y avait aussi une pleurésie sur l'influence de laquelle on n'a pas suffisamment insisté. L'existence de cette pleurésie est non-seulement démontrée par les lésions anatomiques, mais encore par les phénomènes qui avaient eu lieu pendant la vie; le malade éprouvait d'atroces douleurs qui lui faisaient jeter des cris, et contre lesquelles il réclamait instamment l'usage de l'opium dont il avait éprouvé une fois les bons effets. Cette douleur, dont l'absence est si constante dans la péricardite, ne révèle-t-elle pas une complication du côté de la plèvre, ne peut-elle même pas faire soupçonner l'existence d'une pleurésie diaphragmatique. La mort doit donc être, dans ce cas, principalement attribuée à la pleurésie, puisque, même traitée, cette affection peut, par elle seule, amener ce funeste résultat. On meurt encore aujourd'hui de cette double affection, quelquefois à cause de sa seule gravité, le plus souvent parce qu'on ne veut pas ou l'on ne sait pas employer le traitement capable de dompter cette redoutable affection.

Nous avons parlé du repos comme un des moyens de traitement de toute inflammation. Le repos de l'organe malade serait assurément un des moyens les plus efficaces pour prévenir l'accroissement des accidents phlegmasiques. Mais c'est une condition qu'il ne nous est pas possible de remplir, dans le cas particulier qui nous occupe, et ce pourrait être souvent une cause d'insuccès, si nous ne possédions pas des moyens de traitement suffisamment énergiques pour enrayer l'inflammation presque à volonté et comme en nous jouant.

La persistance des mouvements du cœur nous fournira l'occasion d'une remarque déjà faite d'ailleurs, à propos de la symptomatologie. Si l'on voulait forcer un des organes extérieurs du corps, comme un muscle, comme l'œil, une articulation, à exécuter des mouvements, lorsque cet organe est pris d'une inflammation aiguë, n'en résulterait-il pas des douleurs atroces et un véritable supplice pour le patient? Eh bien! comment se fait-il que le cœur, affecté d'inflammation à sa surface extérieure, puisse continuer à fonctionner sans qu'il en résulte aucune douleur? Cette différence tient à la nature de la sensibilité propre de ces diverses parties. Les premiers organes sont douloureux, parce qu'ils appartiennent à la classe des organes doués de la sensibilité générale, de la sensibilité des nerfs de la vie de relation; le second n'est pas douloureux, parce qu'il est naturellement dépourvu de cette sensibilité particulière. Nous ne regardons pas pour cela le cœur comme absolument insensible, mais il a un mode de sensibilité particulier, sensibilité obscure, comme celle de tous les organes intérieurs, qui ne se traduit pas par le phénomène douleur à proprement parler; son mode de sensibilité se révèle seulement par un sentiment d'anxiété plus ou moins prononcé et que nous avons déjà indiqué. Quant à la douleur vraie, nous le répétons, elle est étrangère à la péricardite.

Pour compléter ce qui est relatif au traitement, nous dirons deux mots des résultats que nous avons obtenus dans les principaux cas de péricardite que nous avons observés et traités depuis l'ouverture de la Clinique, et nous montrerons ainsi que nous ne nous bornerons pas à des assertions vagues et dépourvues de preuves. Depuis le mois de novembre, nous avons observé douze cas de péricardite bien caractérisés. Un seul malade est mort. C'était un homme couché au n° 1 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, et qui se trouvait précisément dans le cas des malades atteints de péricardite compliquée dont nous parlions tout à l'heure; il était en effet affecté d'une pleurésie droite; cet homme est arrivé au huitième jour de la maladie dans un état extrêmement grave, présentant une anasarque considérable et tous les accidents d'une gêne extrême de la circulation et de la respiration. Le cas était trop désespéré pour qu'il fût possible d'appliquer le traitement que nous avons formulé. Quant aux autres, ils ont tous guéri; avant la fin du premier septénaire ils étaient tous en convalescence, et de plus, nous ajoutons qu'aucun, à sa sortie, n'a emporté une de ces maladies chroniques organiques si communes quand la maladie n'a pas été traitée. Nous signalons spécialement une jeune fille qui a été couchée au n° 3 de la salle Sainte-Madeleine et qui était affectée d'une péricardite rhumatismale très-intense; le premier jour, il y avait de l'épanchement; dès le second jour, on a commencé à entendre un léger frôlement qui est devenu graduellement plus intense et qui a disparu d'une manière complète. Une autre femme, couchée au n° 7 de la même salle, qui a eu un rhumatisme généralisé et une péricardite accompagnée d'un frottement de va-et-vient et d'un craquement de cuir neuf très-marqué; cette malade a supporté 7 saignées tant locales que générales, a eu une rechute par suite d'un refroidissement, et n'en est pas moins sortie guérie et sans conserver aucun accident du côté du cœur. Enfin, un malade qui est encore en ce moment couché au n° 15 de la salle des hommes, et qui, atteint aussi de rhumatisme, présentait, le soir de l'entrée, une voussure au niveau du cœur, une matité très-étendue, et un éloignement considérable des bruits du cœur. Le lendemain, après une saignée de 4 palettes, l'épanchement avait presque complétement disparu, le cœur était plus superficiel et un léger frôlement se manifestait; aujourd'hui vous avez entendu un frôlement analogue à celui d'une étoffe de soie ou d'un papier qu'on chiffonne, et qu'on peut comparer à un *râle crépitant très-sec*. Tous ces malades ont guéri par le traitement indiqué, dans l'espace de trois ou quatre jours. La guérison est dans notre service la règle générale, et en mettant les choses au rabais, nous pouvons affirmer que nous montrons chaque année un nombre de dix ou douze cas de semblables guérisons. Nos prédécesseurs en ont vu autant depuis vingt ans; c'est donc un total de plus de deux cents cas guéris par un traitement bien formulé et malgré le pronostic si funeste de Corvisart.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Cochin. — M. Beau.

De la dyspepsie.

Étymologie, définition. — L'étymologie de la dyspepsie est tirée de la langue grecque : δὺς, difficilement; πεψις, digestion. Elle diffère peu de celle des mots : *apepsie* (α privatif; πεψις, digestion), absence de digestion; *bradypepsie* (βραδὺς, lent; πεψις, digestion), digestion lente : pour nous l'apepsie rentre évidemment dans la dyspepsie, et la bradypepsie n'est qu'un accident de la digestion. L'indigestion et la dyspepsie doivent être distinguées : l'*indigestion* est un accident de la dyspepsie passager, unique; une série d'indigestions constitue la dyspepsie.

Avant de vous faire connaître le sens que nous attachons au mot *dyspepsie*, nous allons vous donner la définition de la dyspepsie, telle que l'entendaient Cullen, Fouquier, telle que l'admet M. Chomel. D'après ces observateurs, la dyspepsie est l'état d'un individu qui, après avoir mangé, éprouve de la gêne, de l'embarras dans l'estomac, quelquefois du gonflement dans l'abdomen.

Nous appelons dyspepsie tout dérangement des fonctions digestives quel qu'il soit; ce dérangement peut être causé par une mauvaise alimentation ou par une altération des parois.

Symptômes primitifs. — Les symptômes de la dyspepsie doivent être divisés en symptômes primitifs, secondaires et tertiaires.

Les symptômes primitifs se passent pendant la digestion ou en dehors de la digestion.

Symptômes qui se passent pendant la digestion. — Les symptômes primitifs qui se passent pendant la digestion ont tous leur siége dans le tube digestif. Ces symptômes peuvent se grouper de la manière suivante :

Un sentiment de gêne, de pesanteur dans l'estomac apparaît après l'ingestion des aliments ; il est souvent accompagné d'un sentiment de gonflement et même de gonflement réel.

Une douleur très-variable de forme, donnant la sensation de crampe, de brûlure, de battements, de picotements, très-variable aussi d'intensité.

Des éructations inodores, acides, quelquefois sulfureuses ou amères.

Des matières acides, parfois susceptibles de corroder les dents, viennent à la bouche.

Des nausées assez souvent d'emblée, ou bien des vomissements de matières alimentaires (toutes celles mangées, soit une partie des substances ingérées, soit toujours les mêmes), ou encore des matières acides.

De la soif.

Des borborygmes qui inquiètent fréquemment les malades.

Un état de constipation.

La digestion fort lente habituellement peut durer plusieurs heures. Ces phénomènes disparaissent quand les aliments ont traversé le pylore ; ils sont si marqués chez quelques individus, que ces malheureux redoutent tant les douleurs de la digestion, qu'ils refusent de manger.

Symptômes qui se passent hors de la digestion. — L'appétit est toujours altéré ou diminué. Notez, messieurs, que souvent le malade ne fait pas cet aveu; soit parce qu'il ne se rend pas compte de l'altération de son appétit, soit parce qu'il ingère des aliments sans avoir faim ; et sachez bien que le dyspeptique a tantôt horreur de l'appétit, tantôt un appétit soit augmenté (boulimie), soit perverti (ingestion de craie, de pierres) (picamalaxia), ou exclusif, ou bien enfin facilement rassasié.

Le goût est pâteux, ou amer, ou acide avant les repas ; lors de l'ingestion des aliments, ceux-ci se trouvent imprégnés de ces goûts.

La soif est quelquefois excessive ; elle peut nécessiter la déglutition de 8 à 10 litres de liquides en 24 heures.

Il y a un sentiment de gêne ou de poids dans l'estomac, moins considérable cependant que durant la digestion, et qui tient à la présence de gaz et quelquefois de mucosités.

Les malades ont des nausées, des vomissements muqueux ou bilieux, des éructations.

La douleur est quelquefois très-vive.

La langue est à considérer : elle est revêtue d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre; le matin à jeun sa surface est comme pâteuse.

La sensation de faim est portée souvent assez loin pour provoquer des syncopes ; la faim elle-même est promptement rassasiée.

Il y a d'autres symptômes que nous grouperons sous le nom de symptômes de voisinage ; ils ont tous leur siége dans les nerfs qui irradient de l'estomac. Ces symptômes sont :

1° La *névralgie intercostale*, qui est caractérisée par la présence de trois points douloureux sur le trajet des nerfs intercostaux ; elle se montre dans les affections organiques comme dans les affections non organiques de l'estomac.

2° L'*aura gastro-glottique*, vulgairement connue sous le nom de boule hystérique. Elle se montre généralement chez les femmes sous la forme d'un sentiment de constriction qui remonte de l'épigastre à la glotte. Nous pouvons dire que ce symptôme est le dernier de la dyspepsie et le premier de l'hystérie.

3° La *toux*. Quinteuse, presque continuelle, la toux apparaît souvent avant les repas et cesse après l'ingestion des aliments.

4° La *dyspnée*. Les divers symptômes que nous venons de vous énumérer peuvent être appelés symptômes primitifs ; nous vous exposerons prochainement, messieurs, les symptômes secondaires de la dyspepsie, mais auparavant nous arrêterons votre attention sur divers symptômes primitifs du dérangement des fonctions digestives qui ont été à tort considérés par les auteurs comme tout autant de maladies particulières, tandis que ce ne sont que des prédominances symptomatiques de la dyspepsie.

Ainsi le symptôme douleur constitue trois maladies :

La *cardialgie*, douleur du cœur, causant la syncope ; *gastrodymie, gastralgie,* douleur de l'estomac sans défaillance.

La douleur cuisante constitue le *pyrosis* (fer chaud).

Les symptômes *flatulence*, *vomissements*, représentent des maladies ; il en est de même du *pica*, du *malaxia*, de la *boulimie*, de la *constipation*, de la *polydipsie*, de la *névralgie intercostale*, et dans quelques cas de la *toux*, etc.

Symptômes secondaires. — Il est un phénomène de la dyspepsie qui est certainement le plus important, et dont nous ne vous avons pas encore parlé, c'est l'imperfection du produit digestif qui est altéré ou diminué. Ce phénomène est très-important parce qu'il entraîne forcément l'altération du sang, puis en seconde ligne les troubles organiques. Cullen, qui le premier a signalé la dyspepsie, n'a pas parlé de ce phénomène ; conséquents avec eux-mêmes, les auteurs qui, depuis Cullen, se sont occupés de la dyspepsie, n'ont pas parlé de l'altération du produit digestif. Pour nous ce phénomène est au-dessus de tous les autres ; les autres symptômes, la soif, la douleur, par exemple, ne peuvent exister sans qu'il y ait altération de la matière digestive. Ce phénomène va produire une foule de symptômes que nous appellerons *symptômes secondaires*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Remarques sur l'éthérisation.

Nous recevons, avec prière de l'insérer, un exemplaire d'une lettre adressée à l'Académie de médecine sur l'éthérisation. Le défaut d'espace nous oblige à nous borner à l'extrait suivant qui en contient d'ailleurs toute la substance.

Ayant opéré, à l'aide de l'éther et du chloroforme, plus de *onze mille* individus de tout âge et de tempéraments très-différents, je viens vous prier d'accueillir les remarques que j'ai été à même de faire sur ces agents anesthésiques.

L'anéantissement de la douleur qui accompagne les opérations chirurgicales est certes un secours providentiel que la science et l'humanité commandent de respecter et d'employer, s'il est prouvé que les avantages de ce procédé l'emportent manifestement sur ses inconvénients, et que ceux-ci peuvent toujours être conjurés à l'aide de précautions dont on ne doit jamais s'écarter.

Et d'abord, est-il un seul moyen thérapeutique, un seul procédé opératoire, un seul médicament qui, dans certaines circonstances et sous certaines influences, ne présente quelque danger?

Pourquoi exigerait-on des anesthésiques une innocuité qu'on n'est pas en droit d'attendre des choses même les plus usuelles?

Que l'on passe en revue ces innombrables amputations, ces ablations de seins, ces luxations réduites comme par enchantement, enfin ces opérations de toutes sortes qui ne laissent pas même la trace d'un mauvais rêve dans l'esprit des malades ; que ces nombreux services, qui tiennent du prestige, soient mis en regard de quelques malheurs isolés, déplorables sans doute, mais inséparables de toute invention nouvelle, et la conclusion ne saurait être douteuse : elle est favorable à l'éthérisation.

Je dis plus, c'est que bien des sujets impressionnables, et dont la sensibilité excessive présentait une complication funeste, n'ont certainement dû la vie et la santé qu'à l'emploi des vapeurs anesthésiques.

Abandonner l'éthérisation n'est donc pas possible dans ce siècle de lumières.

L'éthérisation est acquise à la science ; elle vivra, mais à une condition, c'est que son application ne restera pas plus longtemps livrée au hasard, et qu'elle deviendra l'objet de principes et de règles déterminées, composant une méthode dont on ne devra pas s'écarter.

C'est, en effet, parce qu'on s'est trop habitué à regarder l'éthérisation comme un accessoire de peu d'importance et dont l'emploi ne réclamait point une méthode, que les malheurs se sont multipliés dans ces derniers temps.

Ce préambule achevé, qu'on me permette d'exposer la marche que j'ai suivie et les précautions dont je me suis entouré pour arriver à opérer sans accidents plus de *onze mille* sujets.

Un succès aussi constant n'est pas seulement l'effet du hasard et du bonheur ; il est le résultat de principes fondés sur l'observation approfondie des phénomènes produits par les anesthésiques sur l'organisme humain.

Méthode. — Je divise ma méthode en deux parties :

1° La contre-indication ;

2° L'application.

Parlons d'abord de la contre-indication.

Affections des organes essentiels. — Par les mêmes motifs qui font proscrire l'emploi de certains aliments et de certains médicaments pour quelques organisations particulières et dans des circonstances spéciales, il est également prudent, en certains cas, de s'abstenir d'appeler l'éthérisation à son aide.

De ce nombre sont :

Les maladies avancées du cœur, du cerveau et des poumons.

La plénitude d'estomac. — L'état de plénitude de l'estomac doit être pris en très-sérieuse considération.

En effet, ainsi que je l'ai constaté, les vapeurs d'éther et de chloroforme troublent et même suspendent les fonctions digestives ; par conséquent, si l'on éthérise les malades sans avoir le soin de leur imposer préalablement la diète, on s'expose à les perdre par suffocation.

La peur. — Si la frayeur qu'éprouvent certains sujets à l'idée soit de l'opération qui doit suivre l'éthérisation, soit de l'éthérisation elle-même, n'est pas l'objet d'une contre-indication absolue à l'emploi des anesthésiques, cette impression fâcheuse exige pourtant une très-sérieuse attention au moment de l'application.

La peur n'a quelquefois pas de bornes chez les natures impressionnables et exaltées.

Un grand nombre de sujets préfèrent souffrir de cruelles douleurs pendant plusieurs années, plutôt que de subir une incision ou l'extraction d'une dent chancelante, et, s'y décidant enfin, ils tombent en syncope au moment d'en finir; beaucoup ne consentent à être opérés qu'à l'aide du chloroforme, puis l'éthérisation les effraie.

Cet état de l'imagination réclame toute la prudence de l'opérateur.

C'est certainement à cette impression qu'est dû l'accident arrivé l'année dernière à Strasbourg, accident qui a fait tant de bruit.

En suivant la règle que nous indiquerons un peu plus loin, de semblables malheurs ne se reproduiront plus, j'en suis intimement convaincu.

L'emploi trop brusque des anesthésiques. — Rien n'est plus imprudent que d'administrer tout à coup à haute dose les vapeurs d'éther et de chloroforme, et cela par plusieurs raisons capitales.

D'abord, il est des sujets chez lesquels une dose très-faible de vapeur anesthésique suffit pour déterminer l'insensibilité.

Dans ce cas, en agissant trop brusquement, l'on s'expose à dépasser les bornes de l'éthérisation, et à produire l'asphyxie, de la même manière qu'on empoisonnait autrefois en se hâtant d'administrer l'émétique à haute dose.

D'une autre part, l'inspiration trop brusque d'une quantité trop considérable de vapeurs anesthésiques est suffocante, et provoque généralement un spasme très-remarquable dans les organes de la respiration.

Cette importante fonction se trouve alors suspendue, et l'asphyxie devient encore imminente.

C'est donc avec un sentiment de crainte bien fondé que j'ai lu, il y a peu de temps, dans un journal de médecine, l'opinion suivante :

« Le meilleur moyen d'éviter les crises nerveuses qui précèdent les in-
« spirations d'éther et de chloroforme, consiste à administrer ces vapeurs
« spontanément à haute dose. »

D'après les raisons qui précèdent, l'on sent tout ce qu'il y a de dangereux dans un semblable conseil.

Il y a enfin un autre motif qui milite en faveur des doses progressives : c'est l'état d'excitation et d'effroi dans lequel se trouvent la plupart des malades au moment d'être soumis à une opération chirurgicale.

Il doit être dangereux, en effet, lorsque le système nerveux est violemment surexcité, de le faire passer, sans transition, à un état diamétralement opposé.

La position du malade. — La position à donner aux malades pour les éthériser n'est pas aussi indifférente qu'on pourrait le croire.

Il est de toute nécessité qu'ils soient assis, et non pas couchés sur le dos, ainsi que le conseillent à tort quelques praticiens.

La raison en est facile à apprécier.

D'une part, les vapeurs anesthésiques provoquent une supersécrétion des membranes buccales et des glandes salivaires.

De l'autre, au fur et à mesure que la sensibilité s'éteint, la contractilité musculaire cesse.

A ce moment, le mouvement de déglutition nécessaire pour pousser dans le tube digestif les mucosités accumulées dans la cavité buccale ne s'opérant plus, celles-ci tendent, si le malade est placé horizontalement, à passer dans les voies aériennes, et elles peuvent encore devenir ici une cause d'asphyxie.

Dès qu'on s'aperçoit que les organes respiratoires sont engagés, il est urgent de les débarrasser en provoquant des vomissements par la titillation de la luette et de l'arrière-bouche.

C'est aussi le procédé que j'emploie depuis longtemps pour faire cesser instantanément le spasme des muscles inspirateurs, l'accolement également spasmodique de la langue au voile du palais, et pour dissiper un commencement d'asphyxie. Aucun stimulant n'équivaut à cet expédient, et l'on perd un temps précieux si l'on compte sur l'ammoniaque et les sels, puisque les organes de la respiration ont cessé d'accomplir leurs fonctions.

Les excitants par inspiration ne sauraient avoir d'effet qu'autant que la respiration est rétablie.

Des observations qui précèdent on doit donc conclure qu'il convient de s'arrêter aux règles et aux préceptes suivants :

Méthode d'application. — Avoir toujours sous la main :

1° Un couteau à asphyxie en bois ;

2° Un ouvre-bouche confectionné par M. Charrière d'après le dessin que je lui en ai donné, et à l'aide duquel l'on peut vaincre facilement le trismus des mâchoires s'il a lieu, car le couteau à asphyxie est souvent insuffisant dans ce cas;

3° Une grosse sonde œsophagienne creuse, en gutta-percha ;

4° Un petit flacon d'ammoniaque ;

5° Apprêter d'avance tous les instruments qui doivent servir à l'opération chirurgicale qu'il s'agit de pratiquer;

6° Enfin, s'informer de l'état de santé du malade, et s'assurer s'il est complétement à jeun.

Ces premières précautions prises, l'on fera asseoir le malade sur son lit ou sur un siége commode, la tête penchée plutôt en avant qu'en arrière.

Si l'on se sert d'un appareil pour l'éther, il doit être combiné de façon à ce que l'air atmosphérique puisse arriver facilement dans l'embouchure, et que l'anesthésie ne s'opère que lentement et par degrés à l'aide d'un robinet.

L'on recommandera au malade d'avaler ou de rejeter les mucosités qui tendent à s'accumuler dans la bouche.

Il faut tenir compte de l'impressionnabilité du sujet pour augmenter plus ou moins vite les doses de vapeur.

Plus le malade paraît effrayé, et plus lentement l'on doit agir : l'état du facies et du pouls guide suffisamment à cet égard.

Dès que l'insensibilité est constatée, il faut suspendre l'inhalation, étendre le malade si cela est indispensable, et commencer immédiatement l'opération.

Si elle est de longue durée, et que la sensibilité se réveille trop vite, un aide placera de nouveau l'appareil avec les mêmes précautions.

Le docteur Bellet m'ayant prié de l'aider dans une opération de fistule, qui dura vingt-cinq minutes, la malade, traitée avec les précautions indiquées plus haut, resta tout ce temps complétement insensible.

Si l'on a recours au chloroforme, le procédé est absolument semblable. Pourtant, l'action de cet anesthésique étant beaucoup plus énergique et plus prompte que celle de l'éther, il est bon d'insister davantage sur la même dose avant de passer à une autre plus élevée.

L'appareil le meilleur et le plus simple pour administrer le chloroforme est une large éponge commune, très-creuse et très-poreuse.

Afin de ne pas dépasser, dans la saturation de l'air, le degré propre à chaque individualité, il faut d'abord placer l'éponge, dont le fond est imbibé de chloroforme, à une certaine distance des voies aériennes.

Elle sera mise dans la position que l'on donne à un plat à barbe.

Après avoir obtenu ainsi quelques inspirations, l'on approchera l'éponge de plus en plus, mais toujours par degré et jusqu'à ce que l'insensibilité soit constatée.

Telle est la seule manière prudente d'employer les vapeurs anesthésiques.

Secours à porter aux malades dans des cas anormaux. — Plénitude d'estomac. — J'ai fait observer qu'il était urgent de n'éthériser qu'à jeun.

Mais si par malheur cette précaution avait été omise, il faudrait employer tous ses soins à exciter des vomissements dès qu'on s'apercevrait, à la pâleur et aux efforts convulsifs du malade, que l'estomac est surchargé. A cet effet, l'on titillera la luette et l'arrière-bouche avec la sonde œsophagienne, et l'on fera boire de l'eau chaude dans laquelle on aura répandu quelques gouttes d'ammoniaque.

Asphyxies par les anesthésiques. — Il ne faut pas confondre l'éthérisme avec l'asphyxie : ce sont deux faits très-différents.

L'éthérisation consiste à mélanger convenablement l'air atmosphérique d'une certaine quantité de vapeurs anesthésiques, de manière à modifier son action sur les centres nerveux, et à produire cette insensibilité temporaire qu'on est convenu d'appeler éthérisme.

Si par de fausses manœuvres l'asphyxie se déclare, il faut à l'instant même rejeter l'appareil, exciter des vomissements, frapper le visage avec un linge mouillé, pratiquer des frictions sur la poitrine, le ventre, et en particulier sur la région du cœur, tremper les pieds et les mains dans de l'eau très-chaude, et, par des compressions réitérées sur l'abdomen, rétablir une sorte de respiration artificielle.

Dès que les muscles inspirateurs commencent à fonctionner, un lavement d'eau salée et l'insufflation de l'air à l'aide de la sonde œsophagienne sont d'un bon secours.

Crises nerveuses. — Par suite de la peur qu'ont éprouvée certains sujets, il se manifeste souvent de violentes crises de nerfs, soit au commencement de l'inhalation, soit au sortir de l'éthérisme.

Si elles ont lieu pendant l'éthérisation, l'on suspend l'inhalation, l'on s'efforce de calmer le malade par la persuasion, on lui fait boire quelques gorgées d'eau fraîche, on l'expose au grand air, et l'on attend, avant de revenir au procédé, que la crise soit entièrement dissipée.

Si cette crise succède à l'opération, les mêmes soins sont indiqués.

L'excitation nerveuse se manifeste sous plusieurs formes différentes :
Elle produit tantôt un trismus des mâchoires ;
Tantôt un spasme des muscles inspirateurs ;
L'accolement de la langue au voile du palais ;
La contraction des muscles du pharynx ;
La syncope.

J'ai observé quelques cas d'éclampsie chez les individus sujets à cette névrose.

Mais si l'inhalation a été conduite avec prudence, ces divers phénomènes n'ont aucune gravité, aucune suite fâcheuse ; ils ne résistent pas aux moyens suivants :

Le trismus des mâchoires cède aisément à l'action du couteau à asphyxie, combinée à celle de l'ouvre-bouche que l'on introduit entre les dents.

L'accolement de la langue est combattu par l'introduction du doigt entre cet organe et le palais pour en opérer l'abaissement.

La sonde œsophagienne remplace avantageusement le doigt dans ce cas.

Quant aux différents effets spasmodiques des muscles qui concourent à l'acte respiratoire, ils cèdent toujours à la titillation de la luette et de l'arrière-bouche. La syncope elle-même se dissipe instantanément par ce moyen si simple.

C'est un fait pour moi hors de doute que la titillation de la luette et de l'arrière-bouche est le stimulant par excellence, non-seulement dans tous les spasmes résultant de l'éthérisation, mais même lorsqu'ils sont l'effet de toute autre cause.

Cette titillation, provoquant le vomissement, offre plusieurs avantages qu'il est bon de noter ici.

D'abord le vomissement est toujours accompagné d'une forte expiration, conséquemment suivie aussitôt d'une très-large inspiration, laquelle porte dans les voies aériennes une notable quantité d'air qui éloigne promptement toute cause d'asphyxie.

D'un autre côté, le vomissement détermine une secousse, opère une réaction sur les muscles inspirateurs, et le spasme cesse à l'instant.

Ivresse. — Quant à l'ivresse qui suit l'éthérisation, d'habitude elle disparaît promptement.

Mais, lorsqu'elle se prolonge, elle cède soit à l'absorption de quelques gouttes d'ammoniaque prises dans un verre d'eau, soit seulement à l'inspiration de cette dernière substance.

Si l'ivresse résiste à ces moyens, il faut provoquer des vomissements et ordonner des lavements salés.

Conclusion. — En résumé, il résulte de ce qui précède que les anesthésiques, employés avec prudence et méthode, n'offrent aucun danger.

Je ne saurais donc trop le répéter, si les accidents se sont multipliés dans ces derniers temps, après avoir été si rares dans le principe, cela tient à ce que l'éthérisation a été trop souvent considérée, à tort, comme un accessoire sans importance et dont l'application n'exigeait aucune précaution.

Veuillez agréer, etc. Delabarre fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Exemption pour les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris du service ordinaire de la garde nationale.

Nous recevons de notre savant et bien cher confrère, M. Payen, président de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, la communication suivante qui est à la fois une preuve et du soin que prend M. Payen des intérêts de ses confrères qui lui sont confiés, et de la haute sollicitude de M. le Ministre de l'Intérieur et de M. le conseiller d'État, secrétaire général, pour toutes les réclamations fondées sur des motifs d'équité.

Bien que la majorité des médecins attachés aux bureaux de bienfaisance de Paris se trouvât de fait dispensée en ce moment du service de la garde nationale, et ce résultat était en grande partie dû aux réclamations de M. Varin, maire du IV^e^ arrondissement, il était néanmoins quelques arrondissements dans lesquels ce service était demandé, et des peines disciplinaires avaient été encourues.

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris s'est émue de la position faite à ses membres et elle a réclamé d'abord près de l'état-major, puis auprès de M. le Ministre de l'Intérieur. Le président de la Société vient de recevoir la lettre suivante qui, nous l'espérons, fixera à l'avenir la position des médecins des bureaux de bienfaisance sous le rapport de ce service.

Ministère de l'intérieur. — division du secrétariat. — 3^e^ bureau. gardes nationales.

Paris, le 6 juin 1853.

« *A M. Payen, président de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.*

« Monsieur,

« Les considérations contenues dans la lettre que vous m'avez « fait l'honneur de m'écrire, m'ont paru justifier l'exemption du « service de la garde nationale que vous réclamez pour cause « de service public en faveur de MM. les médecins des bureaux « de bienfaisance de Paris.

« Je m'empresse en conséquence de vous informer que, suivant « le désir que vous m'en avez exprimé, j'ai renvoyé votre « demande à M. le général commandant supérieur, en l'invitant « à signaler à tous les conseils de recensement la convenance « d'exempter du service de la garde nationale, par application « de l'art. 16 de la loi du 13 juin 1851, MM. les médecins des « bureaux de bienfaisance, sur l'exhibition soit de leur commission, soit de certificats constatant d'une manière authentique « les titres qu'ils ont en cette qualité à ladite exemption.

« Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

« Pour le Ministre,
« Le conseiller d'Etat, secrétaire général,
« *Signé :* Henri Chevreau. »

La lettre de M. le Ministre a eu un résultat immédiat ; le 8 juin a paru l'ordre du jour suivant :

N° 213. « Le général commandant supérieur, considérant que les conseils de recensement ne sont pas unanimes pour accorder des dispenses de service aux médecins attachés aux bureaux de bienfaisance ;

« Attendu que la mission confiée à ces médecins est toute gratuite, et que par sa nature et ses exigences elle constitue un véritable service public ;

« Vu la lettre du Ministre de l'Intérieur, en date du 6 juin courant, qui réclame l'exemption du service en faveur de ces médecins, par application de l'art. 16 de la loi du 13 juin 1851 ;

« Décide :

« Tous les médecins attachés aux bureaux de bienfaisance, qui justifieront de cette qualité soit par l'exhibition d'une commission, soit par des certificats authentiques, seront dispensés du service tout le temps qu'ils exerceront ces fonctions gratuites.

« Le général commandant supérieur,
« *Signé :* M^is^ de Lawoestine.

« Pour ampliation :
« Le colonel, chef d'état-major général,
« *Signé :* Isnard. »

— M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de médecine, commencera, aujourd'hui mardi 21 juin, à 8 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, un *Cours clinique sur les maladies de la peau*, et le continuera les mardis de chaque semaine, à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique, par Henri Hahn, docteur en médecine, médecin de l'hospice Joséphine à Aix-la-Chapelle et membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux. Monographie couronnée par la Société de médecine de Bordeaux. — Paris, librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17. — 1 vol. in-8. Prix : 5 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C^ie^, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 75. 1re année. Jeudi 23 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Clôture de la discussion sur la surdi-mutité. — Séance de l'Académie des sciences du 13 juin. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Saint-Louis. M. Hardy. Remarques et observations cliniques sur l'eczéma rubrum. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Chorée guérie par l'emploi de la vératrine, par M. Fontayral. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 22 juin 1853.

Clôture de la discussion sur la surdi-mutité.

A Monsieur le docteur Bouvier, *membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants.*

Monsieur,

Dans la longue et pénible discussion que l'Académie vient enfin de clore, que vous-même avez close hier par un discours où la science et la raison ont constamment marché d'un pas égal, vous vous êtes fait une position à part qui mérite d'être signalée d'une manière particulière à l'ambition des académiciens.

Beaucoup de vos auditeurs ont pu n'adopter point toutes vos vues ; d'autres ont pu ne pas apprécier toujours la forme dont vous les avez revêtues, et je m'accuse d'avoir été un peu de ces derniers ; mais quiconque porte dans son cœur le moindre sentiment d'équité, rendra justice au rare talent et au dévouement plus rare encore (particulièrement dans les académies) avec lesquels vous avez rempli la difficile tâche que vous vous étiez imposée, celle de chercher la vérité à travers tous les obstacles dont elle était entourée, et de la faire comprendre à ceux qui vous écoutaient ou que vous avez forcés à vous entendre.

Votre conduite a dû vous valoir bien des félicitations, aussi bien de vos nombreux adversaires que de vos trop rares partisans. Permettez-moi d'ajouter, en vous adressant cette lettre, un nouveau témoignage d'estime à ceux qui déjà vous ont sans doute récompensé de votre rude labeur.

Si vos puissants et consciencieux efforts, si les efforts moins puissants de quelques-uns de vos collègues, si le faible concours dont j'ai moi-même cherché à les soutenir n'ont pas obtenu tout ce que la science et l'humanité pouvaient en attendre légitimement, nous n'avons point lieu cependant de trop nous affliger du résultat obtenu, car ce résultat contient en germe le progrès que nous devons désirer et pour lequel M. le Ministre a montré une si vive, une si constante sollicitude.

L'Académie n'a pas voulu s'en rapporter à votre témoignage, quand vous êtes venu lui démontrer, par des faits irrécusables, que des enfants qui avaient complétement cessé d'entendre, mais qui conservaient la faculté d'articuler, peuvent apprendre à lire la parole sur les lèvres et à converser avec les parlants ; elle n'a pas osé déclarer que ces enfants doivent être placés dans une classe d'articulation dans laquelle votre éminent collègue, M. Malgaigne, craint qu'ils n'acquièrent pas les avantages de la parole, tout en perdant ceux que procure la mimique, lui qui a déclaré que les élèves de l'Institution Dubois apprennent la mimique clandestinement, en trompant la vigilance de leurs professeurs, qui l'interdisent rigoureusement ! Qu'importe cette restriction ? L'ascendant de la vérité a du moins obligé l'Académie à proclamer la nécessité d'une classe d'articulation sérieuse pour une catégorie de sourds-muets. Fiez-vous-en aux futurs résultats de cette classe et à la sollicitude de M. le Ministre, éclairée par un conseil de perfectionnement, pour étendre les bienfaits de la parole à un plus grand nombre d'infortunés. Je l'ai déjà dit, le principe est voté, les conséquences viendront d'elles-mêmes. Dans la certitude où je me trouve à cet égard et dans laquelle doivent se trouver tous les partisans du progrès sérieux, il conviendrait peu d'insister sur certaines allégations, propositions et restrictions de quelques-uns de vos contradicteurs. Il en est une seule dont je veux dire deux mots, parce qu'elle prouve jusqu'à quels excès peuvent se laisser entraîner, sous la pression d'intérêts personnels, des hommes qui prétendent et qui croient sincèrement agir avec une calme impartialité et dans le pur intérêt de la science.

Vous avez combattu avec beaucoup de succès et encore avec plus de raison la proposition de la commission mixte, qui voulait que les sourds-muets ayant conservé quelques vestiges de la faculté de parler et d'entendre fussent exclus des institutions de sourds-muets, sous prétexte qu'ils ne sont pas sourds-muets et qu'ils peuvent être élevés dans un établissement ordinaire d'éducation. En obtenant la suppression de cette phrase, vous avez rendu à l'Académie un service plus grand peut-être que vous ne vous l'imaginez, car vous l'avez sauvée d'une faute qui, pour n'être pas de ces grands ridicules dont l'existence morale des corps savants peut être mortellement atteinte, et que redoute tant et à si juste titre M. le président, n'en aurait pas moins notablement compromis sa considération.

En effet, le prétexte qu'on a invoqué pour soutenir cette proposition n'est pas sérieux, et, si M. Malgaigne n'en était pas l'auteur, j'ajouterais qu'il n'est pas sincère.

Il n'est pas sérieux, car ce n'est pas sérieusement qu'on peut proposer d'envoyer dans une maison d'éducation ordinaire de pauvres enfants qui n'ont conservé que des vestiges d'audition et de phonation, dont ils ne pourront tirer le moindre parti, s'ils ne sont soumis à un mode d'enseignement dans lequel la médecine et la physiologie doivent jouer un plus grand rôle que la pédagogie; il n'est pas sérieux, car, d'un côté, M. Malgaigne a reconnu et voté la nécessité d'une classe spéciale d'articulation et, d'un autre côté, il a repoussé de cette classe les sourds-muets complétement sourds, mais parlant encore, et les sourds-muets complétement sourds et complétement muets, mais qui avaient entendu et parlé autrefois ; à qui donc M. Malgaigne appliquerait-il le traitement spécial qu'il a voté, si l'on excluait des Institutions les seuls élèves pour lesquels il en a proclamé l'utilité?

La proposition dont il s'agit ne pourrait se justifier que comme mesure d'ordre, et afin d'empêcher toute communication entre les deux catégories des mimes et des parlants; mais en se plaçant à ce point de vue, non-seulement l'Académie serait sortie de la sphère de ses attributions pour empiéter sur celles de l'administration, mais encore elle se serait placée à un point de vue faux administrativement; vous lui avez fait remarquer, en effet, que rien n'était si facile que de maintenir dans nos lycées les séparations entre les élèves grands et petits ; vous auriez pu lui citer les exemples plus frappants encore des séparations bien plus importantes établies entre les sexes, dans nos prisons et dans nos asiles d'aliénés.

Toutes ces considérations prouvent donc que la proposition dont il s'agit n'était pas sérieuse; voici ce qui aurait pu faire croire qu'elle n'était pas sincère, si elle ne s'était présentée sous la garantie de M. Malgaigne :

Les héritiers de la tradition mimique, hommes incontestablement fort honorables, mais dont l'opposition à l'enseignement de la parole en France s'est manifestée sous une forme qui a souvent franchi la limite des convenances, les partisans de la mimique auraient peut-être espéré reculer ce qu'ils considèrent comme un malheur pour les sourds-muets, en votant la proposition dont nous nous occupons et en se faisant le raisonnement qui suit :

Il est impossible qu'un homme de bon sens pense que les jeunes infortunés que l'on conduit dans une institution de sourds-muets, puissent être élevés sans aucun soin spécial, dans une maison d'éducation ordinaire ; M. le Ministre ne les y enverra donc pas ; d'un autre côté, si l'on parvient à persuader à M. le Ministre que l'enseignement de la parole ne peut se faire avec succès dans nos établissements publics, il songera à fonder un établissement spécial; un tel établissement ne se fonde pas du jour au lendemain; il faut beaucoup de temps; le temps peut décourager les partisans du progrès; des complications imprévues peuvent détourner l'intérêt qui se porte en ce moment sur les sourds-muets, et finalement les choses peuvent rester dans le *statu quo*.

Ce raisonnement est-il réel, est-il imaginaire? Nous laissons à la sagacité de chacun le soin de décider cette question, dont la solution est d'ailleurs peu importante aujourd'hui, mais que j'ai voulu poser, parce que mon but a été de mettre en évidence tous les mobiles qui ont été mis ou pu être mis en jeu dans l'importante et ardente discussion que vous avez soutenue avec tant d'honneur.

Je ne reviendrai pas sur la question personnelle à M. Blanchet; les questions de cette nature sont de celles sur lesquelles, à votre exemple, j'aime à glisser le plus possible, et je n'aurais d'ailleurs rien à ajouter à ce que j'ai dit dans mon dernier article, rien à en retrancher. Quelques motifs que l'Académie ait pu donner à ses réticences, il n'en restera pas moins à M. Blanchet le mérite d'avoir combattu avec une opiniâtreté singulière pour la cause du progrès, et à vous, ainsi qu'à la commission dont vous avez été plus que l'auxiliaire, le mérite d'en avoir hâté et assuré le triomphe. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 13 juin.

Les faits d'éthérisation sont aujourd'hui assez nombreux, pour qu'on puisse essayer de tracer l'histoire générale de l'anesthésie, produite soit par l'éther, soit par le chloroforme. L'intention de M. Jobert, en composant le volumineux mémoire dont il est venu lire les conclusions à l'Académie, semble avoir été de tracer cette histoire, car son travail embrasse à la fois l'étude physiologique, pathologique, et à quelques égards chimique du chloroforme et de l'éther. M. Jobert s'est imposé là une tâche qui n'est pas tout à fait en rapport avec la nature de son talent.

Pour apprécier M. Jobert, il faut le voir à l'amphithéâtre, aux prises avec une opération difficile ou périlleuse ; c'est là que son habileté triomphe d'obstacles puissants, c'est là que son instinct chirurgical lui inspire des idées originales, des ressources imprévues ; c'est là, en un mot, qu'il se montre dans toute sa valeur de praticien.

Mais à la tribune ou dans son cabinet, M. Jobert perd une grande partie de ses avantages, et ceux qui ne le jugeraient que par ce côté s'en feraient une idée très-fausse. Le mémoire qu'il a lu sur le chloroforme, rédigé au milieu des exigences de plus en plus pressantes de la pratique, serait peut-être un élément d'appréciation plus trompeur encore que ses autres écrits.

L'ordre et l'enchaînement des idées non-seulement y laissent à désirer, mais encore M. Jobert, confiant sans doute (et la confiance lui est bien aussi permise qu'à qui ce soit) dans la justesse de ses observations, a oublié trop souvent que pour convaincre, personne, quelque position qu'on occupe, ne peut se dispenser aujourd'hui d'invoquer en sa faveur des faits convaincants.

Par exemple, M. Jobert appuie de sa grave autorité cette opinion déjà plusieurs fois émise, que l'éther contrairement ne peut produire que lentement et difficilement la mort; mais quels faits M. Jobert a-t-il à opposer à celui que M. Barrier de Lyon et que M. Robert a cité dans son rapport? C'est ce que l'habile chirurgien a omis de dire.

Comme beaucoup d'autres chirurgiens, M. Jobert a donné à entendre, s'il ne l'a pas dit textuellement, que les accidents produits aussi bien par le chloroforme que par l'éther, tenaient à ce qu'on n'aurait pas pris les précautions suffisantes dans l'éthérisation. Nous avons eu l'occasion de nous élever récemment contre cette opinion, qui ferait peser, si on l'admettait, une responsabilité aussi grave qu'imméritée sur les praticiens qu'un malheur viendrait frapper dans leur pratique; M. Jobert n'a apporté dans son mémoire aucune preuve qui puisse changer notre

manière de voir, conforme à celle que M. Robert a soutenue dans son remarquable rapport.

Nous pourrions multiplier beaucoup les remarques analogues à la précédente.

La partie originale et curieuse du mémoire de M. Jobert est celle où il étudie l'action directe des anesthésiques appliqués sur le tissu nerveux, et dans laquelle il démontre que l'anesthésie se produit par l'intermédiaire de la circulation et non par une action directe sur les nerfs ou le cerveau. Cette partie renferme l'exposé d'expériences d'un grand intérêt.

— La seconde communication est celle que M. Denamiel a déjà faite à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, sur un nouveau mode d'écrasement des calculs urinaires. Cet honorable praticien nous paraît se faire de grandes illusions sur la méthode qu'il appelle lithothlibie; la Société de chirurgie ne tardera pas, sans doute, à nous fixer sur ce que la pratique doit attendre de cette nouvelle opération.

G. Dumont.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy.

Remarques et observations cliniques sur l'eczéma rubrum.

De toutes les maladies de la peau, l'eczéma est sans contredit une des plus communes, et de nombreux exemples de cette affection se rencontrent toujours dans les salles de l'hôpital Saint-Louis; mais tous ces faits sont loin de présenter entre eux une ressemblance parfaite : si on retrouve dans chacun d'eux les caractères principaux qui constituent le genre *eczéma* dans la nosographie cutanée, à côté de ces phénomènes communs, l'aspect de l'éruption, son siége, sa marche, etc., viennent créer des variétés importantes qui réclament des descriptions spéciales. Parmi ces variétés, on doit une mention particulière à l'*eczéma rubrum* qui, par sa marche aiguë et par son étendue, s'éloigne beaucoup de l'eczéma commun pour se rapprocher des fièvres éruptives et particulièrement de la scarlatine avec laquelle les médecins, peu familiarisés avec l'étude des maladies de la peau, pourraient facilement le confondre. Nous avons eu récemment sous les yeux plusieurs exemples de cette variété d'eczéma, nous allons en donner brièvement les observations en les faisant suivre de quelques considérations qui serviront à faire ressortir les particularités de cette affection.

1re *Observation*. — Alexandre Bourrifé, âgé de 46 ans, journalier, demeurant à Nanterre, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, d'une famille dans laquelle on ne connaît pas d'affections chroniques de la peau, reçut il y a dix ans, sur l'avant-bras droit, un coup violent qui donna lieu à une plaie suivie d'une rougeur qui, bornée d'abord aux environs de la plaie, envahit bientôt toute la surface cutanée et fut en tout semblable, au dire du malade, à l'éruption dont il est atteint actuellement.

A partir de cet accident, tous les deux ans environ, sans cause connue, il lui survient une éruption légère caractérisée par de la rougeur, occupant principalement les membres dans le sens de la flexion, s'accompagnant de démangeaisons vives, suivie d'un suintement séreux et terminée par une desquamation très-apparente. Cette éruption avait lieu sans fièvre, sans malaise, et disparaissait en huit ou dix jours sans traitement; ce malade a noté seulement comme phénomène ordinaire un larmoiement qui durait quelques jours. La dernière éruption, avant celle observée actuellement, eut lieu dans le mois de janvier 1852; elle ne se borna pas au voisinage des articulations, mais s'étendit à toute la surface cutanée.

Vers la fin de décembre 1852, Bourrifé supporta de grandes fatigues, il eut les pieds mouillés plusieurs jours de suite et fut pris d'une bronchite intense qui, après huit jours de durée, le 8 janvier 1853, disparut tout d'un coup, en même temps que se prononçait sur le corps, dans l'espace de deux heures, une éruption de petits boutons du volume d'une tête d'épingle, accompagnée d'une rougeur aux endroits occupés par l'éruption; trois jours après, Bourrifé entra à l'hôpital Saint-Louis, le 12 janvier 1853.

Le lendemain 13 janvier, on constate que la peau de tout le corps, moins celle de la face, présente une couleur d'un rouge vif, qu'on peut comparer à celle de la scarlatine; on remarque en outre, sur la surface cutanée, une multitude de petites saillies apparentes surtout à la base des poils, et qui, examinées à la loupe, sont reconnues pour être des vésicules distendues par un liquide séreux et séro-purulent. La rougeur est plus prononcée, les vésicules sont plus nombreuses et plus confluentes près des articulations dans le sens de la flexion et surtout aux aines, aux aisselles, aux plis des bras; sur le scrotum, plusieurs vésicules ont été compactes, et il existe en ce point un suintement séreux qui se concrète en squames minces. Le malade éprouve une violente démangeaison qui se fait sentir principalement dans les points où l'éruption est plus prononcée; la température de la peau n'est pas augmentée. D'ailleurs il n'y a pas de fièvre (le pouls est à 80 pulsations), il n'y a ni soif, ni perte d'appétit; la langue et le pharynx ont leur coloration normale; il n'y a eu ni céphalalgie, ni épistaxis, ni coryza, ni larmoiement, ni douleur de gorge. Sa santé générale est conservée; sous ce rapport, le malade se dit même en meilleur état qu'avant l'éruption, lorsqu'il était affecté d'un violent rhume.

Le malade est mis à l'usage de la limonade tartrique, on lui donne une portion d'aliments.

Le 15 janvier, les démangeaisons sont toujours vives, surtout le soir; la rougeur est moins forte; quelques vésicules se sont rompues, et il y a un commencement de desquamation.

Le 17 janvier, la rougeur a presque complétement disparu; aux endroits occupés principalement par l'éruption, l'épiderme se détache sous forme de squames assez larges; la démangeaison persiste.

Le 20 janvier, la desquamation est générale; même à la face où il n'avait existé ni rougeur ni éruption, on aperçoit des furfures d'un petit volume. On prescrit un bain simple qui sera continué tous les jours.

Le 24 janvier, la desquamation continue, mais la démangeaison a cessé; le malade, se sentant bien, demande et obtient sa sortie.

Bourrifé ayant recommencé ses travaux et s'étant livré à quelques excès alcooliques, vit de nouveau revenir l'éruption dans les premiers jours de février, mais elle fut peu étendue et se borna aux plis des coudes et aux bourses; il n'interrompit pas ses travaux, il prit deux bains, et, au bout d'une semaine, la rougeur avait disparu et avait fait place à une desquamation qui se prolongea encore quelque temps.

Dans les premiers jours de mars, Bourrifé se croyant bien guéri, prend trois litres de vin dans une soirée : le surlendemain, l'éruption reparaît à la face interne de toutes les grandes articulations et la démangeaison est si vive que, pour la calmer, le malade prend trois bains dans l'espace de dix heures. N'éprouvant pas de soulagement, il revient à l'hôpital Saint-Louis, où il est admis le 9 mars.

A cette époque, une rougeur assez vive existe à la face interne des membres, principalement au pli des bras, aux aisselles et aux aines; on peut encore saisir l'existence de quelques vésicules, mais elles sont rares et on voit plus facilement à la place où elles ont existé une rupture arrondie de l'épiderme, qui annonce le commencement de la desquamation. La démangeaison est toujours vive, surtout aux aines et aux bourses; la peau du scrotum est dépouillée de son épiderme, et de cette ulcération superficielle suinte un liquide séreux qui mouille le linge du malade;

dans quelques points, cette ulcération est recouverte de squames molles, minces, de couleur jaunâtre.

Sous l'influence du repos, d'une diète modérée, de boissons acidulées, de bains amidonnés quotidiens, de cataplasmes de fécule sur le scrotum, l'amélioration survient rapidement.

Le 23 mars, il n'y a plus ni rougeur ni démangeaisons, la desquamation a lieu par plaques assez larges sur le tronc et sur les membres, le suintement séreux existe encore aux bourses, mais il est moins abondant.

Le 30 mars la desquamation est presque terminée, le suintement des bourses a cessé, on voit seulement à l'endroit où il existait deux ou trois squames sèches, peu adhérentes. Le malade sort de l'hôpital en état de reprendre ses travaux.

2e *Observation.* — Le nommé Plaut, âgé de 20 ans, mouleur en fonte, n'a jamais eu dans sa famille personne atteint de maladie de la peau, si ce n'est sa sœur qui, affectée de la teigne, a été traitée par la calotte; d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, il n'a jamais eu aucune maladie grave. Par son état de mouleur en fonte, il est constamment exposé à un feu ardent; et depuis qu'il a embrassé cette profession, il voit apparaître, environ tous les mois, sur la face interne des poignets, une éruption de petits boutons siégeant sur une surface rouge et accompagnée d'une démangeaison vive; au bout de quelques jours, suivant son expression, ces boutons se crèvent, un léger suintement apparaît, puis l'épiderme s'écaille; un peu plus tard, la démangeaison disparaît et la peau reprend son aspect.

Plusieurs fois, il a vu une semblable éruption suivre de près une contrariété un peu vive.

Il y a un mois environ, dans les derniers jours de décembre 1852, son éruption ordinaire reparut, mais au lieu d'être bornée aux poignets comme aux attaques précédentes, elle envahit les membres supérieurs et inférieurs et le ventre; les démangeaisons furent tellement vives, que le malade se crut atteint de la gale.

Après quinze jours de durée, cette éruption semblait éteinte, la démangeaison était affaiblie, les boutons avaient fait place à la desquamation, lorsque tout d'un coup une nouvelle rougeur envahit la face interne des articulations, le prurit renaît et le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, le 19 janvier 1853.

Le 20 janvier, nous constatons à la face antérieure des poignets, aux plis du coude, aux aines, aux bourses, au périnée, de larges plaques d'un rouge vive et uniforme, se confondant graduellement avec la couleur normale de la peau; ces plaques sont surmontées d'une multitude de petites vésicules renfermant une sérosité purulente et simulant parfaitement les larges taches de la scarlatine, compliquée de l'éruption miliaire qui l'accompagne ordinairement; ces plaques rouges sont le siége d'une vive démangeaison.

La langue est naturelle; l'appétit est conservé; il n'y a pas de fièvre; la santé générale est parfaite. La prescription faite au malade se compose de limonade sulfurique, de bains quotidiens et d'une diète modérée (3 portions).

Le 22 janvier, une partie des vésicules est rompue et donne lieu à un léger suintement séreux; quelques jours plus tard, le suintement cesse et à la place occupée par la rougeur, on voit l'épiderme se détacher par squames molles assez larges; la démangeaison diminue graduellement. On continue la tisane acidulée et les bains, et le 28 janvier le malade sort de l'hôpital en bon état, la peau ayant repris sa couleur, mais présentant encore un peu de squamation.

3e *Observation.* — Le nommé Cosnard, âgé de 28 ans, forgeron, étant par son état constamment exposé à un feu ardent, et se livrant fréquemment à des excès alcooliques, vit, le 14 mars 1853, paraître au voisinage des grandes articulations des plaques rouges, surmontées de petits boutons et accompagnées de démangeaisons vives. Pendant trois jours consécutifs Cosnard avait bu outre mesure des liqueurs alcooliques et la maladie de peau avait suivi de près ces libations. Il entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 mars, se croyant atteint de la gale à cause de l'intensité des démangeaisons. Le lendemain, 20 mars, on constate au pli des bras, à la face antérieure des aisselles, aux aines, à la face interne des cuisses, aux jarrets une rougeur vive et un aspect chagriné de la peau dû à une multitude de petites vésicules remplies de sérosité louche ou transparente; la chaleur de la peau est augmentée dans ces parties qui sont le siége d'un prurit intense. Il n'y a ni fièvre, ni anémie, ni aucun trouble général; la langue a son aspect naturel. On prescrit au malade de la limonade tartrique, des bains quotidiens et deux portions.

Le 23, la rougeur de la peau a presque complétement disparu, les vésicules sont rompues, il y a déjà un peu de desquamation, et la démangeaison existe à peine.

Le 24 mars, Cosnard se plaint de céphalalgie: il a eu dans la nuit plusieurs selles diarrhétiques, il a de la fièvre, sa langue est légèrement blanche, il n'a pas d'appétit (eau de riz pour tisane, lavements amidonnés, diète).

Le 25, les accidents gastriques et intestinaux ont disparu, la fièvre est tombée, mais le malade se plaint de cuissons à la peau et de démangeaisons plus vives que celles qu'il éprouvait lors de son entrée à l'hôpital. Il dit avoir remarqué sur son corps de larges plaques rouges et saillantes; nous voyons en effet, dans plusieurs endroits de la surface cutanée, des élevures solides, rouges, entourées d'un cercle blanc, et vers lesquelles le malade accuse un prurit insupportable. Ces taches paraissent et disparaissent successivement, et sont reconnues pour appartenir à l'urticaire (limonade tartrique, lotions vinaigrées, deux soupes).

Pendant plusieurs jours, ces plaques d'urticaire se reproduisent en s'amoindrissant; en même temps, la desquamation continue sur les parties atteintes antérieurement par l'eczéma, et Cosnard sort guéri de ses deux affections cutanées le 4 avril 1853.

Ces observations nous retracent un tableau fidèle de la variété d'eczéma décrite sous le nom d'*eczéma rubrum*, et qui, par sa marche aiguë, par l'étendue de son éruption, par le volume assez considérable des vésicules, et par l'absence ou le peu d'abondance du suintement séreux, s'écarte de la forme la plus commune de l'eczéma. Dans ces exemples, nous croyons surtout utile, au point de vue du diagnostic, de mentionner la ressemblance de cette affection cutanée avec quelques fièvres éruptives et en particulier avec la scarlatine. Comme dans cette dernière maladie, on observe de la rougeur diffuse, apparente, surtout au niveau des articulations, et surmontée d'une éruption vésiculeuse miliaire donnant à la peau un aspect chagriné; on voit également la maladie se terminer par une desquamation générale ayant lieu par squames assez larges. Une erreur de diagnostic est facile à commettre dans ces circonstances, et néanmoins on doit l'éviter, si on fait attention que dans l'*eczéma rubrum* il n'existe ni réaction fébrile, ni angine, ni rougeur du pharynx et de la langue, phénomènes concomittants ordinaires de l'éruption scarlatineuse.

Pour caractériser davantage l'affection eczémateuse, nous appellerons encore l'attention sur les vives démangeaisons qui tourmentent les malades, et sur les récidives fréquentes et souvent rapprochées dont nous voyons des exemples dans nos observations et principalement dans la première. Ces récidives sont le lien qui rattache ces éruptions éphémères à l'eczéma chronique ordinaire, affection éminemment diathésique; elles dénotent que la maladie n'est pas purement locale, mais qu'elle survient sous l'influence d'une modification générale persistante et ne demandant, pour éclater, que l'occasion d'une cause accidentelle qui se rencontre le plus souvent, ainsi qu'on peut le voir chez nos malades, dans la fatigue, et plus particulièrement dans les excès alcooliques; l'exposition habituelle à un feu ardent peut être aussi pour quelque chose dans la production accidentelle de la maladie: deux de nos malades étaient l'un fondeur, l'autre forgeron.

La thérapeutique de l'*eczéma rubrum* est bien simple: on voit que nous nous sommes contenté de prescrire à nos malades des boissons acidules et des bains fréquents; ces moyens, aidés

d'une diète modérée, suffisent en effet au moment de l'éruption qui, d'ailleurs, par sa nature, cède d'elle-même au bout de quelques jours. Mais, dans une maladie sujette à de fréquentes récidives, la thérapeutique devrait surtout avoir pour but de prévenir ces rechutes en modifiant la disposition générale en vertu de laquelle se renouvellent les éruptions. Pour obtenir ce résultat, nous pensons que les meilleurs modificateurs sont les moyens hygiéniques : les malades doivent être soumis à une alimentation douce composée presque exclusivement de viandes blanches et de légumes herbacés ; ils doivent s'abstenir avec soin des boissons fermentées (les assaisonnements, du thé, du café) ; ils doivent éviter les fatigues, les veilles et l'exposition à une forte chaleur. A l'aide de ces précautions, ils se mettent à l'abri des causes occasionnelles de la maladie, et ces mêmes règles hygiéniques, longtemps observées, peuvent même à la longue amener, dans l'économie, une modification de nature à faire disparaître la diathèse en vertu de laquelle surviennent les éruptions eczémateuses.

Dr H....

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Chorée guérie par l'emploi de la vératrine,

Par M. Fontayral, *D. M. M. à Eymet* (Dordogne).

1re *Observation.* — Le 20 novembre 1852, je fus consulté pour une enfant âgée de 4 ans et atteinte d'une chorée croisée. Dans les antécédents, je constatai qu'un frère de la mère resta, au dire de celle-ci, longtemps *ensorcelé,* et que, comme la petite malade que j'avais sous les yeux, il faisait involontairement des grimaces et des contorsions. Cette cause, l'*hérédité,* sur laquelle glissent beaucoup d'auteurs, et dont parle à peine M. Barrier dans son *Traité pratique des maladies de l'enfance,* m'a paru jouer, dans les névroses, un rôle bien plus important que celui qu'on lui a prêté jusqu'à présent. Toutefois, cette petite malade était forte et bien constituée ; le régime qu'elle suivait laissait beaucoup à désirer.

Je prescrivis un purgatif au calomel pour vaincre un léger état saburral coexistant, 0,20 d'opium à prendre à doses fractionnées, deux bains généraux tièdes assez prolongés, trois tasses de tisane de valériane dans les vingt-quatre heures, et recommandai à la mère de me ramener l'enfant quatre ou cinq jours après.

Le 24, je revis la malade ; elle se trouvait dans le même état. Les 20 centigrammes d'opium qu'elle avait pris dans les quelques jours qui séparèrent sa première visite de la seconde n'avaient produit aucune modification. Je prescrivis l'opium à la manière de M. Trousseau, en ayant le soin d'éloigner toutefois les prises de deux heures ; de plus, l'enfant devait prendre chaque jour un bain général additionné de 70 grammes de sulfate de potassium : régime fortifiant, continuation de la valériane.

Le 27, je fus appelé près de cette enfant que je trouvai dans un état d'ivresse complète ; les mouvements convulsifs étaient presque aussi prononcés ; la pupille était large et dilatée ; la respiration calme, mais profonde ; le pouls large et régulier. Cet état, qui ne dénotait encore que l'existence d'une forte congestion cérébrale, fut combattu avec avantage par les révulsifs aux extrémités inférieures, les sangsues aux apophyses mastoïdes ; un éméto-cathartique fut aussi administré. Le soir, je revis l'enfant qui était beaucoup mieux ; et le 29, grâce à cette active médication, il eût été, à un peu de fatigue près, difficile de reconnaître les graves désordres de la veille. Je laissai l'enfant se remettre de cette secousse pour entreprendre un autre traitement le 6 décembre.

Jusqu'au 20 décembre, il n'est peut-être pas de médicament dit *antispasmodique* que je n'aie bien essayé sans pouvoir enrayer cette névrose qui allait toujours progressant, à tel point que l'enfant ne pouvait déjà plus se tenir debout, et que les mots qu'elle prononçait étaient presque inintelligibles. J'étais sur le point de laisser à la nature le soin de cette cure, lorsque les succès obtenus, dans certaines névralgies, par M. le docteur Le Calvé, et les études intéressantes qu'avait faites sur la vératrine M. le pharmacien Sauvan, me revinrent en mémoire. Je prescrivis donc des pilules de vératrine et d'extrait de jusquiame composées comme suit :

Vératrine..	0,05	centigrammes.
Extrait de jusquiame. .	0,05	—
Gomme arabique. . .	2,60	—
Sirop de gomme. . .	q. s.	

Faites 12 pilules à administrer à la dose de deux par jour, et en même temps, dans toute la longueur du rachis, je prescrivis deux fois par jour aussi des frictions avec le liniment suivant :

Acétate de vératrine. .	0,50	centigrammes.
Huile d'olive. . . .	2	grammes.
Axonge récente.. . .	15	—

Je poursuivis cette médication pendant près de trois semaines, et, malgré les quelques interruptions qui, tous les trois ou quatre jours, venaient, par précaution, suspendre le traitement, je fus heureux de voir les symptômes s'amender graduellement et la chorée disparaître complétement. Jusqu'à présent, la guérison ne s'est pas démentie.

Je n'entrerai pas dans les détails de la deuxième observation que je voulais vous faire parvenir ; qu'il me suffise de vous dire que la même médication a parfaitement réussi dans un cas analogue. Quel a été le mode d'agir de la vératrine ?... quelle est son action sur l'homme à l'état de santé ou de maladie ?... Ce sont autant de questions que j'essaierai de résoudre plus tard dans un travail plus étendu et dont tous les matériaux sont à peu près réunis. Cette observation était déjà rédigée depuis longtemps lorsque s'est présenté un cas d'épilepsie chez un enfant de 14 ans. Les préparations de vératrine ont, dans ce cas, complétement échoué. (*Annales de clinique de Montpellier.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Rapports sur le service médical des établissements d'eaux minérales suivants :

De Plombières, par M. Lhéritier ;
— par M. Garnier ;
La Motte (Isère), par M. Dubouchet ;
Allevard, par M. Niepce ;
Saint-Nectaire, par M. Vernière ;
Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. Penissat ;
Foucaude (Hérault), par M. Bertin ;
Sylvanès et Camarès (Aveyron), par M. Calvet ;
Bilazais (Deux-Sèvres), par M. Morineau ;
Dinan (Côtes-du-Nord), par M. Piedvache ;
Luxeuil, par M. Chapelain.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Chéiloplastie. — Choléra. — Cataracte.

M. Grand-Boulogne, médecin à la Havane, adresse une observation extrêmement intéressante de chéiloplastie et des remarques sur le choléra et l'extraction de la cataracte. (Comm. MM. Roux, Huguier, Laugier.)

Sirop des eaux de Bourbonne.

M. Plumerel adresse une note avec échantillons sur un sirop préparé avec les eaux minérales de Bourbonne.

Hernie étranglée.

M. de Larue, de Bergerac, adresse un mémoire contenant l'exposé d'un

moyen propre à remplacer l'opération dans la hernie étranglée : ce moyen est une potion ainsi composée à prendre par cuillerées :

Eau distillée.	60 grammes.
Extrait aqueux de belladone. . . .	20 centigr.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.

Résection des os du métacarpe.

M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général, adresse un mémoire sur un nouveau procédé pour la résection des os du métacarpe.

Vaccine.

Plusieurs états de vaccination.

DISCUSSION SUR LA SURDI-MUTITÉ.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les conclusions de la commission de la surdi-mutité. M. le président fait observer que, depuis huit jours qu'il cherche à se procurer le texte des conclusions nouvelles de la commission, il n'a pu y réussir; il prie un des membres de la commission, en l'absence du rapporteur, de vouloir bien lire la quatrième conclusion.

On finit enfin par savoir que cette conclusion est ainsi conçue :

« Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes *et dans un même établissement ;*

« Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé entre l'éducation par la mimique et l'éducation par la parole. »

M. Bouvier propose un amendement tendant à ce que l'on comprenne, dans le nombre des élèves qu'il faut séparer de ceux qui sont complétement sourds-muets, ceux qui, bien que n'entendant nullement, peuvent encore parler.

Cette modification n'étant pas agréée par la commission, mais seulement par M. Piorry, *M. Bouvier* développe son amendement, et, dans une improvisation d'une heure, commencée au milieu de l'impatience bruyante de l'Académie, et terminée au milieu de l'attention générale, l'honorable orateur démontre, par des considérations et surtout par des faits positifs, qu'il est possible de faire parler, et parler très-convenablement, des individus complétement sourds, lorsqu'ils ont conservé la faculté de pouvoir articuler.

M. Bouvier demande en outre la suppression de ces mots : *et dans un même établissement,* qui donnent à entendre que l'Académie veut s'immiscer dans des questions administratives qui ne sauraient la regarder.

M. Piorry consent à la suppression et l'appuie même.

M. Bégin n'y tient pas, et croit même que cela ne regarde pas l'Académie.

M. Malgaigne tient beaucoup à ces mots, parce qu'il ne veut plus qu'on reçoive, dans des établissements de sourds-muets, des individus qui ne sont pas complétement sourds et complétement muets; la commission a voulu que ces individus fussent mis à la porte et renvoyés dans les établissements ordinaires d'éducation; elle a voulu que la réforme, en ce qui les concerne, fût complète. — D'ailleurs, il n'y a pas trop de place dans les établissements pour les vrais sourds-muets.

L'orateur insiste à plusieurs reprises pour conserver ces mots, qui sont repoussés par divers membres.

M. Guérin propose un second amendement tendant à faire placer dans la classe à part les élèves qui, étant complétement sourds et complétement muets, ont néanmoins parlé autrefois, et auxquels on doit supposer qu'il y a plus d'espoir de rendre la parole qu'à ceux qui sont sourds-muets de naissance.

Après de nombreuses et confuses interpellations et répliques, l'Académie adopte la conclusion telle qu'elle est rapportée ci-dessus, en supprimant les mots : *et dans un même établissement.*

La cinquième conclusion de la commission est ainsi conçue :

« Quant aux élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qu'elle a dit plus haut; quant aux autres, elle doit redire encore que l'expérience n'a pas encore suffisamment décidé à cet égard. »

L'Académie ne paraissant pas très-édifiée de cette rédaction, dont M. Piorry n'était lui-même que médiocrement satisfait, l'honorable rapporteur propose la rédaction suivante, qui est adoptée après quelques observations sans importance de la part de divers membres :

« Quant aux succès à espérer du traitement par l'instruction au moyen du développement graduel et successif de l'ouïe et de la parole, des exercices acoustiques et du langage articulé pour les élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qui a été dit plus haut (conclus. 1); pour ce qui a trait aux autres catégories, elle redit encore que l'expérience n'a pas suffisamment décidé à cet égard. »

A cette conclusion est annexé le paragraphe suivant :

« M. le Ministre remarquera que, dans ses réponses, l'Académie n'a pas parlé du traitement chirurgical, ni des méthodes de M. Blanchet. Ce médecin n'a fait que mettre en usage des méthodes thérapeutiques connues avant lui, à part cependant l'application de divers instruments (tels que les acoumètres et l'orgue) qui sont plus précis que les autres pour mesurer le degré de l'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du traitement. » (Adopté.)

Enfin, la commission ayant pris en considération la proposition de M. Bégin, émet, sous forme de conclusion additionnelle, le vœu suivant :

« L'Académie est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre les questions pendantes entre les diverses méthodes de traitement de la surdi-mutité et pour imprimer au besoin une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muets, de créer, près de l'Institution impériale, un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a été attaché à l'École polytechnique. » (Adopté.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. COMBES.

Éthérisation.

M. Jobert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, lit les conclusions d'un mémoire intitulé : *Quelques mots sur l'anesthésie chirurgicale.* Ce travail étant beaucoup trop étendu pour que nous puissions le reproduire, nous nous contentons de publier les conclusions dont M. Jobert a donné lecture.

De ce qui précède, je conclus en me résumant :

Qu'à des époques éloignées de nous on a senti la nécessité de diminuer la sensibilité, et d'éteindre les douleurs pendant les opérations ;

Qu'au XIX^e^ siècle seulement on est parvenu à rendre l'homme insensible;

Que c'est d'abord en Amérique qu'on a, avec l'éther, privé les opérés des douleurs qui accompagnent les opérations;

Que M. Flourens en France, et M. Simpson en Angleterre, ont introduit dans la science, le premier par ses expériences sur les animaux, et le second par son emploi sur l'homme, un anesthésique précieux, le chloroforme;

Que les anesthésiques produisent d'abord, sur les voies qu'ils parcourent, une action irritative à la manière d'un corps étranger;

Qu'ils agissent ensuite sur le système nerveux en abolissant momentanément les fonctions sensoriales et motrices;

Qu'ils produisent leurs premiers effets sur le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, les racines postérieures, les racines antérieures, et enfin sur la protubérance annulaire, qui est la dernière à perdre son influence nerveuse; ainsi le cerveau, organe de perceptions, est d'abord paralysé, puis le cervelet, organe d'équilibre des mouvements, puis la moelle, puis les racines sensitives, puis les racines motrices, et enfin la protubérance annulaire, centre vital du système nerveux;

Que les anesthésiques agissent sur le système nerveux par l'intermédiaire de la circulation;

Que les anesthésiques, mis en contact avec la substance nerveuse, ne font que la modifier localement sans porter atteinte au reste de l'arbre nerveux. Que l'on mette, en effet, du chloroforme en contact avec les nerfs après les avoir dépouillés de leur membrane et de leurs vaisseaux, il ne se produira aucun phénomène anesthésique général. L'acide hydrocyanique, mis en contact avec la substance nerveuse, ne produit aussi qu'une action locale, sans produire de phénomènes généraux;

Que les anesthésiques n'agissent pas, comme on l'a prétendu, en modifiant la nature et la couleur du sang, puisque le chloroforme ne fait éprouver à ce liquide aucun des changements dont il s'agit;

Que le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux nous est tout aussi inconnu que celui de la belladone, de l'opium, etc.;

Que les anesthésiques, en abolissant les fonctions du système nerveux, anéantissent celles des organes qui sont sous sa dépendance, de là l'abolition de la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire;

Que les anesthésiques peuvent affaiblir la sensibilité et la myotilité, ou les faire disparaître complétement;

Que les anesthésiques portent leur action aussi bien sur le cœur, que sur les muscles de la vie animale;

Que l'action du cœur diminue d'abord progressivement, comme la contraction des muscles en général, et qu'ensuite elle s'affaiblit avec une rapidité effrayante, puisque les battements de cet organe tombent tout d'un coup de 112 à 72, 60, etc.;

Que les effets du chloroforme ne sont pas aussi remarquables, aussi prompts chez tous les individus ;

Que chez les jeunes sujets, et certains adultes, l'absorption du chloroforme se fait avec une rapidité surprenante, dans les voies respiratoires, d'où abolition prompte de la sensibilité et du mouvement ;

Que les larges communications médiates qui peuvent être établies exceptionnellement, chez certains individus, entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires, favorisent instantanément l'anesthésie. Les communications, en effet, établies entre les bronches et les vaisseaux, sont plus remarquables chez certains sujets que chez d'autres, comme le démontrent les injections cadavériques. Ces exceptions anatomiques ne réclament-elles pas, d'une manière générale, une grande prudence dans la chloroformisation ?

Que le chloroforme, introduit dans les canaux vasculaires par la respiration, peut être rendu par la même voie sous forme d'écume et de vapeurs ayant l'odeur du chloroforme, lorsque la saturation de l'organisme a été trop considérable ?

Que la chloroformisation doit cesser lorsque les battements du cœur ont tout d'un coup perdu de leur puissance et de leur nombre.

Que la chloroformisation doit être ralentie, afin de pouvoir épier les phénomènes et s'arrêter à temps ;

Que le médecin doit constamment surveiller le malade, et ne pas s'en rapporter à des mouvements irréguliers, à de la loquacité, pour juger le degré d'action du chloroforme, car il arrive que l'insensibilité est produite lors même qu'il existe de l'agitation des membres et des paroles incohérentes ;

Que dans la chloroformisation les battements du cœur doivent toujours servir de guide pour suspendre ou continuer l'expérience, c'est le meilleur mode d'appréciation de saturation du système nerveux par le chloroforme, et de juger de l'étendue de l'influence chloroformique sur le système nerveux ;

Que les anesthésiques doivent être suspendus lorsque le pouls est descendu à 55,50, sous peine de voir subitement le malade s'affaiblir et succomber par la paralysie du cœur ;

Que les personnes qui ont les battements du cœur habituellement lents doivent être sérieusement surveillées pendant la chloroformisation, car il m'a semblé que les pulsations du pouls tendaient à s'anéantir promptement chez ces individus, et à mettre leurs jours en péril.

Au premier abord, il nous a paru inutile d'établir un parallèle entre le chloroforme et l'éther, l'expérience ayant reconnu les avantages du premier et les inconvénients du second.

Quoique le chloroforme ait la suprématie sur l'éther d'une manière incontestable, il ne nous a cependant pas semblé indifférent de signaler ici leurs caractères tranchés et leur différence d'action.

Le chloroforme est très-volatil, d'une odeur agréable, plus lourd que l'eau, au fond de laquelle il se précipite sous forme perlée, et c'est même un moyen d'apprécier son degré de pureté. L'éther est aussi très-volatil et d'une odeur assez peu agréable pour les personnes qui le respirent comme moyen anesthésique.

Le chloroforme n'offre pas la même composition que l'éther, qui n'est pour ainsi dire que de l'alcool rectifié, ou tout au moins de la famille des alcools ; aussi présente-t-il dans son action sur l'économie animale quelques-uns des caractères de l'esprit-de-vin, des liqueurs vineuses, et on sait que des différences notables existent, sous ce rapport, entre lui et le chloroforme.

L'éther irrite, agace les voies qu'il parcourt, et est ordinairement désagréable aux personnes qui le respirent fréquemment ; il provoque de la toux et quelquefois même de la suffocation.

Le chloroforme n'agace aucunement le trajet muqueux parcouru par lui ; il y a plus, les malades trouvent du plaisir à en faire usage.

Le chloroforme ne produit qu'une faible irritation organique musculaire, et l'éther paraît en occasionner une assez violente, puisque les inspirations de celui-ci produisent beaucoup d'agitation dans le cœur et les autres muscles.

L'éther ne provoque les effets anesthésiques que lentement, et ils se prolongent souvent après l'expérience pendant longtemps sous forme d'ivresse, de douleurs de tête, de petitesse du pouls et de froid du corps. Le chloroforme, au contraire, cesse son action en général immédiatement après la cessation de l'expérience, et ce n'est que dans des cas particuliers où on la voit se prolonger pendant quelque temps, et on peut être sûr alors que la saturation a été portée à un degré extrême.

L'éther altère la couleur, la consistance du sang, et il n'en est pas de même du chloroforme, qui ne le modifie ni dans sa coloration, ni dans sa nature.

Le chloroforme ne nuit pas à la cicatrisation des plaies, et l'éther l'entraîne souvent.

Il nous a paru que le chloroforme ne diminuait aucunement les produits du travail de la cicatrisation, et qu'il n'en altérait pas la consistance.

L'éther nous a paru produire des effets contraires, en rendant la lymphe plastique moins consistante et moins vivante. Le chloroforme et l'éther exaltent d'abord l'appareil vasculaire, en précipitant les battements du cœur à la manière d'un corps étranger. L'éther produit ces effets à un bien plus haut degré que le chloroforme, et les continue presque indéfiniment, ce qui veut dire pendant une grande partie de la durée de l'expérience.

L'éther, en agissant sur les organes qu'il touche, sous forme de vapeurs, a de la tendance à les enflammer, et le chloroforme ne produit rien de semblable. Le chloroforme et l'éther stupéfient, dans leur seconde action, le système nerveux, et partant abolissent les fonctions des muscles de la locomotion et de la vie organique.

Le chloroforme les paralyse d'une manière désespérante, puisqu'en un instant le cœur peut cesser de se contracter.

Le chloroforme produit ses effets instantanément, en 30 secondes, en 1 minute 1/2, en 2, 3 et 4 minutes au plus.

L'éther, au contraire, ne détermine l'insensibilité qu'en 13, 15, 18, 20 minutes et davantage. J'ai cependant vu l'éthérisation produire l'insensibilité au bout de 3, 5, 8 minutes, mais alors l'air respiré était mêlé en faible quantité à l'éther.

Le chloroforme calme les organes et l'éther les trouble violemment, même pendant le sommeil qui est accompagné de rêves agréables ou pénibles.

L'éther agit souvent sur les organes génitaux, en produisant des phénomènes érotiques ; cela nous a semblé surtout le plus ordinaire chez les femmes, et le chloroforme, au contraire, rend gai sans agir sur la partie matérielle de la génération.

Les accidents consécutifs produits par l'éther sont des phénomènes d'inflammations, et les accidents consécutifs provoqués par le chloroforme sont des symptômes d'affaissement et d'affaiblissement organique.

L'éther ne peut produire que difficilement la mort pendant l'expérience, et il n'en est pas ainsi du chloroforme qui peut faire cesser la vie instantanément, lorsque le malade n'est pas surveillé ou que la manœuvre inspiratrice n'est pas bien exécutée ;

Que, dans aucun cas, on ne doit recourir aux inspirations chloroformiques, quand il existe un trouble fonctionnel grave dépendant d'une lésion profonde des organes centraux de la circulation ou des centres nerveux. On comprend qu'un trouble fonctionnel nouveau s'ajoutant au premier peut produire une mort rapide et pour ainsi dire instantanée. La vie cesse alors par deux causes qui concourent au même but, à l'anéantissement complet du travail organique des instruments les plus importants à la vie ;

Que le chloroforme ne peut en conséquence convenir lorsque le système nerveux est affairé par un ébranlement violent, un coup de feu, ou lorsque les malades sont épuisés par une longue et abondante suppuration, par des pertes de sang ou un état chlorotique porté à un degré très-avancé ;

Que lorsque le chloroforme a anéanti les forces vitales, et que la mort est apparente, le chirurgien ne doit jamais abandonner le malade sans avoir essayé pendant longtemps de rappeler les sources de la vie. C'est alors qu'il convient d'exciter partiellement la peau avec de l'eau froide ; d'agacer cette membrane par des frictions faites avec les alcoolats, l'alcali, etc. ; de ranimer les organes par des courants d'air dirigés sur la face et les membres, pendant que la poitrine est agitée par de légers mouvements communiqués ; de donner au malade la position la plus favorable au rétablissement de la circulation, en le plaçant horizontalement sur le dos, ou obliquement sur l'un des côtés du tronc. Les excitants portés dans la bouche, comme l'eau de menthe, les antispasmodiques introduits sur la surface rectale, favorisent le rappel des mouvements du cœur réduits à l'état d'oscillations ou de résolution complète.

Les cautérisations faites sur la bouche ou le pharynx avec l'ammoniaque, comme l'a conseillé M. J. Guérin, peuvent contribuer à ranimer la vie sur le point de s'éteindre. Notre ami et confrère Ricord a conseillé l'insufflation d'air bouche à bouche. J'aime mieux exciter les organes animateurs de l'organisme, plutôt que de m'occuper des organes secondaires. Ainsi, réveiller les nerfs stupéfiés et les muscles qu'ils animent est de première nécessité, et ensuite faire cesser l'action toxique du chloroforme est la seconde indication importante à remplir.

Dans une circonstance où l'opéré, soumis à l'influence du chloroforme, revenait à lui par instants, pour retomber bientôt dans une sorte d'anéantissement syncopal qui présentait un caractère alarmant, j'ai eu recours à l'électricité qui a fait cesser instantanément tout cet appareil de symptômes aussi pénibles pour l'opérateur que douloureux pour les assistants.

Mémoire sur la lithothlibie.

M. le docteur Denamiel lit un mémoire dont l'auteur a fait l'extrait suivant :

« L'écrasement des calculs par la pression entre les doigts et l'instru-

ment, que j'appelle *lithothlibie* (de λίθος, pierre, et de θλίβω, j'écrase), repose sur ces trois données acquises à la science, savoir : 1° qu'il y a des calculs tellement friables qu'ils s'écrasent sous la moindre pression; 2° que l'action des eaux alcalines sur le mucus qui forment le ciment commun des éléments des calculs, amène la disgrégation de la masse, quelle que soit la nature chimique des couches qui la composent, ramollit les calculs et les rend friables; 3° que le bas-fond de la vessie, où vont se placer les calculs libres, où se trouvent ordinairement les calculs enchatonnés, est accessible aux doigts introduits dans le rectum, et que la sonde placée dans la vessie peut trouver un point d'appui sur eux.

« Les indications et les contre-indications de cette méthode doivent être recherchées dans l'état des calculs et des voies urinaires, dans l'influence de la constitution, de la santé générale, de l'âge et du sexe.....

« Le peu de fréquence de la maladie calculeuse dans notre contrée, une pratique exercée dans un rayon peu étendu, et que des occupations judiciaires m'ont obligé de restreindre encore, ne me permettent pas de consigner dans mon travail des observations nombreuses à l'appui de mes propositions; mais c'est ici surtout le cas de dire que les observations ne doivent pas être comptées, mais pesées. En effet, si les données sur lesquelles reposent la conception de cette opération sont justes, et l'on ne saurait le contester, une seule observation prouve autant que cent.

« Henri Joffre, fils de Vincent Joffre, tonnelier à Rivesaltes, aujourd'hui âgé de quatorze ans et demi, d'une constitution frêle, me fut présenté en avril 1842. Cet enfant urinait depuis longtemps avec difficulté; le jet était interrompu avant que l'émission fût complète; il souffrait des douleurs très-vives, se roulait à terre, poussait des cris déchirants; il était d'une maigreur extrême. Son père, qui vit dans une belle aisance, était résolu de partir pour aller demander, à Montpellier, la guérison de son fils, si je ne pouvais la lui procurer.

« J'annonçai sur ces signes que cet enfant devait avoir un calcul dans la vessie; ce dont je devais m'assurer le lendemain. Je voulus me donner la satisfaction de confirmer le diagnostic et d'opérer la guérison en même temps, si je rencontrais un calcul friable au premier degré. Mes idées sur la friabilité immédiate et médiate des calculs urinaires et sur la lithothlibie étaient alors arrêtées, et je n'hésitai pas à dire que l'enfant serait guéri, peut-être même très-promptement, en une seule séance. Je prescrivis de ne pas le laisser uriner le lendemain matin, avant mon arrivée.

« A ma visite, je le fis placer sur une commode; deux aides lui tenaient le corps et lui écartaient les cuisses. J'introduisis la sonde ordinaire d'argent; je plaçai l'indicateur dans le rectum, et je saisis le calcul entre la sonde et le doigt. Il céda, je puis presque dire sans attendre la pression, sans résister assez pour me permettre d'évaluer son volume. Je comprimai trois ou quatre fois ce détritus, en déviant à droite et à gauche la sonde et le doigt. Mon opération était finie; elle n'avait pas duré une minute. Je retirai la sonde et le doigt. L'enfant ayant uriné librement, tout de suite, le liquide se montra trouble, et un dépôt de sable fut trouvé au fond du vase. Les urines, sortant désormais sans difficulté et sans douleur, continuèrent à charrier pendant deux jours. On recueillit dans le vase, en tout, environ une cuillerée à bouche de sable mêlé de trois graviers comme des lentilles. Depuis ce jour, cet enfant n'a plus souffert; la guérison fut complète.

« Maintenant, si je cherche à apprécier la valeur de la lithothlibie, je reconnais une opération exempte de difficultés pour le chirurgien, de dangers pour le malade, se classant parmi les moyens curatifs les plus simples de la chirurgie, et entrant, de plein bord, dans le domaine de la pratique vulgaire; simplifiant l'état des calculeux en donnant le moyen, à tous les praticiens, d'attaquer la maladie à sa naissance, de détruire les calculs dès leur apparition, avant qu'ils aient acquis des proportions embarrassantes pour toutes les méthodes opératoires, et avant que l'altération des organes soit venue ajouter une complication; offrant une guérison certaine à tous les calculeux; dispensant de recourir à l'opération redoutable de la cystotomie.....

« La lithothlibie vient transporter la guérison des calculeux des régions rares des grands centres de population où exercent les hommes d'un grand savoir, dans celles de la pratique commune, dans les moindres bourgades, partout où il y a un officier de santé sachant sonder; mettre à portée du plus pauvre comme du plus riche calculeux, du plus courageux comme du plus pusillanime, un moyen de guérison inoffensif et sans douleur, à la place de ceux que l'homme fortuné seul, si les autres n'étaient placés dans leur voisinage, pouvait aller demander, au prix de beaucoup de souffrances et de dangers, dans les lieux où brille l'éclat d'une pratique savante.

« Être délivré immédiatement, et comme instantanément, de son calcul, s'il est friable au premier degré; s'en voir débarrasser, dans quelques séances, avec l'aide de l'action dissolvante des eaux alcalines, s'il est dur; être guéri toujours et sans passer par aucune épreuve périlleuse : tel est, je le crois, l'avenir que la lithothlibie prépare aux calculeux. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Société de chirurgie a renouvelé aujourd'hui son bureau. Ont été nommés :

Président :	M. Denonvilliers.
Vice-président :	M. Huguier.
Secrétaire :	M. Laborie.
Vice-secrétaire :	M. Follin.
Trésorier :	M. Houel.

Le comité de publication est composé de MM. Cullerier, Chassaignac et Gosselin.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

De la chaleur animale *comme principe de l'inflammation, et de l'emploi des enduits imperméables comme application du dogme,* par le docteur Robert Latour. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23. — 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50 c.

Table alphabétique des matières du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer (5e édition). — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23. — In-8. Prix : 1 fr. 25 c. franco par la poste pour MM. les souscripteurs à l'ouvrage.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE FIRMIN DIDOT FRÈRES, RUE JACOB, 56, A PARIS.

Annuaire du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration, ou *Almanach des* 500,000 *Adresses* de Paris, des départements et des pays étrangers, classées pour Paris : 1° par ordre alphabétique; 2° par professions; 3° par rues et numéros. Publié par Firmin Didot frères. Contenant : Le gouvernement. — Maison impériale. — Sénat. — Corps législatif. — Conseil d'État. — Ministères. — Cours. — Tribunaux, etc. — Les administrations de Paris. — Préfecture de la Seine. — Préfecture de police. — Mairies. — La liste générale des adresses des habitants de Paris. — La liste des banquiers, négociants, fabricants, classée par ordre de professions, entreprises diverses, assurances, bateaux à vapeur, chemins de fer, journaux, messageries, etc. — Les adresses des habitants de Paris, classées par rue et numéro des maisons. — Tarif des douanes françaises. — Tarif des douanes anglaises. — Tarif des douanes belges. — Tarif des douanes allemandes (Zollverein). — Monnaies, poids et mesures des divers pays. — Catalogue des brevets d'invention de l'année 1851 à 1852. — Statistique commerciale et industrielle des départements. — La liste des banquiers, négociants, fabricants des départements, des colonies françaises, et des principales villes des pays étrangers. — Table géographique. — Table des matières, et une carte de France indiquant les chemins de fer exécutés ou en cours d'exécution. — 16e *année de publication* (1853). — Prix : relié, 14 fr.; cartonné, 13 fr. 50 c.; broché, 12 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 76. 1re année. Samedi 25 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Sur une prétendue grossesse extra-utérine, traitée avec succès par l'électro-puncture. — Séance du 22 juin de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Hôpital de la Charité. M. Velpeau. Sur un cas remarquable d'hydrocèle multiloculaire. Emploi suivi de succès des injections iodées dans les diverses poches, par M. L. Bauchet. — **REVUE THÉRAPEUTIQUE :** Nouvelles formules pour l'administration de la résine de scammonée, purgatif méritant d'être plus fréquemment employé qu'il ne l'est, par M. Lepage. — **THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE :** Élimination des préparations arsenicales employées à l'extérieur, par M. Rabot. — **CORRESPONDANCE :** Injections iodées. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 24 juin 1853.

Sur une prétendue grossesse extra-utérine, traitée avec succès par l'électro-puncture.

L'application de l'électro-puncture au traitement des maladies reçoit aujourd'hui de si grands développements qu'il nous paraît utile de présenter à nos lecteurs l'idée du professeur Burci, idée que nous croyons nouvelle et qui consiste à tuer le fœtus par un courant électrique dans la grossesse extra-utérine.

Électro-puncture appliquée avec succès sur une tumeur abdominale, considérée par l'auteur comme une grossesse extra-utérine tubaire, par le docteur Honoré Bacchetti.

Marianna Ceccherini, âgée de 29 ans, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis neuf ans, elle avait eu quatre grossesses, terminées par des couches heureuses. Les quatre premiers mois de ces grossesses avaient été marqués par des phénomènes qui s'étaient reproduits chaque fois avec beaucoup de régularité : c'étaient le vomissement quotidien des aliments, une salivation copieuse et une aversion déclarée pour le vin.

Vers la fin de 1852, cette femme se crut enceinte pour la cinquième fois. Les règles étaient supprimées, et les troubles fonctionnels qui avaient accompagné les grossesses précédentes s'étaient exactement reproduits. Les choses en étaient là, lorsque, le 29 décembre 1852, des accidents assez graves se manifestèrent. Le bas-ventre était devenu très-douloureux, surtout dans la région hypogastrique. Il y avait la sensation d'un poids sur l'utérus et d'une pression sur la région anale, avec dysurie et fréquentes lipothymies.

La malade se crut sur le point d'avorter. Elle appela deux sages-femmes, et fit venir ensuite le docteur Bacchetti qui arriva six heures après le début des accidents. La douleur abdominale s'était étendue, elle redoublait à la moindre pression. Les parois du ventre étaient, de plus, très-tendues, ce qui ne permit pas d'explorer complétement l'abdomen par la palpation. Le toucher vaginal montra le col utérin un peu plus saillant qu'à l'ordinaire, mais parfaitement sain, et sans aucune dilatation. Aucun liquide ni muqueux, ni sanguin, ne s'échappait par le vagin.

Les accidents continuèrent, redoublèrent même. Face pâle, traits altérés, pouls petit et fréquent (purgatif doux ; frictions belladonées sur l'hypogastre ; clystères, etc.). Ces moyens provoquèrent des selles abondantes ; le cours des urines se rétablit ; les lipothymies, la douleur abdominale diminuèrent graduellement, et, seize heures après le début des accidents, la guérison parut complète. La malade n'avait rien rendu par le vagin.

Huit jours après, vers le 6 janvier, une petite quantité de sang mêlé de flocons albumineux commença à suinter par le vagin. *Malgré l'attention la plus minutieuse, on ne put constater, dans les matières qui furent ainsi rendues, aucun vestige d'un produit de conception.* En même temps, une salivation copieuse s'établit, sans autre accident. Ces phénomènes durèrent plusieurs jours.

Le 16 janvier 1853, sans cause connue, tous les symptômes que la malade avait éprouvés le 29 décembre se manifestèrent de nouveau ; seulement les douleurs occupèrent cette fois tout l'abdomen, comme dans la péritonite (20 sangsues sur l'hypogastre ; bain ; frictions de belladone ; purgatif doux). Au bout de six heures, tous les accidents disparurent. La malade n'avait rien rendu par le vagin.

Le 22 janvier, nouvel accès semblable aux deux précédents, mais moins intense. Même traitement ; rémission plus prompte encore que dans le deuxième accès.

Le 25 janvier, quatrième accès analogue aux autres. Les symptômes, très-intenses au début, commencent à céder au bout de deux heures, et cessent tout à fait huit heures plus tard.

Pendant ce dernier accès, au moment où la rémission commença et où les parois abdominales recouvrèrent leur souplesse, on trouva dans la fosse iliaque gauche une tumeur appréciable non-seulement à la palpation, mais encore à la simple vue. Cette tumeur paraissait du volume d'un gros citron ; elle avait la forme d'un ovoïde. Son grand diamètre était oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Sa partie inférieure et interne, qui était la plus volumineuse, semblait fixée au bord gauche de l'utérus ; son extrémité opposée était mobile et paraissait libre d'adhérences. Elle était assez ferme, inégale, indolente à la pression.

Jusque-là, M. Bacchetti ne sachant à quoi il devait attribuer les accidents éprouvés par la malade, n'avait porté aucun diagnostic. La découverte de cette tumeur commença à lever ses doutes ; rapprochant ce résultat fourni par l'exploration directe, des narrations de la malade qui se croyait enceinte, ainsi qu'on l'a vu plus haut, le chirurgien soupçonna l'existence d'une grossesse extra-utérine. Le professeur Bertolini, appelé en consultation, partagea cette croyance et annonça même qu'il s'agissait, selon toutes probabilités, d'une grossesse tubaire. Cependant, pour plus de certitude, il voulut avoir l'avis de MM. Burci et Torri. La consultation eut lieu le soir même. Les chirurgiens explorèrent d'abord le vagin et trouvèrent le col fermé, légèrement

dévié en avant et un peu plus saillant qu'à l'ordinaire. Puis ils examinèrent la tumeur avec soin. Finalement ils pensèrent qu'une grossesse tubaire gauche pouvait seule rendre compte de tous les phénomènes. Ils allèrent même jusqu'à considérer les matières albumineuses rendues par la malade vers le 7 janvier comme des débris de la caduque.

Dès lors ils portèrent le plus fâcheux pronostic. La malade leur parut menacée d'une mort prochaine par suite d'une de ces hémorrhagies internes qui, en pareil cas, surviennent si souvent vers le quatrième mois. Or, d'après les renseignements recueillis, la grossesse était alors de deux mois et demi environ. Dès lors, les consultants pensèrent que l'art devait intervenir. Bertolini proposa d'arrêter le développement du fœtus par la ciguë, l'iode et le mercure, administrés à l'intérieur et à l'extérieur. Burci proposa ensuite de tuer le fœtus par l'électro-puncture. Ce dernier avis réunit tous les suffrages; mais, avant d'en venir là, on voulut essayer les moyens indiqués par Bertolini.

Le soir même on commença l'usage des frictions avec une pommade renfermant de la ciguë et du deuto-iodure de mercure. Tous les accidents cessèrent avec une rapidité surprenante.

Le 31 janvier, c'est-à-dire au bout de six jours, Bacchetti trouva que la tumeur avait diminué. Il convoqua ses collègues, qui constatèrent tous cette diminution de volume, mais qui n'en persistèrent pas moins à prescrire l'application de l'électricité. On prit rendez-vous pour le 2 février.

Ce jour-là, Burci, en présence de ses collègues, introduisit une fine aiguille d'acier dans chacune des extrémités de la tumeur. Cette introduction ne fut pas douloureuse. Alors les fils de la pile de Kemps et Carraresi furent adaptés aux aiguilles. La malade éprouva sur le-champ une légère secousse. Au bout de quelques secondes, on communiqua une deuxième secousse plus forte que la première. La malade poussa un cri de douleur et se leva brusquement sur son lit. On retira alors les aiguilles. La décharge électrique avait été si énergique que la peau était brûlée au niveau des piqûres.

Il ne survint aucun accident. On continua les frictions précédemment indiquées. Le lendemain, la tumeur avait déjà diminué. Au bout d'un mois (6 mars), elle était réduite au volume d'un œuf de pigeon. Les règles reparurent et durèrent huit jours. Depuis lors, elles sont revenues régulièrement, et la Ceccherini jouit actuellement d'une parfaite santé (mai 1853).

L'auteur rappelle en note une observation qu'il a déjà publiée dans la *Gazette médicale* de Milan (25 janvier 1845) et dans la *Gazette des Hôpitaux* de Paris (24 octobre 1844). Il s'agit d'une femme qui conserva pendant cinq ans et demi un fœtus extra-utérin, et qui, pendant ce laps de temps, accoucha deux fois heureusement. Lorsque cette femme mourut, le 24 février 1842, le docteur Grandi fit l'autopsie et déposa la pièce dans le musée de Pise. (*Gaz. med. Toscana*, 3 mai 1853, t. 3, p. 137.)

Nous avons rapporté cette observation avec quelques détails, quoique nous soyons loin d'adopter les idées des honorables praticiens qui l'ont recueillie.

Après avoir rendu hommage à la nouveauté de la conception thérapeutique du docteur Burci, nous ne pouvons nous dispenser de manifester nos doutes sur l'opportunité de l'opération qui a été pratiquée dans ce cas.

Chacun sait combien le diagnostic de la grossesse extra-utérine est obscur. Lorsque le fœtus a déjà pris un accroissement assez considérable, lorsqu'on perçoit les battements du cœur, lorsque, en un mot, l'existence d'une grossesse est évidente, il est souvent difficile de dire si cette grossesse est utérine ou extra-utérine. Mais les difficultés du diagnostic sont bien autrement grandes pendant les premiers mois, et nous ne croyons pas qu'on ait jamais par exemple porté le diagnostic positif et exact d'une grossesse extra-utérine parvenue au troisième mois, comme on croit l'avoir fait dans le cas actuel.

Mais supposons, par impossible, que cette difficulté soit vaincue, il en reste une plus grande encore: c'est la détermination précise du siége de la grossesse. Est-elle interstitielle, tubaire, ovarique, abdominale, etc.? Qui oserait faire à cet égard une réponse catégorique? Qui ne sait que sur le cadavre, après une dissection minutieuse, les anatomistes les plus habiles restent parfois en suspens et n'osent se prononcer sur le siége anatomique de la tumeur fœtale? Or, cette détermination, si difficile à faire au moment de l'autopsie, espérerait-on la faire pendant la vie, d'après la seule exploration de l'abdomen?

Ainsi, la science n'a pas encore dit son premier mot sur le diagnostic de la grossesse extra-utérine commençante, et ce n'est pas sans quelque étonnement que nous avons vu, dans l'observation qui précède, quatre chirurgiens instruits diagnostiquer une grossesse *tubaire* à deux mois et demi. Certes, il y a là ou un grand progrès, ou une grande illusion, et il importe de soumettre à une appréciation critique la valeur des symptômes indiqués par ces honorables praticiens.

Les règles, disent-ils, étaient supprimées. Or, le 25 janvier, jour de la consultation, la prétendue grossesse remontait à deux mois et demi, c'est-à-dire au commencement de novembre. Les règles manquèrent en effet en décembre, mais elles reparurent en janvier. Ce suintement de sang, qui survint vers le 6 janvier et qui dura plusieurs jours, correspondait exactement à l'époque menstruelle, et la suite de l'observation le démontre pleinement. Les règles n'avaient donc manqué qu'une seule fois, et tout le monde reconnaîtra qu'un pareil élément n'a aucune valeur.

Mais, ajoute-t-on, la malade a rendu, vers le 6 janvier, une membrane caduque. D'abord cela ne prouverait pas grand'chose. On a vu maintes fois, hors de tout état de grossesse, des femmes expulser, à l'époque des règles, la totalité de leur muqueuse utérine, c'est-à-dire une véritable caduque. Ensuite, et surtout rien de pareil n'a eu lieu dans le cas qui nous occupe, quelques flocons albumineux, rendus par le vagin, sont examinés « avec la plus « minutieuse attention; on ne peut y constater aucun « vestige d'un produit de conception. » Et ce sont précisément ces flocons qu'on considère vingt jours plus tard comme une membrane caduque!

Telles sont les données qui ont suffi aux chirurgiens italiens pour considérer la tumeur comme une grossesse extra-utérine. Ce diagnostic ne nous semble pas sérieux. M. Bacchetti l'a pressenti, et il a cru se tirer d'affaire par la phrase suivante que nous reproduisons textuellement, parce qu'elle renferme une étrange profession de foi: « Il « est facile de prévoir que la lecture de cette observation « pourra laisser, chez quelques personnes, des doutes sur « l'exactitude de notre diagnostic. Si je n'avais pas omis « dans mon récit quelques-uns de ces détails symptomato- « logiques *que la parole ne peut exprimer avec précision*, « mais qui, constatés sur la malade, nous servirent à éta- « blir *sans discussion* un diagnostic unanime, peut être « ces doutes seraient-ils amoindris, sinon anéantis. Mais « c'est un caractère général des faits complexes de méde- « cine pratique, de n'être pas susceptibles d'une démon- « stration évidente, même avec les détails les plus minu- « tieux. »

Nous concevons aisément que le diagnostic ait été adopté sans discussion, puisqu'il s'agissait de choses que la parole ne peut exprimer. Mais nous avions cru jusqu'ici que toutes les idées, que toutes les conceptions, toutes

les observations pouvaient se rendre par des mots. Nous aimons à croire, par exemple, que M. Bacchetti et ses collègues ont examiné l'état des seins sur leur malade : or, nous pensons que la langue de Pétrarque ne se serait pas refusée à exprimer une chose aussi simple que celle-là. Nous signalons à nos lecteurs l'aphorisme très-artistique, mais très-peu scientifique qui termine le passage précédent et qui permet d'admettre les choses sans en avoir la démonstration. Dussions-nous être accusé d'anatomisme, de positivisme ou de toute autre déplorable tendance, nous protesterons contre cette résurrection des errements des anciens jours.

Nous aurions plus d'une remarque critique à ajouter, mais ce qui précède suffira sans doute pour mettre le lecteur en garde contre le diagnostic porté dans ce cas par les chirurgiens italiens. S'il fallait émettre une hypothèse sur la nature probable de l'affection qui a été traitée par l'électro-puncture, nous nous rallierions volontiers à l'opinion de M. V. Balocchi, qui a analysé cette observation avec beaucoup de sagacité; suivant lui, il s'agissait simplement d'un kyste de l'ovaire.

Si cette supposition était exacte, on pourrait rapprocher le résultat fourni dans ce cas par l'application de l'électricité, des quelques succès que l'électro-puncture a donnés dans le traitement de l'hydrocèle, et il y aurait lieu de se demander si cette méthode thérapeutique ne pourrait pas être tentée dans les cas de kystes de l'ovaire peu anciens et peu volumineux.

Quant à l'idée de tuer le fœtus par une décharge électrique dans la grossesse extra-utérine commençante, elle fait honneur à l'imagination du professeur Burci. Mais nous pensons qu'elle restera stérile jusqu'à nouvel ordre. Avant de songer à l'appliquer, il sera bon de chercher les moyens de diagnostiquer à temps cette terrible affection.

P. Broca.

Séance du 22 juin de la Société de chirurgie.

Cette séance a été presque entièrement consacrée à la réélection du bureau et du comité de rédaction. Un seul orateur, M. Deguise fils, a commencé la discussion sur le rapport sur le chloroforme, vers la fin de la séance. Ce n'est là qu'un léger prélude au combat qui paraît devoir être assez animé. Nous attendrons qu'il soit plus sérieusement engagé avant de nous y mêler.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Sur un cas remarquable d'hydrocèle multiloculaire. — Emploi suivi de succès des injections iodées dans les diverses poches.

Tout le monde sait que M. Velpeau, depuis plus de vingt ans, traite les hydrocèles par les injections iodées. Il insiste chaque année dans ses *Leçons cliniques* sur ce mode de traitement; il en montre les avantages; il les a développés dans ses ouvrages, dans l'article du *Dictionnaire* où il traite ce sujet, dans ses *Leçons*, etc., etc. Cependant je crois qu'on lira avec intérêt les quelques considérations pratiques suivantes que M. Velpeau a présentées dans l'une de ses dernières cliniques, ainsi que l'exposé du fait remarquable qui en a été l'occasion.

M. Velpeau n'est pas le seul à employer les injections iodées; M. Nélaton, M. Jobert et presque tous les chirurgiens y ont recours. Elles ont même pris, depuis ces dernières années, une plus grande extension. L'iode a été injecté dans les kystes de l'ovaire, dans les kystes hydatiques du foie, dans l'ascite, etc., et même dans des abcès par congestion (1). Tantôt l'iode est pur, tantôt c'est un mélange d'une partie d'iode pour deux parties d'eau (M. Velpeau), ou bien l'eau et l'iode sont en parties égales, etc. L'injection au fond est toujours à peu près la même, mène aux mêmes résultats. J'ai, pour ma part, plus de quatre-vingts observations d'hydrocèles guéries par les injections, je les ai recueillies, pour la plupart, dans le service de M. Velpeau, d'autres dans le service de M. Nélaton, d'autres à l'Hôtel-Dieu, etc. Eh bien! dans toutes ces observations et dans mes souvenirs, je ne retrouve que trois cas de récidive et une hydrocèle qu'il a fallu injecter deux fois, parce que la résolution se faisait trop attendre : je dis *se faisait trop attendre,* car, comme on le verra plus loin, la résolution peut n'arriver que très-tard. Dans les trois cas de récidive, l'un avait été opéré par un chirurgien dont je n'ai pas le nom. Le malade, entré chez M. Velpeau, ne savait pas préciser quel liquide avait été injecté. Les deux autres, opérés une première fois par M. Velpeau, ont été soumis à une seconde injection avec succès

Une hydrocèle étant reconnue, on en pratique la ponction, on injecte la teinture d'iode pure ou mélangée avec de l'eau (M. Velpeau, je le répète, se sert d'un mélange composé d'une partie d'iode et de deux parties d'eau). L'on évite très-facilement, pour peu que l'on y prenne garde, le testicule et le cordon spermatique. Avec un peu d'attention, en ayant soin, en même temps que l'on retire le trocart, d'enfoncer la canule, on est sûr de pratiquer l'injection dans la tunique vaginale et rien que dans la tunique vaginale.

On s'est exagéré, je crois, le danger de l'injection hors de la tunique vaginale, dans les tuniques celluleuses du scrotum. Je connais plusieurs exemples de ces injections hors de la tunique vaginale, qui ont vivement inquiété les chirurgiens pendant les premiers jours et qui n'ont amené aucun accident. Je citerai un seul de ces faits : Un chirurgien, dont j'ai pu apprécier la grande habileté, pratiqua une injection iodée chez un malade qu'il opérait en ville. Le scrotum aussitôt se gonfla, devint noirâtre, la canule n'était plus dans la tunique vaginale, l'injection avait été faite dans les tuniques des bourses, et, quand on s'arrêta, il ne ressortit point de liquide par la canule. Le scrotum s'enflamma comme si l'injection avait été faite dans la tunique vaginale, les accidents se dissipèrent et le malade fut guéri de son hydrocèle.

D'un autre côté, j'ai observé un cas de gangrène du scrotum à la suite d'une simple ponction faite dans une hydrocèle.

Sans nier les dangers de l'injection irritante dans les tuniques celluleuses des bourses, je crois qu'on les a trop exagérés, et j'ose dire qu'avec un peu d'attention on peut les éviter sûrement.

Cela posé, doit-on craindre de développer dans la tunique vaginale une inflammation trop intense? Doit-on craindre la gangrène?

La réponse est bien simple, puisque je peux résoudre la question par des faits. Dans les cas d'hydrocèle double, M. Velpeau n'hésite pas à pratiquer dans la même séance une injection iodée dans chacune des tumeurs, fussent-elles l'une et l'autre volumineuses. J'ai vu, il y a peu de temps, un malade atteint de deux hydrocèles, ayant chacune le volume du poing au moins, et chez lequel une double injection iodée fut faite le même jour. Le malade guérit tout aussi bien, tout aussi vite que si l'on n'eût opéré qu'une petite hydrocèle. L'observation que je rapporterai à la fin de cette note est un exemple des plus remarquables de

(1) Il est vrai que les succès obtenus dans ce dernier cas doivent probablement être rapportés moins à l'action locale qu'à l'action générale du médicament, ainsi que tend à le prouver un cas de guérison d'abcès par congestion des plus graves obtenue par M. le docteur Déclat de Neboud par l'administration exclusive, à l'intérieur, des dragées d'iodure de fer inaltérable de M. Gille, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

ce que j'avance. Quelques chirurgiens emploient même la teinture d'iode pure.

Doit-on craindre que l'injection iodée ne provoque pas dans la tunique vaginale une inflammation assez vive? Doit-on craindre ou bien un insuccès, ou bien une récidive?

Ici encore, les faits répondent eux-mêmes. J'ai déjà parlé plus haut des observations que j'ai pu recueillir dans différents hôpitaux et n'y reviendrai pas. Cette idée ne préoccupait pas les chirurgiens qui avaient recours à l'injection vineuse; elle ne préoccupe pas ceux qui n'ont pas abandonné ce moyen thérapeutique, elle ne préoccupe pas ceux qui emploient d'autres topiques irritants, tels que l'alcool, l'eau de mélisse, etc. L'injection iodée, dans le traitement de l'hydrocèle, compte maintenant parmi ses partisans presque tous les chirurgiens, et ceux qui y ont recours sont d'accord sur ce point :

Que l'injection iodée amène, il est vrai, suivant qu'elle est plus ou moins concentrée, suivant les différents individus, suivant les différents âges, suivant le volume de l'hydrocèle, une inflammation tantôt un peu plus vive, tantôt un peu moins intense; mais que, dans tous les cas, cette inflammation est toujours telle qu'elle débarrasse les malades qui ont subi cette opération. Les exceptions sont tellement rares, que l'on compte les insuccès comme des cas insolites et qu'on les note avec le plus grand soin.

Au moment où le topique irritant pénètre dans la tunique vaginale, quelquefois une douleur excessivement aiguë se fait sentir dans le bas-ventre, le long du cordon spermatique, du côté de la vessie, avec retentissement dans la région lombaire. Cette douleur, dans l'immense majorité des cas, n'est que passagère et très-bien supportable. Rarement, très-rarement elle arrache des cris aux opérés, très-rarement elle se prolonge très-intense au delà de quelques minutes.

L'injection une fois faite, suivant les préceptes donnés dans tous les livres, le malade peut retourner seul à son lit. Le lendemain et les jours suivants, le scrotum se tuméfie, devient rouge, douloureux, il y a parfois de la céphalalgie, de la fièvre. Vers le sixième jour, ces accidents disparaissent, ces symptômes se sont évanouis; au bout de dix à douze jours, la résolution commence.

Une fois que la résolution a commencé, elle continue jusqu'à parfaite guérison. Les malades, même les plus indociles, sont débarrassés aussi bien que les autres. Rarement la résolution s'arrête pendant quelques jours, pour recommencer ensuite. Elle se fait toutefois plus ou moins vite. Très-rarement la résolution ne se fait pas, ou se fait incomplétement.

Il ne faut pas trop se hâter de revenir à une nouvelle injection irritante, quand, même un mois ou six semaines après la première opération, la tumeur n'aurait pas disparu. M. Velpeau nous a cité à sa clinique plusieurs faits indiquant que la résolution arrive quelquefois assez tard. J'en citerai un seul parmi ceux que j'ai consignés dans mes notes :

M. Velpeau est consulté par un négociant qui avait été opéré un mois auparavant d'une hydrocèle au moyen de l'injection iodée. Ce négociant désirant savoir de M. Velpeau s'il devait se soumettre à une nouvelle injection, puisque, à la suite de la première, la tumeur, après s'être d'abord enflammée, avait diminué un peu et restait maintenant toujours dans le même état. M. Velpeau fut d'avis d'attendre encore. Quinze jours après, c'est-à dire six semaines après l'opération, la résolution se faisait, et, au bout de deux mois, le malade était complétement guéri. Or, durant ce laps de temps, le négociant avait continué de s'occuper de ses affaires et de marcher comme avant l'opération. Il n'avait gardé le lit que pendant les huit ou dix premiers jours qui avaient suivi l'injection.

Hâtons-nous d'ajouter que des faits semblables à celui-là sont rares, et que la résolution, dans l'immense majorité des cas, s'opère dans l'espace de quatorze à vingt-deux jours.

Je n'ai pas eu la prétention de traiter d'une manière complète de tout ce qui a rapport aux injections iodées pour la cure radicale de l'hydrocèle; j'aurais dû copier ce que les auteurs ont écrit sur ce sujet; j'ai voulu mettre en relief quelques particularités que présentent ces opérations, et quelques indications pratiques qui en résultent.

Ces réflexions m'ont été inspirées en lisant une note dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 14 avril, note publiée par un chirurgien dont personne ne songe à contester l'habileté. M. Baudens a fait une trop petite part aux injections iodées, qui offrent cependant un mode de traitement simple, facile et sûr. Le procédé qu'il met en usage n'est pas, suivant moi, plus sûr, il est plus compliqué, et il eût été d'une application assez difficile dans le fait que je vais rapporter. C'est certainement un des cas de tumeurs des bourses les plus curieux, les plus intéressants qui aient été observés.

Il s'agit d'une *hydrocèle double,* compliquée d'une *hématocèle* à droite et d'un *kyste à spermatozoaires* à gauche.

Ce malade, âgé de 43 ans, ouvrier imprimeur, est entré à l'hôpital le 16 février. Il était couché salle Sainte-Vierge, n° 1. Voici ce qu'il raconte :

Il y a vingt-cinq ans environ, il lui est arrivé un accident qui, pour n'avoir pas de rapports avec l'affection qui l'amène à l'hôpital, ne mérite pas moins d'être noté.

Il est tombé d'un second étage sur le pavé et s'est brisé la colonne vertébrale. Il serait tombé sur les pieds, et, à la suite de cette chute, il serait resté paralysé, insensible, sans mouvement, sans connaissance, et, pendant quinze jours, dans un état si alarmant, qu'on s'attendait à chaque instant à le voir mourir. Au bout de ce temps, la parole, la sensibilité, le mouvement lui revinrent peu à peu, et, deux mois après l'accident, il était guéri. Aujourd'hui la sensibilité est presque nulle à la partie antérieure et moyenne des cuisses. En cet endroit, on peut pincer la peau presque jusqu'au sang, on peut enfoncer des épingles même assez profondément sans provoquer la moindre douleur. Cette insensibilité, moins marquée aux régions internes et externes, disparaît à la face postérieure. Les apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires forment une gibbosité saillante en arrière, sans déviation latérale. Cette difformité ne fait pas souffrir le malade, ne lui ôte rien de ses forces ni de son agilité. Il manie tous les jours sa presse et son rouleau, fait de longues courses et porte de lourds fardeaux.

Ce malade a eu aussi, à l'âge de 16 ans, une blennorrhagie, des chancres, des bubons, et il a été soigné par M. Cullerier père, à l'hôpital du Midi.

Après ces renseignements fournis par le malade, il faut arriver jusqu'à il y a dix-huit mois pour trouver l'origine de la maladie qui le fait entrer dans nos salles.

Cet homme ne sait à quelle cause attribuer son mal. Il y a dix-huit mois, quelques jours après avoir opéré un déménagement qui l'avait fatigué beaucoup, il s'est aperçu que ses bourses avaient augmenté de volume. Depuis lors, elles ont grossi graduellement et grossissent encore. Voici ce que nous constatons :

Le scrotum, assez volumineux, est plus gros du côté droit que du côté gauche. Son volume, à droite, équivaut à peu près à celui des deux poings; il est plus large en bas qu'en haut. Vers la partie moyenne, et transversalement, il existe un étranglement, sensible surtout en avant. La tumeur paraît comme formée de deux poches accolées, placées l'une sur l'autre et étroitement unies. Il n'y a pas d'autres bosselures. Cette tumeur est fluctuante sur tous les points, mais le liquide ne passe pas d'une poche dans l'autre; on ne peut pas vider la poche supérieure dans l'inférieure et réciproquement. Pas d'adhérence avec la peau, qui glisse facilement sur la tumeur; pas de changement de couleur à la peau; pas de rougeur, pas de chaleur, pas d'œdème. Le canal déférent a son calibre ordinaire, ses parois ne sont ni plus épaisses, ni plus dures que dans l'état normal. La tumeur ne remonte pas dans le canal inguinal, elle ne va pas au delà du bord inférieur du ligament de Fallope; elle n'est réductible ni en totalité, ni en partie. On perçoit assez aisément la transparence en bas, mais non à la partie supérieure. Quant au

testicule, ni par le palper, ni à l'aide d'une bougie, on ne peut préciser sa situation; on aperçoit un point plus obscur en bas et en arrière, peut-être est-il en cet endroit.

A gauche, la tumeur est moins volumineuse; elle a tout au plus le volume du poing. Le testicule se sent fort bien en bas, en arrière et en dehors. La tumeur est fluctuante, transparente, sans changement de couleur aux téguments, sans adhérence avec la peau. On sent un peu au-dessous du testicule une petite tumeur, grosse comme une noix, qui rappelle assez bien, à la pression, la sensation qu'offre le testicule. On dirait que de ce côté le malade a deux testicules presque superposés. Mais cette petite tumeur, quand on la comprime, ne devient pas le siége de ces douleurs si caractéristiques d'une violence exercée sur le testicule. Le canal déférent est libre, sain. Quand on prend bien garde, il semble que la petite tumeur est développée entre le testicule et la tête de l'épididyme, qui serait refoulée en haut et un peu en dehors. La transparence ne donne aucun signe à noter.

État général très-satisfaisant; appétit bon; fonctions génitales et urinaires très-normales. Le malade n'a remarqué aucun changement ni dans la fréquence, ni dans l'intensité des désirs vénériens.

18 *février*. Le malade vient à l'amphithéâtre. M. Velpeau fait une ponction du côté droit, un peu en bas et en dehors. Il en sort un liquide séreux, de couleur citrine, tout à fait semblable au liquide de l'hydrocèle ordinaire, normale. Mais la tumeur ne se vide pas complétement. La poche inférieure seule laisse échapper son contenu.

Sans retirer la canule, M. Velpeau introduit de nouveau le trocart, et l'enfonce plus profondément, de façon à le faire pénétrer dans la poche supérieure. Le trocart est retiré, et il jaillit aussitôt par la canule un liquide un peu épais, roussâtre, semblable au liquide des hématocèles peu anciennes.

(Ainsi s'explique l'absence de transparence dans la poche supérieure, ainsi s'explique ce phénomène que le liquide d'une poche ne pourrait pas être refoulé dans la poche voisine.)

La tumeur est complétement vide. Une *injection iodée* est poussée d'abord dans le kyste supérieur, celui qui a été ouvert le second. Quelques instants après, après avoir agité, secoué la poche (manœuvre qui est répétée après chaque injection) pour que le liquide baigne toute la face interne du kyste, on laisse échapper une partie de la teinture d'iode, on en laisse une partie dans la tumeur. La canule est alors attirée doucement, avec précaution. Quand on sent son extrémité libre dans la seconde poche, celle qui a été vidée la première, on pratique une nouvelle injection iodée, et on procède comme pour le kyste précédent; après quoi la canule est tout à fait retirée et on passe au côté gauche.

Une ponction est pratiquée, suivant les règles, en bas, en avant et un peu en dehors; il sort un liquide citrin, en tout semblable à celui qui était contenu dans la première poche à droite. *La tumeur ne s'affaisse pas encore complétement*, on ponctionne, en employant les précautions que j'ai indiquées plus haut, la petite poche placée en haut du testicule, et dont la sensation au palper rappelait celle du testicule normal. Il sort environ deux cuillerées d'un liquide blanchâtre, opalin, un peu lactescent, comme le liquide décrit par M. Gosselin dans les kystes de l'épididyme. Une injection iodée est pratiquée dans l'une et dans l'autre poche, comme il a été fait à droite, en redoublant seulement de précaution, à cause de la capacité moins grande des poches, et de la plus grande facilité de faire sortir de l'intérieur des kystes la canule un peu brusquement retirée.

Ce dernier liquide est examiné au microscope, il renferme un grand nombre d'animalcules spermatiques; seulement, bien que le liquide ait été examiné de suite, ces animalcules paraissent privés de mouvements.

Repos au lit; les bourses sont soutenues par un coussin. Deux portions.

20-21 *février*. Le malade va bien; pas de mouvement fébrile; quelques douleurs légères, quelques coliques ont suivi l'opération, et se sont apaisées bientôt. Le malade a bien dormi; l'appétit est bon; les bourses sont rouges, un peu tendues; la pression est douloureuse.

22-23 *février*. Le travail inflammatoire continue dans le scrotum; gonflement, rougeur, chaleur, douleur à la pression; très-peu de fièvre; sommeil bon; état général satisfaisant.

Les jours suivants, l'inflammation reste stationnaire; puis, vers le 28, elle commence à diminuer.

3 *mars*. Le gonflement a déjà bien diminué, surtout à gauche.

6 *mars*. La résolution se fait assez rapidement. Frictions mercurielles sur le scrotum.

10 *mars*. Le malade se plaint d'une constipation opiniâtre depuis quelques jours; eau de sedlitz.

12 *mars*. La tuméfaction a presque complétement disparu à gauche, elle est diminuée sensiblement à droite. On constate une résistance et une dureté assez notables.

13 *mars*. La tuméfaction est bien moins considérable à droite, surtout à la partie supérieure, en sorte qu'il paraîtrait que le kyste hématique a complétement disparu. Ce qui persiste de la tumeur est dur, sans fluctuation, du volume d'un œuf de dinde tout au plus. On cesse les frictions mercurielles. Le malade peut se lever et se promener dans le jardin.

15 *mars*. Le malade demande à sortir; M. Velpeau lui accorde son *exeat*.

La tumeur à droite et à gauche a encore beaucoup diminué de volume.

J'ai revu le malade depuis sa sortie de l'hôpital; il est complétement guéri.

Cette observation offre, je le répète, un exemple des plus rares des tumeurs multiples des bourses :

Deux hydrocèles;
Une hématocèle;
Un kyste à spermatozoaires.

Ce dernier genre de tumeurs liquides des bourses a été surtout bien étudié par M. Gosselin. Je ne m'y arrête pas.

Cette observation, si on la lit avec soin, parlera assez par elle-même. Le procédé opératoire qui a été employé est des plus simples. Je doute fort qu'on eût pu le remplacer par un autre offrant plus d'avantages, plus de facilité d'exécution, plus de chances de succès.

L. Bauchet.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelles formules pour l'administration de la résine de scammonée, purgatif méritant d'être plus fréquemment employé qu'il ne l'est,

Par M. Lepage, *pharmacien à Gisors*.

Le savant et vénérable Planche, de regrettable mémoire, lors de ses expériences touchant l'étude comparative des résines des divers *convolvulus*, fit, comme on le sait, l'observation curieuse que celle de scammonée se dissolvait facilement, soit dans le lait de vache, soit dans le lait d'amandes, et, partant, proposa ces liquides pour servir d'excipient dans l'administration de ce purgatif.

Le lait purgatif de Planche, tel qu'il est formulé dans les ouvrages, est une préparation magistrale pour l'exécution de laquelle le pharmacien n'a pas toujours l'excipient à sa disposition; il nous a semblé que la saveur particulière de la résine de scammonée ne s'y trouvait pas non plus suffisamment masquée; enfin les personnes qui n'aiment pas le lait ne prennent pas toujours cette préparation avec plaisir, ainsi que nous avons été plusieurs fois à même de le constater.

Dans le but d'obvier, autant que possible, aux inconvénients que nous venons de signaler, nous avons composé les préparations suivantes, qu'on peut toujours trouver toutes prêtes dans l'officine du pharmacien et auxquelles, quant à l'effet au goût, on pourrait peut-être appliquer le *tuto et jucunde* du savant rapporteur devant l'Académie de médecine, à l'occasion de la limonade au citrate de magnésie de M. Rogé.

La scammonée étant rangée par les thérapeutistes dans la classe des purgatifs drastiques, nous reconnaissons que son emploi ne doit pas toujours être sans inconvénients comme celui des purgatifs salins; aussi

nous empressons-nous de déclarer que nous n'avons nullement la prétention de conseiller de substituer nos préparations à ceux-ci en toute circonstance.

Quoi qu'il en soit, voici nos formules :

N° 1.

On prépare d'abord une solution *décime* de résine de scammonée, solution qu'on pourrait appeler *officinale*, ainsi qu'il suit :

Résine blanche de scammonée d'Alep. . .	1 part.
Alcool à 80 degrés centésim.	9 —

F. s. a. une solution que vous conserverez pour l'usage.

Puis, une sorte de sirop de punch d'après la formule ci-dessous :

Sirop de sucre.	800 gram.
Thé Hyswin.	5 —
Citron coupé par tranches.	n° 1.

On porte le sirop à l'ébullition dans un poêlon, on ajoute le thé et les tranches de citron, on fait bouillir un quart d'heure, on verse dans une terrine où on laisse refroidir et l'on ajoute :

Eau-de-vie à 18 degrés Cartier. . . 35 à 40 centilitr.

On mélange exactement et l'on passe à travers une étamine.

Ce sirop constitue aussi une préparation officinale destinée, ainsi qu'on va le voir, à servir d'excipient à la solution ci-dessus.

Veut-on, par exemple, administrer un purgatif à la résine de scammonée à 30, 40, 50 ou 60 centigrammes de résine et d'un petit volume, on prend :

Sirop de punch ci-dessus, q. v.	50 à 60 gram. par exemple.
Solution officinale de résine de scammonée.	3, 4, 5 ou 6 gram.

(Puisque chaque gramme de solution équivaut à 10 centigrammes de résine.)

On mêle exactement et l'on fait prendre en une fois.

Le mélange est un peu louche, mais il ne laisse pas séparer de résine. Il est bien entendu qu'il faut se garder d'y ajouter de l'eau.

N° 2.

Sirop de résine de scammonée (à la vanille).

Lait de vache écrémé et bouilli.	120
Résine blanche de scammonée.	4
Sucre.	180

Triturez la résine avec une partie du sucre (10 à 15 grammes), ajoutez le lait par petites portions, puis le sucre, et faites un sirop par simple solution au bain-marie à une *très-douce chaleur* (1) que vous aromatiserez avec :

Sirop de vanille (2). . . . . 100 gram.

10 grammes de ce sirop équivalant à 10 centigrammes de résine, comme il ne renferme pas d'alcool, il convient particulièrement pour les femmes et pour les enfants.

Il se conserve parfaitement bien, seulement lorsqu'il y a quelque temps qu'on a touché au flacon qui le renferme, il est bon de l'agiter avant d'en délivrer, dans la crainte qu'un peu de résine ne se soit rassemblé vers la surface. On peut l'étendre d'eau sans craindre que la résine ne s'en sépare. Ainsi, pour une potion purgative à 50 centigrammes de résine, par exemple, qui est la dose normale pour une personne de force ordinaire, on peut formuler de cette manière :

Sirop de résine de scammonée (vanille).	50 gram.
Eau commune.	50 à 60 —

Mêlez. — A prendre en une seule fois.

M. le docteur Avenel, à la sollicitation duquel nous avons composé ces formules, les emploie fréquemment depuis quelque temps à sa grande satisfaction. Plusieurs autres médecins, qui les ont essayées, ont également été très-satisfaits de leur emploi. (*Répertoire de pharmacie.*)

(1) Il faut éviter de porter l'eau du bain-marie à l'ébullition, car cela pourrait avoir pour inconvénient de faire rassembler une partie de la résine à la surface du sirop, laquelle, dans ce cas, pourrait même se réunir en petits globules contre les parois du flacon.

(2) Je prépare le sirop de vanille de la manière suivante :

Vanille de bonne qualité fendue et coupée menu.	6 gram.
Alcool à 80 centièmes.	40 —

On laisse macérer pendant quarante-huit heures en chauffant de temps en temps au bain-marie la fiole qui contient le mélange, puis on verse l'alcoolé qui en résulte sur

Sucre en morceaux. . . . . 400 gram.

On expose celui-ci quelque temps dans une étuve modérément chauffée pour volatiliser l'alcool, on le pulvérise et on le fait dissoudre à une douce chaleur dans eau 210 grammes, puis on verse sur un filtre.

Ce sirop, selon nous, devrait occuper une place dans nos officines, où la suavité et la délicatesse du parfum de la substance qui en fait la base le feraient fréquemment employer, soit pour masquer ou corriger la saveur de certains médicaments désagréables, soit pour édulcorer des préparations destinées à aider le rétablissement des forces digestives languissantes de quelques malades.

THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

Elimination des préparations arsenicales employées à l'extérieur,

Par M. Rabot.

Les accidents qui ne sont arrivés que trop fréquemment après l'emploi des caustiques de Rousselot, du frère Côme, etc., n'ont pu effacer encore dans tous les esprits la persuasion que le principe toxique faisant partie de ces préparations n'est pas entraîné dans l'économie.

Des observations faites dans des circonstances particulières ou dans lesquelles on n'avait pas tenu compte de toutes les circonstances ont contribué à laisser croire qu'il n'y avait absorption et péril, par conséquent, que lorsqu'on employait à la fois une dose énorme de la préparation caustique.

C'est ainsi qu'un des mémoires pour le concours des prix de l'internat en médecine (année 1851) fait mention de plusieurs applications de pâte arsenicale sur des tumeurs cancéreuses, applications à la suite desquelles les réactifs les plus sensibles n'auraient jamais révélé la présence de l'arsenic dans les liquides excrétés.

Je dirai plus loin à quoi j'attribue cette prétendue absence d'absorption.

C'est pour contrôler la valeur de ces faits qu'étant interne à la Salpétrière je fis quelques recherches, à la demande de M. Manec, chef du service de chirurgie, entre les mains duquel les caustiques arsenicaux ont produit de nombreux et excellents résultats.

Le premier malade qui servit à nos recherches occupait le lit n° 13 de la salle Saint-Michel.

C'était un homme d'une trentaine d'années, chez lequel un cancer de la face récidivait après une première ablation par les caustiques faite plusieurs années auparavant.

Le tissu cancéreux, recouvert d'une croûte, occupait toute la partie externe et supérieure de la joue gauche.

M. Manec lui fit en trois fois, à huit jours d'intervalle, une application d'une pâte arsenicale ainsi composée : (Frère Côme.)

Acide arsénieux.	3
Sulfure de mercure.	6
Éponge calcinée.	1

Chaque application ne recouvrait guère plus de 2 centimètres carrés, sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Dès le lendemain de la première application, le malade avait un peu de fièvre, par suite de l'inflammation des parties environnantes; mais les réactifs ne décelaient point la présence de l'arsenic dans les urines, sur 50 centilitres desquels on opérait chaque jour, et il en fut de même pendant huit jours.

On fit une seconde application, et le quatrième jour seulement, $0^{lit.},50$ d'urine, traités avec toutes les précautions exigées par l'appareil de Marsh, donnèrent des taches arsenicales peu considérables, à la vérité, mais assez cependant pour qu'au moyen des réactifs on pût en vérifier la nature.

Le cinquième jour il fut impossible d'en retrouver, et ce ne fut qu'après la troisième application, mais dès le second jour, qu'on put de nouveau constater d'une manière certaine la présence de l'arsenic dans les urines de ce malade.

Il est inutile de dire que les réactifs avaient été essayés, et qu'ils étaient parfaitement purs.

6 grammes de poudre arsenicale avaient suffi pour les trois applications.

L'escarre totale fut détachée quinze jours après la dernière, et pour corroborer mes premiers résultats je voulus voir quel changement s'était opéré dans les proportions primitives de la pâte faisant partie de l'escarre.

Pour cela je la carbonisai au moyen de l'acide azotique, en me conformant strictement au mode indiqué par M. Orfila et modifié par M. Filhot (acide azotique additionné de quelques gouttes d'acide sulfurique).

Je mis 15 grammes du mélange acide dans une capsule de porcelaine que je plaçai sur un feu doux, et j'ajoutai peu à peu, par fragments, la matière desséchée.

Je continuai l'action du feu jusqu'à production de vapeurs blanches intenses et volatilisation de toute trace d'humidité.

Je fis ensuite bouillir le charbon avec quelques grammes d'eau régale pour amener à un degré d'oxydation supérieur l'acide sulfureux qui avait pu rester dans les pores de la matière charbonnée.

Après refroidissement, je fis bouillir dans 100 grammes d'eau distillée le charbon léger et friable que j'avais obtenu.

La liqueur renfermait alors tout l'acide arsénieux et tout le sulfure de mercure faisant partie de la pâte caustique, l'un à l'état d'acide arsénique, l'autre à l'état de bichlorure de mercure.

La solution fut traitée par l'acide sulfhydrique en excès.

Au bout de vingt-quatre heures, les deux composés métalliques étaient précipités à l'état de sulfure ; le liquide fut décanté au moyen d'une pipette, et le précipité mis en contact avec l'ammoniaque concentrée.

Vingt-quatre heures après, le tout fut jeté sur un filtre qui retint le sulfure de mercure ; le sulfure d'arsenic dissous fut précipité par l'acide chlorhydrique ; le lendemain, le liquide fut décanté, le précipité desséché à l'étuve et traité par un mélange de charbon et de potasse dans le tube à réduction de Berzélius.

J'obtins ainsi 0,99 centigrammes d'arsenic métallique.

J'ai traité identiquement 6 grammes de pâte caustique mélangée à du sang, et j'en ai retiré la quantité d'arsenic que devait contenir la pâte, moins un demi-centigramme environ.

Dans les 6 grammes de poudre caustique employés, il y avait, d'après l'équation suivante :

$$10 : 3 :: 6 : x.$$

$x = \frac{3 \times 6}{10} = 1,8$ d'acide arsénieux équivalant à 1,3 d'arsenic pur, ainsi que le donne le calcul suivant :

$$1237,50 : 1,8 :: 937,50 : x.$$

$$x = \frac{937,50 \times 1,8}{1237,50} = 1,3....$$

Les liquides au sein desquels les précipités avaient été formés ayant été convenablement traités et essayés par l'appareil de Marsh, n'ont pas donné trace d'arsenic.

Ainsi, pendant la durée des trois applications du caustique arsenical, c'est-à-dire dans l'espace d'un mois, le malade avait absorbé environ 0,40 d'acide arsénieux, dose énorme, si l'on pense que, d'après MM. Colson, Gilbert et autres, l'acide arsénieux introduit dans les voies digestives à une dose plus élevée que 0,02 peut occasionner des accidents et donner lieu à des symptômes d'empoisonnement.

Quelques praticiens, il est vrai, l'ont employé à des doses plus élevées.

A Saint-Louis, où l'on emploie fréquemment l'acide arsénieux dans certaines affections de la peau, on a reconnu qu'il est prudent de diminuer les doses à mesure qu'on avance dans le traitement, parce que certains accidents ont fait penser qu'il y a accumulation du principe toxique dans l'économie.

Quand on recherche l'arsenic dans des cas analogues au précédent, il ne faut donc pas se presser de conclure à la non-absorption, puisque chaque fois que la quantité absorbée quotidiennement sera minime, l'élimination du poison ne se fera d'une manière apparente qu'après une sorte de saturation.

Le passage intermittent de l'arsenic dans les urines de notre malade semble confirmer cette opinion.

Des résultats identiques nous ont été donnés par deux autres malades.

La nature du tissu malade vient souvent modifier l'absorption : ainsi appliquée sur une partie saine privée de son épiderme, la pâte arsenicale donne lieu immédiatement à des phénomènes toxiques, si elle a été appliquée en assez forte proportion, et passe dès le premier jour dans l'économie, si l'application a été faible.

C'est ce que prouve l'observation suivante :

Une femme couchée au n° 15 de la salle Saint-Antoine portait à la partie inférieure du nez un bouton recouvert d'une croûte de la largeur d'une pièce de 1 fr.

M. Manec reconnut une affection de nature cancéreuse et résolut d'employer le caustique : la croûte, enlevée au moyen de cataplasmes, laissa voir un tissu non désorganisé, sur lequel on fit l'application.

Dès le lendemain, toutes les urines de la malade soumises à l'appareil de Marsh donnèrent des taches arsenicales.

Au contraire, chez une autre malade dont le nez tout entier ne formait qu'un énorme champignon cancéreux, il fallut réitérer les applications trois fois avant de pouvoir déceler dans les urines une trace d'arsenic ; ce ne fut qu'au bout de quinze jours que le tissu anormal étant enfin saturé par une sorte d'imbibition, l'absorption eut lieu, et alors le champignon, dans toute son épaisseur, renfermait de l'arsenic, ainsi qu'on put s'en assurer en enlevant une partie de la tumeur à sa partie inférieure, au-dessous de la surface sur laquelle l'application du caustique avait été faite.

Une autre cause d'erreur se présente encore dans des recherches de ce genre.

Quelquefois, la quantité d'arsenic contenue dans les urines est tellement minime, qu'on ne peut en découvrir, ainsi que cela m'est arrivé deux fois.

Je partageai alors en deux la quantité d'urine que l'on faisait évaporer chaque jour : la moitié était traitée par la méthode ordinaire, et ne donnait ni tache ni anneau bien sensibles ; l'autre moitié était de même introduite dans l'appareil de Marsh ; mais on faisait passer le gaz dans une dissolution parfaitement neutre d'azotate d'argent : on sait que l'argent est réduit, et que la liqueur renferme de l'acide arsénieux en dissolution si les matières soupçonnées renfermaient de l'arsenic.

Je faisais ainsi passer dans la même solution argentique le gaz fourni par les essais de plusieurs jours.

Ce qui restait d'azotate d'argent était décomposé par l'acide chlorhydrique ; le liquide décanté était soumis à l'évaporation, repris par l'eau distillée, introduit dans l'appareil de Marsh, et donnait alors des taches en grande quantité.

Ce procédé, indiqué par Simon de Poggendorf, puis reproduit et perfectionné par M. Lassaigne, est donc un excellent moyen de concentration que l'on peut employer avec succès dans toutes les recherches de ce genre.

(*Répertoire de pharmacie*).

CORRESPONDANCE.

Injections iodées.

Quelque intérêt que présente en ce moment la question de la médication iodée et iodo-ferrique, nous pensons que celle qu'ont soulevée nos deux honorables correspondants doit être assez éclairée, pour que nos lecteurs sachent à quoi s'en tenir. Nous regrettons donc que notre ami, M Boinet, n'ait pas tenu l'engagement qu'il avait pris dans sa dernière lettre, d'arrêter là la discussion.

Les discussions théoriques sur les questions pratiques mènent, en général, à peu de chose, souvent à embrouiller les questions plutôt qu'à les éclairer ; telles sont celles qui ont lieu entre nous et notre honoré confrère, M. Abeille, à propos du traitement des abcès par congestion par les injections iodées ; dans ces cas, un fait bien observé, bien authentique, vaut mieux que toutes les affirmations possibles. Notre intention était donc d'en rester là avec M. Abeille, persuadé que nous sommes pour notre part, que nous ne pourrons jamais nous entendre, du moment que notre confrère croit devoir récuser tous les faits de guérison que nous lui citons, tous ceux qu'on a publiés et que nous avons publiés nous-même, et qu'il prétend, sans en fournir de preuve bien entendu, que les abcès par congestion, traités dans les services de MM. Huguier, Jobert et autres ne sont que des abcès froids proprement dits. Pour notre compte nous attendions, ce qui ne peut manquer d'avoir lieu tôt ou tard, que ce point de thérapeutique fût étudié par ceux qui, sans autre intérêt que la science seule, voudront bien l'expérimenter.... Mais, en présence des nouvelles assertions *sans preuve* de M. Abeille, *qu'il est impossible* de guérir des abcès par congestion par la méthode que nous avons proposée, nous croyons devoir soumettre les quelques réflexions qui vont suivre, aux lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*.

Sûr de la science et de son talent d'observation supérieur, il paraît, à celui de tous les autres, M. Abeille se pose en maître infaillible, déclarant que sa mission est d'éclairer les autres, de combattre les tendances erronées, les idées préconçues et de donner des leçons aux jeunes praticiens et même aux vieux ; car, à l'en croire, tous les abcès par congestion guéris jusqu'ici, aussi bien les miens que ceux observés dans les services de MM. Huguier, Jobert et ailleurs, et traités par ma méthode, n'étaient que des abcès froids.... de la part de tous, il y a eu erreur complète dans le diagnostic.... car il est *impossible* de guérir avec notre méthode.

Ce mot *impossible* est sans doute vrai pour les faits de M. Abeille, mais pour ceux qu'il nie sans les avoir vus, et qu'il prétend avoir mieux vus que ceux qui les ont examinés, palpés, traités, il devrait y avoir au moins certains doutes.... Il faut avouer que c'est un moyen facile de se donner raison, mais ce procédé *ne prouve* rien, et la science ne l'accepte pas, pas plus que les observateurs sévères et consciencieux. Quant à nous, nous ne pouvons que féliciter notre éminent confrère d'un coup d'œil aussi perspicace, et nous commençons à croire qu'il doit être bien supérieur à tout le monde, dans l'art d'observer, puisqu'il suit mieux la maladie des individus en ne les examinant pas, que ceux qui les examinent avec soin.

Quoi qu'il en soit de ces prétentions, nous resterons dans nos tendances erronées, et nous aurons encore la puérilité de croire que nous avons traité et guéri de véritables abcès par congestion par notre méthode ; nous citons des faits, nous indiquons où les trouver, qu'on veuille bien les examiner, nous ne pouvons faire mieux ; puis nous ajoutons qu'il est impossible de faire voir ceux qui ne veulent pas voir....

Jusqu'à présent, nous avions cru qu'il s'agissait tout simplement d'une question de thérapeutique, mais nous avons enfin découvert la cause de toutes ces discussions ; la voici écrite en toutes lettres, dans la dernière réponse de M. Abeille : *on guérit donc par notre méthode et non par celle de M. Boinet.* De grâce, mon cher confrère, laissons les autres juger nos méthodes, et ne nous empressons pas de vouloir donner des leçons à tout le monde. Attendons du temps et de l'expérience, pour savoir s'il n'y a que ce que vous dites ou faites qui soit conforme à l'observation, et si la méthode que j'ai préconisée est une pure chimère, et la *vôtre,* si supérieure, que rien ne peut l'égaler. Alors, cher et savant maître, vous nous permettrez bien une toute petite réflexion à l'endroit de votre méthode qui guérit si bien. D'abord, nous remarquerons qu'elle guérit bien rarement, car, depuis quatre ans que vous l'avez *créée et mise au monde,* vous n'avez encore qu'une seule guérison à nous montrer, et encore d'aucuns prétendent-ils qu'il y a quelque chose à redire sur cette guérison : ils trouvent votre observation bien peu concluante et surtout peu digne d'un homme qui s'intitule un observateur sévère et consciencieux ; d'un médecin qui a passé toute sa vie dans les salles des malades, dans le but d'empêcher les jeunes confrères de s'égarer.

Comme il n'y a rien de spéculatif dans cette observation, et que tous les détails y sont rigoureusement observés et indiqués, nous vous demanderons la permission de la rappeler et de vous demander des éclaircissements sur quelques points que nous n'avons pu comprendre, malgré toute notre bonne volonté. Voici cette observation qui est consignée dans la *Revue médicale,* mai et juin 1849, p. 113 :

Il s'agit d'une jeune fille de Givet, âgée de 21 ans, ayant deux tumeurs fluctuantes situées, l'une plus volumineuse, vers la région lombaire gauche ; l'autre en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté. Cette malade avait ressenti des douleurs dans la région cervicale, au niveau des apophyses épineuses des troisième, quatrième et cinquième vertèbres ; un point douloureux existait aussi vers l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre du cou. Soupçonnant deux abcès par congestion, M. Abeille jugea à propos de faire des injections iodées, après avoir soumis cette jeune fille à un mois de traitement général et lui avoir appliqué six cautères à la potasse, dans une seule séance, le 17 mars.

« Par une ponction sous-cutanée, j'évacuai environ 300 grammes d'un pus séreux. Une injection iodée au tiers fut pratiquée immédiatement. En huit jours, l'abcès s'était reproduit : nouvelle ponction, nouvelle injection ; c'était le 30 avril.

« *Le 3 mai,* l'abcès sous-scapulaire fut ponctionné et injecté à son tour, comme le précédent ; tous les deux furent ponctionnés et *injectés quatre fois, de huit jours en huit jours chaque fois. A la quatrième ponction,* la collection était réduite des trois cinquièmes et plus. Les tissus, auparavant décollés, commencèrent à adhérer dans toute la circonférence. Je pratiquai enfin une ponction directe sur chaque abcès, afin de pouvoir les injecter tous les jours. Après chaque injection, qui était à parties égales de teinture et d'eau, l'ouverture était obstruée avec un morceau de taffetas agglutinatif. Enfin, *le 3 juin,* quelques jours avant mon départ de Givet, *la cicatrisation était achevée* dans ces deux abcès, et la jeune personne avait un aspect de santé confirmée.

« Ce qui m'a donné la conviction que j'avais affaire à deux abcès par congestion, c'est d'abord le début de la maladie, l'origine des abcès succédant aux douleurs cervicales ; l'endolorissement des apophyses des vertèbres, endolorissement si bien circonscrit ; la position des abcès, la nature du liquide, et par-dessus tout les décollements excessivement vastes s'étendant, pour le plus grand abcès, presque jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale, ainsi que j'ai pu m'en assurer, par l'introduction d'une sonde flexible qui remontait le long de la gouttière vertébrale, jusqu'à environ un pouce ou un pouce et demi du lieu indiqué. »

Quelle valeur accorder à cette observation ? Les observateurs les moins sévères trouveront qu'elle manque de détails importants, que les dates sont difficiles, pour ne pas dire autrement, à coordonner. Aujourd'hui que notre confrère se pose en maître et écrit qu'il a mission de donner des leçons, qu'il se targue d'être un observateur plus sévère et plus consciencieux que pas un, qu'il est de son devoir de s'élever contre tout ce qui n'est pas conforme à l'observation, et qu'il nous cite enfin sa méthode basée sur une seule et unique observation qui lui sert de colonne, nous le prions humblement de vouloir bien nous instruire et de nous donner quelques renseignements sur l'observation qu'on vient de lire.

D'abord étaient-ce des abcès par congestion ? Nous n'en pouvons douter, pour notre compte, puisque M. Abeille l'affirme et qu'il ne peut se tromper, lui observateur si sévère. Cependant quelques-uns pourront dire que ces abcès n'étaient peut-être que des abcès froids proprement dits, les signes énoncés dans l'observation appartenant également à ces deux maladies, et qu'on n'y trouve aucun signe mathématique indiquant un abcès par congestion.

Ils se demanderont ensuite comment du 3 *mai,* jour où M. Abeille a ponctionné un abcès *pour la première fois, au 3 juin,* jour où *la cicatrisation était achevée,* c'est-à-dire dans l'espace de trente jours, il a pu faire *de huit jours en huit jours quatre ponctions* et quatre injections, ensuite *une ponction directe,* et enfin des injections *répétées tous les jours.* Car, en supposant que la ponction directe ait été faite comme les autres ponctions huit jours après la dernière ou la quatrième ponction sous-cutanée, et qu'ensuite les injections aient été faites tous les jours seulement pendant huit jours, ce qui n'est pas trop exiger pour guérir un abcès dont la collection n'était réduite que des trois cinquièmes après la quatrième ponction, on arrive à compter qu'il a fallu au moins un laps de temps de quarante à cinquante jours ; et si la cicatrisation était achevée le 3 juin, cela suppose que toute suppuration devait avoir cessé depuis huit jours au moins. Alors comment comprendre ces quatre ponctions faites de huit en huit jours dans l'espace d'un mois, puis cette ponction directe, puis ces injections pratiquées ensuite tous les jours, etc., etc. Cette malade guérie si subitement de deux abcès par congestion, de quatre vertèbres cariées, qu'est-elle devenue ? La guérison s'est-elle maintenue ?

Un autre point frappera encore dans cette observation, c'est l'exploration faite avec une sonde flexible qui pénètre des lombes jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale. Sans aucun doute, les ponctions ont été sous-cutanées, pour éviter l'introduction de l'air dans les foyers. Alors à quoi ont-elles servi, si une sonde a été introduite dans toute la longueur du foyer... de quelle nature était cette sonde, quel était son volume, sa longueur... à quel signe notre confrère a-t-il reconnu qu'elle a pénétré jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale ; dans quel point de l'abcès a été pratiquée la ponction sous-cutanée, car nous n'avons pas oublié que la tumeur était placée dans la région lombaire gauche ? Si ce n'est pas après la première ou les premières ponctions que cette sonde a été introduite, ce n'est pas assurément après la quatrième et encore moins après la ponction directe, puisque à cette époque *les tissus auparavant décollés commençaient à adhérer dans toute la circonférence.* Voici des détails qu'on exigera toujours d'un observateur sévère.

Sans le vouloir, et sans s'en douter probablement, M. Abeille nous fournit lui-même dans son unique observation, la preuve qu'on peut faire pénétrer des liquides jusque sur les surfaces cariées, ce qu'il ne veut admettre pour rien au monde ; mais, cher confrère, si une sonde flexible a bien pu pénétrer de la région lombaire à la région cervicale, pourquoi un liquide quelconque, nos injections iodées par exemple, ne pourraient-elles pas pénétrer... Si vous le comprenez, nous vous serons obligé de nous le dire, car nous qui admettons cette pénétration de l'injection contre le bon sens, la logique, la physique, la physiologie et l'anatomie pathologique, nous avons besoin d'une explication de votre part à ce sujet.

En résumé, et pour en finir une bonne fois, nous attendrons désormais que M. Abeille prouve *mathématiquement,* et comme il en a pris l'engagement, que notre méthode n'est qu'une pure chimère, car jusqu'à présent il n'a, dans toutes nos discussions, que donné des affirmations, des assertions, *mais des preuves, point.* Dr BOINET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par suite de la retraite de MM. Martin-Solon et Clément, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel médical des hôpitaux de Paris, au 1er juillet prochain :

M. le professeur Grisolle, actuellement à la Pitié, est nommé à l'Hôtel-Dieu ;

M. Marotte, de l'hôpital Sainte-Marguerite, et M. Noël Gueneau de Mussy, passent de l'hôpital Saint-Antoine à la Pitié ;

M. Monneret passe de Beaujon à Necker (place de nouvelle création) ;

M. Teissier passe de Sainte-Marguerite à Beaujon ;

M. Legendre, de Lourcine, et M. Pidoux, de Bon-Secours, vont à Sainte-Marguerite ;

M. Behier passe de Bon-Secours à Saint-Antoine ;

M. Becquerel passe de l'institution Sainte-Périne à Lourcine ;

M. H. Roger passe des Enfants-Trouvés aux Enfants-Malades, en remplacement de M. Trousseau, nommé professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu ;

M. Baron passe de l'inspection des nourrices aux Enfants-Trouvés ;

M. Bouchut quitte l'hôpital de Bon-Secours pour prendre l'inspection des nourrices ;

Enfin M. Fremy passe du Bureau central à Sainte-Périne.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 77. 1re année. Mardi 28 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. M. Gendrin. Leçons cliniques sur l'hystérie, par le Dr A. H. Margerie. (*Suite.*) — Hôpital Saint-Louis. M. Malgaigne. Première fracture de la rotule gauche, suivie sept ans après d'une fracture de la rotule droite, et cinq ans plus tard d'une deuxième fracture de la rotule droite, par M. Garreau. — Hôtel-Dieu de Toulouse. Opération césarienne pratiquée avec succès, dans un cas de mort, au huitième mois de la grossesse, par M. le Dr Laforgue. — Note sur une nouvelle méthode de ligature des artères, par M. J. Apostolides (de Bosphore). — Sur le liniment phosphoré, par M. Bellentani. — **CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON** : De la chaleur animale comme principe de l'inflammation, etc., par M. le Dr Robert Latour.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les nos* 16, 23, 28, 29, 36, 53, 58, 69, 70.)

Des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer il ressort que différents ordres de phénomènes sont à considérer dans le diagnostic comparatif de l'hystérie et de l'épilepsie, il importe de ne pas perdre de vue la valeur exacte et la signification de ces divers phénomènes.

Lorsqu'on trouve une hypéresthésie ou une anesthésie permanente, il s'agit, à n'en pas douter, d'une maladie hystérique : cette maladie est-elle compliquée d'épilepsie? c'est ce qui reste à savoir. Ici le médecin devra se rappeler qu'on ne peut admettre la complication d'épilepsie ni pour l'hystérie à forme extatique, ni pour l'hystérie à forme douloureuse.

Lorsque la forme clonique de l'hystérie se rapproche des formes de l'épilepsie, il faut tenir compte des phénomènes que présentent les attaques et ne pas oublier qu'à l'encontre de ce qui a lieu dans l'épilepsie, les accès cloniques se renouvellent dans l'hystérie et se répètent avec plus ou moins de fréquence.

Si l'on analyse ainsi les symptômes de la maladie, il ne se trouvera qu'un petit nombre de cas dans lesquels le doute pourra subsister, il conviendra alors d'examiner les malades pendant un certain laps de temps, on s'abstiendra de se prononcer sur la considération exclusive d'un seul paroxysme. Si, après un délai suffisant, apparaissent les petites attaques, les vertiges épileptiques, on sera autorisé à affirmer qu'il y a épilepsie.

Il est impossible de confondre l'hystérie avec des maladies convulsives autres que celles dont il vient d'être question; il serait superflu d'établir le diagnostic comparatif de l'hystérie, soit avec la danse de Saint-Guy, soit avec les convulsions qui, chez les enfants, éclatent à l'occasion de l'éruption des dents. La première de ces deux affections offre des différences trop caractéristiques pour jamais donner lieu à une méprise; la seconde se manifeste à un âge où n'existe pas l'hystérie.

L'éclampsie symptomatique de la dentition n'est liée à des phénomènes continus ni d'anesthésie, ni d'hypéresthésie. Elle ne saurait jamais être confondue, si elle pouvait fournir matière à confusion, qu'avec l'épilepsie.

BIBLIOGRAPHIE.

De la chaleur animale comme principe de l'inflammation, et de l'emploi des enduits imperméables, comme application du dogme, par le docteur Robert Latour. — Paris, 1853. — Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

Deux parties distinctes composent le remarquable opuscule de M. Robert Latour : l'une dogmatique, théorique, fait connaître les opinions de l'auteur touchant le mécanisme de l'inflammation; l'autre, riche de faits d'un haut intérêt, met en évidence, à l'aide de nombreuses observations, l'efficacité des enduits imperméables dans le traitement des phlegmasies.

Après avoir rappelé combien peu sont satisfaisantes les diverses théories émises par les auteurs; après avoir mis à nu le vice radical qui frappe d'une stérilité absolue toutes les expériences faites sur les animaux à sang froid, et spécialement sur la grenouille; après avoir cherché à prouver, par une discussion approfondie et par des expériences très-curieuses, que l'inflammation franche, suppurative, ne peut se développer chez les animaux à sang froid, M. Robert Latour établit en principe que « *l'inflammation est un ensemble de phénomènes physiques enchaînés les uns aux autres, et dont l'élément initial n'est autre chose que l'ascension locale de la chaleur animale.* »

A l'appui de cette assertion, M. Robert Latour invoque les arguments suivants : Il est généralement admis, aujourd'hui, que les phénomènes d'hématose et de calorification s'accomplissent, non dans les poumons exclusivement, comme l'avaient d'abord proclamé Lavoisier et Séguin, mais dans tous les organes, dans tous les tissus, dans tous les points de l'économie, par l'intermédiaire des vaisseaux capillaires : dans toute phlegmasie franche, la partie enflammée subit une élévation de température qui, après avoir été pendant plus ou moins de temps locale, partielle, finit par élever la température animale générale. Il est à peu près démontré que l'augmentation de fibrine qui accompagne l'inflammation est un phénomène secondaire consécutif dont la production est liée à l'élévation de la chaleur organique.

Arrêtons-nous ici un instant, non pour contester la justesse de ces propositions, mais pour soumettre à l'auteur une observation qui, d'ailleurs, s'adresse plutôt à la forme qu'au fond de son œuvre.

En exposant ses idées touchant le rôle que joue la chaleur animale dans la production des phénomènes de l'inflammation, M. Robert Latour nous paraît s'attribuer une priorité, une initiative qui ne lui appartiennent pas, et oublier un peu trop que ces idées ont depuis longtemps cours dans la science. Eh quoi donc! tous ceux qui ont étudié les applications thérapeutiques du froid ne les ont-ils pas énoncées? M. J. Cloquet ne professe-t-il point depuis longtemps que le développement de l'inflammation est intimement lié aux conditions de température?

Que M. Robert Latour nous permette de lui rappeler ce que nous-même nous avons écrit à cet égard.

« Les caractères fondamentaux de toute phlegmasie aiguë sont : l'élé-

En ce qui concerne le diagnostic des différentes formes de l'hystérie, chez un seul ou chez plusieurs malades, qu'il y ait attaque clonique ou attaque fugace, il est toujours facile d'arriver à la vérité; on trouve toujours en effet, comme point de repère, comme phénomènes pathognomoniques, les perturbations de la sensibilité tégumentaire persistant dans les intervalles des accès. Ces perturbations sont tellement prononcées, même dans les hystéries les plus légères, qu'elles permettent de porter un jugement certain et positif; elles sont liées d'une manière tellement invariable à la maladie hystérique, qu'elles permettent de faire rentrer dans le cadre de cette affection les accidents de l'extase et de la catalepsie.

En présence d'une maladie aussi opiniâtre que l'hystérie, qui dure habituellement un temps aussi long, qui se manifeste par des accidents aussi variés, il est naturel de se demander quels sont les phénomènes morbides, quels sont les symptômes et les signes à l'aide desquels le médecin peut être conduit à reconnaître la durée, la terminaison et les transformations de l'affection qu'il a sous les yeux.

Tels sont les divers points de vue sous lesquels doit être considéré le pronostic des maladies hystériques.

Ces maladies sont en général tenaces et rebelles, du moins il est vrai de dire que leurs conditions d'opportunité persévèrent pendant une partie de la vie. Leur pronostic, envisagé dans le sens le plus général, se résume dans la proposition que nous venons de formuler. Après leur disparition subsiste une grande aptitude à des récidives qui sont toujours longues et jettent le système nerveux dans un état de mobilité d'autant plus prononcé qu'elles durent un temps plus considérable.

Pour compléter le pronostic de l'hystérie, nous devons ajouter aux considérations qui précèdent, que cette affection n'est jamais mortelle par elle-même. Les femmes qu'on voit succomber pendant le cours des maladies hystériques sont constamment emportées par des maladies accessoires qui, disons-le en passant, fournissent l'occasion de reconnaître l'absence de lésions anatomiques en rapport avec la maladie nerveuse.

L'hystérie ne paraît pas exercer une notable influence sur la gravité des affections intercurrentes dont les malades peuvent être atteintes, il arrive seulement qu'en raison de la mobilité exagérée du système nerveux et de l'aptitude aux mouvements cloniques qui sont le propre des hystériques, ces affections se compliquent facilement d'accidents nerveux. C'est à de semblables complications que diverses maladies doivent de revêtir une forme insolite. En résumé, les maladies qui surviennent incidemment chez les hystériques n'empruntent pas aux conditions pathologiques au milieu desquelles elles éclatent une gravité réelle, mais un caractère nerveux et spasmodique qui change entièrement leur physionomie habituelle.

L'étude des causes de l'hystérie démontre d'une manière incontestable qu'elle est subordonnée, sous le rapport de l'opportunité, de la durée et de la gravité, à la mobilité du système nerveux. D'un autre côté, on ne saurait révoquer en doute que la mobilité du système nerveux éprouve de profondes modifications avec les progrès de l'âge et aux différentes époques de la vie; ces modifications font sentir leur influence dans l'hystérie, elles peuvent servir de base à des appréciations pronostiques : moins les malades sont avancées en âge, moins elles s'éloignent de l'âge de la puberté, plus l'hystérie a de temps à parcourir, plus elle présente d'opportunité aux récidives. A mesure que les femmes approchent de l'âge critique, époque à laquelle le système nerveux subit dans ses fonctions des changements qui ont toujours pour résultat d'atténuer sa mobilité, les chances d'une terminaison prompte et facile augmentent et se multiplient. Chez les personnes peu âgées, la mobilité nerveuse se révèle plus particulièrement par la rapidité, l'instantanéité et la soudaineté des mouvements; les années qui se succèdent apportent une diminution sans cesse croissante à l'aptitude en vertu de laquelle les actes de la locomotion s'exécutent d'une manière rapide et instantanée, l'hystérie participe à cette diminution.

On peut jusqu'à un certain point prévoir, d'après l'âge des malades, la disposition plus ou moins grande qu'elles auront à contracter telle ou telle forme d'hystérie; ainsi, par cette seule raison qu'une femme aura atteint une certaine période de son existence, on sera autorisé à prédire qu'elle aura plutôt des attaques extatiques que des attaques convulsives. Chez les très-jeunes femmes, les phénomènes paroxystiques de l'hystérie consistent presque toujours dans des accès cloniques.

Lorsque l'hystérie se déclare à l'époque de la puberté, il est permis de pronostiquer que si elle doit se prolonger pendant un laps de temps assez considérable, des accès d'extase se mêleront, avec les progrès de l'âge, aux accidents cloniques, de manière à modifier de plus en plus la forme primitive de la maladie. Comme la forme extatique de l'hystérie présente un caractère plus alarmant que la forme convulsive, l'invasion de plus en plus fréquente des accès d'extase semble aggraver de jour en jour le pronostic de la maladie; en réalité, les accidents extatiques, de même que les autres accidents paroxystiques de l'hystérie, ne sont jamais suivis d'une terminaison funeste.

Les attaques répétées d'hystérie, les attaques extatiques en particulier, déterminent, par la fréquence de leur retour et souvent par l'accession de causes qui agissent sur le moral avec d'autant plus d'intensité que la sensibilité est plus vive, une

---

« vation de la température animale, l'augmentation de la fibrine du sang « et l'accélération du pouls.

« Dans quel ordre se succèdent ces phénomènes? Quels sont les liens « qui les unissent? Quels sont les rapports de cause à effet qui existent « entre eux?

« Sans accepter les assertions de Muller, suivant lesquelles l'albumine « et la fibrine ne seraient, celle-là qu'un protoxyde et celle-ci qu'un deu- « toxyde de protéine, ne peut-on point se demander *si le premier phéno- « mène produit n'est pas l'élévation de la température animale?* Si la « suractivité de la combustion n'a aucune influence sur l'accroissement de « la fibrine et l'accélération du pouls?

« Ne serait-il pas important de rechercher à l'aide du thermomètre, de « l'analyse chimique du sang et de l'aiguille à secondes, les influences « exercées par la médication réfrigérante appliquée au traitement des « phlegmasies, et cette étude ne pourrait-elle pas démontrer que c'est « en s'opposant dès le début à l'élévation de la température animale que « cette médication empêche la fibrine de dépasser notablement son chiffre « physiologique et le pouls de s'élever au-dessus de la fréquence nor- « male? » (*Traité d'hydrothérapie*, page 191.)

La doctrine, le *dogme*, pour nous servir des expressions de l'auteur, n'appartient donc pas à M. Robert Latour, ce qui n'enlève rien au mérite des démonstrations nouvelles qu'il a produites, des expériences qu'il a instituées, des recherches qu'il a accomplies dans le but de faire partager ses convictions aux esprits encore incertains et flottants. La démonstration n'est d'ailleurs pas complète, et M. Robert Latour reconnaît lui-même qu'en proclamant que le système nerveux ganglionnaire est l'agent de la calorification, il ne fait qu'émettre une hypothèse à laquelle manque encore l'appui de l'expérimentation. — Du reste, l'auteur n'attache qu'une médiocre importance à la recherche de cette cause première, et il a soin d'ajouter : « La réalité d'une chaleur animale, *qu'on en connaisse ou non le « mobile,* suffit seule aux besoins de ma conception. »

Quelques mots vont suffire maintenant pour initier le lecteur à cette conception.

La chaleur animale a pour principale destination d'assurer et régler la progression du sang dans les capillaires. « Si, toujours en équilibre dans l'organisme, la chaleur animale ne pouvait monter ou descendre dans un point sans faire participer à ce mouvement l'économie tout entière, ou encore si le sang cheminait dans des tuyaux solides, sans élasticité, capables de résister à l'action dilatante du calorique, les différents degrés de température auxquels ce liquide pourrait être porté en précipiteraient ou en ralentiraient la marche, mais, n'en modifiant jamais le mode de répartition, laisseraient la circulation, dans tous ces déportements, sous la puissance exclusive du cœur. Mais d'un côté, variant constamment, dans l'état physiologique, la chaleur animale se produit à des degrés divers dans les organes, suivant l'exercice plus ou moins énergique de leurs fonctions, et elle se développe surtout avec exagération dans différents points, sous l'empire de certaines causes morbides; d'un autre côté, le sang qui, dans la progression, subit l'influence de cette chaleur, chemine dans des tuyaux élastiques, toujours prêts à obéir à la dilatation ou à la condensation dont ce fluide est l'objet; et c'est ce mouvement variable de dilatation et de

perturbation réelle des facultés intellectuelles, à tel point que certaines hystériques tombent dans un état de manie nettement caractérisé. Dans quelques cas, cet état de manie s'établit chez les hystériques pendant la convalescence de maladies graves qui ont fortement ébranlé le système nerveux. Il n'a pas de gravité, du moins quant à sa terminaison fâcheuse, jamais en effet il ne conduit à la démence; néanmoins, il mérite d'être pris en considération sous le rapport des accidents actuels qu'il entraîne avec lui, il peut se compliquer et se complique fréquemment en réalité de symptômes de paralysie avec contracture des membres et de symptômes d'hémiplégie qui, nonobstant leur apparence quelquefois redoutable, ne constituent jamais une affection durable et dangereuse.

A l'occasion de la manie consécutive à l'hystérie, nous devons signaler une erreur que plusieurs auteurs ont commise au point de vue des maladies mentales. Les auteurs auxquels nous faisons allusion, disciples de Pinel, ont particulièrement insisté, à l'exemple de leur maître, sur la manie qui survient à la suite des couches, considérée sous le rapport de son pronostic; ils ont fait remarquer qu'elle est, entre toutes les variétés de manie, celle qui offre le plus souvent une heureuse terminaison, celle qui guérit avec le plus de facilité. Il ne se passe pas d'année où il ne se présente dans nos salles quelques cas de manie puerpérale; ordinairement les femmes qui en sont atteintes recouvrent assez rapidement la raison, mais il est à remarquer qu'un certain nombre d'entre elles réunissent l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'hystérie : anesthésie, attaques cloniques et quelquefois phénomènes de paralysie avec contracture ou relâchement. Il existe donc des manies puerpérales qui ne sont autre chose que des formes réelles de l'hystérie; sous ce rapport, le pronostic de ce genre d'affection est en général favorable, la guérison a lieu dans un espace de temps très-court, relativement à la durée ordinaire des maladies mentales, habituellement elle s'accomplit dans le délai de trois mois.

Parmi les accidents hystériques qui peuvent faire présager l'altération plus ou moins complète, plus ou moins durable des facultés intellectuelles, il en est quelques-uns qui méritent d'être mentionnés d'une manière spéciale, nous avons nommé les accès extatiques; l'action fâcheuse qu'ils exercent sur l'intelligence est toujours beaucoup plus prononcée que celle dont s'accompagne le retour répété des accès cloniques.

Les symptômes divers qu'éprouvent les malades permettent jusqu'à un certain point de prévoir la durée de l'hystérie et les transformations possibles de ses formes les unes dans les autres : lorsque les accès sont très-violents et se montrent sous forme clonique, les hystériques sont moins menacées des accidents de la manie que dans les conditions contraires; en retour, elles sont plus sérieusement exposées aux phénomènes de la paralysie, phénomènes qui se développent habituellement par le fait de la répétition fréquente des grandes attaques cloniques.

En résumé, le pronostic de l'hystérie est celui d'une maladie qui se termine dans la presque totalité des cas par la guérison, qui dure très-longtemps, mais n'apporte jamais avec elle le plus léger changement dans les fonctions organiques, qui peut déterminer une perturbation temporaire dans les facultés intellectuelles, mais qui ne donne jamais naissance à des formes de manies susceptibles de passer à la démence, et, par les progrès incessants de la démence, de conduire lentement les malades à la mort.

Dr A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Saint-Louis. — M. MALGAIGNE.

Première fracture de la rotule gauche, suivie sept ans après d'une fracture de la rotule droite, et cinq ans plus tard d'une deuxième fracture de la rotule droite.

Observation recueillie par M. GARREAU, *interne.*

J'ai cité, dans mon *Traité des fractures,* et j'avais publié dans mon *Journal de chirurgie,* t. 1er, p. 239, un cas, jusqu'alors inouï, de fracture transversale survenue sur une rotule déjà fracturée en travers antérieurement, en sorte qu'il y avait à la fois deux fractures et trois fragments transversaux. D'après les commémoratifs, les deux fractures auraient été le produit de l'action musculaire; mais la présence de quelques esquilles me donnait lieu d'en douter. Voici un deuxième cas où l'action musculaire a joué un rôle incontestable; et si cette fois nous n'avons pas l'autopsie, au moins l'observation sur le vivant sera complète.

Observation. — Marotain, âgé de 38 ans, peintre en bâtiments, entra à l'hôpital le 22 mars 1853, pour une fracture soudaine de la rotule droite.

Il y a douze ans, en jouant au volant, il tomba en arrière; et, dans l'effort qu'il fit pour se retenir, la rotule gauche fut fracturée transversalement, à peu près vers son milieu. La fracture était complète, et les fragments écartés de trois centimètres environ. Il entra à la Pitié, dans le service de Lisfranc, qui fit appliquer des compresses graduées au niveau de chaque fragment, et les maintint au moyen d'une bande roulée dont les

---

condensation, dans des tubes doués d'élasticité, qui partage avec le cœur la répartition du sang. »

« Ainsi, pour que la circulation s'accomplisse avec régularité dans les tubes élastiques, pour que tous les organes obtiennent chacun la quantité de sang à laquelle il a droit, et seulement cette quantité, il faut qu'à l'égard de la chaleur, tous se maintiennent entre eux constamment dans les mêmes rapports que si, rompant cet équilibre, la chaleur se trouve en excès dans un point, les vaisseaux sanguins qui s'y distribuent augmentent de calibre sous l'empire de la dilatation du liquide et les colonnes qui se succèdent en vertu de la circulation, admises de plus en plus fortes dans ces tubes progressivement élargis, s'y dilatent, chacune à son tour, jusqu'à ce que la résistance des parois vasculaires distendues puisse balancer l'action dilatante du calorique, ou que, cédant enfin, ces parois se déchirent et laissent échapper le sang dans la trame des tissus. »

Or, ces phénomènes sont précisément ceux qui caractérisent les divers degrés de l'inflammation.

Ceci admis, M. Robert Latour est arrivé *à priori,* et guidé par la méthode d'induction, à une conclusion que la méthode expérimentale et empirique a depuis longtemps formulée *à posteriori,* et en se fondant sur les résultats de la médication réfrigérante, à savoir : *que dans le traitement des phlegmasies, la première et la plus pressante indication est de s'opposer à l'élévation morbide de la chaleur animale.*

Cette indication, à laquelle répond si merveilleusement le *froid,* ce précieux agent antiphlogistique dont M. Robert Latour a pu apprécier lui-même les immenses avantages, l'auteur a voulu la remplir à l'aide des *enduits imperméables,* en se fondant sur ce fait mis en lumière par M. le Dr Fourcault, à savoir, qu'il suffit d'enduire un animal à sang chaud d'une couche de résine, ou simplement d'une couche d'huile, de manière à former avec la fourrure une sorte de feutre imperméable, interceptant complétement le contact de l'air avec la peau, pour voir cet animal succomber en trois ou quatre heures, *après un abaissement progressif de sa température,* expérience qui démontre péremptoirement que l'action immédiate de l'air sur la peau est une des conditions absolues de la calorification.

Ceci nous conduit à la partie pratique du livre de M. Robert Latour, et nous allons y suivre l'auteur, sans rechercher davantage jusqu'à quel point le *dogme* est rigoureusement établi; si toutes les prémisses sont exactes, si toutes les conclusions sont logiquement déduites.

Nous nous trouvons tout d'abord en présence d'un grand nombre d'observations d'érysipèle des membres, du tronc, de la face, du cuir chevelu, spontané ou traumatique, fixe ou ambulant, dans lesquelles on voit les enduits imperméables amener des guérisons si rapides, si irrégulières, si constantes, que M. Robert Latour ne craint pas d'affirmer que désormais aucun érysipèle traité par sa méthode ne se terminera par la mort.

Après l'érysipèle, figurent le zona, le furoncle, l'anthrax, le phlegmon, le panaris, le bubon simple et spécifique, les tumeurs inflammatoires du sein et du testicule, les oreillons, les plaies, les brûlures, l'entorse, le rhumatisme articulaire aigu, et enfin la goutte, envisagée au point de vue des phénomènes locaux et inflammatoires de l'accès. « Rien de plus merveilleux, dit M. Robert Latour, que de voir, sous l'empire de l'enduit imper-

tours se croisaient en X dans le creux du jarret. Cet appareil resta cent dix jours. Au bout de ce temps, au dire du malade, les fragments étaient plus écartés qu'à son entrée à l'hôpital. Aujourd'hui, les deux fragments paraissent réunis par un tissu fibreux d'une grande épaisseur, non adhérent à la peau, d'une longueur de quatre centimètres ; les deux fragments ont basculé en avant, de manière que les bords de la fracture sont plus rapprochés en arrière qu'en avant.

Les mouvements de flexion de la jambe sont revenus peu à peu, mais incomplétement ; car aujourd'hui le malade peut à peine fléchir à angle droit sa jambe sur la cuisse.

Il y a cinq ans, ayant glissé sur le verglas, il tomba en arrière ; en voulant se retenir, il se fractura la rotule droite, conséquemment par le même mécanisme que la gauche ; et entra cette fois à Saint-Louis dans le service de M. Jobert. La fracture était transversale, et l'écartement si considérable que le malade affirme qu'on aurait pu placer la main à plat entre les fragments. La jambe fut fixée sur un plan horizontal, sans aucun appareil autour du genou. Au bout de cinquante jours, on plaça une bande roulée autour du membre, et il commença à marcher.

Si l'on examine maintenant cette rotule, on voit que les deux fragments sont réunis par un cal fibreux de 4 centimètres de longueur ; mais ils ne paraissent pas avoir basculé, et les surfaces de la fracture sont encore parallèles entre eux. Les mouvements de flexion restèrent incomplets, et à peine pouvait-il fléchir la jambe à angle droit.

Enfin, le 21 mars dernier, il montait un escalier, en portant un fardeau sur ses épaules ; son pied droit glissa sur le bord d'une marche ; la jambe fut ramenée en arrière en même temps que le corps était porté en avant, et cette flexion forcée détermina une nouvelle fracture de la rotule droite, le cal fibreux ayant résisté. Il entra le lendemain à l'hôpital. A l'examen, le genou droit paraît médiocrement gonflé, et une ecchymose recouvre la moitié inférieure de sa partie antérieure et externe. L'ancienne fracture était facile à reconnaître ; au niveau de la moitié du fragment inférieur, existe une fracture transversale très-manifeste ; les deux fragments sont mobiles l'un sur l'autre, écartés de 6 à 7 millimètres ; et il est aisé d'y produire la crépitation.

Le membre inférieur droit fut placé sur un plan incliné d'environ 45 degrés, et des cataplasmes furent appliqués sur le genou. Un peu de gonflement qui survint les premiers jours fut bientôt dissipé, et, le 11 mai, la jambe entourée préalablement d'une bande roulée, on permit au malade de se lever. En examinant le lieu de la fracture, on le reconnaît encore à une légère dépression ; mais cette dépression est linéaire, et tout autorise à croire à la réunion immédiate des deux fragments.

Le malade a quitté l'hôpital le 18 mai 1853, ayant en partie recouvré les mouvements du genou.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

Hôtel-Dieu de Toulouse.

Opération césarienne pratiquée avec succès, dans un cas de mort, au huitième mois de la grossesse,

Par le docteur Laforgue, *chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.*

On ne se douterait certainement pas aujourd'hui, d'après l'état de notre législation, que l'ancien législateur de Rome, Numa Pompilius, avait fait, à propos de l'opération césarienne, une loi expresse dont le texte est parvenu jusqu'à nous dans le *Digeste*, qui forme une partie du droit romain, base de l'enseignement actuel ; et que, dans le siècle dernier, le roi de Naples avait décrété par une loi que quiconque, par artifice, violence ou négligence, empêcherait ou même retarderait, au détriment du fœtus, l'opération césarienne serait regardé comme homicide, et que les délinquants seraient condamnés aux mêmes peines que les assassins (Mahon, *Médecine légale*, t. 3).

Si les législateurs ont laissé tomber en désuétude les lois qui garantissent la vie des enfants contenus dans le sein de leur mère après sa mort, les théologiens, inspirés par le désir de sauver des enfants qui risquent de mourir sans baptême, ont conservé, dans toute leurs rigueurs, ces lois sages sans doute, mais qui pourraient devenir dangereuses si, comme nous le montrerons, on n'apportait pas, dans leur exécution, des restrictions commandées autant par les principes d'humanité que par les connaissances scientifiques qui sont exclusivement du domaine de la médecine.

Avant d'aller plus loin, je dois rapporter l'observation qui fait le sujet de cette communication.

Le 26 mai 1853, à 7 heures du matin, la nommée Teychené, épouse Bénazet, âgée de 38 ans, enceinte d'environ huit mois, et couchée au n° 15 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Dassier, était à la dernière période de l'agonie. Appelé en toute hâte auprès de cette femme, avant l'arrivée du chef du service, au moment de mon entrée à l'hôpital, je constatai que la mort était prochaine, et qu'il n'y avait pas de temps à perdre pour se mettre en mesure de pratiquer l'opération césa-

---

méable, le goutteux affranchi de la douleur parfois en quelques minutes et délivré, en peu d'heures, de la rougeur et de la tuméfaction. »

Mais cette disparition si rapide des phénomènes articulaires ne peut-elle pas amener une métastase, une rétrocession et porter la goutte sur un des viscères les plus essentiels de la vie? M. Robert Latour déclare qu'aucun des nombreux malades traités par sa méthode n'a subi le malheur de ces migrations tant redoutées, et qu'aucun n'a même fourni les signes de la participation du cœur à la maladie ; circonstance heureuse que l'auteur explique en disant que les métastases sont d'autant moins à craindre que les agents thérapeutiques sont plus prompts à éteindre l'inflammation.

En nous en tenant au fait nous sommes heureux de l'entendre proclamer par M. Robert Latour, parce qu'il est entièrement conforme à ce que nous avons observé et écrit à propos du traitement de la goutte par la médication réfrigérante.

Ici nous devons exprimer un regret et une espérance. Avant de faire usage des enduits imperméables, M. Robert Latour employait avec grand succès, pour combattre les phlegmasies, la médication réfrigérante ; depuis il a souvent associé l'eau froide et même la glace au collodion élastique ; pourquoi n'a-t-il pas mis à profit les lumières qui lui ont été fournies par cette double expérimentation pour établir un parallèle entre l'enduit imperméable et le froid, c'est-à-dire entre deux agents qui se rattachent évidemment au même *dogme* et qui ont tous deux pour but et pour résultat d'abaisser la température animale? Le collodion doit-il être préféré au froid d'une manière absolue? ne mérite-t-il la préférence que dans certaines circonstances spéciales, et alors quelles sont ces circonstances? L'action du froid n'est-elle point plus certaine, plus prompte, plus énergique? n'a-t-elle point sur celle du collodion l'immense avantage de pouvoir être graduée, interrompue, reprise suivant les indications? Jusqu'à quel point et dans quel cas les deux modificateurs peuvent-ils être associés avec profit?

Toutes ces questions, et beaucoup d'autres encore non moins importantes, auraient pu être traitées avec talent et résolues avec autorité par M. Robert Latour, que nous engageons vivement à compléter son œuvre par une étude comparative dont, mieux que nous, il doit comprendre la nécessité et apprécier l'intérêt.

Quelques observations de péritonite, d'ovarite et de pleuro-pneumonie, observations qui ne nous paraissent pas être complétement probantes, terminent le livre de M. Robert Latour, auquel, sauf quelques passages écrits dans un style un peu déclamatoire, nous n'avons que des éloges à donner.

Médecin instruit et convaincu, expérimentateur sagace, observateur exact et consciencieux, M. Robert Latour ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique et produit à l'appui de sa méthode des faits nombreux et remarquables ; le devoir de tous les praticiens est de lui savoir gré de ses efforts et d'expérimenter la médication qu'il préconise. Pour notre compte, nous ne faillirons pas à cette double obligation.

Louis Fleury.

rienne, afin de sauver l'enfant s'il était encore vivant. M. Dassier étant arrivé, partagea immédiatement mon avis, qui fut successivement adopté par MM. les docteurs Bessières, Duclos, professeurs d'accouchement à la Maternité, et Guitard. Il fut unanimement décidé que j'attendrais, pour opérer, que la mort fût parfaitement confirmée. Pour ne perdre aucune chance de réussite et pour éviter tout retard, nous nous plaçâmes, ainsi que les assistants, autour du lit de la malade qui était aux derniers moments.

Les extrémités et la face étaient froides et livides; la respiration ne se faisait plus que par saccades et à des intervalles de plus en plus éloignés; la circulation était insensible, et l'oreille appliquée sur le cœur ne percevait plus de battement. Depuis la veille, les mouvements du fœtus étaient nuls, les battements du cœur n'étaient pas sensibles à l'auscultation. Après environ quinze minutes d'attente, la respiration ayant complétement cessé, et un examen scrupuleux des signes de la mort nous ayant donné la conviction que la vie était éteinte, je procédai rapidement à l'opération césarienne, en suivant rigoureusement les règles prescrites pour le cas où l'on agit pendant la vie.... Je saisis les pieds de l'enfant et je le retirai sans difficulté; il poussa un soupir, la vie n'était pas éteinte. Pendant que je faisais des frictions sur la région du cœur et que j'aidais les mouvements du thorax par une pression méthodique, M. Duclos liait et sectionnait le cordon ombilical, adhérent au placenta contenu dans la matrice, et M. Dassier ondoyait l'enfant.

Cet enfant du sexe masculin, petit, maigre, décoloré, mais bien conformé, se ranima sous l'influence des soins qui lui furent donnés, et son existence était assurée.

Toutes ces manœuvres furent rapidement exécutées, grâce à l'entente avec laquelle les assistants, médecins et sages-femmes, se prêtèrent à cette opération émouvante, faite sur le corps d'une mère qui, un instant avant, rendait le dernier soupir.

Le cadavre de la mère fut surveillé pendant quelque temps après l'opération; il n'y eut pas d'autre perte de sang que celle fournie par le tissu utérin; le cordon ombilical était exsangue, et il aurait fallu bien peu de temps pour que la mort du fœtus eût été définitive.

Le lendemain et les jours suivants, l'enfant confié aux soins de la sœur de la crèche a teté le sein d'une nourrice, et quoique faible et chétif, il présente toutes les conditions de viabilité. Le 20 juin, vingt-sixième jour de la naissance, son état continue à être satisfaisant.

A l'autopsie du cadavre de la mère, j'ai trouvé les lésions qui caractérisent la méningite avec épanchement, ou hydrocéphalie aiguë. Les méninges étaient injectées, l'arachnoïde était opaque, épaissie dans quelques points, et soulevée par une légère couche de liquide séreux, épanché entre la pie-mère et le feuillet arachnoïdien cérébral. Cent grammes environ de sérosité étaient contenus dans l'intérieur du crâne, après l'ablation du cerveau, dont les ventricules renfermaient une quantité notable de liquide. La substance cérébrale était consistante, piquetée et lubréfiée à sa circonférence par la sérosité contenue dans les anfractuosités et entre les membranes.

L'examen de la matrice a montré que cet organe était volumineux et non rétracté. L'incision faite par l'opération avait 9 centimètres, un peu plus de trois pouces. Le tissu utérin était épais, blanc, exsangue. Le placenta, ayant à peu près le volume normal, était adhérent, dans tous ses points, à la face postérieure de la matrice, et ces adhérences étaient assez fortes pour que l'on pût soulever tout l'organe par le cordon ombilical, sans le détacher. La portion sous-vaginale du col était complétement effacée; l'ouverture interne n'avait pas subi de changement; le museau de tanche était mou, béant, mais non dilaté; il n'y avait aucune trace du travail qui précède l'accouchement.

Cette observation montre que l'enfant, arrivé au huitième mois de la vie fœtale, peut être encore vivant quelques instants après la mort de la mère qui a succombé à une maladie cérébrale, ayant duré quinze jours avec intensité; mais il résulte aussi de l'état dans lequel se trouvait cet enfant, que la vie ne se serait guère prolongée au delà de quelques minutes après la mort de la mère.

Ces deux points étant établis, nous pouvons examiner les deux propositions qui dominent la question de l'opération césarienne faite après la mort, à savoir :

1° Combien de temps après la mort de la mère doit-on pratiquer cette opération?

2° Doit-on opérer toutes les femmes enceintes qui meurent avant l'accouchement, quelle que soit l'époque de la grossesse?

Et d'abord, il est important de poser comme principe absolu, que jamais l'opération césarienne ne devra être pratiquée chez la femme enceinte avant qu'elle ait rendu le dernier soupir. Certains théologiens ont poussé si loin le zèle pour le salut éternel des enfants, qu'ils veulent que l'on pratique l'opération quelque temps avant la mort et dans les derniers moments de l'agonie; nous devons repousser ces exagérations dont il est inutile d'exposer les dangers pour tous ceux qui connaissent les difficultés que présente le pronostic, dans certains cas compliqués de maladies survenues pendant la gestation, et nous devons établir comme règle que l'ouverture d'une femme enceinte ne pourra être faite qu'après sa mort. Ce principe une fois admis, nous pouvons, en toute liberté, fixer, d'une manière rigoureuse et précise, le moment d'agir, et nous dirons que l'opération césarienne devra être pratiquée immédiatement après la mort, et à l'époque la plus rapprochée du moment où la femme a rendu le dernier soupir.

Tout le monde comprend que c'est là la principale condition de succès dans cette opération, et, sur ce point, il n'y aurait pas d'opposition, si les médecins étaient d'accord sur les signes caractéristiques de la mort. Mais il n'est pas possible de déterminer, d'une manière absolue, que la vie est éteinte tant que le corps ne présente pas quelque signe de décomposition; et il suffit que la vie puisse persister quelquefois, quoique toutes les fonctions organiques soient suspendues, pour que le doute puisse exister dans l'esprit, et dans ce cas, le doute c'est l'hésitation, et avec elle la mort de l'enfant; car jamais l'occasion ne fut plus pressante. Il s'agit donc de trouver un signe positif de la mort; ce signe est dans l'interruption de la circulation et dans la cessation des battements du cœur. Lorsque le cœur ne bat plus, chez une personne qui offre les autres caractères de la mort, il ne peut plus y avoir de doute: s'il y en avait encore, on devrait se hâter de mettre en pratique le précepte donné par M. Bouchut, dans son Mémoire sur les signes de la mort, couronné par l'Institut, c'est-à-dire ouvrir une petite artère, et si le sang ne coule pas, si l'artère est vide, la mort sera certaine.

Ainsi donc, puisque, même dans les morts rapides et imprévues, on peut avoir des indices certains que la vie est éteinte, on doit toujours, lorsqu'on est appelé à temps, pratiquer l'opération césarienne immédiatement après que la femme aura rendu le dernier soupir, et pour conserver toutes les conditions de sécurité, cette opération sera faite d'une manière méthodique et suivant les règles prescrites. Mais, dira-t-on, pourquoi tant se hâter, puisqu'il existe des faits d'après lesquels les enfants ont été extraits vivants une demi-heure, et plus, après la mort? Ces faits sont loin d'être authentiques, et, s'il faut en tenir compte dans les cas où le médecin est appelé trop tard, il est prudent de les considérer comme non avenus dans toute autre circonstance.

Est-il nécessaire de pratiquer l'opération césarienne à toutes les époques de la grossesse? Il serait inutile de soumettre à une pareille opération les femmes qui auraient succombé dans les premiers mois de la grossesse; mais il ne faudrait pas ajouter foi à l'opinion de Zacchias, qui dit qu'on ne saurait espérer de tirer vivant du sein de sa mère, par l'opération césarienne, un fœtus de 7 mois et même de 8 mois; le fait que j'ai rapporté donne un démenti à cette assertion dangereuse. Il est évident que, dès que les mouvements du fœtus et les battements du cœur sont sensibles et distincts, on est en droit d'espérer de retirer, par une opération faite à temps, un enfant vivant. C'est donc dès ce moment que l'opération sera obligatoire pour le médecin, qui

ne doit pas se laisser guider par la disposition de la loi, qui a fixé au 180e jour la viabilité de l'enfant.

L'époque de la viabilité ne pouvant être déterminée d'une manière précise, le médecin devra se conformer aux indications fournies par la science dans cette grave question, dont la décision lui est dévolue.

Note sur une nouvelle méthode de ligature des artères,

Adressée à l'Académie de médecine par M. J. Apostolides *(de Bosphore), licencié de la Faculté de médecine d'Athènes.*

L'opération de la ligature, quoique très-simple en elle-même, et quoique restée la même depuis Celse et Galien qui l'ont indiquée, et depuis le célèbre A. Paré, qui la pratiqua pour la première fois, offre cependant plusieurs défectuosités qu'il serait important de faire disparaître. Ces difficultés sur lesquelles nous aurons occasion d'insister dans un instant peuvent être résumées en deux mots ici : difficultés d'application de la ligature, quelquefois impossibilité, comme dans les cavités profondes et étroites, lenteur de l'opération, perte considérable de sang. Une partie de ces difficultés ne peuvent être mieux senties que dans le fait suivant :

« Le malade qui fut guéri par M. Mussey perdit près de *deux kilogrammes* de sang, et l'on fut forcé d'appliquer *environ quarante* ligatures pendant l'opération. » (*Compendium de chirurgie,* t. 1, p. 635.) Nous pourrions citer plusieurs faits semblables.

Ce sont tous ces inconvénients que j'ai cherché et que j'espère être parvenu à faire disparaître par une nouvelle méthode de ligature qui comprend un nœud spécial, et un nouvel instrument pour porter ce nœud aussi bien dans les cavités profondes que sur les vaisseaux facilement accessibles aux doigts du chirurgien. Faisons d'abord connaître les instruments.

L'un de ces instruments (*fig.* 6) n'est autre qu'une pince à

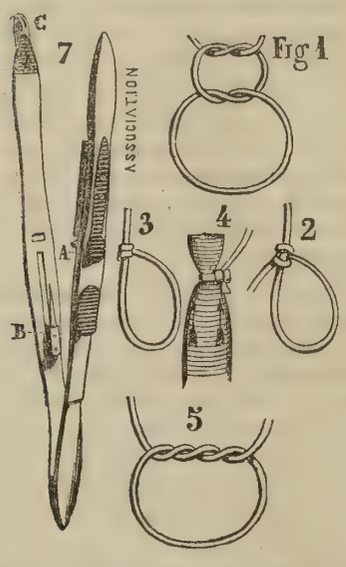
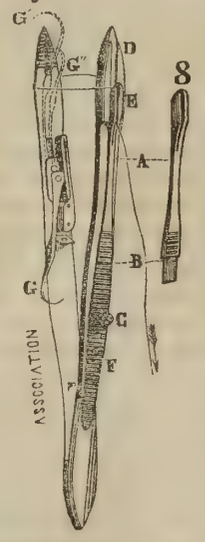


Fig. 6.



torsion et à ligature, à laquelle on peut à volonté ajouter un ténaculum (G G′G″), mais qui diffère spécialement des pinces analogues par l'addition d'une pièce importante qu'on voit en E sur la branche de la pince, et qui est spécialement représentée (*fig.* 8). Cette pièce est un porte curseur-portefil, assez semblable à une petite gouge dont la concavité, au lieu d'être largement ouverte, ne présente qu'une rainure et dont l'extrémité est mousse au lieu de présenter un bord tranchant. Lorsque l'artère a été saisie par la pince avec ou sans l'aide du ténaculum, on fait glisser le curseur-portefil de façon à lui faire dépasser l'extrémité de la pince, ainsi que cela se voit ci-dessus (*fig.* 7, C). Dans cette situation, une anse de fil préalablement placée autour du mors de la pince entoure l'artère, et en tirant sur l'un des chefs de cette anse, placé dans la rainure du curseur, on la serre suffisamment pour faire une ligature à l'aide d'un mécanisme que nous allons expliquer dans un instant, après avoir donné encore quelques détails sur les pièces de l'instrument.

Le curseur (*fig.* 8) est à articulation libre, afin de pouvoir être facilement détaché et tenu propre ; son articulation se fait en B à une lame mobile qui glisse, en l'entraînant, sur une des branches de la pince où se trouve pour le recevoir une rainure en coulisse D ; on détermine ce glissement en appuyant le pouce sur un bouton C ; la petite rainure qui maintient le fil est représentée en E.

Le ténaculum, quand on en désire un, est également à coulisse, et il est représenté dans ses différentes positions, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, dans les fig. G G′ G″.

La fig. 7, qui représente en A le bouton qui permet de faire glisser le ténaculum, en B le petit verrou qui tient la pince fermée, et en C la rainure du curseur vu par son extrémité, par sa face interne, est surtout destinée à faire connaître le nœud propre à la nouvelle méthode de ligature.

Ce nœud est d'abord un nœud double ordinaire (*fig.* 1) qu'on fait avec un fil très-fort, bien régulier et très-peu ciré, l'excès de cire n'ayant d'autre résultat que d'en augmenter le volume. Avant que le second nœud ne serre encore le premier pour faire un véritable nœud double, je passe l'anse sur mon doigt ou sur un cône en bois, et je serre le nœud double en tirant sur un seul chef du nœud (le chef le plus long). Cette manœuvre donne lieu à une disposition telle, qu'on a une sorte de nœud coulant qui est représenté encore très-lâche (*fig.* 2) et très-serré (*fig.* 3).

A ce moment, on dispose l'anse autour des mors de la pince, ainsi que nous l'avons déjà dit, et le chef du fil le plus long dans la rainure du curseur ; le chef le plus court est coupé près du nœud. La rainure du curseur est assez large pour laisser passer le fil, mais trop étroite pour admettre le nœud qui se trouve ainsi retenu à l'extrémité C (*fig.* 7).

Fig. 9.

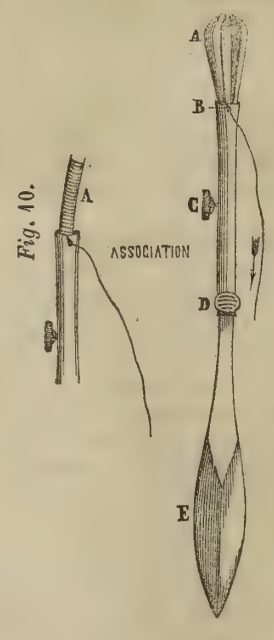


Fig. 10.

Une fois l'artère saisie, on fait glisser le curseur comme il a déjà été dit, et de cette façon l'anse se trouve portée autour de l'artère ; en tirant alors sur le chef du fil, on serre le nœud coulant de manière à étreindre l'artère autant qu'on veut, ainsi qu'on le voit fig. 4.

J'ai imaginé un autre instrument qui ne peut servir que pour les ligatures spécialement, mais qui est beaucoup plus simple et dont le mécanisme sera facilement compris d'après la description précédente. Ici la pince est une sorte de branche de lithotritie qui saisit l'artère lorsque l'instrument est développé, et qui la serre quand on rentre les branches. L'anse du fil se place autour des branches et le chef dans une échancrure B, pratiquée sur l'extrémité du tube conducteur ; par le jeu de l'instrument, l'artère est rentrée dans le tube et serrée comme on le voit fig. 10.

Avant d'énumérer les avantages de cette méthode nouvelle de la ligature, il convient de lever quelques objections dont on pourrait la croire possible au premier abord.

1° La largeur des mors de la pince pourrait paraître embarrassante, et constituer un obstacle pour saisir l'artère. L'expérience a prouvé le contraire ; c'est au contraire un avantage de ne pas laisser en dehors des mors de la pince une petite lumière par laquelle s'écoule le sang, et qui peut nous faire croire que l'artère n'est pas saisie quand elle l'est réellement.

2° La saillie que fait le curseur au delà de l'extrémité de la pince pourrait être considérée comme une cause de déchirure ;

mais outre que les tissus qui environnent l'artère sont élastiques, on peut, en inclinant la pince obliquement, faire glisser le curseur presque sans toucher ces tissus, et par cette disposition on a l'avantage de placer la ligature bien au-dessus du point où elle est saisie.

3° Enfin, on peut avoir des craintes sur la solidité de mon nœud qui, tout en étant un nœud double, prend cependant la disposition d'un nœud coulant. M. H. de Castelnau, à qui je fis part d'abord de la solidité de mon instrument, voulut bien m'adresser une observation dans ce sens.

Cette objection très-importante, puisqu'elle attaquait la base même de la méthode, demandait une démonstration catégorique. J'espère que celle que je vais faire ne laissera rien à désirer.

Il faut remarquer d'abord que mon nœud n'est pas le nœud coulant qui a été appliqué jusqu'ici en chirurgie. C'est un véritable nœud double.

En second lieu, dans une ligature, la force des pulsations représentées par les flèches (*fig.* 4) agit également sur tous les points du vaisseau lié. Pour qu'un nœud coulant fût relâché dans ce point, il faudrait qu'une force se manifestât dans son centre ; mais il n'y en a pas. Au surplus, la partie étranglée pourrait résister dans le cas où le nœud viendrait à glisser à cause des pulsations. D'après ce raisonnement, mon nœud ne peut être que solide.

Mais voici les expériences que j'ai faites après l'objection de M. de Castelnau, que je remercie d'avoir bien voulu me forcer à faire ainsi, car elles manquaient réellement à mes preuves :

1° Une pince dilatatrice, chose remarquable, relâche les deux nœuds. Je dis qu'elle relâche, car je ne pense pas qu'il soit possible qu'un nœud puisse être défait par des pulsations ; il peut glisser lorsqu'il n'est pas bien fait, ou bien lorsqu'il est relâché. Mais il en est de même lorsqu'on tire sur une ligature faite d'après la méthode ancienne ; elle peut se défaire lorsqu'on coupe l'un des bouts du fil tout près du nœud.

2° J'ai imité les pulsations artérielles les plus fortes avec un instrument, mais je n'ai pas pu relâcher mon nœud.

3° J'ai injecté de l'eau avec une grande force, et à plusieurs reprises, dans une artère préalablement liée d'après ma méthode ; l'artère a été dilatée considérablement, mais le nœud est resté le même.

4° Pour plus de précision, j'indique la manière avec laquelle on peut avoir un nœud plus solide, mais triple et même quadruple si l'on veut. La figure 5 montre comment on peut passer les bouts deux fois l'un autour de l'autre, et puis faire le second nœud pour avoir un nœud coulant triple, etc.

Avantages. — Malgré les précautions récentes des chirurgiens, le nombre des accidents fâcheux, à la suite des ligatures, n'en est pas moins fréquent ; on ne doit attribuer cela qu'à la méthode elle-même.

Deux sortes de difficultés se présentent à chaque ligature : saisir l'artère et pratiquer la ligature ; la première se rapporte à mes instruments et la seconde à ma méthode. La chose n'est pas difficile à comprendre, si l'on a fait bien attention à la description faite. J'ose donc dire que la ligature des artères, si difficile autrefois, est devenue une des opérations les plus faciles, car il suffit d'avoir des fils bien préparés, et il ne nous reste qu'à les appliquer. De là la rapidité de l'opération, car les dix ou quinze mouvements nécessaires pour pratiquer la ligature sont remplacés par un seul. La profondeur et le retrait des artères sont un obstacle nul. M. Nélaton, professeur à la Clinique de la Faculté, nous a cité aussi, en énumérant les applications que ma pince peut trouver, le cas qui m'a donné la première idée pour me mettre à la recherche d'un moyen plus facile. C'est lorsque le savant professeur a pratiqué l'extraction du globe de l'œil pour une mélanose ; il lui fut impossible de faire sa ligature à cause de la cavité orbitaire, de sorte qu'il a employé la compression. C'était la seconde fois que le pauvre malade devait subir l'opération, et, si je me le rappelle bien, il priait notre professeur de prendre des précautions, de telle sorte qu'il ne perdit pas la même quantité de sang que l'autre fois, ajoutant que pour l'arrêter on a employé une pression si forte, qu'il croyait que sa tête allait se fendre.

Je ne peux pas passer sous silence un autre cas qui me détermina à mettre à exécution mon projet de chercher une méthode plus commode. J'étais présent lorsque M. Michon, chirurgien à l'hôpital de la Pitié, a cité le cas, en mentionnant à une de ses leçons cliniques mon instrument, où il mit plus de trois quarts d'heure à faire une de ses ligatures, après l'extraction de la mâchoire supérieure. Il aurait souhaité d'avoir mon instrument dans ce cas.

Ce savant maître a bien voulu me permettre d'appliquer ma méthode sur un malade opéré par M. Gosselin, agrégé de la Faculté de médecine.

Outre ces avantages, il y en a aussi de secondaires : c'est que, quel que soit le cas, on peut faire la ligature sans aide, sans introduire rien dans la plaie, sans laisser des petits bouts du fil. Du reste, mes instruments, malgré leur grande simplicité, me permettent, dans les cas favorables, de pratiquer la ligature avec l'ancienne méthode, mieux que tous ceux inventés jusqu'à présent. Le conducteur seul suffit pour pousser l'anse après avoir fait un premier nœud ; en un mot, quelques inconvénients existant dans l'ancienne méthode, et n'existant pas à la mienne, peuvent être considérés comme des avantages.

J'ose m'assurer que MM. les chirurgiens pourront désormais, d'après ma méthode, faire leurs ligatures sans perte de sang, perte qui joue un si grand rôle sur le pronostic des opérés. Je les prie en même temps, après avoir expérimenté consciencieusement ma méthode, de rendre justice sur mon travail. Pour le moment je finis par leur dire : « Στέργε τὰ παρόντα, ζήτει τὰ Βελτέω. »

Je ne terminerai pas sans adresser mes remerciements à M. Robert, membre de l'*Association des ouvriers,* successeurs de sir Henry, pour l'intelligence avec laquelle il a exécuté mes indications pour la construction de mes instruments.

Sur le liniment phosphoré,

Par M. Bellentani.

Voici comme je prépare le liniment phosphoré : je prends 72 grammes d'huile d'amandes douces, j'y ajoute 12 grammes 5 décigrammes d'éther phosphoré, j'agite la fiole pendant quelques minutes ; et je recommande aux personnes qui font usage du liniment d'en faire autant avant la friction. L'éther phosphoré contient pour les 12 grammes 5 décigrammes que je mélange à l'huile, 2 décigrammes 5 centigrammes de phosphore d'après la formule du *Codex*. De cette manière, on peut employer ce liniment sans danger, car le phosphore se trouve parfaitement dissous dans ce liquide, et l'éther ne nuit pas dans les cas de rhumatisme musculaire. Si vous croyez que mon mode soit préférable à celui de M. Sauvan, je vous prie de publier ma formule dans votre prochain numéro.

CORRESPONDANCE.

Jusqu'ici, M. le docteur Boinet s'était montré ergoteur dans notre polémique comme dans d'autres qu'il a eues à soutenir : c'était, comme on dit en termes de barreau, un avocat retors. C'est un genre qui a le mérite d'être parfois amusant et qui, parfois aussi, peut en imposer à certains lecteurs : s'il ne relève pas toujours le talent de l'écrivain, il lui donne au moins un certain vernis.

Aujourd'hui, notre confrère est descendu d'un degré ; il s'est abaissé jusqu'à ne pas dire la vérité pour pouvoir continuer la lutte avec un apparent avantage.

Nous ne répondrons pas à son dernier factum ; nous nous contenterons de signaler aux lecteurs les deux points où la vérité fait défaut, et que M. Boinet connaît d'avance.

S'il est de notre dignité de relever, comme il le mérite, un semblable abus, nous nous respecterions bien peu en discutant les conséquences auxquelles il a donné lieu.

Dans un prochain article tout scientifique, où les questions de personnes seront soigneusement écartées, nous résumerons tout ce qui a trait aux injections d'iode appliquées au traitement des abcès par congestion avec les faits à l'appui. Nous osons croire que M. le docteur Boinet trouvera et au delà, dans ce travail, toutes les preuves mathématiques qu'il désire, ou il ne sera pas raisonnable. Le public médical aura jugé alors en dernier ressort.

Voici les points que nous voulons signaler : 1° « qu'il prétend (M. Abeille), sans en fournir de preuves bien entendu, que les abcès par congestion, traités

dans les services de MM. Huguier, Jobert et autres, ne sont que des abcès froids proprement dits. »

2° « Car, à l'en croire (M. Abeille), tous les abcès par congestion guéris jusqu'ici, aussi bien les miens que ceux observés dans le service de MM. Hugier, Jobert et ailleurs, et traités par notre méthode, n'étaient que des abcès froids. »

M. Abeille n'a pas dit un mot de tout cela, M. Boinet, et vous le saviez; il a même dit explicitement tout le contraire, et vous le saviez encore, quand, dans sa dernière lettre insérée le 11 juin dans le *Moniteur des Hôpitaux*, il s'exprimait ainsi : « Ceux qui guérissent des abcès par congestion (nous entendons parler des abcès distants de l'os malade), par les injections iodées, y compris M. Boinet lui-même, ne les guérissent que dans les conditions que nous avons nettement et clairement définies, c'est-à-dire quand l'altération osseuse est guérie ou en voie de l'être, et alors les injections n'agissent pas autrement que contre la poche purulente elle-même. »

Nous connaissons toutes les arguties qu'un esprit subtil peut élever sur cette phrase, mais de l'argutie au fait fondamental, il y a tout un abîme.

Un seul mot maintenant, mon honoré confrère, sur mon observation que vous aviez critiquée avec verve. Tout lecteur clairvoyant a rectifié mentalement une faute de typographie comme on en rencontre à chaque instant dans les livres. Juin s'imprime facilement pour juillet. Dans notre prochain article, vous et tous les lecteurs serez parfaitement éclairés sur tous les autres points de cette observation. ABEILLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Lorsqu'à propos de la discussion académique sur les pilules de Blaud, nous prévoyions le cas où ces pilules seraient l'objet d'une poursuite de la part du ministère public, certains académiciens, qui refusaient aux pilules de Blaud le privilége auquel elles avaient incontestablement droit, repoussaient comme une impossibilité notre supposition ; la *Gazette médicale* de Toulouse nous apprend, en nous apportant le fait suivant, jusqu'à quel point nos prévisions étaient fondées.

« Divers pharmaciens de Toulouse ont été traduits devant le tribunal de police correctionnelle, comme détenteurs de remèdes secrets. Après une discussion approfondie, le tribunal, présidé par M. le vice-président Caubet, a rendu un jugement doctrinal sur cette question qui ne laisse pas que d'être obscure.

« Le ministère public soutenait que diverses pâtes, telles que la pâte pectorale de nafé d'Arabie, de mou de veau de Paul Gage, de limaçons, constituaient des remèdes secrets lorsqu'ils se vendaient à l'aide de prospectus qui leur attribuaient des propriétés médicamenteuses. Il poursuivait aussi les pharmaciens détenteurs des pilules de Blaud, du topique de Baziége, du saccharure d'aconit et du sirop de dentition de Labarre. Le tribunal a formulé une doctrine empruntée, du reste, à la jurisprudence de la cour de cassation, et qui définit le remède secret : toute préparation dont la formule n'est pas insérée au *Codex* ou qui n'est pas délivrée en vertu d'une ordonnance magistrale, c'est-à-dire émanée d'un médecin, ou bien qui n'a pas été publiée par le gouvernement. Tel est le système de la cour de cassation.

« Le tribunal de Toulouse en a fait l'application même aux pâtes pectorales, bien qu'elles ne contiennent pas de propriétés médicamenteuses, et il a décidé en doctrine qu'une matière même alimentaire ou un objet de confiserie, pouvait être considéré comme remède secret, si le prospectus lui attribuait des propriétés curatives ou médicinales. Il a reconnu, en fait, que les pharmaciens traduits devant lui n'étaient pas les auteurs des prospectus, ou que ces prospectus ne contenaient pas suffisamment l'indication des propriétés médicamenteuses, et il les a relaxés par ce motif, sur ce chef de la prévention.

« Les pilules de Blaud existent depuis vingt ans; la formule en est analysée et décrite dans tous les formulaires de pharmacie pratique. L'Académie de médecine a entendu deux fois des rapports favorables sur cette préparation médicinale ; mais les conclusions de ces rapports tendant à l'insertion de cette formule dans les bulletins de l'Académie, conformément au décret du 3 mai 1850, n'ayant pas été admises par la majorité, le tribunal en a induit qu'elles devaient être considérées comme remèdes secrets, puisqu'elles ne rentraient dans aucune des trois catégories posées par la jurisprudence.

« Le tribunal a considéré aussi le topique de Baziége comme un remède secret, bien que ce remède ne soit que d'une application externe et non une préparation destinée à être introduite dans le corps humain par voie d'inglutition.

« Le tribunal a prononcé une amende de 25 fr., pour le fait *de détention des pilules de Blaud* et du topique de Baziège. »

Nos lecteurs seront édifiés par des faits accomplis qui de nous ou de nos contradicteurs avait raison dans la discussion relative aux pilules de Blaud.

— Dans le courant de mai, l'Italie a perdu deux notabilités chirurgicales, M. L. Santoro, de Naples, et M. J. Rossi, de Parme.

— Par décision de M. le Ministre de la guerre en date du 28 mai dernier, rendue conformément aux art. 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps des officiers de santé de l'armée de terre, l'inspection de ces officiers, tant dans les corps de troupe que dans les hôpitaux militaires, aura lieu pour 1853 en France, en Algérie et en Italie.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements, composés comme ci-après, et que sont chargés d'inspecter :

MM. *Bégin*, inspecteur, président du conseil de santé des armées, 1re, 2e et 3e divisions militaires (1er arrondissement) ;

Alquié, inspecteur, directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, la 17e division militaire, la division d'Alger et l'Italie (2e arrondissement) ;

Vaillant, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les 8e, 9e, 10e et 20e divisions militaires (3e arrondissement) ;

Baudens, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les 15e, 16e, 18e, et 19e divisions militaires (4e arrondissement) ;

Michel Lévy, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires (5e arrondissement) ;

Guyon, inspecteur, les 11e, 12e, 13e, 14e et 21e divisions militaires (6e arrondissement) ;

Et *Maillot*, inspecteur, les divisions d'Oran et de Constantine (7e arrondissement) ;

Cette inspection médicale commencera sous un assez bref délai et se continuera sans interruption. (*Moniteur de l'Armée.*)

— Le cinquième prix triennal, fondé par Astley Cooper, sera décerné le 1er janvier 1856, à l'hôpital de Guy à Londres.

Sujet du prix : *De la cause de la coagulation du sang.*

Le prix est de 7,200 fr.

Les mémoires devront être originaux et accompagnés de préparations et de planches qui demeureront la propriété de l'hôpital. Ils seront écrits en anglais ou accompagnés d'une bonne traduction. Seront exclus du concours les membres de l'hôpital de Guy et de l'hôpital Saint-Thomas, ainsi que les personnes liées à eux par quelque degré de parenté.

On adressera les mémoires et autres préparations aux médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy à Londres.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

De la chaleur animale *comme principe de l'inflammation, et de l'emploi des enduits imperméables comme application du dogme*, par le docteur Robert LATOUR. — A Paris, chez LABÉ, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23. — 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50 c.

Table alphabétique des matières du *Traité des maladies chirurgicales* de BOYER (5e édition). — A Paris, chez LABÉ, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23. — In-8. Prix : 1 fr. 25 c. franco par la poste pour MM. les souscripteurs à l'ouvrage.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées gratuitement à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Redacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 78. 1re année. Jeudi 30 Juin 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie des sciences du 20 juin. — Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Saint-Louis. M. Hardy. Leçons cliniques sur les maladies de la peau. — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 29 juin 1853.

Séance de l'Académie des sciences du 20 juin.

Le rang que M. Rayer occupe dans le corps médical, la juste autorité dont il y jouit, il les a légitimement acquis par de laborieux et remarquables travaux. Mais à ce mérite éminent, M. Rayer en associe un qui n'est guère ni moins rare ni moins utile à la science, c'est celui d'accueillir avec la bienveillance la plus encourageante, de soutenir de son puissant crédit les travaux de tous les travailleurs consciencieux qui n'ont encore d'autres titres à la faveur publique que leur talent et leur ardeur au travail. Dans la dernière séance, M. Rayer a donné une nouvelle preuve du rare mérite que nous nous plaisons à signaler, en présentant à l'Académie, dans les termes les plus flatteurs et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, la seconde édition de l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez sur les maladies des enfants. Le compte rendu que nous ferons prochainement de cet ouvrage prouvera, ce que très-peu de médecins ignorent d'ailleurs maintenant, que les éloges de M. Rayer ne font pas moins d'honneur à celui qui les décerne qu'à ceux qui en sont l'objet.

Dans cette séance, M. Duvernoy a lu ce qu'on est convenu d'appeler un rapport verbal, c'est-à-dire une longue analyse écrite de l'ouvrage de M. Carus, intitulé : *Symbolique de la forme humaine*. Ce que nous reproduisons de cette analyse à notre compte rendu prouve surabondamment que M. Duvernoy n'a rempli que la moitié la plus facile et la moins importante de sa tâche en se bornant à analyser sèchement un travail dans lequel, à côté de quelques observations exactes et fines et de quelques remarques justes et ingénieuses, se trouvent une foule d'assertions fausses et hasardées, de théories obscures ou erronées que le devoir de la critique est de châtier d'autant plus vigoureusement, qu'elles ont des prétentions d'autant plus élevées ; car elles n'aspirent à rien moins qu'au gouvernement du monde.

Un de nos plus habiles naturalistes, M. Blanchard, a présenté un mémoire qui a paru vivement intéresser la section de zoologie, mais dont nous laissons l'appréciation à ceux de nos lecteurs qui sont plus versés que nous dans la connaissance de la physiologie des êtres inférieurs de l'échelle animale.

La machine pneumatique, qui rend de si grands services à la chimie, en rend beaucoup moins aux sciences pratiques dont nous nous occupons plus spécialement dans ce journal. Cependant la physiologie peut attendre de cette machine perfectionnée assez de services pour que nous croyions devoir signaler à nos lecteurs le rapport très-favorable, lu par M. Séguier, sur un perfectionnement important introduit par deux habiles fabricants, MM. Breton frères, dans la construction de la machine pneumatique. Ce perfectionnement, dont il serait fort difficile de donner une idée exacte sans le secours des planches, a pour résultat de rendre le vide beaucoup plus parfait qu'il ne peut l'être dans les machines ordinaires.

Les communications qui ont quelques rapports avec la médecine se sont terminées par une nouvelle note de M. Szokalski, sur les phénomènes intéressants relatifs à la vision, qui paraissent faire depuis quelque temps l'objet spécial de ses études. Lorsque nous posséderons l'ensemble des recherches de ce laborieux observateur, nous essaierons de les résumer et d'en déduire ce qui doit rester définitivement dans la science.

G. Dumont.

Séance de l'Académie de médecine.

C'est, en général, un genre que de se plaindre de la fatigue et de l'ennui que produisent les discussions académiques qui se prolongent un peu ; il faut avouer cependant que les séances où ces discussions ont lieu, ont plus que les séances ordinaires le privilége d'attirer le public, et de fixer quelques instants sur leurs bancs les fugitifs académiciens. Le rare personnel qui ornait la séance d'hier, confirme pleinement cette remarque. Il est vrai qu'une grande partie de la séance a été occupée par des rapports sur les remèdes secrets, et l'on sait que c'est là une des besognes les moins séduisantes de l'Académie.

Cependant deux autres rapports ont encore été lus : l'un de M. Bousquet, qui trouve tous les ans le moyen de rajeunir assez la vaccine pour lui donner, chaque année, un nouvel intérêt ; le second est de M. Larrey et a pour objet quelques points de l'histoire de l'hydrocèle traités avec beaucoup de soin par un chirurgien dont l'Académie

a plusieurs fois eu l'occasion d'apprécier le jugement, par M. Huttin, chirurgien en chef des Invalides.

Nous publierons prochainement, avec quelques remarques les parties essentielles du rapport de M. Bousquet. Quant au rapport de M. Larrey, nos lecteurs le trouveront presque textuellement au compte rendu de l'Académie.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

Première Leçon.

L'objet de ce cours est de vous initier à la connaissance, encore trop imparfaite, des maladies de la peau; pour atteindre ce but, je compte mettre à votre disposition deux moyens d'instruction : le premier, l'enseignement clinique, quelques mots dits au lit du malade sur la nature, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection observée; le second moyen consistera dans une leçon qui nous servira à faire l'histoire méthodique et générale des maladies dont nous avons déjà mis sous vos yeux quelques exemples, de manière à suppléer aux lacunes que pourrait faire naître l'observation de quelques cas particuliers.

Nous venons, messieurs, de remplir pour aujourd'hui la moitié de notre tâche, et vous avez pu juger par vous-même de l'importance de l'observation décrite pour les maladies de la peau, affections par le diagnostic desquelles les caractères sensibles, c'est-à-dire la coloration, la disposition, jouent un si grand rôle, et vous l'avez vu, on juge bien mieux ces circonstances par la vue que par une description dans un livre ou dans une leçon. Maintenant, messieurs, pour remplir mon programme, il me reste à compléter par une leçon le bagage que vous devez emporter de votre visite à l'hôpital Saint-Louis.

Avant d'entrer dans l'étude de chaque affection de la peau en particulier, il me paraît nécessaire, pour bien comprendre les maladies de la peau, de jeter un coup d'œil général sur ces affections, de vous parler des phénomènes communs qu'elles offrent et des classifications qui ont été proposées pour en faire un ensemble systématique. Cette espèce de pathologie générale cutanée, cette introduction à l'étude spéciale des maladies de la peau, fera les frais de notre première leçon.

Messieurs, comme vous avez pu le voir par le coup d'œil jeté sur les malades couchés dans nos salles, les maladies de la peau sont nombreuses et variées; on explique facilement ce nombre et cette variété, si on réfléchit un instant sur la composition complexe de la peau, sur ses nombreuses fonctions et sur ses sympathies : organe d'absorption, de sécrétion, de toucher et de protection, la peau contient outre ses couches superposées dermiques et épidermiques, des vaisseaux, des nerfs, des follicules chargés de sécréter un enduit sébacé, un appareil sudovipare, un appareil chromatogène, des follicules pileux. Tous ces organes peuvent être atteints simultanément et séparément, de là une multitude de maladies à aspects différents.

Les maladies de la peau sont nombreuses et variées, disons-nous; néanmoins dans chaque espèce on observe des phénomènes connus, désignés en pathologie cutanée sous le nom de lésions élémentaires : ce sont les éléments des maladies qui par leur développement, leur évolution, leur disposition, quelquefois par leur mélange, constituent les aspects variés des maladies. Avant de s'embarquer dans l'histoire des espèces morbides, il faut connaître ces lésions qui jouent un grand rôle dans le diagnostic de chaque maladie, et dont nous devons la connaissance exacte à Willan et à son école.

Nous admettrons dix lésions élémentaires : 1° les taches ou macules; 2° les exanthèmes; 3° les vésicules; 4° les bulles; 5° les pustules; 6° les papules; 7° les squames; 8° les tubercules; 9° et à ces lésions élémentaires classiques nous ajouterons les animaux parasites et 10° les végétaux parasites.

Indiquons rapidement la description de chacune de ces formes élémentaires des affections de la peau :

1° *Taches ou macules.*—Ces taches, de coloration variée, ne disparaissent pas même momentanément sous la pression et consistent en une altération de couleur de la peau, en plus ou en moins.

2° *Exanthèmes.* — On donne le nom d'exanthèmes à des taches rouges, plus ou moins étendues, plus ou moins saillantes, disparaissant sous la pression et reparaissant aussitôt après, se terminant par une desquamation légère superficielle et de peu de durée; nous retrouvons ces lésions dans l'érythème, dans l'érysipèle, etc. Les exanthèmes paraissent tenir à l'inflammation du réseau vasculaire de la peau.

3° *Vésicules.* — Les vésicules sont de petites saillies arrondies, acuminées, formées par un léger soulèvement de l'épiderme distendu par un liquide séreux et transparent; leur marche n'est pas toujours uniforme : 1° tantôt la sérosité est résorbée, la vésicule s'affaisse et l'épiderme, qui a été soulevé, revient s'appliquer sur le derme, mais il est plus sec et ne tarde pas à s'emplir et à tomber sous forme d'une petite squame; 2° tantôt l'inflammation continuant, la sérosité devient louche puis purulente, la vésicule se change en pustule; 3° et d'autres fois enfin la vésicule se rompt, le liquide s'épanche, souvent en quantité considérable s'il y a plusieurs vésicules rompues les unes à côté des autres, et il s'ensuit une ulcération superficielle, d'où suinte un liquide susceptible de se convertir en croûtes, c'est ce qu'on voit dans l'eczéma; dans l'herpès on peut observer, sur la même région, les trois modes de terminaisons que nous venons d'indiquer. Le siége élémentaire de la vésicule n'est pas encore complétement connu, c'est sans observation suffisante qu'on a supposé que cette forme élémentaire dépendait de l'inflammation des conduits sudorifères; ce que nous pouvons dire seulement, c'est que dans cette maladie le siége de l'inflammation est peu profond et paraît siéger dans la partie la plus superficielle du derme.

4° *Bulle.* — La bulle n'est véritablement que l'exagération de la vésicule : on donne ce nom à un soulèvement épidermique contenant de la sérosité transparente et atteignant un volume qui varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de poule. De même que pour les vésicules, la résorption du liquide peut avoir lieu sans rupture de la bulle, et il en résulte seulement une desquamation consécutive; mais plus souvent l'épiderme soulevé se rompt, la sérosité se répand et il se fait une ulcération superficielle semblable à celle qui résulte de l'application d'un vésicatoire. Quelques vésicules, en s'agglomérant, peuvent constituer une fausse bulle par la rupture des cloisons qui les isolaient primitivement, c'est ce qui arrive quelquefois dans l'herpès. M. Cazenave assigne pour siége anatomique des bulles les conduits sudovipares affectés en grand nombre à la fois; nous croyons l'affection moins bornée, et il nous semble plus logique d'admettre une inflammation assez intense de la partie la plus superficielle du derme, semblable à celle qu'on détermine artificiellement par l'application d'un emplâtre vésicant. Admettre que la bulle est formée uniquement par l'inflammation des conduits sudorifères serait vouloir admettre également que ces conduits sont seuls affectés par l'application d'un vésicatoire.

5° *Pustules.* — Ce sont de petites saillies arrondies, plus ou moins volumineuses, constituées par un soulèvement de l'épiderme et même d'une partie du derme, distendus par un liquide purulent. Rarement ce pus est résorbé, quelquefois cependant on observe cette résorption dans la varioloïde, par exemple, et à la place de la pustule on voit une induration surmontée d'une petite croûte noire; le plus souvent la pustule se rompt, le liquide purulent s'épanche au dehors et se concrète sous forme de croûte jaune, brune, noire, ordinairement assez adhérente. La durée de chaque pustule est assez courte, de vingt-quatre

heures à huit ou dix jours, mais quelquefois il se fait des éruptions successives qui prolongent la maladie. Les pustules peuvent néanmoins affecter une marche chronique, et alors elles peuvent donner lieu à des ulcérations ordinairement recouvertes de croûtes, lesquelles, en tombant prématurément, peuvent laisser voir une ulcération profonde, comme dans le rupia, par exemple, qu'on a eu tort de considérer comme une espèce particulière, et qui pour nous n'est qu'un ecthyma chronique.

Suivant l'apparence des pustules, on dit qu'elles sont *phlysaciées* lorsqu'elles sont isolées, volumineuses, avec une aréole rouge; on leur donne le nom de *psydraciées*, au contraire, lorsqu'elles sont petites, nombreuses et agglomérées. On a placé le siége des pustules dans les conduits sébacés, dans les conduits filifères, dans les vaisseaux lymphatiques de la peau. Rien de certain à ce sujet.

6° *Papules.* — On donne ce nom à des élevures peu volumineuses, acuminées, solides et rémittentes, ne contenant ni sérosité, ni pus, susceptibles seulement de s'écorcher et de donner lieu à un suintement séreux ou sanguin qui se concrète à leur sommet. On a considéré les papules comme n'étant autre chose que le développement des papilles nerveuses de la peau; le prurit qui accompagne ces affections semblerait le prouver, cependant ce prurit existe dans d'autres affections non papuleuses.

7° *Squames.* — On donne le nom de squames à des lamelles sèches, plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes, qui se forment primitivement sur la peau et qui sont manifestement des altérations de l'épiderme; blanches dans le psoriasis, elles sont souvent grises dans le pytiriasis, quelquefois jaunâtres ou même noires dans quelques variétés de pytiriasis. Leur sécheresse et leur dureté doivent les faire distinguer de quelques autres concrétions squamiformes résultant de la concrétion, d'où la sérosité, comme dans l'eczéma par exemple.

8° Les *tubercules* sont de petites tumeurs solides, ordinairement arrondies, du volume d'un pois au moins, rémittentes, sans production de pus ni de sérosité, et qui paraissent formées aux dépens de la couche profonde de la peau. Ces tubercules peuvent persister longtemps dans le même état; ils sont susceptibles de s'affaisser et de disparaître progressivement; d'autres fois ils deviennent le siége d'un travail inflammatoire secondaire et s'ulcèrent.

9° Parmi les lésions élémentaires des maladies de la peau, nous croyons que suivant les progrès obtenus à l'aide des observations microscopiques, on doit placer les parasites animaux ou végétaux : comme neuvième lésion, nous indiquerons dans l'*acarus scabiei* le ciron de la gale, le pou, qui paraît être la cause d'une espèce particulière de prurigo; nous reviendrons sur les détails de ces insectes, en parlant des maladies parasitaires, et nous décrirons surtout avec détails le sillon épidémique creusé par l'acarus, et qui, dans la gale, constitue un signe diagnostique important.

10° Nous indiquerons également les *cryptogamus parasites* qui constituent la véritable lésion élémentaire de la teigne, du favus, de l'herpès tonsurant, et qui, examinés au microscope, présentent des sporules arrondies, annexées à des lobes ordinairement droits entremêlés les uns aux autres; nous aurons occasion de les décrire et de vous les montrer, lorsque, dans une prochaine séance, nous vous ferons l'histoire des teignes, en nous aidant des travaux les plus modernes qui ont jeté une grande lumière sur ces affections.

Le développement de ces lésions élémentaires, leur mélange même, constituent les maladies de la peau que nous venons de décomposer par un travail analytique, pour les examiner à leur état de simplicité; mais ce travail ne suffit pas pour avoir une bonne idée des maladies de la peau. Il faut maintenant nous livrer à un travail opposé, à une synthèse, pour réunir les maladies qui se ressemblent et pour séparer celles qui diffèrent; il faut maintenant nous occuper de la classification des maladies de la peau, travail important et sans lequel on ne peut le lire : il n'y a que trouble et confusion dans l'étude de ces maladies.

Ce besoin de classification s'est fait sentir dès qu'on a commencé à observer plus attentivement les maladies de la peau; c'est ainsi que, dans le siècle dernier, en 1714, un médecin anglais, Daniel Turner, propose un premier essai de classification, en divisant les maladies de la peau en deux grandes familles, suivant qu'elles occupent le cuir chevelu ou le corps, désignant les premières sous le nom de teignes, et les secondes sous celui de dartres, dénominations qui sont restées dans l'esprit du vulgaire. Partant d'un autre point de vue, et s'appuyant sur les phénomènes extérieurs, un médecin distingué de Vienne, Plenck, en 1776, essaie de classer les maladies de la peau en quatorze classes, admettant le premier, comme base de sa classification, les taches, les pustules, les vésicules, etc., mais considérant aussi comme des caractères de genre les croûtes, les ulcérations, etc., qui ne sont que des produits de l'évolution d'autres lésions; néanmoins, malgré ses imperfections, cette classification, qui fit faire un grand pas à la dermatologie, peut être regardée comme le point de départ des classifications anatomiques adoptées depuis par l'école anglaise; n'omettant pas de signaler, presqu'en même temps que Plenck, la classification proposée par Lorry (Paris, 1777), qui le premier divise les maladies de la peau en deux grandes classes : celles qui viennent de causes extérieures, celles qui naissent sous l'influence de causes intérieures. De même que nous signalions tout à l'heure Plenck comme le père de la classification anatomique, nous regarderons également Lorry comme le premier auteur de la classification naturelle; nous voyons déjà, dès l'origine, deux bases bien différentes de classification que nous allons retrouver développées d'un côté par Willan et son école, et de l'autre par Alibert. Nous devons nous arrêter un peu plus longuement sur ces deux méthodes différentes.

Willan, médecin d'un dispensaire de la ville de Londres, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, s'étant appliqué particulièrement à l'étude des affections cutanées, proposa comme Plenck, pour base de classification, de s'appuyer sur les phénomènes extérieurs, mais seulement sur les phénomènes initiaux élémentaires des affections cutanées, rejetant ainsi les croûtes, les ulcères et les autres produits secondaires admis par Plenck, et d'après cette base, il divisa les maladies de la peau en huit ordres : 1° les papules; 2° les squames; 3° les exanthèmes; 4° les bulles; 5° les pustules; 6° les vésicules; 7° les tubercules; 8° les macules. Dans chacune de ces classes furent rangées les diverses maladies de la peau avec des dénominations bien précises et qui sont restées depuis dans la science, et, pour le dire en passant, c'est peut-être là un des plus beaux titres de gloire de Willan, d'avoir détruit la confusion qui régnait dans la nomenclature des maladies de la peau, d'avoir assigné un nom à chaque espèce bien définie, et d'avoir donné une définition bien exacte de chaque dénomination.

En publiant sa classification, Willan accomplit une révolution heureuse dans la pathologie cutanée; il fonda une école et une doctrine développée après lui par son élève, Bateman, et propagée en France par Biett qui, tout en proposant quelques modifications, admit néanmoins les bases principales de la classification anatomique. C'est encore cette classification, quelque peu modifiée, qui est généralement adoptée à Paris et qui compte parmi ses partisans les médecins les plus versés dans la dermatologie, j'ai nommé MM. Gibert, Cazenave, Devergie.

Néanmoins, le triomphe des doctrines de Willan n'eut pas lieu sans contestation et sans luttes; elles trouvèrent un rude adversaire dans Alibert, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, homme d'un savoir profond, d'une finesse d'esprit remarquable et d'un talent d'élocution et de style digne d'un littérateur. Partant des idées de Turner et de Lorry, Alibert chercha les bases de sa classification, non pas dans la considération d'un seul des phénomènes offerts par les maladies de la peau, mais dans leurs causes et dans l'ensemble de leurs caractères; il chercha à ranger les espèces morbides d'après leur ressemblance, sous le rapport du siége, des causes, de la marche et des moyens de traitement à employer; il tenta un essai de classification naturelle, cherchant

son modèle dans la classification botanique proposée par de Jussieu, et cherchant de même une *méthode naturelle* de classification qu'il apportait au *système artificiel* de Willan. Après plusieurs essais, Alibert finit par proposer une classification qu'il publia sous une forme bizarre, sous la forme d'un arbre appelé *l'arbre des dermatoses :* dans cet arbre, les branches figurent les familles, les rameaux les espèces, et les ramuscules les variétés ; dans cette classification, d'ailleurs, les maladies rangées d'après leur nature, ou plutôt d'après leur ressemblance, sont divisées en douze groupes ou familles naturelles, divisions dans lesquelles on retrouve en effet des maladies qui présentent en général des phénomènes communs, de manière à ce qu'on puisse les considérer comme étant voisines et de même nature.

Dans cet exposé historique, nous voyons donc en présence deux grandes bases de classification, celle qui s'appuie sur les lésions élémentaires et celle qui admet les groupes naturels. Cherchons à apprécier ces deux doctrines importantes en pathologie cutanée, et qui, depuis cinquante ans, jouissent du privilége de passionner les dermatologistes, et qui ont soulevé bien souvent des discussions vives dont la plupart ont fait retentir les murs de cet hôpital.

Hâtons-nous de dire que, par sa classification et par sa nomenclature, Willan a rendu un service immense ; qu'il a mis de l'ordre dans l'étude si confuse et si abandonnée des maladies de la peau ; qu'il a fait arriver jusqu'à la perfection la description graphique des maladies de la peau, et qu'il a permis au diagnostic, auparavant si difficile, de ces affections, d'arriver souvent jusqu'à la certitude : ce sont là de grands avantages et dont on doit toujours profiter, quelle que soit l'opinion qu'on adopte, relativement à la classification ; mais cela accordé, si maintenant nous examinons le système de Bateman sous le rapport nosographique, nous ne pouvons nous empêcher d'y reconnaître de grands défauts qui persistent encore aujourd'hui, malgré les modifications apportées à ce système par ses partisans actuels. La méthode anglaise, en ne prenant en considération qu'un seul phénomène de la maladie, a en effet l'immense inconvénient de réunir ce qui doit être séparé, et de séparer ce qui doit être réuni : les fièvres éruptives, famille si naturelle, se trouvent dispersées dans plusieurs classes ; la variole est à côté de l'ecthyma ; l'eczéma et l'impétigo, espèces si voisines que nous les considérons comme de simples variétés d'une même affection, sont dans des classes différentes. Pour classer la maladie, on s'appuie sur un phénomène initial, souvent éphémère, qui ne tarde pas à disparaître : c'est ainsi que dans l'eczéma les vésicules sont souvent inaperçues, que dans l'herpès circiné elles sont plus qu'éphémères, et qu'il est impossible de retrouver la lésion élémentaire. En face de cette apparition fugitive, on se demande s'il ne vaudrait pas mieux, pour classer les maladies, s'appuyer sur les phénomènes qui existent, lorsque la maladie est dans sa période d'état, lorsqu'elle a acquis son plein et entier développement ; pour le diagnostic même, n'en doit-il pas résulter des difficultés : le médecin assiste rarement au début de la maladie, la lésion élémentaire est souvent modifiée avec le temps, et au lieu de vésicules, on trouve souvent ou des squames ou des papules ; prendrai-je pour exemple l'eczéma, maladie qui débute ordinairement par des vésicules, et qui, plus tard, par suite de modifications successives, peut se présenter sous un aspect cagneux qui rappelle bien plus l'existence de papules que celle de vésicules, et si l'on s'en tenait à la lésion élémentaire, on diagnostiquerait des taches ? Ce que je vous dis est tellement vrai, que pour ne pas être exposé à être accusé d'erreur, un homme d'esprit, M. Devergie, a inventé comme moyen terme l'eczéma lichénoïde.

Mais, bien plus encore, d'après cette même classification anatomique, on place dans la classe des vésicules, des tubercules, etc., des maladies qui ne présentent pas les lésions élémentaires supposées. Vous parlerai-je encore ici de l'eczéma qui même au début ne présente pas toujours des vésicules et qui commence quelquefois par la rougeur et la sécheresse de l'épiderme ; vous signalerai-je l'acné *rosacea* rangée dans la classe des pustules, et qui souvent est caractérisée uniquement par une rougeur vive de la face, sans éruption pustuleuse ; vous dirai-je encore que dans une variété de lupus, dans le *lupus érythémateux*, maladie tuberculeuse suivant Willan et son école, il n'y a pas trace de tubercules ?

Si maintenant nous laissons de côté la partie graphique, pour nous occuper du traitement, voyons-nous quelque idée de thérapeutique naître de la considération des classes ; trouvons-nous une seule indication thérapeutique qui puisse se tirer de l'existence des vésicules, des pustules et autres lésions élémentaires ? Évidemment non : c'est dans d'autres considérations qu'il faut aller chercher les bases du traitement.

Les reproches que nous adressons ici à la méthode anglaise sont bien certainement fondés, car ils ont touché quelques-uns de ses plus chauds partisans, et M. Cazenave lui même, l'élève favori de Biett, après avoir combattu pour cette classification, en a proposé une autre, dans laquelle il a admis quelques-unes des grandes familles naturelles, telles que les fièvres éruptives, les syphilides, les maladies chroniques de la peau, autrement dites dartres ; mais tout en sacrifiant un peu à la vérité, M. Cazenave n'a pas encore été assez loin, et malgré l'estime que je professe pour son mérite, je puis dire qu'il n'a pas été heureux dans son essai de classification, où on trouve des maladies groupées tantôt d'après leur nature, tantôt d'après leur siége ; nous trouvons encore là séparées des affections semblables, exemple : l'eczéma, le lichen et le psoriasis, maladies évidemment de même nature et que je trouve dans trois classes différentes, et on voit réunies des affections qu'on ne devrait jamais trouver à côté l'une de l'autre, exemple : l'anesthésie cutanée et le lichen. Tout bien examiné, j'aime encore mieux la classification de Biett, on sait au moins à quoi s'en tenir sur la base de classification, et on est averti qu'on ne doit s'en servir que comme moyen artificiel de diagnostic.

La critique que nous venons de faire de la classification d'après les lésions élémentaires, vous indique facilement notre tendance vers la méthode naturelle, qui consiste à réunir dans la même classe les maladies qui présentent un assez grand nombre de phénomènes communs qui ont les mêmes causes, la même marche, et qui, tout en différant un peu dans leurs éléments anatomiques, réclament cependant les mêmes moyens de traitement, ces maladies sont évidemment semblables, paraissent de la même nature et doivent être classées dans le même ordre.

Il y a donc entre les maladies cutanées des affinités et des différences ; affinités entrevues par Turner, par Lorry et surtout par Alibert, dont la classification ne mérite certainement pas l'oubli dans lequel elle est tombée classiquement : la méthode de l'ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis est féconde en bons résultats, elle n'a contre elle que la grotesque invention de l'arbre des dermatoses et le choix bizarre de quelques dénominations appliquées à des maladies à meilleur droit décrites communément sous d'autres noms.

Nous sommes donc partisan de la doctrine qui tend à classer les maladies d'après leur nature, et nous croyons plus philosophique de reconnaître en nosographie les affinités naturelles, les ressemblances et les dissemblances, que de prendre pour point de départ exclusif un élément anatomique commun, quoique les causes, la marche et le traitement soient dissemblables.

En examinant à ce point de vue les maladies de la peau, que voyons-nous, en effet ?

1° D'abord des altérations dans la couleur de la peau, quelques vices de conformation de la peau, quelques tumeurs partielles ; ce ne sont pas là, à proprement parler, des maladies, ce sont des vices de conformation, quelquefois congénitaux, d'autres fois acquis ; il y a là évidemment une famille naturelle dans laquelle on rangera les signes *spilis*, les éphélides, etc. ; dans laquelle on pourra aussi placer les verrues, le molluscum, l'ichthyose, etc.

2° Puis nous voyons des inflammations du tissu de la peau, des inflammations locales, survenues accidentellement, pouvant récidiver, mais pouvant aussi ne se montrer qu'une fois, et existant, par conséquent, sans diathèse ; ce sont des inflammations simples, dont le traitement est purement hygiénique ou légère-

ment antiphlogistique; à cette classe appartiennent l'érythème, l'herpès zona, etc.

3° Dans une autre classe, nous trouvons également des maladies locales, accidentelles, mais dans lesquelles on rencontre un élément important de plus, il y a un parasite animal ou végétal, cause de la maladie; l'affection est contagieuse, et pour la guérir il faut faire périr le parasite; cette classe, légitimée par les observations modernes, est certainement très-naturelle, elle renferme la gale, quelques prurigos et les teignes.

4° Dans d'autres circonstances, la maladie de la peau n'est plus seulement locale, elle dépend d'une disposition générale de l'économie et elle n'est qu'un symptôme d'une affection générale, mais là encore de nombreuses divisions; nous voyons d'abord une éruption cutanée à marche régulière, à périodes fixes, à marche aiguë, coïncidant avec un mouvement fébrile : ce sont les fièvres éruptives, groupe tellement naturel, qu'il est admis par la plupart des nosographes.

5° Dans le groupe des fièvres éruptives, l'éruption, tout en étant subordonnée à l'affection générale, a une grande importance : c'est presque toujours le phénomène prédominant de la maladie; dans d'autres circonstances, il n'en est pas ainsi, et l'éruption est tout à fait accessoire; elle s'efface sous la gravité de l'affection principale : telles sont les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde, les sudamina dans plusieurs maladies, le purpura dans le scorbut; il y a là matière à admettre une classe particulière.

6° Dans d'autres circonstances encore, il y a évidemment une cause générale, une disposition particulière de l'économie; mais cette disposition est latente et ne se révèle que par l'apparition de la maladie cutanée, qui par sa marche chronique, par ses récidives fréquentes et faciles, par sa transmission héréditaire, force à admettre une diathèse particulière, spéciale, désignée depuis longtemps sous le nom de vice dartreux. L'école de Willan a bien battu en brèche cet ancien édifice du vice dartreux, et ce mot *dartre* a eu le privilége d'exciter tantôt la colère, tantôt l'hilarité de Biett et de ses élèves; et cependant on doit dire que la croyance aux *dartres,* restée dans le vulgaire, n'est jamais morte non plus dans l'esprit des praticiens; il y a là quelque chose de plus fort que les théories et que les doctrines, il y a un fait vrai, une vérité qui peut bien être obscurcie momentanément, mais qui finit par revenir en lumière; en effet, pour tous ceux qui observent sans arrière-pensée, il y a des maladies de la peau qui se développent et qui reviennent en vertu d'une disposition particulière, c'est ce fait qu'on exprime par le mot de vice dartreux, et il est tout naturel qu'on appelle ces affections des maladies dartreuses, maladies tenaces qui exigent une thérapeutique particulière profondément perturbatrice. Je crois donc aux dartres, comme je crois aux fièvres éruptives, et aux mêmes titres j'en fais une classe de maladie.

7° Les dartres, avons-nous dit, existent sous l'influence d'une diathèse particulière, percevable seulement par l'apparition de l'éruption; à côté de ces affections, il en existe d'autres, dépendant également d'une diathèse non plus spéciale à la peau, mais qui vit sous l'influence d'un virus inoculable, va porter ses ravages dans plusieurs tissus, nous voulons parler des éruptions syphilitiques, des syphilides, c'est certainement encore là une famille naturelle, dont la légitimité avait été même reconnue par Biett.

8° Quelques maladies de la peau paraissent naître, dans certains pays, sous l'influence de climats déterminés; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on les voit naître ailleurs que dans les régions favorables à leur développement; assez différentes d'ailleurs les unes des autres, ces maladies présentent cependant cela de commun, qu'elles se développent sous l'influence d'un climat spécial, et particulièrement des pays chauds; nous en citons encore une classe particulière; n'ayant que de rares occasions de les observer, nous connaissons ces maladies moins bien que celles de nos pays. Telles sont l'éléphantiasis des Grecs, la pellagre, etc.

9° Enfin, comme tous les tissus, la peau peut être le siége du cancer et nous présente des affections cancéreuses.

En nous résumant, nous proposons donc la classification suivante qui contient dix ordres : 1° Les macules; 2° les maladies locales inflammatoires; 3° les maladies parasitaires; 4° les fièvres éruptives; 5° les éruptions symptomatiques; 6° les maladies dartreuses; 7° les syphilides; 8° les maladies climatériques; 9° les cancroïdes de la peau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin. — Présidence de M. Combes.

Symbolique de la forme humaine.

M. Duvernoy *lit* un rapport verbal sur un ouvrage de M. C.-G. Carus, portant le titre indiqué ci-dessus.

Cet important ouvrage, dit M. Duvernoy, est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur traite de la symbolique en général; dans la seconde, de la symbolique en particulier, et dans la troisième, des applications les plus générales de cette science à l'éducation, à la médecine et à la jurisprudence; à l'état social; aux beaux-arts; et de ses applications plus restreintes aux individualités, pour déterminer les caractères des âges, des sexes et des origines nationales.

Voici comment l'auteur envisage son sujet : la symbolique de la forme humaine devient une science, lorsqu'elle apprend à connaître les lois d'après lesquelles se produisent les innombrables formes individuelles que nous rencontrons dans la vie, et qu'elle explique la signification de ces formes relativement aux facultés de l'âme qu'elles recèlent.

Elle comprend la morphologie de l'homme et sa physiologie; elle est à la fois sensuelle et supra-sensuelle.

Elle prend ses données dans les particularités des constitutions individuelles, des tempéraments et des facultés intellectuelles, telles qu'elles se manifestent réunies dans le même individu, et autant que l'on peut en juger par la forme corporelle.

La constitution est déterminée par les éléments organiques.

Quant aux tempéraments, M. Carus en distingue six, d'après les trois facultés de l'âme qu'il admet, et que désignent les trois mots *comprendre, sentir* et *vouloir;* et dans la supposition incontestable qu'on peut reconnaître dans leurs manifestations un degré de supériorité et un degré d'infériorité.

Ainsi, le *tempérament du vouloir* peut être énergique ou flegmatique;

Celui du *sentiment,* gai (sanguin) ou mélancolique.

Le *tempérament intellectuel* est appelé *psychique,* lorsqu'il est distingué par la prédominance des plus hautes facultés intellectuelles; ou *élémentaire,* lorsqu'il n'est pas capable de s'élever au-dessus de la connaissance élémentaire des choses.

Connaissant l'importance de l'axe vertébral, qui se montre le premier dans le développement de l'homme et de tous les vertébrés, et autour duquel apparaissent successivement toutes les autres parties de l'organisme, l'auteur a recherché, dans cet axe, le *module* de la forme humaine.

Il l'a découvert dans le tiers de la longueur verticale des vingt-quatre vertèbres mobiles de cet axe, formant les régions cervicale, dorsale et lombaire.

Ce résultat nouveau peut être important pour la sculpture et la peinture.

M. Lallemand présente plusieurs mémoires ou observations dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans les comptes rendus d'autres Sociétés savantes.

Sur les mouvements du fluide nourricier chez les arachnides pulmonaires.

M. Blanchard présente sur ce sujet un mémoire dont il donne l'extrait suivant :

« Dans plusieurs mémoires présentés à l'Académie et dans les planches de mon grand ouvrage qui a pour titre : *l'Organisation du règne animal,* j'ai montré la complication et la disposition que présente le système artériel chez les arachnides pulmonaires, c'est-à-dire les arachnides de l'ordre des pédipalpes et de l'ordre des aranéides. J'ai montré aussi que le système veineux restait, chez ces animaux, dans un état d'imperfection analogue à celui qu'on a reconnu chez les crustacés et les mollusques.

« Depuis, j'ai suivi avec le plus grand soin la marche du fluide nourricier; j'ai recherché comment s'effectuait, de toutes les parties du corps, le retour du sang veineux vers les organes respiratoires si étroitement localisés chez les arachnides pulmonaires. La constatation anatomique de certaines parties, toujours négligées jusqu'ici par les observateurs, des injections pratiquées de différentes manières, diverses expériences m'ont permis,

je crois, de comprendre bien nettement la manière dont s'exécute la circulation chez ces articulés.

« Il y a là un mécanisme beaucoup plus compliqué qu'on ne l'a jamais supposé. Bien que le sang veineux ne soit pas contenu dans des tubes susceptibles d'être isolés par la dissection, il n'en est pas moins soumis, sur tous les points, à une marche bien déterminée.

« Si, chez un scorpion vivant, on pratique une très-petite ouverture vers le milieu du cœur, et qu'on introduise une eau colorée par un précipité extrêmement fin, on voit aisément que les battements du cœur sont assez puissants pour pousser le liquide jusqu'à l'extrémité des plus petites artérioles. Parvenu dans les dernières ramifications, le sang est bien certainement ralenti dans sa marche en passant dans les réseaux capillaires.

« Ces réseaux, qui n'ont pas encore été signalés chez les animaux articulés, règnent, sous les téguments, entre les diverses couches musculaires dans le tissu connectif interposé entre les organes; ce sont des canaux nettement circonscrits et tapissés par un mince épithélium. De là, le sang est reçu par les canaux veineux.

« Sur ce point, j'ai dû porter une attention toute spéciale; ce ne sont bien que des canaux et quelquefois des sinus, et non pas des tubes, de véritables vaisseaux; mais nous trouvons toujours les uns et les autres tapissés par une membrane que, souvent, il n'est pas très-difficile de détacher des tissus environnants. Dans ce système veineux, bien imparfait si on le compare à celui de la plupart des animaux vertébrés, il ne peut y avoir de valvules empêchant le retour du sang dans certaines directions. Cependant, comme je l'ai dit, le fluide nourricier est toujours soumis à une marche déterminée; en effet, la disposition des muscles favorise le passage du liquide dans un sens, et présente un obstacle considérable, quelquefois absolument insurmontable, pour le passage dans l'autre sens.

« En injectant un liquide coloré dans la cavité abdominale, on le voit pénétrer facilement dans la plupart des espaces remplis par le sang veineux; on remarque en même temps qu'il n'entre ni dans les canaux veineux des pattes ni des autres appendices. Sous l'effort d'une pression considérable, on trouve une résistance qu'on ne parvient jamais à vaincre absolument; les muscles fléchisseurs et extenseurs des pattes se rapprochant à leurs points d'attache, ferment le passage de dedans en dehors. On conçoit bien, en effet, que, sans une disposition particulière, le sang, en abondance dans la cavité thoracique, aurait toujours tendu à retomber dans les canaux veineux des membres locomoteurs placés naturellement sur un plan inférieur.

« Un fait mérite encore d'être indiqué à l'égard du cours du sang dans les appendices. Ces parties sont plus ou moins souvent exposées à être brisées chez les arachnides. Ces fractures ont lieu constamment dans les articulations; l'animal n'en souffre que très-médiocrement. C'est à peine si une très-petite gouttelette vient perler à l'extrémité du membre brisé; la contraction des muscles resserre l'artère, et le canal veineux est disposé de telle sorte que le cours normal du sang ne se trouve pas un instant interrompu. A l'extrémité de chaque article des appendices locomoteurs, le grand canal veineux se recourbe de façon à reprendre tout le sang venant des petits canaux. Cette disposition explique d'une manière complète pourquoi, en arrachant la moitié de la patte d'un scorpion, ou d'une aranéide, le sang s'échappe de la partie détachée, et non pas de celle qui est restée attachée au corps.

« Dans ce court extrait de mon travail, je ne puis décrire toute la marche du fluide nourricier. Je me contenterai d'indiquer que le sang veineux, ramené des différents points du corps, arrive en dernier lieu dans des canaux situés sur les côtés et à la partie inférieure de l'abdomen, d'où il est conduit aux organes respiratoires; que les principaux canaux veineux sont logés surtout dans les intervalles des zoonites, et formés par un repli de la membrane interne; que chez les scorpions, les canaux veineux de la portion caudiforme de l'abdomen et des pattes sont constitués par des rigoles qui se montrent à l'extérieur comme autant de carènes sur les téguments; particularités toujours regardées jusqu'à présent comme insignifiantes, comme de simples caractères d'espèces.

« Déjà j'ai eu l'occasion de montrer comment, chez les arachnides, le sang revient des organes respiratoires au cœur, à peu près comme chez les crustacés, au moyen de vaisseaux remontant le long des parois latérales de l'abdomen, et s'ouvrant dans la cavité péricardique. Bien que des injections multipliées et la dissection des parties n'aient pu laisser le moindre doute sur ce point, il était toujours difficile de se rendre compte de la manière dont le sang pouvait remonter continuellement de la partie inférieure du corps à la partie supérieure pour rentrer dans le cœur; des dissections minutieuses, et quelques expériences assez simples, m'ont permis enfin de bien comprendre de quelle façon ce mouvement s'opérait sans difficulté.

« Les organes respiratoires sont recouverts par une membrane assez solide, qui se rétrécit entre chacun deux, et se prolonge en avant et en arrière, sous la forme d'un large vaisseau recevant le sang veineux. Chaque poche pulmonaire est alternativement soulevée ou pressée par un ligament double ou triple, qui monte perpendiculairement et s'attache au péricarde. Cette disposition montre de suite que les mouvements du cœur doivent agir sur les poches respiratoires.

« En effet, en mettant à nu une portion du cœur, on remarque que les battements du cœur se font sentir sur les ligaments contractiles, et déterminent une pression sur les poches pulmonaires, qui fait aussitôt refluer et remonter le sang dans les vaisseaux pneumo-cardiaques. A cela, il faut ajouter que ce mouvement est aidé par des piliers musculaires attachés aux parois supérieure et inférieure de l'abdomen. C'est donc au moyen d'un mécanisme analogue à celui de la pompe foulante, que le sang parcourt si aisément le trajet ascensionnel qui sépare les organes respiratoires du cœur.

« De tous ces faits, on doit conclure que chez les arachnides pulmonaires, le sang veineux circule, dans une grande partie de son parcours, dans des canaux nettement circonscrits, qu'il arrive dans la cavité abdominale comme dans un vaste sinus, pour de là pénétrer dans les organes respiratoires, d'où il remonte vers le cœur, au moyen d'un mécanisme particulier. Conclusion conduisant naturellement à l'idée que des dispositions analogues, nécessaires pour arriver au même but, devront être recherchées chez les crustacés et les insectes. »

Machine pneumatique.

M. Seguier lit un rapport très-favorable sur un perfectionnement important que MM. Breton frères ont fait subir à la machine pneumatique.

Phénomènes de la vision.

M. Szokalski adresse une note concernant des expériences qu'il a faites dans le but de reconnaître *jusqu'à quel point l'œil peut reconnaître une déviation de la direction verticale ou de la direction horizontale dans l'espace.* Dans ces expériences, qui étaient faites au moyen d'un fil noir long de 1 mètre se détachant sur un mur blanc, il a reconnu qu'il y avait, pour la délicatesse d'appréciation, des différences notables d'un individu à l'autre; ainsi certaines personnes étaient sensibles à une déviation de la verticale qui n'excédait pas un déplacement angulaire de plus de quinze minutes; chez d'autres, au contraire, il fallait une déviation double ou triple, pour qu'elles reconnussent que la ligne n'était plus verticale.

Quelle que fût, au reste, la délicatesse d'appréciation chez les divers individus soumis à l'expérience, tous, pour arriver à former un jugement, se conduisaient de la même manière, exécutaient les mêmes mouvements de la tête et arrivaient à la fixer dans une même position. Si, au lieu de tenir la tête dans cette position qu'ils prenaient comme instinctivement, ils la tenaient volontairement inclinée d'un côté, la délicatesse de leur appréciation en était sensiblement altérée, et tel qui, posé naturellement, reconnaissait une déviation de quinze minutes, n'apercevait pas, dans la position forcée, une déviation d'un degré.

L'auteur conclut de ces faits et de plusieurs autres qui sont exposés dans sa note, qu'on se ferait une idée très-incomplète du sens de la vision et des connaissances qui nous arrivent par ce sens, si nous le réduisions à l'impression produite sur la rétine et au jugement porté sur cette sensation. C'est à la même conclusion d'ailleurs que nous conduisent déjà ses précédentes communications sur le mouvement de rotation des yeux autour de leur axe.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs échantillons de remèdes secrets;

2° Réclamation de priorité de M. Pitancier de Montigny, médecin à Madon près Blois, relativement à l'emploi du charbon dans les fièvres intermittentes;

3° Relation de l'épidémie de choléra de 1849, par M. Sauton, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard;

4° Six rapports sur des épidémies de fièvres typhoïdes, par MM. Faivre d'Énans, médecin de l'arrondissement de Baume (2 rapports); Pône, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontarlier (2 rapports); Billot, médecin de l'arrondissement de Poligny; Sauton, médecin de l'arrondissement de Pontarlier;

5° Relation d'une épidémie d'angine tonsillaire, par M. Estre, médecin cantonal à Foulquemont;

6° Rapport sur une *endémie de teigne,* par M. Faivre d'Énans, médecin de l'arrondissement de Baume;

7° Rapport sur une épidémie de variole, par M. Pône, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontarlier;

8° Deux communications de Mme Coquillard. M. le secrétaire perpétuel annonce qu'il a été autorisé par le conseil d'administration à répondre à M. le Ministre qu'il n'y a pas lieu à faire un rapport;

9° Plusieurs états de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Statistique médicale.

M. Bemq, correspondant de l'Académie, professeur à l'Université de Copenhague, adresse une note sur les avantages qu'il y aurait à ce que chaque médecin traçât l'histoire de chaque maladie dans les familles, afin d'arriver à la connaissance exacte de l'hérédité dans les maladies. Il envoie un modèle de tableau qu'on pourrait suivre dans l'étude des maladies héréditaires. (Comm. MM. Bérard, Bousquet.)

Rectification.

M. Saegert, inspecteur général des établissements de sourds-muets de Prusse, adresse un numéro du *Moniteur prussien* contenant sa nomination en réponse à M. Ferrus, qui avait nié qu'il fût inspecteur général.

Vaccine.

M. Adde-Margras, médecin à Paris, adresse en manuscrit un *Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes.* (Comm. de vaccine.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit un grand nombre de rapports sur des remèdes secrets. Tous se terminent par des conclusions défavorables.

Vaccine.

M. Bousquet lit une partie du rapport annuel sur les vaccinations. Nous en donnerons un extrait étendu dans un de nos prochains numéros.

Hydrocèle.

M. Larrey lit un rapport sur un mémoire de M. Huttin, chirurgien en chef des Invalides. Nous en extrayons les principaux passages :

La méthode de l'injection, si généralement adoptée aujourd'hui, a tout d'abord attiré l'attention de l'auteur du mémoire (quoiqu'il fasse une certaine réserve à l'égard d'un mode de traitement fort préconisé par M. Baudens).

M. Huttin énumère les divers liquides qui ont servi à la pratique de l'injection, et il se prononce avec la plupart des chirurgiens, et surtout avec M. Velpeau, en faveur de l'iode.

Il signale le but que l'on se propose ainsi, à savoir l'inflammation adhésive de la tunique vaginale, et il se demande avec raison si cette adhérence est indispensable à la guérison de la maladie, soit par cette méthode, soit par les autres.

C'est ce que M. Huttin a voulu constater.

Au mois d'avril 1846, M. Huttin a trouvé à l'Hôtel 34 hommes opérés d'hydrocèle à diverses époques, et par les différents chirurgiens en chef des Invalides. Il en donne un tableau exact, et y joint une liste de 30 opérations faites par lui-même, depuis son arrivée en 1845. En voici l'exposé :

1re *Catégorie des opérés, selon diverses méthodes.*

Par le séton.	3	par Sabatier.
L'excision.	2	Percy.
Incision.	3	Yvan.
Cautérisation.	8	Id.
Sonde à demeure.	8	Larrey.
Injections vineuses.	5	Pasquier, père et fils.
Injections iodées.	4	Pasquier fils.
Ponction simple.	1	Desruelles.
(sangsues secondaires)		(au Val-de-Grâce).
Total. . . .	34	

Sur ces 34 invalides, 28 sont morts; 2 sont sortis de l'Hôtel, et 4 y sont encore.

2e *Catégorie des opérés* (par M. Huttin) :

Ponction simple. . .	2	à cause de l'altération des testicules.
Injection iodée. . .	28	

(Dans les 28 cas avec la teinture alcoolique d'iode, pour un tiers de teinture contenait deux tiers d'eau, sans addition d'iodure de potassium).

Sur ces 30 opérés, depuis 1845, 15 sont morts.

Mais comme ceux de la première catégorie, ils ont succombé à diverses maladies indépendantes de leurs hydrocèles, qui se trouvaient guéries depuis longtemps.

Ces indications du nombre des opérés, ainsi que des méthodes suivies, nous semblent utiles à reproduire, afin de mieux en apprécier les résultats.

Mais il n'est pas nécessaire de suivre M. Huttin dans l'exposé sommaire de chacun des cas énumérés par lui, et se rapportant à une histoire statistique ou nécrologique des Invalides.

Le résultat de cette statistique, c'est que chez les opérés de la 1re catégorie, où, par diverses méthodes et par différents chirurgiens, chez tous sans exception, il y avait oblitération complète de la tunique vaginale, tandis que chez les opérés déjà morts de la 2e catégorie, où, avec l'injection iodée et spécialement par M. Huttin, les résultats ont été variables : ainsi, sur 16 sujets, l'autopsie a démontré 8 fois des adhérences complètes ou oblitérant la cavité séreuse en entier (comme par les méthodes anciennes), tandis que 4 fois les adhérences se trouvaient partielles seulement, et que les 4 autres fois il n'en existait pas de traces;

D'où l'auteur de ces recherches croit devoir conclure que dans ces derniers cas, les injections iodées n'avaient et n'auraient ultérieurement provoqué aucune oblitération, et que ces hydrocèles, ainsi parvenues à guérison, n'eussent pas été à l'abri d'une récidive.

M. le professeur Velpeau avait eu occasion déjà de faire une remarque analogue à celle-là, dans ses leçons de clinique.

De l'ensemble de ces faits, qui ne sont cependant pas très-nombreux, M. Huttin croit devoir tirer les déductions suivantes, à savoir :

« 1° Que Pott avait dit vrai, en avançant que la disparition de la tunique vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle;

« 2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés autrefois, et même des injections vineuses;

« 3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées, s'il devient constant, par des recherches nouvelles, que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées chez les opérés des Invalides. »

Notre honorable confrère termine ce travail par une application directe de ses recherches au mémoire de M. Velpeau, en rappelant que le savant professeur attribue aux injections iodées, comme aux autres injections, la propriété de déterminer une inflammation adhésive ou oblitérante, tandis que ce résultat n'est pas constamment tel, comme le démontrent les faits précités.

M. Chaumet, dans ce mémoire, a aussi recherché si la cavité de la tunique vaginale disparaît dans la cure radicale de l'hydrocèle, et il a été porté à admettre qu'il n'en est pas ainsi, hors les cas où on fait suppurer directement la poche séreuse, soit par le séton, soit par l'incision ou quelque autre méthode ancienne.

Ne doit-il pas d'ailleurs en être ainsi, d'après l'irritabilité variable de la tunique séreuse, selon les individus, à tel point que le contact des liquides les plus irritants est faiblement supporté par les uns, tandis que la moindre sensation du liquide affaibli est parfois intolérable chez d'autres. Ce fait général, connu de tous les chirurgiens, a été spécialement signalé par M. Baudens, dans son mémoire sur l'hydrocèle; et M. Huttin, assurément, est d'accord avec tous à cet égard.

Prudent et réservé du reste dans son langage, notre honorable collègue des Invalides, désirant que l'on ne se méprenne point sur sa pensée, ne prétend pas que les injections iodées guérissent l'hydrocèle sans oblitération; il dit seulement que chez les 16 individus traités par cette méthode, et autopsiés par lui, 1/4 ne présentaient point d'adhérences et 1/4 n'en offraient que de partielles, tandis que les 28 invalides morts sur les 30 opérés par d'autres procédés, avaient tous des adhérences complètes. M. Huttin constate seulement ce résultat et ne veut pas dire autre chose.

Ses recherches auraient été plus intéressantes encore, si elles avaient pu apprécier la structure intime de ces adhérences et leur mode de formation, soit par un contact immédiat, soit par l'interposition de fausses membranes simulant diverses altérations ou transformations de la tunique vaginale.

Ainsi, d'après une remarque générale de Bichat, dans les inflammations séreuses, lorsque l'exhalation du fluide lubréfiant cesse, une fausse membrane tend à s'organiser souvent sur les surfaces phlogosées. C'est même sur cette règle, formulée par l'illustre physiologiste, que l'on peut fonder l'avantage de certaines méthodes dans la cure de l'hydrocèle.

M. Davat, par exemple, attribue à ce principe les heureux résultats de son procédé par l'action irritante de l'air, et nous serions disposé à en dire autant du procédé de M. Baudens, sauf quelques réserves.

La même observation a été faite, à un point de vue plus direct encore, par M. Gosselin. Ce savant confrère a entrepris de prouver que les états prétendus d'épaississement, de cartilaginification de la tunique vaginale, sont la déposition d'une fausse membrane à sa surface interne (1).

(1) *Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle.* (Archives, décembre 1851.)

M. Huguier, dans l'examen d'une pièce anatomique qu'il a présentée à la Société de chirurgie (le 13 septembre 1851), chez un sujet mort du tétanos, le sixième jour d'une opération par ponction et injection, M. Huguier, disons-nous, a constaté à la face interne de la tunique vaginale, une pseudo-membrane demi-transparente, assez épaisse, adhérente à l'enveloppe propre du testicule plus encore qu'à son enveloppe séreuse, et dédoublée en deux parties dont il a retracé exactement tous les détails anatomiques.

J'ai eu occasion aussi de rencontrer deux fois des fausses membranes chez des malades opérés anciennement au Val-de-Grâce, par M. Gama (alors chirurgien en chef), mais j'ai négligé alors d'examiner ces faits avec assez de soin, d'autant que l'opération avait été pratiquée, dans les deux cas, par incision.

Ces quelques remarques nous sont donc suggérées par la nature même du travail de M. Huttin, qui le complète par une réflexion judicieuse.

Ainsi, présumant que des recherches ultérieures confirmeront les siennes, sur les résultats des opérations d'hydrocèle, il se demande si on n'aurait pas d'autant plus raison de préférer les injections iodées aux autres méthodes.

Il n'est même pas éloigné de croire que l'oblitération complète de la tunique vaginale peut avoir quelque fâcheuse influence sur l'intégrité des fonctions du testicule, surtout, ajoute-t-il, dans le cas ou l'autre organe aurait été enlevé. C'est une opinion que l'expérience n'a pas confirmée encore, et qui nous dicte une certaine réserve. On pourrait l'appuyer cependant sur l'avis de Sabatier, qui, dans la description du testicule (1), assigne à la tunique vaginale ou périteste, l'usage de filtrer une humeur propre à lubréfier cet organe. Mais Imbert de Lonnes, dans son traité *ex professo*, pourrait fournir un argument opposé à celui-là, lorsqu'il dit (page 12) : « Le testicule ne doit point être environné d'un fluide qui, le pressant de toute part, doit en gêner les fonctions principales ; et c'est vouloir détruire cet organe que de le laisser longtemps exposé à cette espèce de macération. » Quoi qu'il en soit, on pourrait, à notre sens, assigner d'autres avantages aux injections iodées ; ainsi, elles semblent favoriser les adhésions de la tunique vaginale chez les sujets lymphatiques dont les bourses s'infiltrent aisément, et qui sont plus exposés que d'autres aux récidives de l'hydrocèle. Le rapporteur de la commission en a trouvé un exemple assez notable dans ses observations cliniques de l'hôpital de la Faculté, chez un homme opéré deux fois sans succès par l'injection vineuse, et qui guérit bien par une seule injection iodée.

La même substance, en raison de la propriété résolutive des engorgements glanduleux, n'est-elle pas apte aussi à guérir l'orchite, dont l'hydrocèle n'est souvent que la conséquence, et alors même que l'épanchement est peu considérable?

Si, au contraire, la collection de sérosité est abondante, l'injection iodée, même en petite quantité, se propage facilement à toute la surface de la tunique vaginale, si on a soin surtout, comme nous avons l'habitude de le faire, de malaxer légèrement le scrotum, afin de favoriser la dissémination du liquide.

On pourrait présumer enfin que dans le cas d'hydrocèle congéniale ou de communication libre de la poche vaginale avec la cavité du péritoine, l'injection iodée fût moins à craindre que tout autre liquide irritant, si on en jugeait du moins d'après les applications récentes de cette méthode, aux épanchements eux-mêmes de l'abdomen, sans se dissimuler pour cela qu'elle peut donner lieu à des accidents graves, et qu'elle ne doit pas constituer une méthode exclusive.

Nous avons toute raison de croire que telle est aussi l'opinion de M. Huttin, alors même que pour derniers mots de son travail il emprunte à l'un de nos honorables confrères de l'armée, à M. Abeille (2), une hypothèse qu'il considère comme l'expression exacte des faits observés par lui-même; à savoir : que si les injections iodées provoquent quelquefois une inflammation adhésive, dans les cavités closes naturelles, d'autrefois elles suscitent une inflammation qui, sans provoquer des adhérences, modifie et les fonctions perverties des surfaces sécrétantes, et leur texture altérée, soit primitivement, soit consécutivement à l'épanchement.

Conclusions : remercîments à l'auteur; dépôt aux archives. (Adopté).

CORRESPONDANCE.

Si dans la discussion des injections iodées, M. Abeille était resté dans les termes scientifiques, les seuls qui convenaient dans ce débat, j'aurais gardé, comme je l'avais dit, un profond silence, attendant avec patience les preuves *mathématiques* qu'il nous promet toujours, mais qu'il ne donne jamais. Mais du moment qu'il a cru sortir de la science, pour m'accuser de mensonge, je me dois à moi-même et aux lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*, de relever l'accusation de notre confrère peu révérencieux.

« *Je me suis abaissé jusqu'à ne pas dire la vérité,* » en disant « que M. Abeille prétendait que les abcès par congestion traités dans les services de MM. Huguier, Jobert et autres, ne sont que des abcès froids proprement dits. » (Mais que sont des abcès par congestion *dont la carie est guérie ?...*) « Que tous les abcès par congestion guéris jusqu'ici, aussi bien les miens que ceux observés dans les services de MM. Huguier, Jobert et ailleurs par notre méthode, n'étaient que des abcès froids »

M. Abeille n'a pas dit un mot de tout cela... Qu'on veuille bien relire la lettre de M. Abeille, insérée dans le numéro du 11 juin du *Moniteur des Hôpitaux*, et on verra que M. Abeille a dit tout cela ; ce ne sont pas les mêmes mots, mais c'est le même sens...

Voici ce que dit M. Abeille : « Ceux qui guérissent des abcès par congestion par les injections iodées, y compris M. Boinet lui-même, *ne les guérissent que lorsque l'altération osseuse est guérie*..... M. Huguier ne saurait prétendre avoir guéri dans d'autres conditions. » N'est-il pas évident d'après ces passages que MM. Huguier et Jobert n'auraient guéri que des abcès par congestion où il n'y avait plus de carie, ou autrement dit, des abcès qui rentraient dans la catégorie des abcès froids proprement dits ...

Nous demanderons à M. Abeille, qui passe sa vie dans les amphithéâtres et dans les salles de malades, combien il a rencontré d'abcès par congestion, *dont la carie était guérie avec persistance d'un foyer contenant quelquefois plusieurs litres de pus*... Mais si la carie était guérie, il se passerait dans ces abcès par congestion, tels que les a imaginés M. Abeille, ce qui se passe dans les abcès froids proprement dits... c'est-à-dire que deux ou trois injections suffiraient pour les guérir, du moment que la cause qui les a formés a cessé de fournir du pus... tandis que les abcès par congestion ont précisément pour caractère de se remplir promptement après les premières ponctions, de fournir du pus pendant longtemps encore, preuve évidente que la carie qui les a fait naître et qui les entretient n'est pas guérie, et qu'aussitôt qu'elle tend vers la cicatrisation et qu'elle est guérie, ce qu'il est facile de reconnaître par la diminution ou par la cessation de l'écoulement du pus, la guérison arrive pour ainsi dire d'elle-même... *Sublatâ causâ tollitur effectus.* Si M. Abeille avait bien observé il aurait vu que la marche de la guérison des abcès par congestion, dont la carie n'est pas guérie, n'est pas celle des abcès dont la cause ou autrement dit la carie est guérie, c'est-à-dire des abcès qui alors ne sont plus que des abcès froids. Que nos lecteurs jugent maintenant *si M. Boinet s'est abaissé jusqu'à ne pas dire la vérité.*

Encore une toute petite et dernière remarque à l'endroit de votre observation, que vous me reprochez d'avoir critiquée avec verve.... «Tout lecteur clairvoyant, dites-vous M. Abeille, aura rectifié mentalement une faute de typographie... *juin s'imprime facilement pour juillet.* La chose est possible, cher confrère, et ces vilains typographes nous font souvent de pareils tours; ils nous font dire oui, quand nous voulons dire non.... C'est un moyen comme un autre, mais un moyen *jugé* de rectifier ses erreurs et de se tirer d'une mauvaise affaire.... Mais vos lecteurs clairvoyants, qui ont rectifié mentalement cette grosse faute de typographie, penseront que vous auriez mieux fait de laisser en paix votre pauvre typographe qui n'en peut, *mais*.., car s'il a imprimé *juin*, c'est que vous avez mis juin dans votre texte et vous devez l'en remercier.... ; car, si c'est juillet qu'il a dû mettre, suivant votre rectification qui ne peut être une erreur, vos lecteurs clairvoyants vous demanderont à vous qui vous piquez : « Observateur consciencieux et « sévère, de combattre les tendances erronées, les idées préconçues qui conduisent aux « mécomptes et égarent les jeunes praticiens. » Comment il se fait que vous ayez publié en juin 1849 (*Revue médicale*, pages 111 et suivantes) une observation que vous avez recueillie en *juillet* 1849. Ils pourraient bien penser que vous l'avez imaginée cette observation et que vous l'avez publiée avant de l'avoir observée, et ces lecteurs clairvoyants pourront bien voir que cette observation, que vous avez invoquée pour réclamer la priorité des injections iodées dans les abcès par congestion, n'a pas toute la valeur que vous lui donniez....

Parturiunt montes, nascitur ridiculus mus....

Je ne doute pas, cher confrère, que vous trouverez une meilleure explication, que vous relèverez votre pauvre typographe d'une erreur qu'il n'a pas commise, et que vous prouverez que vous ne vous êtes jamais abaissé, comme moi, jusqu'à ne pas dire la vérité.

Le Dr Boinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le 24 juin, en présence de M. le recteur et de la Faculté assemblée, a eu lieu l'installation de MM. les professeurs Benoît et Anglada.

(*Ann. de cliniq. de Montpellier.*)

— M. A. de Jussieu, président de l'Académie des sciences, atteint depuis longtemps d'une maladie du foie, se trouve dans un état qui inspire les plus vives inquiétudes.

— Le discours de M. Bérard nous parvient enfin, mais trop tard pour que nous puissions l'imprimer aujourd'hui : ce sera pour notre prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie chirurgicale, *ou de l'Anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire*, par J.-F. Jarjavay, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation, etc. — La première partie du tome II, contenant 400 pages, vient de paraître. — Prix 6 fr. 50 cent. — La deuxième partie, qui complétera l'ouvrage, paraîtra très-prochainement, et sera délivrée gratuitement aux souscripteurs. — Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien nº 4), à Paris.

(1) Traité d'anatomie.

(2) *Mémoire sur les injections iodées*, 1849.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5

1re Série. Tome 1. — N° 79. 1re année. Samedi 2 Juillet 1853.

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la perception des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale. — Responsabilité médicale. Accidents produits par le chloroforme. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Saint-Antoine. M. Chassaignac. Observation suivie de remarques d'un cas fort intéressant de hernie de la membrane de Descemet. Application de glace, douches oculaires, collyre argentique. Guérison. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 1er juillet 1853.

De la perception des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale.

A Monsieur le professeur Bérard.

Monsieur et très-honoré maître,

C'est au moment où la discussion sur la surdi-mutité est entièrement close et même presque oubliée, que votre dernier discours, contrairement à votre promesse, est enfin mis sous mes yeux ; l'examen que je me suis engagé à en faire pourrait donc sembler aujourd'hui du réchauffé, si vos discours n'avaient le rare privilége de ne vieillir jamais et même de rajeunir tout ce qui s'y rattache. Espérant que le charme du discours fera passer l'ennui de la réfutation, je vais donc remplir, comme je l'aurais fait il y a dix jours, l'engagement que j'ai pris envers mes lecteurs.

Un mot cependant avant d'entrer en matière.

Connaissant votre religieuse exactitude à tenir vos promesses, j'ai dû être surpris de n'avoir point reçu plus tôt votre discours et j'ai dû me préoccuper du motif de ce retard ou mieux de cet oubli complet ; ce motif m'a surpris bien plus que le retard lui-même.

Si mes informations sont exactes, les quelques mots de critique extra-modérée dont j'ai fait précéder votre discours vous auraient blessé au point que vous auriez proclamé publiquement que, dans cette critique, j'avais manqué à tous les devoirs qu'impose le sentiment de la reconnaissance.

Ce sentiment, monsieur et très-honoré maître, est pour moi ce qu'il y a de plus sacré au monde ; c'est vous dire assez combien je me consolerais difficilement d'en avoir méconnu les obligations. Mais de quelque façon que j'interroge ma conscience, je ne puis croire que telle soit ma situation ; car je ne crois pas que la reconnaissance nous interdise le droit de critiquer des opinions exclusivement scientifiques et de dire ce qu'on croit être la vérité, surtout quand ce droit devient un devoir, comme c'est le cas pour tout homme qui tient une plume. Me sera-t-il permis d'ajouter que si la reconnaissance impose des obligations, le bienfait en impose également. A Dieu ne plaise que je dise avec Achille :

« Un bienfait reproché tint toujours lieu d'offense ; »

mais je puis bien du moins rappeler qu'un bienfait ne reste tel qu'à la condition de ne point devenir une arme dangereuse contre celui qui en a été l'objet. Or, ne craignez-vous pas, monsieur et très-honoré maître, que les manifestations auxquelles vous vous êtes livré publiquement ne fassent peser sur moi des soupçons qui seraient beaucoup plus encore dénués de fondement que préjudiciables ; pour moi, je ne suis pas à l'abri de toute appréhension à cet égard, et du moment que vous jugiez à propos de rappeler des faits qu'il eût mieux valu, si je ne me trompe, laisser dans l'oubli, peut-être eût-il été équitable de ne vous point contenter d'une allusion et de les exposer complétement au grand jour. Or, ces faits, vous les connaissez comme moi :

A la suite d'une polémique assez vive, au moment où l'autorité reprenait en France son indispensable ascendant et où des changements nombreux s'effectuaient dans le personnel des administrations, des misérables firent contre moi une dénonciation qui n'aurait été que ridicule, si le but qu'ils se proposaient n'avait été infâme.

Consulté par l'autorité, vous auriez pu la tromper et vous associer à cette infamie ; vous ne l'avez point fait ; *vous avez dit la vérité.*

Certes, à une époque où (vous en savez quelque chose) tant d'ignobles insulteurs de la veille sont devenus de plats adulateurs du lendemain, ce n'est pas le moment de diminuer le mérite d'une telle action, quelque naturelle qu'elle doive paraître à un homme honnête ; vous me trouverez donc toujours prêt à vous en rendre grâce ; mais vous trouverez juste sans doute que je ne la laisse point tourner à mon détriment.

Ces explications données, j'arrive à votre discours.

L'honorable M. Bouvier, dites-vous, dans l'un des discours qu'il a prononcés (je ne saurais dire dans lequel), signalait à l'attention de l'Académie, j'aurais dit à l'étonnement de l'Académie, si je n'avais respecté notre langue, signalait, dis-je, à l'attention de l'Académie, cette circonstance remarquable, qu'il se trouvait une fois d'accord avec l'honorable M. Guérin. Cette entente si imprévue devait se révéler une seconde fois dans cette mémorable discussion. Vous l'avez vu, messieurs, ces puissants adversaires viennent de se rapprocher de nouveau pour m'accabler, pour m'accabler, moi, académicien par trop novice, et que

n'ont point aguerri des luttes brillantes comme celles auxquelles M. Bouvier faisait allusion sans doute lorsqu'il rappelait ses anciens démêlés avec M. Guérin ; moi qui, livré presque exclusivement, depuis longues années, aux soins de l'enseignement, n'ai pu acquérir (comme l'a fait imprimer cette semaine M. Guérin) ces qualités de l'esprit qui préparent les succès dans les débats académiques ; de sorte que nous n'aurions rien de mieux à faire, mes collègues et moi, que de nous retirer dans nos chaires et d'abandonner à d'autres, et surtout à M. Guérin, le soin de préparer les réponses aux questions posées par l'autorité!

Un mot d'abord sur ce début, avant d'aller plus loin : je dois le dire sans détour, venant d'un homme de tact et de goût, ce début m'a frappé d'étonnement : rappeler à deux collègues qui se rencontrent sur le terrain de la science et de la vérité, d'anciens dissentiments, fomenter entre eux des passions mal éteintes, ce n'est pas là le rôle d'un académicien; c'est encore beaucoup moins celui d'un président. Je pourrais insister sur ce point; mais quand on parle à un homme de votre intelligence, un mot à cet égard suffit.

Il faut pourtant que j'essaie de répondre et de me défendre. J'espère que l'Académie, prenant en considération mon état de détresse, voudra bien accorder une attention bienveillante à des paroles qui, à défaut d'autre mérite, auront celui d'exprimer des convictions profondes... et que je ne désespère pas de vous faire partager.

Messieurs, on l'a dit depuis longtemps, la plupart des disputes de ce monde viennent de ce qu'on n'a pas fixé le sens des mots : nous en avons un assez triste exemple en ce moment.

Efforçons-nous de préciser le sujet de la discussion. M. le ministre nous a fait une question. Pour répondre à cette question, il faut, avant tout, la comprendre. Tout est là. Pour la comprendre, il faut définir les termes qui la composent. Nous en voici donc réduits à des discussions quasi-grammaticales, à des définitions de mots. Je n'en suis pas très-fier pour l'Académie (1) ; mais on m'a jeté sur ce terrain (2), que j'abandonnerai bientôt.

Voici la question :

« Les individus atteints d'une surdité incurable ne pourraient-« ils pas recevoir quelques *notions* (3) *du son* par les nerfs de « sensibilité générale, ainsi que l'indique le docteur Blanchet? »

Deux des termes de cette question doivent être définis ; ce sont les mots *son* et *notion*. Commençons par le mot *son*. Ce mot a *deux acceptions distinctes :* l'une, plus particulièrement reconnue par les physiciens, et l'autre par les physiologistes. Dans le langage de la physique, le mot *son* est synonyme de *mouvement vibratoire* des corps (en tant que ce mouvement se répète à des intervalles *assez rapprochés* (4) pour faire naître, dans l'oreille d'un homme bien organisé, ce que nous connaissons tous, nous qui ne sommes pas sourds, sous le nom de *sensation du son*). Ainsi, dans ce sens, on emploie le mot *son* comme synonyme de *mouvement vibratoire* (bien entendu qu'il n'est pas question des vibrations de l'éther). C'est un *langage commode* et qui évite des longueurs ; c'est ainsi qu'on dit *transmission du son, direction du son, réflexion du son, vitesse du son,* etc. Voilà donc une des acceptions.

Mais ce mot a une autre acception. Il désigne la sensation particulière causée par le mouvement vibratoire dans le nerf acoustique et transmise par lui au *sensorium*. C'est, à la lettre, un état particulier du nerf acoustique, car il est aujourd'hui reconnu que les sensations sont des états particuliers de nos nerfs. Si bien que s'il arrive que cet état se réalise sans le secours de l'excitant ordinaire, la sensation n'en a pas moins lieu. On peut donc avoir la *sensation du son sans qu'un mouvement vibratoire ait traversé l'oreille*, et la *sensation de lumière sans qu'il fasse jour*. L'Académie connaît aussi bien que moi ces *sensations subjectives,* dont l'histoire, déjà très-avancée par Darwin, a pris de nos jours de si intéressants développements.

Ainsi deux acceptions du mot *son :* le *son-vibration,* et le *son-sensation*.

Quelle est celle des deux acceptions qu'a eue en vue M. le Ministre? S'agit-il de la notion du *son-mouvement vibratoire ?* ou s'agit-il de la notion du *son-sensation ?*

Eh bien ! messieurs, je soutiens qu'il s'agit non de la notion du *mouvement vibratoire,* mais de la notion de la *sensation spéciale du son*. Je le soutiens, parce que *demander si un sourd peut avoir par le sens tactile la notion du mouvement vibratoire,* ce serait faire la plus niaise question du monde. Ce serait presque aussi niais que de demander à une Académie si à Paris il fait jour au moment où le soleil passe au méridien de cette ville. Ces sortes de sensations sont aussi évidentes que la lumière. Elles ont été connues dès le jour où un sourd a pu s'apercevoir, au tremblement de ses jambes, qu'une voiture ou une charrette arrivait sur lui.

Arrêtons-nous un instant; il y a bien des choses à reprendre dans les divers paragraphes que nous venons de lire, mais d'abord il y en a une avant toutes les autres.

Vous avez rappelé avec beaucoup de raison, monsieur et très-honoré maître, toute l'influence des mots sur les disputes de ce monde ; vous auriez pu rappeler qu'un des principaux moyens employés par les disputeurs pour se donner raison, c'est d'attribuer à leurs adversaires des opinions qu'ils n'ont jamais eues, des extravagances qu'ils n'ont jamais commises. Votre loyauté bien connue ne me permet pas de croire que vous ayez eu volontairement recours à cette ressource ; mais ce que vous n'avez point fait à dessein, vous l'avez certainement fait sans le vouloir.

Pour suivre une discussion loyale et utile, il est de règle que toutes les fois qu'un interlocuteur émet des propositions qui ont un sens équivoque, il faut, ou les interpréter dans leur signification la plus raisonnable, ou bien lui en laisser l'interprétation. Or, bien loin de vous conformer à cette règle, votre discours n'a qu'un but, c'est de prouver que vos adversaires attachent à certains mots un sens qu'ils repoussent de la manière la plus formelle. Ainsi, à ce premier point de vue général, toute votre argumentation, quelque habile qu'elle soit, et je me plais à reconnaître qu'elle l'est beaucoup, porte à faux : elle pêche par la base.

Mais si vous n'avez point raison dans l'esprit, triomphez-vous du moins dans la lettre? Le respect de la vérité m'oblige à ne vous point faire même cette concession.

Dans votre discours parlé, vous aviez dit : « Pour le physicien, le son est un mouvement vibratoire ; pour le physiologiste, le son est une sensation produite par ce mouvement. » A quoi M. Piorry vous avait fait remarquer avec beaucoup de raison que si la physiologie a un langage différent de celui de la physique, c'est tant pis pour la physiologie. Dans votre discours écrit, les termes ont été un peu modifiés ; mais, au fond, le sens est toujours le même, et ce sens n'est ni celui qui a été adopté en géné-

(1) Il est fâcheux pour un corps scientifique de s'occuper de questions de mots, parce qu'elle y perd habituellement son temps; mais il ne faut pas dire qu'il n'y a pas lieu d'être fier de s'occuper de telles questions, quand il existe une autre Académie qui s'appelle l'Académie française et qui ne dédaigne pas d'en faire un des objets spéciaux de ses travaux.

(2) Il serait plus vrai de dire que vous y avez jeté vos interlocuteurs.

(3) La question de M. le Ministre dit *quelque notion*, au singulier.

(4) Ces deux mots prouvent que vous avez oublié que les mouvements vibratoires peuvent ne pas être entendus pour deux raisons : 1° parce qu'ils ne sont pas *assez rapprochés ;* 2° parce qu'ils sont *trop rapprochés*.

ral, même par les physiologistes, ni celui qu'il faut adopter. Je n'insisterai pas sur ce que vous dites de la définition du son donnée par les physiciens, définition que vous qualifiez de *langage commode;* ce n'est point là son mérite, c'est d'être un *langage rigoureux*, c'est-à-dire absolument vrai.

J'insisterai davantage sur cette opinion, à laquelle vous avez été fatalement conduit par le besoin d'attribuer à vos adversaires des opinions déraisonnables, qu'il existe deux sortes de son : « le *son-vibration* et le *son-sensation.* » C'est là plus qu'une erreur de mots, car cette distinction vous a conduit (veuillez me pardonner cette vérité) à une hérésie physiologique, mais à une hérésie qui est aussi réelle que celle que vous nous attribuez est imaginaire.

Non-seulement la physique repousserait comme une grossière erreur une théorie qui admettrait deux espèces de sons ; mais encore la physiologie elle-même repousse une pareille théorie ; elle admet qu'il y a dans le son deux choses distinctes (1) : le mouvement vibratoire et la sensation produite par ce mouvement ; c'est ainsi qu'il y a dans les corps sapides l'action chimique et physique sur les fluides buccaux, l'action sur la sensibilité générale, l'action sur les nerfs spéciaux. Or, c'est avoir une certaine notion, *quelque notion* des saveurs, que de connaître une seule de ces actions ; de même, c'est avoir *quelque notion* du son que de connaître, que de sentir son action sur les nerfs de la sensibilité générale. Il n'y a, dans un tel langage, rien dont puisse s'offusquer ni la science la plus sévère ni la grammaire la plus prude.

Mais voici où est l'erreur : entraîné par votre distinction inadmissible, vous avez été conduit à professer qu'il pouvait exister un son sans mouvements vibratoires; ce ne sont point là, il est vrai, vos propres expressions ; mais c'est la conséquence à laquelle elles conduisent. Que l'état des nerfs acoustiques soit le même lorsque nous entendons dans un songe les harpes éoliennes, et lorsque nous assistons en réalité à un suave concert, c'est ce qu'il me semble difficile de prouver; mais, si cela était, il n'en resterait pas moins dans les deux états la différence de l'*hallucination* à la *réalité;* il n'en resterait pas moins, il n'en resterait même que mieux démontré, l'indispensable nécessité de comprendre sous le nom de son la condition essentielle de ce phénomène, et non pas seulement une *sensation* qui peut n'être qu'une illusion.

Ainsi, il reste parfaitement constant, ainsi que l'a très-bien écrit M. Longet, qu'il y a dans le son deux choses distinctes : le mouvement vibratoire de la matière pondérable et la sensation produite par ce mouvement ; et l'on peut parfaitement dire, sans s'exposer au bûcher ni même aux excommunications des physiologistes, que c'est avoir quelque notion du son que d'apprécier, par les nerfs de la sensibilité générale, l'une de ces deux *parties distinctes* d'un même tout.

Arrivons maintenant à d'autres points de votre discours :

Non-seulement le fait était connu, dites-vous, mais certaines applications l'étaient aussi. Vous avez vu Amman faire sentir aux sourds-muets, il y a 160 ans, la vibration de la gorge de celui qui parle. Vous avez lu, dans la lettre de M. Valade-Gabel, que ces impressions tactiles sont depuis longtemps utilisées pour donner les signaux qui règlent, dans les institutions, l'emploi de la journée.

Mais on vient vous dire : Ces sensations tactiles sont susceptibles d'acquérir une finesse qui ne vous était pas révélée. Elles peuvent aller au point qu'un sourd distingue l'un de l'autre deux mouvements vibratoires qui n'ont pas le même nombre de vibrations ou qui proviennent de deux corps différents. Là-dessus, certains esprits nébuleux de s'extasier ! de voir là je ne sais quoi qui ne serait plus l'impression tactile, et qui ne serait pas tout à fait l'impression auditive : apparemment *une sorte de notion du son!!!* (1).

Ajoutez à cela l'effet retentissant d'un diapason monté sur une caisse sonore, et qu'on décorera du nom pompeux d'acoumètre !!! Est-ce de bonne foi qu'on se serait flatté de surprendre un vote de l'Académie à l'aide d'un pareil bagage? Est-ce que la nature d'une sensation est changée parce qu'on y observe quelque nuance, quelque finesse de détail? Un son composé d'un nombre de vibrations déterminé excite à la peau une impression que [désormais la chose est concédée (2)] vous regardez comme une impression tactile. Un autre mouvement vibratoire est excité, dans lequel le nombre de vibrations est différent de ce qu'il était dans le premier mouvement. De là une seconde impression qui ne ressemblera pas tout à fait à la première ; et cela vous causerait de l'étonnement? Mais il serait bien plus extraordinaire que deux excitations différentes produisent une impression identique. L'impression reste dans les deux cas *impression tactile* (3). Voilà tout ce qu'il en faut dire. *Et quant à la délicatesse* que cette expérience dénote dans le sens tactile, elle est bien loin de celle que tant d'expériences ont rendue célèbre chez les aveugles.

Cependant on insiste, et l'on assure que la question du Ministre porte précisément sur cette petite catégorie de faits qu'on suppose inconnus aux membres de l'Académie. Mais, en vérité, sur quoi se fonde-t-on pour interpréter ainsi le langage du Ministre? Où voit-on qu'il soit fait allusion à cette petite catégorie de faits? La question n'est-elle pas posée dans la plus vaste généralité ?

D'autres insinuent que l'autorité a voulu savoir à quoi s'en tenir sur la valeur pratique des faits dont il s'agit, sur les ressources qu'ils offrent pour l'éducation des sourds-muets. C'est là, pour le coup, une interprétation par trop large du texte de la lettre ministérielle, une traduction par trop libre de ce texte. Il n'y a pas un seul mot qui autorise cette traduction.

Permettez-moi encore ici une petite interruption. Vous ne voulez point vous étonner, et certes personne ne vous demandait de l'étonnement, que les ondes sonores de deux tons différents produisent chez le sourd-muet deux impressions différentes; vous vous étonneriez, au contraire, qu'il n'en fût point ainsi, et vous ajoutez que ce fait est connu de toute éternité, et que la sensibilité tactile des sourds-muets est bien moins remarquable que *celle que tant d'expériences ont rendue célèbre chez les aveugles.*

Ces mots, monsieur et très-honoré maître, prouvent que le phénomène que la commission déclare avoir constaté est beaucoup moins connu que vous ne le pensez; ils prouvent que vous-même ne le connaissiez point quand vous écriviez votre discours ; en effet, de ces mots il résulterait que les sourds-muets auraient pour les mouvements vibratoires cette délicatesse de sensibilité tactile qui les rapprocherait des aveugles ; or, c'est là, d'après la com-

(1) Voici les propres termes d'un de vos collègues dont vous appréciez spécialement le mérite et les travaux : « Il y a dans le son deux choses distinctes : le mouvement vibratoire et la sensation qu'il produit sur le nerf acoustique. » (Longet, *Traité de physiol.*)

(1) Je crois que, malgré ces trois points d'exclamation, tout lecteur sérieux saura maintenant ce qu'il faut entendre par *quelque notion du son*, et qu'il trouvera qu'un seul de ces points aurait encore été de trop.

(2) Permettez-moi de vous rappeler une fois de plus que la chose n'a jamais été contestée par aucun de vos contradicteurs.

(3) C'est ce qui a été écrit et proclamé par tous vos contradicteurs, avant même que vous n'eussiez prononcé vos discours.

mission et d'après M. Blanchet, une idée complétement fausse. Il résulte, au contraire, de leurs expériences, que les sourds-muets ne perçoivent, par les nerfs de la sensibilité générale, que des nombres de vibrations supérieurs à ceux qu'ils perçoivent par les nerfs acoustiques, mais bien inférieurs aux nombres perçus par un bon entendant comme vous. Sans être étonnant, ce phénomène est du moins fort curieux.

Mais serait-il très-étonnant qu'un sourd-muet ne distinguât pas l'impression tactile produite par une onde sonore d'un ton déterminé de celle produite par l'onde d'un ton inférieur ou supérieur au premier d'une quinte ou d'une octave? J'avoue que rien ne me paraîtrait moins étonnant, et que l'expérience n'est pas de trop pour m'édifier à cet égard. Vous-même aviez-vous deviné le fait avant de connaître l'expérience? Il est permis d'en douter, et en fût-il ainsi, que cela ne prouverait autre chose que votre extrême perspicacité.

Pour preuve que la connaissance du fait en question n'a rien de nouveau, vous avez recours à l'érudition de quelques écrivains dont je n'ai pas plus que vous vérifié les assertions. Je ne discuterai donc pas ce point historique; mais je vous dirai : S'il est vrai, s'il est depuis longtemps prouvé que la sensibilité tactile puisse être utilisée pour l'éducation des sourds-muets, d'où vient qu'on ne l'utilise pas dans nos établissements nationaux? Et si on ne l'y utilise point, d'où vient l'opposition à ceux qui voudraient l'y introduire? Je vous laisse le soin de la réponse.

Enfin, vous ne voulez pas que la question de M. le Ministre soit une question pratique, et vous pensez que, lorsque d'un bout à l'autre de ses questions, M. le Ministre se montre uniquement préoccupé de savoir si l'on peut enseigner la parole à quelques sourds-muets, vous voulez que sur le point spécial de la sensibilité tactile, il demande l'exposé d'une nouvelle théorie physiologique. Suivant moi, voilà ce qui peut s'appeler une *interprétation par trop large, une traduction par trop libre,* si large même et si libre qu'il me semble parfaitement inutile de la réfuter; je me contente donc de la livrer à l'appréciation de tout lecteur judicieux, et je reviens sans plus tarder à votre texte.

Du reste, je ne sais trop si l'auteur réel et avoué des questions aurait beaucoup à se féliciter d'une enquête sérieuse sur cette matière. Depuis 1840, époque où il a été présenté à ce sujet à l'Académie des sciences un mémoire, suivi d'un autre en 1842, et d'un troisième enfin en 1849, il paraît que la lumière n'en est pas moins restée sous le boisseau, puisque l'Académie des sciences n'a pas jugé qu'il y eût matière à rapport, et puisque les amis de M. Blanchet écrivent que les membres de l'Académie eux-mêmes ne se font pas la moindre idée des expériences de ce médecin. On va même jusqu'à affirmer que le professeur de physiologie de la Faculté les ignore, bien qu'il lui soit arrivé plus d'une fois d'égayer son auditoire, non par l'énoncé des faits, mais par la critique de l'interprétation qu'on avait voulu leur donner (1).

La petite digression dans laquelle je suis tombé, et à laquelle je vais donner encore quelques mots, ne me fera pas perdre de vue mon point de départ. Il n'est peut-être pas nécessaire de vous le rappeler, messieurs : les hommes spéciaux, les professeurs des sourds-muets, après s'être étonnés de l'annonce pompeuse qu'on avait faite d'une nouvelle méthode de traitement fondée en partie sur les impressions que le mouvement vibratoire excite dans la peau, ont pris le parti d'en rire. M. Valade Gabel, qu'on n'accusera pas d'avoir été mû par un sentiment de rivalité, puisqu'il jouit aujourd'hui des douceurs de l'honorariat, M. Valade Gabel, après avoir rappelé que ces impressions tactiles sont depuis longtemps utilisées dans l'enseignement des sourds-muets, ajoute, dans la lettre qu'il a fait imprimer, ces paroles fort remarquables :

« Si donc M. Blanchet annonce qu'il a l'intention de tirer « parti de ces sortes d'impressions, c'est qu'il se propose d'en « faire la base d'une langue nouvelle, ou tout au moins d'un « moyen régulier de communication. Pour le coup, M. le doc- « teur Blanchet peut être sûr que personne ne lui disputera « l'honneur de la découverte. »

En somme, les expériences de M. Blanchet semblent être restées, depuis treize ans, à l'état d'*expériences de physique amusante,* et c'est l'avenir que je leur promets, n'en déplaise à ceux qui voudraient vous y faire voir le germe de grands perfectionnements dans le traitement de la surdi-mutité. Depuis treize ans, cela n'a donné... *que des espérances.* Ceci me remet en mémoire ces petits prodiges, dont M. de Talleyrand disait qu'ils seraient toute leur vie des enfants de grande espérance.

Je reviens à mon point de départ. J'ai voulu prouver que, dans la question qui nous est posée, le mot *son* signifie *sensation auditive,* et non *mouvement vibratoire.* J'aurais pu me dispenser de me mettre en frais d'induction pour prouver la chose, puisque l'auteur de la question lui-même va nous le dire. Je dis *l'auteur de la question,* non-seulement parce qu'il est écrit dans le texte « *comme l'indique M. Blanchet,* » mais encore parce que M. Malgaigne nous a appris que M. Blanchet avouait avoir dicté les questions (1). Or, écoutez ceci, voici ce qu'on lit dans le livre de M. Blanchet :

« Avant nous, on avait confondu généralement, chez le sourd- « muet comme chez le sourd, DEUX ESPÈCES D'AUDITION essentiellement distinctes. »

Vous l'entendez : DEUX ESPÈCES D'AUDITION ESSENTIELLEMENT DISTINCTES.

« La perception du son par le nerf auditif et la perception des « ondes sonores par les nerfs sensitifs. »

Vous pourriez croire qu'il y a une intention dans ce choix des mots « *ondes sonores,* » pour le second membre de la phrase : mais non. Les mots *ondes sonores* sont là pour rendre la phrase sonore; vous allez en avoir la preuve de suite. Je continue ma citation :

« Pour éviter de semblables erreurs, il nous a paru utile de « diviser les sourds-muets et les sourds, sous le rapport « l'audition, en deux grandes classes :

« 1° Ceux qui ne perçoivent le son que par les nerfs de la sen- « sibilité générale;

« 2° Ceux qui perçoivent le son et la parole par les nerfs au- « ditifs. »

Est-ce clair cela? Ainsi, messieurs, deux espèces d'*audition* : l'une qui se fait par l'oreille; l'autre qui se fait ailleurs et au besoin par la plante des pieds!! Et l'on ose dire que j'ai combattu des doctrines qui n'étaient dans la pensée de personne!! Et l'on me compare, pardonnez-moi ces expressions de bas étage, on me compare à ces gens qui *enfoncent des portes ouvertes*, ou encore à un homme qui proclame des vérités de la nature de celles qui ont fait la célébrité d'un nom qu'on ne prononce point dans une Académie (2)!

(1) On peut égayer beaucoup des lecteurs ou un auditoire, sans prouver grand'chose, témoin le *Charivari;* nous, qui n'avons point la prétention d'égayer, nous nous contentons de prouver qu'en effet vous n'avez point une connaissance exacte des phénomènes sur lesquels vous dissertez.

(1) Permettez-moi de m'étonner une fois de plus de votre manière d'argumenter. Une question revêtue de la signature ministérielle n'a pas besoin, vous le savez mieux que moi, d'autre responsabilité, et, pour l'interpréter, il n'est pas académique de recourir à des documents étrangers au débat.

(2) Je comprends facilement que, lorsqu'on a enfoncé autant de portes fermées que vous l'avez fait, il soit quelque peu cruel de passer pour en venir enfoncer aujourd'hui une qui est largement ouverte. Il faut vous résigner cependant à compter cet exploit parmi le nombre de vos victoires; car, je le répète, aucun de

Cependant c'est une erreur très-accréditée que celle que j'ai combattue! accréditée en Allemagne aussi bien qu'en France, comme le prouve ce passage de Müller : « Il n'est *pas rare,* au- « jourd'hui, dit-il, de voir confondre ensemble les manières « diverses dont les vibrations des corps agissent sur l'ouïe et le « toucher. » (*Manuel de phys.*, trad. de Jourdan, 1845, t. 2, p. 261.) M. Blanchet, dit-on, a abjuré son hérésie physiologique; c'est que tout mauvais cas est niable; mais ses écrits sont là, et je demande la permission d'en citer encore six lignes. M. Blanchet dit, en parlant de ceux qui entendent un peu par l'oreille : « Ceux de cette classe qui ne sont pas sensibles à des « sons composés de 500 vibrations avec une intensité de cinq à « notre acoumètre n° 3, ne le sont pas davantage aux ondes « sonores au-dessous de 80 ou de 100, ou s'ils ENTENDENT ces « sons, c'est avec le degré d'intensité dix de notre acoumètre « n° 3, et dans ce cas, ce sont les nerfs sensitifs qui ont reçu « l'impression et qui l'ont transmise au cerveau. »

Tenez, messieurs, renvoyons ce gâchis à certaines feuilles périodiques qui se sont donné la mission de le prôner (1), et passons à des choses plus sérieuses. Vous me pardonnerez ce petit instant de vivacité. Certaines personnes, pour me lier la langue apparemment, parlent à tout propos de ce qu'elles appellent mes dispositions bienveillantes. Je ne mérite pas ce compliment, et je serais plutôt disposé à dire, comme certain personnage de Molière à son maître de philosophie : « Je suis « bilieux comme tous les diables; je veux me mettre en colère « tout mon soûl quand il m'en prend envie. » Cette envie me prend, messieurs, toutes les fois qu'à côté de l'*élément scientifique* je crois apercevoir quelque chose qui le sophistique et l'altère, et il n'y a pas une seule personne ici qui puisse contester que cette colère ne prenne sa source dans un sentiment honnête; car on sait que les succès de mes confrères dans la pratique n'ont jamais eu le pouvoir de troubler mon sommeil.

Nous voici donc fixés sur ce premier point, il s'agit du son-*sensation* et non du son-*mouvement vibratoire*.

Reste l'acception du mot *notion*. — Comment peut-on avoir la notion d'une sensation (2)? Il n'y a pas deux manières, il faut l'avoir éprouvée, l'avoir sentie. Je mets au défi qu'on puisse se faire la moindre idée d'une sensation sans le concours du sens où elle prend naissance. Ç'a été l'objet de la préoccupation des philosophes, des physiologistes et même des anatomistes, que la question de savoir si certains animaux ont des sens qui nous manquent. Question insoluble pour nous, puisque ces sens leur feraient connaître des propriétés de la matière auxquelles nous n'avons aucun moyen d'arriver, faute de fibres nerveuses spéciales destinées à en être impressionnées. *Les philosophes,* ai-je dit; Montaigne se demande si des animaux qui vivent *une vie entière,* ce sont, je crois, ses expressions, sans organes apparents de la vue et de l'ouïe, n'avaient pas d'autres sens à nous inconnus. Vous avez lu le joli conte de *Micromégas* : — Combien avez-vous de sens, dit le géant à l'habitant de Sirius? — Nous en avons soixante-douze, dit l'autre, et nous nous plaignons tous les jours du trop peu. — Je le crois bien, dit Micromégas, car nous avons près de mille sens, et il nous reste encore je ne sais quel désir vague de connaître. Les *physiologistes*, ai-je dit : Spallanzani, voyant des chauves-souris auxquelles il avait crevé les yeux retourner à leur nid au travers des plaines de l'air et y rentrer sans tâtonner à la porte, avait supposé qu'elles avaient un sens de plus que nous. Toutes les spéculations et les recherches de ce genre ne pouvaient aboutir à rien, par la raison que j'ai donnée plus haut. Et, veut-on savoir comment dans l'espèce humaine un être privé d'un sens juge des impressions que ce sens procure. L'aveugle-né du Puyseaux disait que « *l'œil est un organe sur lequel l'air produit l'effet de son bâton sur sa main.*

Un autre aveugle-né auquel on avait appris que la couleur rouge était éclatante, disait que « *la couleur rouge ressemblait, sans aucun doute, au son de la trompette.* » Croyez-le bien, messieurs, malgré vos diapasons et vos acoumètres, les sourds auront *la notion des sons* comme les aveugles l'ont des *couleurs*. Il ne faut pas que vous vous laissiez tromper par le langage des sourds. Il y a des sourds (de ceux qui sont complétement privés du sens de l'ouïe) qui vous disent, à l'aide d'un crayon ou par un de leurs moyens d'expression, qu'ils entendent les voitures ou le tambour, lesquels voitures et tambours n'impressionnent cependant que leur sens tactile. C'est qu'ils prennent notre langage. Ils sont flattés de dire comme nous qu'ils *entendent le tambour et les voitures*. Que, s'ils avaient le sens de l'ouïe, ils n'en confondraient plus les impressions avec celle du sens tactile. Lorsque les violoncellistes promènent l'archet sur les cordes filées, lorsqu'ils attaquent les sons graves, ils sentent les vibrations le long des cuisses et au ventre, parties qui sont en contact avec l'instrument. Ils ne disent pas qu'ils *entendent* par les cuisses et le ventre, ils disent tout bonnement que cela leur chatouille le ventre et les cuisses.

Ce qui arrive aux sourds arrive encore et plus souvent aux aveugles; ils se servent d'une langue qui a été faite par les gens clairvoyants et dans laquelle il y a beaucoup de figures empruntées aux sensations de la vue. J'ai lu dans Montaigne, qu'un aveugle-né de sa connaissance, et déjà avancé en âge, disait en parlant d'un jeune homme : « C'est un bien gentil garçon, il y a « longtemps que je n'ai eu le plaisir DE LE VOIR.... (1) »

Je terminerai en rappelant à l'Académie cette belle phrase d'un des plus grands physiologistes de l'Allemagne :

Sans oreille vivante, il n'y a pas de son au monde, mais seulement des vibrations; sans l'œil vivant, il n'y a au monde ni clarté, ni couleur, ni obscurité, mais seulement les oscillations d'une matière impondérable ou l'absence de celle-ci.

Cette terminaison est sans doute très-hardie et elle touche à des questions trop élevées de philosophie pour que je puisse me permettre de les aborder à l'improviste. Qu'il me soit permis cependant de vous faire observer que les solutions que ces phrases renferment fussent-elles démontrées, il n'en résulterait absolument aucune application à l'objet de notre débat. J'ajouterai que, s'il est difficile en général de trouver des comparaisons rigoureusement exactes; celles qu'on peut établir entre les saveurs, le son et la lumière, sont loin de faire exception à la règle. Jusqu'à présent, les oscillations auxquelles on attribue la lumière n'ont pas trouvé d'autre réactif que le nerf optique; il n'en est pas de même du son, il en est encore moins de même des saveurs, relativement à leurs nerfs spéciaux. De ce qu'on ne peut acquérir *quelque notion* de la lumière sans l'intervention de l'œil, on ne saurait nullement inférer qu'on ne puisse acquérir *quelque notion* du son sans l'intervention du nerf acoustique. Or, si la phrase du grand physiologiste ne prouve pas cela, elle ne prouve rien, ce qu'il s'agissait de démontrer, sans cesser d'être

Votre très-dévoué et reconnaissant élève,

H. DE CASTELNAU.

---

vos contradicteurs, depuis M. Piorry jusqu'à votre très-humble serviteur, n'a cessé de protester contre l'opinion que vous voulez absolument leur attribuer, comme pour vous procurer la satisfaction de la combattre.

(1) Nous ne savons de quelles feuilles vous avez voulu parler; peut-être aurait-il été plus conforme à votre loyauté de citer les noms. Comme je ne connais personne qui ait prôné le gâchis dont vous vous plaignez, permettez de croire que si vous n'enfoncez pas dans ce passage des portes ouvertes, vous combattez du moins, comme on vous l'a justement fait observer, des adversaires ailés.

(2) Cette question, vous en conviendrez sans peine, n'est pas une définition du mot *notion*. Mais il serait inutile dans ce moment d'insister sur ce point. Je crois que les explications qui précèdent auront édifié tous les esprits susceptibles d'être.

(1) Toutes ces histoires sont très-bien choisies. .... pour charmer un auditoire; mais en quoi prouvent-elles que les nerfs de la sensibilité tactile ne peuvent pas vous donner *quelque notion* du son?

Responsabilité médicale. — Accidents produits par le chloroforme.

Le jugement rendu récemment dans l'affaire Triquet, que nous avions seul, dans la presse, soumis à une critique motivée; que M. Robert, après nous, avait apprécié dans son beau rapport avec autant de raison que d'indépendance, ce jugement qui faisait peser une si énorme responsabilité sur la profession médicale, la Cour impériale vient de l'annuler.

En se basant sur des considérants qui sont un modèle de raison et de précision, qui trahissent une admirable intelligence des malheurs et des fautes de la pratique médicale, la Cour a mis le premier jugement à néant et renvoyé les accusés des fins de la plainte :

« La Cour,

« Considérant que l'instruction et les débats ne révèlent, de « la part de Triquet et Masson, *aucun fait d'imprudence, « de négligence, d'inattention, de défaut de précaution « ou d'inobservations des règles de l'art,* dans l'application « du chloroforme par eux faite à Breton, sur la demande de « celui-ci et pour une opération qui en motivait l'emploi;

« Met l'appellation et le jugement dont est appel au néant;

« Émendant, renvoie Triquet et Masson des fins de la pré- « vention, sans dépens. » G. Dumont.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Chassaignac.

Observation suivie de remarques d'un cas fort intéressant de hernie de la membrane de Descemet.—Application de glace, douches oculaires, collyre argentique. — Guérison.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Saint-Antoine, un très-beau cas de hernie de la membrane de Descemet. L'observation en a été recueillie jour par jour et avec le plus grand soin, nous avons assisté à toutes les phases de la maladie, depuis son commencement jusqu'à sa terminaison heureuse. L'affection s'est présentée avec un ensemble tellement caractéristique et si bien enchaîné des phénomènes pathologiques, qu'il ne nous reste aucun doute sur la rigoureuse exactitude de nos observations. Le peu de détails renfermés dans les auteurs sur cette curieuse maladie, sur son traitement efficace, sur ses modes de terminaison, nous portent à penser qu'il n'est pas inutile d'en conserver une description fidèlement prise au lit du malade. C'est dans ce but que nous publions le fait qui va suivre et auquel nous nous proposons d'ajouter quelques réflexions.

Beaufils (François), âgé de 22 ans, domestique, avenue Marigny, n° 13, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, le 10 février 1853.

Ce jeune homme, doué d'une bonne constitution et habituellement bien portant, contracta, il y a deux mois, une blennorrhagie; huit jours après, il fut pris d'un mal d'yeux (ophthalmie blennorrhagique) pour lequel il alla consulter M. le docteur Caffe. Les paupières étaient énormément tuméfiées, un liquide abondant et puriforme s'écoulait des yeux malades. Après huit jours de traitement en ville, il entre à la Maison royale de santé où il passe cinq semaines. Trente sangsues derrière l'oreille droite, calomel, etc., tels sont les principaux moyens qui furent employés et qui, au dire du malade, n'amenèrent que très-peu d'amélioration. A cette époque, il quitte la Maison de santé pour entrer dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine. Voici dans quel état nous l'observons :

Le malade tient les yeux continuellement fermés : les cils sont roides, enduits de mucosités purulentes, convergeant vers la ligne médiane. Lorsqu'on écarte les paupières, on voit que leur face interne est fortement injectée et chargée dans toute son étendue de granulations fines. La conjonctive oculaire elle-même est très-rouge. Elle présente de nombreuses granulations et même un peu de chimosis. Un liquide muco-purulent s'échappe de l'intérieur des paupières. On y reconnaît quelques vestiges de pseudo-membranes, mais celles-ci sont très-courtes et ne forment que des écailles minces, très-différentes de celles que M. Chassaignac a décrites dans l'ophthalmie des nouveau-nés.

La cornée droite est le siége d'un épanchement interlamellaire diffus. A sa partie supérieure existent deux altérations notables siégeant l'une à côté de l'autre, troublant toutes deux la transparence normale de l'organe, mais très-différentes l'une de l'autre, quoique se continuant entre elles. A la partie supérieure, mais un peu externe, se trouve une production membraneuse et vasculaire de nouvelle formation, c'est un véritable pannus qui, d'une part, se continue avec la conjonctive de l'hémisphère supérieur du globe oculaire, s'avance d'autre part sur la cornée, de manière à y occuper un quart à peu près de sa hauteur verticale, se termine en dehors par une pointe, et se continue au côté interne dans le bord inférieur d'une tache elliptique dont nous allons nous occuper.

Cette tache, examinée à la loupe, n'est autre chose qu'une ulcération cornéale occupant la partie supérieure et interne de la vitre de l'œil, très-près de la grande circonférence et présentant une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Cette ulcération a détruit toute l'épaisseur de la cornée jusqu'à la membrane de Descemet exclusivement, et celle-ci forme, à travers l'éraillure qui lui a livré passage, une hernie de forme elliptique ayant à peu près le volume d'un petit grain d'avoine et présentant les caractères suivants qui nous ont conduit à affirmer que c'est bien à la membrane de Descemet que nous avions affaire et non à un amincissement ordinaire de la cornée. En effet, la petite tumeur se détache par un relief abrupte et très-nettement circonscrit à la surface de la cornée qui a conservé dans tout le reste de son étendue ses courbes régulières. La transparence de cette petite poche pellucide est absolue, et la seule chose qui avertisse l'observateur de l'existence d'une enveloppe en cet endroit, c'est la persistance du liquide dans la chambre antérieure de l'œil. Autrement, si l'on s'en rapportait à une première impression, on croirait voir une goutte de liquide qui vient de sortir de l'œil. Il faut que cette transparence et la solidité de cette membrane si fine tiennent à des propriétés bien arrêtées de sa texture, puisque pendant plusieurs mois que nous avons eu tous les matins sous les yeux ce phénomène vraiment curieux et intéressant, ni la transparence, ni la résistance de cette enveloppe ne se sont jamais démenties. Une circonstance qui a rendu encore plus nette et plus frappante la disposition pathologique que nous décrivons, c'est l'existence d'une petite bandelette blanchâtre, très-fine, qui marquait rigoureusement la limite du bord de l'ouverture cornéale; en sorte que, dans les commencements, on voyait, de la manière la plus distincte, la limite même du tissu de la cornée, puis tout d'un coup la naissance abrupte et perpendiculaire de la petite hernie. Au début, nous considérions la petite bandelette comme n'étant autre chose qu'un épanchement interlamellaire formé linéairement sur la limite de la perte de substance cornéale; plus tard, et quand nous avons vu que cette petite bandelette, devenant de plus en plus large, tendait à remonter sur la hernie pellucide, comme si elle avait voulu l'envelopper, nous avons cru devoir la qualifier de *tissu pseudo-cornéal.* Quoi qu'il en soit de ces suppositions, toujours est-il que la présence de cette bandelette nous a longtemps servi de ligne de démarcation précise entre la hernie elle-même et le cercle cornéal à travers lequel elle s'échappait. Le mécanisme de la guérison par l'envahissement successif de la surface herniée, tenant à des alluvions successives de tissu pseudo-cornéal, est un travail pathologique excessivement curieux dans son évolution. Nous n'avons pu la suivre d'une manière bien précise et bien satisfaisante qu'au bord inférieur de l'ellipse, par la raison toute simple que le bord supé-

rieur de celle-ci était trop rapproché de la sclérotique, ce qui jetait un peu de trouble sur la netteté des phénomènes.

La hernie qui, grâce à sa transparence parfaite, laissait voir la couleur de l'iris, devait à cette circonstance de présenter, sous certaines incidences de la lumière ou du regard de l'observateur, un aspect noirâtre qui, à un examen superficiel, aurait pu donner l'idée d'un staphylome de l'iris à travers la cornée. Mais cette erreur se dissipait tout naturellement par une double épreuve que voici : Si le malade était placé de manière que la fenêtre se trouvât latéralement à sa droite, l'observateur se plaçant à la gauche du malade et plongeant du regard à travers la tumeur, on reconnaissait qu'elle était complétement transparente, ce qui suffisait pour établir que l'iris n'entrait pas dans sa composition. D'une autre part, la régularité parfaite de la pupille, sa dilatabilité rigoureusement uniforme sur tous les points, soit qu'on l'étudiât avec le secours de la belladone, ainsi que nous l'avons fait nombre de fois sur ce malade, soit qu'on l'abandonnât à sa spontanéité, venait confirmer de tous points les premiers résultats fournis par l'examen de la tumeur. Du reste, en regardant plus profondément, on remarque que le pourtour de la pupille semble fortement injecté et qu'il présente une teinte jaune rougeâtre, photophobie très-intense, larmoiement, sentiment de gêne et de chatouillement insupportable à l'intérieur des paupières. Application de glace; douches oculaires deux fois le jour; collyre à 1 décigramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée.

Le 12, on écarte les paupières avec l'ophthalmostat. De cette manière, on constate plus facilement tous les faits dont nous avons parlé. La hernie est parfaitement transparente, sa limite supérieure est difficile à préciser à cause du voisinage de la sclérotique et de la difficile élévation de la paupière supérieure. La glace a fait défaut pendant plusieurs heures. Le malade accuse une recrudescence de douleur qui date de ce moment.

Le 14, amélioration sensible; beaucoup moins de photophobie; larmoiement diminué. Glace, douches, collyre.

Le 16, l'œil s'ouvre assez bien ; il n'y a presque plus de photophobie. La hernie, toujours parfaitement transparente, est très-facilement observée. Frictions avec la belladone sur toute la région péri-orbitaire. La pupille se dilate considérablement, de manière à permettre de constater, d'une manière non douteuse, l'intégrité de l'iris.

Le 18, la hernie commence à changer un peu d'aspect. Le bord inférieur de l'ulcération elliptique de la cornée présente, au contact du collet de la hernie, une zonule blanchâtre à palme (tissu pseudo-cornéal), qui semble tendre à l'envahissement de la surface de la hernie.

Le 25, le malade se plaint d'avoir beaucoup souffert pendant toute la nuit. Céphalalgie, mal de gorge. Cependant pas d'inflammation apparente sur les amygdales. Suppression de la glace et des douches.

Le 28, à l'examen de la hernie, M. Chassaignac remarque que le sommet de la tumeur semble se mamelonner, qu'il présente à sa surface de petites bosselures, comme si des tractus de substance pseudo-cornéale y formaient des étranglements partiels.

4 *mars*. Le tissu pseudo-cornéal qui se forme à la base du staphylome devient tous les jours de plus en plus étendu. Il est d'un blanc grisâtre, très-légèrement teint de bleu. La tumeur semble s'affaisser sans qu'on remarque aucune perforation à son enveloppe.

Le 10, depuis quelques jours, nous sommes témoin d'un singulier déplacement dans le siége de la hernie, affaissée et recouverte de tissu pseudo-cornéal, à l'extrémité interne de l'ellipse. Elle semble former une hernie nouvelle à l'extrémité externe et supérieure de celle-ci, comme si la membrane de Descemet s'était trouvée refoulée vers la pointe supérieure de l'ellipse. Il est résulté de là un déplacement par suite duquel la goutte de cristal que représente la petite tumeur s'est reportée en haut sur la sclérotique, de telle sorte qu'elle a actuellement un fond blanc qui la rend plus brillante encore, à la place du fond fauve qu'elle présentait lorsqu'elle était tout entière inscrite dans le champ de la cornée. Ce phénomène de migration qu'a subi la hernie pellucide par le fait de la compression inodulaire du tissu pseudo-cornéal et par l'action du pannus, qui se continue avec la zonule blanchâtre du bord inférieur de l'ellipse, nous fait craindre une rupture prochaine.

Le 13, la hernie diminue de volume. Le tissu cicatriciel de la cornée fait des progrès évidents et s'avance de plus en plus sur la partie interne de l'ellipse transparente, c'est à l'extrémité externe de celle-ci que la hernie pellucide refoulée anticipe depuis quelque temps sur la sclérotique.

Dans les premiers jours d'avril, le volume de la hernie diminue encore, et à la visite du 6 avril, nous la trouvons réduite au volume d'un grain de millet. Nous nous assurons de nouveau par un examen attentif et par l'emploi de la belladone, d'abord qu'il n'y a pas eu rupture, ensuite qu'aucun désordre n'est survenu dans l'état de l'iris ni dans celui de la pupille. Le seul point de la surface cornéale qui ait conservé la trace de la perte de substance est un petit triangle formé par la pointe supérieure et externe de l'ellipse dont les deux tiers internes ont été successivement obturés par la formation d'un tissu cicatriciel cornéal. Quand on presse avec le doigt à la surface de la cornée, on parvient encore à faire saillir un peu plus la petite goutte cristalline qui rentre et disparaît aussitôt que la pression cesse. Nous voyons donc se confirmer l'exactitude de nos observations antérieures.

Le 16, le malade se plaint que depuis quelques jours le collyre le fait souffrir, et que, dans le courant de la journée, son œil est plus rouge et plus douloureux. (Suppression pendant quelques jours du collyre et des douches.)

Le 23, on recommence à donner deux douches par jour.

Le 25, disparition complète et subite de la petite tumeur. Le malade nous dit alors que, dans une des matinées précédentes, il avait cru s'apercevoir que la petite tumeur avait disparu, mais qu'elle s'était reproduite dans la soirée. Examine-t-on l'œil à la loupe? on voit clairement, à la place qu'occupait la hernie, un petit espace triangulaire qui n'a pas encore été envahi par le tissu cicatriciel. Si l'on presse sur le globe de l'œil, on fait saillir par ce petit espace la membrane de Descemet, et l'on reproduit une très-petite hernie, mais elle rentre d'elle-même.

Le 26, le tissu pseudo-cornéal gagne en étendue. Le malade va très-bien.

Le 27, dilatation de la pupille par la belladone; le cercle papillaire est très-régulier; la hernie n'a pas reparu.

6 *mai*. Le malade demande sa sortie. Son œil ne présente plus qu'une tache blanche occupant la partie supérieure de la cornée dans toute l'étendue du déplacement précédemment occupé par la hernie. En cet endroit, la régularité de la courbe cornéale présente un méplat au milieu duquel s'observe encore un très-petit espace triangulaire transparent. Du reste, la vision est bien conservée, quoique encore un peu trouble.

Réflexions. — Quand on examine anatomiquement les connexions intimes qui unissent la membrane de Descemet à la face concave de la cornée, on a peine à comprendre comment ce feuillet si mince, si fragile et en apparence si peu extensible, peut donner lieu à une hernie d'un certain volume; on s'explique très-difficilement comment l'altération cornéale, qui a suffi pour détruire toute l'épaisseur de la cornée, s'arrête tout juste devant une barrière aussi faible et la respecte; on ne comprend pas enfin comment cette pellicule mince et distendue peut former un relief très-prononcé à la surface de la cornée. Tel est cependant le fait que nous avons eu sous les yeux et que nous avons reproduit dans tous ses détails.

Toutefois, si nous rappelions ici les dispositions anatomiques normales, nous verrions que certaines propriétés de la structure anatomique de la membrane de Descemet rendent compte jusqu'à un certain point des particularités pathologiques dont il s'agit. En effet, la membrane de Descemet, quoique adhérant

assez intimement à la face postérieure de la cornée, peut en être détachée par la macération et par l'action de la potasse caustique. Elle se sépare soit par lambeaux de grandeur variable, soit tout d'une pièce. Ces lambeaux ont beaucoup de tenue et tendent à se rouler sur eux-mêmes. Ils sont d'une transparence cristalline et conservent cette propriété même en dépit de l'*ébullition* et de *tous les autres agents qui blanchissent* les autres lames de la cornée.

Elle a une couche épithéliale et une couche séreuse.

Les moyens de diagnostic différentiel entre le staphylome de l'iris et la hernie pellucide se déduisent : 1° de la transparence absolue de la petite tumeur ; 2° de l'intégrité parfaite de la pupille sous tous les rapports, intégrité dont on accroît l'évidence par l'emploi de la belladone.

C'est un curieux travail que celui de l'investissement de la hernie pellucide par la production d'un anneau de tissu pseudo-cornéal auquel s'était joint dans le cas particulier un pannus qui allait se confondre par sa pointe avec le demi-anneau inférieur de la hernie. Il est à présumer que ce pannus n'a pas été étranger au déplacement qu'a subi dans les derniers temps de son existence la hernie pellucide.

Quelque bien averti qu'on soit, ce ne sera jamais sans un sentiment de surprise que l'on verra une enveloppe si fine et si délicate se maintenir d'une manière inaltérable pendant de pareils espaces de temps, non-seulement contre la rupture, mais encore contre toute altération de sa texture intime et de sa transparence.

Cette inaltérabilité de la membrane de Descemet la rapproche des propriétés de la capsule cristalline. Aussi nous serions presque en droit de dire, comme l'a fait M. Malgaigne pour la membrane du cristallin, que jamais la membrane de Descemet ne devient opaque. Mais nous craindrions de généraliser prématurément des observations qui ne peuvent se dispenser du contrôle de faits nombreux et incontestables. Il est très-probable que si, au lieu de siéger à la partie la plus élevée de la cornée, la hernie en eût occupé l'hémisphère inférieur, elle ne se serait pas conservée sans rupture pendant un espace de temps aussi long que celui qu'a exigé l'évolution complète du travail de cicatrisation. Protégée qu'elle était par la pression non interrompue de la paupière supérieure, elle a dû sans aucun doute à cette circonstance de résister aux causes de rupture qui, en amenant la disparition prompte de la hernie, eût enlevé à l'observation un spectacle aussi instructif que curieux.

Mais tout en accordant à la paupière supérieure un rôle important dans la protection de cette hernie, nous ne devons pas méconnaître que celle-ci n'ait principalement dû ses caractères au siége qu'elle occupait près de la grande circonférence de la cornée, car il faut savoir que dans ce lieu elle devient plus *molle*, plus *épaisse*, et, sans perdre de son apparence hyaline, elle tend à prendre la texture lamellaire.

C'est sans doute à la nature de l'ophthalmie (ophthalmie blennorrhagique) que doit être attribué le mode de destruction cornéale qui a permis la production de cette hernie. Il n'y a rien de tel que les causes de nature spécifique pour produire de ces phénomènes étranges, car dans les autres modes de destruction de la cornée, soit par ulcération, soit par ramollissement, la membrane de Descemet ne conserve point une pareille intégrité.

Conclusions. — 1° La hernie de la membrane de Descemet à travers une ulcération de la cornée, est un fait rigoureusement établi par l'observation clinique ;

2° Cette hernie se produit d'une manière d'autant plus facile et d'autant plus évidente, qu'elle se forme dans un point plus rapproché de la grande circonférence de la cornée ;

3° Cette hernie se guérit par un mécanisme consistant dans l'alluvion successive de zones pseudo-cornéales qui commencent par entourer à son collet la hernie de la membrane de Descemet et qui remontent peu à peu sur celle-ci, de manière à la faire rentrer dans les limites normales de la chambre antérieure de l'œil ;

4° La hernie de la membrane de Descemet présente les caractères cliniques suivants : 1° petite tumeur se détachant à la surface de la cornée par un relief abrupte et très-nettement circonscrit, légèrement étranglé en manière de collet ; 2° aspect d'une goutte de liquide qui viendrait de sortir de l'œil ; 3° résistance très-ferme de l'enveloppe du liquide ; 4° existence d'une zonule pseudo-cornéale au collet de la tumeur ; 5° transparence absolue quand on regarde la petite tumeur à contre-jour ; 6° régularité parfaite de la pupille ; 7° envahissement successif de la surface herniée par le tissu cicatriciel cornéal.

5° Les applications de glace, les douches oculaires deux fois par jour et un très-léger collyre à l'azotate d'argent, nous ont paru constituer un excellent mode de traitement pour cette hernie, du moins l'événement semble-t-il le prouver. Si une erreur de diagnostic eût été commise et si on eût cautérisé au crayon la hernie pellucide, nul doute qu'elle ne se fût ouverte et n'eût amené un véritable staphylome de l'iris. Nous ne serions pas éloigné de croire qu'il y a peut-être là un mode de production du staphylome iridien, mode de production qui aura plus d'une fois échappé aux chirurgiens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'honorable président de l'Académie des sciences, M. Adrien de Jussieu, dont nous avions annoncé l'état presque désespéré, a succombé quelques instants après celui où nous avons envoyé savoir de ses nouvelles.

— Une lettre particulière de Tabriz, en date du 30 mai, et que nous aimons à supposer être exagérée dans son langage, contient des nouvelles désastreuses de Perse. Nous les publions, tout en conservant l'espoir que des informations subséquentes en diminueront la gravité :

« Il y a eu, est-il dit, une inondation à Téhéran qui a causé quelques dommages. Le choléra ravage aussi cette ville et emporte 100 à 130 personnes par jour. Chiraz et Kashan ont été complétement détruits par un tremblement de terre. On avait déjà déterré 15,000 cadavres, et l'infection était tellement forte que l'on craignait une épidémie pestilentielle. Le même tremblement de terre, qui a duré deux heures, a desséché la rivière d'Ispahan, sur laquelle la population comptait pour avoir de l'eau. Pour surcroît de malheur, les sauterelles avaient dévoré toutes les récoltes et même les arbres fruitiers dans les environs de cette ville. La peste a, dit-on, éclaté dans le Khoraçan. »

— Des instructions viennent d'être adressées par le ministre de l'instruction publique aux préfets, pour l'établissement de la statistique des bibliothèques publiques existant dans chaque département. Cette statistique fera connaître pour chaque bibliothèque le nombre des manuscrits, le nombre des imprimés, le nom des bibliothécaires et employés, les allocations communales affectées au personnel et à l'entretien de la bibliothèque, les jours et heures d'ouverture, le nombre en moyenne de lecteurs par jour, enfin l'origine, la fondation, etc., de l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE.

Code médical, ou *Recueil des lois, décrets et règlements, sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France ;* par Amédée Ametre, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. — 1 fort vol. in-12 de 480 pages, qui sera expédié franco à toute personne qui en fera la demande, en joignant à sa lettre un mandat de poste de 5 fr. 50. — Chez l'auteur, à la Faculté de médecine, et chez Labé, libraire-éditeur de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23, à Paris.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par Ph.-C. Sappey, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — T. 2e, 2e partie ; 1er fascicule (nerf grand sympathique ; système glanduleux ; sens du tact ; sens de l'ouïe). — En vente chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelneau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 80. 1re année. Mardi 5 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance du 29 juin de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL COCHIN. M. MAISONNEUVE. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — HÔTEL-DIEU. M. LOUIS. Rhumatisme articulaire aigu. Méningite. Mort. Autopsie, par le Dr Leflaive. — **SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.** — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 4 juillet 1853.

Séance du 29 juin de la Société de chirurgie.

(Discussion sur les accidents produits par le chloroforme.)

L'importance de la discussion soulevée par le rapport de M. Robert nous a engagé à séparer les discours qui se sont déjà produits dans la dernière séance, et ceux qui se produiront encore dans le cours de la discussion, de l'appréciation que nous aurons à en faire. Dans la dernière séance, deux seuls orateurs ont pris la parole, MM. Chassaignac et Ricord.

M. Chassaignac, dans une allocution pleine de convenance, de dignité scientifique, et qui a été écoutée avec un intérêt soutenu par la Société, a attaqué le rapport de M. Robert dans ce qu'il a d'essentiellement pratique; il est entré d'emblée, comme on dit, dans le cœur de la question. Il a, avec beaucoup de réserve, mais néanmoins d'une manière non équivoque, reproché à M. Robert, d'abord d'avoir attribué à une *idio-syncrasie* les effets funestes dont le chloroforme a été suivi, et ensuite de n'avoir pas fait des efforts suffisants pour découvrir les conditions qui pourraient expliquer les accidents observés, et, par conséquent, permettre d'en prévenir le retour. M. Chassaignac ne s'est pas contenté d'exprimer un vœu; il a voulu montrer, en outre, comment on pouvait le réaliser, et il a trouvé la cause des malheurs arrivés à plusieurs praticiens dans les circonstances suivantes :

1° Administration du chloroforme dans la position assise;

2° Emploi de linges ou d'une éponge enfermée dans une toile imperméable, c'est-à-dire d'un appareil pouvant s'appliquer sur la bouche et sur les narines, et empêcher ainsi l'entrée de l'air dans les poumons;

3° Éthérisation dans des locaux où l'air ne se renouvelle pas suffisamment bien;

4° Absence de précautions suffisantes pour empêcher les mouvements pendant lesquels les malades peuvent s'asseoir ou se lever et favoriser ainsi une syncope;

5° Surveillance insuffisante des pouls;

6° Prolongation trop grande de l'éthérisation, qui doit être suspendue dès que le collapsus commence;

7° Enfin, éthérisation inopportune dans des cas où elle était contre-indiquée par des lésions des voies respiratoires et circulatoires.

Nous devons reconnaître d'abord que M. Chassaignac a eu raison dans la critique du mot idio-syncrasie, choisi à tort par M. Robert pour désigner la *disposition* inconnue et très-instable qui expose certains individus à des dangers mortels, pendant une éthérisation qui serait sans inconvénients pour l'immense majorité de leurs semblables. Mais M. Chassaignac a-t-il été aussi heureux dans l'explication qu'il a donnée des accidents observés? Nous devons avouer que son argumentation ne nous a point convaincu à cet égard. Il est facile de vérifier, non pas toujours en lisant les résumés de M. Robert, mais en remontant à la publication *in extenso* des observations elles-mêmes, que dans la plupart des cas cités par M. Robert (cas de MM. Gorré, Confévras, Meyer, Valette, etc.), toutes les précautions que demande M. Chassaignac avaient été prises (1), moins peut-être la surveillance rigoureuse du pouls, et l'abstention de l'hétérisation dans les cas de mouvements désordonnés ou d'excitation du système nerveux. Or, en ce qui concerne les mouvements désordonnés, il est vrai de dire avec M. Ricord que, si l'on s'abstenait de continuer la chloroformisation chez tous les individus qui s'agitent dans les premières inspirations, on s'abstiendrait au moins dans la moitié des cas d'éthérisation; il s'en faut, en effet, que le sommeil chloroformique arrive toujours avec le calme qu'on s'est plu à lui reconnaître.

Quant à la question de savoir jusqu'à quel point l'agitation nerveuse préexistante et l'état du pouls peuvent nous éclairer sur les dangers plus ou moins prochains de l'éthérisation, il est temps enfin de proclamer que nous n'avons jusqu'à présent, sur cette question, que des théories, des solutions fondées sur le raisonnement. Il est même étonnant, il faut bien le dire, que, malgré tout ce qu'on a dit, et tout récemment encore, sur l'état du pouls pendant l'éthérisation, il n'y ait pas dans la science peut-être dix observations complètes à ce sujet. Nous signalons spécialement cette remarque aux orateurs qui se proposent de prendre la parole. Il évident que, sans renseignements

(1) L'emploi d'un linge ne saurait être considéré comme une circonstance dangereuse quand on est parfaitement certain que ce linge n'a pas été appliqué directement sur la bouche ou les narines, et cette certitude existe dans les cas dont il s'agit.

précis sur ce point et sur beaucoup d'autres que nous pourrions mettre dans la même catégorie, la discussion de la Société de chirurgie ne produira que des impressions personnelles, et ce n'est pas là ce qu'on attend d'hommes qui doivent se distinguer avant tout par des qualités pratiques, c'est-à-dire par une expérience fondée sur des observations exactes.

Nous ne voulons cependant pas terminer cette courte critique du travail de M. Chassaignac, sans constater l'utilité des préceptes qu'il a formulés ; car s'il est vrai de dire que si, dans la plupart des cas de mort observés, sinon dans tous, les règles de l'éthérisation ont été observées, il n'est pas moins vrai que dans beaucoup de cas, même dans beaucoup de ceux où aucun accident ne s'est manifesté, le chloroforme est employé avec la négligence la plus fâcheuse.

Le discours de M. Ricord se résume dans un seul fait, mais dans un fait qui serait d'une haute portée pratique, s'il était aussi réel que le pense l'habile praticien. Mais nous devons dire que ses quatre faits, quelque précis qu'ils paraissent, et peut-être même parce qu'ils sont trop précis, sont loin d'avoir levé tous nos doutes touchant l'utilité des insufflations, soit de bouche à bouche, soit d'une autre façon. En effet, dans ces quatre cas, on a constaté que le cœur *avait complétement cessé de battre*. D'après les expériences récentes faites sur la cessation des battements du cœur, comme signe de mort certaine, on doit conserver des doutes sérieux sur l'exactitude des observations. Or, dès qu'on a pu se tromper sur un signe physique, les battements du cœur, à plus forte raison a-t-on pu se méprendre sur les signes physiologiques de la mort; et comme, d'un autre côté, il n'est pas sans exemple qu'il n'est pas même très-rare de voir des individus éthérisés revenir seuls d'un état extrêmement inquiétant, on peut évidemment admettre, sans trop d'improbabilité, que les quatre malades de M. Ricord ne se seraient pas moins bien rétablis sans insufflation qu'avec insufflation. La rapidité du retour à la raison ne saurait être une preuve ni pour l'une ni pour l'autre des deux opinions; car cette instantanéité sur laquelle a insisté M. Ricord est aussi inexplicable dans l'une que dans l'autre hypothèse. En résumé, les quatre faits observés par M. Ricord doivent fixer sérieusement l'attention des praticiens; mais c'est à des observations ultérieures plus rigoureusement décrites qu'il appartient d'en déterminer la véritable importance. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos* 23, 26, 32, 48, 72.)

CANCER SQUIRRHEUX DE LA MAMELLE.

Diagnostic. — Dans ses dernières périodes, le cancer squirrheux de la mamelle est toujours facile à reconnaître, aucune autre maladie en effet ne présente l'ensemble de phénomènes graves que nous avons décrits. Début insidieux et le plus souvent inaperçu ; marche lente, mais continue, sans aucun mouvement de recul, tumeur dure et bosselée, rétraction du mamelon, envahissement progressif de la glande tout entière, dégénérescence de la peau, adhérence de la tumeur aux parois thoraciques, engorgement dur des ganglions de l'aisselle, douleurs lancinantes dont la fréquence et l'acuité s'accroissent de jour en jour, développement variqueux des veines sous-cutanées ; plus tard, ulcères rongeants et hideux, d'où s'écoule un ichor fétide : tel est l'ensemble des symptômes qui caractérisent cette maladie arrivée à sa période ultime et la font distinguer de toutes les autres.

Les douleurs lancinantes, le développement non interrompu de symptômes de plus en plus redoutables, la résistance absolue du mal aux moyens thérapeutiques internes établissent une distinction nette et tranchée entre le squirrhe et les autres affections non cancéreuses.

D'une autre part, la lenteur de son évolution, sa dureté toute particulière, son volume ordinairement peu considérable, sa forme bosselée, ne permettent pas de confondre le squirrhe avec le cancer encéphaloïde ou vasculaire.

Mais quand on considère cette affection à son début ou dans ses premières périodes, il est souvent difficile d'en établir rigoureusement la nature et de la différencier avec certitude de certaines tumeurs relativement bénignes, telles que les tumeurs hypertrophiques, tuberculeuses, syphilitiques, tertiaires, les kystes, etc., etc. Nous dirons toutefois que cette incertitude ne peut guère exister que relativement au squirrhe circonscrit. Le squirrhe, qui envahit d'emblée la glande tout entière ou qui porte son action d'une manière spéciale sur la membrane tégumentaire, présente en général des caractères assez distincts. Dans tous les cas, la marche de la maladie, l'apparition successive des symptômes dont nous avons parlé et surtout l'engorgement ganglionnaire qui dans le squirrhe se produit presque dès le début, ne tarde pas à révéler cette affection redoutable.

Pronostic. — Le pronostic du cancer squirrheux de la mamelle est toujours excessivement grave, en ce sens qu'en sa qualité de cancer, cette affection résiste presque constamment aux moyens thérapeutiques. Mais s'il est malheureusement vrai que l'art soit presque toujours impuissant à le guérir d'une manière définitive, on peut cependant en arrêter quelquefois les progrès, et, d'une autre part, certaines formes de cette maladie peuvent affecter une marche tellement lente et chronique, qu'elles ne semblent pas hâter d'une manière sensible la mort naturelle. Il est donc intéressant de connaître les circonstances qui rendent en général cette évolution moins rapide. Ces circonstances sont surtout relatives à l'âge des malades, à leur constitution, ainsi qu'à la variété de formes que présente la dégénérescence.

1° *Age des malades.* — Le squirrhe de la mamelle affecte en général une marche d'autant plus lente que son début a lieu dans un âge plus avancé. C'est ainsi que l'on voit des femmes chez lesquelles le mal ne s'est manifesté que longtemps après la cessation des règles, vers l'âge de 60 ou 70 ans, et qui ont pu vivre 10 et 15 ans sans que le cancer ait sensiblement abrégé leurs jours. Lorsque, au contraire, le squirrhe débute avant l'âge critique, son évolution est presque toujours plus rapide.

2° *Constitution.* — L'expérience de tous les jours démontre que, chez les femmes à constitution sèche et maigre, le squirrhe du sein affecte en général une marche plus lente que chez celles dont le tissu cellulaire adipeux est très-développé. Presque toujours, en effet, chez les premières, il revêt la forme atrophique. Il semble que le peu de vitalité des tissus en général et leur peu de puissance assimilatrice s'oppose par une sorte d'inertie à l'envahissement de l'affection parasite, tandis que chez les femmes grosses, au contraire, l'excès de puissance nutritive tourne au profit du mal et accélère son développement. Il importe toutefois de remarquer que si, dans ce dernier cas, la tumeur squirrheuse acquiert promptement un volume assez considérable, elle reste bien plus longtemps isolée des parties profondes, qu'elle se prête mieux à l'extirpation complète et que les téguments voisins sont plus favorablement disposés pour l'occlusion prompte de la plaie.

3° *Variété de formes que présente la dégénérescence.* — Nous avons admis, sous le point de vue de l'anatomie pathologique, trois formes principales dans le squirrhe de la mamelle, suivant que l'affection à son début envahissait d'emblée la tota-

lité de la glande, qu'elle se propageait plus spécialement à la peau, ou bien enfin qu'elle se présentait à l'état de tumeur circonscrite et roulante. Ces distinctions ont une grande importance sous le point de vue du pronostic.

Depuis longtemps les pathologistes ont remarqué que l'envahissement primitif de la peau est une circonstance des plus défavorables. Récamier, surtout, insistait beaucoup sur ce point : L'envahissement de la peau, disait-il, n'est pas seulement redoutable parce qu'il rend plus longue et plus difficile la cicatrisation après la destruction du squirrhe, mais encore et surtout parce qu'il indique la généralisation du mal. Tant que la dégénérescence, ajoutait-il, est bornée à l'organe mammaire dont les fonctions sont éteintes, l'organisme reste, pour ainsi dire, étranger à ses progrès. Mais quand son action se porte sur la peau qui, avec le système nerveux et vasculaire, constitue un des trois grands systèmes basiques de l'économie, c'est une preuve que l'organisme est infecté dans sa trame fondamentale et qu'il reste peu d'espoir d'en débarrasser radicalement les malades. Sans admettre d'une manière absolue ces explications de haute physiologie, nous constatons le fait, et basés sur l'expérience de tous les jours, nous considérons l'envahissement primitif de la peau comme une des circonstances les plus graves de l'affection squirrheuse du sein.

En seconde ligne, sous le point de vue du pronostic, vient la forme dans laquelle le squirrhe envahit d'emblée la totalité de la glande, soit que le mal ait débuté par les cloisons fibreuses interlobulaires, soit qu'il ait eu pour point de départ les conduits galactophores.

Cette forme, en effet, bien que n'impliquant pas autant que la précédente une infection profonde de l'économie, franchit assez promptement les limites de la glande, et se propage promptement par la voie des vaisseaux lymphatiques jusqu'aux ganglions de l'aisselle.

4° La forme circonscrite et comme enkystée du squirrhe à son début est celle dont l'évolution est la plus lente, celle qui laisse vivre le plus longtemps les malades, qui les torture le moins, celle enfin qui se prête le mieux aux opérations diverses, destinées à procurer une guérison temporaire ou même radicale.

DU CANCER ENCÉPHALOÏDE DE LA MAMELLE.

Moins fréquent que le squirrhe, le cancer encéphaloïde de la mamelle n'en est pas moins encore une affection très-commune. C'est vers l'âge de 30 à 40 ans qu'on l'observe de préférence, c'est-à-dire à une époque où les fonctions de la glande mammaire sont encore en pleine activité, et c'est en général au milieu de la plus brillante santé qu'on le voit apparaître.

Les affections morales tristes, les contusions, paraissent avoir moins d'influence sur son développement que sur celui des squirrhes, tandis que les accidents de la lactation, la suppression brusque de certaines affections cutanées humides, tels que : l'eczéma, l'impétigo ; la disparition de certaines dépurations naturelles, telles que : des hémorrhagies périodiques, des hémorroïdes, semblent y prédisposer d'une manière positive ; il en est de même de l'hérédité.

Les femmes, dont le tissu cellulaire adipeux est très-développé, paraissent aussi y être plus sujettes que celles d'un tempérament sec et nerveux.

Des diverses formes du cancer encéphaloïde. — En traçant dans une précédente leçon l'histoire du cancer encéphaloïde en général, nous avons fait remarquer que cette affection pouvait se présenter sous trois formes principales : à l'état d'infiltration, de tumeurs enkystées, ou bien de masses irrégulièrement circonscrites. Ces trois formes se rencontrent parfaitement distinctes dans le cancer encéphaloïde de la mamelle.

1° *Tumeurs encéphaloïdes enkystées.* — Ce sont au début de petites tumeurs ordinairement solitaires, qui se manifestent, soit dans la profondeur de l'organe, soit à sa périphérie, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur forme est presque toujours arrondie ou ovoïde ; leur consistance élastique rappelle assez bien celle d'une glande lymphatique hypertrophiée. Leur surface est lisse et sans bosselure. Presque toujours elles jouissent d'une assez grande mobilité au milieu des parties saines qui les enveloppent. Leur tissu ne renferme aucun des éléments de la glande, il présente à la coupe un aspect homogène qui ne laisse même pas apercevoir sa trame cellulo-fibreuse. Quand sa couleur est d'un blanc bleuâtre, sa consistance est en même temps assez ferme, sans toutefois crier sous le scalpel ; c'est l'état dit de crudité que l'on observe le plus souvent au début de la maladie. Une coloration laiteuse, ou légèrement rosée, coïncide avec une consistance molle ; enfin, à l'état pulpeux, il est souvent mélangé d'épanchements sanguins qui lui donnent la couleur et l'aspect d'une crème au café ou au chocolat. Dans cette première période, on n'observe en général aucune altération des ganglions lymphatiques, ce qui contribue à tromper le malade et le médecin sur la gravité du mal. Ces tumeurs encéphaloïdes enkystées de la mamelle peuvent rester stationnaires pendant plusieurs mois, plusieurs années même, et prendre ensuite tout à coup un accroissement rapide. Cette évolution brusque est souvent le fait d'une médication intempestive, telle qu'une application de sangsues, des pommades irritantes, etc. D'autres fois, elle est due à une irritation mécanique, une contusion, ou bien encore à quelque maladie intercurrente, qui imprime à l'organisme une violente secousse ; mais souvent aussi on la voit survenir sans cause appréciable.

Dans tous les cas, cette seconde phase de la maladie s'annonce par l'apparition de douleurs lancinantes, qui, d'abord rares et fugaces, augmentent rapidement de fréquence et d'acuité. La tumeur prend un accroissement rapide, elle peut même chez certains sujets acquérir des dimensions énormes, avant qu'aucune altération apparente se manifeste dans l'état général. Telle était le cas d'une religieuse chez laquelle j'ai fait, dit M. Maisonneuve, l'ablation d'une énorme tumeur du sein qui pesait 22 kilogrammes.

En même temps qu'a lieu cet accroissement de volume, on voit la tumeur perdre sa forme lisse et régulière ; à sa surface apparaissent des bosselures arrondies, presque toujours plus molles que les parties voisines, et qui fréquemment deviennent tout à fait fluctuantes.

A cette époque de leur évolution, les tumeurs sont parcourues par des vaisseaux nombreux, et cette vascularité se trahit à l'extérieur par le développement quelquefois considérable des veines sous-cutanées.

Cette période, quelquefois très-courte, peut aussi se prolonger deux ou trois ans, mais seulement dans des cas exceptionnels.

3e *période.* Il arrive enfin un moment où le mal franchit les limites de son enveloppe celluleuse ; alors la peau distendue et amincie s'enflamme, elle revêt une coloration violacée, se ramollit et s'ulcère. A dater de ce moment, le mal progresse avec une rapidité terrible. Les ganglions axillaires, qui souvent étaient jusque-là restés en dehors de la question, s'engorgent et constituent dans l'aisselle des tumeurs plus redoutables peut-être que la première. En même temps, l'état général cède à l'envahissement du mal, le vice cancéreux imprègne l'organisme et tous les symptômes de la cachexie se manifestent. Celle-ci marche, en général, avec beaucoup plus de rapidité dans le cancer encéphaloïde que dans le squirrhe, et la terminaison fatale se fait bien moins longtemps attendre. Elle est précipitée surtout par les hémorrhagies abondantes, ou bien par des phlegmasies séreuses, ou bien encore par la manifestation de productions semblables dans les viscères intérieurs. Il est rare que cette période dure plus de dix-huit mois ou deux ans.

2° *Encéphaloïde infiltré de la mamelle.* — Cette variété de la dégénérescence encéphaloïde, dans laquelle la substance morbide pénètre intimement la trame organique de la glande, ne se rencontre que rarement à la mamelle ; nous en avons cependant observé plusieurs exemples : alors le sein, tout en conservant sa forme et sa consistance normales, devient turgide comme au moment de la lactation, et semble qu'il soit atteint d'une hypertrophie générale ; bientôt cette tuméfaction augmente

et l'organe acquiert le double ou le triple de son volume habituel. On n'observe point, dans cette forme de la dégénérescence encéphaloïde, de période où le mal semble rester stationnaire; ses progrès sont incessants : presque dès le début, on voit apparaître des douleurs lancinantes dont l'intensité va croissant, à mesure que la tuméfaction se développe; les ganglions axillaires s'engorgent de bonne heure; les veines superficielles se gonflent; la peau devient promptement adhérente; elle prend une couleur violacée, puis se ramollit et s'ulcère. En même temps, la tumeur gagne vers les parties profondes; elle envahit le tissu cellulaire et les muscles, devient adhérente aux côtes, se prolonge vers la clavicule et se complique de la tuméfaction des ganglions du col. A cet état local s'ajoutent bientôt les phénomènes généraux de la cachexie, le gonflement œdémateux du bras et surtout la formation de masses encéphaloïdes dans l'intérieur du thorax. On comprend que, sous l'influence de ces désordres, les malades ne tardent pas à succomber. Cette forme de cancer du sein est de beaucoup la plus redoutable; sa durée totale dépasse rarement quinze ou dix-huit mois, à moins qu'une opération pratiquée de bonne heure ne parvienne à enrayer momentanément sa marche.

L'examen anatomique démontre que cette variété de cancer du sein est caractérisée par une sorte de mélange intime de la matière encéphaloïde avec le tissu de la glande, au milieu d'une masse compacte d'où la pression ou le grattage expriment le suc caractéristique du cancer. On reconnaît facilement, au début de la maladie, les éléments glanduleux; puis, à une période plus avancée, ces éléments disparaissent pour faire place à la matière cancéreuse.

3° *Encéphaloïde diffus.* — Anatomiquement, cette forme diffère de la précédente en ce qu'au lieu d'envahir d'emblée la totalité de l'organe, elle constitue d'abord une ou plusieurs masses circonscrites; mais l'absence complète de kystes celluleux qui les isolent du tissu glandulaire ne permet pas de les confondre avec l'encéphaloïde enkysté.

Cette particularité anatomique coïncide avec les différences considérables dans le mode d'évolution de la maladie. A leur début, ces tumeurs constituent une ou plusieurs nodosités arrondies, mobiles, d'une consistance élastique, légèrement douloureuses au toucher; mais bientôt elles perdent ces caractères. Au lieu de rester stationnaires pendant un temps plus ou moins considérable, comme les tumeurs véritablement enkystées, on les voit progresser d'une manière continue, envahir graduellement plusieurs lobules de la glande, et finir par l'englober tout entière; alors elles ont quelques points de ressemblance avec l'encéphaloïde infiltré; néanmoins elles s'en distinguent par les bosselures multipliées qu'offre leur surface, et surtout par leur marche moins rapide. L'engorgement des ganglions axillaires n'a lieu qu'à une période avancée de leur évolution, et alors seulement que le travail inflammatoire produit la rougeur et le ramollissement de l'enveloppe cutanée. Quant aux douleurs lancinantes, elles existent dès le début et s'accroissent à mesure que s'étend la dégénérescence.

Cette variété peut donc être considérée comme une forme intermédiaire entre les deux précédentes.

Dr Alexis Favrot.

Hôtel-Dieu. — M. Louis.

Rhumatisme articulaire aigu. — Méningite. — Mort. — Autopsie.

Après les intéressantes communications qui ont eu lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur divers accidents graves qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme, on ne lira pas sans doute sans intérêt l'observation suivante :

Baudoin (Charles-Alphonse), élève en pharmacie, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Jeanne, n° 52, le 21 décembre 1851; il est âgé de 26 ans, d'une bonne constitution, il a la peau blanche, les cheveux un peu roux. Son état de santé est ordinairement bon, jamais il n'a eu de maladie sérieuse. Ses parents, à l'exception d'un grand-père qui a eu, dit-il, une attaque de goutte, paraissent avoir été exempts d'affections articulaires.

Depuis près de deux ans, il reste habituellement dans un lieu humide. C'est à ce séjour qu'il attribue les accidents qui l'amènent à l'Hôtel-Dieu.

Ce fut le 1er décembre 1851 que ceux-ci commencèrent à se manifester. Il ressentit alors des douleurs vagues dans les articulations, et surtout dans celles des membres inférieurs, où une course un peu longue les lui fit remarquer. Le 2 survint du frisson, du malaise. Il continua néanmoins de travailler jusqu'au 4 décembre, jour où la douleur l'obligea de s'arrêter. A la douleur se joignit bientôt du gonflement qui se montra successivement aux articulations des coude-pieds, des genoux, des poignets et des doigts. En même temps, soif vive et perte complète d'appétit. Le 6, le malade fut saigné, et des frictions avec le baume tranquille furent faites sur les parties douloureuses. Ce traitement ne fut suivi d'aucun effet. Vers le 7 ou 8, le malade commença à ressentir une céphalalgie frontale qui devint très-vive et continue. De ce moment jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'emploi du baume tranquille fut seul continué.

Le 21 décembre, la physionomie du malade exprime un grand malaise, il se plaint de douleurs très-vives dans toutes les articulations des membres. Les articulations des coudes-pieds, des genoux, des coudes, des poignets sont un peu tuméfiées, empâtées, sans changement de couleur à la peau. Le pouls est à 120, dépressible; la peau est chaude, humide, couverte d'une abondante éruption miliaire et de sudamina; la langue est rouge et presque sèche; il y a de la soif, de la céphalalgie et un peu de toux. La sonorité à la région précordiale est un peu moindre que celle du côté opposé. La respiration s'y entend bien. Partout ailleurs, la sonorité est égale des deux côtés, le murmure respiratoire est pur, vésiculaire, sans râle. On entend un bruit de souffle assez doux au premier temps, au niveau de la base du cœur. Les gros vaisseaux n'ont pas été auscultés. (Traitement j. op. 0,05, cat. saignée 200 gram.)

Le 22 décembre, le caillot est très-rétracté, à bords relevés, recouvert d'une couenne peu épaisse, mais peu résistante. Le pouls est à 92, mou et dépressible. La céphalalgie, la soif, persistent; la langue cependant est moins sèche. Les articulations sont dans le même état, les douleurs aussi vives. Le malade a eu du délire la nuit; il s'est levé plusieurs fois; il était, dit-il, comme sous l'impression d'un rêve, il voulait s'en aller. (Trait. j. op. 0,05.)

Le 23, une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine est en outre administrée au malade. Le délire survient dans l'après-midi, alors qu'une cuillerée de la potion seulement avait été prise.

Le 24 décembre, le pouls à 90 offre les mêmes caractères. Le malade a eu quelques bourdonnements d'oreille, mais il en éprouvait depuis huit jours, et ils n'ont pas augmenté. Constipation opiniâtre. (Trait. lav. purg., 1 pil. op. 0,05, j. sulf. quin. 1 gr. 25.)

Le soir, le délire est violent et continu, on est obligé de fixer le malade dans son lit; la langue est rouge, presque sèche, recouverte sur ses parties latérales d'exsudations pultacées; le pouls est à 108, petit et dépressible. Le malade paraît peu souffrir. Les résultats de l'auscultation sont les mêmes.

Le 25 au matin, le délire continue; les pupilles sont à l'état normal; le malade supporte bien la lumière; il n'y a pas de contraction spasmodique des muscles, mais un tremblement des membres continuel et très-prononcé. Les articulations malades sont moins volumineuses et offrent à peu près leur état normal. Le malade dit ne souffrir nulle part. La langue est humide et rouge; il n'y a eu qu'une selle. (Trait. lav. purg., 1 pil. op. 0,05, j. sulf. quin. 1 gr. 25; sinapismes aux membres inférieurs.)

Le soir, le malade est encore plus agité, ses traits sont altérés, il est couvert de sueur. Son pouls à 120 disparaît pour peu que l'on appuie le doigt; le tremblement a encore augmenté; la langue est rouge, sèche, et offre toujours le même enduit pultacé sur ses bords.

Enfin, la mort survient le 26 décembre à 1 heure du matin; une très-grande agitation l'a précédée.

Autopsie, 33 heures après la mort.— Rien de remarquable à l'extérieur.

Plèvres et poumons parfaitement sains.

Le péricarde contient environ une cuillerée de sérosité citrine claire. Le feuillet pariétal est partout mince et transparent. Le feuillet viscéral offre sur la face antérieure du cœur une plaque blanche opaque de 2 centimètres de long sur 1 demi-centimètre de large. En cet endroit, le péricarde est épaissi et moins lisse au toucher. Le reste de ce feuillet est sain tant en avant qu'en arrière. Le cœur n'offre rien d'anormal dans son volume ni dans sa consistance.

L'endocarde dans les ventricules est sain. Dans les oreillettes, il présente sur les parois postérieure et externe une rougeur diffuse et vive d'autant plus prononcée qu'on approche plus des auricules. Il n'est d'ailleurs ni épaissi ni friable. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche a 11 centimètres de développement. Sa valvule est épaissie, blanche et opaque par places. A la coupe, on voit que cet épaississement ne dépend pas de matière athéromateuse placée sous l'endocarde, mais bien de l'altération de celui-ci. Sur la face auriculaire, près du bord libre, on trouve deux petits amas de matière blanche grisâtre, ayant quatre ou cinq fois le volume d'une tête d'épingle, se laissant emporter par un râclage un peu fort et reposant sur une portion d'endocarde dépolie. Un troisième petit amas, semblable aux précédents, siége sur les cordages tendineux qui se rendent à cette valvule. L'orifice auriculo-ventriculaire droit a 13 centimètres de développement. On voit aussi sur sa valvule quelques points épaissis. Deux des valvules aortiques offrent une rougeur assez vive sans épaississement.

Un caillot fibrineux, décoloré, de 6 ou 7 centimètres de long, occupait le ventricule gauche.

Le foie, les reins, la vessie, le péritoine sont sains. Rien à noter du côté du tube digestif, si ce n'est un développement assez considérable des glandes solitaires dans les trois quarts inférieurs de l'intestin grêle, et une tache noire longitudinale située près du bord mésentérique, à 3 décimètres environ de la valvule iliocœcale. Cette tache, longue de 5 centimètres, se laisse enlever facilement par l'ongle et n'occupe qu'une partie de l'épaisseur de la muqueuse qui a à son niveau sa consistance ordinaire.

Les sinus de la dure-mère présentent une injection médiocre. La grande cavité de l'arachnoïde contient environ deux cuillerées de sérosité claire. La surface de cette membrane, qui est partout transparente, est polie, sans trace de fausses membranes. La pie-mère est injectée à la convexité du cerveau seulement. En avant des deux côtés, mais surtout à gauche, il existe une injection fine des vaisseaux capillaires qui marbre en rouge plus ou moins foncé la convexité des lobes antérieurs. A la partie moyenne et principalement en arrière, les gros vaisseaux, rampant entre les circonvolutions, sont injectés, mais partiellement. Ils sont en effet comme exsangues de distance en distance, ce qui tient à ce qu'il existe à leur pourtour des suffusions purulentes d'un jaune sale, homogènes, et que l'on déplace facilement par la pression. Ce liquide purulent et la congestion des vaisseaux donnent à la partie supérieure et externe de chaque hémisphère une couleur jaune sale, marbrée de rouge foncé. Cette lésion n'est pas exactement limitée et occupe de chaque côté une largeur de trois travers de doigt environ. La pie-mère est épaissie en ces différents points. Au-dessous d'elle, la substance cérébrale n'offre qu'un piqueté sanguin assez prononcé. Il n'y a ni ramollissement ni aplatissement des circonvolutions.

Rien de particulier d'ailleurs dans le reste du cerveau. Une petite cuillerée de sérosité claire dans les ventricules latéraux. Moelle allongée, cervelet sains.

Le tissu cellulaire environnant les articulations est rouge congestionné. On remarque en outre, dans celui qui avoisine les synoviales des genoux et des poignets, de petits épanchements sanguins, un peu diffus et peu étendus, du volume d'un pois en moyenne.

Dans les articulations des genoux, au-dessous de la rotule, les bords des deux replis synoviaux sont le siége d'une rougeur vive assez bien limitée et beaucoup plus marquée au genou gauche qu'au droit. Au-dessus des condyles du fémur existe une rougeur moins prononcée et finement arborisée au niveau des ligaments croisés, et surtout à leur insertion supérieure l'injection est disséminée et vive. La synoviale offre dans le reste de son étendue, excepté au niveau des cartilages, une coloration rose vague. En dehors du condyle externe, à droite, on voit une petite tache d'un rouge intense et de la dimension d'une lentille. Les cartilages diarthrodiaux et semi-lunaires sont sains; les extrémités osseuses saines. Dans le genou droit, la synovie était plus abondante qu'elle ne l'est à l'état normal, sans qu'on ait pu, toutefois, en recueillir une quantité appréciable. A l'ouverture du genou gauche, il s'était écoulé 7 à 8 grammes d'une synovie filante, transparente, dans laquelle on aperçoit cependant de petits nuages blancs, semi-opaques. Ceux-ci, que M. Lebert veut bien examiner au microscope, laissent apercevoir de nombreux filaments entre-croisés, couverts de globules de pus bien caractérisés.

Dans les articulations tibio-tarsiennes, on remarque une rougeur et une injection assez vives du repli synovial situé près de l'articulation tibio-péronéale.

Dans les articulations des coudes on voit à la base de l'olécrane, des deux côtés de cette apophyse, mais surtout en dehors, une rougeur très-marquée des appendices graisseux de la synoviale. Cette rougeur, bien limitée en dehors, est diffuse en dedans. De l'articulation de droite il ne s'écoule pas de synovie; celle de gauche en laisse échapper une petite quantité salie par le sang des parties voisines de l'articulation.

L'articulation du poignet droit paraît moins humide qu'à l'état normal; celle du poignet gauche est saine.

Le mémoire lu par M. Vigla, à la Société médicale des hôpitaux (25 mai 1853), et les remarques qui ont suivi cette lecture augmentent l'intérêt que peut offrir cette observation.

Dans ce cas, la méningite ne peut être attribuée ni aux saignées (on n'en a pratiqué que deux, dont une fort légère), ni au sulfate de quinine (le délire a précédé l'emploi de ce médicament), ni à une métastase, puisque le délire existait déjà, que l'état des articulations était toujours le même. On remarquera en outre qu'au moment de l'autopsie l'inflammation des articulations était toujours intense.

Le rhumatisme articulaire paraît être une affection générale de nature inflammatoire, dont les manifestations portent surtout sur les séreuses des articulations, le péricarde, l'endocarde, et plus rarement sur les autres séreuses.

Beaucoup de médecins encore révoquent en doute les lésions inflammatoires des articulations, dans le rhumatisme articulaire aigu. J'ai réuni, à la fin de l'année 1851, trois cas de rhumatisme articulaire aigu suivis d'autopsie; deux m'ont été communiqués, l'un par M. Lebert, l'autre par mon collègue M. Canuet. Dans les trois cas, il y a eu rougeur, injection des synoviales, fausses membranes formées ou en voie de formation. Dans les trois cas, on a trouvé du pus dans les articulations; dans le premier cas (M. Canuet) le pus était épais, verdâtre; dans le deuxième (M. Lebert) la synovie était louche, trouble, et le microscope démontrait de nombreux globules de pus; enfin, dans le troisième, qui est celui que je viens de rapporter, on voyait un nuage blanc semi-opaque dans une synovie filante, mais claire, et le microscope montrait des filaments entre-croisés couverts de globules de pus.

Dans les trois cas, les malades sont morts après avoir présenté des symptômes de méningite; dans le premier cas, les méninges étaient épaissies: cette lésion a été considérée comme ancienne, et dans le deuxième il n'est pas fait mention des enveloppes du cerveau. La mort est survenue, pour ces différents malades, dans les mois de mai, juillet et décembre 1851.

Dr Leflaive,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin.

DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR L'ÉTHER ET PAR LE CHLOROFORME.

M. Chassaignac. — Le rapport que nous a lu M. Robert, dans l'une des dernières séances, est une œuvre sérieuse. La Société de chirurgie doit la discuter sérieusement. Elle le doit non-seulement comme témoignage de considération et d'estime pour le travail que soumet à son examen l'un de ses membres, mais encore parce qu'il s'agit d'une haute question de pratique, d'une question sur laquelle se concentre un grand intérêt d'actualité, d'un problème à l'égard duquel des solutions sont attendues avec impatience par tout le corps médical.

Avant d'entrer dans cette discussion, je me suis demandé jusqu'à quel point il était possible de discuter les faits eux-mêmes, et les divers éléments de ces faits, sans porter ombrage aux personnes, sans leur porter préjudice dans des choses que nous ne saurions trop respecter, la considération et les intérêts professionnels de confrères justement estimés.

Après y avoir bien réfléchi, j'ai pensé qu'on pourrait assez isoler la science et les principes généraux des faits particuliers pour que toute question de personne fût mise de côté.

Je déclare donc hautement que je n'entends me permettre de blâmer la conduite d'aucun de mes confrères dans les faits relatifs au chloroforme. Je puis bien dire (ce me semble) que telle ou telle pratique particulière n'a pas mon approbation; mais de là à qualifier de fautes les actes émanés d'une conviction différente de la mienne, il y a loin, et je m'empresse de déclarer que dans le fait qui sert d'origine à cette discussion, la conduite du praticien est au-dessus de tout reproche, et je dirais même que dans les onze à douze cents inhalations que j'ai pratiquées jusqu'ici, il en est bien peu qui l'aient été avec autant de prudence et d'attention que dans le fait de l'honorable M. Valette, d'Orléans.

Quand fait-on une faute en pratique? C'est apparemment quand on se met en opposition avec quelques-uns de ces principes qui ont reçu la double sanction de l'expérience et du temps, qui sont depuis longtemps consacrés par l'universel assentiment des praticiens éclairés. Mais les principes de l'anesthésie? ils sont nés d'hier. Ils se cherchent encore, ils ne se dégagent qu'avec peine et un à un des observations que chaque jour amène, des malheurs mêmes que l'anesthésie peut enfanter.

Mais autant nous avons de ménagements à garder dans tout ce qui touche à l'honneur et à la tranquillité de nos confrères, autant nous devons avoir de liberté et d'indépendance dans la discussion des principes.

Le fait capital du rapport de M. Robert, celui qui a dicté les conclusions de son travail, celui sur lequel il nous importe le plus de nous faire une opinion motivée, c'est celui-ci : La mort subite qui survient par l'inhalation du chloroforme est le résultat d'une idio-syncrasie, que rien ne peut faire prévoir, et dont rien ne peut arrêter les effets.

Cette doctrine, qui repose sur l'idée d'une idio-syncrasie, c'est-à-dire de ce qu'il y a de plus insaisissable, de plus imprévu, de plus irremédiable, permettez-moi de l'appeler la doctrine du *quid ignotum*.

Mais à côté de cette doctrine, s'en élève une autre, que j'appellerai la doctrine des *causes connues*, parce qu'elle repose, suivant moi, sur des faits antérieurs de l'ordre physiologique et pathologique, sur des phénomènes connus dans leurs causes, dans leur mécanisme et dans leur moyen de traitement.

Si je ne consultais que l'impression favorable dont on ne peut se défendre à la lecture d'un travail aussi recommandable que celui de M. Robert, travail que je considère comme un modèle de bonne discussion académique, je n'aurais à donner au rapport et à ses conclusions qu'une approbation pleine et entière.

Mais le lendemain de cet assentiment sans réserve, je rentre dans un service d'hôpital, je retourne auprès des malades, qui, dans la pratique particulière, peuvent m'accorder leur confiance. J'y retourne, poursuivi par un sentiment de défiance et d'inquiétude. Je ne puis me soustraire au souvenir de ces paroles fatales : que je vais poser la question de vie et de mort, que je suis menacé par un *quid ignotum*, une idio-syncrasie, un je ne sais quoi. En face de chaque malade que je vais anesthésier, je me dis : il y va de la vie de cet homme, et je sais, toujours d'après le rapport, que si la chance tourne mal, l'art ne me donne aucun moyen d'enrayer les accidents.

Cette situation, messieurs, est intolérable, elle ne nous laisse aucune sécurité, elle met chaque jour en question, et sur un coup de dés, notre repos, notre réputation; elle porte le trouble dans les âmes les plus fermes, dans les consciences les mieux éprouvées; elle nous porte invinciblement à restreindre l'emploi du chloroforme au cas où il nous est, pour ainsi dire, imposé malgré nous.

Si telle était pourtant la fatalité des choses, il faudrait bien s'incliner devant l'évidence, et ce serait à nous de voir si, pour épargner de la douleur aux malades, si, pour assurer la réussite plus prompte et plus complète de certaines opérations, nous devons les exposer, eux et nous, aux conséquences dangereuses de l'anesthésie. Nous avons donc à examiner ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette doctrine, et notre position nous oblige à le faire avec un soin scrupuleux.

Nous avons à nous occuper de deux questions :

1° Est-il nécessaire de recourir à l'existence d'une idio-syncrasie pour se rendre compte des morts subites observées pendant l'emploi du chloroforme?

2° Deuxième question : Les cas de mort peuvent-ils s'expliquer par l'intervention de phénomènes connus, tels que la syncope, l'asphyxie, la suspension ou perturbation de l'action nerveuse?

La première question se résout pour nous par la négative. Non! il n'y a pas une idio-syncrasie anesthésique, à moins qu'on ne prenne ce mot dans une acception inconnue jusqu'ici, car, suivant la judicieuse remarque de M. Robert lui-même, l'état particulier dont il parle peut se développer d'une éthérisation à l'autre, et jamais, dans le langage médical exact, le mot idio-syncrasie n'a été appliqué à pareille disposition. C'est quelque chose de moins capricieux, de plus stable, de plus étroitement lié à la constitution du sujet; c'est une cause qui reproduit toujours ses mêmes effets dans les mêmes conditions, qui n'existe pas aujourd'hui pour disparaître demain. Le *quid ignotum* n'est donc pas une idio-syncrasie.

Si ce n'est pas une idio-syncrasie, qu'est-ce donc?

C'est une syncope ou une asphyxie chez un sujet dont le système nerveux vient d'être mis, par le chloroforme, en dehors de ses conditions ordinaires et de sa spontanéité normale. C'est chose très-fâcheuse, très-dangereuse même, mais qui n'est ni inévitable, ni irrémédiable.

On me demande sur quoi je fonde cette opinion ; je réponds que c'est sur l'analyse rigoureuse des faits, et je donne immédiatement mes preuves tirées de tous ceux sur lesquels j'ai pu me procurer quelques renseignements.

J'ai réuni quarante-sept observations, et il n'en est pas une où je ne trouve quelque dérogation à des principes que je crois utiles et préservateurs dans la pratique de l'anesthésie.

Ici j'ai besoin d'entrer dans quelques détails sur le mode d'administration du chloroforme.

Je vois, par exemple, que dans la grande majorité des quarante-sept cas dont je vous parle, l'inhalation a été pratiquée au moyen d'un linge (mouchoirs, serviettes, compresses, bourdonnet, etc.). Eh bien, cette pratique ne donne pas, selon moi, une sécurité suffisante contre l'asphyxie. Elle se prête d'une manière trop variable au libre accès de l'air, qui, suivant le principe posé par M. Sédillot, est une condition en quelque sorte obligatoire. Ces corps flottants jouent trop facilement le rôle de soupape, et, s'ils viennent à se coller sur les orifices naturels, plus d'aspirations de l'air, inspiration exclusive de la vapeur anesthésique, asphyxie complète. Une expérience bien simple peut être faite à ce sujet, c'est celle qui consiste à respirer, pendant qu'on est couché horizontalement, la bouche largement ouverte, sous un linge mouillé. On voit bien vite qu'à chaque inspiration le linge s'applique en manière de soupape sur l'orifice buccal, et ne laisse passer l'air qu'avec difficulté.

Dans un certain nombre des quarante-sept cas, je vois que l'anesthésie a été pratiquée dans la position assise; ici ce n'est plus à l'asphyxie, c'est à la syncope que nous avons affaire; en effet, l'expérience de tous les jours ne nous apprend-elle pas que la position horizontale est le plus sûr moyen d'éviter la syncope et de la faire cesser quand elle existe. Est-il besoin de rappeler à ceux qui douteraient du rôle de la position assise comme cause de syncope, que la position assise est tout juste la moitié de la position debout, et faut-il ajouter, enfin, que l'attitude verticale, pendant l'anesthésie, serait une cause presque assurée de syncope?

Chez d'autres malades faisant partie de la série des quarante-sept cas, il est survenu, peu de temps avant la mort, des mouvements désordonnés et violents, que je considère comme très-dangereux, en ce qu'ils préparent une syncope, et ils la préparent par le changement de position, qui convertit la position horizontale en attitude assise ou debout. — J'établirais donc volontiers pour règle, qu'il ne faut point pratiquer l'anesthésie quand on n'a pas un nombre d'aides suffisants pour maintenir d'une manière assurée l'immobilité; et si, malgré ces précautions, il se produit de grands mouvements du tronc, on doit suspendre l'inhalation pour ne la reprendre qu'après le retour du calme.

3° Quelques malades ont subi l'inhalation dans des lieux où le nombre des personnes présentes, et le défaut de ventilation, ne permettaient pas le renouvellement, en quantité suffisante, d'un air parfaitement respirable; qu'on se demande, à ce sujet, ce qui arriverait si l'on pratiquait l'éthérisation dans une cave, et, d'autre part, ce que l'on fait aussitôt qu'une personne se trouve mal dans une réunion; ne s'empresse-t-on pas d'ouvrir les croisées ou de porter le malade au grand air?

4° Je trouve encore que parmi mes quarante-sept cas se trouvent des

sujets dont le pouls n'a pas été consulté à tous les moments de l'anesthésie; dès lors on n'a pas été averti assez promptement de l'imminence de la syncope : elle eût été signalée par l'affaiblissement du pouls, elle n'était qu'imminente; on aurait pu peut-être y porter remède : quelques émanations de plus, et cette syncope est devenue irrémédiable.

J'ajouterai enfin que, parmi les quarante-sept cas, il s'en trouve dans lesquels le chloroforme a été administré par des personnes étrangères à la médecine. Enfin, dans certains cas, il y avait lésion organique du cœur ou des poumons. Ce ne sont pas des cas de ce genre qui ont été mentionnés par M. Robert; mais si l'on tient, pour être de quelque valeur, les convictions dont nous avons précédemment parlé, je vois que dans les sept observations mentionnées par notre honorable collègue, il n'y en a qu'une seule dans laquelle l'inhalation ait été faite par le moyen de l'éponge. Je me trompe, il y en a deux; mais l'éponge étant recouverte dans un cas par une vessie ou une toile cirée, je trouve cette dernière condition encore plus défavorable, attendu que si le mouchoir laisse passer très-peu de chose, la toile cirée ne laisse rien passer du tout. Je vois encore que, parmi ces sept cas, il en est quatre dans lesquels les malades étaient assis, et enfin, trois dans lesquels ont eu lieu ces mouvements désordonnés, préparateurs de la syncope. Il me suffit de rappeler M. Sima, madame Labrune, et ce jeune homme qui, après avoir échappé aux aides, périt sous leurs yeux au moment où ils parviennent à le remettre en position.

Je voudrais donc, avant d'admettre l'existence d'une idio-syncrasie, que, pour justifier l'opinion de M. Robert, on présentât un nombre d'observations suffisant pour motiver des conditions générales, et dans lesquelles toutes les conditions que je vais énumérer, ayant été scrupuleusement observées, la mort subite aurait eu lieu jusque-là; je maintiendrai pour vraies les propositions suivantes, qui n'ont pas le même caractère de fatalité que celles de M. Robert.

1° La respiration du chloroforme rend très-dangereuses les asphyxies et les syncopes qui surviennent pendant l'action de cette anesthésique.

2° Il faut tout faire pour éviter l'asphyxie et la syncope pendant l'anesthésie.

3° L'art parvient, dans l'immense majorité des cas, à prévenir les syncopes et asphyxies anesthésiques par l'emploi des moyens suivants :

1° Chloroforme pur; 2° position horizontale; 3° accès facile de l'air en même temps que des vapeurs de chloroforme; 4° empêchement apporté à out grand mouvement du corps; 5° surveillance incessante du pouls à tous les moments de l'inhalation; 6° suspension immédiate de l'inhalation dès que le colapsus commence; 7° constatation, toutes les fois qu'elle est possible, de lésions antérieures des appareils nerveux respiratoires et circulatoires; 8° comme moyens de ramener le sujet à sa spontanéité, ceux qui ont été opposés de tout temps à la syncope et à l'asphyxie, mais particulièrement l'attouchement du fond de la gorge; seulement dans le cas particulier, il faut demander beaucoup aux moyens préventifs et attendre très-peu des moyens curatifs proprement dits.

Un mot encore pour protester contre la cinquième conclusion de M. Robert, que *l'art ne possède aucun moyen d'enrayer les accidents.* Ce mot sera un fait, un fait qui a eu pour témoins plusieurs internes distingués, MM. Buquoy, Narcé et Codet. Je pratiquais, chez un jeune homme très-affaibli, la résection du premier métatarsien atteint de carie. L'ablation faite, je m'aperçois que le premier cunéiforme, qui extérieurement paraissait entièrement sain, est lui-même affecté de carie au centre de sa surface articulaire. J'en entreprends sur-le-champ l'ablation qui constitue une désarticulation extrêmement laborieuse. Tout à coup, un des assistants s'écrie que le pouls a cessé de battre. Me rappelant le conseil donné par M. Monod, de stimuler le fond de la gorge, je veux réveiller par ce moyen les mouvements vitaux arrêtés, mais les dents sont serrées (je n'aurais pu faire ni l'insufflation bouche à bouche, ni l'attouchement du fond de la gorge par l'ammoniaque que je considère du reste comme une cause de constriction pour la glotte). Je saisis une forte spatule; j'écarte de force les os maxillaires, et je plonge le doigt dans le fond de la gorge : quelques indices du retour à la spontanéité vitale se manifestent; je reprends mon opération que je complète. Le malade a parfaitement guéri : je l'ai montré à plusieurs des membres de cette Société,

M. Ricord. — Je pense, comme M. Chassaignac, que le mot idio-syncrasie ne convient pas pour désigner la prédisposition particulière dans laquelle se trouvent les individus qui succombent aux inhalations chloroformiques; mais je pense que cette disposition existe. Je crois aussi, avec M. Chassaignac, que les précautions que l'on peut prendre ne sont pas sans utilité; mais je crois néanmoins que chaque fois que l'on fait usage du chloroforme, la question de vie et de mort est posée. Je tiens donc le milieu entre M. Chassaignac et M. Robert.

Mais je ne crois pas du tout que les moyens que l'on peut mettre en usage pour combattre les accidents chloroformiques soient sans efficacité; je ne crois pas du moins cela de celui que j'ai mis en usage quatre fois avec succès.

Dans ces quatre cas j'avais employé l'éponge, et j'ai eu tout ce qu'on peut avoir, moins le cadavre : j'avais mis les malades dans la position horizontale pour les chloroformer. Je suis en effet convaincu que la mort, dans ces cas, a lieu essentiellement par la syncope et peut-être un peu par asphyxie.

Je n'ai pas tenu un aussi grand compte des mouvements inusités que les malades ont pu faire; mais je n'hésite pas à dire que ces mouvements constituant une contre-indication, on s'abstiendrait certainement de l'éthérisation dans la moitié des cas. Il m'est arrivé très-souvent de rencontrer des malades qui se livraient à tous les mouvements possibles, au commencement de l'inhalation : je les ai fait maintenir; j'ai continué la chloroformisation, et je n'ai jamais vu qu'elle eût plus d'inconvénients chez eux que chez tous les autres. Chez les quatre où j'ai observé des accidents graves l'éthérisation s'était faite avec le plus grand calme.

M. Flourens et M. Longet ont décrit avec beaucoup de soin la marche progressive que suit l'intoxication chloroformique : ils partent d'un pouls normal et arrivent à un pouls nul; ils font monter la paralysie de la queue de cheval jusqu'aux racines antérieures de la moelle. Tout peut être vrai dans les expériences et fort intéressant en physiologie; mais en pratique on ne voit rien de pareil : vous passez presque instantanément d'un pouls normal à un pouls effrayant, de la santé à la mort imminente, sinon consommée. C'est ce qui est arrivé dans les cas qui me sont personnels et dont je vais entretenir la Société.

Le premier est celui d'une jeune femme demeurant rue Dauphine, et chez laquelle j'avais été appelé pour exciser quelques très-petites végétations, tellement petites que je n'aurais jamais songé à l'usage du chloroforme si la malade n'avait insisté vivement pour qu'on y eût recours; c'est en cédant en partie à ce désir formel, et en partie parce qu'ayant peu de temps à moi ce jour-là, je désirais en finir le plus promptement possible, que je me décidai à l'éthérisation; celle-ci fut pratiquée avec une éponge tenue à distance. Tout à coup, je vois la malade qui pâlit; la bouche devient béante; le pouls est absent; le cœur même ne bat plus, ne s'entend plus; il n'y a plus de respiration; les sphyncters étaient relâchés. Je ne sais pas si elle avait quelque chose qui ne fût pas relâché; je lâche les ciseaux que je tenais à la main; je me précipite sur elle; j'applique ma bouche sur la sienne; je fais quelques insufflations, et bientôt elle revient à elle instantanément.

J'ai observé le second cas sur un malade de l'hôpital auquel j'allais pratiquer la circoncision. Les choses se passèrent exactement de même; le cas n'était pas moins grave, car les battements du cœur et la respiration étaient suspendus. Le malade revint également d'une manière instantanée.

Il en fut exactement d'un troisième malade à qui je pratiquais la circoncision à la maison de santé, et d'un quatrième qui subit la castration à l'hôpital.

Que, dans ces insufflations que j'ai faites, de l'air soit passé dans l'estomac, c'est possible; mais toujours est-il que les malades sont revenus.

M. Robert a fait observer que, dans trois ou quatre des cas qu'il a rappelés dans son rapport, l'insufflation avait été pratiquée, même en introduisant un instrument dans les voies aériennes; mais elle a été employée trop tard. On a commencé par frotter les tempes avec du vinaigre; on a ouvert les fenêtres; on a pratiqué des frictions sur diverses parties du corps; on a mis sous les narines ou même porté sur la gorge des gaz excitants; en un mot, on a mis en usage les nombreux moyens usités en pareil cas, et l'on a eu recours ensuite à l'insufflation. Or, ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder; il faut agir comme je l'ai fait à l'instant même, car si l'on peut faire revenir un malade qui est presque à l'état de cadavre, on ne peut pas faire revenir un cadavre complet.

Maintenant, je répète que l'efficacité de l'insufflation me paraît surtout démontrée par cette particularité que les malades qui reviennent naturellement d'une anesthésie trop profonde, en reviennent par degrés, en conservant pendant quelque temps un certain degré d'ivresse; au contraire, ceux que j'ai vus revenir, à la suite de l'insufflation, sont revenus instantanément et sans passer nullement par la progression habituelle.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Boinet en a été pour ses frais dans sa dernière lettre. Nous l'avons mis à même de constater toute l'exactitude de notre observation publiée sous la rubrique *du 9 juin 1849* dans la *Revue médicale,* bien qu'elle n'ait été remise au rédacteur en chef que le *10 août suivant*

Elle reste donc dans la science avec plus de valeur que jamais, puisqu'elle a subi le contrôle de celui qui, après l'avoir fait entrer en ligne pour édifier sa méthode, venait, à trois ans de distance, en contester l'authenticité. — Voici ce contrôle : ABEILLE.

« Notre honorable confrère, M. Abeille, vient de nous donner une explication que nous acceptons avec grand plaisir, car connaissant l'honorabilité de ce confrère, nous pensions bien qu'il devait y avoir quelque

erreur de date que nous ne connaissions pas. Nous sommes heureux de reconnaître l'exactitude des dates de son observation. »

Le Dr Boinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour l'agrégation en sciences accessoires.* — On a terminé hier, lundi, au concours d'agrégation pour les sciences accessoires, la série des épreuves orales. Voici le sujet des questions qui ont été traitées par les candidats, dans les deux sections d'anatomie et de chimie.

Anatomie. — Leçon après 3 heures de préparation : MM. Verneuil et Fano : *l'urètre, anatomie et physiologie.*

MM. Segond et Dupré : *le diaphragme, anatomie et physiologie.*

Leçon après 24 heures de préparation : M. Verneuil : *la membrane caduque.*

M. Fano : *l'ovaire.*

M. Segond : *les nerfs en général.*

M. Dupré : *le larynx.*

Chimie. — Leçon après 3 heures de préparation : MM. Leconte et Figuier : *le chlore, ses composés oxygènes, le chloroforme.*

M. Orfila : *l'iode, ses acides, l'éther iodhychnique.*

Leçon après 24 heures de préparation : M. Orfila : *du rôle de l'eau dans les combinaisons chimiques.*

M. Figuier : *de l'électricité dans les phénomènes chimiques.*

M. Leconte : *les équivalents chimiques.*

Vendredi prochain 8, commenceront les épreuves pratiques pour les anatomistes et les chimistes. Les sujets de thèse seront remis aux candidats vers le 12 juillet.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Concours pour l'admission à 40 emplois de médecin aide-major et 15 emplois de pharmacien aide-major à l'École impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires, à Paris.

L'ouverture de ces épreuves est fixée comme il suit :

A Strasbourg, le 10 septembre prochain ;
A Montpellier, le 25 —
A Paris, le 10 octobre prochain.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été déterminées par l'art. 2 du décret du 13 novembre 1852.

1° Être né Français ;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'Empire ;

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans au 1er janvier qui suivra l'ouverture du concours ;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le Ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire ; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité ;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicale ;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratique ;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury ; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité ; elle est arrêtée à huis-clos par le jury avant l'entrée des candidats en séance de rédaction.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexions. Les questions, arrêtées par le jury, sont en nombre double de celui des candidats et mises sous enveloppe dans une urne. Chaque candidat tire, au commencement de la séance, sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition ; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils de bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve manuelle.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Épreuve orale sur une question de chimie ;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.* — Il est le même que pour le concours des candidats médecins en ce qui concerne les deux premières épreuves ; la durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes ; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

COMPOSITION DES JURYS.

Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur qui présidera les trois jurys ; 2° d'un médecin principal qui, choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée ; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le Ministre pour chaque localité.

CLASSEMENT.

Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif de tous les candidats des trois Facultés a lieu à Paris ; à cet effet, le jury formé à Paris pour l'admission des candidats de cette circonscription se constituera, au terme de cette opération, en jury central, chargé d'établir la liste définitive du classement des candidats des trois concours, d'après les chiffres d'appréciation qu'ils ont obtenus ; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE.

La durée de ce stage est d'une année, pendant laquelle les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 francs. Au terme de leur stage, ils obtiennent, à la suite d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 5 juin 1853.

Le Maréchal de France
Ministre secrétaire d'État de la guerre,
A. de Saint-Arnaud.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, Bandages et Appareils, par le docteur Ch. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal de première classe, officier de la Légion-d'honneur, membre correspondant de l'Institut de France, de l'Académie impériale de médecine, de l'Académie royale de Bruxelles, etc. — Deuxième édition, t. 1er, 1re partie, avec 206 figures. — En vente chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 4 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 81. 1re année. Jeudi 7 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 27 juin. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. PIORRY. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu. — HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. De la Dyspepsie, par M. Thibierge. (*Suite.*) — **CLINIQUE CIVILE** : Anus contre nature. Guérison. Influence de la position, par M. le Dr A. Thierry. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 6 juillet 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous n'avons jamais été de ceux qui, même sans savoir pourquoi, se montrent irrévérentieux envers les Académies, pas plus envers l'Académie de médecine qu'envers toute autre ; mais nous sommes de ceux qui ne manquent pas de donner aux Académies de bons conseils, toutes les fois que l'occasion s'en présente, quelque peu d'illusion que nous puissions d'ailleurs nous faire sur l'efficacité de ces conseils.

L'Académie aurait pu entendre hier un intéressant travail de botanique médicale ; elle ne s'en est pas souciée. Quoique ce travail ait été lu par un étranger, voire même par un candidat à la place vacante, par un futur et prochain collègue, les académiciens ont trouvé qu'il était plus agréable de causer de leurs petites affaires ou du passage du Pruth que d'apprendre les affinités et les différences botaniques et médicales des limnanthocées, des crucifères, des coriariées, des tropéolées et des hypocastanées. Ils n'ont donc pas écouté l'intéressant travail de M. Chatin, et, de plus, ils ont empêché d'entendre ceux qui étaient disposés à écouter, et parmi ces derniers, nous sommes heureux de compter les membres du bureau qui, pendant toute la lecture du savant candidat, ont fait les plus louables efforts pour saisir quelques-unes de ses paroles.

M. Chatin, une fois descendu de la tribune, M. H. Gaulthier de Claubry y est monté pour combattre le rapport de M. Bouchardat, lu il y a deux ou trois mois, et relatif à l'analyse de l'huile de foie de morue. L'argumentation de M. Gaulthier a principalement porté sur ce fait, que M. le rapporteur, d'après l'auteur du travail, considère comme constante la présence dans l'huile de foie de morue du phosphore à l'état libre ou du moins à un état autre qu'à celui de phosphate de chaux. L'opinion de M. Gaulthier repose sur cette expérience que, lorsqu'on distille de l'huile de foie de morue avec toutes les précautions désirables, aucune trace de phosphore ne passe dans les produits de la distillation ; l'opinion de M. Bouchardat repose précisément sur une expérience contradictoire, que M. Soubeyran affirme être exacte pour l'avoir répétée lui-même. On comprend que, posée dans ces termes, la discussion ne pouvait pas aller bien loin, et que tout ce qu'on pouvait faire c'était de renvoyer le rapport à la commission. C'est ce qu'on n'a point fait.

Dès qu'un médicament plus ou moins nouveau apparaît sur l'horizon, la question pour une certaine fraction de l'Académie est moins de savoir si ce médicament est un produit intéressant pour la science ou utile pour la pratique, que de savoir s'il ne pourrait pas être annoncé sous le manteau de l'Académie et faire la fortune de quelque pharmacien. Or, M. Berthet ne s'est pas contenté d'analyser l'huile de foie de morue et d'y trouver du phosphore, il a composé une huile iodo-phosphorée destinée à remplacer, dans bien des cas, la première ; c'est là le point de vue qui a bientôt remplacé le premier et qui l'a fait perdre entièrement de vue. M. Guibourt a exprimé toute l'indignation qu'il ressent journellement en lisant dans les journaux l'abus qui est fait du nom de l'Académie, à propos d'une huile iodée sur laquelle il a lui-même fait un rapport ; tous les jours, dit M. Guibourt, on peut voir aux annonces que l'Académie ait formellement déclaré le contraire. Que M. Guibourt à ce sujet nous permette quelques brèves remarques.

Déclarons d'abord que nous applaudissons au sentiment qui a inspiré M. Guibourt dans cette occasion comme dans beaucoup d'autres semblables. Mais ce juste hommage rendu à sa louable susceptibilité, M. Guibourt nous permettra-t-il de lui demander quelles conclusions il prétend tirer de ses imprécations ? Veut-il en conclure que l'Académie doit désormais repousser systématiquement tout ce qu'on pourra lui présenter, bon ou mauvais ? Dans ce cas, nous prions M. Guibourt de nous laisser croire que le remède serait pire que le mal, d'autant plus que le mal ne serait nullement empêché. En effet, de deux choses l'une : ou bien l'Académie a assez de crédit auprès de l'autorité judiciaire ou administrative pour empêcher qu'on ne fasse abus de son nom, ou bien ce crédit lui manque.

Dans le premier cas, l'Académie doit approuver hautement ce qui est bon, et laisser les innovateurs laborieux se prévaloir comme ils l'entendent de sa haute sanction ; elle doit au contraire faire punir sévèrement ceux qui, pour tromper le public, dénaturent l'esprit et la lettre de ses décisions.

Dans la seconde alternative, qui nous paraît, hélas ! la plus réelle, l'Académie ne doit en aucune façon se préoccuper de ce qui se fait au dehors ; elle doit prendre pour

unique guide l'intérêt de la science, et laisser à qui de droit la responsabilité de l'abus qu'on peut faire de son nom à l'aide d'allégations mensongères. Qu'importe, en effet, au point de vue de la considération de l'Académie, qu'elle fasse telle ou telle déclaration, si le premier venu peut, sans s'exposer à des poursuites, publier le lendemain dans tous les journaux que l'Académie a fait une déclaration contraire? L'Académie doit renoncer à ces récriminations qui ne font que mettre à découvert son impuissance et qui ne peuvent en conséquence qu'encourager ceux qui cherchent à exploiter en son nom la crédulité publique. Elle doit, jusqu'à ce qu'elle vive sous un régime plus favorable, borner son ambition à éclairer les médecins qui prennent leur profession assez au sérieux pour se tenir au courant des débats scientifiques; elle doit se garder de repousser systématiquement et sans examen approfondi, les médicaments nouveaux qui sont soumis à son appréciation. L'Académie s'est-elle conformée à ce principe à propos du rapport de M. Bouchardat? Nous n'hésitons pas à répondre non. Sur la proposition de M. Gibert, l'Académie a déclaré que l'huile iodée et l'huile iodo-phosphorée ne peuvent en aucune façon remplacer l'huile de foie de morue, et que ces médicaments n'ont absolument aucune action. Quant à l'huile iodée, M. Gibert paraît l'avoir expérimentée; nous n'avons donc rien à opposer à son opinion, si ce n'est l'opinion contraire de MM. Marchal, Puche et Ricord, et aussi l'opinion de M. Gibert lui-même, qui a *signé* en 1851, *en qualité de commissaire,* un rapport où se trouve, entre autres, la phrase suivante : « Dans plusieurs cas d'impetigo chronique, l'huile iodée « blanche de M. Deschamps, *employée par M. Gibert,* « simultanément à l'extérieur et à l'intérieur, a amené la « résolution de l'*éruption plus rapidement que n'aurait pu* « *le faire l'huile de foie de morue*...., etc. » (*Bulletin de l'Acad.*, t. XVI, p. 1153.)

Nous admettons très-bien que depuis 1851 une expérience plus prolongée a pu faire revenir M. Gibert de son erreur, en ce qui concerne l'huile iodée; mais pour ce qui est de l'huile iodo-phosphorée, M. Gibert ne paraît pas l'avoir expérimentée; comment donc pourrait-il savoir si elle est ou non appelée à suppléer ou à remplacer l'huile de foie de morue? et comment l'Académie peut-elle faire une déclaration pareille sans autre élément de conviction qu'une assertion fondée sur un bon sentiment, mais sans aucune observation à l'appui? Évidemment ce n'est pas en agissant avec cette légèreté que l'Académie grandira en dignité et en considération. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 27 juin.

Une maladie dont les médecins européens n'ont encore qu'une connaissance bien imparfaite, le pian ou yaw, a été l'objet d'une communication qui paraît être fort intéressante, de la part d'un médecin militaire qui a une longue expérience des maladies de l'Algérie, où cette maladie paraît se montrer quelquefois, de la part de M. Guyon. Nous disons que cette note paraît être intéressante, car le peu de détails consignés dans le *Compte rendu* ne font qu'exposer succinctement des opinions dont les preuves se trouvent sans doute dans le mémoire, où il ne nous est plus permis d'aller les chercher, et où les rédacteurs des *Comptes rendus* n'ont pas toujours, nous sommes loin de dire le talent, mais le temps de les trouver, ou du moins d'en signaler la présence ou l'absence.

Le fécond M. Leroy (d'Étiolles) est venu augmenter d'une unité le nombre déjà si considérable de ses inventions instrumentales; une expérience ultérieure pourra seule dire si c'est pour le plus grand bien des malades.

Cette séance a été signalée par la proposition assez.... originale de M. Geltzer, qui ne paraît pas se faire une idée bien juste de la cause des fièvres des pays chauds, mais qui, en revanche, ne paraît pas avoir non plus, autant qu'on en peut juger d'après le *Compte rendu*, une connaissance bien exacte du mode d'action du paratonnerre.

G. DUMONT.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. PIORRY.

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu qui se trouvent actuellement dans les salles de la clinique de la Charité fournissent à M. Piorry l'occasion de dire comment il envisage cette affection et comment en particulier il en comprend le traitement.

Dans ce qu'on appelle généralement rhumatisme articulaire aigu, dit M. Piorry, il y a deux choses à considérer : 1° des symptômes inflammatoires locaux ayant leur siége dans les articulations; 2° des phénomènes généraux qu'on retrouve dans toutes les phlegmasies franches et qui sont ceux de la fièvre inflammatoire ou syncope simple. C'est pour réunir cette double idée de l'inflammation du sang, *hémite,* et de l'inflammation des jointures, *arthrite,* que M. Piorry a désigné dans sa nomenclature le rhumatisme articulaire aigu par le mot composé d'hémite-arthrite. Quant au nom de rhumatisme articulaire aigu, on sait qu'il a été formé comme il suit : *rhumatisme,* parce que ce mal est le plus ordinairement déterminé par le froid humide; *articulaire,* parce qu'il attaque spécialement les articulations; *aigu,* à cause de l'acuité des symptômes par lesquels il se manifeste. Mais, dans tout cela, il n'y a rien qui rappelle l'idée de l'élément inflammatoire. Et c'est qu'en effet cet élément n'a pas toujours été admis ici par tout le monde. Voici d'ailleurs les principales raisons qui ont été invoquées pour refuser à l'affection dont nous parlons une place parmi les maladies franchement phlegmasiques. Ces raisons, nous allons le voir, sont bien peu satisfaisantes. On s'est d'abord rejeté sur l'extrême mobilité du mal qui va, dit-on, se déplaçant d'une jointure à une autre. A cela nous pourrions répondre qu'il y a des cas au contraire où le rhumatisme articulaire aigu semble s'épuiser sur une seule ou sur plusieurs jointures bien déterminées. Mais même dans les rhumatismes articulaires aigus en apparence les plus mobiles, il n'est pas vrai de dire que le mal se déplace, car voici tout bonnement ce qui arrive : c'est qu'après avoir duré quelques jours dans toute son intensité, la phlegmasie de telle ou telle jointure arrive à se calmer, puis, comme l'état général du sang qui doit être pour beaucoup dans la production du mal, persiste encore, il détermine ailleurs une inflammation dont la violence au début fait oublier plus ou moins complétement celle qui s'en va. Lors même d'ailleurs que le rhumatisme articulaire aigu serait aussi mobile qu'on voudra, est-ce que le caractère de mobilité empêche le caractère inflammatoire? N'y a-t-il point, par exemple, un *érysipèle* dit *ambulant?* Et cependant, pour tout le monde, l'érysipèle est à coup sûr une phlegmasie. On n'a pas été plus heureux quand on a voulu retirer le rhumatisme articulaire aigu du cadre des maladies inflammatoires sous prétexte que, dans l'immense majorité des cas, il ne se termine point par suppuration. En effet, la pneumonite, la pleurite, etc., sont bien des maladies franchement phlegmasiques, et cepen-

dant tant s'en faut heureusement qu'elles marchent toujours vers la suppuration. En résumé donc, la couenne inflammatoire qu'on trouve dans le sang tiré de la veine, l'absence de raisons contradictoires valables, tout nous force à admettre que les affections articulaires dont il s'agit sont réellement phlegmasiques. Et voici quelle est la théorie de M. Piorry. Le sang contient un chiffre trop élevé de fibrine, comme dit ce professeur, il y a *hémite* (inflammation du sang), ou bien encore *plasthydrémie,* car pour lui il est prouvé que l'excès de fibrine se trouve maintenu en suspension dans le sérum; voilà qui entretient le mouvement fébrile : d'un autre côté se trouve une jointure qui a été modifiée par la marche, etc., d'une façon quelconque, une certaine quantité de la fibrine qui se trouve en excès dans le sang se dépose sous forme de fausse membrane à l'intérieur de la synoviale, et voilà celle-ci enflammée. D'autres fois, l'inflammation articulaire a lieu primitivement, il s'épanche alors du sérum dans la jointure, et pour peu qu'il y ait une prédisposition à l'hémite, pour peu qu'il y ait de *plasthydrémie* (fibrine en suspension dans le sérum du sang), cet état général se prononce encore davantage et l'on rentre encore dans le même cas que tout à l'heure. Remarquons d'ailleurs que c'est surtout la fatigue qui donne lieu à l'état local, tandis que c'est le plus souvent le refroidissement subit, le corps étant en sueur, qui amène l'état général. Telles sont les causes ordinaires de l'affection dont il s'agit. D'après cela, que fallait-il faire?

C'est à Baillou qu'on doit d'avoir le premier distingué le rhumatisme articulaire aigu de la goutte. Dès lors, vinrent les saignées et même des saignées réitérées dans des proportions considérables. Qu'avaient fait, s'écriait Pinel, les douze saignées pratiquées par Baillou à ce malade atteint de rhumatisme articulaire aigu et qui ne guérit qu'avec peine au bout de vingt-et-un jours, tandis qu'à une seconde attaque il survint une hémorrhagie abondante, et la guérison se fit très-promptement par les seules forces de la nature? On pourrait demander à Pinel si l'hémorrhagie dont il parle et qui eut un résultat si heureux, ne prouve pas plutôt en faveur des saignées qu'elle ne témoigne contre elles. Aussi d'autres, en même temps que Pinel et après lui, continuèrent-ils l'usage des saignées dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est ainsi qu'un certain Sarcôme, médecin de Naples, admettant une matière rhumatismale, saignait beaucoup et donnait quelques boissons pour évacuer cette matière rhumatismale qui n'est que la fibrine suspendue dans le sérum. Mais nul n'a été plus grand saigneur que Bosquillon, qui ne laissait ses malades qu'épuisés par les saignées, et cependant il a guéri par cette méthode un grand nombre de rhumatismes articulaires aigus. A côté des saignées, d'autres ont préconisé les bains de vapeur, les bains sulfureux, toutes sortes de choses qui font suer; d'autres, des médicaments drastiques, tels que l'émétique, le colchique; d'autres, le sulfate de quinine; d'autres, le nitrate de potasse à haute dose, etc. Et voilà enfin que la vératrine est à l'ordre du jour. Peut-être tout chacun a-t-il eu le tort de trop considérer le rhumatisme articulaire aigu comme une unité morbide, et peut-être y a-t-il des cas où tel traitement conviendrait et qui ne conviendrait pas à tel autre. Quoi qu'il en soit, voici à peu près ce qu'a été jusqu'à présent le traitement suivi par M. Piorry, traitement entièrement dû à la théorie vérifiée par les faits cliniques.

Il y a, avons-nous dit, *hémite* (inflammation du sang), et l'excès de fibrine se trouve en suspension dans le sérum. Que fallait-il faire pour remédier à cette fibrine non dissoute? M. Piorry a expérimenté un grand nombre de médicaments, depuis l'émétique et le sulfate de quinine jusqu'à la potasse, la chaux et l'ammoniaque elle-même, et jusqu'ici il n'a encore trouvé que l'*eau* qui fût capable de dissoudre la fibrine tenue en suspension dans le sérum. Il ordonne donc à ses malades une demi-verrée de tisane quelconque toutes les deux heures ou même plus souvent, et arrive ainsi à leur faire prendre jusqu'à sept à huit litres de boissons par jour. Malheureusement il est beaucoup de malades qu'on ne peut jamais décider à boire si abondamment. Espérons que l'art découvrira un jour quelque agent non délétère capable d'agir sur l'*hydroplastémie* dans le même sens que l'eau, mais à dose bien moindre.

En second lieu, M. Piorry trouvait, dans le rhumatisme articulaire aigu, des phénomènes inflammatoires; il avait par devers lui l'exemple de nombreux praticiens qui s'étaient loués des saignées répétées; il savait, par son mémoire récent alors sur les pertes de sang, qu'on peut tirer trois à quatre livres de sang en quelques jours sans grand inconvénient; il saigna donc et même il saigna beaucoup plus que tant d'autres n'osaient le faire, cela à une époque antérieure de six mois à ce qu'a fait M. Bouillaud. Dans quelques cas, dit M. Piorry, les malades se trouvent bien d'une saignée très-copieuse, d'une saignée de 500 à 700 grammes par exemple, ou même de 1 kilogramme, mais ce n'est pas en général dans le rhumatisme articulaire aigu; ici il vaut mieux saigner un peu moins à la fois et saigner plus souvent. En général, M. Piorry saigne tous les jours jusqu'à deux fois dans les vingt-quatre heures, tant que les symptômes phlegmasiques continuent; quand ils s'arrêtent il s'arrête, et s'ils reviennent il reprend encore la lancette. Bien entendu d'ailleurs que les saignées seront toujours proportionnées à leur influence sur la circulation.

Ce n'est pas tout. Une ou plusieurs articulations se trouvent prises. En d'autres termes, il y a *monoarthrite* ou *polyarthrite*. Que faire? Plusieurs choses se sont présentées à l'esprit de M. Piorry. Et d'abord, le repos des jointures malades. Il le faut bien, d'ailleurs, puisque le malade ne peut pas les remuer. En outre, on les maintiendra élevés à 10 ou 15 centimètres au-dessus du niveau du tronc, et cela en raison de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang, influence dont M. Piorry a parlé avant le travail si remarquable d'ailleurs de M. Bourdon Isidore sur ce sujet. Ce sont là les moyens on pourrait dire hygiéniques pour combattre l'inflammation locale des jointures, mais à ces moyens il faut quelquefois en ajouter d'autres. Nous arrivons, comme on voit, à la question des sangsues, des ventouses scarifiées, etc. Or, pour ce qui est des ventouses scarifiées, M. Piorry commence d'abord par déclarer qu'il les a en horreur, non pas tant à cause du mal qu'elles produisent qu'à cause des traces ineffaçables qu'elles laissent après elles, car il se demande jusqu'à quel point on a le droit d'imposer de pareilles cicatrices à la peau, surtout d'une jeune femme ou d'une jeune fille, quand les forçats eux-mêmes ont demandé et ont obtenu d'être délivrés de la peine du fer rouge sur l'épaule. M. Piorry n'admet donc les ventouses qu'à la dernière extrémité et à défaut des sangsues dont les marques sont infiniment moins disgracieuses. D'ailleurs, les sangsues elles-mêmes, M. Piorry, d'accord en cela avec les anciens, croit que le plus souvent elles peuvent être avantageusement remplacées par la saignée générale; il les restreint donc aux cas où le malade est trop affaibli et où l'on croit plus utile de tirer directement le sang des vaisseaux qui correspondent aux parties phlegmasiées. Enfin, souvent après que l'inflammation générale s'est calmée, l'inflammation locale persiste encore; on fera bien alors de combattre l'*hydrosynovite* (hydrarthrose aiguë) par des vésicatoires aidés de la position du membre et d'une compression méthodique. Quelquefois aussi, soit pendant l'inflammation générale, soit après, il y a des douleurs très-vives qui se propagent le long du membre et qui peuvent être en rapport avec de véritables névrites, c'est le cas d'employer les sangsues, les cataplasmes et autres moyens antiphlogistiques locaux. Il peut arriver que ces phénomènes prennent un caractère intermittent, alors M. Piorry ne manque pas d'employer le sulfate de quinine, et à bien plus forte raison si la rate était grosse.

M. Piorry a inscrit ce traitement dans le premier numéro du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* que fondait alors M. Trousseau, et voilà trente ans qu'il l'emploie avec le plus remarquable succès, car la guérison s'obtient ainsi en moyenne au bout de quatre à cinq jours. Voilà pourquoi M. Piorry ne s'est pas empressé d'adopter une foule de médicaments employés par d'autres à côté de lui, mais qui ne guérissaient qu'en dix ou douze jours, c'est-à-dire qui ne guérissaient peut-être pas du

tout, car supposez une huitaine de jours de maladie avant le traitement, et vous avez un total de près de trois semaines, c'est-à-dire autant qu'il en faut, comme dit M. Chomel, pour que le rhumatisme articulaire aigu guérisse de lui-même. Cependant, avouons-le, même avec le traitement de M. Piorry, il se trouve des cas malheureux, et c'est alors surtout qu'on serait bien aise d'avoir des médicaments qui pussent, au défaut des saignées, combattre avantageusement le mal. C'est de cette façon que la vératrine se trouve maintenant à l'ordre du jour. Voilà déjà quatre ans que M. Piedagnel a parlé pour la première fois de la vératrine, et dès lors il a cru voir qu'en la donnant à la dose de quelques milligrammes par jour, il guérissait ses malades plus promptement que par d'autres moyens; mais M. Piorry, auquel il parla de ces expériences, les répéta lui-même sans être très-satisfait. Les choses en étaient là quand dernièrement M. Trousseau est venu entretenir le monde médical de nouveaux succès obtenus par lui à l'aide de la vératrine. Si cela était, la théorie de M. Piorry s'en trouverait un peu contrariée; mais que lui importe! il sait bien qu'avant tout c'est avec les faits qu'il faut marcher. Comme ses premières expériences sur la vératrine n'ont pas été assez bien suivies peut-être, ni surtout assez nombreuses, il est donc décidé à les reprendre, afin de savoir décidément à quoi s'en tenir. Maintenant ces expériences thérapeutiques sont-elles des expériences pour le malade? La question, il faut l'avouer, est fort délicate. Pour sa part, M. Piorry n'aurait pas voulu être le premier à expérimenter un médicament empirique comme la vératrine. Mais quand des hommes aussi recommandables que MM. Piedagnel et Trousseau déclarent s'en être si bien trouvés, il n'y a plus le moindre scrupule à s'en servir après eux. GL.

Hôpital Cochin. — M. BEAU.

De la dyspepsie.

(*Suite. Voir le n° 74.*)

Les symptômes secondaires de la dyspepsie ne se trouvent plus limités, comme les symptômes primitifs, au tube digestif; ils ont leur siége partout.

De l'anémie. — Le symptôme secondaire qui nous frappe tout d'abord, c'est l'appauvrissement du sang ou l'*anémie*. Cet appauvrissement porte sur différents éléments du fluide sanguin. L'espèce la plus ordinaire est celle dans laquelle le sang est moins riche en globules et renferme une plus grande quantité d'éléments liquides : nous donnons à cet état du sang le nom d'*anémie globulaire* ou d'*hydrémie*. L'anémie globulaire produit de graves symptômes, dont la réunion constitue la chlorose. Effectivement, la diminution des globules est forcément suivie de la décoloration du sang et de la pâleur générale; elle amène les phénomènes suivants : la faiblesse, l'état de relâchement, de *laxum* de tous les muscles et en particulier du cœur. Le cœur étant plus lâche, subit une dilatation plus grande de ses cavités; l'ondée qui s'y forme devient par là plus considérable; il s'ensuit un bruit de souffle anormal qui existe au cœur et se propage dans les grosses artères. En même temps, la température est abaissée, les muscles sont inaptes à se contracter et leurs contractions sont douloureuses. A ces symptômes, s'ajoute un élément névralgique, sur lequel nous reviendrons plus tard. Ainsi, nous voyons l'anémie globulaire produire des résultats immenses, dont la cause est dans l'imperfection du produit digestif; c'est-à-dire dans la dyspepsie.

Pour les auteurs, il existe bien une relation entre le dérangement des fonctions digestives et l'altération du sang, la chlorose. Ceux-ci considèrent la dyspepsie comme un effet de l'altération du sang : ce fait, vrai dans quelques cas, est erroné dans l'immense majorité des circonstances; le plus souvent la dyspepsie est initiale, elle produit l'anémie globulaire, et cette dernière, à son tour, détermine un affaiblissement des fonctions, de la digestion, qui vient s'ajouter à la dyspepsie initiale. Quels sont les rapports de l'anémie globulaire avec les symptômes de la dyspepsie initiale? Ils sont très-variables. Dans certains cas nous avons des douleurs; dans d'autres des névralgies; dans d'autres des flatulences; nous avons en somme telle ou telle prédominance symptomatique qui accuse une imperfection de la digestion. N'espérez pas rencontrer réunis tous les symptômes de la dyspepsie : l'étude clinique vous apprend que jamais un individu n'offre à la fois tous les symptômes de la maladie que vous lui trouvez : ne croyez donc pas être plus heureux, quand vous irez à la recherche d'une dyspepsie, que lorsque vous aurez à poser un diagnostic de pneumonie ou de fièvre typhoïde. Enfin, dans des circonstances plus difficiles encore, les malades présentent des dyspepsies latentes. Tel est le cas de la malade dont voici l'histoire :

Une jeune fille entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans notre service, affectée de la chlorose la mieux caractérisée; elle vient de rendre des fragments de ténia; elle prétend que l'appétit n'est pas modifié, qu'elle n'a pas maigri : nous lui donnons du kousso; le ténia est complétement expulsé; immédiatement l'appétit augmente, la chlorose disparaît, et au bout de cinq jours, cette jeune fille est parfaitement guérie et de son ténia, et de sa chlorose qui ici était bien évidemment dépendante de la dyspepsie vermineuse latente. La malade ne tarde point à nous avouer que depuis longtemps elle mangeait moins.

L'anémie globulaire présente différentes variétés :

A. La chlorose. — La chlorose, anémie globulaire des jeunes filles, arrive à l'occasion des difficultés de la première menstruation; on en a fixé le siége dans l'utérus. Pour nous, nous pensons qu'à l'époque de la puberté il se fait souvent dans la matrice un travail qui réagit sur l'estomac. L'estomac étant ainsi influencé sympathiquement, ses fonctions se pervertissent, et nous n'hésitons pas à admettre que la dyspepsie qui se montre alors détermine la chlorose.

B. L'anémie globulaire de la grossesse et de l'état puerpéral — Pendant la gestation, durant l'état puerpéral, l'utérus est évidemment affecté; l'estomac, que des liens intimes unissent physiologiquement avec la matrice, est affecté sympathiquement; ses fonctions se dérangent; alors apparaissent ces symptômes si divers que nous rapportons à la dyspepsie, et qui ne tardent pas à engendrer la diminution des globules du sang.

C. Anémie en général. — Toutes les anémies, qu'elles soient causées par l'intoxication saturnine ou par les miasmes paludéens, ou bien qu'elles soient le fait de la grossesse, de la première menstruation, toutes les anémies, disons-nous, produisent les mêmes symptômes, déterminent la même pâleur générale chez les malades.

Une question importante doit se présenter en ce moment à votre esprit : Est-ce que toutes les anémies globulaires sont produites par la dyspepsie? Non; une émission de sang abondante produit directement l'anémie globulaire, c'est l'*anémie post-hémorrhagique*. Ajoutons, toutefois, que l'individu qui a eu des hémorrhagies abondantes et qui ne reprend pas son teint au bout d'un certain temps, est dyspeptique; si l'estomac avait bien fonctionné, la réparation se serait faite peu de temps après la perte de sang.

Anémie vraie. — Il y a une autre anémie que nous appellerons *anémie vraie* : c'est la diminution réelle et évidente de la masse du sang; elle a des différences notables avec l'anémie globulaire. L'anémie vraie existe immédiatement après une perte considérable de sang; le pouls est alors petit, quelquefois nul, tandis qu'il est plein dans l'anémie globulaire. L'anémie globulaire s'accompagne de bruits d'artères, lesquels n'existent pas dans l'anémie vraie. Toutefois, ces deux maladies sont souvent confondues ensemble. Pourquoi? Parce qu'il y a de la pâleur dans les deux cas. Comme la pâleur tient à la diminution des globules, elle doit exister dans l'anémie globulaire et dans l'anémie vraie. Il y a faiblesse dans les deux cas : faiblesse extrême dans les anémies post-hémorrhagiques, moindre dans l'anémie globulaire. La face est grippée, hippocratique dans l'anémie vraie; elle est bouffie dans l'anémie globulaire.

Une anémie vraie peut se transformer et se transforme souvent en anémie globulaire : nous allons vous exposer par quel mécanisme. Après l'hémorrhagie, il survient de la soif, il y a absorption du liquide qui répare le sang sous le rapport de la quantité, mais non sous celui de la qualité; le malade passe donc de l'état d'anémie vraie à l'état d'anémie globulaire; si maintenant il mange, et surtout s'il digère, les globules à leur tour se reformant, le sang reviendra à l'état normal. Habituellement, le passage de l'anémie vraie à l'anémie globulaire se fait rapidement; quand cela n'a pas lieu, le cas est très-grave, mortel dans un bref délai : *la nature a horreur de l'anémie vraie.* Quand la réparation ne peut pas se faire, le malade succombe à l'anémie vraie dans un espace de douze à vingt-quatre heures; c'est là un fait bien important et dont vous devez comprendre toute la portée, au point de vue des opérations chirurgicales.

La connaissance de l'anémie vraie fournit une indication de pratiquer la transfusion que nous formulerons ainsi : si un malade a perdu beaucoup de sang, s'il est trop faible pour réparer le sang perdu, s'il reste plusieurs heures avec le pouls filiforme et absence de bruits artériels, le devoir du chirurgien sera de chercher à le ranimer en lui faisant passer dans les veines le sang d'un autre homme.

Autres altérations du sang dérivant de la dyspepsie. — D'autres altérations du sang dérivent de la dyspepsie. Ce sont :

1° *Anémie fibrineuse.* L'anémie dans laquelle la fibrine du sang est diminuée ou moins coagulable. Cette anémie peut prendre le nom d'anémie fibrineuse (*scorbut, morbus maculosus*); elle vient s'ajouter à l'anémie

globulaire toutes les fois qu'elle naît sous l'influence de causes dyspeptiques; ainsi, par exemple, le scorbut est toujours précédé d'anémie globulaire, comme on peut le voir d'après la description des symptômes du scorbut donnée par les meilleurs auteurs.

2° *Anémie albumineuse.* Il y a une autre anémie caractérisée par la diminution de l'albumine du sérum du sang; nous l'appellerons anémie albumineuse; c'est cette altération du sang qui fait les hydropisies. L'anémie albumineuse n'est jamais primitive, elle est toujours précédée d'un état chlorotique; ainsi, vous voyez au n° 11 de la salle Sainte-Marie, une femme qui, à la suite de son accouchement et d'une dyspepsie qui a résisté à tous les moyens, a eu une anémie globulaire; aujourd'hui, la face est bouffie, les jambes sont œdématiées, les urines riches en albumine: cette malade a donc une anémie albumineuse consécutive à une anémie globulaire.

M. Mialhe pense que l'albumine que les malades rendent par les urines est *une albumine mal préparée,* un produit mal élaboré qui est expulsé de l'économie comme un véritable corps étranger; il pense en outre que cette albumine manque dans le sang, et que, par suite de l'absence de ce principe, le sérum du sang est disposé à s'extravaser. Ne pourrait-on pas admettre que cette *albumine a été mal préparée* par l'estomac chargé de fournir au sang les matériaux de l'albumine?

Amaigrissement, marasme. — C'est donc par le sang que se font les réparations incessantes dans l'économie: quand le sang ne se répare pas, il survient de l'amaigrissement, du marasme. Cette prédominance est assez fréquente: chez certains individus, il survient des vomissements et on saisit facilement le défaut de fonctions de l'estomac; au contraire, chez d'autres, l'appétit est bon, mais l'estomac ne digère pas; le malade ne profite pas des aliments qu'il prend, il maigrit, il tombe dans le marasme. Cette prédominance de dyspepsie s'observe souvent chez les enfants à la mamelle qui ne trouvent pas dans le lait de leur nourrice une alimentation convenable.

Le marasme peut être parfaitement caractérisé, tandis que, chez certains malades, l'amaigrissement ne porte que sur certaines parties, ou bien se montre sur un individu si fortement organisé, qu'il faut remonter aux commémoratifs pour constater de l'émaciation.

Il y a une altération des ongles qui survient dans tous les états de souffrance de l'économie: si le sang est appauvri, par suite de dyspepsie, les ongles s'amincissent notablement; la diminution d'épaisseur de l'ongle persiste autant que la dyspepsie: on voit l'ongle acquérir de nouveau son épaisseur primitive, quand les fonctions digestives sont rétablies; l'état de minceur de l'ongle forme un sillon qui donne des indications sur la maladie qui l'a produit.

Pour résumer ce qui a trait aux altérations du sang dépendantes de la dyspepsie, nous dirons que la plus commune de ces altérations est celle que nous avons appelée *anémie globulaire* ou *hydrémie;* quant aux anémies fibrineuses (*scorbut*) et albumineuses (*hydropisie*), elles ne surviennent guère que lorsque le sang présente déjà un état d'anémie globulaire.

Névropathies. — Les maladies nerveuses (*névropathies, anervies*) sont fréquentes quand il y a dérangement des fonctions digestives.

Paralysies. — L'état de faiblesse peut être regardé comme le premier symptôme de névropathie. Nous trouvons chez les dyspeptiques une faiblesse exagérée qui rentre dans les *paralysies.*

Paralysie musculaire. — Elle va dans certains cas jusqu'à la *paralysie musculaire* proprement dite, telle que la paraplégie la mieux caractérisée.

Analgésie. — A côté des paralysies musculaires, nous avons l'*analgésie,* ou paralysie du sentiment de la douleur: l'analgésie est un des symptômes les plus fréquents de la dyspepsie, et même de la dyspepsie la plus légère.

Anesthésie. — Nous avons aussi l'*anesthésie,* ou paralysie du sentiment du tact (cette maladie est plus rare que la précédente).

Paralysie des sens spéciaux. — Nous avons ensuite la *paralysie des sens spéciaux.* Ainsi, l'amaurose, sous forme d'amblyopie, est commune chez les dyspeptiques; l'amaurose des albuminuriques, dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, n'est, selon nous, qu'un phénomène d'altération du sang consécutive à une dyspepsie. Les paralysies du goût, de l'ouïe, des sens génitaux (anaphrodisie), se rencontrent souvent chez les dyspeptiques, qui révèlent ces névropathies en accusant un goût terreux, des hallucinations de l'ouïe ou de l'impuissance. — Au n° 25 de la salle Saint-Jean, vous pouvez voir en ce moment un homme frappé d'anaphrodisie: ce malade, qui était devenu dyspeptique à la suite d'un usage immodéré de cidre et d'un travail exagéré, vous offre un exemple frappant de l'influence de la dyspepsie sur la paralysie des sens spéciaux.

Névralgies. — La névralgie est un symptôme fréquent de la dyspepsie. Quand les nerfs ne sont pas dans leur état normal, il survient ou des névralgies ou des paralysies: la preuve que ces maladies sont intimement liées, c'est qu'on rencontre des névralgies à côté de l'analgésie. Il n'y a rien de plus commun qu'une semblable coïncidence. Les névralgies affectent les troncs nerveux: elles sont limitées à quelques nerfs en général; quelquefois, tous les nerfs d'un appareil, de l'appareil thoracique, par exemple, sont affectés. — Il peut y avoir des névralgies de tous les nerfs, des névralgies viscérales, des névralgies dont le siége est sur le trajet des nerfs du voile du palais (*dysphagie*), ou sur celui des nerfs du col vésical (*dysurie*). J.-J. Rousseau, qui était nosomane, était affligé de névralgie du col de la vessie, de dysurie; il se plaignait aussi de palpitations nerveuses, qu'il rapportait à un polype du cœur.

Névropallies. — Près des névralgies, il y a une foule de sensations bizarres accusées par le malade, et qui jouent un grand rôle dans la séméiologie nerveuse de la dyspepsie; ces sensations, désignées sous le nom d'*aura,* peuvent être des sensations de brûlures, de battements, de crampes, de frissonnements, de picotements, de vapeurs, etc.: on pourrait les appeler des névralgies indolentes, des *névropallies* (1): ce sont des sensations non douloureuses des nerfs.

Convulsions. — Les *convulsions* sont l'opposé des paralysies; toutes ne viennent évidemment pas de la dyspepsie, mais il y en a qui sont symptomatiques d'une altération des fonctions digestives; telles sont: les convulsions dues à la présence des vers, les convulsions des sectaires ou convulsionnaires qui se sont gravement altéré les fonctions digestives par le jeûne et l'abstinence.

Symptômes cérébraux. — Les *symptômes cérébraux* viennent souvent de la dyspepsie. Ainsi, les vertiges, le coma, la somnolence, la céphalalgie, l'affaiblissement de la mémoire, l'exaltation de l'imagination, se lient fréquemment à un dérangement des fonctions digestives. Les perversions de caractère avec prédominance de tristesse, de crainte, qu'on désigne sous le nom d'*hypochondrie,* et que nous appelons plus volontiers *nosomanie, nosophobie;* ces perversions de caractère, disons-nous, révèlent la dyspepsie dans une foule de circonstances. La mélancolie, le délire, l'aliénation mentale, ne sont quelquefois que des manifestations de la dyspepsie: voyez, par exemple, les pellagreux de la Lombardie, ils sont tous dyspeptiques, ils tombent souvent dans l'aliénation.

Ainsi, toutes les névralgies, toutes les manifestations nerveuses sont liées à l'appauvrissement du sang, qui résulte de la dyspepsie. La preuve en est facile à vous donner: dans toutes ces maladies, il y a des bruits d'artères, qui, dans la pathologie actuelle, signifient anémie, ou *appauvrissement du sang.* Dans tous les temps, on a dit que *le sang était le modérateur des nerfs;* ce principe, que l'on invoquait comme contre-indication à l'emploi des émissions de sang dans les affections nerveuses, veut dire que l'anémie consécutive aux déperditions sanguines fait apparaître des symptômes nerveux. Cela est parfaitement vrai. Mais il faut généraliser ce principe et l'étendre à toutes les espèces d'anémie, aux anémies dyspeptiques comme aux anémies post-hémorrhagiques.

Il y a des névropathies qui viennent directement d'une cause qui a agi sur les nerfs, de même que nous voyons des anémies survenir instantanément à la suite d'une cause qui a agi sur le sang; les causes morales intenses, par exemple, ne produisent-elles pas du délire, des convulsions, à l'instant même où elles sont ressenties? Ces névropathies, qui apparaissent de la sorte chez certains individus prédisposés, sont indépendantes de la dyspepsie. Mais si la névropathie, une fois déclarée, persiste, il survient une dyspepsie consécutive qui réagit alors comme cause seconde sur les symptômes nerveux, qu'elle exaspère au moyen de l'anémie qui en résulte.

THIBIERGE, *interne de service.*

CLINIQUE CIVILE.

Anus contre nature. — Guérison. — Influence de la position,

Par M. le docteur A. THIERRY.

Madame F.... portait depuis 13 ans, du côté droit, une hernie crurale. Il y a un an, elle fut prise de symptômes d'étranglement. Il se forma une tumeur fluctuante qui s'ouvrit spontanément au bout de sept ou huit jours d'étranglement, laissant passer les matières stercorales. Madame F.... habitait la campagne; elle ne consulta pas de médecin.

A la fin du mois d'avril elle se présenta chez moi. Elle avait une teinte jaunâtre; elle était tombée dans un état de dépérissement complet; et au fur et à mesure qu'elle prenait quelque nourriture, les matières s'échappaient par l'ouverture anormale, située du côté droit, un peu au-dessus de la région crurale. Le pourtour de cette ouverture était rouge et tapissé de fongosités.

(1) Ce mot, proposé par M. Piorry, veut dire *oscillations de nerfs.*

Il était facile d'y reconnaître un anus contre nature. Avant de recourir à une opération, je reconnus les deux bouts de l'intestin, et l'obstacle intermédiaire désigné sous le nom d'éperon. Cet obstacle se réduisait à deux portions de membrane muqueuse très-minces, dont l'une semblait glisser légèrement sur l'autre. Car il était facile, en introduisant le petit doigt par le bout supérieur, de déprimer la cloison.

La malade était restée au lit pendant quelques jours seulement, puis elle avait toujours continué à marcher. Je lui conseillai de rester couchée sur le dos dans une position complétement horizontale, sans que la tête fût plus élevée que le reste du corps. Madame F.... n'ayant pas plus de 40 ans, je ne voulais pas en venir immédiatement à une méthode opératoire pour rétablir le cours des matières stercorales. Je la fis donc coucher sur le dos, et je la traitai par la méthode de Ravin. Je sais bien qu'Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, Arnaud et Sanson ont obtenu des cas de cure radicale de la hernie par la position horizontale. Toutefois, je n'avais pas l'espérance certaine que le décubitus dorsal pût amener une guérison complète. Mais au moins me permettait-il d'observer plus aisément la malade, et peut-être de modifier son état : et puis la parfaite innocuité de la méthode était bien démontrée, et je ne craignais pas d'accidents fâcheux.

Madame F.... resta donc pendant un mois couchée sur le dos, ne descendant pas de son lit, et servie par ses sœurs avec le plus grand soin. La nourriture fut graduellement diminuée, et dans les quinze derniers jours, la malade ne prenait que du bouillon et de l'eau rougie. Graduellement aussi le cours des matières se rétablit dans le bout inférieur, commençant à diminuer par le bout supérieur. Aucune compression ne fut établie sur l'ouverture de l'anus contre-nature. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent furent faites sur les parties fongueuses qui l'entouraient. Au bout de trente-cinq jours, l'anus contre-nature était arrivé à l'état de fistule stercorale. Très-peu de matières sortaient. Je permis un peu plus de nourriture : puis, dans l'espoir d'aider la nature, je formai une sorte d'infundibulum avec la peau adjacente. Je saisis deux plis de la peau la plus voisine de la fistule stercorale et je les traversai par une suture enchevillée. Pendant huit jours je laissai mes deux points de suture qui, sans détruire la peau, ne faisaient que la rapprocher et donnaient à cette portion qui environnait la fistule stercorale la forme d'un godet où quelques matières venaient séjourner. Graduellement et en très-peu de temps, la quantité de matières diminuait; je coupai les deux fils qui retenaient les plis de la peau. Celle-ci resta pendant quelques jours en contact, puis se rétracta bientôt. Au fur et à mesure que la peau se rétractait, la quantité des matières qui sortaient auparavant par l'ouverture anormale diminuait sensiblement: dans les derniers jours même, le cours de ces matières avait entièrement cessé.

Le 24 juin, j'appliquai un bandage sur la petite fistule qui ne laissait plus sortir, dans la journée, que quelques gouttes d'un liquide roussâtre. Je conseillai à la malade de manger à son appétit, et de retourner au milieu de sa famille. Cette femme porte maintenant un bandage pour les hernies crurales. Elle est observée encore quelquefois par moi à Paris, et il ne sort plus rien par l'ancienne ouverture, qui est complétement cicatrisée.

Je cite cette observation sans y ajouter de réflexion ni d'explication. Ce qui m'a porté à avoir recours à l'emploi de la position, c'est l'étude que j'avais faite en 1841, dans le concours pour la chaire de médecine opératoire, de diverses méthodes d'opération pour la cure radicale des hernies. J'avais été frappé du procédé de la position préconisé quelques années auparavant par M. Ravin, qui, à l'appui de son opinion, a cité des observations importantes. Maintenant, peut-on être autorisé à employer la position dans tous les cas d'anus contre-nature? Et la suture enchevillée, dont j'ai fait usage, a-t-elle eu quelque influence sur la guérison de la maladie dont je viens de tracer l'histoire? Il est évident que ces questions ne peuvent pas se résoudre par l'observation d'un simple fait. Mais un fait ne doit pas non plus être dédaigné, et peut avoir son importance. J'ai cru de mon devoir de publier cette observation. Je puis, du reste, donner tous les renseignements nécessaires sur le sujet, car il habite la campagne dans un rayon peu éloigné de Paris, et il peut être facilement interrogé et observé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports sur les établissements d'eaux minérales dont les noms suivent :

De Bagnols et la Chaldette (Lozère), par MM. Chevalier et Roussel;
Balaruc, par M. Lebret;
Lamotte (Isère), par M. Buisson;
Chatenais (Bas-Rhin), par M. Mistler;
La Malou, par M. Privat;
Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. Tailhade;
Biaritz, par M. Affre;
Cambo, par M. Pelissalde;
Eaux-Chaudes, par M. Izarié.

2° Traitement du croup par le vinaigre associé à la graine de lin et par les inspirations de vapeur vinaigrée.

3° Remède contre l'hydrophobie.

4° Remède contre les douleurs rhumatismales.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Corps étranger dans l'œil.

M. Szokalski adresse une observation d'extraction d'un fragment de bois de 2 pouces et demi introduit dans l'œil.

Variole et vaccine.

M. Fumey adresse une note sur la variole et la vaccine, à propos de plusieurs épidémies qui ont régné dans quelques communes du canton de Cuiseaux (Saône-et-Loire).

Plusieurs états de vaccination.

Fièvre jaune.

M. Dutrouleau, de la Martinique, adresse un long mémoire sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné dans cette colonie en 1852. (Comm. MM. Louis, Londe, Gérardin.)

Rectification.

M. Ferrus adresse une lettre dans laquelle il déclare que c'est d'après des renseignements qui lui avaient été donnés par M. Krüse qu'il avait dit à l'Académie que M. Sœgert était seulement directeur de l'Institution des sourds-muets de Berlin, et sous-inspecteur général des établissements de sourds-muets de la Prusse.

LECTURES.

Botanique médicale.

M. Chatin, candidat à la place vacante dans la section de botanique médicale, lit un travail ayant pour titre : *Organisation et affinités respectivos des limnanthocées et des tropéolées (capucines). — Analogies médicales et différences botaniques entre les limnanthocées, les tropéolées et les crucifères.*

De ses recherches, qu'il expose dans un mémoire considérable, accompagné de planches représentant le type symétrique des limnanthocées, des coriariées, des tropéolées, des crucifères, des géraniacées et des malpighiacées, plus quelques faits d'anatomie propres à élucider les thèses nouvelles qu'il soutient, touchant les affinités ou les divergences de ces groupes naturels, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Conclusions. — I. — *a.* L'organisation des limnanthacées les éloigne des séraniacées et des tropéolées, avec lesquelles les botanistes les ont jusqu'à ce jour réunies; elle les rapproche au contraire des coriacées, près desquelles elles doivent former une famille distincte.

b. L'organisation des tropéolées les éloigne des séraniacées et des limnanthacées, avec lesquelles on les a généralement confondues; cette organisation les rapproche surtout des malpighiacées et des sapindacées, près desquelles elles doivent constituer une famille distincte.

II. — *a.* La loi développée par de Candolle, sur les rapports qui existeraient entre les analogies médicales et les analogies botaniques, offre deux séries générales d'exceptions, savoir : 1° dans des groupes très-naturels, tels que les ombellifères, les renonculacées-helléborées, les légumineuses-papillonacées, etc. : des espèces ont des propriétés contraires à celles du

type ; 2° on trouve des propriétés analogues, ou des principes semblables, chez des plantes appartenant à des familles très-éloignées les unes des autres dans la série végétale. C'est ainsi que la *caféine* existe dans les rubiacées et les camelliacées ; la *saponine* dans les caryophyllées, les sapindacées, les hypocastanées, les smilacées, etc.; la *coumarine* chez les légumineuses, les malvacées, les sapindacées, etc.

b. Les limnanthocées se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, par leur essence azotée-sulfurée et par leur propriété antiscorbutique ; elles s'en éloignent beaucoup au contraire par leur organisation.

Le *limnanthée douglasii R. Br.* est le succédané du cresson qu'il est appelé à remplacer, en une certaine mesure, par la facilité avec laquelle on peut le cultiver dans les lieux non inondés, dans les jardins notamment où sa plante a été introduite depuis quelques années pour la beauté de ses fleurs (celles-ci sont beaucoup plus âcres que les feuilles).

c. Les tropéolées (capucines) se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, par leur huile volatile azotée-sulfurée et par leurs qualités antiscorbutiques ; leur organisation les en éloigne cependant beaucoup.

d. Les limnantohcées et les tropéolées offrent entre elles les analogies médicales les plus grandes, en même temps que les différences botaniques les plus tranchées.

DISCUSSION SUR LA COMPOSITION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE ET SUR L'HUILE IODO-PHOSPHORÉE.

M. Gaulthier de Claubry. — Le rapport qui nous a été lu sans être porté à l'ordre du jour, et que l'Académie a sans doute déjà oublié, adopte entièrement ce fait capital du mémoire de M. Berthet, qu'il y a dans l'huile de foie de morue du phosphore libre, ou qui du moins, ne s'y trouve pas à l'état de phosphate de chaux. Or, ce fait n'est pas exact. — M. Gaulthier entre ici dans des détails d'analyse pour démontrer que tout le phosphore contenu dans l'huile de foie de morue est bien à l'état de phosphate.

M. Soubeyran. La preuve qu'il y a du phosphore qui ne se trouve pas à l'état de phosphate de chaux, c'est qu'en faisant distiller avec tous les soins possibles l'huile de foie de morue, le phosphore passe dans les produits de la dilatation.

M. G. de Claubry. C'est précisément ce que je nie ; j'ai répété l'expérience et je n'ai nullement constaté la présence du phosphore dans les produits de la dilatation.

M. Soubeyran. J'ai aussi répété l'expérience de M. Berthet et je maintiens qu'elle est exacte. Au reste, ce n'est point là le fait fondamental du mémoire de M. Berthet ; le fait fondamental, c'est d'avoir appris à brûler en dix ou douze heures une quantité suffisante d'huile de foie de morue pour en faire l'analyse (un kilogramme environ) lorsqu'il fallait autrefois dix à douze jours pour obtenir ce résultat. Le procédé de M. Berthet consiste à distiller l'huile en la jetant par petites parties dans une cornue chauffée, contenant de l'acide nitrique additionné d'une petite quantité d'acide sulfurique.

M. Guibourt. L'abus flagrant qu'on fait du nom de l'Académie à propos de l'huile iodée de Personne, m'engage à m'élever de toutes mes forces contre l'approbation qu'on semble donner dans le rapport à l'incorporation du phosphore dans une nouvelle huile ; je m'oppose d'autant plus à cette approbation, que si l'iode est un médicament innocent, il n'en est pas de même du phosphore et que des accidents pourraient bien se manifester à la suite de l'administration d'une huile phosphorée.

M. Bouvier. Je dois dire comme renseignement que j'ai eu l'occasion d'administrer à l'hôpital des enfants, dans le service des scrofuleux, l'huile phosphorée et que je n'ai pas observé qu'elle eût le moindre inconvénient.

M. Bouchardat. Je ferai observer à M. Guibourt que je ne propose nullement à l'Académie d'approuver l'huile de M. Berthet, mais seulement d'adresser des remerciements à cet observateur ; je ne crois pas qu'on puisse moins faire pour un homme qui nous fait, en définitive, connaître un fait important, la présence du phosphore dans l'huile de foie de morue.

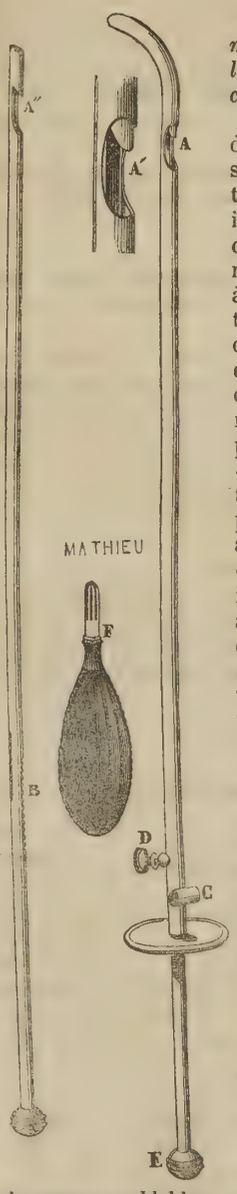
M. Guibourt. — Vous n'approuvez pas l'huile phosphorée dans les conclusions ; mais dans le rapport, vous laissez entrevoir que l'huile phosphorée pourrait bien remplacer plus tard l'huile de foie de morue.

M. Gibert. — J'appuie d'autant plus l'opinion de M. Guibourt, que l'huile iodée de Personne, comme l'huile phosphorée, sont des médicaments de nulle valeur, et que j'ai expérimenté l'huile iodée en particulier sans en obtenir aucun effet. Je propose donc de dire formellement dans la conclusion que ni l'une ni l'autre de ces huiles ne peuvent remplacer celle de foie de morue.

Cette proposition est adoptée à une grande majorité et la séance est levée à 4 heures 20 minutes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin. — Présidence de M. COMBES.



M. Leroy (d'Étiolles) lit un mémoire *sur les maladies de la prostate, et en particulier sur l'excision des bourrelets du col de la vessie qui causent les rétentions d'urine.*

Après avoir rappelé succinctement l'histoire des notions relatives aux altérations de la prostate, ce chirurgien fait observer qu'il y a trente ans, le traitement des rétentions d'urine indépendantes des rétrécissements de l'urètre, considérées à tort comme le résultat d'une paralysie de la vessie, se bornait à la sonde laissée à demeure ; il ajoute que tous les moyens de traitement usités aujourd'hui, c'est-à-dire la dépression, l'incision, l'excision des bourrelets et tumeurs, la ligature de celles qui sont pédiculées, ont été introduits par lui dans la chirurgie, et consignés dans sept mémoires lus ou présentés à l'Académie des sciences depuis 1829 jusqu'a ce jour. La présente communication de M. Leroy d'Étiolles se rapporte à un perfectionnement du procédé de l'excision qu'il a présenté à l'Académie dans sa séance du 10 avril 1837. L'instrument au moyen duquel il pratique cette opération, est une sonde aplatie latéralement ; sur l'un de ses bords il existe une encoche profonde dans laquelle s'engagent le bourrelet, la valvule ou la tumeur : une gouge en forme de bec de plume allant et venant dans le tube enlève toute la portion du tissu qui est en saillie dans l'encoche et creuse ainsi une tranchée dans le bourrelet qui forme une sorte de chaussée à la partie inférieure du col de la vessie produisant la rétention d'urine (*voy.* la figure). M. Leroy d'Étiolles dit avoir obtenu par ce moyen des guérisons dont la narration est jointe au mémoire.

L'examen de ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Magendie, Velpeau et Lallemand.

Pian, maladie des régions tropicales.

M. Guyon présente, sur la maladie désignée sous le nom de pian, une note dont les secrétaires de l'Académie donnent le résumé suivant :

Le pian ou yaw est, comme on le sait, une maladie éruptive, qui consiste en des pustules assez semblables, pour la forme et pour la couleur, au fruit du framboisier, et de là le nom de *frambœsia*, sous lequel elle a été décrite par nos nosologistes.

L'état encore peu avancé de nos connaissances sur cette maladie tient à ce que, aux Antilles, les médecins ont rarement occasion de la voir, son traitement y étant abandonné à des nègres connus sous le nom de *panseurs de pian*, comme ceux chargés du traitement de la morsure des reptiles le sont sous celui de *panseurs de serpents*. Le traitement employé par tous les *panseurs de pian* n'est pas le même. Cependant la plupart administrent un *decoctum* de salsepareille et de sulfure d'antimoine. Quelques médecins, appelés à traiter le pian, lui ont opposé, et, à ce qu'ils croient, avec avantage, des mercuriaux joints à des tisanes de gaïac et de salsepareille. Du reste, quel que soit le traitement employé, sa durée est ordinairement de quatre à cinq mois.

Le pian ou yaw passe, aux Antilles, pour être contagieux et transmissible par la génération. Sa transmissibilité par inoculation semble démontrée par deux faits que l'auteur rapporte à la suite de sa note.

Les premiers navigateurs qui abordèrent dans les régions tropicales de l'Amérique y trouvèrent le pian, tant parmi les Indiens continentaux que parmi les insulaires ; plus tard, il y fut également observé sur les nègres provenant des contrées tropicales de l'Afrique par voie de la traite. Cette même voie le portait de temps à autre en Algérie, avant l'occupation française de ce pays, où nous avons eu occasion, dit l'auteur, d'en voir des traces sur des nègres de Tombouctou et du Bournou. Nous en avons même rencontré des cas dans ce même pays, et sur des nègres

qui y étaient nés, et sur des indigènes, Maures, Kabyles et Arabes, qui n'en étaient jamais sortis.

En Algérie, les *tebib* ou médecins indigènes considèrent le pian comme une sorte de syphilis, et ils le traitent comme telle. La base de ce traitement consiste principalement dans une diète de quarante jours, diète sous l'influence de laquelle le mal disparaît ; mais il ne tarde pas à se remontrer dès que le sujet reprend de l'alimentation. D'où nous devons conclure que l'apparente guérison du pian ou yaw, produite par la diète dont nous parlons, n'est qu'un phénomène qui se rattache au retrait de toutes les parties molles, à l'amaigrissement général, en un mot, qu'on observe en même temps chez l'individu.

A cette note, sont joints trois dessins coloriés, représentant la figure entière, le tronc et la tête d'un nègre du Soudan, affecté du pian.

Médication iodée.

M. Crusell, de Saint-Pétersbourg, adresse une note sur l'*emploi simultané de l'iodure potassique intérieurement, et de la solution d'iode extérieurement.*

L'auteur fait remarquer que chacun de ces deux médicaments a été employé isolément de la manière indiquée, mais qu'il croit être le premier à les avoir employés simultanément; il ajoute que l'expérience a pleinement confirmé les espérances qu'il avait conçues de ce mode de traitement, et entre dans quelques détails destinés à guider les médecins praticiens qui voudraient répéter ces essais, détails que le *Compte rendu de l'Académie*, auquel nous sommes obligé maintenant de recourir, se garde bien de donner.

Fièvres des pays chauds.

M. H. Geltzer adresse une note sur les causes auxquelles il faut, suivant lui, attribuer les *fièvres des climats tropicaux,* et sur un moyen qu'il a imaginé de modifier dans les cantons fiévreux l'état de l'air ; ce moyen consiste à lancer dans l'air des ballons armés de pointes destinées à soutirer l'électricité atmosphérique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Obsèques de M. le docteur Pravaz.

Discours prononcé par M. le baron de Polinière, *président de l'Association médicale de prévoyance du Rhône.*

La *Gazette médicale* de Lyon, nous rapporte le discours suivant, qu'un homme, jouissant à Lyon de la plus haute et de la plus juste estime, M. de Polinière, a prononcé sur la tombe de notre regrettable confrère, M. Pravaz.

La dépouille mortelle que nous entourons de nos pieux hommages et de notre profonde douleur, est celle d'un homme de bien, d'un savant, d'un confrère chéri de nous tous.

Élève brillant de l'École polytechnique, M. Pravaz était appelé à servir son pays dans une de ces armes spéciales, où son oncle devait lui servir de guide; son oncle, messieurs, l'illustre Dode de la Brunerie, le seul maréchal de France, qui, depuis Vauban, soit sorti de l'arme du génie.

Mais, cédant à son goût prononcé pour la science médicale, M. Pravaz s'y livra tout entier, et ne tarda pas à se montrer digne de porter le titre de docteur en médecine, auquel il attachait tant de prix.

Parlerons-nous, sur le bord de cette tombe, des travaux, des découvertes, des applications ingénieuses qui feront vivre à jamais le nom de celui que la mort vient de nous ravir?

Rappellerons-nous que les premières guérisons de luxation congénitale du fémur sont dues au génie inventif et à la sagacité persévérante de M. Pravaz?

Dirons-nous qu'il avait indiqué et démontré le moyen de guérir les anévrismes, par la coagulation du sang?

Signalerons-nous les nombreux perfectionnements que sa haute raison et son esprit essentiellement physiologique ont introduits dans l'emploi des bains d'air comprimé et dans les diverses méthodes de l'orthopédie qu'il a véritablement régénérée?

Un tel examen ne saurait trouver place en ce moment et en ce lieu.

Les titres scientifiques et les belles publications de M. Pravaz sont d'une si grande importance et d'une valeur si précieuse, qu'ils demandent le calme de la réflexion et des développements que notre émotion nous interdit.

Honoré de ses concitoyens par l'élévation de ses sentiments, par son austère probité, par la supériorité de ses talents, le docteur Pravaz était une des lumières de nos réunions scientifiques, où sa parole consciencieuse exerçait un rare ascendant.

Membre de presque toutes les sociétés savantes nationales et étrangères, correspondant de l'Académie impériale de Médecine, il a occupé, avec une distinction marquée, le fauteuil de la présidence de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de la Société d'agriculture de Lyon.

Sa vie laborieuse et ses habitudes nous donnaient la preuve que la culture des sciences exactes et physiques, que l'étude des sciences naturelles et la pratique de la médecine s'allient, dans les âmes bien nées, aux vertus chrétiennes et à la foi religieuse la plus sincère. On recherchait l'estime d'un homme doué de ce noble caractère, on était heureux de l'obtenir. Qui de nous n'a pas été à même d'apprécier la prudence et les bons conseils de ce confrère si dévoué à ses amis et si fidèle aux lois de l'amitié?

Encore dans la force de l'âge, M. Pravaz, au milieu de sa nombreuse et intéressante famille dont était adoré, recueillait les fruits de ses labeurs et enrichissait, chaque jour, l'art de guérir par de nouveaux services.

Une cruelle maladie devait, hélas! briser cette existence si utile à l'humanité. Notre confrère bien-aimé a rendu à Dieu son âme pure, et laisse dans nos cœurs le souvenir impérissable de ses vertus!

Adieu! excellent confrère! Adieu!

Obsèques de M. Montain, professeur à l'École de Lyon.

— La *Gazette médicale* nous apporte également un discours bien pensé et bien dit prononcé par M. Diday sur la tombe de son collègue, M. Montain, médecin non moins distingué que modeste, et que Lyon vient de perdre en même temps que M. Pravaz.

— Plusieurs membres de l'Académie ont annoncé hier la mort d'un de leurs collègues que ses anciennes infirmités tenaient depuis si longtemps éloigné de l'Académie, que bien peu d'habitués actuels ont pu l'y voir une fois. Ce collègue est M. Abraham qui par son nom comme par son âge était le véritable patriarche de l'Académie, toutefois après le vénérable M. Duval.

— Deux académiciens distingués de Turin, MM. Bonacossa et Demarchi, viennent de recevoir de S. M. le roi Victor-Emmanuel, la croix de Saint-Maurice ; le premier, pour les soins dévoués et intelligents qu'il a prodigués pendant longues années aux pauvres en qualité de médecin en chef d'hôpital ; le second, pour la rédaction de la nouvelle *Pharmacopée et tarif pharmaceutique,* qu'il vient de publier.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 82. 1re année. Samedi 9 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance annuelle du 6 juillet de la Société de chirurgie. — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.** Pourriture d'hôpital. Des tumeurs érectiles, par le Dr A. Deville. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôtel-Dieu de Lyon. M. Devay. Cas d'étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle, par M. F. Coutagne. — Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Extraction d'une balle enchatonnée depuis 5 ans dans l'os maxillaire supérieur, par le Dr Alexis Favrot. — **CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE** : Note sur la fraxinine, par M. Mandet. — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 8 juillet 1853.

Séance annuelle du 6 juillet de la Société de chirurgie.

La Société a suspendu avant-hier la discussion sur le chloroforme et le cours de ses travaux pour célébrer le dixième anniversaire de sa naissance ; cette solennité s'est passée de la manière la plus simple et sans autre pompe que celle d'une séance ordinaire, sans autre décoration que le tableau déroulé par M. Marjolin, des nombreux et importants travaux accomplis par la Société pendant les dix années qui viennent de s'écouler.

L'histoire des sociétés scientifiques, comme celle des sociétés politiques, est une image assez fidèle de l'histoire de l'homme considéré individuellement.

Celui-ci, né avec une constitution molle et frêle, mène pendant quelque temps une existence chancelante, et meurt avant d'avoir vécu ; celui-là, d'une organisation ardente, surprend le monde par son infatigable activité et son précoce génie, et disparaît tout à coup comme emporté dans le tourbillon de sa gloire ; un troisième, doué d'un tempérament calme, mais robuste, traverse d'un pas ferme toutes les phases d'une vie prolongée, et par un labeur de chaque jour, avec cette longue patience qui est aussi du génie, il élève à sa propre gloire et à l'histoire de l'humanité un monument que le temps n'effacera pas.

La Société de chirurgie a jeté les bases d'un semblable monument, et quoique âgée de 10 ans à peine, elle offre déjà les attributs de la plus belle virilité. Il n'est qu'un bien petit nombre de sociétés savantes qui, après une période de dix années, aient pu exposer aux regards du public une série de travaux aussi nombreux et aussi importants que ceux dont M. Marjolin a fait l'énumération. La lecture de ce compte rendu n'a pas duré moins d'une heure, quoique l'ancien secrétaire ait su avec beaucoup d'art éviter également les longueurs, la sécheresse et la monotonie, écueils habituels de ces sortes de discours. Cette lecture a occupé à peu près toute la séance, qui a été ouverte par un discours du président sortant, dans lequel se sont trahies les meilleures intentions, et qui a été close par l'allocution suivante du président nouveau, M. le professeur Denonvilliers :

Veuillez me pardonner, chers collègues, si j'arrête un instant encore le cours de vos travaux pour vous parler de moi ; mais il est impossible que je prenne possession des honorables fonctions que vous venez de me confier, sans vous avoir exprimé d'abord les sentiments de reconnaissance dont je me sens pénétré, et sans avoir remercié la Société de la distinction qu'elle m'accorde en m'appelant à l'honneur de la présider.

J'aurais voulu, dans une séance de la nature de celle-ci, et au moment de l'inauguration d'une année nouvelle, puiser dans l'histoire même de la Société le sujet de mes premières paroles. Il n'eût pas été sans intérêt, et cette mission eût paru facile à l'un des fondateurs de la Société de chirurgie de Paris, il n'eût pas, dis-je, été sans intérêt de suivre cette Société dans son développement progressif ; de faire voir comment, par quelle suite de travaux et d'efforts, par quelle modération de conduite, par quelle infatigable et tranquille persévérance, elle a pu, au milieu de difficultés inattendues, de rivalités singulières, de défiances imméritées, d'oppositions et d'obstacles étranges, s'élever, seule et sans appuis extérieurs, de ses modestes débuts à l'état de prospérité où nous la voyons aujourd'hui ; conquérir l'estime, le suffrage et le concours des hommes les plus éminents ; marquer sa place parmi les sociétés les plus utiles ; exercer enfin sur les progrès de notre belle science, sur la pratique de notre art, et sur l'exercice même de notre profession, une incontestable et salutaire influence. Mais, après le compte rendu si lucide, si substantiel, si consciencieux de notre ancien secrétaire, que me resterait-il à dire ? Les faits ont une éloquence que nul langage ne saurait égaler. Dans le simple récit de ce que la Société a su faire déjà se trouvent l'indice et la garantie de ce qu'elle saura faire dans l'avenir. Qu'elle poursuive donc, sans inquiétude et sans préoccupation, la route qu'elle s'est si heureusement ouverte. L'année qui commence s'annonce pour nous sous de favorables auspices : à la discussion et au jugement de la Société se trouve soumise déjà une question dont la solution intéresse à la fois la science et l'humanité.

Trop heureux, messieurs, celui qui posséderait toutes les qualités nécessaires pour conduire d'une manière digne de la Société ses importants débats ; mais du moins essaierai-je de justifier votre confiance, et de suppléer à ce qui me manque de talent par un zèle ardent et soutenu pour tout ce qui touche aux intérêts, à la dignité, à la gloire de la Société. J'aurai d'ailleurs, pour me guider et me soutenir dans la tâche que je vais commencer, j'aurai le souvenir et l'exemple de mes prédécesseurs, les habitudes de courtoisie et de bienveillance mutuelle que vous avez su établir parmi vous, et surtout cette affectueuse sympathie dont vous avez toujours entouré vos présidents et qui ne manquera pas, j'espère, à celui que vous vous êtes choisi pour l'année 1853.

La Société a accueilli ces paroles par des applaudissements trop bien mérités pour que nous ne demandions pas à M. Denonvilliers la permission de nous y associer. L'habile professeur d'anatomie a précisément toutes les qualités nécessaires pour bien diriger les débats d'une assemblée, et nous ne doutons pas que, sous sa présidence, la Société de chirurgie ne continue à marcher dans la belle voie qu'elle s'est ouverte. Si notre trop faible concours pouvait avoir une influence quelconque sur la prospérité de la Société, nous dirions que notre concours lui est acquis ; mais à défaut de concours utile, qu'il nous soit permis du moins de rappeler à la Société que toute notre sympathie est acquise aux travaux qui, comme les siens, sont inspirés par l'amour de la science et du véritable progrès.

H. DE CASTELNAU.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

HÔPITAL SAINT-BARTHÉLÉMY.

Pourriture d'hôpital. — Des tumeurs érectiles.

L'hôpital Saint-Barthélémy est à Londres, pour la position, pour la grandeur et l'importance, sous bien des rapports enfin, ce que l'Hôtel-Dieu est à Paris. Je pourrais donner en ce moment sur cet hôpital quelques renseignements qui pourraient intéresser les lecteurs français ; mais j'aime mieux attendre encore quelque temps, jusqu'à ce que j'aie recueilli tous les matériaux dont j'ai besoin pour arriver à faire un exposé succinct, mais vrai. Ici, comme en tout, je tiens beaucoup à vérifier le plus possible les choses par moi-même, de manière à ne pas m'exposer ou à m'exposer le moins que je pourrai à commettre quelque erreur qui, en tout cas, sera toujours bien involontaire. Que les lecteurs de ce journal aient un peu de patience, et peu à peu, avec le temps que nous avons devant nous, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, et que je le répète, j'espère arriver à leur donner une idée assez complète de la pratique chirurgicale et médicale anglaise, outre que de temps en temps j'exposerai les découvertes, les perfectionnements utiles que j'aurai vérifiés par moi-même *de visu*. Je marche et je marcherai lentement, c'est vrai, mais sûrement et à bon escient. Après les détails viendront les grandes questions, et au bout du compte, nous finirons probablement par avoir une bonne idée et des hommes et des choses. Je renvoie donc ailleurs ce que j'aurai à dire sur l'hôpital Saint-Barthélémy. Un établissement aussi célèbre, qui renferme un hôpital de plus de 600 lits, une école médicale assez complète et des plus suivies, un musée d'anatomie surtout pathologique fort remarquable, et qui compte avec orgueil, parmi ses chirurgiens et médecins, les hommes les plus illustres, depuis Harvey, ce grand homme au génie si puissant, jusqu'à son chirurgien principal actuel, M. Lawrence, exige une étude, un examen, approfondis, pour qu'on puisse en parler avec un peu de certitude. Contentons-nous pour l'instant de jeter un coup d'œil rapide sur la disposition générale de l'une des salles de malades, afin que le lecteur ait une première idée du local au milieu duquel sont recueillies par nous les observations que nous aurons à citer.

L'hôpital Saint-Barthélémy est placé au sud-est d'une immense place, Smith-Field, qui sert deux fois par semaine de marché aux bestiaux, un immense marché tenu au centre même de Londres, au bien grand détriment des habitants et à la stupéfaction des étrangers qui ne sont pas au courant des difficultés vraiment considérables et sérieuses qui ont empêché jusqu'à présent de transporter ailleurs ce marché, qui finira cependant et très-heureusement par être déplacé. La partie consacrée aux malades se compose d'une grande cour carrée, entourée par quatre grands bâtiments, chacun prenant façade sur la cour et complétement séparés l'un de l'autre aux angles où sont de grands passages ouverts qui servent d'entrée et de sortie. De ces quatre bâtiments, trois existent depuis longtemps ; le quatrième vient d'être bâti et se complète en ce moment, ce que l'administration de l'hôpital peut faire sans trop grands embarras, vu que Saint-Barthélémy est immensément riche, et par ses revenus annuels, et par les dons annuels qu'il reçoit comme tous les hôpitaux de Londres, et par lui-même d'ailleurs, à la suite de legs considérables aujourd'hui qui lui ont été laissés de tout temps, de manière à constituer une très-grande fortune. En outre, il existe au nord-ouest de l'hôpital un cinquième grand bâtiment dans lequel se trouve l'amphithéâtre pour les grandes opérations, et dont toutes les salles sont à peu près consacrées aux opérés seulement ; il y a dans cette dernière organisation quelques inconvénients sérieux dont nous aurons à parler plus tard.

Partout les salles sont disposées à peu de choses près de la même façon. Chaque bâtiment présente au milieu la porte d'entrée et l'escalier qui lui fait suite et conduit aux trois étages, en y comprenant le grenier qui est disposé en salles mansardées. A droite et à gauche de cette partie centrale sont les salles. Chacune occupe toute la largeur du bâtiment ; elle est subdivisée en deux salles secondaires par un mur qui en occupe, du plancher au plafond, toute la longueur, et qui est percé à une extrémité d'une seule porte qui seule les fait communiquer et les isole complétement l'une de l'autre dès qu'elle est fermée. Chacune des salles secondaires est vaste, large, assez haute et assez bien éclairée ; les lits en petit nombre, 12 à 13 pour chaque salle secondaire seulement, sont très-largement espacés. Il en résulte que, bien que la construction soit ancienne et ne réponde pas absolument à toutes les vues modernes (car, par exemple, les salles sont chauffées par de grandes cheminées, elles n'ont pas de système sérieux de ventilation permanente, ou du moins je n'en ai pas aperçu, malgré deux ou trois ouvertures à peu près toujours tenues fermées dans le plancher et destinées, m'a-t-on dit, à donner au besoin de l'air frais, etc.), ces salles sont en général saines ; il est rare que l'odorat y soit affecté par des odeurs désagréables ou qu'on y sente sa respiration gênée.

Malgré tout cela, la pourriture d'hôpital se montre à l'hôpital Saint-Barthélémy. J'y en ai déjà observé quatre cas très-positifs, dont trois dans le bâtiment des opérés. M. Lawrence affirme qu'elle n'y avait jamais existé auparavant. Toujours est-il qu'il y en a eu quatre cas que j'ai bien observés, et les seuls que j'aie encore vus à Londres. Quelle en est la cause? Je n'en sais rien, mais cela n'empêche pas les faits d'avoir eu lieu. Le premier, sur lequel M. Lawrence exprimait quelques doutes, malgré qu'il fût bien positif, en se fondant sur ce que l'hôpital n'en avait jamais présenté d'exemples, concernait une femme amputée de la jambe droite ; toute la plaie de l'amputation a été sérieusement affectée de pourriture. Le second cas, que M. Lawrence lui-même a reconnu être très-caractérisé, s'est montré, dans le service de M. Stanley, sur la cuisse d'une femme où une assez petite plaie d'écorchure avait été transformée en un vaste ulcère grisâtre et assez creux, qui s'étendait avec une certaine rapidité. Ces deux cas ont très-bien et très-rapidement guéri par des toniques à l'intérieur et des pansements locaux avec des acides, puis avec des cataplasmes de charbon. Le troisième cas a été bien plus grave, et le patient se trouve encore à l'hôpital à la fin du mois de mai ; il s'agit d'un pauvre garçon un peu scrofuleux dans son apparence extérieure, sur la face interne de la jambe droite duquel on avait pratiqué une assez grande incision pour enlever un séquestre volumineux du tibia ; la surface un peu paresseuse de la plaie avait fini par prendre un bon aspect, lorsqu'elle a présenté tout d'un coup, d'abord vers les bords, puis sur toute la surface, par plaques irrégulièrement arrondies et séparées, ensuite se réunissant, les caractères de la pourriture d'hôpital : plaques déprimées régulièrement ou comme si on avait enlevé un fragment avec un emporte-pièce, entourées d'un tout petit liséré d'un rouge à la fois vif et sombre, dont le fond est occupé par une couche de matière demi-liquide, grisâtre, glutineuse, ressemblant un peu par sa surface brillante

et sa consistance à ces matières muqueuses glutineuses que quelques animaux rampants laissent après eux ; douleurs, etc.... Une première cautérisation avec de l'acide nitrique ordinaire, des cataplasmes de charbon et des toniques ne firent qu'imprimer un point d'arrêt d'un instant, et la lésion continuant avait, en quatre jours de temps, envahi toute la surface de la plaie dans une longueur de plus du quart de la jambe et une largeur moitié moindre ; elle avait gagné non-seulement en surface, mais aussi en profondeur, car les muscles du mollet qui étaient à découvert par leur bord interne dans la plaie, étaient convertis dans une profondeur de plus de 1 pouce en une masse spongieuse et mollasse, grisâtre, d'une teinte un peu jaune seulement à la surface, par suite de l'application de l'acide nitrique. Une seconde cautérisation encore plus vigoureuse fut faite avec de l'acide nitrique pur, et réussit conjointement avec les autres moyens employés, à arrêter le mal ; deux à trois petites plaques ulcéreuses se montrèrent encore sur les bords et furent immédiatement réprimées par l'acide. Ce garçon qui, en quelques jours, s'était profondément amaigri et était tombé dans une grande faiblesse, s'est relevé lentement, mais progressivement de cette prostration ; des bourgeons charnus de bonne nature se sont bientôt développés et ont expulsé en peu de jours les parties mortifiées ; le retard de la guérison définitive s'explique par la grandeur de la plaie, mais surtout parce qu'une assez grande partie de la face interne du tibia, mise à découvert successivement par l'opération, la pourriture et l'action de l'acide s'est nécrosée et a dû se détacher par fragments, les uns volumineux, les autres plus petits. Le patient est encore à l'hôpital dans les premiers jours de juillet. Dans le courant du mois de juin, un énorme séquestre s'est détaché du tibia, et aussitôt s'est montrée une nouvelle attaque de pourriture, mais plus légère et plus aisément réprimée par les mêmes moyens que les premières fois. L'état général et local sont assez bons en ce moment, quoique tout ne soit pas fini, tant s'en faut. Ce garçon, qui était d'abord dans les salles des opérés, fut changé de salle dans l'intervalle des deux cautérisations, et porté au côté opposé de l'hôpital, dans le bâtiment où se trouve la salle des accidents du service de M. Lawrence. Il y avait une dizaine de jours que toute trace de pourriture avait disparu chez lui, lorsque cette même complication s'est développée tout d'un coup, dans la même salle des accidents, sur un enfant dont la main droite écrasée avait présenté des plaies tellement larges avec pertes de substance de la peau, que, quoique superficielles, elles avaient été très-lentes à cicatriser ; néanmoins, la cicatrisation était presque terminée, et le peu qui restait était bien bourgeonnant, lorsque la pourriture s'est déclarée sous la même forme que dans les cas précédents. Des plaques irrégulièrement circulaires, rouges sur les bords, grisâtres, ont apparu, et le fonds se convertissant rapidement en une bouillie uniforme glaireuse, demi-transparente et grisâtre, formait des ulcères en emporte-pièce ; la presque totalité de la cicatrice s'est trouvée détruite en deux jours. Traité comme les précédents, mais attaqué dès le début, et de plus renvoyé immédiatement de l'hôpital où il ne revenait que pour se faire soigner, ce malade est de tous les quatre celui chez lequel la pourriture a été le plus vite arrêtée.

Ces quatre cas se sont succédé de telle sorte, qu'il est difficile de ne pas croire qu'ils ont eu entre eux une certaine relation. Ils n'ont pas coïncidé cependant ; c'est quelques jours après que le premier cas était guéri, que le second s'est montré dans les mêmes salles, la salle des femmes opérées ; le second cas était guéri depuis plusieurs jours, lorsque le troisième s'est montré dans le même bâtiment des opérés, mais dans une salle placée dans un étage au-dessous ; ce troisième malade a été déplacé ; porté dans une autre salle dans une partie opposée de l'hôpital, et il était à peine guéri depuis quelques jours, lorsque, dans cette même nouvelle salle, le quatrième cas s'est manifesté. Ce qu'il y a d'assez particulier en ceci, ce n'est pas la continuation du développement de la lésion une fois que le germe s'était manifesté, ce sont surtout les intervalles qui ont existé entre les quatre cas. Je n'insiste pas davantage, n'ayant rien à ajouter comme fait et ne voulant pas entrer dans la discussion de la question assez ardue de la contagion.

Malgré cette particularité, je le répète, les salles de l'hôpital Saint-Barthélémy paraissent en général très-saines ; les lits y sont extrêmement espacés, et il y a dans l'ensemble une certaine apparence de comfort qui, joint aux habitudes sédentaires des Anglais, compensent un peu pour les malades qui séjournent constamment dans ces salles, l'absence de promenoirs extérieurs, dont je n'ai pas vu de traces non plus dans cet hôpital.

J'arrive maintenant au récit de quelques-unes des observations intéressantes de tumeurs érectiles que j'ai pu recueillir dads le service de M. Lawrence, et que je ferai suivre de quelques remarques.

L'expression « tumeurs érectiles, » aujourd'hui généralement adoptée, a fait à peu près disparaître, et bien à juste titre, l'expression « tumeurs fongueuses sanguines, » appliquée pendant nn certain temps à ces lésions curieuses dont l'histoire a tant besoin d'être perfectionnée. Plusieurs causes tendent à en rendre l'histoire obscure sous bien des points de vue. D'abord, et malgré quelques détails précieux déjà publiés, qu'il serait assez aisé de réunir, leur anatomie pathologique n'est pas bien faite, et tant que cette anatomie n'aura pas été convenablement étudiée et exposée, ici comme en toutes choses en pathologie, on n'arrivera jamais à un résultat net et clair. Puis, soit par suite de cette première raison capitale, soit parce que des observations assez précises n'ont pas été instituées, on est obligé aujourd'hui, faute de distinctions suffisantes, d'en faire l'histoire clinique trop en bloc. Il y a, parmi les tumeurs érectiles, plusieurs espèces, plusieurs variétés à caractères, à marche et à phénomènes bien différents, qui demanderaient à être mieux distinguées qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, qui devraient être étudiées à part ; ceci est incontestable. Au lieu de cela, que trouvons-nous partout ? Les tumeurs érectiles sont étudiées toutes à la fois, dans un seul ensemble. On a bien commencé à établir quelques bonnes distinctions ; la division des tumeurs érectiles en *artérielles* et *veineuses* est classique ; la distinction que A. Bérard a cherché à lui substituer, bien à tort selon nous, alors qu'elle aurait dû tout simplement se combiner avec elle, des tumeurs érectiles en *cutanées* et *sous-cutanées,* est également connue aujourd'hui de tout le monde ; çà et là, dans quelques publications partielles, on a commencé à indiquer quelques nuances, des différences entre les tumeurs érectiles, suivant les organes qu'elles occupent, et soupçonné des nuances qui existent bien positivement suivant les régions du corps envahies. Tout cela est excellent, et il y a déjà de bonnes bases posées, mais ce n'est pas suffisant. La distinction des principales espèces et variétés, plus nombreuses que quelques-uns ne se le sont figuré, voilà un beau travail, en partie faisable aujourd'hui, pour quelqu'un qui, après en avoir observé quelques cas, pourrait consacrer trois à quatre mois à ramasser et réunir les nombreux matériaux épars çà et là sur cette question. Jusqu'à ce que cela soit fait, la confusion et le vague dans la description des tumeurs érectiles persistera. Mais c'est surtout dans la question du traitement qu'il importe de mettre un peu d'ordre et de clarté. Qui de nous, au commencement de ses études, n'a pas été effrayé de ces interminables énumérations des moyens applicables aux tumeurs érectiles en général, et n'a pas été tenté d'en retarder l'étude, jusqu'à ce qu'il y ait eu nécessité à la faire, et cela malgré l'intérêt qui s'y attache au premier abord ? L'exposition régulière de tous ces moyens et procédés est encore aujourd'hui un tour de force dont peu sont capables et dont l'accomplissement ne manque jamais d'exciter une admiration bien justement méritée, il faut l'avouer, dans quelques cas. Or, non-seulement ils ne seront bien classés, mais même avant qu'on en soit arrivé là, on ne pourra en faire l'objet d'une étude clinique régulière, dont le résultat sera de poser enfin quelques règles générales destinées à remplacer les « je pense » et « mon opinion est, » que lorsque les tumeurs érectiles auront été bien classées au préalable, et distinguées en espèces et variétés. A ce point de vue si important,

les quelques observations qui vont suivre pourront peut-être n'être pas sans quelque utilité.

Ces observations se rapportent entre autres à quatre des espèces ou variétés des tumeurs érectiles : 1° tumeurs superficielles ou cutanées, tantôt purement capillaires, tantôt purement veineuses ou mixtes ; 2° tumeurs érectiles de la cavité orbitaire, probablement veineuses pures ou veineuses et capillaires dans la profondeur de l'orbite, et se compliquant de dispositions érectiles capillaires dans l'épaisseur de la peau de la paupière ; 3° tumeurs érectiles veineuses remarquables par leur tendance à un énorme développement, siégeant dans le tissu cellulaire du cou ; 4° tumeurs érectiles veineuses multiples dans tous les tissus des membres. Tous ces titres sont un peu longs et paraissent un peu diffus ; mais en l'absence de qualifications régulières posées et adoptées, nous sommes obligés de les employer tels quels, afin de bien spécifier parmi les espèces et variétés de tumeurs érectiles, celles en particulier auxquelles nos observations doivent être rapportées.

§ 1. *Tumeurs érectiles superficielles ou cutanées, capillaires ou veineuses ou mixtes.* — Deux cas de ce genre simples et sans complications viennent de se présenter dans le service de M. Lawrence. Cette même espèce de tumeur érectile existait, en outre, dans la peau de la paupière supérieure, comme complication de la tumeur plus profonde de l'orbite dans le cas rapporté dans le deuxième paragraphe. Nous avons aussi pu voir, en passant dans le service de M. Lloyd, à l'hôpital Saint-Barthélemy, un cas assez curieux chez une femme qui avait eu de tout temps sur le menton, vis-à-vis le milieu du bord inférieur de l'os maxillaire inférieur, une de ces petites tumeurs qu'on appelle des envies ; d'abord sans changement, cette petite tache avait acquis ensuite et graduellement plus de volume, et au moment où nous aperçumes ce cas, voici ce qui existait : sous la partie moyenne du menton, et s'étendant plutôt vers la région sus-hyoïdienne, était une grosse tumeur dure, très-dure, presque sphérique, quoique un peu irrégulière, et du volume à peu près d'un très-gros marron d'Inde ; cette tumeur, presque complétement saillante dans toute son étendue, n'était pas très-mobile, quoiqu'elle ne parût pas encore être adhérente à l'os maxillaire subjacent ; elle était logée surtout dans les couches sous-cutanées, et soulevait la peau, dont le derme, d'une coloration noire rougeâtre, et parsemé de nombreux vaisseaux violacés apparents, lui adhérait intimement ; en un mot, il y avait là tous les caractères d'une tumeur mélanique, ayant eu son point de départ dans une tache cutanée ou envie, et dont M. Lloyd a fait l'extirpation quelques jours après. Nous ne mentionnons ce cas que rapidement, parce que notre intention n'est pas d'entrer ici dans cette étude délicate de la combinaison si fréquente des dispositions érectiles et des cancers ou cancroïdes, soit que le cancer se combine avec des dispositions vasculaires presque érectiles, soit qu'une tumeur érectile devienne le point de départ d'une combinaison avec des éléments cancéreux ou cancroïdes ; nous dirons combinaison, mélange, addition, et non pas dégénérescence, mot absurde avec la signification qu'on lui donnait dans le passé, et dangereux aujourd'hui entre les mains des ergoteurs, bon tout au plus à favoriser et permettre des chicanes.

M. Lawrence paraît avoir l'habitude de traiter ces plaques érectiles cutanées par une simple application d'acide nitrique pur, alors même que la lésion s'étend assez loin. C'est un procédé simple, facile et vraiment très-bon, comme le démontrent les deux observations suivantes.

1re *Observation.* — Dans les derniers jours de décembre dernier, une petite fille âgée de deux mois est amenée à la consultation particulière de M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélémy, pour une tumeur érectile placée sur le côté gauche du front, un peu au-dessus du milieu de la longueur du sourcil. Cette tumeur, presque elliptique, d'un centimètre de largeur et tant soit peu plus longue que large, est placée dans l'épaisseur même de la peau, et tend à s'accroître assez notablement. Sa couleur est vermeille uniforme, sa consistance est molle, ressemblant assez à celle de la peau, à laquelle elle donne un peu plus d'épaisseur que dans les parties voisines. L'aspect uniforme de sa surface ne peut pas être mieux comparée qu'à la surface d'un peu de crême fouettée, teinte en rose, dont les toutes petites bulles sphériques ou un peu polyédriques sont accumulées et serrées les unes contre les autres.

M. Lawrence prend une petite baguette en bois, dont une extrémité porte enroulée trois ou quatre tours d'un petit morceau de linge fixés en plaie par un fil. Il plonge cette extrémité dans de l'acide nitrique pur et à deux ou trois reprises ensuite, la promène sur la surface de la tumeur érectile qui s'affaisse immédiatement, pour être remplacée par une plaque jaune et un peu raccornie, déprimée, une véritable escarre superficielle teinte en jaune. L'action de l'acide nitrique a été exactement limitée à l'étendue de la plaque érectile. L'enfant a crié un peu, sans s'agiter notablement.

Mardi 4 janvier. L'escarre est en place, avec un petit cercle rouge à peine gonflé tout autour. Toute la plaque érectile paraît bien détruite. L'enfant qui reste chez ses parents sera rapporté tous les huit jours.

11 janvier. L'escarre, qui était très-mince et comprenait tout au plus l'épaisseur de la peau est tombée, laissant une petite perte de substance tout à fait superficielle, à surface bien granulée, sans qu'il apparaisse le moindre petit accident.

La dernière fois que j'ai revu cette enfant, quelques jours après, la cicatrisation était presque complète ; la cicatrice très-superficielle était peu évidente, et produite sur un enfant si jeune, elle promettait évidemment d'être bien moins apparente, à mesure que l'enfant se développerait en avançant en âge.

Le procédé, comme on le voit, est fort simple ; chaque détail est prévu. Pour appareil, un flacon renfermant de l'acide nitrique pur, et une baguette garnie d'un peu de linge à son extrémité. Le procédé consiste à promener à deux, trois ou quatre reprises le bout de cette baguette trempé dans l'acide, sur la surface de la plaque érectile cutanée. L'opérateur s'arrête, lorsqu'au bout de quelques secondes, il voit tout d'un coup les bulles de la plaque érectile s'affaisser, et l'ensemble prendre simultanément une couleur jaune ; à ce moment, il est certain que l'action est complète, et d'un autre côté qu'elle s'étend assez loin pour ne laisser qu'une perte de substance assez superficielle, dont la cicatrisation est rapide à la suite de la chute de la petite escarre. Peu de caustiques, en pareil cas, pourraient donner des résultats plus rapides, plus simples, plus satisfaisants. C'est ce que démontre aussi notre deuxième observation.

Cette partie de l'article qui précède était écrite depuis plusieurs jours déjà, lorsque le 6 mai, cette enfant a été rapportée à la consultation de M. Lawrence. Voici dans quel état elle se trouve.

Continuation de la 1re Observation. — La cicatrice du front n'a subi aucune contraction, mais au contraire reste étalée, avec toutes les dimensions de la plaque première sur laquelle on avait appliqué l'acide. Elle est constituée par une lamelle très-mince, parcheminée, se froissant en plis fins par le moindre déplacement, comme cela se voit dans les cicatrices d'anciens vésicatoires portés pendant longtemps. Sa couleur, d'un blanc mat, très-peu translucide sur quelques points, tranche sur celle de la peau voisiné, et est rendue plus apparente par deux particularités : 1° une tumeur érectile nouvelle, franchement veineuse, composée de lâches et larges vésicules saillantes d'un peu moins d'un centimètre, communiquant ensemble, offrant une mollesse extrême, et s'affaissant tout à fait par la la moindre pression, s'est développée au-dessous de la cicatrice, qu'elle soulève dans un bonne partie de son étendue, sans la déborder encore, et sa teinte bleuâtre, qui perce un peu à travers le tissu de la cicatrice, contribue à faire ressortir la couleur blanc mat de celle-ci ; 2° dans le tissu même de la cicatrice, on voit un développement vasculaire commençant, et bien singulier, qui semble annoncer que la production érectile menace d'envahir la cicatrice elle-même. On ne peut mieux comparer ce dernier développement vasculaire qu'à celui qu'on observe dans les commencements d'une hératite vasculaire bien marquée ; comme la cornée, dans ce cas, la plaque cicatricielle est parcourue, de la circonférence au centre, de petits vaisseaux très-fins, et d'un rouge carmin, très-épars, presque droits ou un peu coudés, à peine ramifiés, dont deux principaux, se réunissant au centre, et plus gros que les autres, si l'on peut ainsi dire (puisqu'ils sont encore très-fins, ce qu'on pourrait appeler capillaires à l'œil nu), occupent toujours, comme cela est assez habituel dans la cornée, le diamètre horizontal, à moitié hauteur de la plaque cicatricielle. M. Lawrence ne prescrit rien aujourd'hui ; il recommande qu'on lui rapporte l'enfant un de ces jours.

Les espérances que l'on avait conçues, eu égard à la guérison, sont donc déçues dans ce cas. C'est au reste un des caractères

propres aux tumeurs érectiles, et qui n'a pas peu contribué à en obscurcir l'histoire. On retrouve ce même caractère, surtout dans deux autres ordres de tumeurs, les cancers et les cancroïdes, et un usage fâcheux, quoique trop généralement accepté pour pouvoir être aisément changé, lui a fait donner le nom de tendance à la récidive. Cet usage est fâcheux, parce que le mot récidive embrasse trois ou quatre idées ou significations très-différentes, que M. Follin a récemment bien définies dans une discussion à la Société de chirurgie, et qui tendent à jeter pas mal d'obscurité dans bien des questions.

Le genre de récidives dont nous parlons, le seul qu'on observe dans les cas de tumeurs érectiles, prend son origine dans la tendance qu'ont ces tumeurs, de même que dans le cas de tumeurs cancroïdes, à s'étendre et se prolonger dans les parties voisines. Cette tendance est soumise à des lois que nous ne pouvons pas encore contrôler, sur lesquelles nous n'avons aucune donnée suffisante pour nous permettre sûrement de prédire quelles seront les suites d'une tumeur érectile. Tantôt une tumeur érectile arrivée à un certain degré de développement reste stationnaire, n'appelle plus autour d'elle de nouvelles formations érectiles, et peut alors parfois être abandonnée à elle-même, chose assez imprudente cependant, malgré quelques exemples contraires, ou peut être détruite de manière à ce que la guérison soit radicale. Tantôt, lorsqu'elle est en voie de progrès, les moyens de destruction employés sont néanmoins suivis de guérison radicale, et c'est heureusement un cas assez commun. Tantôt, au contraire, alors qu'on croit avoir tout détruit, soit qu'il reste intactes quelques portions inapperçues, soit que la tendance, l'appel à l'extension de la formation érectile continue, de nouvelles formations érectiles reparaissent, il y a ce qu'on appelle des récidives. De ces récidives, on en a éprouvé avec toute espèce de traitements, et le fait de leur existence, dans quelques cas, ne peut pas servir d'argument contre un mode de traitement, excepté si l'observation venait à montrer qu'elles sont plus communes après certains modes de traitement qu'après d'autres. La déception éprouvée dans le cas de l'observation n° 1 n'apporte donc aucun argument contre l'emploi de l'acide nitrique, qui a très-bien et souvent réussi dans d'autres cas, ainsi que chacun peut aisément le concevoir.

2e *Observation.* — Le 29 mars dernier, on apporte à la consultation de M. Lawrence un nouveau-né âgé de 6 semaines, qui porte sur le ventre une plaque érectile veineuse cutanée. Cette plaque existait au moment de la naissance, presque avec les mêmes caractères, sauf qu'elle était petite comme un pois, et d'une consistance un peu plus dure. Depuis la naissance, et d'une manière sensible chaque jour, la plaque a augmenté de manière à prendre les dimensions déjà assez considérables que nous lui voyons aujourd'hui.

La plaque érectile est placée à un peu plus d'un pouce au-dessus de l'ombilic, et de là s'étend en travers vers l'hypochondre gauche. Elle est entièrement superficielle, placée dans la peau, dont le derme est remplacé par ces éléments nouveaux. La forme est assez bien celle d'un de ces larges écussons qui forment la plaque principale du bandage hypogastrique pour les femmes, elle a plus de trois pouces de longueur transversale, et près de deux pouces de hauteur dans sa partie la plus large. Sa couleur est d'une lie de vin foncé et uniforme; sa consistance très-molle. Elle est complétement plate et très-peu saillante; mais sa surface est couverte comme d'un bouillonnement bulleux, moins régulier toutefois que dans le cas de l'observation précédente, et que dans la lésion cutanée de la paupière pour le cas de la 3e observation, où en outre la couleur était vermeille au lieu d'être lie de vin; dans ces deux derniers cas, les bulles de la surface, traduisant l'existence de petites cavités vasculaires, étaient d'une finesse et d'une régularité extrêmes, tout à fait comparables aux bulles de la crème fouettée; ici, au contraire, les bulles sont assez irrégulières, et quelques-unes, prenant alors volontiers une forme elliptique, sont deux à trois fois plus volumineuses que les autres, et un peu plus saillantes; celles-ci sont assez apparentes pour qu'on puisse remarquer qu'elles s'affaissent aisément sous la pression, sans que la couleur lie de vin de la plaque s'affaiblisse. Les limites de la plaque sont nettes, bien marquées par un affaiblissement brusque et immédiat de la petite saillie de la plaque, et le retour complet de la peau voisine à sa couleur et à ses caractères normaux.

Comme dans la première observation, M. Lawrence songe à détruire immédiatement cette plaque par quelques attouchements superficiels avec de l'acide nitrique, et quoiqu'il n'ait en ce moment sous la main que de l'acide ordinaire ou affaibli, il en fait une première application, bien circonscrite comme toujours, à toute l'étendue de la plaque seule. Une petite baguette, portant à une extrémité deux à trois tours de lin ou de linge fixés par du fil, est plongée dans l'acide, puis promenée à quatre ou cinq reprises sur la surface de la plaque. L'action est lente et incomplète; au bout de trois à quatre minutes seulement, un petit nombre de bulles sont un peu affaissées, et la couleur lie de vin se mélange d'une teinte jaune brunâtre. — Panser avec un morceau de lin sec, et rapporter l'enfant mardi prochain.

5 *avril.* L'enfant est ramené à la consultation. La cautérisation faite mardi dernier a très-agi, vu la faiblesse de l'acide; cependant quelques bulles restent affaissées et d'une teinte jaunâtre. La masse de la plaque, à part la légère altération de la couleur, est à peu de chose près dans le même état. M. Lawrence fait une nouvelle application, et de la même façon, mais cette fois avec de l'acide nitrique pur, très-fort et fumant. A peine la baguette a-t-elle été promenée à deux ou trois reprises, qu'au bout de quelques secondes les bulles s'affaissent toutes presque simultanément, puis l'ensemble de la plaque se raccornit presque aussitôt, s'affaisse en un léger creux général, et perd sa couleur lie de vin remplacée par la teinte jaunâtre bien connue des escarres produites par l'acide nitrique. Il est évident que par ce seul fait toute la plaque érectile est détruite. On laisse un instant la surface à l'air, et l'on panse ensuite avec un morceau de lin sec. L'enfant a très-peu crié et n'a pas eu besoin d'être notablement contenu.

12 *avril.* Aucun accident. La plaque érectile reste entièrement convertie en une escarre mince, demi-sèche et jaunâtre, dont quelques fragments tombent déjà. Cataplasmes.

J'ai pu examiner cet enfant plusieurs fois depuis. Au bout de trois semaines, après la seconde cautérisation, l'escarre était complétement tombée, la plaie déjà bien rétrécie, et la surface restante couverte d'excellents bourgeons charnus. Cesser les cataplasmes et les remplacer par le pansement simple.

Huit jours après, la plaie très-rétrécie était presque cicatrisée, et les parties environnantes étaient en très-bon état. Il n'y avait plus aucune apparence de tumeur érectile.

Je n'ai plus revu depuis l'enfant qu'on n'a plus rapporté à l'hôpital.

Par le parallèle des effets entre les deux cautérisations pratiquées, cette observation montre la nécessité, lorsqu'on veut obtenir des résultats très-simples et immédiats, de se servir d'acide nitrique pur.

Voilà deux observations d'une espèce particulière et bien tranchée de tumeurs érectiles, dont l'histoire, au reste, a été presque toujours faite à part dans ces derniers temps. Cette espèce présente quelques variétés, et chacune des deux observations en offre un exemple; cependant, les nuances qui les séparent sont assez accessoires, surtout quant au traitement à employer, quoiqu'il soit probable qu'elles tiennent à quelques différences de structure que les anatomo-pathologistes n'ont pas encore suffisamment étudiées.

§ 2. *Tumeur érectile de la cavité orbitaire, probablement veineuse pure ou veineuse et capillaire, dans la profondeur de l'orbite, se compliquant de dispositions érectiles capillaires dans l'épaisseur de la peau de la paupière.* — Voici une autre espèce bien tranchée. C'est bien une tumeur érectile, et les caractères que présentait la partie envahie de la peau de la paupière pourraient permettre de supposer qu'au point de vue purement anatomo-pathologique, elle était formée des mêmes éléments que les deux précédentes; mais au point de vue clinique, et quelles que puissent être les transitions entre les deux espèces, la profondeur des couches envahies d'une part, et d'autre part la région spéciale attaquée, en font une espèce très-distincte dans le cas que nous allons rapporter.

3e *Observation.* — Un petit garçon âgé de 11 mois a été présenté à M. Lawrence, vers la fin de décembre dernier, pour une tumeur érectile de la cavité orbitaire droite. Déjà, trois mois auparavant, cet enfant avait séjourné quelque temps à l'hôpital pour cette même lésion; M. Lawrence avait, par des ponctions à la peau de la paupière supérieure, et au moyen de nombreuses incisions profondes presque sous-cutanées, broyé, lacéré, divisé le plus possible l'intérieur de la tumeur; puis, au moyen d'un stylet largement chargé de nitrate d'argent sur sa cannelure, et introduit à plusieurs reprises par les plaies de la peau, il avait épuisé dans le milieu de la tumeur une quantité assez considérable de nitrate d'argent, dont le pre-

mier effet fut d'arrêter un écoulement de sang assez notable, et le second, probablement de détruire un certain nombre des cloisons lacérées. Sous l'influence de cette opération vigoureuse était survenu un affaissement très-marqué, suivi d'un gonflement inflammatoire peu intense et de suppuration; quelque temps après, l'enfant avait été renvoyé dans sa famille qui devait l'apporter de temps en temps à la consultation; j'avais eu occasion de l'apercevoir dans les salles, la veille ou l'avant-veille de sa sortie. A ce moment, les plaies de la paupière étaient encore un peu en suppuration, mais tendaient très-bien à se cicatriser; il y avait encore cependant dans l'orbite pas mal de gonflement de consistance mollasse qui faisait bomber en avant la paupière supérieure. Dès que la cicatrisation a été terminée, il est devenu évident que la tumeur récidivait, et non-seulement le gonflement augmentait dans la cavité orbitaire, mais la peau de la paupière supérieure elle-même était attaquée.

A sa rentrée, voici ce que l'on observe : l'enfant est bien développé, bien constitué, bien portant. A l'extérieur, l'appareil oculaire droit présente trois irrégularités très-apparentes, à savoir : une saillie très-notable en avant de la paupière supérieure qui est constamment tendue et abaissée; un renversement au dehors et par en bas, sans ectropion (c'est-à-dire sans renversement concomitant bien marqué du bord ciliaire), de la muqueuse de la paupière supérieure; et une disposition érectile dans l'épaisseur de la peau de cette même paupière. La lésion principale consiste en une tumeur mollasse qui tend légèrement à être un peu bosselée en avant, ne présentant ni bruits de souffle, ni battements, dépressible au point qu'il est aisé de faire disparaître pour un instant, tant que dure la pression du doigt, presque toute sa saillie extérieure, tumeur qui remplit toute la cavité orbitaire ou à peu près, et soulève en avant la paupière supérieure. Ainsi soulevée, la paupière d'ailleurs maintenue abaissée et tendue, fait une saillie analogue, moins la couleur, à celle que présente un œil fortement poché après une contusion directe. Le prolongement antérieur de la tumeur paraît être logé dans l'épaisseur de la base de la paupière supérieure, car la muqueuse de cette paupière est refoulée par en bas, et constitue un repli dont le sommet, un peu saillant à l'extérieur, est interposé entre le rebord de la paupière supérieure, porté en avant, et celui de la paupière inférieure intacte et presqu'à sa place normale. Vers le centre, et à peu près dans l'étendue du quart de la surface de la peau de la paupière supérieure, cette peau est envahie par un bouillonnement superficiel érectile, de teinte rosée assez vive, tout à fait semblable à la plaque érectile de la peau du front, dans le cas de la 1re observation précédente. Tout cela est parfaitement indolent; l'enfant se méfie beaucoup et se retire en arrière quand on veut l'examiner; mais on n'a qu'à distraire son attention en l'amusant, pour pouvoir procéder très-aisément à l'examen. Il n'y a plus aucune trace, perceptible du moins, du globe oculaire; qu'il soit refoulé en arrière et caché, ou qu'il soit détruit, on ne peut l'apercevoir. L'œil gauche est parfaitement sain et régulier.

En présence de cette récidive et de la tendance à l'extension rapide du mal, il est évident qu'il n'y avait pas à reculer devant l'emploi des moyens actifs. M. Lawrence songeait à répéter plus énergiquement encore la première opération. Pour mon compte, je pensais qu'un agent plus puissant devait être employé, et qu'il vaudrait mieux plonger, avec hardiesse et prudence à la fois, un petit cylindre de fer rouge sur trois ou quatre points de la tumeur, et mon opinion fut acceptée.

Je n'assistais pas à l'opération qui a été pratiquée le mardi 4 janvier. Il paraît que l'enfant a été chloroformisé et que la chose a été assez simple. Un petit cylindre de fer fortement rougi, et préparé spécialement dans ce but, a été plongé sur trois points à travers la paupière supérieure, dans l'épaisseur de la tumeur.

8 *janvier*. Il y a affaissement notable de la saillie de la paupière, malgré un peu de rougeur et de gonflement de la peau autour des solutions de continuité produites par le cautère. Ces solutions de continuité, à pourtour scarifié, n'ont pas tout à fait deux lignes de largeur chacune, et occupent dans le milieu de la paupière, une en haut, deux sur les côtés, les trois angles d'un triangle d'un demi-pouce de largeur à la base. Le bouillonnement érectile de la peau est en partie détruit par les escarres, et le reste est affaissé, presque disparu. Aucun accident n'est survenu. L'enfant est très-bien.

Quelques jours après, l'enfant, dont les plaies suppuraient notablement, a été repris chez ses parents.

Deux mois après, je me suis informé de son état auprès de M. Lawrence qui a eu occasion de le revoir. L'affaissement très-grand de l'ensemble de la tumeur persistait; il n'y avait plus de bouillonnement érectile à la peau. On pouvait espérer la guérison; seulement, le refoulement par en bas de la muqueuse de la paupière supérieure persistait encore un peu.

Dr A. Deville.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Devay.

Cas d'étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle.

Par M. E. Coutagne, *interne du service.*

Nous empruntons le fait suivant à la *Gazette médicale* de Lyon, non-seulement parce que ce fait offre en lui-même un véritable intérêt, mais parce qu'il prouve en même temps que les curieuses recherches d'un de nos professeurs de province les plus distingués, M. Parise, professeur à l'École de Lille, ne sont pas encore aussi connues qu'elles mériteraient de l'être.

Les cas de ce genre sont assez rares pour mériter de fixer l'attention, surtout lorsqu'il est permis d'étudier, comme nous avons pu le faire, les lésions anatomiques qui ont amené d'aussi graves désordres.

Il s'agit d'un jeune homme, François Rougeot, âgé de 29 ans, ouvrier en soie, d'un tempérament lymphatique, entré le 16 avril, salle Saint-Martin, n° 20, service de M. Devay. A son arrivée, ce malade nous apprend que trois jours auparavant, au milieu d'une bonne santé, il a été pris, sans cause appréciable, de vives coliques accompagnées de constipation. Il n'y a fait d'abord que peu d'attention, parce que, quelque temps auparavant, il avait ressenti les mêmes symptômes, et s'en était débarrassé en prenant 60 grammes d'huile de ricin; aussi cette seconde fois s'est-il administré le même purgatif, mais sans aucun effet. Les accidents devenant plus intenses, il s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu.

Nous constatons alors l'état suivant : les douleurs abdominales sont très-violentes; le malade se tord sur son lit et cherche en vain, dans un changement continuel de position, à soulager ses souffrances. Le ventre est un peu ballonné, dur, résistant, très-douloureux au toucher. A droite, au-dessus de l'anneau inguinal, on sent une tuméfaction ou plutôt un empâtement impossible à circonscrire à cause de la résistance et de la contraction des parois abdominales.

Il n'y a pas de hernie externe.

La langue est blanche; il n'y a pas de vomissements de bile ni de matière fécale, seulement le malade rend tout ce qu'il prend, même les boissons. Le pouls petit, presque filiforme, très-fréquent, marque 140 pulsations par minute; la respiration, pénible, accélérée, présente 60 inspirations par minute. La face est pâle, grippée, pleine d'anxiété.

Ces symptômes assez caractéristiques font soupçonner immédiatement un étranglement interne accompagné de péritonite. Prescription : sangsues sur l'abdomen, grand bain, frictions d'onguent napolitain, lavement purgatif. Ces divers moyens calment un peu le malade; le lavement est rendu au bout de 10 minutes, n'amenant avec lui que peu de matières. Le soir, lavement laudanisé. — Dans la nuit, les douleurs reviennent plus intenses, agitation délire, mort à quatre heures du matin.

A l'autopsie, nous trouvons dans la cavité abdominale un épanchement séro-sanguin assez considérable; plusieurs anses de l'intestin grêle, une surtout, sont distendues par des matières et des gaz; elles présentent une coloration d'un rouge brun, et laissent échapper une odeur gangréneuse très-forte; la tunique péritonéale se déchire et s'enlève avec facilité.

Les extrémités de ces anses intestinales sont, dans la région iléo-cœcale, fortement serrées par un cordon d'une coloration rouge-brun, semblable à celle de l'intestin, excepté au milieu de son étendue, où la constriction qu'elle opère est plus forte, et où elle présente un moindre diamètre et une coloration blanchâtre.

La première idée qui se présente est que cette ligature est formée par une anse intestinale qui s'est enroulée autour de plusieurs autres circonvolutions; mais pour cela il faudrait ad-

mettre une déchirure préalable du mésentère de cette portion d'intestin, dans laquelle déchirure certaines anses intestinales feraient hernie. Cette hypothèse serait admissible, mais peu probable.

Aussi cherchant à reconnaître les rapports que ces diverses parties affectent entre elles, je vois qu'en saisissant l'intestin au-dessus du point où s'opère la constriction et suivant peu à peu les circonvolutions, je vois, dis-je, qu'il passe une première fois sous la ligature, puis décrit une grande circonvolution, passe sous une seconde bride rapprochée de la première avec laquelle elle est parallèle, fait un trajet de trois centimètres pour repasser une deuxième fois sous la première, décrit encore une circonvolution assez étendue et vient enfin repasser une troisième fois sous la première bride, mais en sens inverse des deux premières fois, et enfin après un trajet de douze centimètres, arrive au cœcum, lequel est pourvu de son appendice cœcale. Ceci nous montre que la bride n'est pas formée par une anse intestinale, puisqu'elle n'est pas comprise dans la continuité de l'intestin. Elle n'est pas non plus formée par l'appendice cœcale, puisque cette dernière se voit très-distinctement; ce n'est pas une bride fibro-plastique de nouvelle formation, car elle a une coloration d'un brun-rougeâtre, et, en l'incisant, il en sort des matières semblables à celles de l'intestin. En cherchant avec soin ses extrémités au milieu des circonvolutions qui les cachent, je finis par découvrir que d'une part elle émerge de l'intestin avec lequel elle communique, qu'immédiatement à sa naissance, elle s'enfonce dans la masse intestinale, contourne dans une première anse trois portions d'intestin, disparaît de nouveau, puis remonte à la surface en formant une seconde anse qui s'enroule autour d'une seule portion d'intestin; c'est cette seconde anse qui forme la deuxième bride dont j'ai parlé plus haut. Nous voyons donc que cette bride forme une espèce de 8 de chiffre. Après ce trajet elle se termine par un renflement gros comme la pulpe d'un doigt, qui s'attache près du cœcum à une portion du mésentère, par une petite bride fibreuse très-résistante.

J'incise alors cette bride, et, après avoir déroulé l'intestin, je vois que cet appendice part de la grande courbure de l'intestin grêle, à un mètre au-dessus du cœcum, elle est longue de dix centimètres, grosse comme un tuyau de plume, pourvue dans toute son étendue d'un canal qui communique librement avec l'intestin. Celui-ci porte dans quatre endroits de son étendue les traces de la forte constriction qu'il a éprouvée.

Comment maintenant s'est produit l'étranglement? L'explication, ce me semble, en est assez simple. Le diverticulum de l'intestin grêle est bien certainement congénital; pendant longtemps il a dû flotter librement dans la cavité abdominale, jusqu'à ce que, par une circonstance *qui ne nous est pas connue,* peut-être une péritonite partielle, son extrémité libre a contracté des adhérences avec le mésentère, formant ainsi une gance dans laquelle sont venues s'engager des circonvolutions intestinales; celles-ci se sont engouées au point d'amener une constriction très-forte dans les points où passait la bride. Tous les accidents d'étranglement devaient en être la conséquence inévitable et fatale.

Cette observation, intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique, nous apprend très-peu sur le traitement à suivre dans des cas analogues; en effet, les antiphlogistiques peuvent bien amener du soulagement en combattant l'inflammation lente de l'étranglement; mais, en détruisant l'effet, ils laissent intacte la cause mécanique des accidents. Les purgatifs peuvent quelquefois réussir; c'est lorsqu'une petite portion d'intestin seulement est engagée sans constriction bien forte; dans ce cas, les mouvements intestinaux produits par les purgatifs peuvent dégager l'anse intestinale qui faisait hernie, mais, dans un cas comme celui que je viens de rapporter, les purgatifs doivent plutôt augmenter les accidents que les diminuer. La seule chance bien incertaine de salut que pourrait avoir un malade affecté d'un pareil étranglement, serait dans l'opération de l'entérotomie, proposée par M. Maisonneuve, et pratiquée avec succès, il y a peu de temps, par M. Nélaton, dans un cas d'iléus.

Nous ferons suivre d'un petit nombre de remarques les réflexions de M. Devay.

L'honorable praticien pense que l'étranglement était produit dans ce cas, ou du moins reconnaissait pour cause première une adhérence de l'extrémité libre de l'appendice intestinale qu'il a observée; l'étranglement peut bien, en effet, se produire de la sorte; mais dans l'observation de M. Devay, il n'est nullement établi que cette adhérence existât.

Il est donc très-probable que l'étranglement avait été produit dans ce cas, comme il semble d'ailleurs se produire très-souvent, par ce mécanisme singulier, si ingénieusement étudié, si bien décrit par M. Parise, et que M. Devay avait sans doute perdu de vue quand il a rédigé son observation. Les étranglements de ce genre, désignés par M. Parise sous le nom d'étranglement par nœud diverticulaire, sont produits par une anse simple ou double formée par un diverticulum intestinal dont l'extrémité libre, renflée par des gaz, vient s'étrangler en passant, par le fait même de ce renflement accidentel soit au-dessus, soit au-dessous de l'extrémité intestinale, simulant ainsi une sorte de nœud. La première variété d'étranglement a été désignée par M. Parise sous le nom de nœud diverticulaire simple, et la seconde sous le nom de nœud diverticulaire double. C'est à cette dernière espèce que semble appartenir le fait de M. Devay.

Quant au traitement, M. Devay pense avec raison qu'après l'emploi des purgatifs énergiques, l'opération serait la seule chance de salut qui resterait au malade. M. Parise est aussi de cet avis; mais il a donné de plus les indices à l'aide desquels on pourrait approximativement porter un diagnostic, et indiqué à l'aide de quel moyen on pourrait faire cesser l'étranglement; ce moyen, c'est la ponction de la petite ampoule qui en est comme la clef de voûte. Le diagnostic et par conséquent l'opération ne peuvent certainement pas être appliqués avec toute la précision qu'on pourrait désirer. Cependant il faut reconnaître que le siége de la tumeur, dans le cas de M. Devay, était de nature à encourager le chirurgien dans la tentative proposée par M. Parise. On sait d'ailleurs que, dans un cas où la mort est à peu près certaine, le praticien n'est pas exposé à de grands regrets en cas d'insuccès. H. DE C.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Extraction d'une balle enchatonnée depuis 5 ans dans l'os maxillaire supérieur.

Le diagnostic des projectiles incrustés dans les os présente parfois de grandes difficultés, lors surtout que le malade ne peut donner sur les circonstances de son accident que des renseignements inexacts. Le fait dont nous avons été témoin ces jours derniers, à l'hôpital Cochin, nous a paru doublement remarquable par l'extrême sagacité avec laquelle M. Maisonneuve a su, dans un de ces cas difficiles, établir un diagnostic exact, et le succès rapide qui a couronné l'opération.

Caillot (Julien), âgé de 27 ans, rue Folie-Méricourt, 38, vint le 10 juin 1853, réclamer, à l'hôpital Cochin, les soins de M. Maisonneuve pour une fistule très-difforme qu'il portait depuis cinq ans à la joue gauche.

Il raconte qu'au mois de février 1848, il fut blessé au côté gauche de la face, au niveau de la fosse canine, par un coup de *baïonnette* (nous verrons tout à l'heure que le renseignement était erroné). Malgré les soins de plusieurs chirurgiens habiles, la cicatrisation ne put être obtenue, et la plaie se transforma en

une fistule difforme dont le fond excavé était adhérent à l'os maxillaire. Fatigué de cette infirmité pénible, le malade alla consulter deux des chirurgiens les plus en renom. L'un et l'autre s'accordèrent à lui conseiller de se faire extraire les dents voisines, ce qu'il fit sans éprouver le moindre soulagement. Enfin, désespéré de la persistance de cette affection, et décidé à tout entreprendre pour en être débarrassé, il vint à l'hôpital Cochin réclamer les soins de M. Maisonneuve.

La joue gauche était le siége d'une excavation profonde d'où suintait incessamment une suppuration abondante; le bord alvéolaire supérieur, de ce côté, était dégarni de toutes ses dents, par suite des conseils qu'on avait antérieurement donnés au malade : l'écartement des mâchoires était difficile et douloureux. En présence de ces désordres, M. Maisonneuve jugea tout d'abord qu'ils devaient être la conséquence de quelque corps étranger; partant de cette idée, et considérant d'autre part que dans tous les cas il était nécessaire, pour remédier à la dépression profonde de la joue, de détruire les adhérences que les parties molles avaient contractées avec l'os maxillaire; il conçut immédiatement l'idée d'une opération ingénieuse qui lui permît à la fois de résoudre la question du diagnostic et de débarrasser le malade de son infirmité.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve introduit dans la bouche un bistouri convexe, et d'un seul trait disséque les adhérences existant entre la joue et l'os maxillaire. Portant ensuite le doigt index dans cette incision, pour explorer l'os malade et relever les parties molles, il reconnut aussitôt la présence d'un corps étranger profondément incrusté dans le sinus, et, par un mouvement rapide, pratiqua l'extraction de ce corps qui n'était autre qu'une balle de calibre.

Il ne s'agissait plus que de détruire la cicatrice profonde et difforme des parties molles : cernant alors cette cicatrice par une double incision, il l'enlève et réunit les lèvres de la solution de continuité au moyen de quatre points de suture entortillée. A ce moment, une scène des plus comiques vint égayer les nombreux élèves qui assistaient à l'opération.

Le malade, encore sous l'influence de l'ivresse chloroformique et tenant en main la balle qu'on venait d'extraire, interpella, dans un langage grotesque, les deux chirurgiens célèbres qui lui avaient successivement fait arracher toutes les dents de sa mâchoire supérieure.

Le résultat de cette opération fut aussi rapide que complet. Dès le quatrième jour, la plaie extérieure était cicatrisée; la joue avait repris sa forme naturelle, et ne présentait plus qu'une petite cicatrice linéaire, à la place de la fistule hideuse qui la défigurait antérieurement.

Enfin le 20 juin, le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri.

Dr Alexis Favrot.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Note sur la fraxinine,

Par M. Mandet, *pharmacien à Tarare.*

Avant de parler de ce principe immédiat de l'écorce de frêne (fraxinus excelsior, polygamie dioëcie (Linnée), nous consacrerons quelques lignes à l'histoire médicale de cet arbre indigène.

Et d'abord, pour constater la vérité des faits, disons que les feuilles dont on s'entretient depuis quelque temps étaient jadis employées comme purgatives.

MM. Coste, médecin des hôpitaux militaires du roi, et Vuillemet, apoticaire, démonstrateur de chymie à Nancy, en parlent longuement dans un ouvrage couronné par l'Académie de Lyon en 1776, ouvrage intitulé : *Essais botaniques, chimiques et pharmaceutiques sur quelques plantes indigènes substituées avec succès à des végétaux exotiques.* Dans la tisane royale qu'ils employaient fréquemment, pour combattre les affections rhumatismales, ils remplaçaient le séné d'Alexandrie par les feuilles de frêne; toutefois, ils élevaient la dose d'un tiers.

Les évacuations qu'elles procurent, disent ces auteurs, ne sont pas moins abondantes que celles qu'on obtient du séné; elles sont d'ailleurs plus rapprochées et plus promptement terminées, ce qu'ils considéraient comme chose avantageuse.

On voit par là toute l'importance dont jouissaient autrefois les feuilles de frêne. Les tentatives récentes semblent assez décisives pour engager les praticiens à multiplier les expériences propres à constater de plus en plus leurs propriétés.

Un jour peut-être la science médicale aura-t-elle à se féliciter d'avoir prêté quelque attention à une plante dont l'usage, pour être arrivé jusqu'à nous par traditions populaires, n'en est pas moins recommandable.

De son côté, l'écorce de frêne a été également préconisée. Avant la découverte du sulfate de quinine, elle était souvent administrée dans le traitement des fièvres intermittentes. Indépendamment des auteurs déjà cités, le docteur *Helwih,* professeur de médecine à *Gripswald,* dans un mémoire publié en 1712, ne reconnaît pas de fébrifuge indigène plus puissant. Convaincu de ses effets, entrevoyant dans l'avenir les services qu'elle était appelée à rendre, il l'a surnommée le quinquina d'Europe, titre pompeux qu'elle ne tardera pas à justifier.

Occupé de l'étude de nos fébrifuges indigènes, j'ai concentré mes recherches sur l'écorce de frêne; la fraxinine que j'en ai isolée est soumise à l'expérimentation depuis deux ans.

Administrée à la dose de un gramme à un gramme cinquante centigrammes dans l'apyrexie, elle a dépassé nos espérances. Cette dernière dose, continuée pendant quatre jours, a suffi pour arrêter une fièvre contractée en Afrique, laquelle avait résisté à des doses élevées de sulfate de quinine. Un autre fait non moins remarquable s'est produit chez une femme qui depuis cinq ans était atteinte d'une fièvre intermittente, irrégulière, consécutive à un accouchement avec redoublement à chaque époque des menstrues; elle avait pris, disait-elle, des remèdes très-chers et très-mauvais. La fraxinine, à la dose de un gramme cinquante centigrammes, continuée pendant six jours, a fait complétement disparaître les accès.

D'ailleurs, elle paraît être d'une complète innocuité. On ne remarque, dans son emploi, aucun des désordres morbides ordinaires, dans certains cas, au sulfate de quinine, tels que céphalalgie, étourdissements, troubles dans les fonctions digestives.

Ce n'est pas à la légère que nous offrons à la pratique ce fébrifuge trop longtemps oublié.

Avant de nous déterminer, nous avons mûrement réfléchi, nous tenant en garde contre un enthousiasme souvent trompeur. Lorsque ces sortes de succédanés affluaient à l'Académie, peu soucieux de notre droit de priorité, nous ne nous sommes pas empressé d'en faire alors la communication : nous craignions l'indifférence et non la sévérité.

Aujourd'hui, nous n'hésitons plus et nous cédons, par suite de l'attention toute particulière qu'on semble porter au frêne, en reconnaissant enfin sa valeur thérapeutique.

Après avoir soumis l'écorce de cet arbre à diverses manipulations chimiques, mis en usage les divers procédés employés pour obtenir les alcaloïdes, j'ai cru reconnaître que cette substance ne contenait pas de principe alcalin cristallisable, et que son action fébrifuge était due à un principe amer inséparable d'un acide tannique particulier qui doit participer aussi aux propriétés fébrifuges.

Le procédé analytique que j'emploie, tout bizarre qu'il puisse paraître, n'est cependant pas nouveau. C'est en 1826 que *M. Chevallier* attira l'attention des hommes de science sur la singulière propriété du charbon, de s'emparer du principe amer de certains végétaux. Pour obtenir un produit dans les conditions les plus favorables, on doit opérer sur une écorce à son maximum de développement, d'un centimètre au moins d'épaisseur, prise sur le *fraxinus excelsior,* vulgairement appelé *frêne mâle;* elle doit rendre 30 grammes de principe actif par 1,000 grammes d'écorce employée.

La préparation est des plus simples : prenez telle quantité d'écorce de frêne sèche et grossièrement pilée; soumettez-la à plusieurs décoctions successives et prolongées; réunissez les liqueurs et concentrez-les à feu doux; ajoutez au liquide bouillant, et en petite quantité à la fois, 200 grammes de noir animal lavé, par 1,000 grammes d'écorce employée; remuez de temps en temps; 20 minutes après, jetez le tout sur un filtre, laissez bien égoutter, recueillez le charbon, traitez-le par l'alcool à 36 degrés et bouillant, filtrez, retirez par distillation une partie de l'alcool employé, achevez l'évaporation au bain-marie, et vous aurez un produit extractiforme comme l'*ergotine,* comme l'*émétine,* comme la *cantaridine,* etc., produit hygroscopique que nous appellerons *fraxinine.*

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

BIBLIOGRAPHIE.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

Thèse sur les corps étrangers articulaires, par M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés. — Prix : 3 fr. 50 c.

Traité des eaux d'Ax (Ariége), par le docteur Constant Alibert, médecin inspecteur des eaux. — 1 vol. in-8, avec 5 planches. — Prix : 4 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 83. 1re année. Mardi 12 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Beau. De la dyspepsie, par M. Thibierge. (*Suite.*) — Hôpital de la Pitié. M. Michon. Leçons cliniques sur les affections utérines, par M. D. Zambaco. — De l'emploi du bi-carbonate de soude comme antiphlogistique, par le Dr Jules Lemaire. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Sternalgie avec apparence d'intermission. Sangsues, sulfate de quinine, vésicatoire, opium. Mort au 4e jour, par le Dr R. Fallot. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

De la dyspepsie.

(*Suite. Voir les nos* 74, 81.)

Symptômes de la dyspepsie constituant des maladies. — Il y a des symptômes secondaires dits nerveux de la dyspepsie qui constituent des maladies, tels sont la *fausse dothinenterie*, l'*hystérie*, l'*hypochondrie*, l'*aliénation*.

De la pseudo-dothinenterie. — Cette maladie n'est pas indiquée par les auteurs ; elle est cependant fréquente. Vous voyez souvent entrer dans les hôpitaux des malades chez lesquels la prostration est extrême, l'anorexie complète, en même temps que la peau reste fraîche, et le pouls normal. Quelques jours de repos, une nourriture bonne et suffisante, des bains toniques, amènent la convalescence d'une maladie qui semblait tout d'abord une affection typhoïde. Cette maladie, à laquelle nous donnons le nom de pseudo-dothinenterie, parce qu'elle peut être aisément confondue avec la dothinenterie, n'est en réalité qu'une dyspepsie avec prédominance *faiblesse*.

De l'hystérie. — L'hystérie est presque toujours une prédominance de la dyspepsie, ou au moins une maladie entretenue par la dyspepsie ; vous trouvez la preuve de ce que nous avançons chez toutes les hystériques qui vous présentent sans exception du bruit de souffle dans les artères, bruit anormal indiquant un appauvrissement du sang, qui résulte du dérangement des fonctions digestives.

Le siége de l'hystérie a été placé dans l'utérus, parce que la cause de cette maladie est fréquemment dans la non-satisfaction des appétits vénériens ; en outre les anciens appelaient l'hystérie, *suffocation de la matrice*, à cause de la suffocation de la gorge qui accompagne l'hystérie.

Nous reconnaissons dans cette maladie deux espèces : L'*hystérie sensitive* (hystéricisme-hystérie vaporeuse), caractérisée par des sensations (névralgies, névropallies) ; l'*hystérie convulsive*, caractérisée par des convulsions, celle-ci plus rare que la première. Toute hystérie convulsive a commencé par être vaporeuse. Le premier phénomène qui indique le passage de l'hydrémie à l'hystérie est l'aura gastro-glottique (boule hystérique), sensation fréquente qui sert toujours de prodrome à l'attaque convulsive.

De l'hypochondrie.— On a appelé hypochondrie, une maladie nerveuse avec prédominance de symptômes dans la zône de l'épigastre et des hypochondres ; mais ces symptômes qui prédominent ne sont autres que les symptômes les plus caractéristiques de la dyspepsie, à savoir : la névralgie intercostale, le gonflement de l'épigastre par des gaz. Outre ces symptômes, il y a des troubles cérébraux, la tristesse, la mélancolie, et surtout la terreur qu'éprouvent les malades sur l'issue de leur maladie. Ce dernier phénomène a paru être si caractéristique, qu'on lui a donné à tort le nom de la maladie elle-même, *hypochondrie*. Il est plus juste de lui donner les nom de *nosomanie* ou de *nosophobie*. L'hypochondrie chez l'homme est la même maladie que l'hystérie vaporeuse chez la femme. On peut se demander pourquoi il y a tristesse, crainte de la maladie dans l'hypochondrie? C'est parce qu'il y a une foule de sensations et de douleurs dans cette maladie, qui paraissent au malade dépendre d'une lésion grave ou incurable.

De l'aliénation. — L'aliénation elle-même n'est bien souvent qu'une conséquence ou un symptôme secondaire de la dyspepsie ; par exemple, la pellagre qui est due à une mauvaise alimentation, et qui s'accompagne assez fréquemment d'un dérangement de l'intelligence. Les aliénés, au lieu d'avoir une prédominance *sensations, convulsions*, ont une prédominance *hallucinations, folie ;* d'ailleurs les fous ont le sang séreux, ils sont donc hydrémiques. Les médecins qui s'occupent spécialement de l'étude de l'aliénation disent : « Quand les aliénés engraissent, l'aliénation est incurable. » L'aliénation est incurable alors, parce que l'estomac fonctionne bien, et qu'il y a une altération si grave du cerveau qu'elle marche à une funeste terminaison, en dehors du bon état de l'estomac. Si l'estomac fonctionne mal, si l'aliéné est maigre, il y a chance de guérison, parce que si on rétablit l'estomac, la folie disparaîtra.

Symptômes nerveux, locaux, de la dyspepsie, considérés comme des maladies. — Nous vous parlerons d'abord de l'*amaurose*. Cette maladie reconnaît souvent pour cause la dyspepsie, ainsi que nous vous l'avons fait maintes fois remarquer en examinant les malades de notre service. Nous avons vu récemment en ville une dame qui était amaurotique, et qui, en même temps présentait quelques signes de perversion des fonctions digestives ; nous avons traité seulement les troubles digestifs, et dans un court espace de temps nous avons vu disparaître la dyspepsie et l'amaurose. M. Landouzy a avancé que l'amaurose était un symptôme de l'albuminurie : nous ne contestons pas cette assertion, mais nous l'interprétons différemment ; nous pensons que l'amaurose est due à la dyspepsie qui accompagne l'albuminurie, comme est celle que l'on rencontre dans le scorbut, dans la chlorose, dans les affections vermineuses, etc. Le *priapisme*, *l'impuissance*, se rencontrent chez les individus faibles, dyspeptiques. Les dyspeptiques ont un sentiment d'ardeur, de constriction à la gorge, une *dysphagie* spéciale : si on examine le voile du palais et le pharynx, on ne trouve aucune altération. Ce phénomène a été décrit sous le nom de *dysphagie hypochondriaque*. M. Chomel pense que ces symptômes tiennent à une inflammation des follicules du pharynx, et il les groupe sous le nom de *pharyngite folliculeuse*.

Nous ferons remarquer que dans la dysphagie hypochondriaque, tantôt il y a des follicules enflammés et tantôt il n'y en a pas ; que souvent, quand ces follicules sont enflammés, ils le sont en si petit nombre qu'on ne peut guère les regarder comme la cause suffisante des symptômes qui apparaissent vers le pharynx. Du reste, il y a toujours, dans ces cas divers de dysphagie, symptômes de dyspepsie, hydrémie, symptômes nerveux, etc. ; et pour guérir la dysphagie, il faut guérir la dyspepsie.

La prédominance (ardeur d'urine, difficulté de miction, *dysurie*) est encore un phénomène de la dyspepsie et qui guérit avec elle.

Rapports de la dyspepsie avec l'état anémique et l'état nerveux. — Jusqu'à présent, vous avez vu que la dyspepsie donne lieu, tantôt à une prédominance hydrémique (chlorose, anémie), tantôt à une prédominance nerveuse (hystérie, hypochondrie). D'autres fois, les symptômes nerveux et hydrémiques sont assez équilibrés pour constituer ces maladies qu'on appelle chloroses avec symptômes nerveux. Ces différentes manifestations symptomatiques, bien que dépendant d'une cause identique, la dyspepsie,

tiennent surtout à une disposition particulière de l'individu, une sorte d'idio-syncrasie.

Des incontinences et sécrétions anormales. — On en observe fréquemment dans les dyspepsies.

A. *Incontinence d'urine.* — Fort rare chez l'homme, fréquente chez la femme, elle est un symptôme de chlorose, suite de dyspepsie. Ainsi, vous avez pu voir dernièrement, au n° 25 de la salle Saint-Philippe, une jeune fille de 15 ans présentant tous les signes de la chlorose confirmée; elle était atteinte d'incontinence d'urine due à l'état chlorotique.

L'écoulement involontaire d'urine, chez la femme, est un symptôme moins rare qu'on ne le croit généralement, car il est caché soigneusement quand les femmes sont pudiques et qu'elles ont à un haut degré le sentiment de la propreté; il se montre non-seulement chez les chlorotiques, mais encore chez certains phthisiques, au moment des accès de toux.

Les urines offrent des altérations variables. Dans la dyspepsie avec polydypsie, les urines sont abondantes, comme aqueuses, claires. Les urines albumineuses sont un symptôme d'albuminurie qui représente cette espèce d'anémie dans laquelle le sérum sanguin renferme une proportion d'albumine moins grande que dans l'état normal : cette altération est due à une dyspepsie. A ce propos, nous vous dirons quelques mots des hydropisies : il y a des hydropisies avec et sans albuminurie; dans l'un et l'autre cas, selon MM. Becquerel et Rodier, le sang est altéré; dans les hydropisies avec albuminurie, la matière albumineuse, livrée imparfaite par les organes digestifs, est expulsée par les urines; dans celles où il n'y a point albuminurie, la matière albumineuse est livrée en quantité insuffisante par le tube digestif : elle n'est pas expulsée, parce qu'elle est de bonne nature, mais elle arrive dans le sang en proportion insuffisante, et il y a alors anémie albumineuse, comme dans le cas précédent, où l'albumine imparfaite se perdait par les urines.

Au commencement de ce siècle, Rollo a écrit que le diabète était une maladie de l'estomac, et il a cité les observations de diabétiques qu'il avait guéris en ranimant l'estomac par le quinquina et l'alimentation fortement azotée. Ne sommes-nous donc pas autorisé, en présence de ces faits, à regarder le diabète comme un phénomène de dyspepsie, dyspepsie qui s'accompagne ici le plus souvent de boulimie? Du moment qu'il y a de l'albumine, du sucre, dans les urines, il peut y avoir d'autres substances : ainsi, M. Frich, de Baltimore, a trouvé de l'oxalate de chaux dans les urines des individus qui ont contracté une dyspepsie par l'usage excessif de la tomate. Nous reviendrons là-dessus, en parlant des causes de la dyspepsie.

B. *Incontinence de la salive.* — Nous allons vous entretenir un instant de la surabondance d'excrétion de la salive, du ptyalisme. Cette incontinence, qui se montre si habituellement après l'usage des mercuriaux, est assez fréquente dans la dyspepsie. On l'observe souvent chez les femmes grosses (dyspeptiques, comme nous le verrons plus loin) et chez les pellagreux; elle existe quelquefois comme symptôme prédominant de dyspepsie; aussi, dans ces cas, a-t-elle été regardée à tort comme essentielle par quelques observateurs.

C. *Spermatorrhée.* — Il y a une spermatorrhée qui survient sans rêves, sans plaisir, ni éjaculation, caractérisée par un écoulement insensible, involontaire et qui passe souvent inaperçu. Cet écoulement se montre parfois après un effort, la défécation, par exemple; il est un symptôme de faiblesse très-fréquent chez les dyspeptiques.

D. *Sueurs.* — Les grandes sueurs des convalescents sont fréquemment regardées comme un signe de tubercules, c'est un grand tort; elles sont dans la majorité des cas une preuve de la faiblesse des individus qui les ont; elles démontrent que l'estomac n'est pas encore assez fort pour réparer les pertes que le malade vient d'éprouver, elles sont un symptôme prédominant de dyspepsie.

E. *Leucorrhée.* — Les anciens médecins qui désignaient sous le nom de *fleurs rouges* les règles des femmes, avaient donné le nom de *fleurs blanches* à l'écoulement blanc qui sort par le vagin : ce nom est encore aujourd'hui employé comme synonyme de leucorrhée. Cet écoulement est une incontinence que l'on rencontre souvent : il est d'une couleur blanche, et tient à l'hypersécrétion des follicules du col de l'utérus. Les femmes disent que la leucorrhée leur donne des tiraillements d'estomac; nous croyons au contraire que la dyspepsie cause la leucorrhée : ne voyons-nous pas, en effet, les fleurs blanches survenir tout à coup à la suite d'une vive contrariété, de l'usage accidentel d'un aliment antipathique à l'estomac, tel que le café au lait?

La leucorrhée produit des accidents : le contact des fleurs blanches avec les lèvres du col peut déterminer de la métrite granuleuse, cette métrite superficielle, indolente, devient profonde, douloureuse, réagit sur l'estomac et engendre une dyspepsie secondaire, qui vient augmenter la dyspepsie initiale, cause première de la leucorrhée.

Dyspepsies fébriles. — Nous ne pouvons pas terminer l'histoire des symptômes secondaires de la dyspepsie sans parler d'une forme fébrile qu'ils affectent, et sans citer l'embarras gastrique fébrile. On sait que l'embarras gastrique est une espèce de dyspepsie, comme nous le dirons plus loin, à l'article des causes. Il est non fébrile souvent, mais souvent aussi il s'accompagne de fièvre, quelquefois très-intense. On voit par là que la dyspepsie, qui touche d'un côté aux névroses comme nous venons de l'exposer, touche aussi d'un autre côté aux fièvres. Nous verrons bientôt qu'elle a des affinités incontestables avec les maladies organiques.

Tels sont les symptômes secondaires. Ils ne sont pas toujours en rapport d'intensité avec les symptômes primitifs : les symptômes primitifs peuvent passer inaperçus, surtout quand ils sont masqués par les symptômes secondaires. Ajoutons que certains symptômes secondaires se montrent quelquefois uniquement pendant la digestion, par exemple : la tristesse, les étourdissements, la somnolence, la lassitude, etc.

THIBIERGE, *interne de service.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Pitié. — M. MICHON.

Leçons cliniques sur les affections utérines.

Recueillies et rédigées par M. D. ZAMBACO, *interne des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation.*

Les maladies de l'utérus sont autant du ressort de la chirurgie que de la médecine.

Ainsi qu'un grand nombre d'autres affections qui se trouvent sur les confins de ces deux branches de l'art de guérir, elles sont également traitées dans les ouvrages de pathologie interne et externe.

Du domaine du chirurgien et du médecin, ces affections étudiées et observées par tous les deux à la fois, devraient être bien mieux connues que ne le sont les maladies qui appartiennent exclusivement à l'un ou à l'autre; or, l'on serait réellement dans l'erreur si l'on croyait que le médecin et le chirurgien se fussent réciproquement donné la main pour aplanir les difficultés et éclairer la pathogénie de ce genre d'affections dignes de longues méditations, tant par leur fréquence que par leurs fâcheux effets, qui peuvent retentir sur la vie individuelle et mettre en même temps obstacle à la propagation de l'espèce humaine.

En lisant l'histoire de ces maladies, on verra que d'opinions diamétralement opposées ont été émises et soutenues, combien de traitements ont été conseillés et pratiqués; alors on sera mieux à même d'apprécier l'incertitude qui règne encore aujourd'hui à leur égard dans le monde scientifique, malgré les prétentions de plusieurs théoriciens et les croyances d'un grand nombre de praticiens.

Pour bien comprendre et étudier avec fruit les altérations et les lésions qu'un organe quelconque peut subir dans l'état de maladie, les phénomènes qui les trahissent et les décèlent à nos sens, ainsi que les moyens propres destinés à combattre les unes, et à prévenir, amoindrir ou faire radicalement cesser les autres, il faut posséder des connaissances précises en anatomie et en physiologie; c'est guidé par ce double flambeau que l'on peut aisément expliquer la raison d'être des affections d'un organe et des troubles généraux ou locaux qui en sont la conséquence.

Un organe par sa situation, par ses connexions, par sa structure, par ses fonctions, est exposé à telle perturbation plutôt qu'à telle autre; et cette remarque est tellement juste et rigoureuse, que ce n'est que du moment où un organe a été véritablement connu dans son anatomie, depuis que son véritable rôle dans l'organisme a été découvert, que l'anatomiste signala mathématiquement sa position, ses rapports, etc.; que le physiologiste indiqua l'office qu'il remplit, que la pathologie de ce même organe a pu être facilement abordée et sainement étudiée.

Il est facile de se convaincre de la vérité de cette évolution; et pour ne pas sortir du sujet qui nous occupe, on peut aisément comprendre comment des médecins peu versés dans les études anatomiques ont cru reconnaître une tumeur morbide dans des cas où il ne s'agissait que d'une position normale exagérée. Il ne faut pas sortir de notre siècle, de notre époque même, pour chercher de tels exemples de mépris.

L'histoire anatomique de l'utérus est de nos jours généralement bien décrite dans les ouvrages d'anatomie; aussi croyons-nous ne pas devoir nous appesantir sur cette partie. Qu'il nous suffise d'en rappeler les points essentiels, et d'en déduire les applications pathologiques qu'ils peuvent nous fournir.

Tout le monde sait que l'utérus est le réceptacle destiné à recevoir le produit de la conception. Entouré des organes accessoires et fondamentaux de la reproduction, il change de conditions pendant l'état de gestation.

Situés dans le bassin, tous les viscères abdominaux pèsent sur lui, supportant ainsi un poids total considérable; de cette manière, on peut se figurer comment la construction de la poitrine retentit jusqu'à lui et le déplace.

Chez la femme, la continuation d'une séreuse avec une muqueuse (exemple unique dans l'organisme) est indiqué par les auteurs; ce qui a fait dire à plusieurs d'entre eux que la femme avait le ventre ouvert à l'extérieur.

Suspendu et maintenu dans sa position par des aponévroses et des ligaments, l'utérus peut flotter, monter ou descendre jusqu'à un certain point, suivant que l'on presse de bas en haut ou en sens inverse; aussi les tumeurs abdominales volumineuses déplacent-elles facilement cet organe soumis à leur pression.

Le vagin, étroit chez la fille vierge s'élargit par le coït. Or, lorsqu'un organe et surtout un canal extensible augmente dans une de ses dimensions, il faut nécessairement qu'il diminue dans un autre sens (qu'on nous permette la comparaison grossière, c'est comme un bas qui ne peut s'élargir sans se raccourcir).

Ainsi, de la dilatation du vagin résulte sa diminution en longueur, et par conséquent le vagin s'élargissant entraîne en bas l'utérus.

Le ligament rond est destiné à maintenir l'utérus en position, mais tiraillé, il s'allonge et permet à l'utérus de descendre.

Lorsqu'au contraire ce ligament est le siége d'une inflammation, il se raccourcit comme tous les tissus blancs, et l'utérus subit un mouvement de latéralité, de torsion, de manière que le col se dirige en sens inverse du corps; de là la nécessité d'explorer les ligaments ronds dans les déplacements de la matrice.

Placé entre deux organes d'excrétion, savoir la vessie en avant et le rectum en arrière, l'utérus peut être déplacé lorsque ces réservoirs sont remplis des matériaux qu'ils sont chargés d'expulser; l'utérus à son tour, lorsqu'il a changé de direction, presse sur la vessie ou sur la fin de l'intestin, et détermine du ténesme, des besoins fréquents d'uriner, etc.

Le col de l'utérus est la partie de cet organe le plus souvent malade; beaucoup de ses affections reconnaissent pour causes son étroitesse et les fonctions qu'il est destiné à remplir; aussi c'est à la suite d'un accouchement ou d'un avortement que souvent le mal se déclare.

Lallemant, chirurgien de la Salpétrière, observa le premier que le col peut proéminer dans le vagin, et qu'il peut prendre par sa longueur la forme d'un bec. M. Michon rencontra dans sa pratique un cas tout à fait semblable.

Plusieurs femmes stériles qui demandent le secret de devenir mères, offrent à l'exploration un col allongé et en procidence.

Après la conception, le col s'élargit et se raccourcit d'après la propriété commune de nos tissus de se raccourcir à mesure qu'ils se dilatent.

Quant à la direction des organes génitaux de la femme, celle du vagin n'est pas la même que celle de l'utérus; celui-ci, placé de champ, suit l'axe du détroit supérieur, tandis que le vagin est dirigé selon l'axe du détroit inférieur; disposition fort utile à connaître lorsqu'il s'agit de porter l'instrument tranchant dans la profondeur de ces parties; la direction de l'utérus explique comment, exagérée, elle peut amener l'antéversion.

Il n'y a rien de plus surprenant que l'indécision de l'Académie de médecine relativement à la fréquence respective de la rétroversion et de l'antéversion; malgré cette direction de l'utérus en arrière, les prolapsus peuvent avoir lieu, quoiqu'ils ne soient pas très-communs.

Tant que les parois abdominales sont rigides (exemple, chez les jeunes filles), soumis à une pression réciproque entre ces parois et les viscères, l'utérus est maintenu dans sa position normale; la résistance des intestins l'empêche de se porter en arrière : la grossesse, l'hydropisie, etc., états transitoires qui déterminent le relâchement et le tiraillement de ces parois, ont pour effet, quand elles ont cessé d'exister, de faire tomber l'utérus en avant; déplacement éminemment favorisé par l'usage d'un corset serré, qui presse sur le foie et étrangle la base de la cavité thoracique. L'utérus est alors cordé, il y antéversion; cette déviation est d'autant plus facile à se produire dans ces circonstances, que les ligaments ronds exercent une traction de l'utérus en avant, ou du moins s'opposent à ce que son fond se porte du côté du rectum, tandis que rien de semblable ne le retient à la partie postérieure.

Les opinions des auteurs sont très-partagées sur l'excavation plus ou moins prononcée de la face antérieure du sacrum dans les deux sexes. Plusieurs ont cru trouver le sacrum de la femme beaucoup plus concave que celui de l'homme : c'est une erreur que nous nous empressons de rectifier. Chez les femmes d'une mauvaise conformation, rachitiques, etc., la concavité du sacrum peut être exagérée, et cette condition purement pathologique, ou du moins ectrotique (ἔκτρωμα, monstre), rend l'accouchement pénible et quelquefois impossible. Meckel est le premier anatomiste qui redressa cette erreur : il fit comprendre que ce serait accuser la nature de maladresse que de croire qu'elle a déterminé une plus grande excavation dans les pelvis qui ont précisément besoin, pour l'expulsion du produit de la conception, d'un détroit inférieur large; en effet, plus le sacrum sera excavé et plus le sommet de la pyramide qu'il présente sera porté en avant, ce qui rétrécira proportionnellement le diamètre du détroit inférieur. Cette concavité du sacrum favorise la rétroversion; pourtant, si les ligaments sont tendus, si les parois abdominales sont rigides, ce déplacement ne pourra pas avoir lieu. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites et que le fond de l'utérus tombe en arrière, dans la cavité sacrée, les malades éprouvent des tiraillements très-douloureux dans les aines, par suite de la tension des ligaments ronds.

Maintenant, qu'arrive-t-il, lorsqu'une fois l'utérus a contracté une position anormale? La circulation du liquide sanguin est gênée; le sang stationne, et par conséquent l'utérus, se congestionnant, augmente de volume et atteint quelquefois des proportions énormes; aussi des chirurgiens peu habiles ont pu prendre des utérus ainsi tuméfiés pour des tumeurs ou des abcès pelviens.

Lorsque le col est mince et flexible, il peut arriver que le corps volumineux s'infléchisse en avant; cette antéflexion n'est que la conséquence d'un vice de conformation. Un utérus bien fait peut se déplacer, mais il ne s'infléchit jamais. L'inflexion de l'utérus peut se constater par le cathétérisme de cet organe.

Le col a deux orifices, et la membrane muqueuse qui tapisse chacun est loin d'offrir les mêmes attributs. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. La division de l'utérus en corps et en col n'est point arbitraire ni artificielle; les maladies elles-mêmes savent respecter les limites de ces deux parties. En effet, le col seul peut devenir malade, le corps conservant son intégrité, et réciproquement.

Les vaisseaux de l'utérus méritent de fixer un instant notre attention.

Les artères proviennent de deux sources et sont : 1° les ovariques qui fournissent le sang au fœtus, car c'est presque toujours près des trompes que le placenta s'insère; 2° les artères du col qui émanent de l'hypogastrique. Les hémorrhagies peuvent provenir, soit du corps, soit du col, et le symptôme perte peut se rencontrer également dans les affections de cette dernière partie.

Les veines sont aussi fort utiles à connaître, car souvent la stagnation du sang dans leur intérieur engendre des maladies. Les vaisseaux lymphatiques aboutissent aux ganglions des lombes, et dans quelques cas rares aux glandes inguinales, d'où l'engorgement de ces dernières dans quelques cancers du col, ainsi

que dans quelques ulcérations syphilitiques siégeant dans sa portion vaginale.

Les nerfs de l'utérus proviennent de deux sources, de l'axe cérébro-spinal et du système du grand sympathique. Comme celles de la vessie, les contractions de l'utérus sont spontanées, mais accompagnées des douleurs vives qui constituent l'accouchement. Le fond de l'utérus reçoit des branches du système de la vie de relation; mais c'est surtout au col que les nerfs de ce système vont aboutir et se distribuer, ainsi que l'a très-bien prouvé M. Rendu, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, dans sa thèse inaugurale. Or, l'utérus est sensible; mais par là nous ne voulons pas dire que ce viscère perçoive les impressions des excitants comme la peau. Si l'on touche l'utérus, sans lui imprimer aucun mouvement, la femme n'accuse aucune sensation; mais si on lui transmet un mouvement quelconque, la femme accuse une sensation immédiate. Ainsi, les sensations de l'utérus sont analogues à celles des tendons qui ne sont sensibles qu'au tiraillement; aussi, il n'est pas étonnant que, dans les ulcères et autres maladies de cet organe, la cautérisation la plus profonde ne détermine aucune sensation douloureuse. Le col est embrassé inférieurement par le vagin dans lequel il forme un relief plus ou moins arrondi, comparé à la bouche d'un cyprin dont une lèvre dépasse l'autre. Le vagin offre au niveau de son insertion autour du col une espèce de cul-de-sac. Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, le col de l'utérus est arrondi; pourtant, l'altération de cette forme primordiale ne doit pas nécessairemeni faire présumer des relations sensuelles accompagnées de conception. Plusieurs maladies peuvent faire perdre au col sa forme arrondie.

M. Michon donne actuellement des soins à une jeune dame dont le col utérin ramolli est parsemé de fongosités nombreuses: elles ont déformé et agrandi l'orifice comme cela a lieu chez les femmes qui ont eu plusieurs parturions. (Cette dame portait tous les signes de la virginité lorsqu'elle a été examinée pour la première fois par M. Michon.)

L'orifice interne du col a quelquefois des résultats affreux dans les accouchements, en se fermant avant l'expulsion du placenta. Il y a une différence digne de remarque entre la femme et les femelles des animaux, qui n'ont pas d'orifice interne du col (exemple, jument); si pendant la gestation on fait approcher de force l'étalon, il y a avortement, tandis que la femme jouit impunément du privilége de continuer les relations sexuelles même pendant la grossesse.

La structure de la muqueuse génitale a été l'objet de recherches spéciales qui nous l'ont fait connaître dans tout son jour: aussi, tout le monde sait aujourd'hui, que du côté de la trompe, et près de son orifice externe, la muqueuse subit des modifications, au point qu'on ne saurait dire si c'est une muqueuse ou une séreuse. La muqueuse du col est très-riche en petites vésicules qui, morbidement modifiées, sécrètent des mucosités visqueuses non transparentes, mais morveuses, ayant la plus grande ressemblance avec le liquide nasal qui coule du nez des enfants en bas âge. Outre les vésicules précitées (œufs de Naboth) entre les plis qu'affecte la muqueuse du col, on voit des follicules mucipares en assez grand nombre.

La cavité du corps de l'utérus se continue avec les trompes par deux orifices, et ces dernières s'ouvrent dans la grande séreuse viscérale, en même temps qu'elles mettent en communication avec l'utérus l'ovaire, organe qui contient probablement les éléments du fœtus. Dans l'état physiologique, il y a différence, quant à la réaction chimique, entre la sécrétion du col et celle du corps de l'utérus; la première est alcaline, tandis que la seconde est acide. Le liquide sécrété dans la cavité du corps est séreux, tandis que celui qui prend naissance aux parois du col est muqueux. Les écoulements séreux sont extrémement rares; mais l'oblitération du col peut, dans quelques cas, donner lieu à une hydropisie de l'utérus. En ce moment, M. Michon donne des soins à une femme atteinte de polypes implantés dans la cavité utérine; les productions morbides furent excisées, après quoi on appliqua le cautère transcurrent pour détruire radicalement l'élément anormal. Actuellement, à la fin de chaque période menstruelle, dont le résultat est de gonfler l'orifice interne du col, un écoulement séreux abondant a lieu lorsque le col, revenu à ses premières conditions, permet à ce liquide amassé dans l'utérus de se frayer une issue. Nous avons dit que le col peut être seul malade et sans la participation du corps. Il ne faut pas entendre par là qu'une maladie du col ne puisse se propager jusqu'au corps de cet organe; quelquefois même on voit la maladie cheminer jusqu'aux ligaments larges; mais un catarrhe granuleux du col ne peut donner naissance à un engorgement de l'utérus ou de l'ovaire; ce qui prouve que le col peut seul être atteint. De là la nécessité, dans les maladies utérines en général, d'explorer les parties fondamentales et accessoires des organes génitaux par toutes les manières et de tous les côtés: par la vessie, le rectum, par le toucher vaginal, le spéculum et le palper abdominal.

Ainsi, communément, la règle est qu'une maladie du col s'arrête à cette partie de l'organe, et si l'on voulait traiter ces maladies ainsi localisées comme un engorgement de l'utérus dans toute son étendue, on débiliterait inutilement les malades sans les soulager; les engorgements des parties voisines, consécutifs à ces granulations, sont tout à fait exceptionnels.

Le vagin lui-même a une muqueuse douée d'une grande quantité de follicules, qui, une fois enflammées sécrètent abondamment, et ne guérissent que par la méthode de substitution. A la vulve, il existe aussi des follicules mucipares, bien étudiées par M. Robert étant chirurgien de l'hôpital de Lourcine, dans le rôle qu'elles jouent dans les écoulements chroniques: de même que les replis de la muqueuse uréthrale, chez l'hmme, conservent la gouttemilitaire, de même chez la femme les écoulements peuvent seperpétuer par ces follicules, M. Robert parvint à faire disparaître complétement et rapidement ces sécrétions morbides en fendant ces follicules et les cautérisant une à une. Ce genre de flueurs blanches se déclarent par suite de rapports sexuels aventureux, et sont très-communes dans les salles de Lourcine.

A la suite des affections d'une certaine durée du col utérin, le col peut s'engorger et se tuméfier; c'est à tort qu'on a voulu renier ces engorgements d'une manière absolue.

(Pourquoi le col ferait-il exception et ne s'engorgerait-il pas, puisqu'il est formé de plusieurs éléments dont la présence, dans les autres parties de l'organisme, n'exclue point l'engorgement?) Lisfranc tomba dans l'excès opposé; il croyait en voir partout.

Il est avéré pour tout le monde que des fibres musculaires entrent dans la structure de l'utérus, et que c'est surtout pendant la conception qu'elles prennent un développement considérable. Le même phénomène s'observe, lorsque dans la cavité ou dans les parois utérines est implanté un corps étranger; les femmes accusent des contractions utérines analogues à celles qui ont lieu pendant l'expulsion du fœtus. D'autres fois, sans qu'aucun corps physiologique ou pathologique mette en jeu l'irritabilité de cet organe, des contractions non moins évidentes sont éprouvées et accusées; ce qu'on observe chez certaines hystériques.

Dispositions qui varient selon les âges. — Chez les jeunes filles, le col est tout à fait rudimentaire, petit, cylindrique; et chez le fœtus, l'utérus est dirigé en avant et présente une véritable antéversion; aussi l'antéversion est et devrait naturellement être plus fréquente que la rétroversion.

Par les progrès de l'âge, le col accroît, et c'est surtout à l'apparition des menstrues qu'il prend un développement considérable; plus tard, l'ouverture est légèrement transversale, et à l'âge de vingt-cinq ans, le col acquiert dans cette direction des dimensions beaucoup plus grandes qu'elles n'étaient jusqu'à cette époque. A l'âge de stérilité, l'utérus s'atrophie, se ratatine, par suite de l'absence de tout mouvement fluxionnaire périodique; le col s'affaisse et diminue de volume à tel point qu'on dirait qu'il a été amputé; ce dont on peut facilement se convaincre en explorant les femmes de la Salpétrière; l'ovaire lui-même se flétrit, et les maladies du col deviennent bien plus rares chez les vieilles femmes. Mais si les progrès de l'âge mettent à l'abri des maladies bénignes, ils ne préservent pas des cancers et des

cancroïdes. Pourtant si, à l'approche de l'âge critique, un cancer ou une tumeur quelconque existe chez une femme, on voit les hémorrhagies morbides diminuer, puis disparaître après cette époque, de manière que cette période franchie, il y a amélioration notable par le retrait, l'affaissement et la perte de vascularité du col. M. Michon fut consulté, il y a plusieurs années, par une femme de la Halle qui portait une tumeur fibreuse utérine; Lisfranc avait fait pratiquer, à plusieurs reprises, de larges émissions sanguines; M. Michon pronostiqua que, sans le secours d'aucune médication, la malade guérirait à l'âge critique, ou du moins, qu'après cette époque, elle ne serait plus incommodée par les accidents graves qui mettaient ses jours en danger (hémorrhagies, etc.), ce qui en effet eut lieu. Depuis dix ans, cette femme n'est plus importunée par aucun phénomène morbide et peut être considérée comme radicalement guérie de tous ces accidents, grâce aux modifications dont l'utérus fut le siége, modifications heureuses qui augmentent à mesure que la femme s'éloigne de l'âge de reproduction.

Outre les changements précités, changements normaux qu'on observe chez les femmes qui traversent physiologiquement les diverses périodes de la vie, et qui ont fixé un instant notre attention, nous ne pouvons passer à l'étude d'une autre partie du sujet sans mentionner les arrêts de développement qu'on rencontre quelquefois et qui sont une cause invincible de stérilité; le col reste dans ces cas rudimentaire, comme chez les jeunes filles; l'utérus lui-même est petit et très-mobile; il n'a pas participé à l'élan général, à l'accroissement de toutes les parties de l'économie. Ces femmes sont nécessairement et dûment stériles. D'autres fois, c'est l'orifice qui met obstacle à la reproduction; il est étroit, et lorsqu'on parvient à l'élargir, on détermine des conditions favorables à la conception.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'emploi du bi-carbonate de soude comme antiphlogistique,

Par le docteur Jules Lemaire.

Le bi-carbonate de soude n'a pas encore été employé, que je sache, pour combattre les phlegmasies aiguës.

Les ouvrages de matière médicale et de thérapeutique les plus récents que j'ai consultés, soit sur la médecine humaine, soit sur la médecine vétérinaire, ne disent rien de son emploi contre ces maladies. C'est, comme on le sait, contre les affections calculeuses des reins et de la vessie et contre les maladies chroniques des organes de la digestion que ce sel est principalement employé.

Cependant je dois dire que Mascagni, qui avait observé que les concrétions fibro-albumineuses que l'on remarque sur les membranes séreuses d'individus morts de pleurésie ou de péritonite se dissolvaient facilement dans une eau même peu chargée de potasse ou de soude, proposa d'employer le carbonate de potasse pour prévenir la formation de ces concrétions. On fit usage de ce remède. Aussitôt que la maladie se déclarait, on avait recours à la saignée, et immédiatement après on mettait les malades à l'usage de l'eau alcaline. On assure que, dans les péripneumonies, cette boisson rendait les crachats moins visqueux, plus liquides, qu'ils perdaient peu à peu la densité qu'ils avaient dans le commencement et qu'ils étaient expectorés avec une grande facilité; en même temps il survenait une sueur abondante et des évacuations d'urine qui se montraient salutaires (*Bullet. de la Faculté et de la Soc. de médecine de Paris,* n° 8, 1813, d'après Barbier d'Amiens). Le traitement de Mascagni est à peu près oublié. La formule qu'il employait a été reproduite dans quelques traités de pharmacie, de matière médicale et dans quelques formulaires. C'est peut-être, depuis une trentaine d'années, le seul honneur que l'on ait rendu à cette médication.

Pour la direction de mes recherches, je me suis appuyé sur un autre fait que celui observé par Mascagni. Je le ferai connaître un peu plus bas. Je dirai auparavant quelques mots sur les phlegmasies aiguës.

Les belles recherches qui ont été faites sur le sang dans ces dernières années par MM. Andral et Gavarret, ont démontré que, dans les phlegmasies aiguës, la quantité de fibrine du sang est toujours augmentée. Ce grand fait, en même temps qu'il détruit la doctrine de la localisation des maladies qui paraissait si bien établie, jette un jour nouveau sur cette classe d'affections. Il prouve sans réplique que, dans les inflammations aiguës, il y a au moins deux sortes d'altérations : celle du sang et celle des solides. Mais tout important qu'il est ce grand fait, il ne donne la solution que d'un point du problème. D'abord l'augmentation de la quantité de fibrine est-elle la seule altération que présente le sang dans ces affections? Et en supposant que les autres composants, si nombreux et encore si mal connus qui constituent ce liquide, ne soient pas altérés dans leurs quantités ou dans leurs qualités, il reste au moins à démontrer comment cet excès de fibrine prend naissance. L'augmentation de cet élément du sang préexiste-t-elle à la phlegmasie, ou bien en est-elle la conséquence? Toutes ces questions sont encore à résoudre. Mais prenant la science telle qu'elle existe aujourd'hui, je trouve que l'augmentation de la quantité de fibrine est un fait constant dans les phlegmasies. Ce fait donne une indication de thérapeutique à remplir, savoir : trouver un agent ou une méthode de thérapeutique capable de soustraire l'excès de fibrine du sang dans les phlegmasies aiguës. C'est le but de ce travail.

La propriété bien connue de la potasse, de la soude et de leurs carbonates, de dissoudre la fibrine, a été mon fil conducteur. D'un autre côté, sachant que les carbonates alcalins sont facilement absorbés et qu'ils sont rejetés par les divers émonctoires, principalement par l'urine, je me suis demandé si le bi-carbonate de soude, qui pénètre si facilement dans le torrent circulatoire, ne pourrait pas enlever au sang l'excès de fibrine qu'il contient. Il m'était bien permis d'avoir cet espoir, quand tous les jours les eaux minérales de Vichy et toutes celles qui contiennent une forte proportion de bi-carbonate de soude, font disparaître, probablement par leur action dissolvante, des engorgements des viscères qui, plus d'une fois, avaient été considérés comme incurables. Les guérisons que j'ai obtenues démontrent si j'ai atteint mon but.

Contrairement à Mascagni, j'ai employé le bi-carbonate de soude, parce que les sels de soude existent en assez grande proportion dans le sang, et parce que les médecins qui ont expérimenté comparativement les sels de potasse et les sels de soude, ont observé que les sels de potasse sont moins bien facilement supportés par les malades que les mêmes préparations de soude. On demandera peut-être pourquoi j'ai choisi le bi-carbonate de préférence au carbonate neutre? Je l'ai préféré pour plusieurs raisons. D'abord, parce que le bi-sel est plus pur que le carbonate neutre. Ce dernier, en effet, contient toujours du sulfate de soude et du chlorure de sodium; mais la raison principale, c'est que le carbonate neutre contient plus de 60 pour cent d'eau de cristallisation qu'il perd en grande partie en devenant efflorescent. Il en résulte qu'à poids égal le sel effleuri pourrait, dans certains cas, contenir une fois autant de sel anhydre que le carbonate bien cristallisé. En sorte que 1 gramme de l'un représenterait 2 grammes de l'autre. On comprendra facilement combien il importe, dans l'emploi d'un médicament aussi énergique, d'avoir des doses qui reproduisent toujours la même somme d'action.

Le bi-carbonate qui ne contient que 10 pour cent d'eau de cristallisation qu'il perd assez difficilement à l'air libre, ne présente cet inconvénient qu'à un très-faible degré. D'ailleurs, je le crois tout aussi énergique que le carbonate neutre. Je pense même que la grande quantité d'acide carbonique libre qui existe dans le sang transforme rapidement le carbonate neutre en bi-carbonate.

Dans les premières expériences, j'ai fait prendre 4 grammes de bi-carbonate de soude dans les vingt-quatre heures. Je le faisais dissoudre dans un litre d'eau gommée qui servait de

boisson habituelle au malade. Depuis, j'en ai porté la dose jusqu'à 8 grammes dans les vingt-quatre heures.

Voici le mode d'administration que j'ai définitivement adopté :

Potion antiphlogistique (adulte).

℞ Eau commune.	350	grammes.
Bi-carbonate de soude. . .	8	—
Sirop de fl. d'oranger. . .	30	—
f. s. a.		

à prendre par cuillerée à soupe tous les quarts d'heure. Ce mode d'administration permet d'introduire dans l'estomac, par heure environ, 1 gramme de bi carbonate. C'est, je pense, le meilleur moyen d'assurer son action.

Pour les enfants, je ne l'ai employé que sur de petits malades de 5 à 9 ans. J'ai varié la dose de 3 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures. J'ai adopté pour eux, comme pour les adultes, la forme de potion et le même mode d'administration.

Mon ami, le docteur Clerc, a suivi mon exemple, comme on pourra le voir dans l'observation relatée plus loin.

Pour les très-jeunes enfants, je pense qu'on peut débuter par 1 gramme et augmenter graduellement jusqu'à 3 grammes par jour.

Les doses que je viens d'indiquer pour les divers âges me paraissent suffisantes pour atteindre le but qu'on se propose. En les dépassant, il ne serait pas impossible que la solution n'irritât le tube digestif et qu'une grande partie du médicament ne fût rejetée par les garde-robes. Il ne faut pas oublier que l'absorption de ce sel est indispensable pour qu'il puisse exercer son action sur le sang. Il faut aussi se rappeler que l'observation a démontré que l'usage immodéré de ce sel dispose les organes, en raison de son action dissolvante, aux infiltrations cellulaires. J'ajouterai même que, dans des expériences que je fis dans un autre but et que je ferai bientôt connaître, j'appliquai directement le bi-carbonate de soude mélangé avec trois fois son poids de sucre en poudre, sur une membrane muqueuse enflammée, et cette application fut immédiatement suivie, sur deux malades, d'une petite hémorrhagie. Je cite tous ces faits pour que les médecins qui voudront répéter mes expériences apportent dans l'emploi de ce médicament beaucoup de prudence.

Pour placer l'organisme dans les conditions les plus favorables à l'absorption, il convient de débarrasser préalablement le tube digestif avec un vomitif ou un purgatif. On approprie l'évacuant à l'espèce de phlegmasie contre laquelle il a été recommandé. Cette évacuation ne peut qu'être favorable au malade. De plus, elle enlève les acides qui peuvent se trouver en excès dans le tube digestif et prévient, autant que possible, la décomposition du carbonate.

Il est inutile de dire que cette médication interdit toute espèce de boissons ou aliments acides.

S'il arrivait qu'un malade ne pût pas prendre le médicament, soit par la difficulté de la déglutition, soit par répugnance ou par tout autre motif, on pourrait l'administrer sous forme de bain. C'est ce que j'ai fait pour une malade atteinte d'angine couenneuse, qui buvait avec assez de peine sa boisson alcaline. On sait que la peau absorbe ce sel; et M. Demusset vient de publier dans l'*Union médicale* des faits qui le confirment. Il a constaté que l'urine devient alcaline lorsque le corps est plongé dans un bain alcalin.

Voici la formule que j'ai employée :

Bain antiphlogistique.

℞ Eau.	200	litres.
Bi-carbonate de soude. . .	400	grammes.
f. s. a.		

Préparée de cette manière, l'eau du bain contient 2 grammes de bi-carbonate par litre.

Pour mettre quelque ordre dans ce qui va suivre, j'établirai deux divisions. La première sera consacrée à l'observation des faits cliniques; la seconde contiendra les résultats de l'analyse chimique, pour chercher à suivre, à mesurer en quelque sorte l'action du bi-carbonate de soude sur la fibrine du sang.

FAITS CLINIQUES.

Effets généraux produits par le bi-carbonate de soude.— Son influence sur les phlegmasies. — Ces effets ont été observés dans la pneumonie, l'angine couenneuse et le croup.

Les premiers effets que j'ai observés sont d'abord une amélioration dans l'état général, que le malade traduit lui-même en disant qu'il est mieux. La chaleur, la sécheresse et l'aridité de la peau diminuent assez rapidement, et sont remplacées par cette souplesse particulière qui, pour tous les praticiens, est le signe précurseur de la moiteur et de la sueur. Cette dernière, en effet, ne tarde pas à s'établir; le pouls diminue de fréquence : chez une malade, il est descendu de 115 à 90 dans les vingt-quatre heures (6e *obs.*), sous la seule influence de ce médicament. L'anxiété, l'agitation, la céphalalgie, disparaissent et le sommeil est possible. Deux jeunes malades eurent plusieurs épistaxis peu abondantes, qui probablement ont été produites par l'action dissolvante du remède. Une seule malade a eu de la diarrhée (3e *obs.*); mais je pense que ce sel n'en était pas la cause, parce que l'ayant cessé, la diarrhée a persisté pendant quatre jours.

Un effet remarquable, c'est celui qu'il produit sur la sécrétion urinaire. L'urine de rare, trouble et très-chargée d'acide urique, est assez rapidement sécrétée en plus grande quantité et devient claire, quoique colorée. Elle bleuit fortement le papier de Tournesol. Ce dernier phénomène ne s'est produit que le second et même le troisième ou quatrième jour. Je reviendrai sur ce fait dans la partie chimique.

Dans la pneumonie, dans l'angine couenneuse et dans le croup, l'état local, c'est-à-dire l'organe atteint de phlegmasie, ne s'est amélioré qu'après un mieux très-notable survenu dans l'état général. Les pseudo-membranes que je détachai dans deux cas d'angine couenneuse par l'application de sels avides d'eau, d'après la méthode que j'ai présentée à l'Académie des sciences, se reproduisirent assez rapidement. Ce n'est que du deuxième au troisième jour dans un cas, et du sixième au douzième jour dans un autre, alors que la fièvre avait presque complétement cessé, qu'elles diminuèrent d'épaisseur et d'étendue, puis disparurent.

Dans la pneumonie, je n'ai constaté de changements bien appréciables à la percussion et à l'auscultation que quarante-huit heures après l'emploi du médicament (il est vrai que les quatre pneumonies qui ont été traitées par cette méthode étaient, comme je le dirai plus loin, au second degré, lorsque le bi-carbonate a été administré).

La toux augmente, mais les malades ne s'en plaignent pas, parce qu'elle est accompagnée presque toujours d'expectoration. La modification des crachats est assez rapide; de visqueux, rouillés, très-adhérents et rares, ils deviennent spumeux, presque blancs, assez abondants et sont expectorés avec facilité. Je regrette beaucoup de n'avoir pas constaté s'ils étaient alcalins; c'est un fait que je vérifierai à la première occasion.

Je n'insisterai pas davantage sur les changements survenus les jours suivants dans la symptomatologie, parce que ces modifications sont reproduites dans les observations que je cite à l'appui de ce travail. D'ailleurs, ce sont ceux que tous les médecins observent dans les phlegmasies qui se terminent franchement par résolution.

1re *Observation.* — *Pleuro-pneumonie.* — Monsieur M...., âgé de 75 ans, rentier, demeurant à Nogent, d'une santé débile, fut atteint, au mois de novembre 1851, après un refroidissement, d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Une saignée de 400 grammes (très-couenneuse), six ventouses scarifiées; trois doses de kermès de 30 centigrammes chaque, données trois jours de suite et qui ont produit chaque fois des vomissements et des évacuations alvines, enfin un large vésicatoire sur le côté malade avaient été employés par M. Laquesne et par moi et

n'avaient pu enrayer la marche de la maladie ; nous étions au sixième jour du début de l'affection. Le poumon donnait à ce moment un son mat à la percussion dans les deux tiers inférieurs et postérieurs ; par l'auscultation, on percevait du souffle bronchique, de la bronchophonie, en un mot, on constatait tous les signes de l'hépatisation pulmonaire. L'expectoration était très-difficile ; on était obligé de détacher les crachats de la bouche du malade tant ils étaient visqueux et adhérents. Ils étaient très-rouillés. Il y avait eu du délire pendant la nuit ; le pouls était à 110 ; la peau sèche, brûlante ; l'affaissement du malade était tel qu'on était obligé de le soulever pour l'examiner. L'urine était très-rare, bourbeuse, très-chargée d'acide urique. Notre pronostic fut grave. N'osant plus avoir recours aux moyens énergiques déjà mis en usage, je proposai à mon confrère l'emploi du bi-carbonate de soude. Sous l'influence de ce remède, la fièvre diminue. Le pouls diminuait dans les vingt-quatre heures de dix pulsations ; la peau était moins sèche, moins brûlante ; le délire cessa, l'expectoration devint plus facile ; la coloration jaune des crachats diminua rapidement ; ils étaient plus aérés ; la toux avait un peu augmenté ; l'urine était claire et plus abondante. Tout ce changement s'était opéré dans les vingt-quatre heures sous l'influence de quatre grammes de bi-carbonate de soude, pris dans de l'eau gommée. Malgré cette amélioration, l'état du poumon présentait les mêmes signes à la percussion et à l'auscultation que la veille. Ce n'est que le lendemain, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'emploi continu du bi-carbonate, que nous pûmes constater une amélioration dans l'organe malade : le pouls était à 90. Après cinq jours de ce traitement, le malade était en convalescence ; il avait employé 16 grammes de sel. Le poumon revint complétement perméable à l'air ; les forces revinrent peu à peu, et à la fin de décembre, malgré la rigueur de la saison, le malade alla se promener dans le bois de Vincennes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Sternalgie avec apparence d'intermission. — Sangsues, sulfate de quinine, vésicatoire, opium. — Mort au 4e jour.

Malgré les travaux de Heberden, Millar, etc., l'histoire de l'angine de poitrine laisse dans l'esprit de bien des praticiens des doutes que les faits bien observés doivent dissiper. On ne saurait contester que l'affection spasmodique ne puisse agir violemment sur les organes pectoraux ; trop de preuves le démontrent. Dès lors les fonctions thoraciques peuvent être fortement et rapidement troublées sans qu'il soit nécessaire d'y voir une altération organique de nature inflammatoire. L'état convulsif amène souvent une fluxion sur les organes lésés : une violente fluxion spasmodique du médiastin nous paraît être la lésion locale dont on va lire l'intéressante observation qui doit servir à l'histoire de l'angine de poitrine. On partagera sans peine le regret, énoncé par notre habile correspondant, sur l'absence de détails anatomo-pathologiques dans un cas dont la mort a été la triste conséquence. (*N. D. R.*)

Emmanuel M...., cultivateur, 25 ans, robuste, lymphatico-sanguin, a eu, dans son enfance, de fréquents accès de fièvre, et, par suite, un engorgement splénique dont il ne reste aucune trace. Il a été encore atteint de fièvre tierce, en septembre et octobre 1849. La guérison se fit rapidement.

Le 8 avril 1850, il est pris brusquement d'une douleur déchirante qui part de l'extrémité du sternum, et va retentir, en ligne droite, à la partie postérieure et inférieure correspondante du thorax. Elle le *traverse de part en part,* comme il le dit lui-même.

Appelé dans la soirée, je le trouve dans l'état suivant : décubitus dorsal ; pâleur ; peau chaude et sèche, pouls à 80, médiocrement développé ; céphalalgie frontale peu intense ; froid aux extrémités ; deux vomissements abondants de matières alimentaires et muqueuses ; langue nette ; peu de soif ; élancements intolérables à la partie inférieure et gauche du sternum, n'augmentant que dans les mouvements. La pression et les inspirations prolongées n'ont aucune influence sur la douleur ; dyspnée médiocre ; anxiété et sentiment de constriction dans toute l'étendue de la poitrine ; parole brève et saccadée ; urines claires et rares ; une selle jaunâtre. Le malade croit au retour de ses accès de fièvre, et assure n'avoir jamais tant souffert.

Les bruits du cœur sont normaux : ni toux ni expectoration ; respiration vésiculaire bonne, sans râles appréciables ; absence de souffle, de bronchophonie et de frôlement pleural.

Le décubitus a lieu indifféremment sur les deux côtés, mais les souffrances sont moindres dans la supination et l'immobilité qui ne peut être longtemps conservée. Rien de particulier pour les viscères abdominaux ; le foie et la *rate* ne dépassent pas les fausses côtes ; le ventre est souple et indolent.

(10 sangsues au thorax ; cataplasmes émollients légèrement sinapisés aux extrémités inférieures ; potion fortement éthérée.)

Ce douloureux état de concentration se dissipe au bout de trois quarts d'heure, et fait place à des sueurs abondantes et prolongées (8 heures du soir). Vers le milieu de la nuit, autre crise de courte durée, avec un changement peu sensible dans le pouls, et plus tard repos de quelques heures, dans une position demi-assise, de peur de réveiller la douleur thoracique.

Dans la matinée du 9, sueurs générales et brisement des membres analogue à celui qu'il éprouvait au déclin de ses accès de fièvre. Conservation parfaite de l'intelligence.

(Nouvelle application de sangsues ; potion de Lagrésie à 0,50 sulfate de quinine et 4 grammes résine de quinquina, en deux doses, à une heure de distance, *illico.*)

Le malade prétend être soulagé par les sangsues. La potion est prise avec répugnance, et pourtant bien supportée. A 4 heures, autre accès dont la durée ne dépasse pas vingt minutes. La douleur est des plus vives et s'irradie actuellement, de la partie inférieure et gauche du thorax, vers la fosse iliaque et le bras correspondant ; face grippée ; plaintes sans délire ; sueurs générales et fatigue extrême. La fréquence de la respiration ne paraît pas en rapport avec les troubles de l'innervation.

Potion à 1 gramme sulfate de quinine et 8 grammes résine de quinquina ; large vésicatoire camphré sur le sternum.)

La moitié de la nuit se passe sans angoisses, mais avec une sensation de malaise et d'engourdissement. M.... redoute une *autre attaque*, qui, dit-il, ne manquera pas de l'emporter. Il s'assoupit depuis une heure jusqu'à sept heures du matin. Trois selles liquides.

10. Altération profonde du *faciès ;* langue rouge à la pointe ; un peu de soif qu'il attribue à la quinine. Le pouls a baissé et a beaucoup augmenté de fréquence. Trois accès peu intenses : le premier à dix heures du matin, le deuxième à trois heures, et le troisième à minuit ; sueurs froides et visqueuses ; insomnie sans agitation ni délire.

(Une pil. extrait thébaïque, à 0,05, toutes les deux heures.)

11. Prostration ; nausées fréquentes sans vomissements ; oppression forte. La difficulté de la respiration fait craindre une suffocation mortelle. Intermission, ou plutôt rémission si prolongée que le malade lui-même s'aperçoit de cet amendement ; il prend quelques heures de repos.

(*Ut suprà.*)

12. La gêne de la respiration est si considérable qu'il est obligé de rester assis. Diminution du murmure respiratoire ; absence de retentissement vocal et de matité. Mort dans la journée, dans un accès de suffocation, après quelques instants de délire.

Grâce à des préjugés presque invincibles dans les petites localités, l'examen cadavérique ne put avoir lieu : d'où il suit que cette observation perd la plus grande partie de l'intérêt qu'elle offrirait si elle était accompagnée de quelques détails d'anatomie pathologique.

Nous ferons remarquer, en finissant, que cet homme n'avait jamais eu de palpitations, qu'il n'était pas habituellement essouf-

flé. Le timbre des bruits du cœur était clair ; il n'y avait ni matité ni voussure.

Ce n'était pas un hydropéricarde. Dans cette maladie, en effet, il n'y a pas de douleur comme dans le fait que nous venons de relater; et, outre l'oppression poussée jusqu'à l'orthopnée, il existe des signes matériels d'un épanchement plus ou moins considérable.

Il est probable que la cause de ces terribles paroxysmes n'aurait pu se trouver ni dans la plèvre ni dans le poumon.

On ne saurait s'arrêter, je crois, à l'idée d'une irritation viscérale grave, puisque le tube digestif et ses annexes n'ont pas fourni de signes certains et permanents de souffrances.

Serait-ce une névralgie intercostale ?.... Mais la névralgie ne s'irradie pas plus vers le bras droit que vers le gauche; elle ne se montre point ordinairement sous forme d'exacerbation; la pression n'augmentait pas la douleur dans le cas cité. Enfin, le pronostic d'une névralgie intercostale n'est sérieux qu'autant que la maladie persiste, ou qu'elle coïncide avec quelque altération organique.

Il n'y a eu de delire que durant quelques minutes.

Dans une localité soumise, comme celle-ci, à l'influence marématique, on est souvent forcé de croire à l'existence d'une fièvre intermittente larvée, devenue pernicieuse. Elle aurait été, dans le fait qui nous occupe, masquée par un inflammation, ou mieux par une névrose. En supposant que ce fût une fièvre pernicieuse (rémittente carditique?), le type aurait été assez irrégulier.... Cela nous paraît improbable, à cause de l'inefficacité du sulfate de quinine prescrit de bonne heure et bien toléré, quoique administré à haute dose.

Le docteur Bassaget, mon confrère, aux lumières duquel j'ai eu recours dans cette délicate occurrence, et qui a suffisamment vu le malade, ne croit pas qu'il ait succombé à une fièvre pernicieuse, mais bien à une angine de poitrine. Il se base sur les considérations précédentes que j'ai eu l'honneur de lui soumettre, tout en convenant qu'il manque à notre diagnostic un élément important, l'autopsie. En effet, cet examen ultime, et souvent décisif, nous aurait révélé peut-être des lésions morbides que les symptômes n'ont pu nous faire soupçonner pendant la vie.

Dr R. FALLOT,
médecin à Saint-Laurent-d'Aigouze (Gard).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les journaux quotidiens ont annoncé, il y a quelques jours, le suicide d'une jeune fille qui s'est jetée du haut de l'arc-de-triomphe de l'Étoile. Mais ils n'ont point rendu compte d'un petit incident qui s'est passé à ce sujet, et qui intéresse spécialement nos lecteurs. Le voici :

Un de nos confrères passait à côté du monument quand l'accident arriva. Quelque peu d'espoir qu'il eût de ramener à la vie la malheureuse victime, il crut cependant devoir s'assurer si la vie avait cessé, et s'il n'y avait pas quelques tentatives à faire. Un agent de police qui se trouvait également présent empêcha notre confrère de déplacer en rien la jeune fille, qui avait la face contre terre, et qui se serait asphyxiée dans le cas où elle aurait encore conservé un souffle de vie.

Malgré les sages recommandations de l'autorité chargée de veiller à la sûreté publique, il arrive souvent que ses agents inférieurs, ou même des personnes sans aucun caractère public, s'opposent à ce que personne touche au corps des malheureux qui sont victimes d'un accident volontaire ou non, même pour leur porter secours. Ils agissent ainsi en vertu d'un préjugé que l'administration a plusieurs fois cherché à combattre, et par des avis affichés sur les murs de la cité, et par des instructions données à tous ses agents. Nos confrères peuvent donc être convaincus qu'ils ne rempliront pas moins les vœux de l'administration que les devoirs de l'humanité, en portant tous les secours qu'ils jugeront utiles aux personnes victimes d'un accident quelconque, sans tenir compte des oppositions intelligentes et *illégitimes* qu'ils pourraient rencontrer.

— Il y a quelques jours, M. Arago dénonçait à l'Académie des sciences la profanation qu'un Bobèche quelconque faisait sur les traiteaux des environs de Paris de l'habit académique. Ce Bobèche avait compté sans la vigilante susceptibilité de M. Pingard, chef des huissiers de l'Institut, qui, en allant se promener à sa villa de Rueil ; (on voit qu'au point de vue de la villagiature, il vaut quelquefois mieux être huissier que membre de l'Académie). Le susdit Bobèche a donc été dénoncé à l'Institut et de l'Institut au procureur impérial, qui a dû lui rappeler un décret de date récente, et qui interdit à tout individu de revêtir illégalement le costume affecté à un corps officiel ou à des fonctionnaires de quelque ordre que ce soit.

Mais le décret dont il s'agit a laissé un point indécis et qui préoccupe, dit-on, le conseil administratif d'une compagnie à la dignité de laquelle nous devons particulièrement nous intéresser. Ce point, le voici :

Le membre correspondant d'une académie peut-il porter le costume des membres titulaires? On sait qu'un certain nombre de savants, de médecins surtout, vont pour quelque temps établir leur domicile en province où ils se font recevoir membres correspondants, et viennent ensuite se fixer à Paris, et siéger régulièrement parmi les académiciens véritables, avec lesquels la masse du public les confond le plus souvent. Les académies tolèrent volontiers cette innocente usurpation. Mais il paraît que celle dont il s'agit est moins disposée à tolérer l'usurpation de son costume. Un certain correspondant, en attendant que le point de droit auquel nous avons fait allusion ci-dessus soit résolu, s'est fait confectionner un costume complet d'académicien, et, de plus, il l'a inauguré avec beaucoup de succès dans une solennité officielle. Quand nous disons avec beaucoup de succès, nous voulons dire que le costume avait très-bonne façon sur le personnage. Mais le bon effet produit n'en a que plus vivement excité les susceptibilités d'un académicien titulaire, très-chatouilleux à l'endroit des priviléges académiques. Toutefois, il n'a pas été, à l'exemple de M. Arago, jusqu'à dénoncer le correspondant au préfet de police ; il s'est contenté de déférer la question de légalité au conseil administratif. Le conseil discuta cette affaire importante, et si le correspondant veut continuer à briller sous le costume académique, il faudra, dit-on,

Que le turbot soit mis à la sauce piquante.

Mais comme ledit correspondant tient pour le moins autant, dit-on, à sa bourse qu'au costume académique, il est décidé à soutenir ses prétentions par tous les moyens qui pourront être employés gratis.

— L'affaire qui, après le passage du Pruth, préoccupe le plus l'attention publique, est celle du prétendu rejeton de l'illustre maison de Gonzague. Si les bruits qui circulent sont exacts, cette affaire aurait lieu d'intéresser spécialement nos lecteurs. Il parait, en effet, que parmi les nombreux décorés de l'ordre de la Rédemption, du Lion de Holstein, etc., figurent dans une proportion très-respectable des quasi-célébrités médico-chirurgicales et même des célébrités complètes, qu'on pourrait croire très-peu disposées à payer quatre ou huit cents francs de frais de chancellerie une croix de chevalier ou d'officier. Si les listes des décorés nous parviennent, nous verrons s'il est possible d'en faire un usage discret.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications, par Alf. YVONNEAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies et membre du conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois, membre correspondant de la Société médicale d'émulation de Paris, de la Société médicale d'Indre-et-Loire, etc. — Prix : 2 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 84. 1re année. Jeudi 14 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 4 juillet. — De l'emploi du bi-carbonate de soude comme antiphlogistique, par le Dr Jules Lemaire. (*Suite.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 13 juillet 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Un grand nombre de naturalistes se sont imaginé qu'il fallait braver le soleil du désert, franchir le sommet des Andes ou se hasarder dans les forêts vierges pour rencontrer un être vivant qui eût échappé aux savantes poursuites de leurs prédécesseurs. M. Robin prend un chemin plus commode, et qui, s'il faut l'en croire, serait vraiment pour le moins tout aussi sûr : ce chemin est celui du jardin du Luxembourg, compartiment de gauche en montant l'allée de l'Observatoire, lequel compartiment est, comme on sait, affecté à la culture des plantes médicinales de la Faculté. C'est là, en effet, que M. Ch. Robin aurait découvert quatre plantes nouvelles, bien qu'il n'exerce que fort accessoirement la profession de botaniste. C'est à la description de deux de ces plantes que M. Robin a consacré le mémoire qu'il a lu hier à l'Académie. Si l'examen de la commission confirme la réalité de la découverte, il faudra reconnaître une fois de plus que le bonheur est un puissant auxiliaire du travail.

— Si l'on en croit l'éditeur (et l'on sait combien les éditeurs sont croyables lorsqu'ils font de telles confidences), bien des gens doivent ignorer que M. Prosper Yvaren (d'Avignon) est le traducteur poétique du poétique auteur Fracastor. Soit insuffisance de succès, soit autre raison, la médecine en vers n'a pas satisfait l'ambition du compatriote de Pétrarque; il a voulu goûter aussi de la médecine en prose, et il a composé le mémoire qui a servi de texte au charmant rapport de M. Gibert. Bien lui en a pris, car peu de travaux reçoivent à l'Académie un accueil aussi flatteur que celui qu'a fait M. Gibert aux *Métamorphoses de la syphilis*. D'après les quelques détails dans lesquels est entré le spirituel rapporteur, nous sommes disposé à croire que l'accueil est mérité; nous ne devons cependant pas dissimuler que le charme littéraire que l'auteur, mal converti à la prose, aura sans doute répandu sur son travail, nous paraît avoir un peu trop séduit M. Gibert, et un tant soit peu émoussé son burin de critique; c'est du moins la conclusion que l'on pourrait tirer de certains passages du rapport, parmi lesquels nous nous contenterons de signaler les suivants :

Dans un des chapitres de son travail, M. Yvaren, d'après M. le rapporteur, avance que la syphilis peut simuler l'épilepsie, et il divise l'*épylepsie syphilitique* en épilepsie avec lésions du crâne (et sans doute des organes y-contenus), et en *épilepsie sans lésion appréciable*.

Quant à la première de ces épilepsies, il y a longtemps que son existence n'est douteuse pour personne; tous les médecins qui ne restent pas absolument étrangers au mouvement scientifique, connaissent les faits nombreux de tumeurs, d'altérations diverses intra-crâniennes qui ont donné lieu a des attaques épileptiques ou du moins à des accès épileptiformes, très-faciles à confondre avec les véritables accès épileptiques dont ils sont même quelquefois très-difficiles à distinguer. Dans quelques-uns de ces cas, il est resté très-probable, sinon absolument certain, que la lésion qui avait causé les accidents était de nature syphilitique. M. Yvaren n'a eu, sous ce rapport, que le mérite d'appuyer de son assentiment une vérité déjà basée sur des faits nombreux.

Mais, en ce qui concerne l'épilepsie sans lésions matérielles, il s'en faut que la science soit aussi avancée, et pour établir que cette espèce d'affection peut être le résultat de l'infection syphilitique pure et simple, il était indispensable de rapporter des faits nombreux, observés avec toute la rigueur que les heureux progrès de l'observation ont rendue nécessaire. Les deux faits de Cullerier l'ancien ne sauraient satistaire aujourd'hui les observateurs les moins difficiles. Un peu plus de critique sur ce point n'aurait donc fait que rehausser le mérite du savant rapport de M. Gibert. Voici un autre point où la critique n'aurait pas été moins bien placée.

M. Yvaren paraît avoir consacré un des chapitres de son travail à des phénomènes morbides qu'il désigne sous le nom de *goutte* et de *rhumatisme syphilitiques*. Il y avait sur ces dénominations deux remarques à faire.

La nature syphylitique de certaines douleurs vagues qui peuvent simuler plus ou moins les douleurs rhumatismales est un fait dont la connaissance est depuis assez longtemps déjà devenue vulgaire. Quant à l'existence d'une forme de syphilis larvée qui simulerait cette variété de rhumatisme qu'on est convenu de désigner sous le nom de goutte, nous avouons ne pas connaître de faits positifs qui la démontrent d'une manière péremptoire, et la légère critique dont M. Gibert a fait suivre l'énonciation de la doctrine de l'auteur ne nous paraît point suffisante.

Mais ce que nous aurions surtout désiré que M. Gibert critiquât avec l'autorité qui appartient à un véritable médecin, c'est la dénomination adoptée par M. Yvaren. Jusqu'à ce jour, par une anomalie aussi singulière qu'inexplicable, la syphilis est restée presque exclusivement dans le domaine de la chirurgie ; or, sans faire du tort aux chirurgiens, pour lesquels on connaît toute notre estime, on peut dire cependant que c'est à cette circonstance que la syphilis a dû, qu'elle doit encore aujourd'hui d'être très-mal comprise, très-incomplétement, très-imparfaitement connue. Ce sont les chirurgiens qui ont employé d'abord, fait accepter par certains médecins ensuite, ces dénominations de *goutte syphilitique*, ou de *syphilis rhumatismale*, qui sont tout aussi logiques que le seraient celles de *syphilis variolique*, de *scarlatine syphilitique*, etc., c'est-à-dire qui sont le renversement de toute saine idée médicale. C'est à l'aide de dénominations semblables ou analogues qu'on finit par faire du langage médical une véritable logomachie, et de la science un chaos inextricable ; M. Gibert n'aurait pas dû tolérer par son silence un tel regrettable abus, aussi nuisible au progrès de la science qu'à celui de la pratique.

Malgré ces observations, que nous pourrions multiplier beaucoup (par exemple à propos du tétanos, de la fièvre intermittente, du mal de Pott, de la phthisie, etc.), nous nous associons cependant à M. Gibert pour donner des éloges à un travail consciencieux, conçu et exécuté dans le seul intérêt de la science, et nous renouvelons à M. Gibert lui-même les éloges que nous avons souvent eu l'occasion de lui adresser pour le zèle et le talent qu'il met à remplir ses devoirs d'académicien.

Cette séance, très-bien remplie comme on voit, a été close par une importante communication de M. Chassaignac, qui ne manquera pas de donner lieu à une discussion intéressante, si M. Laugier se décide enfin à rédiger un de ces rapports comme il est si capable de les faire, et comme il en fait si rarement ; et par un rapport de M. Lecanu, lequel ne sera discuté que mardi prochain.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 4 juillet.

M. Marchal (de Calvi) a communiqué à l'Académie un nouvel exemple de coïncidence singulière de gangrène et de glucosurie, coïncidence qui d'abord a dû paraître fortuite, mais qui, d'après l'observation communiquée postérieurement par un professeur distingué de province, M. Landouzy, et plus encore d'après le nouveau fait observé par M. Marchal lui-même, indiquerait une véritable relation de causalité entre les deux altérations. Toutefois, nous pensons qu'une conclusion définitive serait encore très-prématurée actuellement, et jusqu'à ce que M. Marchal ait mis sous nos yeux le travail général sur la question qu'il nous promet, nous ne pouvons que signaler ses curieuses observations à l'attention des praticiens éclairés.

M. Ed. Robin a continué dans cette séance ses méditations plus ou moins chimiques et poétiques sur les phénomènes de la vie ou plutôt de la mort ; elles lui ont appris que la foudre tue les animaux en les asphyxiant. Cette explication n'est pas trop irrationnelle pour une explication chimico-poétique.

Un pharmacien à qui la chimie doit déjà la connaissance de plusieurs faits intéressants, M. J. Lefort, élève et collaborateur d'un maître distingué, M. Millon, ancien professeur du Val-de-Grâce, a entretenu l'Académie d'une nouvelle série d'expériences, qui conduiront peut-être à la connaissance exacte de ces combinaisons singulières sur lesquelles MM. Marchal (de Calvi), Personne et Deschamps (d'Avallon) ont appelé l'attention et auxquelles les recherches plus récentes de M. Gille sur l'huile d'iodure de fer, donneront sans doute un nouvel intérêt. Jusqu'à présent, M. J. Lefort s'est borné à étudier la partie chimique des corps qu'il a soumis à l'expérience ; mais il est permis d'espérer que la thérapeutique en retirera tôt ou tard quelque fruit.

La partie de cette séance qui nous intéresse s'est terminée par la communication d'un fait relatif à une de ces affections étranges qui rapprochent singulièrement l'espèce humaine de la famille des ruminants, et dont les causes n'ont été encore que fort incomplétement étudiées. Cette cause, dans le cas communiqué par M. Vincent, semblerait être un voyage en mer ; mais l'étude des cas analogues, assez nombreux, que possède la science, ne nous paraissent pas confirmer une semblable opinion.

L'observateur ne parle pas que le malade ait jamais subi un traitement dans le but de se débarrasser de sa pénible infirmité. Il est vrai que dans les cas connus, les traitements auxquels les malades ont eu recours n'ont pas été suivis de succès bien brillants. Nous serions désireux, si un cas semblable se présentait dans notre pratique, de voir jusqu'à quel point l'hydrothérapie, qui d'après les recherches de notre savant confrère, M. le docteur Fleury, a une si puissante influence sur les vomissements, même occasionnés par des lésions organiques, pourrait modifier un état aussi pénible que le mérycisme. C'est une vue thérapeutique que nous soumettons, avec toute la réserve que commandent de semblables aperçus, à la judicieuse attention de nos confrères.

G. DUMONT.

De l'emploi du bi-carbonate de soude comme antiphlogistique,

Par le docteur Jules LEMAIRE.

(*Suite. Voir le n° 83.*)

2e *Observation. — Pneumonie double ayant succédé à une douleur violente du membre thoracique.* — Madame F..., âgée de 40 ans, d'une force médiocre, d'une constitution lymphatique nerveuse, fut prise tout à coup, le 28 septembre 1852, dans le membre thoracique gauche de douleurs violentes qui se déplacèrent du jour au lendemain à la suite de frictions faites avec de la pommade camphrée, pour se porter sur le côté gauche de la poitrine. En même temps la toux, la dyspnée, quelques crachats sanguinolents, la fièvre, etc., survinrent. En un mot, je constatai dans le poumon gauche une pneumonie. Le lendemain, le poumon droit était pris : j'avais affaire à une pneumonie double.

Une large saignée (600 grammes environ) très-couenneuse, trois doses de kermès de 40 centigrammes chaque, trois larges vésicatoires et des sinapismes avaient été employés sans avoir amélioré l'état de la malade. M. Andral qui vit la malade, fut comme moi d'avis qu'on ne pouvait pas sans danger, vu la constitution de la malade, avoir recours à de nouvelles émissions sanguines ; son pronostic fut très-grave. L'état de la malade était tel, qu'un de mes confrères qui habitait sa maison, appelé en toute hâte, en mon absence, dans un moment de dyspnée extrême, dit aux parents que cette malheureuse n'avait pas deux heures à vivre ; nous étions au sixième jour de la maladie : les

deux poumons donnaient dans une assez grande étendue, environ la moitié de leur face postérieure, tous les signes de l'hépatisation; les crachats étaient sanguinolents, visqueux; la malade avait du délire; la peau était sèche, aride, le pouls était à 120; l'urine très-peu abondante, bourbeuse et très-chargée d'acide urique.

Le bi-carbonate de soude fut employé à la dose de 4 grammes dans les vingt-quatre heures; sous son influence, la fièvre diminua; le pouls diminua de fréquence (12 pulsations par minute); le délire cessa; la toux augmenta un peu; l'expectoration devint plus facile et les crachats étaient beaucoup moins colorés. L'état local, c'est-à-dire la lésion des poumons, n'a présenté d'amélioration appréciable à la percussion et à l'auscultation que deux jours après l'emploi du médicament. A partir de ce moment, l'amélioration continua chaque jour sous l'influence de cette seule médication et des boissons alimentaires. Le troisième jour de l'emploi du bi-carbonate, le pouls était descendu à 85, c'est-à-dire de 35 pulsations par minute dans cet espace de trois jours. L'urine était assez abondante et claire; elle était alcaline : le bi-carbonate fut continué encore pendant cinq jours et la malade entra en convalescence; à la fin d'octobre, elle était complétement guérie. J'examinai les poumons avec soin : ils étaient complétement perméables à l'air. J'ai depuis revu cette malade, il ne lui reste aucune trace de cette grave maladie.

3e *Observation.* — *Pneumonie.* — Madame H...., âgée de 69 ans, d'une santé débile, dans une position peu aisée, a souvent vécu de privations. Elle fut atteinte, le 28 février dernier, d'une pneumonie du côté gauche. L'état d'étiolement de la malade ne me permit pas d'avoir recours aux émissions sanguines. J'employai trois jours de suite le kermès à la dose de 30 centigrammes. Il produisit des vomissements et des selles abondantes. Un large vésicatoire fut aussi appliqué sur le côté malade. Malgré l'emploi de ces moyens, la maladie restait à peu près stationnaire.

Lorsque je commençai l'emploi du bi-carbonate de soude, nous étions au cinquième jour de la maladie, le poumon donnait un son mat dans ses deux tiers inférieurs postérieurs. Par l'auscultation, on constatait du souffle bronchique, de la bronchophonie et du râle crépitant. Les crachats étaient rouillés, le pouls à 115 : il y avait du délire. L'urine était rare et très-chargée d'acide urique.

La première dose de bi-carbonate (4 grammes dans un litre d'eau gommée) changea la scène. La fièvre diminua. Les battements du pouls diminuèrent de 12 pulsations par minute dans les vingt-quatre heures. La sécheresse et l'aridité de la peau diminuèrent.

Les crachats devinrent plus spumeux, plus blancs et furent expectorés avec plus de facilité. L'urine devint plus abondante et claire. L'amélioration continua chaque jour sous l'influence de cette médication. Mais la perméabilité du poumon ne fut complète que dix jours après l'emploi du remède alcalin. La malade en consomma 20 grammes pour sa guérison. Je dois dire qu'au troisième jour de ce traitement le pouls était descendu à 85, c'est-à-dire de 30 pulsations. Pendant l'emploi du bi-carbonate, cette malade allait quatre ou cinq fois à la garde-robe chaque jour. Ayant cessé ce médicament, la diarrhée persista pendant quatre jours. Elle n'était donc pas le fait du bi-carbonate de soude. Elle céda à des lavements amylacés et laudanisés.

Dans les premiers jours de mai, je revis cette malade. Il y avait plus d'un mois que sa pneumonie était guérie. On m'avait fait appeler pour la traiter d'une infiltration du tissu cellulaire des membres inférieurs, qui existait depuis quelques jours. La face était aussi légèrement infiltrée. Je constatai un bruit de souffle au premier temps des battements du cœur. Cette infiltration est-elle le résultat de l'emploi du bi-carbonate de soude? ou bien est-elle la conséquence d'une altération de l'orifice auriculo-ventriculaire? Il est possible qu'elle soit la conséquence de ces deux causes. Je signale ce fait parce qu'il est en rapport avec ce qui a été observé depuis longtemps sur les effets du bi-carbonate de soude dans le traitement des maladies chroniques.

4e *Observation.* — *Pleuro-pneumonie double.* — M. E. G..., âgé de 7 ans, fut atteint, le 10 mai dernier, de la rougeole. La marche de cette maladie fut régulière. L'éruption avait disparu depuis quatre jours. Le petit malade n'avait que la toux, qui persiste presque toujours après la disparition de cette éruption. Il n'avait plus de fièvre depuis trois jours. Mais ayant été exposé à un courant d'air froid, la fièvre s'alluma, et une douleur dans le côté droit de la poitrine survint le 18 mai. Le lendemain, le poumon gauche était aussi atteint par la phlegmasie.

Huit sangsues furent appliquées sur le côté; une saignée de deux palettes fut pratiquée (le sang était couenneux); 10 centigrammes de tartre stibié, deux larges vésicatoires, des looks calmants, et des sinapismes sur les extrémités inférieures, furent aussi employés.

Malgré l'emploi de tous ces moyens, l'état du malade ne s'était pas sensiblement amélioré. Nous étions au sixième jour de la maladie. Le facies cependant était bon et semblait indiquer un retour prochain à la santé. Mais des deux côtés de la poitrine à la base, on constatait, par la percussion et l'auscultation, un épanchement pleurétique; du souffle bronchique dans presque toute l'étendue de la face postérieure des poumons, de la bronchophonie, des râles crépitants et muqueux. La dyspnée était grande, la toux fréquente et l'enfant n'expectorait pas. Le pouls variait dans la journée de 112 à 120 pulsations par minute. Le malade était agité. M. Blache, qui a suivi chaque jour le malade dès le début de l'affection, avait comme moi constaté tout ce que je viens de rapporter. Je parlai à mon honorable confrère des résultats que j'avais obtenus avec le bi-carbonate de soude. Il accepta l'emploi de ce médicament. Nous en donnâmes trois jours de suite 3 grammes dans 150 grammes de véhicule. Sous son influence, le malade fut un peu plus agité et la toux augmenta. Mais le lendemain, la chaleur de la peau avait diminué, et le pouls était descendu à 105. La seconde dose fit descendre le pouls à 95, et la troisième à 85. Ainsi, dans l'espace de trois jours, le pouls avait diminué de 35 pulsations par minute.

L'état des organes respiratoires s'améliora rapidement. Le malade entra en convalescence, et le 5 juin, dernier jour où je vis le malade, il n'existait plus que quelques râles muqueux dans les bronches. Les épanchements avaient disparu, et la toux était presque nulle. Il avait déjà repris ses habitudes ordinaires de régime alimentaire. Il était guéri.

5e *Observation.* — *Angine couenneuse.* — Madame Y...., rentière, âgée de 72 ans, d'une bonne constitution, fut prise brusquement, au milieu de la nuit du 20 février dernier, de tous les symptômes de la grippe abdominale (c'était au fort de l'épidémie dernière). Trois jours après, des plaques pseudo-membraneuses se développèrent sur le voile du palais, et deux jours plus tard, c'est-à-dire cinq jours après le début de l'affection, toutes les parties de la cavité buccale, les joues, les lèvres, le plancher de la bouche, la langue, le voile du palais et ses piliers et la luette étaient entièrement recouverts de fausses membranes. Ces parties étaient uniformément blanches comme un mur que l'on a recouvert de plâtre. Les amygdales et le pharynx offraient aussi quelques plaques pseudo-membraneuses. La déglutition était difficile. Il y avait de la toux et des douleurs intestinales. La fièvre était intense. Le pouls battait 115 fois par minute. La peau était sèche, aride, brûlante. La malade ne rendait que quelques cuillerées d'urine bourbeuse. Il n'y avait point de sommeil.

Je détachai presque toutes les plaques pseudo-membraneuses à l'aide de sels avides d'eau, comme je l'ai dit plus haut, mais le lendemain elles étaient toutes reproduites. La malade fut mise à l'usage du bi-carbonate à la dose de 4 grammes dans un litre d'eau gommée. Comme la déglutition était difficile, d'accord avec M. Sandras, qui traitait la malade avec moi, nous prescrivîmes un grand bain additionné de 400 grammes de carbonate de

soude. Deux bains ainsi préparés furent administrés dans les quarante-huit heures, ce qui n'empêcha pas l'emploi du bi-carbonate à l'intérieur. La malade, buvant peu, j'en fis mettre dans le bouillon qu'elle prenait. Sous l'influence de cette médication, la fièvre diminua. La sécheresse et la chaleur de la peau disparurent, et le pouls descendit assez rapidement à 100. Le sommeil était possible. L'urine devint beaucoup plus abondante et claire. Elle ramenait au bleu le papier de tournesol. Le mieux continua. Les fausses membranes ne disparurent complétement que douze jours après le commencement du traitement alcalin. Comme la malade buvait peu, et que les symptômes inquiétants avaient à peu près disparu, nous n'insistâmes pas sur l'emploi des bains.

Le mieux a continué progressivement, mais les forces de la malade furent près d'un mois à revenir dans l'état où elles étaient avant cette maladie.

6e *Observation.* — *Angine couenneuse.* — Mademoiselle B...., âgée de 27 ans, cuisinière, d'une bonne constitution, fut prise, le 14 avril dernier, d'un frisson, de courbature générale, de céphalalgie, d'un mal de gorge et de fièvre.

Je dois dire que j'ai traité cette malade il y a deux ans pour une angine tonsillaire simple.

Je vis la malade le 15. Les amygdales étaient d'un rouge violacé très-prononcé; elles étaient très-volumineuses. Quelques petites plaques pseudo-membraneuses existaient sur chacune d'elles. Le voile du palais et ses piliers, ainsi que la luette, étaient aussi d'un rouge violacé, mais moins prononcés que pour les amygdales. La langue était saburrale, la déglutition difficile et la voix altérée. La peau était sèche, brûlante, le pouls à 110.

Le purgatif suivant fut administré :

℞ Semences d'anis.	1	gramme.
Sené mondé		—
Rhubarbe concassée. . . .	2	—
Eau	150	—
Sirop de nerprun	30	—

F. s. a.

Boissons et gargarismes émollients, pédiluve sinapisé.

Le lendemain, malgré ces moyens, l'état de la malade ne s'était pas amélioré. Les pseudo-membranes s'étaient étendues; il en existait une assez grande sur le voile du palais et sur la luette; on en apercevait quelques petites dans le pharynx. La langue était recouverte d'un enduit comme pultacé, blanc, qui paraissait de même nature que les pseudo-membranes. Le pouls était à 115. La malade n'avait pas dormi de la nuit. J'appliquai des sels avides d'eau sur les parties malades. Les fausses membranes se détachèrent, mais le lendemain elles étaient reproduites. La malade prit dans la journée 8 grammes de bi-carbonate de soude. Elle croyait que cette potion était calmante, parce que, me dit-elle, chaque cuillerée qu'elle prenait la soulageait. Cette première dose fit descendre le pouls à 90, c'est-à-dire de 25 pulsations par minute. La malade a pu dormir une partie de la nuit. L'urine était très-colorée, fortement alcaline et beaucoup plus abondante que la veille. Le lendemain et le surlendemain, le bi-carbonate fut continué à la même dose. Les pseudo-membranes diminuèrent d'étendue et d'épaisseur; la déglutition était facile, et le quatrième jour je trouvai cette malade levée, occupée à la couture avec une de ses amies. Les fausses membranes avaient complétement disparu; il ne restait que de la rougeur de toutes les parties malades. Le gonflement des amygdales avait beaucoup diminué. Le pouls était à 70. La malade était guérie.

7e *Observation.* — *Angine tonsillaire avec pseudo-membranes.* — Mme D...., âgée de 54 ans, fut prise le 1er juin dernier, par un temps froid et pluvieux, d'un violent mal de gorge. Je vis la malade le 2. Elle avait de la céphalalgie, des nausées; la peau était sèche, brûlante, et le pouls battait 96 fois par minute. Les amygdales volumineuses étaient d'un rouge violacé. La luette, le voile du palais et ses piliers présentaient la même coloration. La face interne des deux amygdales était couverte d'une pseudo-membrane très-épaisse et très-adhérente. Il me fut impossible de les détacher avec le doigt; mais les autres parties n'en présentaient pas. La déglutition était difficile, la langue saburrale.

La malade prit 40 grammes de sel de sedlitz dans deux verres d'eau. Ils déterminèrent deux vomissements de matières bilieuses, sans évacuations alvines. Elle fit usage d'un gargarisme émollient d'infusion de fleurs de mauve pour tisane, et de deux pédiluves avec 150 grammes de farine de moutarde. Diète.

Vingt-quatre heures après cette médication, le mal s'était aggravé, le pouls était à 105, l'agitation plus grande; il n'y avait point eu de sommeil. La déglutition était plus difficile; les fausses membranes étaient dans le même état. Prescription : 8 grammes de bi-carbonate de soude. Le lendemain, après son emploi, le pouls était descendu à 90. La chaleur et la sécheresse de la peau étaient remplacées par un peu de moiteur; la déglutition était un peu plus facile; les fausses membranes commençaient à se détacher. Après l'emploi d'une seconde dose de ce médicament, le pouls était à 75. La déglutition facile et les fausses membranes détachées. A ma quatrième visite, je trouvai la malade levée et occupée des soins de son ménage; la fièvre avait disparu; les parties de la gorge étaient encore un peu injectées, mais la déglutition des boissons et des *aliments était facile.*

8e *Observation.* — Mlle Chal...., âgée de 6 ans, fut prise en 1848 de tous les symptômes du croup : voix et toux rauques, fièvre, pouls à 120. Quelques points pseudo-membraneux existaient sur le voile du palais et sur les amygdales. Le tartre stibié fut employé (10 centigr.). Je trouvai dans les matières vomies une pseudo-membrane bien caractérisée. Six sangsues sur la région du larynx furent appliquées, et des sinapismes promenés sur les membres supérieurs et inférieurs. Sous l'influence de cette médication, l'état de l'enfant ne s'était point amélioré. Nous étions après trente heures de traitement, lorsqu'on vint me chercher au milieu de la nuit, en me disant que l'enfant ne pouvait plus respirer. En effet, la dyspnée était grande; la face était injectée; l'anxiété très-grande. Je fis appliquer un large sinapisme sur le ventre et fis prendre le bi-carbonate de soude (j'oubliais de dire que la gorge avait été cautérisée). Je passai la nuit auprès de la malade. L'amélioration fut rapide; le bi-carbonate fut continué pendant trois jours, ainsi que des vapeurs d'eau tiède autour du lit de la malade. Elle guérit très-bien, après avoir pris neuf grammes de ce sel.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Expériences sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces domestiques, par l'Association médicale d'Eure-et-Loir;

2° Plusieurs échantillons de remèdes secrets;

3° Échantillon et note sur le pavot d'Algérie;

4° Échantillons d'une eau minérale située aux Thernes, près Paris;

5° Nouveau procédé chimique de panification;

6° Rapports sur les épidémies suivantes :

Fièvre typhoïde, par M. Desguerrois, membre du conseil central d'hygiène publique du département de l'Aube;

Fièvre typhoïde, par M. Guizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons le-Saulnier;

Fièvre *gastro-entérite,* par M. de la Montagne, médecin des épidémies de l'arrondissement de Neufchâteau.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux de Contrexéville.

M. Beau, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville, adresse un mémoire sur l'emploi médical de ces eaux.

Épizootie.

M. le docteur Léger, de Rambervilliers, adresse une note sur une épidémie typhique cholériforme.

LECTURES.

Rosacées.

M. Ch. Robin lit un mémoire sur deux nouvelles espèces de la famille des rosacées, qu'il aurait découvertes dans le jardin botanique de la Faculté, l'une appartenant au genre des framboisiers ou *rubus,* et l'autre au genre spiræa ; la première espèce porterait le nom de *rubus cachemiriensis;* la deuxième, celui de *spiræa pulchella.*

Trachéotomie.

M. Chassaignac lit un mémoire sur une nouvelle méthode pour l'opération de la trachéotomie. L'importance de ce travail nous oblige à en renvoyer la publication textuelle à l'époque où un rapport sera fait à l'Académie.

RAPPORTS.

Syphilis.

Des métamorphoses de la syphilis. — Recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent, avec cette épigraphe tirée des *Métamorphoses* d'Ovide :

« *Facies non omnibus una*
« *Nec diversa tamen, qualem decet esse sororum.* »

[Rapport de M. GIBERT (au nom d'une commission composée de MM. *Gimelle, Lagneau* et *Gibert,* rapporteur) sur un mémoire de M. le docteur *Prosper Yvaren,* d'Avignon.]

« Parmi la multitude de maladies auxquelles l'espèce humaine est condamnée à payer un douloureux tribut, il en est (dit M. Prosper Yvaren) que le monde poursuit de sa réprobation et qu'il marque du sceau de l'infamie : elles sont devenues un objet d'épouvante et de terreur; on en rougit comme d'un vice, on les désavoue comme on ferait d'une mauvaise action.... » En tête de ces maladies honteuses, l'auteur place le *mal vénérien.* En est-il donc encore réellement ainsi dans la province reculée qu'habite notre confrère? Il y a déjà à Paris un certain temps que nous avons secoué de pareils préjugés! Peu s'en faut qu'on n'en soit venu chez nous à un excès contraire ; vous vous rappelez tous, messieurs, quelques-unes des exhibitions qui se sont fait jour jusqu'à cette tribune.... Je crois, pour ma part, que le *progrès* que je signale pourrait être poussé un peu moins loin.

Quoi qu'il en soit, l'auteur, convaincu des nombreux désordres produits dans la société par la propagation incessante de la *syphilis,* convaincu notamment de la fatale influence que cette maladie exerce sur la dégradation physique des populations, s'élève avec force contre les abus engendrés par la négligence, l'incurie, aggravées encore sous l'influence de certaines théories modernes, et signale les suites dangereuses de l'abandon à eux-mêmes des phénomènes primitifs, des conséquences fatales des traitements palliatifs et tout à fait insuffisants qu'on leur oppose trop souvent. La disparition des premiers accidents entraîne fréquemment une sécurité trompeuse, et tôt ou tard le mal, temporairement dissimulé, fait explosion sous une forme ou sous une autre et amène des désordres qu'il n'est pas toujours facile de rattacher à leur véritable source.

Ce sont ces sortes de métamorphoses, si propres à égarer le praticien, que l'auteur a entrepris de révéler et qui ont fait l'objet des nombreuses et intéressantes recherches dont se compose le volumineux travail que nous avons eu à examiner.

D'après M. P. Yvaren, ces métamorphoses que subit trop souvent la syphilis, ces déguisements qu'elle emprunte, égalent presque en nombre les espèces morbides de nos cadres nosologiques. Or, jusqu'ici, très-peu d'observateurs ont entrevu quelques-unes de ces formes insolites de la syphilis, aucun n'en a fait l'objet d'une étude suivie et spéciale de manière à en offrir le tableau complet. M. Prosper Yvaren s'est efforcé de combler cette lacune autant que le lui permettaient ses propres observations jointes à celles qu'il a relevées, au nombre de plus de 100, éparses dans un grand nombre d'écrits où elles avaient été insérées dans un tout autre but que celui que notre auteur s'est proposé dans son intéressant mémoire.

Selon *Sauvages,* une foule de maladies diverses et même des maladies fébriles peuvent être produites par le virus syphilitique.

D'après *Hufeland,* il n'y a pas une seule maladie chronique dont la maladie vénérienne ne puisse revêtir les apparences. Mais, d'autre part, il ne manque pas d'auteurs modernes qui ont cherché à révoquer en doute la syphilis *larvée* et *protéiforme* de leurs prédécesseurs, et bien qu'aujourd'hui une réaction, peut-être exagérée en sens contraire, paraisse sur le point de s'opérer, il faut du moins reconnaître que ce sujet est resté fort obscur et que les incertitudes, les difficultés et les méprises y abondent. Pour mon compte particulier et bien que j'aie eu occasion de traiter un très-grand nombre de vénériens, surtout de ceux attaqués de syphilis secondaire et constitutionnelle, je n'ai guère rencontré de syphilis *larvée* que sous la forme de *névroses* ou de *cachexies* lymphatiques ou *pulmonaires.* N'omettons pas de noter à ce propos que la *phthisie* proprement dite, une phthisie tuberculeuse, tout à fait réfractaire aux anti-syphilitiques, peut très-bien coïncider avec la cachexie vénérienne et même être amenée secondairement par cette cachexie. Quant à la lésion du foie signalée dans ces derniers temps par un jeune observateur, cette reproduction d'une ancienne hypothèse, appuyée de nos jours sur de prétendus caractères anatomiques, ne me paraît pas encore bien solidement établie.

M. Prosper Yvaren étudie dans un premier chapitre les maladies du système nerveux que la syphilis peut simuler. C'est en effet dans cette classe d'affections que les observateurs de tous les temps ont eu le plus souvent l'occasion de reconnaître la syphilis larvée, et surtout d'appuyer sur les résultats favorables du traitement la certitude du diagnostic.

L'auteur s'occupe d'abord de la *céphalalgie* ou *céphalée* qui se montre souvent au début d'autres formes syphilitiques, coïncide la plupart du temps avec d'autres lésions plus ou moins caractéristiques, mais peut aussi exister seule pendant un temps plus ou moins long et devenir alors d'un diagnostic très-difficile. Les principaux caractères qui servent alors à établir ce diagnostic sont les suivants :

1° La violence de la douleur; 2° la durée plus ou moins prolongée du mal ; 3° le retour ou l'exacerbation nocturne de la douleur; 4° l'incurabilité par les remèdes ordinaires; enfin le rapide amendement sous l'influence de la médication spécifique.

La première observation rapportée dans ce chapitre est tirée de la pratique particulière de l'auteur : la douleur de tête simulait une névralgie occipito-frontale.

Dans la deuxième, également propre à l'auteur, la syphilis simulait le tic douloureux de la face.

La troisième observation, empruntée à B. Bell, est un exemple de céphalée vénérienne qui a persisté trois ans sans lésion matérielle appréciable du crâne.

Dans l'observation quatrième, tirée des Centuries d'*Amatus Lusitanus,* le mal simulait une névralgie oculo-sincipitale.

La cinquième observation est empruntée à *Baillou;* la céphalalgie s'accompagnait de carie des os du crâne.

L'auteur cite ensuite des exemples d'*odontalgie,* de névralgies *intercostale, brachiale, sciatique,* syphilitiques. Ce paragraphe se termine par une observation empruntée à *M. Baumès,* observation dans laquelle la syphilis *larvée* déterminait des accidents nerveux très-divers.

Les maladies *convulsives* syphilitiques, et en premier lieu l'*épilepsie,* sont étudiées avec soin. Le plus ordinairement la syphilis larvée *épileptiforme* s'accompagne de lésions du crâne qui deviennent la cause directe des accès convulsifs. Mais il peut arriver aussi qu'aucune lésion apparente ne se montre et que la syphilis simule l'épilepsie idiopathique, comme le prouvent entre autres deux observations publiées par *Cullerier,* l'ancien, dans le journal de *Sédillot.*

Les circonstances suivantes sont signalées par l'auteur comme propres à éclairer le diagnostic de l'*épilepsie syphilitique :*

1° L'absence des causes ordinaires de l'épilepsie ;
2° L'âge où se produit l'invasion de l'affection convulsive ;
3° L'invasion nocturne des accès ;
4° La co-existence de phénomènes syphilitiques caractéristiques, etc.

Dans les chapitres qui suivent, l'auteur cite des observations de *tétanos,* d'*aliénation mentale,* de *paralysies* diverses, et notamment d'*amaurose,* de *paraplégie* que l'on a dû rapporter au vice syphilitique.

Dans un appendice au chapitre des névroses syphilitiques, M. Prosper Yvaren rappelle l'opinion de *Jos. Frank* sur la possibilité de voir l'infection vénérienne donner lieu accidentellement à des accès de *fièvre intermittente,* et il emprunte à *Cardan,* à *Baillou,* à *Deidier,* à *Bolquillon* et à divers autres observateurs, des faits et des remarques propres à étayer cette opinion. Il ajoute à ces faits la triste observation de notre malheureux confrère *Hourman,* chez lequel la *syphilis,* après avoir provoqué des accès fébriles fugaces, simula plus tard une lésion organique cérébrale.

L'auteur passe ensuite en revue les lésions diverses des appareils des sens, telles que le *coryza,* l'*ophthalmie,* l'*otite* syphilitiques.

Existe-t-il, en effet, comme le prétend M. Yvaren, des affections *gastro-intestinales* que l'on puisse regarder comme syphilitiques? Les quelques faits que l'auteur emprunte à l'ouvrage de *M. Baumès,* à la clinique du professeur *Andral* et à sa propre pratique, tendraient à faire admettre que diverses souffrances abdominales, le plus ordinairement jointes à d'au-

tres accidents, peuvent être entretenues par la syphilis larvée et céder au traitement méthodique de celle-ci.

M. Yvaren admet encore un *rhumatisme* et une *goutte syphilitiques*, dont il distingue soigneusement l'*arthrite blennorrhagique* bien connue de tous les praticiens.

Mais dans ce chapitre comme dans quelques-uns de ceux qui précèdent, peut-être l'auteur a-t-il eu le tort de réunir à quelques faits plus caractéristiques les cas où les accidents qui peuvent simuler la goutte ou le rhumatisme n'ont qu'une durée de quelques jours, par exemple, et ne peuvent être considérés tout au plus que comme les prodrômes de l'éruption d'une *syphilide*.

L'auteur étudie ensuite la *tumeur blanche* syphilitique, maladie que nous avons déjà eu l'occasion de signaler, à l'occasion du mémoire de M. Richet, dans notre compte rendu des concours de prix.

Le chapitre suivant traite de la *rachialgie* syphilitique, rachialgie qui peut présenter tous les symptômes du *mal de Pott*.

En tête des lésions viscérales que peut simuler la syphilis larvée, l'auteur place la *phthisie* laryngée et pulmonaire. Bien que cette forme de la syphilis puisse entraîner la mort, il n'est pas rare de voir des malades qui avaient été jugés incurables et même désespérés comme atteints de phthisie tuberculeuse et qui ont dû un rétablissement complet et assez rapide à la médication spécifique.

Déjà, il y a deux cents ans, Sckenkius, de Græffemberg, publiait, dans son recueil d'observations curieuses, un exemple remarquable de phthisie syphilitique guérie par l'usage de la salsepareille. L'auteur de l'observation reconnut le caractère du mal, tant aux antécédents qu'aux douleurs nocturnes des membres qui accompagnaient la phthisie, et entreprit avec succès un traitement spécial, après que d'autres médecins eussent déclaré le cas désespéré et tout médicament inutile.

On sait que *Morton* regardait comme assez commune la *phthisie vénérienne*. Vous avez entendu ici notre honorable collègue, M. Lagneau, affirmer que dans sa longue pratique il avait vu un assez grand nombre de cas de ce genre. Moi-même, assez récemment, j'en avais un sous les yeux dans mes salles de l'hôpital Saint-Louis ; bien que le malade, affecté d'ailleurs d'une *syphilide* papulo-tuberculeuse sur les membres et d'exostoses aux tibias, fût depuis plus de vingt ans sous l'empire d'un mal qu'il avait toujours négligé, bien qu'il fût arrivé à un état d'émaciation extrême, qu'il eût éprouvé une toux fatigante, des vomissements, des hémoptysies considérables..... Nous avons entrepris la cure par les frictions mercurielles convenablement ménagées, et cet état si grave et si alarmant s'étant sensiblement amélioré, le malade a voulu sortir et reprendre ses occupations habituelles.

J'ai signalé chez ce malade l'*hémoptysie* (qui d'ailleurs datait de plusieurs années et ne s'était pas reproduite depuis) ; ce symptôme ne se retrouve pas ou se retrouve à peine dans les observations citées par M. Yvaren, de telle sorte que l'absence de l'hémoptysie lui paraîtrait un des caractères accessoires qui peuvent servir à différencier la phthisie vénérienne de la phthisie ordinaire.

L'auteur, après avoir passé en revue les faits qui se rattachent à l'*asthme* à l'*angine laryngée* œdémateuse, aux affections du *cœur* et aux anévrysmes dans lesquels on peut reconnaître, ou du moins soupçonner une étiologie syphilitique, arrive à étudier les lésions du viscère où la plupart des auteurs du XVIe siècle plaçaient le siége principal de la syphilis constitutionnelle ; je veux parler du *foie*.

Tout récemment, notre éminent collègue, M. Rayer, n'a pas hésité à attribuer à la cachexie vénérienne certaines altérations du foie révélées par la nécropsie (*Traité des malad. des reins*, t. 2, p. 486).

On sait assez qu'un autre observateur a publié depuis des faits d'anatomie pathologique qui lui paraissent des exemples de lésions vénériennes du foie chez le nouveau-né.

Le temps nous apprendra si ce retour aux opinions des écrivains des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles est justifié par des observations suffisamment probantes.

Plus d'une fois la syphilis larvée s'est montrée sous les apparences du squirrhe et du *cancer*.

Deux cas de squirrhe des mamelles, par cause syphilitique, sont empruntés par l'auteur à la Nosologie de *Sauvages*.

Il rapporte ensuite plusieurs exemples d'ulcères ou de tumeurs diverses simulant le cancer, et cédant au traitement spécifique, après avoir résisté à toutes les autres médications.

Le chapitre cinquième offre un résumé général des recherches relatives au diagnostic des métamorphoses de la syphilis.

Dans ce chapitre, où l'auteur passe en revue les circonstances capitales des nombreux faits qui ont servi de base à son travail, le titre de Syphilis *larvée* ou de *Métamorphoses* de la Syphilis se trouve tout d'abord justifié par cette remarque générale qui ressort de l'étude des faits, savoir, que dans plus de la moitié des cas, le médecin, induit en erreur par de trompeuses apparences, avait d'abord méconnu la nature syphilitique de la maladie. Ajoutons que celle-ci s'est montrée rebelle à toute médication qui n'attaquait que la forme, ou du moins n'en a reçu qu'une modification passagère, tandis qu'en général elle a cédé rapidement dès qu'on a eu recours au traitement spécifique.

Une autre remarque générale importante, c'est que, dans 35 cas sur les 125 relatés dans le mémoire de M. Prosper Yvaren, aucun traitement mercuriel antérieur n'avait eu lieu, et que, dans 31 autres, il n'y avait eu que des essais de traitement irréguliers et incomplets. Dans 11 cas seulement, les premières manifestations de la syphilis avaient été méthodiquement traitées.

Le volumineux travail de M. Prosper Yvaren, dont nous n'avons pu qu'esquisser à grands traits les chapitres principaux, se termine par une sorte d'appendice qui traite de la syphilis *à l'état latent*. On sait qu'une théorie moderne s'efforce de révoquer en doute cet état qui a existé indubitablement dans un assez grand nombre des observations rapportées par l'auteur.

Aussi, M. Prosper Yvaren ne craint pas de produire, en termes formels, l'opinion que nous-même nous avons défendue dans plusieurs écrits :

« *Il est démontré* (dit-il) que le principe de la vérole peut rester dans le corps un certain espace de temps, *un certain nombre d'années*, sans y décéler sa présence par des signes apparents ; il y sommeille, mais il y vit ; il y existe, en un mot, *à l'état latent*. »

Un fait curieux à rapprocher de celui-là, c'est la possibilité de l'infection par voie d'hérédité d'enfants qui naissent de parents jadis infectés, mais *actuellement* exempts de tout symptôme vénérien appréciable. L'auteur cite deux exemples de ce cas ; j'en avais moi-même un tout récemment sous les yeux dans mes salles de l'hôpital Saint-Louis.

La cause la plus commune du passage de la syphilis *à l'état latent*, est sans contredit l'abus, si commun de nos jours, de ces traitements incomplets ou palliatifs qui dissipent les symptômes actuels sans opérer une guérison radicale, et le peu de sévérité qu'on apporte généralement dans le régime. On sait assez cependant que dans plusieurs cas il a suffi d'un régime sévère pour dissiper les accidents les plus graves de la syphilis, soit *primitive*, soit surtout *consécutive*. M. Prosper Yvaren insiste avec raison sur ce point si important du traitement des maladies vénériennes. Je suis très-convaincu, pour ma part, que c'est au régime seul qu'il faut attribuer plusieurs des cures rapportées à tort à certains médicaments qui ont joui d'une grande vogue, tels que la salsepareille et le gaïac, par exemple, regardés longtemps comme des *spécifiques* de la syphilis, et encore aujourd'hui investis d'une sorte de renommée populaire qu'exploitent les charlatans et les industriels sous le titre de *Robs sudorifiques*, de sirops, d'essence, etc.

D'ailleurs, comme l'a dit avec raison un auteur qui joignait certainement une grande sagacité pratique à des théories un peu aventureuses (*Swediaur*) : « C'est toujours un point de jugement pratique des plus « délicats de connaître si la vérole est radicalement guérie. » C'est aussi là ce qui explique comment, chez des sujets même en apparence méthodiquement traités, il peut y avoir ultérieurement des accidents consécutifs qui viennent révéler la persistance du mal pallié mais non guéri.

Le travail consciencieux et aussi complet qu'il peut l'être en ce moment de M. Prosper Yvaren sur un sujet à peine ébauché jusqu'ici dans les traités les plus récents sur la matière, est un écrit tout à fait hors ligne tant par son étendue que par sa nature. Je voudrais qu'il fût au pouvoir de l'Académie d'en provoquer ou du moins d'en encourager la publication dans un but d'utilité publique.

N'osant entrer dans une voie aussi insolite, j'insisterai du moins pour qu'on rende à l'auteur toute la justice que méritent d'aussi laborieux efforts.

M. Prosper Yvaren s'est déjà fait connaître au public médical par de sérieux et importants travaux.

Il a le premier, à ma connaissance, révélé le caractère apocryphe des prétendus statuts de la reine Jeanne, au XIVe siècle, apportés en preuve de l'existence de la syphilis à cette époque antérieure d'un siècle et demi à celle fixée par les partisans au nombre desquels je me range de l'opinion de la nouveauté de la syphilis (1).

Il a publié, il y a quelques années, une traduction élégante et fidèle, *en vers français*, du poëme latin de *Fracastor* sur la syphilis.

D'après toutes ces considérations, il me paraît avoir tous les droits possibles à être agrégé à cette savante compagnie.

Je n'hésite donc point, messieurs, à soumettre à votre sanction les conclusions suivantes :

1° Une lettre de remercîments sera adressée à l'auteur, avec invitation à publier l'intéressant ouvrage qu'il a soumis au jugement de l'Académie ;

2° Le manuscrit restera déposé honorablement dans les archives de la compagnie ;

(1) On peut voir dans mon *Manuel des maladies vénériennes* (aux pièces additionnelles) le passage relatif à ces statuts. G.

3° M. Prosper Yvaren (d'Avignon) sera désigné pour être inscrit sur la liste des candidats à la future commission chargée de préparer une nouvelle élection de membres correspondants.

Albumine iodée.

M. Lecanu, en son nom et au nom de M. Hervez de Chégoin, lit un rapport sur une nouvelle préparation d'iode; c'est un composé d'iode et d'albumine préparé par M. Renault, pharmacien à Paris. Le rapport conclut à l'insertion de la formule au *Bulletin* de l'Académie, conformément au décret du 3 mai 1850.

Cette formule est ainsi conçue, d'après M. le rapporteur :

« On prend :

D'une part. . . { 100 grammes d'albumine sèche du commerce. 1000 grammes d'eau ordinaire.

D'autre part.. . { 100 grammes de teinture alcoolique d'iode au dixième. 200 grammes d'eau.

« On pulvérise l'albumine, on la met macérer pendant environ vingt-quatre heures dans l'eau froide, afin qu'elle s'hydrate et se dissolve en partie; on verse dans la teinture l'eau qui doit en précipiter l'iode dans un grand état de division; puis, sans avoir filtré le liquide albumineux, on y verse par petites portions successives et en agitant, la teinture étendue d'eau. Cela fait, on porte le tout au bain-marie; on l'y maintient sans cesser d'agiter jusqu'à ce que le résidu de l'évaporation cesse de perdre de son poids. Finalement, on pulvérise et l'on passe au tamis de soie.

« Desséchée, l'albumine iodée est en poudre d'un jaune clair, inodore, de saveur à peine iodique, tout à fait sans action sur le décoctum d'amidon, que l'eau gonfle et rend opaque, à la manière de la gomme adragante, et de même que celle-ci partage ces deux portions, l'une soluble, l'autre insoluble.

« L'évaporation à des températures inférieures à 100 degrés, suffit à l'y rendre partiellement insoluble, sans que l'intervention du sucre lui puisse restituer sa complète solubilité, d'où la preuve qu'on ne saurait, malgré qu'en ait pensé M. Renault, la faire servir à la préparation d'un sirop. »

Sur la proposition de M. Robinet, la discussion des conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. COMBES.

Gangrène des diabétiques.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note qu'il résume ainsi :

Il y a près de deux ans, j'ai observé un cas de gangrène dite *spontanée* chez un diabétique, qui perdit un petit orteil et qui, continuant à rendre du sucre dans les urines, a fini par succomber dernièrement à la gangrène de la presque totalité du pied. Ce fut la recherche de la cause générale de la gangrène du petit orteil qui me conduisit, dans ce cas, à reconnaître le diabète qui datait de plus de quinze ans.

Depuis la publication de ce premier fait, M. le docteur Landouzy, de Reims, a communiqué à l'Académie de médecine un cas de gangrène des deux jambes chez une diabétique.

J'observe en ce moment un fait de même nature, et je m'empresse de le communiquer à l'Académie. Appelé en consultation, près de Paris, par un praticien recommandable, je constatai chez son malade deux foyers gangréneux dans la région dorsale, dont l'un très-vaste, et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse tout le long du côté externe de la cuisse gauche. Dans l'impossibilité de rattacher ces graves lésions à aucun autre vice général, je soupçonnai que le sujet pouvait se trouver sous l'influence de la diathèse glucosurique, et je l'interrogeai dans ce sens : il me répondit que, depuis longues années, il boit et urine beaucoup. L'urine, examinée immédiatement par un habile chimiste, M. Duroy, pharmacien, contenait de 95 à 100 grammes de glucose par litre.

Comme mon premier malade, celui dont il s'agit est sujet depuis longtemps à des furoncles qui se produisent sur toutes les parties du corps.

Je me borne aujourd'hui à ce simple énoncé; bientôt je publierai un travail général sur la gangrène dans la glucosurie. J'ai, d'ailleurs, déjà indiqué le mode présumable suivant lequel se produit cette gangrène.

Amputation des os du métacarpe.

A propos de la communication de M. Courty sur l'amputation des os du métacarpe, M. Chassaignac adresse la note suivante :

Le procédé pour l'*amputation des os du métacarpe*, attribué à M. Courty, dans la séance du 20 mars dernier, a été décrit et mis en pratique il y a plus de dix ans. On en trouve la description textuelle dans le Ier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, page 465. De plus, dans le même recueil, se trouve décrite l'aiguille qu'il convient d'employer pour passer la scie à chaîne sous les métacarpiens. Je ne doute pas qu'une fois cette citation vérifiée, la loyauté bien connue de M. Courty ne le porte à rectifier de lui-même l'attribution qui lui serait faite d'un procédé qui ne lui appartient pas.

Cause essentielle de la mort des animaux tués par la foudre.

M. Ed. Robin adresse une note qu'il résume ainsi :

.... La foudre, comme électricité, comme chaleur, provoque, et à un degré fort remarquable, les actions chimiques. Elle fait naître les fermentations, elle arrête les fermentations. Soumis à son influence, l'azote et l'oxygène atmosphériques se combinent ensemble, et les substances végétales qu'elle frappe prennent feu au contact de l'air quand elles ne contiennent pas une quantité d'eau assez grande pour que la chaleur emportée dans la volatilisation de ce liquide mette promptement un terme à l'élévation de température. Ces faits conduisent, je crois, à une explication nouvelle du mode d'action général dans la production de la mort des animaux. Quand elle frappe les végétaux, quand elle frappe les animaux, l'air qui les enveloppe est fortement raréfié, leur température s'élève subitement, les combinaisons chimiques sont provoquées, l'oxygène partout dissous, partout essentiel à la vie, disparaît tout à coup, en contractant une combinaison qu'à l'état normal il n'aurait subie que peu à peu.

La mort des végétaux, la mort des animaux atteints par la foudre serait dès lors essentiellement l'effet d'une asphyxie provenant de la disparition subite de l'oxygène intérieur. Les lésions mécaniques dues à l'action directe du fluide électrique, à l'expansion des liquides, à leur conversion instantanée en vapeur, ne seraient point nécessaires, ne seraient jamais causes premières. Avant que l'élévation de température soit arrivée à les produire, l'asphyxie est opérée par la disparition plus ou moins complète de l'oxygène.

Les faits que je viens de rappeler m'avaient fait adopter depuis plusieurs années l'opinion que je viens d'émettre, mais pour que je la jugeasse solidement établie, il me manquait deux preuves que l'observation seule pouvait fournir : à la suite de la mort par l'électricité, d'une part, la quantité d'oxygène dans le sang devait être moindre qu'à l'état normal; d'autre part, la putréfaction, qui d'après mes recherches exige une combustion incessante par l'oxygène humide, devait être ralentie dans le sang et dans les cadavres des animaux. Chacune de ces circonstances entraîne l'existence de l'autre, et comme, d'après une observation très-bien faite publiée par la *Gazette médicale* de Toscane, et due au professeur Salvi Gabrielli, le ralentissement de la putréfaction vient d'être bien constaté, j'ai cru mon explication suffisamment fortifiée pour que son envoi à l'Académie ne fût pas sans intérêt.

Corps gras.

M. Jules Lefort adresse une note relative à l'histoire chimique des corps gras et qui contient l'énoncé des faits suivants :

J'ai cherché, dans un premier mémoire, dit l'auteur, à faire connaître la composition élémentaire des huiles grasses et végétales et les combinaisons qu'elles produisent avec le chlore et avec le brome. J'ai montré, par de nombreuses analyses, que plusieurs huiles, quoique provenant de végétaux très-différents, possédaient des compositions identiques, et, de plus, qu'elles contenaient toutes quatre équivalents d'oxygène.

Après avoir examiné les réactions qui se produisent lorsque le chlore, le brome et l'iode sont mis au contact des huiles grasses végétales, il devenait important de rechercher si ces métalloïdes ne réagissaient pas d'une manière plus spéciale sur l'un de leurs composants, sur l'oléine, par exemple, plutôt que sur la stéarine ou la margarine.

Voici les nouveaux résultats que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie :

L'iode, qui, comme je l'ai déjà montré, ne réagit sur les huiles grasses qu'en leur enlevant une très-petite partie de leur hydrogène, ne m'a pas paru en prendre à l'oléine une plus grande quantité qu'à la stéarine et à la margarine. L'action que ce métalloïde exerce sur les huiles et sur leurs composants ne peut donc se comparer à celles que le chlore et le brome fournissent dans les mêmes circonstances. En effet, le brome et le chlore se combinent très-bien à la stéarine, à la margarine et à l'oléine.

Ces nouvelles substances, sur la préparation desquelles je me dispense de revenir, sont plus denses que l'eau; elles présentent, dans leur consis-

tance, des différences bien remarquables : ainsi, tandis que l'oléine chlorée et l'oléine bromée sont plus épaisses que l'oléine pure, la stéarine et la margarine chlorées et bromées n'ont pas une consistance aussi grande que la stéarine et la margarine pures, et, de plus, elles fondent à une température beaucoup plus basse.

Aucun réactif n'y décèle la présence du chlore et du brome libres.

La stéarine, la margarine et l'oléine perdent, sous l'influence du chlore et du brome, une même quantité d'hydrogène, qui, pour la première, dont on connaît seulement la composition exacte, correspond à 4 équivalents.

Il résulte, en effet, de mes expériences, que si la stéarine chlorée a pour formule

$$C^{76} H^{66} Cl^4 O^8,$$

la stéarine bromée a pour formule

$$C^{76} H^{66} Br^4 O^8.$$

En admettant que la margarine et l'oléine possèdent des compositions peu différentes de celle de la stéarine, ce seraient encore 4 équivalents d'hydrogène que le chlore et le brome remplaceraient.

Comme complément de ce genre de recherches, j'ai entrepris quelques expériences sur l'action que les corps haloïdes exercent sur les acides gras.

L'iode ne réagit pas sur les acides gras qui proviennent de la saponification des huiles grasses végétales et des corps gras d'origine animale.

Le chlore et le brome, avec les acides stéarique et margarique parfaitement dépouillés d'acide oléique, ne forment pas de composés particuliers ; une petite quantité de ces métalloïdes se trouve dissoute par les acides gras, mais il ne se produit pas d'acides chlorhydrique et bromhydrique.

L'acide oléique, au contraire, subit très-bien la loi des substitutions.

Acide oléique chloré. — Ce composé et le suivant s'obtiennent de la même manière que toutes les combinaisons grasses, chlorées et bromées, que j'ai fait connaître.

Il est liquide à la température ordinaire, plus dense que l'eau, et possède une teinte brune assez prononcée ; il ne produit pas de précipité de chlorure d'argent avec le nitrate de ce métal. Sa consistance est un peu plus grande que celle de l'acide pur ; sa densité, à la température de 7°,9 est de 1,082 ; il entre en ébullition à 190 degrés.

Sa formule se représente ainsi :

$$C^{36} H^{32} Cl^2 O^4.$$

Acide oléique bromé. — L'acide oléique bromé possède à peu près la même consistance que l'acide chloré, mais il a une teinte brune plus prononcée, sans cependant que les réactifs indiquent la présence du brome lorsqu'il a été parfaitement lavé, et qu'il n'a pas été préparé depuis un long temps. Sa densité, prise à la température de 7°,5, est de 1,272, et il bout à 200 degrés.

Son analyse a fourni des nombres qui concordent très-bien avec la formule

$$C^{36} H^{32} Br^2 O^4.$$

J'expose, à la suite de ces recherches, les considérations qui me font supposer que la stéarine et la margarine appartiennent à la classe, déjà si nombreuse, des composés isomériques, et que les huiles grasses végétales sont des composés en proportions définies, constantes, d'oléine et de margarine, ou mieux des oléomargarates de glycérine, dont le dédoublement peut s'opérer au moyen des forces les plus faibles. Elles seraient alors aux semences, ce que les essences sont aux fleurs, la salicine et la populine aux écorces, identiques enfin à beaucoup de ces principes immédiats que tous les jours les chimistes apprennent à dédoubler en substances les plus diverses.

Mérycisme.

M. Vincent, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, transmet quelques détails sur un cas de mérycisme, remarquable à raison de l'âge très-avancé auquel est parvenu le sujet de cette observation.

Cette perversion des fonctions digestives, observée chez M. Willame, datait de la jeunesse ; elle avait commencé à se montrer dès le début d'un voyage en mer, mais elle avait persisté après le débarquement. La régurgitation s'opérait environ une demi-heure après l'ingestion des aliments, et dans l'espace de dix années elle avait réduit le malade à un état de marasme qui semblait annoncer une fin prochaine. Ce fut alors que, sur l'avis d'un médecin, il essaya de soumettre à une seconde mastication les aliments qui remontaient de l'estomac presque dans le même état qu'ils avaient été avalés. L'assimilation ne s'exécuta jamais que d'une manière très-imparfaite, comme le prouvait l'état de maigreur et de faiblesse du sujet. Cependant, avec cette santé languissante, il vécut encore quarante-cinq ans, et atteignit l'âge de 83 ans.

CORRESPONDANCE.

Mon cher confrère,

Il n'y a point, en vérité, de contradiction entre le passage cité (*sur l'huile iodée*) dans votre numéro de jeudi dernier et l'avis que j'ai exprimé dans la séance de mardi à l'Académie de médecine.

Ni moi ni aucun autre orateur n'avons prétendu, comme vous nous le faites dire : « *Que ces médicaments* (l'huile iodée et l'huile iodo-phosphorée) *n'avaient absolument aucune action*, » page 642 du *Moniteur*. Mais nous avons dit qu'il ne fallait pas qu'on les regardât comme aptes à remplacer l'huile de foie de morue (bien plus comme *supérieures* à cette dernière : style de prospectus).

Je soumets cette remarque à votre sagacité.

Tout à vous, GIBERT.

Nous acceptons volontiers la rectification du savant et spirituel secrétaire de l'Académie, à condition qu'il voudra bien l'appliquer aux paroles qu'il a prononcées dans la séance du 5 juillet, et qui sont bien celles que nous avons rapportées. Nous comprenons d'ailleurs parfaitement qu'en obéissant à l'excellent sentiment qui l'inspirait, M. Gibert soit allé, dans l'improvisation, un peu plus loin qu'il ne le voulait. H. DE C.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par décret en date du 5 juillet :

1° La chaire de botanique rurale, vacante au Jardin-des-Plantes par la mort d'Adrien de Jussieu, est supprimée ;

2° Une chaire de paléontologie est créée en remplacement de la chaire de botanique rurale.

M. Alcide d'Orbigny, docteur ès-sciences, est nommé professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— Par arrêté, en date du même jour, de M. le ministre de l'instruction publique, à l'avenir, les professeurs chargés de l'enseignement des diverses branches de la botanique au Muséum d'histoire naturelle, dans les Facultés des sciences et de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie, seront tenus de faire, pendant la belle saison, des excursions scientifiques dans lesquelles ils exerceront les élèves à reconnaître sur place les caractères et les familles des plantes.

— On écrit de Londres :

« La distribution annuelle des prix et des diplômes a eu lieu à King's College ; l'archevêque de Canterbury et d'autres fonctionnaires éminents du clergé anglican assistaient à la séance où la profession médicale était représentée par sir Benjamin Brodie, sir H. Inglis et le docteur Jelf, principal du collége.

« Parmi les dons faits à cet établissement en 1852, on cite un legs de 125,000 fr. du Rév. Dr. Walford, pour la création de dispenses de frais universitaires en faveur d'un certain nombre d'étudiants.

« La même solemnité a eu lieu à l'University College, sous la présidence de R. M. Milnes, M. P., en présence de MM. Robinson et Grote et d'une nombreuse assistance. »

PROGRÈS DE LA PETITE VÉROLE DANS LA VILLE DE GLASGOW (ÉCOSSE).

Années.	Population.	Morts causées par la petite vérole.
1835	230,860	473
1836	238,950	577
1837	247,040	352
1838	255,390	388
1839	264,040	406
1840	272,900	455
1841	282,134	347
1842	289,934	334
1843	297,735	151
1844	305,534	99
1845	313,334	295
1846	321,134	»
1847	328,934	592
1848	236,734	300
1849	344,534	366
1850	352,336	456
1851	360,138	618
1852	370,000	584

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 85. 1re année. Samedi 16 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — CLINIQUE DES HOPITAUX : Hôpital des Cliniques. M. Nélaton. De l'épispadias compliqué, par MM. Dolbeau et Vauthier. — REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS. Pourriture d'hôpital. Des tumeurs érectiles, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — De l'emploi du bi-carbonate de soude comme antiphlogistique, par le Dr Jules Lemaire. (*Suite.*) — CLINIQUE ÉTRANGÈRE : Cas de hernie cérébrale traitée avec succès par la compression, par le Dr D.-M. Cooper. CHRONIQUE ET NOUVELLES.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques.— M. Nélaton.

De l'épispadias compliqué.

Leçon recueillie par MM. Dolbeau *et* Vauthier, *internes du service.*

Nous avons actuellement dans nos salles un jeune enfant âgé de 11 ans, qui est porteur d'un vice de conformation. Il s'agit de l'un de ces arrêts de développement qu'on observe du côté de l'urètre, d'un épispadias. Ici la maladie n'est pas à l'état de simplicité dans lequel vous l'observez le plus souvent ; il y a plus qu'une anomalie dans le siége de l'ouverture de l'urètre, nous avons affaire à l'affection qui porte le nom d'épispadias compliqué.

Si vous examinez notre petit malade, vous serez frappé d'une chose, c'est de l'exiguïté de la verge. Si vous entrez dans un examen plus attentif de l'organe, voici ce que vous constaterez : à l'extrémité, on trouve le gland assez bien conformé ; en bas, le frein qui est normal ; en haut, la face dorsale du gland présente une division qu'on peut décomposer en trois rainures muqueuses séparées par deux crêtes saillantes. La rainure médiane correspond à la face inférieure de l'urètre.

Plus en arrière, on trouve un canal formé par les corps caverneux latéralement, et en haut par une gaîne cutanée très-imparfaite, rudiment de ce qui porte en anatomie le nom de fourreau de la verge.

Plus en arrière encore, on note un écartement des pubis, qui sont réunis par une portion fibreuse. Outre cet écartement des os, il est à remarquer qu'ils sont peu développés. La hauteur de la symphise est moindre qu'à l'état normal.

J'ajouterai que le canal est très-large, qu'il permet l'introduction du doigt, lequel pourrait arriver facilement jusque dans la vessie si l'on ne craignait de faire souffrir l'enfant.

Ainsi, vous le voyez, ce qui frappe, c'est une verge très-exiguë, dont la face dorsale est formée par la face inférieure de l'urètre, et dont l'enveloppe cutanée est très-imparfaite. Vous trouverez des épispadias encore plus compliqués, et, à ce propos, je vous signalerai deux malades que nous avons traités cette année, et dont l'un est encore dans nos salles, où vous pouvez l'observer.

Chez ces deux derniers, l'enveloppe cutanée manquait totalement, et la face inférieure de l'urètre était visible dans toute son étendue.

Parmi les symptômes physiologiques inhérents à ce vice de conformation, je vous signalerai l'incontinence d'urine qui est en rapport avec le degré de complication de l'épispadias.

Chez le premier malade il y a une incontinence d'urine, ses vêtements sont toujours souillés et la face interne des cuisses porte les traces du séjour de l'urine sur les parties. Cependant il est une circonstance dans laquelle les urines peuvent être gardées, c'est lorsque le malade est couché sur le dos. Ainsi il n'y a pas d'incontinence, son lit n'est jamais souillé.

Chez les deux autres, l'incontinence persistait la nuit, malgré le décubitus ; ceci est en rapport, comme je vous le disais, avec le degré de complication. Chez ces derniers l'enveloppe cutanée manquait, et vous verrez qu'en reconstruisant cette enveloppe, j'ai obtenu la cessation de l'incontinence pendant le décubitus, soit la nuit, soit le jour.

Je viens de vous parler d'opération, faut-il en pratiquer une chez notre nouveau malade ? Je ne le pense pas. En effet, quel est notre but, dans tous ces cas d'épispadias compliqué ? C'est de mettre les sujets à l'abri de l'incontinence d'urine, voilà tout. J'insiste sur ce point, car il est au-dessus des ressources de la chirurgie de tenter de reconstituer pour les malades une verge que j'appellerai, pour bien préciser ma pensée, verge génitale.

Dans le cas actuel, j'ai pensé qu'en exerçant une pression légère sur l'urètre, en arrière des bourses, on pourrait éviter l'incontinence. Sur cette indication, j'ai fait construire un appareil qui n'est autre qu'une modification de celui que l'on emploie dans les cas de chute du rectum. Voici en quoi il consiste : une ceinture prenant le bassin de l'enfant comme un bandage inguinal double, est fixée au moyen de sous-cuisses et de bretelles. De la partie postérieure de cette ceinture part une tige qui descend entre les fesses, passe au-devant de l'anus, se relève pour se terminer par une petite pelote qui comprime la face inférieure de l'urètre en arrière du scrotum.

Depuis quatre jours l'appareil a été appliqué, aucun accident n'est survenu, pas de douleur résultat de la pression, pas de tuméfaction des organes génitaux et du gland en particulier. Quant aux avantages des bandages, il sont immenses. Le malade est complétement à l'abri de l'incontinence de l'urine, la compression de la pelote suffit pour empêcher le passage du liquide. Cependant la pression n'est pas extrême, car si la volonté intervient, aussitôt l'urine s'écoule sous l'influence des muscles abdominaux qui se contractent. C'est ce que nous avons pu vérifier à plusieurs reprises.

Chez les deux autres malades, j'ai, comme je vous l'ai dit, tenu une conduite différente, j'ai pratiqué une opération ayant pour but de mettre les organes dans un état favorable à l'application d'un bandage. Le résultat a été la reconstitution de l'enveloppe cutanée. Voici en quelques mots l'opération anaplastique un peu complexe qui a été exécutée deux fois devant vous.

Un lambeau est taillé à la région suspubienne ; ce lambeau, disséqué de haut en bas, devient mobile, et il est appliqué par sa surface cutanée sur la surface inférieure de l'urètre (dos de la

verge), dont il constituera la face supérieure. Restait à fixer ce lambeau ; dans un cas, voici ce qui fut fait : deux incisions longitudinales, réunies par des incisions transversales, permirent de tailler un lambeau de chaque côté de la verge. Ces deux lambeaux, devenus mobiles, furent tirés en haut et réunis sur la ligne médiane au moyen d'un point à suture. Tous ces lambeaux se correspondant par des surfaces saignantes, la réunion s'opéra bien. J'ajouterai que, pour éviter l'étranglement des parties, ce qui est une cause d'insuccès dans les opérations anaplastiques, je fis après la réunion des débridements multiples pour faciliter l'ascension de mes lambeaux latéraux.

Chez le deuxième malade, j'ai modifié la deuxième partie de l'opération. Au lieu de prendre des lambeaux sur les parties latérales de la verge, j'en ai taillé un sur la partie antérieure du scrotum, au moyen de deux incisions courbes et parallèles, laissant entre eux un intervalle. Le lambeau mobilisé, il tenait encore aux tissus par ses deux extrémités, je le fis alors passer au-dessus du pénis et je fis la suture.

Comme vous le voyez, au moyen d'une opération, on peut arriver à mettre les malades dans des conditions plus favorables.

Voyez ce petit malade, vous constaterez chez lui les résultats de l'opération. Il reste dans un point une petite fistule, dont nous obtiendrons la fermeture en en cautérisant le trajet. Quant à l'incontinence, il y a grande amélioration, elle est nulle la nuit ; le jour même, quand le petit malade est assis, il peut retenir son urine pendant quelque temps. Le voici donc après l'opération dans les mêmes conditions que celui qui porte un appareil. Nous pourrons bientôt lui en faire construire un, je compte même faire subir à ce dernier quelques modifications dont je vous entretiendrai.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

HÔPITAL SAINT-BARTHÉLÉMY.

Pourriture d'hôpital. — Des tumeurs érectiles.

(*Suite. Voir le n° 82.*)

Les tumeurs érectiles, soit artérielles, soit veineuses, soit capillaires, qui occupent l'intérieur de la cavité orbitaire, peuvent en général être rangées au nombre des lésions dont le pronostic est grave. L'incertitude où se trouve le chirurgien, relativement à leurs limites précises ; la difficulté, parfois l'impossibilité de les attaquer directement par les divers procédés opératoires connus ; le voisinage si rapproché des centres nerveux, et bien d'autres raisons, expliquent cette gravité. Le cas précédent rentrait malheureusement à cet égard dans la règle habituelle ; il tendait à s'accroître et prenait un développement dangereux. Un traitement des plus actifs avait été appliqué ; des incisions sous-cutanées en grand nombre avaient lacéré la tumeur dans presque toute son étendue ; des cautérisations assez puissantes par la persistance avec laquelle elles avaient été faites, quoiqu'avec un caustique peu actif et qui s'est montré plus d'une fois insuffisant contre les tumeurs érectiles, avaient été ajoutées à ces lacérations. Il y avait peut-être lieu d'espérer que le travail plastique consécutif à cette opération aurait oblitéré les cavités vasculaires anormales. Point ; après un instant, pour ainsi dire de repos, la tumeur seulement réprimée a repris un nouvel essor, un nouveau développement. Certes, chacun avouera que les moyens les plus vigoureux, maniés avec la prudence nécessaire en pareille région, étaient parfaitement indiqués. Le cautère actuel employé a paru avoir encore meilleur effet que la première opération. La tumeur reste plus longtemps affaissée qu'elle ne l'avait été ; on peut espérer qu'il y a guérison, et cependant la muqueuse palpébrale est encore refoulée. Ce dernier détail ne prouve rien en faveur d'une récidive, mais il est tout de même un peu suspect ; en supposant la guérison définitive, on pourrait expliquer cette persistance par la présence des éléments plastiques qui ont remplacé les cavités vasculaires anormales, et dont il serait permis d'espérer la résorption ultérieure. Seulement, on est obligé pour cela d'entrer dans des explications. Dès lors, nous n'avons plus un fait net et probant ; nous avons des présomptions, des opinions, des doutes possibles. Somme toute, cette observation n'est pas terminée.

C'est là un exemple de ces cas malheureusement si communs d'observations incomplètes. Rarement celui qui prend des observations dans le service d'un autre peut arriver à les compléter, et peut-être moins encore dans les hôpitaux qu'ailleurs. Que d'observations nombreuses sont laissées écourtées, non terminées, parce que, pour une raison ou pour l'autre, les patients quittent l'hôpital au milieu du traitement ou avant qu'on puisse juger des résultats définitifs. Il y a même quelques services, à Paris tout comme à Londres, qui sont désolants et insupportables pour cela. Les chefs de service seuls pourraient prendre les observations d'une manière satisfaisante, sans compter que bien des malades leur échappent à eux aussi. Mais combien y en a-t-il auxquels la surcharge d'un trop grand service, ou d'une clientèle extérieure nombreuse, ou l'accomplissement d'autres devoirs en grand nombre, permettent de recueillir leurs observations par eux-mêmes ? Le compte en serait vite fait. Et cependant, quelle compensation ne trouve-t-on pas à l'ennui et à la fatigue d'un pareil travail ? Ceux qui s'y livrent finissent tous par laisser des travaux remarquables et qui passent à la postérité, comme l'ont fait ces merveilleux recueils d'observations qu'une foule de grands maîtres du dernier siècle ont laissés après eux dans divers pays.

L'observation précédente reste donc incomplète, et il est probable qu'il y aura lieu de regretter qu'elle ne puisse pas être complétée. Néanmoins, telle qu'elle est, elle apporte avec elle quelques enseignements, en particulier celui-ci, nous le répétons : supposons qu'une anatomie pathologique rigoureuse eût démontré, dans ce cas, une identité des éléments constituants de la tumeur avec les éléments des plaques érectiles des 1re et 2 observations précédentes ; supposons qu'au point de vue anatomique les lésions fussent identiques dans leur nature : évidemment, au point de vue clinique, il y a une énorme différence à établir entre elles. Le simple fait du siége différent, soit dans d'autres tissus, soit dans une région particulière, rend nécessaire une distinction d'espèces, au point de une clinique ou pratique.

§ 3. *Tumeurs érectiles veineuses remarquables par leur tendance à un énorme développement siégeant dans le tissu cellulaire du cou.* — Les tumeurs érectiles de l'orbite, sous leurs deux principales formes, artérielles et veineuses, ont encore été l'objet d'une certaine attention de la part de bien des chirurgiens. Mais en voici une espèce très-particulière, bien plus rare il est vrai, qui n'est pour ainsi dire pas citée, malgré ses caractères bien spéciaux, qui est presque inconnue, si inconnue que lorsqu'un cas de cette ordre se présente, il jette dans l'embarras les meilleurs praticiens.

Le premier, et certainement le plus remarquable fait de ce genre particulier, tel qu'il est raconté dans la quatrième observation qui suit, a excité ici une très-vive attention. Le volume considérable de la tumeur, la rareté de la lésion, le contraste entre son développement rapide et l'état de bonne santé générale du patient, le singulier développement de quelques-unes des veines, la variété des opinions, dont quelques-unes assez bizarres, émises sur la nature de la tumeur, et quelques autres particularités, tout en un mot tendait à augmenter l'intérêt qui s'est attaché à ce cas, et a peut-être bien contribué à frapper un peu trop vivement le moral du patient. Avant de rapporter textuellement l'observation, une explication préliminaire devient nécessaire, en attendant une discussion qui viendra plus loin. Deux journaux anglais au moins, la *Lancet* et le *Medical Times*, ont déjà rapporté cette observation, avec des différences assez notables dans les termes pour jeter de l'incertitude dans l'esprit de ceux qui, faisant plus tard des recherches, se trouveraient en présence de deux relations dissemblables d'un même fait. Nous qui avons observé minutieusement une bonne partie de l'histoire de ce cas, nous ne pouvons suivre la totalité de la relation d'ail-

leurs écourtée, insuffisante, et manquant de détails importants, qui est faite dans la *Lancet;* la rédaction en a été écrite évidemment sous l'impression d'une des opinions erronées, ainsi qu'il est aisé de le démontrer, qui ont émises sur la nature de la lésion, et comme il arrive de très-bonne foi en pareil cas, qui a déteint profondément sur le mode d'exposition des faits. La rédaction publiée dans le *Medical Times,* est au contraire excellente; c'est une veritable observation, régulière, complète, dont l'auteur, qui n'a pas signé, est évidemment une personne qui a pu examiner le patient journellement et à tous les instants; elle coïncide complétement avec ce que nous avons noté, et notre observation, telle qu'elle est exposée ci-après, lui ressemble grandement; cette ressemblance si grande nous a permis de lui emprunter, en toute confiance, plusieurs des détails journaliers consécutifs à l'opération que nous n'avions pu constater par nous-même, ainsi que les détails de l'autopsie, emprunts que nous marquons d'ailleurs dans notre observation, en les intercallant entre des guillemets. Les seules différences entre notre observation ci-jointe et celle du *Medical Times,* consistent en quelques additions accessoires que nous avons dû faire, parce qu'elles sont vraies, et dans la correction de la seule erreur, assez grave il est vrai, qui existe dans la seconde, à savoir que la tumeur ne diminuait pas par la pression. La tumeur diminuait déjà notablement, lorsqu'on la soulevait tout simplement avec le plat de la paume de la main, et on augmentait la diminution ensuite de plus d'un bon tiers du volume, par une pression simultanée des cinq doigts de la main étalés à la surface de la tumeur; cette diminution que nous avons signalée à plusieurs personnes était si marquée, qu'elle constituait une des meilleures bases de notre diagnostic : tumeur érectile veineuse. Ces explications étaient nécessaires en présence de deux relations un peu différentes déjà publiées, et à cause de la variété d'opinions qui tendraient à faire perdre pour l'avenir toute valeur à un fait aussi important que celui que nous allons décrire. En voici maintenant l'observation fidèle et exacte.

4e *Observation.* — G. S...., âgé de 46 ans, a été admis le 6 janvier 1853 dans le service de M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélémy, pour une énorme tumeur du cou.

C'est un homme robuste, de haute taille, à chairs assez fermes, gras, dont la respiration, comme il arrive souvent dans les constitutions de cet ordre, est libre, mais haute, un peu bruyante et assez brève; ce caractère de la respiration est même assez marqué pour permettre de soupçonner par cela seul qu'il y a quelque particularité anormale de structure du côté des organes thoraciques, bien qu'à une auscultation rapide, la seule qu'il m'ait été possible de faire, je n'ai pu saisir rien d'anormal dans les bruits du cœur. A part ce détail, la santé de cet homme a toujours été et est encore excellente; il a toujours mené une vie active et laborieuse, en rapport avec sa force musculaire; par exemple, il y a quelques jours, avant la Noël, malgré l'augmentation rapide de la tumeur dans ces derniers temps et son volume, il a chassé à cheval pendant tout un jour, parcourant un espace de plus de cinquante milles (80 kilomètres environ, ou 20 lieues de poste), sans aucun inconvénient. « Il avait eu parfois l'habitude de prouver sa force par des efforts considérables (*Lancet*). »

Il dit que la tumeur actuelle a commencé il y a cinq ans. Mais cinq ans encore auparavant, il y a donc dix ans maintenant, était survenu un accident qui n'est peut-être pas sans quelque relation éloignée avec la lésion survenue plus tard. Pendant qu'il faisait un effort considérable pour soulever un lourd fardeau, il sentit quelque chose qui cédait dans le bas de la joue gauche et de la partie supérieure du côté gauche du cou; plusieurs gouttes de sang s'écoulèrent en même temps par la bouche et les narines; mais il ne résulta rien de sérieux de cet accident, et plusieurs années se passèrent sans aucune manifestation locale.

Il y a cinq ans, pour la première fois, qu'il aperçut au bas de la joue gauche, « au-dessus de la base de la mâchoire inférieure (*Med. Times*), » une petite *tumeur bleuâtre* qui se développait là sans cause connue. Il n'était pas facile du tout d'amener le patient à indiquer rigoureusement le point précis où la lésion a commencé à paraître, malgré que ce soit un homme naturellement intelligent et à intelligence quelque peu cultivée; sa grosse main, lourde, non habituée à des travaux délicats, dont chaque doigt pouvait à peine se fléchir isolément, se portait tout entière étalée sur le bas de sa joue gauche, sur laquelle il promenait çà et là le bout de ses doigts, lorsqu'on lui demandait de marquer le point d'origine de la tumeur; il m'a fallu beaucoup de peine et de patience pour le décider, après plusieurs reprises, à porter le bout d'un seul doigt sur le point précis; il est vrai de dire qu'il était très-inquiet et à moitié étourdi par l'examen très-convenable cependant que sa tumeur venait de subir de la part de plusieurs personnes. Ce point précis correspondait au bas de la joue gauche, vers le milieu de la longueur du côté gauche du corps de la mâchoire inférieure, à peu près vis-à-vis ou un peu au-dessous du niveau de l'arcade alvéolaire.

Depuis ce moment, la tumeur a augmenté graduellement de *haut en bas,* a envahi le cou sur toute sa face latérale gauche, jusqu'au niveau de la clavicule; et il faut noter que, chez un homme de pareille taille, le cou n'est pas peu haut. L'accroissement paraît avoir été extrêmement marqué dans ces derniers temps, probablement par suite du développement des singuliers troncs veineux placés en arrière de la tumeur et sur le devant du sternum, quoique les explications du patient soient très-vagues à cet égard. Il n'y a jamais eu de douleur ni de gêne dans la respiration ou l'émission de la voix. La tumeur gêne seulement par son volume, et inquiète par son accroissement rapide.

8 *janvier.* Un peu avant d'entrer dans la salle où se trouvait le patient, M. Lawrence me dit que nous allions voir là un cas bien curieux de tumeur telle que ni lui ni ses collègues n'avaient jamais vu rien de pareil. Lorsque nous entrons dans la salle Henri VIII, le patient s'approche avec sa face ouverte et colorée de bon viveur et défait sa longue cravate du pourtour de son cou qui paraît énorme. Lorsque la cravate est en place, on ne distingue rien autre que le gros volume du cou; et sur le bas de la joue gauche, là où la tumeur a eu son origine, il n'y a rien d'anormal, non pas seulement absence de tuméfaction, mais pas même de tiraillements apparents; ce dernier détail pourrait s'expliquer en ce que la tumeur, entraînée par son propre poids vers le cou dont elle envahissait en outre les tissus, a quitté la surface du corps de la mâchoire, et le tiraillement des tissus de la joue qui a dû nécessairement exister pendant un temps, a fini par s'effacer dès que la tumeur a bien été logée au-dessous du corps du maxillaire dans le cou. Au reste, qu'on l'explique ou qu'on ne l'explique pas, il est certain qu'il n'y a plus traces de la tumeur sur son siége primitif à la face, où tous les tissus paraissent sains. La cravate enlevée et le cou bien mis à découvert, voici ce que l'on constate :

Sur la partie latérale gauche du cou, presque à partir de la ligne médiane, existe une énorme tumeur s'étendant depuis la mâchoire inférieure jusqu'à la clavicule. Les personnes qui peuvent consulter l'ouvrage de Warren, *on Tumours,* n'ont qu'à jeter les yeux sur la planche 9 de cet ouvrage où se trouve dessinée une tumeur qualifiée squirrheuse des ganglions lymphatiques du cou, qui représente presque la forme et la situation, mais surtout assez exactement le *volume* de la tumeur actuelle. Pour les personnes qui n'ont pas cet ouvrage, nous pouvons dire avec le rédacteur de *la Lancet,* que la tumeur avait le volume au moins d'un fromage ordinaire de Hollande, quoiqu'avec une forme un peu différente. La *position* de la tumeur, qui occupe toute la hauteur du cou et tend par son fond libre à déborder un peu la clavicule en avant et en bas, est, comme nous l'avons dit, sur la partie latérale un peu antérieure gauche du cou. Par sa partie profonde, dont les limites sont impossibles à établir, elle est logée dans l'intervalle que laissent le larynx et la trachée en dedans, et le muscle sterno-mastoïdien en dehors; le larynx et la trachée sont du reste parfaitement libres de toute adhérence à la tumeur, se meuvent en haut, en bas, en tout sens, sans obstacle, sans déplacer en rien la tumeur qui n'apporte aucun obstacle à la phonation, à la déglutition, à la respiration; la partie inférieure du muscle sterno-mastoïdien est rejetée assez notablement en dehors et en arrière, et la tumeur, toujours par sa partie profonde, paraît s'engager assez loin sous lui. De cette partie profonde se dégage, sans rétrécissement apparent, sans pédicule, la partie extérieure qui s'étale assez librement sur les régions sus et sous-hyoïdiennes, et sur une partie de la région sus-claviculaire. La *forme* de la partie extérieure est celle d'un fond de gourde pyriforme, très-pendante et plus large par le bas. Il suffit d'appliquer à plat la paume de la main sous le fond pendant de la tumeur, pour le soulever pour ainsi dire sans effort, et donner à la partie extérieure, ainsi remontée, un aspect irrégulièrement hémisphérique, tant la tumeur est mollasse. La moindre pression, d'ailleurs, pour peu qu'elle s'exerce sur une surface un peu étendue, suffit pour amener un changement de forme, tant les éléments qui constituent la tumeur sont mous et souples. La *consistance* de la tumeur est d'une mollesse et d'une flaccidité extrême, et d'un caractère tout particulier d'ailleurs, résultant de ce que la tumeur *diminue très-notablement sous la pression,* en même temps qu'elle est très-flasque; à mon idée, cette sensation ressemble beaucoup à celle que l'on éprouve par la pression sur les gros vaisseaux postérieurs et inférieurs dont nous allons nous occuper dans un instant, et dont on chasse ainsi le sang contenu; elle ressemble pas mal à de la fluctuation sur certains points, quoiqu'elle en diffère en ce sens surtout que la tumeur, toute mollasse qu'elle est, paraît renfermer partout des éléments solides dans sa structure, sans grande cavité distincte. Si l'on embrasse tout ce qu'on peut de la tumeur, sous les cinq doigts étalés d'une main, et qu'on presse dessus,

nous avons déjà dit que la partie mollasse, flasque, diminue sensiblement de volume; dès que cette diminution est produite, les doigts sentent alors, dans la profondeur de la tumeur, des points un peu plus durs que le reste, analogues à ceux que l'on retrouve au centre de certaines tumeurs éléphantiasiques et de quelques tumeurs adipeuses. Ce dernier détail est le seul que la tumeur actuelle présente en commun avec les tumeurs adipeuses. Tout le reste, les variations faciles de forme sous la pression; la mollesse, la flaccidité, *la diminution notable de volume sous la pression*, diffère de ce que l'on trouve dans les tumeurs adipeuses. La tumeur est recouverte par la peau du cou qu'elle a soulevée, sans lui faire éprouver la moindre altération. En s'étalant pour recouvrir cette grande surface, la peau ne paraît pas même avair souffert de distension dans ses éléments; elle est saine, doublée d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire sous-cutané qui jouit d'une grande souplesse, sans aucune adhérence avec la surface de la tumeur sous-jacente, de telle sorte que l'on peut pincer sur la tumeur de larges plis de peau sans la moindre difficulté. Aucun vaisseau anormal ne se voit dans l'épaisseur de cette portion de peau qui recouvre la tumeur même. Il n'en est pas de même derrière et au-dessous de la tumeur, où l'on trouve au contraire une des particularités les plus remarquables de ce cas déjà si curieux.

Je veux parler de gros vaisseaux veineux d'un calibre qui atteint, pour quelques-uns, les dimensions du pourtour d'un doigt d'adulte. L'un de ces vaisseaux longe le bord postérieur de la tumeur dans presque toute la hauteur du cou, puis passe sur la clavicule, se recourbe en bas et en avant, au-dessous du niveau inférieur et à une petite distance de la tumeur, pour venir se terminer dans le tissu cellulaire sous-cutané, vis-à-vis la première pièce du sternum, au milieu du paquet des autres vaisseaux, dont nous allons parler. C'est le plus volumineux de tous, et son calibre qui a la forme d'un cylindre légèrement aplati, assez uniforme de haut en bas, dépasse le volume de mon petit doigt; sa position, l'absence de ramifications le long de son trajet, ont fait supposer à plusieurs personnes que c'était la veine jugulaire externe énormément dilatée; et, en effet, il lui ressemble beaucoup; mais il offre aussi quelques particularités différentes. Son origine, d'abord, diffère, car il provient surtout d'un gros cordon veineux, du volume d'une grosse sonde urétrale, qui passe obliquement de haut en bas sur la partie supérieure de la tumeur, entre elle et l'os maxillaire inférieur, depuis le voisinage du menton où il paraît se perdre dans la profondeur de la tumeur, jusqu'au milieu de la face externe du muscle sterno-mastoïdien. A partir de ce dernier point, qui est à peu près au niveau de l'extrémité supérieure du larynx, ce curieux vaisseau, qui prend alors tout son gros volume qu'il conserve jusqu'en bas, représente assez bien les deux tiers supérieurs de la veine jugulaire externe, sauf qu'il est tout à fait superficiel, immédiatement appliqué sous la peau qu'il soulève; comme elle, il descend verticalement de haut en bas, en croisant légèrement la direction oblique du muscle sterno-mastoïdien. Arrivé au tiers inférieur du cou, ce vaisseau diffère dès lors complétement de la veine jugulaire externe, qui devient profonde, comme on sait; au contraire, il reste superficiel, toujours plaqué immédiatement sous la peau, se dirige en bas et en avant, croise la clavicule à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, entre elle et la peau, croise le premier espace intercostal, toujours avec son même volume et sa même position superficielle, jusqu'à sa terminaison dans le paquet veineux pré-sternal. Malgré de bien grandes analogies, ce n'est donc pas la veine jugulaire externe; c'est plutôt un vaisseau nouveau, tout comme ceux dont il nous reste à parler. Ceux-ci sont encore plus curieux s'il est possible; logés dans le tissu cellulaire sous-cutané, immédiatement sous le derme de la peau qu'ils soulèvent, sans l'altérer autrement, ils forment au-devant de toute la largeur de la première pièce du sternum qu'ils débordent même, et du haut de la seconde pièce, un paquet discoïde, saillant de près d'un pouce en avant du sternum, formé par un entortillement de vaisseaux veineux dont quelques-uns sont gros comme le petit doigt; la surface, irrégulièrement convexe, est donc parsemée de bosselures vermiformes allongées; les bords de cette masse vasculaire sont nettement coupés, arrêtés. Tous ces vaisseaux, et le gros vaisseau postérieur, et la masse pré-sternale, sont tellement superficiels qu'on en marque très-bien le pourtour à la vue, à travers la peau soulevée, à laquelle ils donnent une teinte bleuâtre intense, identique à celle que prend la peau du pli du coude vis-à-vis les grosses veines sous-cutanées. La plus légère pression suffit pour vider ces vaisseaux du sang contenu, et l'affaissement que le doigt qui presse éprouve, ressemble beaucoup, quoique plus intense, à la sensation que la pression fait éprouver sur la grande tumeur, lorsqu'on diminue ainsi son volume. Tout le paquet pré-sternal reçoit le sang que ses cavités renferment de la grosse veine verticale postérieure, car si, après l'avoir affaissé par une minime pression, on tient un doigt appliqué en travers sur le gros vaisseau postérieur à un point quelconque de son trajet, mais en particulier au point où il croise la clavicule, la tumeur pré-sternale reste affaissée. Si on enlève le doigt, le gros vaisseau postérieur se remplit de sang, et immédiatement le paquet pré-sternal se remplit aussi et se gonfle.

Tout cet ensemble, tumeur et énormes vaisseaux veineux adjacents, est d'une indolence parfaite, et laisse intacts non-seulement l'exercice complet des fonctions respiratoires, mais aussi, malgré le refoulement en arrière du bas du sterno-mastoïdien gauche, tous les mouvements du cou. Aucune pulsation ne se retrouve en aucun point. « Un murmure fort, rugueux, de râpe était entendu au niveau du cartilage thyroïde, augmentant d'intensité vers l'artère carotide, et très-distinct encore à 4 pouces de distance de ce vaisseau (*Medical Times*). » Je n'ai pas eu occasion d'ausculter la tumeur de manière à constater cette dernière particularité.

Après avoir bien constaté tous ces détails, je pensai, bien que le cas fût rare et singulier, qu'on pouvait poser comme diagnostic : tumeur érectile veineuse. M. Lawrence n'émit aucune opinion; il laissa examiner le patient devant lui par qui voulût et tant qu'on désira, puis lui recommanda, pour ne pas le soumettre aux fatigues de recherches répétées que pouvait susciter la singularité du cas, de ne plus se laisser examiner, excepté en sa présence.

Cependant la rapidité avec laquelle cette tumeur, déjà si volumineuse, augmentait depuis quelque temps, justifiait, bien plus, rendait nécessaires des tentatives chirurgicales pour obtenir une guérison. M. Lawrence était parfaitement de cet avis, et ne se refusait pas à pratiquer une opération; seulement, l'incertitude dans laquelle il était sur la nature réelle de la tumeur, et sur ses limites précises (bien qu'il pensât qu'elle était indépendante des gros vaisseaux profonds du cou), se traduisaient dans les explications qu'il donnait au patient, de sorte que celui-ci, peu rassuré, quitta l'hôpital. Quelques jours après, ayant réglé ses affaires, et sur l'avis de sa famille et des médecins qu'il avait consultés, il rentre à l'hôpital, toujours peu rassuré, assez inquiet par avance, mais décidé à subir ce qui serait nécessaire.

15 *janvier*. Ce jour avait été fixé pour l'opération; en conséquence, je me trouvais à l'amphithéâtre. Mais le patient n'est pas décidé, et l'opération est renvoyée au 19. M. Lawrence se contente aujourd'hui d'exposer les incertitudes du cas; il ne dit pas et ne peut pas dire quelle opération il pratiquera; il commencera par mettre la tumeur à découvert par une grande incision, et puis se comportera suivant ce qui se présentera. D'après ce qui va suivre et d'après l'appareil instrumental qui avait été préparé d'avance, il est évident que M. Lawrence avait pour but d'*enlever* la tumeur, si c'était possible, et sinon de la *lier* près de sa base dès qu'elle serait à découvert.

20 *janvier*. M. Lawrence me dit qu'il avait fait l'opération la veille : deux grandes incisions avaient mis la tumeur à découvert, et la dissection en avait été commencée; le devant de la tumeur n'avait pas été tout à fait exposé, lorsque dans la dissection *de gros vaisseaux veineux logés près de la surface, dans la tumeur, avaient été ouverts par le bistouri, et avaient fourni un écoulement de sang très-abondant, qu'on avait eu beaucoup de peine à arrêter par des ligatures;* comme il était probable qu'on en rencontrerait de nouveaux, et que la dissection de la tumeur en devenait impossible, M. Lawrence s'était décidé à traverser la base de la tumeur avec une aiguille à manche munie d'un chas à son extrémité qui entraînait deux fils; chacun de ces fils avait ensuite servi à lier la moitié correspondante de la tumeur autour de sa base, de sorte que toute la partie extérieure de la tumeur avait été étranglée. Comme je n'avais pu malheureusement me trouver à l'hôpital ce jour-là, je suis obligé d'emprunter les détails de l'opération au *Medical Times* et à la *Lancet*.

« 19 *janvier*. A peine le patient, couché sur le lit d'opération, a-t-il respiré une petite quantité de chloroforme, que la face et le cou prennent une teinte profondément livide, avec une distension énorme de toutes les veines. Le grand vaisseau veineux, et son plexus adjacent, deviennent tuméfiés d'une manière si alarmante, que le premier prend le volume de l'aorte. La respiration devient bruyante; les lèvres et les joues sont repoussées en avant, à chaque expiration, comme dans l'apoplexie. Ces symptômes assez alarmants se dissipent dès que le patient est assis; et comme ils ont été produits par l'inspiration d'une si petite quantité de chloroforme, M. Lawrence se décide à passer outre sans employer davantage cet agent.

« Une aiguille cannelée est d'abord plongée en avant de la tumeur, dans une profondeur de deux pouces; il ne s'échappe qu'une petite quantité de sang veineux. Une deuxième ponction en arrière, là où il y avait comme de la fluctuation, donne le même résultat.

« Alors, une incision longitudinale est pratiquée sur le devant de la tumeur, dont la surface exposée est pâle et lisse. L'incision est prolongée en haut jusqu'à la base de la mâchoire, en bas jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. Une seconde incision, transversalement dirigée en arrière, tombe sur la première. La principale masse de la tumeur est ainsi nettement exposée, et se trouve entourée, devant et sur les côtés, d'un tissu cellulaire si lâche, qu'on pouvait aisément l'énucléer. En haut et en arrière, elle est plus adhérente; en procédant à la dissection par en haut, des veines sont coupées, dont l'une tout contre la tumeur, de laquelle s'écoule un large courant de sang veineux des plus foncés. On est obligé

d'entourer ce point et les parties voisines d'une ligature ; deux fois la ligature échappe dès qu'on retire le ténaculum, le sang s'écoulant copieusement au dehors à chaque tentative ; à la troisième tentative, le fil reste bien appliqué.

« Considérant alors que des veines encore plus larges devaient provenir de la portion adhérente de la tumeur, et que du sang qui fluait d'une manière si profuse par une veine dont le calibre n'était pas très-grand, pouvait être amené dans la tumeur par des artères assez volumineuses, M. Lawrence ne juge pas prudent de continuer plus loin la tentative d'extirpation, et fait la ligature des portions partiellement isolées, comprenant environ les deux tiers de toute la masse. Une forte aiguille est passée à travers la base de la tumeur, etc. L'opération n'a pas duré longtemps, a causé peu de douleurs, excepté au moment où les ligatures ont été serrées, et où la douleur a été plus considérable (bien que la peau n'y fût pas comprise), mais seulement temporaire. Pansement avec un morceau de lin mouillé (*Medical Times*). »

Voici maintenant quelques autres détails seulement, empruntés à la *Lancet :*

« M. Lawrence soulève la peau de dessus la tumeur, et, la transperçant, met à nu une surface brillante qui ressemble à celle d'un kyste ; ce dernier est soigneusement examiné et disséqué tout autour pour vérifier sa nature. Comme cet examen n'apporte pas grande clarté, le kyste est soigneusement ouvert par une sonde cannelée. La surface qui se présente en vue est d'une couleur plus foncée que la première, et la dissection en est soigneusement continuée en se dirigeant vers la partie postérieure de la tumeur. Mais il devient bientôt évident, par l'hémorrhagie soudaine et profuse qui suit la pénétration du bistouri à une ligne ou deux dans la profondeur de la masse, que celle-ci est bien de nature vasculaire. M. Lawrence, aidé par M. Paget, se trouve obligé de mettre plusieurs ligatures (*Lancet*). »

Depuis l'opération, j'ai eu occasion de voir l'opéré à plusieurs reprises, mais à une certaine distance seulement les unes des autres. Il vaut donc mieux emprunter le récit des suites à la relation exacte et précise donnée dans le *Medical Times*. Il est bon d'ajouter que peut-être l'anxiété morale si marquée du patient pendant tout le temps, et qui n'a certainement pas été sans grande influence sur le résultat fatal, n'est pas dans son intensité constante assez caractérisée dans les détails qui suivent :

« Toute la journée se passe bien, sans douleur. Le pouls de 82 à 100, plein et mou, est devenu un peu plus fréquent dans la soirée, jusqu'à 120. A minuit, comme il n'y a pas de sommeil, on prescrit 25 gouttes de laudanum.

« 20 *janvier*. Le patient a bien dormi et ne souffre pas. Le pouls est à 140, assez petit, mais bondissant et compressible. Langue blanche. Contenance anxieuse. La base de la tumeur n'est pas livide, et sa température n'est pas au-dessous de celle du corps, mais sa partie la plus proéminente paraît mollasse, pâle et tout à fait froide. Dans la matinée, le pouls s'est élevé à 150. Vers le soir, un peu de liquide séreux ténu a suinté pendant les dernières heures de tout le pourtour de la base de la tumeur, au grand soulagement du patient ; pouls à 122. Un huitième de grain d'acétate de morphine dans la nuit, à répéter si c'est nécessaire.

« Le 21, après la deuxième dose de morphine, le patient a dormi pendant plusieurs heures, et se trouve mieux ce matin. Beaucoup d'écoulement fétide tout autour de la base de la tumeur. Pouls toujours très-rapide, de 140 à 150. Deux doses de morphine pour la nuit.

« Le 22, le patient a bien dormi, et est, à peu de chose près, comme hier. Pouls assez faible, avec un sentiment général de faiblesse. Huit onces de vin ; un gros de liqueur de quinquina, trois fois par jour ; un tiers de grain d'acétate de morphine pour le soir.

« Le 24, pouls toujours rapide, et variant en fréquence, quelquefois petit et faible. Le patient prend très-bien de la nourriture. La tumeur a été enlevée par excision au ras des ligatures, et on a trouvé qu'elle avait été parfaitement étranglée. La plaie présente maintenant une masse centrale complétement désorganisée, quelque peu proéminente, de trois pouces de diamètre, fournissant un liquide abondant et fétide, avec un bord épais de parties environnantes, dans l'état le plus sain des granulations.

« Le 27, l'état du patient a varié considérablement à divers moments, pendant les trois derniers jours ; il a été parfois anxieux, excité, et d'autres fois tranquille, en état de dormir. Le pouls a varié de 120 à 160, avec un caractère irritable, et fréquemment un grand manque de forces. La respiration est par moments brève et oppressée. Hoquets fréquents. La désorganisation s'étant étendue au delà des ligatures, des lambeaux considérables de ces portions désorganisées ont été enlevés par excision. Les bords larges de la plaie présentent une surface de vives et saines granulations. L'usage des stimulants est absolument nécessaire.

« Le 28, le patient a passé une bonne nuit, le hoquet ayant cessé hier. L'aspect cependant est sombre et affaissé. Langue légèrement sèche et brune.

« Le 29, le patient avait passé sans être pire toute la journée ; vers le soir, sa respiration est devenue de plus en plus embarrassée et difficile ; il s'affaisse graduellement, et meurt à dix heures et demie, dans la soirée. Vers le milieu du jour, une légère hémorrhagie venue des bords de la plaie a été aisément arrêtée par une ligature (*Med. Times*). »

Comme ce patient me paraissait dans les derniers jours marcher vers sa fin, je priai une des personnes du service d'avoir la bonté de m'écrire un mot lorsque l'autopsie devrait être faite, et l'on me promit de me prévenir. La lettre m'est venue, mais deux jours après l'autopsie terminée, et m'annonçait qu'on me donnerait des détails écrits. Je vais le jour même à Saint-Barthélémy, et M. Lawrence m'annonce que l'autopsie a été faite : on a trouvé quelques vaisseaux entrelacés dans un tissu mal défini, et un prolongement de la tumeur entre les gros vaisseaux du cou avec la cavité desquels, cependant, elle ne communiquait pas. Point de phlébite, pas de cause anatomique notable pour expliquer la mort. Voilà tout. Je réclame, quelques jours après, les détails écrits de l'élève qui me les avait promis ; il me renvoie à une huitaine, et au bout de ce temps m'annonce qu'ils ont paru dans *la Lancet* où je les avais déjà lus. Je serais presque porté à m'excuser pour ces renseignements personnels, s'il n'était nécessaire d'expliquer pourquoi je n'ai pas pu décrire par moi-même l'autopsie, si je ne tenais, dans mes publications, à prendre toute responsabilité seulement de ce que j'ai vu, et si ce n'était là un exemple des nombreuses difficultés au milieu desquelles je recueille mes observations que je finis cependant, en général, chacun peut le constater, par prendre assez complètes.

Voici le récit de l'autopsie tel que nous le trouvons dans le *Medical Times :*

« *Autopsie, quarante heures après la mort.* — Pas de rigidité cadavérique. Une forte masse de la tumeur restait au cou, couvrant les gros vaisseaux, soulevant le sterno-mastoïdien, et s'étendant derrière ce muscle. Elle adhérait à la gaîne des vaisseaux et avait séparé la carotide primitive de près de trois pouces de distance de la jugulaire interne, le pneumo-gastrique restant entre les deux. En haut, elle passait derrière la base de la mâchoire, et en bas, derrière la partie supérieure du thorax (je suppose que cela veut dire tout simplement derrière la clavicule) où elle se terminait brusquement entre la carotide interne, le tronc sous-clavier et la veine innominée gauches. La portion exposée de la surface était toujours en suppuration dans la profondeur d'un demi-pouce, la couleur sombre de cette partie suppurée se perdant graduellement dans celle de la structure saine, et le reste de la tumeur n'étant pas altéré. Cette partie saine de la tumeur présente à la coupe un aspect quelque peu finement lobulé, ressemblant notablement à la structure de glandes conglomérées, pancréas ou glandes salivaires, ayant la même teinte rosée et presque la même consistance. » (J'ai entendu dire à plusieurs personnes que M. Paget, bon juge en cette matière, avait trouvé que ce tissu était un peu analogue à celui de la glande thyroïde.) « Il faut, à ce point de vue, faire remarquer que la tumeur avait été distinctement rapportée, par le patient, comme ayant pris son origine dans le voisinage immédiat de la glande sous-maxillaire. » Ceci est une des rares erreurs, mais bien complète, commises par le rédacteur du *Medical Times ;* le texte de sa relation à lui-même dit le contraire au commencement de l'observation. Bien positivement, l'origine a été une petite *tumeur bleuâtre*, expression employée dans le *Medical Times* lui-même, placée *au bas de la joue* gauche. « Cette origine était très-éloignée de la glande thyroïde avec laquelle la tumeur n'a pu avoir des rapports de voisinage qu'après avoir pris un volume considérable. Le corps thyroïde était à sa place, avec sa grandeur et sa texture normales.

« Des portions de la tumeur ont été examinées au microscope par plusieurs observateurs indépendants, parmi lesquels quelques-uns éminents. On a trouvé qu'elle était composée surtout de graisse, partiellement de cellules et partiellement d'une substance demi-molle flottant librement comme une substance huileuse. Le tissu, traité par l'éther, montrait une trame fibro-celluleuse entremêlée de quelques grandes cellules.

« La grande veine et le large plexus des vaisseaux tortueux, en travers du thorax, qui attiraient tant l'attention pendant la vie, *furent trouvés contractés à des dimensions comparativement insignifiantes*. Leurs parois étaient rouges par imbibition, mais non altérées dans leur tissu, excepté un peu d'épaississement en deux ou trois points, sans présence de coagulum ferme, de fibrine, ni de pus à ce niveau. Un vaisseau sortant de la tumeur était cependant rempli d'un caillot brun et ferme, probablement formé avant la mort ; ses parois étaient saines. Les vaisseaux tortueux contenaient du sang, ou fluide, ou récemment coagulé.

« Poumons emphysémateux et chargés de sang et de sérum, sans autre altération ; les cavités du cœur n'étaient pas obstruées par du sang, et il n'y avait aucune trace d'obstruction de la circulation veineuse : cœur, foie et reins pâles, mollasses, renfermant beaucoup de graisse constatée à l'inspection microscopique (*Medical Times*). »

Voici maintenant la relation de la *Lancet :*

« L'autopsie n'a pas jeté autant de jour sur la nature de la tumeur qu'on aurait pu l'espérer. La portion restante de la tumeur a pu être suivie

derrière la clavicule et le sternum, mais n'avait aucune connexion distincte avec aucun des gros vaisseaux de cette région. La portion de l'excroissance qui avait été rejetée, présentait à peu près les mêmes caractères que la portion restante, à savoir une substance d'apparence dense, grise, fibreuse, percée d'un certain nombre de vaisseaux. Sous le microscope, elle paraissait composée principalement de globules graisseux, dont plusieurs, soumis à l'action de l'éther, se sont complétement dissous. Les grands vaisseaux de la poitrine étaient dans un état normal; et il devient probable que l'état variqueux des veines au-devant du sternum avait été due à une abstraction mécanique, principalement située à la jonction de la veine jugulaire interne et du tronc brachio-céphalique.... Pas de pus dans les vaisseaux veineux....

« Le professeur Queckett a examiné une portion de l'excroissance ; par suite de son aspect, de l'action de l'éther, et de l'inspection microscopique, il est enclin à considérer la tumeur comme principalement composée de matière adipeuse. Le professeur Queckett a été assez bon pour nous montrer au microrcope une petite portion du produit pathologique macéré au préalable dans de l'éther, et nous y avons vu quelques cellules graisseuses non encore dissoutes, et les lignes fibreuses formant la base du tissu. Il y avait probablement un grand nombre de vaisseaux supportés par ces fibres. M. Queckett a eu occasion de voir des tumeurs graisseuses vasculaires d'une manière peu usuelle, et nous pouvons citer un passage de ses leçons à ce sujet.

Dans les tumeurs graisseuses, la graisse est généralement plus ou moins jaune, et le tissu contient peu de vaisseaux, si même il y en a quelques-uns, qui saignent quand on enlève la tumeur ou quand on la coupe; mais quelquefois il arrive que la masse est d'une couleur rouge, et renferme une très-grande quantité de vaisseaux. Une tumeur de ce genre enlevée après la mort, du mésentère d'un enfant, par M. Pittard, avait, au premier abord, les apparences d'une lésion de mauvaise nature; et quand on l'incisa, il s'échappa une grande quantité de sang. Sa vraie nature fut vérifiée seulement par le microscope, qui montra que ce n'était rien autre que du tissu adipeux; et quoique la pièce ait été conservée dans l'alcool, et exposée à la lumière depuis deux ans, elle conserve toujours une partie de sa couleur rouge (*Lancet*). »

Nous voici arrivés à la fin de cette longue, mais importante et intéressante observation. A part quelques petits détails, dont l'absence est regrettable, quoique minimes, le fait est assez complet pour que chacun puisse le juger à son idée, et voir en particulier s'il est réellement possible de douter que ce fût là une tumeur érectile, et même une tumeur érectile des mieux caractérisées, pour le diagnostic de laquelle la rareté et la nouveauté de la chose pouvaient seules apporter quelque difficulté.

Il y aurait une partie bien importante de ce fait qui mériterait d'arrêter l'attention, relativement à la cause de mort. Qu'on relise avec soin la relation des suites de l'opération telle que nous l'avons empruntée au *Médical Times,* et l'on avouera que tous les détails, l'irrégularité des phénomènes, les troubles nerveux, l'état et les irrégularités du pouls, etc., nous donnent un type de ce genre de mort, fréquent malheureusement après les grandes opérations, surtout dans les hôpitaux, quoi qu'on en pense, et un peu trop oublié, occasionné par l'action déprimante et perturbatrice d'affections tristes. A des cas de cet ordre, les stimulants principalement diffusibles et les calmants conviennent essentiellement, sans aucun doute; mais certainement, ou bien rarement ils ne suffisent pas. C'est presque à regret que nous abandonnons ce côté si capital du fait précédent, qui mériterait tant une discussion sévère, pour nous concentrer sur la partie qui est en relation intime avec le but du présent travail, à savoir la nature de la lésion.

Avant que nous eussions proposé le diagnostic de tumeur veineuse érectile, aucun diagnostic n'avait été posé, et M. Lawrence, avec sa réserve habituelle dans les cas de cet ordre, ne s'est prononcé ni avant ni après. Après cette première suggestion (quelqu'un, dit le *Medical Times,* suggéra que ce pouvait être une tumeur vasculaire analogue à certains nœvus), la tumeur a été généralement appelée tumeur érectile veineuse, et même, chose assez curieuse, l'observation est publiée sous ce titre dans les articles évidemment rédigés pour insinuer que telle n'était pas la nature de la tumeur. Non-seulement ce diagnostic a été généralement accepté, mais n'a été discuté ouvertement par personne; et si nous savons que bon nombre de diagnostics timides se sont produits ensuite, c'est que nous avons bien prêté l'oreille. Même à la fin, alors que l'on a cru pouvoir s'appuyer sur M. Queckett, aucune objection sérieuse n'a été produite. Le *Medical Times* se contente de dire : « Quelqu'un suggéra que ce pouvait être une tumeur vasculaire analogue à certains nœvus, mais ceux-ci sont congéniaux à leur origine, ou observés pour la première fois à un âge très-jeune; » et pas un mot de plus. Cette apparence d'objection est un chef-d'œuvre du genre. De deux choses l'une, ou le correctif qui est après le *mais* s'adresse aux tumeurs érectiles en général, ou il se rapporte aux nœvus seulement. S'il s'adresse aux tumeurs érectiles en général, ce serait tout simplement une erreur échappée par inattention et si positive, qu'elle devrait être comparée à une faute d'impression, sans être plus discutée. S'il est relatif seulement aux nœvus, qui n'est qu'un pur nom de convention pour certains cas congéniaux, ce devient de l'encre et du papier employés en pure perte, car cela n'a plus dès lors aucune signification dans l'espèce. Dans la *Lancet,* il n'y a pas davantage de discussion; mais sans qu'aucune preuve ait été apportée, l'article se termine ainsi : « De toutes façons, il est clair que la tumeur n'était pas, comme on l'avait supposé au premier abord, principalement constituée par une agglomération de vaisseaux. » C'est ce que la petite discussion qui suit va éclaircir.

Mais s'il n'y a pas eu de discussion, d'objections directes, il y a eu une foule de diagnostics insinués tout doucement, et parmi eux quelques-uns de bien étranges. Nous ne rapporterons pas tous ceux que nous avons entendus; il y en a bien assez déjà avec ceux qui se sont glissés dans les publications faites, comme on va voir.

« On pourrait considérer la tumeur, comme elle l'a été par beaucoup de chirurgiens qui ont vu le cas, comme une espèce de production venant de la glande thyroïde (*Lancet*). » Comment une pareille idée a-t-elle pu se présenter à l'esprit? A l'autopsie, on trouve *la glande thyroïde intacte, avec sa grandeur et sa structure normales.* Le larynx, tout à fait indépendant, se mouvait et exécutait toutes ses fonctions complétement en dehors de la tumeur. La lésion *avait commencé,* la *Lancet* elle-même le rapporte, *vers la base de la mâchoire.* Comprend-on qu'une pareille tumeur puisse être rapportée à la glande thyroïde? Et cependant, ainsi que le mentionne la *Lancet,* cela a positivement été dit! Il ne faut pas confondre, avec cette singulière opinion, le détail mentionné plus haut comme venant de M. Paget, et qui signale seulement la ressemblance de la structure de la tumeur avec celle de la glande thyroïde.

« De l'aspect de la tumeur et de sa situation, on tendrait volontiers à conclure que c'était une excroissance originellement de nature fibreuse, qui avait pris origine dans le tissu cellulaire placé derrière le sternum et la clavicule, et s'était élevée ensuite dans le cou (*Lancet*). » Mais c'est juste l'inverse qui a eu lieu, sans contestation possible. La tumeur a progressé *de haut en bas*, et non pas *de bas en haut.* En tout cas, ce serait une singulière tumeur fibreuse, qu'une tumeur du genre de celle décrite dans l'observation précédente. Il est vrai, et ce n'est pas là le détail le moins étrange parmi ceux qui se sont produits, qu'on a cherché à se rendre compte du développement du gros vaisseau postérieur à la tumeur, et du paquet veineux pré-sternal, par une compression exercée par la partie profonde de la tumeur sur les gros vaisseaux veineux de la base du cou. Ceci vaut au moins la glande thyroïde, et constitue un genre tout particulier de compression; jusqu'à présent, tout le monde avait pensé qu'une compression sur le tronc veineux brachio-céphalique, et l'origine de la jugulaire interne, se traduisait par des manifestations du côté du membre supérieur (œdème, etc.) et de la circulation de la tête; eh bien! non, voici un nouveau genre dans lequel cette compression laisse parfaitement intactes les circulations cérébrale, crânienne, faciale, cervicale et brachiale, mais amène tout justement la dilatation jusqu'au volume du doigt de gros vaisseaux veineux placés immédiatement sous le derme de la peau, dans deux points rigoureusement circonscrits le long de la face externe du sterno-mastoïdien et sur le devant du sternum!

« L'opinion générale a été qu'il était possible que c'eût été une tumeur glandulaire d'abord, qui avait ensuite subi la dégénération graisseuse. Il faut remarquer à ce point de vue que la tumeur avait pris son origine dans le voisinage immédiat de la glande sous-maxillaire. » (*Medical Times.*) Remarquons en passant que cette opinion était si peu générale, que pour notre compte nous ne l'avions pas entendu émettre, que nous avons été très-surpris de la trouver dans le *Medical Times*, et que la *Lancet* n'en dit mot. Le simple fait que la tumeur a commencé sur le bas de la joue suffirait déjà pour renverser tout cet échafaudage. Nous ne nous arrêterons pas non plus sur le malheureux mot dégénération, qui n'a pas de sens, ou est dangereux, ou est faux. Arrêtons-nous seulement un instant sur l'idée d'une tumeur de la glande sous-maxillaire, et voyons s'il est possible réellement de s'arrêter à une pareille idée dans le cas actuel. En premier lieu, il faudrait commencer par reconnaître que c'est bien là le cas le plus extraordinaire de tumeur de la glande sous-maxillaire qu'on ait jamais vu, ou qu'on pût prévoir. Puis, à l'origine, une tumeur glandulaire en rapport avec la glande sous-maxillaire, serait une *petite tumeur bleuâtre,* indolente à ce moment et pendant tout son développement ultérieur, expressions du *Medical Times* lui-même! Puis voilà une tumeur glandulaire qui se développe sous la mâchoire et subit ultérieurement « la *dégénération* graisseuse ; » à coup sûr, elle va former, comme dans tous les cas connus, une tumeur presque toute extérieure, à formes sphériques ou sphéroïdales, ayant les caractères bien connus des tumeurs de ce genre; mais tout au contraire, cette tumeur pend, il est vrai, comme le fond d'une gourde, en vertu de son propre poids, par sa partie extérieure, mais, par ses parties profondes, elle s'insinue, elle glisse entre les organes, comme trois espèces de tumeurs, les cancers, les cancroïdes et les tumeurs érectiles seules le font; à la différence du cancer, elle n'envahit, dans le cas actuel, que le tissu cellulaire, laisse intacts les autres tissus, et en particulier la peau, qui reste saine et mobile, quoique énormément soulevée; elle est d'une mollesse extrême; elle renferme des cavités vasculaires si développées, que l'ouverture d'une seule d'elles, pendant la dissection, produit une hémorrhagie considérable; elle s'accompagne, dans son pourtour, de développements de vaisseaux sous-cutanés, qui constituent une tumeur érectile veineuse des plus incontestables; elle diminue sous la pression, etc. En vérité, l'idée d'une tumeur glandulaire provenant de la glande sous-maxillaire, et avec toutes les erreurs possibles de dégénération, pour n'être pas choquante comme celle d'une tumeur de la glande thyroïde, n'en est pas plus acceptable.

« La tumeur paraît venir se ranger sous cette catégorie de tumeurs qui prend naissance derrière le muscle sterno-mastoïdien, et que M. Vincent considérait comme ayant grande tendance à prendre des caractères de mauvaise nature (*Lancet*). » Disons en passant que M. Vincent aurait, dans l'état actuel de la physiologie pathologique, une rude besogne à faire pour démontrer son opinion, et que cette phrase n'est à très-peu de chose près que celle employée par M. Warren, à propos du cas de tumeur ganglionnaire dessinée dans sa planche IX du *Traité on Tumours,* et que nous avons cité dans l'observation, à propos de la forme. Mais il suffit de relire notre observation pour rester convaincu du premier coup d'œil que la tumeur, dans le cas actuel, diffère du tout au tout d'une tumeur ganglionnaire. Ce serait perdre son temps que de faire un pareil parallèle. D'ailleurs, au milieu de cette cohue de diagnostics bizarres, le plus étrange de l'affaire est bien certainement l'oubli complet du fait inattaquable et inattaqué de l'origine de la tumeur dans le bas de la joue gauche.

Dr A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'emploi du bi-carbonate de soude comme antiphlogistique,

Par le docteur Jules Lemaire.

(*Suite. Voir les nos 83, 84.*)

9e *Observation.* — J. Ph...., âgé de 5 ans, fut pris il y a deux ans de tous les symptômes du croup : il y avait quelques points pseudo-membraneux dans la gorge. Les vomitifs, les sangsues, les sinapismes, furent employés, ainsi que le bi-carbonate de soude et des vapeurs d'eau autour du lit du malade. Il guérit très-bien.

Le même malade fut pris, le 27 mars dernier, des mêmes accidents qu'il y a deux ans, si ce n'est que la gorge ne présentait point de plaques pseudo-membraneuses. Il n'y avait de caractéristique que la voix et la toux croupale; il existait à peine de fièvre. Mon ami le docteur Ricard, qui vit le malade en mon absence, se demanda si ces accidents n'étaient pas spasmodiques. Je m'adressai la même question. Quelques antispasmodiques (musc et eau de laurier-cerise) furent employés sans succès. Les accidents persistant, le tartre stibié fut administré, six sangsues furent appliquées sur les côtés du larynx, et des sinapismes furent promenés sur les extrémités. Le lendemain, le tartre stibié fut continué, et le corps littéralement couvert de sinapismes. Les amygdales étaient gonflées et injectées; le voile du palais et ses piliers, la luette et le pharynx, présentaient la même injection, mais il n'existait point de fausses membranes sur ces parties. J'appliquai un sel avide d'eau qui réduisit immédiatement le volume des amygdales Nous en étions là, lorsqu'à la suite d'un accès de dyspnée, l'enfant vomit et rendit une fausse membrane de trois centimètres de long sur un centimètre environ de large. Il ne pouvait plus y avoir de doute sur la nature de l'affection. C'était bien le terrible croup. Je prescrivis immédiatement une potion avec 4 grammes de bi-carbonate de soude. Je revis l'enfant quelques heures après : il était calme; il avait dormi. Le calme était tel que les parents pensèrent que le médicament était calmant. On le continua, et une seconde potion fut faite. Par une erreur fatale, le pharmacien donna de l'acide tartrique au lieu de bi-carbonate. Les accidents reparurent, et le père de l'enfant les attribua à la potion qui n'avait pas le même aspect que la première. Je constatai l'erreur; mais un temps précieux était perdu, et de plus l'acide tartrique avait agi en sens inverse du médicament alcalin ; il avait même pu détruire celui qui existait dans l'économie. Les accidents devinrent tels que dans la nuit il fallut pratiquer la trachéotomie qui fut faite par le docteur Clerc, en présence de MM. Thierry, Aubrun, Ricard et moi. L'asphyxie était imminente.

Malgré l'opération, l'enfant fut soumis au traitement alcalin pendant trois jours. Il ne s'est présenté aucun accident, si ce n'est une légère épistaxis deux jours de suite. Au bout de huit jours, la canule fut enlevée, et trois jours après la plaie était complétement fermée; il ne restait que quelques bourgeons charnus que l'on réprima avec le nitrate d'argent. Il est très-bien guéri. La voix revient peu à peu à son timbre normal.

10e *Observation.*— M. le docteur Clerc, qui a vu les bons effets du bi-carbonate de soude, a eu l'obligeance de me donner une note sur une petite malade âgée de trois ans et demi, qu'il a traitée depuis par cette méthode. Il fut appelé à une heure du matin. Lorsqu'il vit l'enfant, la dypsnée était extrême, la respiration fréquente, la voix et la toux étaient croupales; il y avait 140 pulsations ; il existait des plaques blanchâtres sur les deux amygdales qui étaient peu tuméfiées. Il cautérisa la gorge et alla aussi loin que possible avec l'acide hydro-chlorique; six sangsues furent appliquées sur la région du larynx, un vomitif avec le tartre stibié et l'ipécacuanha, et des sinapismes furent aussi employés; potion avec 4 grammes de bi-carbonate de soude, à prendre après l'effet du vomitif. M. Clerc était tellement convaincu de la gravité de cette affection qu'il avait fait prévenir un jeune médecin, pour l'aider et rester auprès de la malade qu'il craignait d'être obligé d'opérer. L'amélioration fut très rapide ;

il y eut à la suite de l'emploi du bi-carbonate une légère épistaxis peu abondante, mais qui s'est reproduite trois fois. Une nouvelle dose de bi-carbonate fut employée, et en trois jours, cette affection qui avait débuté par des acidents si graves, était guérie.

Tous ces faits divers me paraissent avoir une grande importance pratique. Cependant, j'ai trop expérimenté de médicaments pour me laisser entraîner par un enthousiasme irréfléchi. Je sais trop bien qu'en thérapeutique ce n'est qu'une longue suite de faits bien observés qui peuvent faire adopter telle ou telle méthode de traitement. On constate en effet tous les jours que la maladie de Pierre n'est jamais en tout point semblable à celle de Paul. Ce défaut d'unité dans les maladies fait que les expériences ne sont jamais en tout point semblables. Ces faits irrécusables doivent être constamment présents à l'esprit du praticien et lui commander une sage réserve.

D'un autre côté, dans tout traitement il faut tenir compte d'une série d'influences telles que la force médicatrice propre à chaque individu, le régime, la température, les boissons, etc. En général, les médecins ne tiennent pas grand compte de ces influences pour rapporter tout le bénéfice du traitement aux moyens énergiques employés. Cette manière de procéder a beaucoup nui aux progrès de la thérapeutique. C'est parce que je suis pénétré de ces vérités que je fais mes réserves. Je soumets les faits que j'ai observés aux praticiens dans l'espoir que d'autres plus nombreux viendront les confirmer et qu'alors la méthode pourra être acceptée.

Je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que plusieurs des malades dont je viens de citer rapidement les observations, étaient dans les conditions les moins favorables pour le succès du traitement. En effet, pour les quatre pneumoniques, plusieurs moyens énergiques avaient été employés sans succès. De plus, deux de ces malades étaient des vieillards et les deux autres avaient chacun une pneumonie double souvent mortelle. On me dira peut-être que les moyens employés avant le bi-carbonate de soude ont eu leur part d'influence dans la guérison. Ce n'est pas impossible. Mais on ne peut contester qu'à la suite de leur emploi l'état des pneumoniques ne s'était point amélioré (1re, 2e, 3e *obs.*). Mais pour les trois cas d'angine couenneuse, la méthode alcaline a été seule employée. Son succès est pour ces trois cas de la plus grande évidence. La rapidité de la guérison des malades atteints de croup est aussi, selon moi, des plus remarquables.

J'attendrai de nouveaux faits avant de généraliser cette méthode. Mais aujourd'hui, ceux que j'ai observés m'autorisent à considérer le bi-carbonate de soude comme un puissant antiphlogistique.

Nous publierons la partie chimique aussitôt que les expériences seront terminées.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Cas de hernie cérébrale traitée avec succès par la compression.

Rapport lu à la Société médicale de Saint-Louis (Missouri)

Par le docteur D. M. Cooper.

Le 17 *janvier* 1849, je fus appelé pour voir un malade nommé Bradly, âgé de 13 ans, qui avait fait une chute de cheval peu de jours auparavant (cinq ou six), chute qui avait produit une fracture composée et comminutive du crâne, un peu en avant de la bosse pariétale droite. Les esquilles avaient été enlevées immédiatement après l'accident, et le traitement avait été judicieux. Quand je vis le malade pour la première fois, il avait un léger accès de fièvre, la peau était chaude et assez sèche, son teint était animé, mais la langue était moite. La blessure répandait une odeur nauséabonde due à la gangrène des téguments. L'intelligence du malade était nette.

J'ordonnai le pansement avec la liqueur de Labarraque mélangée avec 4 parties d'eau dont on imbibait de la charpie. Je prescrivis également le diaphorétique suivant :

Éther nitrique. . . . . 1 once.
Acétate d'ammoniaque en solution. 3 —

En prendre une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Il y avait un peu de diarrhée, aussi je ne prescrivis pas de purgatif.

18 *janvier*. Peau moite, pouls moins fréquent, teint toujours animé, plaie dans le même état, seulement la liqueur de Labarraque a un peu diminué la mauvaise odeur. Même traitement.

19 *janvier*. Le mieux continue. Même pansement. Une cuillerée du diaphorétique toutes les quatre heures.

24 *janvier*. Le mieux se soutient depuis le 19. Le malade a été à la diète après le diaphorétique en lavement. La plaie est belle. L'escarre, détachée pendant la nuit, met à nu une hernie cérébrale dont je redoutais l'existence. Un examen attentif me prouve que j'ai affaire à une vraie hernie cérébrale, et non à une excroissance de la pie-mère. Je puis en effet distinguer parfaitement les circonvolutions du cerveau qui a conservé sa couleur normale. La tumeur est de la grosseur de la moitié d'une noix et n'est pas étranglée à sa base.

Cette dernière circonstance m'ayant ôté toute crainte de gangrène, je plaçai une compresse imbibée d'une solution de sulfate de zinc (2 grains pour 1 once d'eau) sur la tumeur et appliquai par-dessus un bandage opérant une compression modérée.

Les symptômes fébriles ayant disparu, je cessai l'usage du diaphorétique, mais recommandai strictement la diète et la plus grande tranquillité.

25 *janvier*. Le mieux se soutient, mais la hernie augmente de volume. Même pansement et compression plus forte à l'aide du bandage.

26 *février*. La tumeur a diminué et le cuir chevelu présente sur les bords de la plaie des granulations de bon aspect.

10 *juillet*. Le traitement par la compression a été continué jusqu'à ce jour. La hernie est complétement rentrée par l'orifice du crâne, et la cicatrisation a marché si bien, que la peau ne présente plus qu'une petite ouverture qui donne passage à du pus de bonne nature.

9 *août*. La plaie du cuir chevelu est fermée. Le cerveau ne paraît pas tendre à ressortir, les parois de la cicatrice laissent néanmoins sentir à travers elles la pulsation cérébrale.

Je cessai mes visites à cette époque, après avoir ordonné de continuer l'usage des compresses et du bandage pendant quelque temps et recommandé à l'avenir l'application d'une plaque métallique sur le siége de la fracture.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour les sciences accessoires.* — Les sujets des thèses ont été distribués; le sort les a repartis ainsi qu'il suit entre les divers candidats :

MM. Dupré. Des tissus élastiques; anatomie et physiologie.
Fano. Des tissus contractiles et de la contractilité.
Segond. Le système capillaire sanguin; anatomie et physiologie.
Verneuil. Le système veineux, anatomie et physiologie,
Figuier. De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales.
Lecomte. Des lois qui président aux combinaisons chimiques. Des composés organiques et inorganiques.
Orfila. De la chaleur dans les phénomènes chimiques.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 86. 1re année. Mardi 19 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 32, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 2 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la responsabilité médicale en matière d'éthérisation. — Séance du 13 juillet de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. De la dyspepsie, par M. Thibierge. (*Suite.*) — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.** Pourriture d'hôpital. Des tumeurs érectiles, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — **SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 18 *juillet* 1853.

De la responsabilité médicale en matière d'éthérisation.

Dans le numéro du 17 mai de ce journal, nous avions fait remarquer que notre très-honorable confrère, M. Debout, n'avait pas donné, à propos de l'affaire Triquet, une preuve de l'esprit de modération et de justice qui le caractérise habituellement. M. Debout nous répond, à la date du 15 juillet, qu'il ne peut accepter *ce reproche*. Nous le regrettons, car c'est nous mettre dans la nécessité de motiver plus nettement la parfaite exactitude de notre appréciation. Ce ne sera, fort heureusement, ni long ni difficile. Il nous suffira d'ajouter quelques brèves remarques aux deux notes publiées par M. Debout, le 15 mai et le 15 juillet.

Voici la première; elle suit le texte du premier jugement qui, on se le rappelle, avait condamné M. Triquet et son aide, M. Masson (*voir* le *Moniteur des Hôpitaux* du 17 mai) :

Une condamnation d'homicide par imprudence, dit M. Debout, atteignant *un médecin dans de telles circonstances, est un fait fort grave;* mais ce fait a-t-il la portée que certains journaux ont voulu lui donner? Nous ne le pensons pas. Que l'on fasse attention à certains termes qui figurent dans le prononcé même du jugement : « Que les démarches faites par Triquet et Masson auprès du docteur Guillemot, les mensonges auxquels ils ont eu recours, soit pour dissimuler l'emploi du chloroforme, soit...., sont autant d'aveux implicites des reproches qu'ils s'adressaient intérieurement et des craintes que leur acte leur inspirait. » Ces paroles, et la condamnation de l'élève en médecine dont la responsabilité était couverte par celle du docteur, ne témoignent-elles pas que les *juges ont frappé les hommes* plus que *les médecins?*

M. Triquet, afin de ne pas jeter un nouveau motif de défaveur sur l'emploi des anesthésiques, a eu la malheureuse pensée de céler à la famille Breton, ainsi qu'au médecin de l'état civil, M. le docteur Guillemot, la cause de la mort de M. Breton. Prévoyant toutefois l'énorme responsabilité qu'il assumait, le jeune chirurgien est allé immédiatement en faire la confidence à ses anciens maîtres, MM. Nélaton et Devergie. Mais pourquoi, lorsque éclairé par ces savants confrères sur la portée de l'acte qu'il venait de commettre en niant la cause de cette mort, M. Triquet ne s'est-il point hâté d'avouer la vérité? C'est la lenteur mise dans cet aveu qui a été pour le tribunal UN DES PRINCIPAUX MOTIFS DE SA SÉVÉRITÉ, et, EN LA LÉGITIMANT, notre jeune confrère A FAILLI A SES DEVOIRS ENVERS LE CORPS MÉDICAL TOUT ENTIER. Si devant la loi les fautes restent personnelles, il n'en est pas de même devant l'opinion publique.

Cette condamnation n'en est pas moins un antécédent fâcheux QUI ENGAGE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS et nous fait regretter la ligne de conduite tenue par M. Triquet. Ce jeune confrère est un ancien interne distingué des hôpitaux, qui a remporté la médaille d'or, et au savoir et à l'intelligence duquel ses anciens chefs de service, MM. Velpeau, Nélaton, Trousseau, Gosselin, Robert, se sont empressés de venir rendre témoignage devant la justice. Mais ce n'étaient pas ses actes professionnels, mais *principalement sa conduite morale*, qui était en cause, et un tribunal ne pouvait accepter pour excuse le motif qu'il alléguait.

Avant de présenter nos remarques sur cette première note, il est indispensable que nous mettions la seconde sous les yeux du lecteur. Voici comment elle est conçue :

On se rappelle le fait de condamnation par le tribunal de police correctionnelle, dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 15 mai. M. Triquet en a appelé de ce jugement devant la cour impériale, et nous sommes heureux d'avoir à *signaler* l'acquittement de ce jeune et *honorable* confrère.

Le beau rapport de M. Robert, sur les cas de mort subite causée par le chloroforme, ainsi que la discussion qui se poursuit au sein de la Société de chirurgie, mais surtout les dépositions de MM. Velpeau et Nélaton, *ont été pour une bonne part* dans le résultat obtenu par M. Triquet. Nous nous félicitons de cet acquittement, et pour notre confrère, et pour le corps médical; car cette condamnation était, nous l'avons dit, un antécédent fâcheux. Le jugement que nous avons porté sur la conduite de notre jeune confrère a paru, à quelques organes de la presse médicale, sortir de nos habitudes de modération et de justice. Nous ne pouvons accepter ce reproche. Nos confrères de la presse (1) ont confondu en cette circonstance la *solidarité* avec la *responsabilité médicale*, deux choses fort distinctes. Le *Bulletin* a, DANS TOUTES LES OCCASIONS, proclamé le *principe de l'irresponsabilité du médecin*, mais sans accepter en même temps la défense de toutes les circonstances de l'acte incriminé.

Il ne nous était pas permis, d'ailleurs, *de discuter l'arrêt prononcé par le tribunal;* nous *devions accepter ce jugement comme un fait*, et notre rôle devait se borner à apprécier les conséquences que la jurisprudence nouvelle faisait peser sur le corps médical. Nous n'avons pas hésité à rassurer nos confrères à cet égard, en leur montrant le motif de la sévérité des juges. Le nouvel arrêt vient légitimer notre manière de voir, que le jeune médecin mis en cause avait failli seulement *à ses devoirs envers la corporation et non envers la société*.

Notre honorable confrère cherche à se justifier du reproche que nous lui avons fait en nous adressant celui d'avoir confondu la *responsabilité* avec la *solidarité*. Que l'honorable rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, voué spécialement à l'étude de la thérapeutique et de la matière médicale, puisse confondre des choses aussi distinctes, cela se conçoit sans peine; mais de notre part, une telle confusion serait sans excuse; si notre honorable contradicteur veut quitter un peu le champ de la matière médicale pour entrer avec nous dans celui de la logique, nous allons lui prouver, de la manière la moins équivoque possible,

(1) Ces confrères, c'est tout simplement le *Moniteur des Hôpitaux*.

que chacun de nous est resté dans son véritable rôle, et que c'est lui qui a confondu, non-seulement la responsabilité et la solidarité, mais bien d'autres choses encore.

Pour ne parler d'abord que de la première note, ou bien cette note est vide de sens, ou bien elle tend à prouver que la condamnation de M. Triquet n'a aucune importance pour le corps médical, contrairement à ce que nous avons professé. Comment M. Debout s'y prend-il pour prouver cela? De la manière *la moins modérée, la moins équitable* et *la moins logique* du monde :

La moins modérée : car, alors qu'un confrère était encore sous le coup d'un appel, M. Debout déclarait « *qu'il avait failli à ses devoirs envers le corps médical tout entier,* » qu'il « avait LÉGITIMÉ sa condamnation, » qu'il avait été puni pour « *sa conduite morale,* » etc.;

La moins équitable : car M. Debout déclare que le principal motif de la condamnation a été puisé, non dans *la nature de l'acte lui-même* pour lequel les deux médecins étaient poursuivis, mais pour avoir mis trop de lenteur à faire un aveu; c'est-à-dire qu'il approuvait un jugement évidemment injuste à ses yeux, et qu'il accusait en même temps les juges d'avoir violé les règles de la justice;

Enfin, de la manière la moins logique : car M. Debout, qui d'une part affirmait que le jugement du tribunal avait *frappé les hommes* plus que les *médecins,* déclarait, d'autre part :

1° « Qu'une condamnation atteignant un *médecin dans ces circonstances* était un *fait grave* (gravité qui aurait évidemment été nulle, si la condamnation n'avait frappé que l'*homme*);

2° Que « cette condamnation n'en est pas moins un antécédent fâcheux qui ENGAGE LA RESPONSABILITÉ *des médecins.* » (M. Debout prétendrait-il qu'il y a une grande différence entre la solidarité et la responsabilité, prise dans le seul sens qu'il puisse avoir ici?)

Voilà pour la première note; voici pour la seconde :

Celle-ci, nous en convenons avec satisfaction, ne pêche pas la modération et par l'équité; elle ne manque que de logique.

M. Debout commence par se féliciter de l'acquittement de MM. Triquet et Masson; ces félicitations nous étaient très-permises à nous qui pensions que la condamnation était injuste au point de vue des prévenus, et pleine de périls pour la profession; mais M. Debout devrait au contraire en gémir, puisque pour lui *les médecins* étaient parfaitement désintéressés dans la question, et que les hommes étaient *légitimement* frappés.

M. Debout déclare que le *Bulletin* a, dans *toutes les occasions,* proclamé le principe de *l'irresponsabilité médicale;* comme nous ne comprenons pas très-bien l'opportunité d'une telle déclaration qui, du reste, nous semble étrangère au débat et qui, nous aimons à le croire, rend très-imparfaitement la pensée de M. Debout, nous nous contenterons de la signaler à la logique de nos lecteurs.

M. Debout déclare encore : « qu'il ne lui était pas permis de discuter l'arrêt du Tribunal; » — mais il lui était bien permis, du moins, de ne le pas approuver; — « que le nouvel arrêt vient légitimer sa manière de voir, *que* le jeune médecin avait failli seulement envers *la corporation* et non envers *la société;* » — or, M. Debout avait dit le contraire dans sa première note (1), et à juste titre, car on faillit envers la corporation, quand on commet une faute qui fait peser sur cette corporation une responsabilité nouvelle; et l'on faillit envers la ociété, quand la faute commise est sans conséquence pour le corps auquel on appartient; en un mot, quand on se fait punir comme homme et non comme membre d'une corporation, ce qui était précisément le cas de MM. Triquet et Masson, suivant l'opinion de M. Debout.

Si la question que nous venons de traiter avait moins intéressé nos confrères, nous y aurions insisté moins longtemps; mais l'importance qu'elle conserve, même après l'arrêt de la Cour, nous fait espérer que nous n'aurons pas abusé de la patience de nos lecteurs. Nous espérons aussi que notre très-estimable et très-estimé confrère nous saura gré de lui avoir montré les contradictions et les faux pas auxquels nous nous exposons, lorsque nous abordons des questions qui sortent de la sphère de nos études habituelles.

G. DUMONT.

(1) M. Debout dit : « Notre confrère a *failli* envers le *corps médical tout entier.* » Si nous ne faisons encore confusion, il nous semble que *corps médical* et *corporation* se ressemblent singulièrement.

Séance du 13 juillet de la Société de chirurgie.

(Discussion sur le chloroforme.)

La discussion sur le chloroforme, malgré son importance, n'absorbe pas tellement la Société de chirurgie que la présidence de M. Denonvilliers n'ait pu être inaugurée par plusieurs communications d'un vif intérêt. Mentionnons d'abord, mais ne faisons que mentionner celle de l'habile chirurgien chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, M. Vallet, sur un nouveau procédé de taille vésico-vaginale, et celle de deux anciens internes des hôpitaux de Paris, MM. Bouland et Lemaistre, relative à un cas de dystocie. Les rapports qui seront faits sur ces deux communications nous fourniront l'occasion d'en faire ressortir le mérite.

Nous devons insister un peu plus sur l'intéressante présentation faite par M. Giraldès, d'un lipôme qui offrait cette première singularité d'être dégénéré à son centre en une matière ossiforme, et d'avoir présenté, pendant qu'il était encore sur le malade, cette fausse fluctuation qui a trompé tant de praticiens inexpérimentés, et même quelques-uns de ceux dont l'expérience a déjà acquis une juste réputation. Cette présentation a été de la part de M. Chassaignac l'objet de remarques intéressantes, qui ne perdent pas leur intérêt, même après les observations fort importantes aussi de M. Michon.

Le discours de M. Maisonneuve n'ayant pas pu être imprimé aujourd'hui, nous devons renvoyer à un autre numéro l'appréciation de la discussion sur le chloroforme.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. BEAU.

De la dyspepsie.

(*Suite. Voir les nos* 74, 81, 83.)

Symptômes tertiaires. — Nous groupons sous ce titre des symptômes, ou plutôt des maladies qui viennent s'implanter sur la dyspepsie; ce sont des maladies qu'on peut enlever si on guérit la dyspepsie, à condition toutefois qu'elles ne soient point encore profondément enracinées. Les maladies qui se greffent ainsi sur la dyspepsie lui impriment un caractère de gravité qu'elle n'a guère par elle-même : la mort est souvent la suite funeste des maladies qu'engendre la dyspepsie, c'est-à-dire des symptômes tertiaires, et elle n'arrive pas souvent par le fait seul des symptômes primitifs ou secondaires de la dyspepsie.

Un individu atteint de dyspepsie est désarmé contre toutes les causes de maladies; a-t-il une diathèse qui sommeille, la diathèse peut se réveiller en donnant lieu à ses manifestations ordinaires. Bien que toutes ces maladies puissent être occasionnées par une dyspepsie antérieure, nous ne vous entretiendrons que de l'influence des troubles digestifs sur quelques affections morbides.

Les maladies *contagieuses épidémiques* se développent avec une grande facilité chez les dyspeptiques. Si une cause morale, la peur par exemple, agit sur l'habitant d'un pays où règne le choléra, il devient dyspeptique et apte à contracter l'épidémie. Vous savez bien tous, messieurs, que l'homme qui n'observe pas les règles de la sobriété pendant les épidémies éprouve des troubles fonctionnels du côté du tube digestif, et contracte aisément la maladie régnante. Les infections paludéennes se déclarent

surtout chez les individus qui se nourrissent mal dans les contrées marécageuses.

Les maladies inflammatoires se gagnent surtout, comme vous le savez, sous l'influence des refroidissements ; elles ne semblent, au premier abord, nullement liées au dérangement du tube digestif, et pourtant nous les voyons beaucoup plus facilement contractées par les malades atteints de dyspepsie. La médecine de Stoll est basée presque tout entière sur l'observation des prédispositions aux phlegmasies que donne l'état saburral des voies digestives.

Les *diathèses* ne se manifestent pas chez les individus qui se portent bien, qui digèrent bien, elles se montrent chez ceux qui ont de la dyspepsie. Les diathèses tuberculeuse, cancéreuse, sont précédées d'un état de langueur, de dyspepsie : si on n'enlève pas cette influence, la diathèse se développe, et il survient des manifestations tuberculeuse ou cancéreuse. Les faits de diathèse tuberculeuse, ainsi développée, sont très-fréquents : chez les nourrices, par exemple, que de fois nous voyons la dyspepsie, due à la lactation, amener à sa suite des tubercules dont les signes se sont souvent dissipés en même temps que l'état dyspeptique s'est amendé. Des faits de diathèse cancéreuse, ainsi manifestée, existent également : tout le monde admet que de grands chagrins causent le cancer, mais ces chagrins n'engendrent-ils pas une dyspepsie dont le carcinôme n'est qu'une conséquence diathésique? D'autres diathèses sont encore liées à la dyspepsie : ainsi, vous avez pu observer maintes fois l'apparition d'herpès, d'eczéma, d'ecthyma, chez des nouveau-nés qui sucent un mauvais lait. Beaucoup de maladies de la peau se développent chez les adultes sous l'influence d'une dyspepsie, voyez l'éléphantiasis des Grecs (lèpre), qui afflige les Suédois, dont la nourriture est presque exclusivement composée de poisson putréfié.

De la pellagre. — Nous voilà tout naturellement amenés à vous parler de cette maladie, dont il est si souvent question en France depuis quelques années. La pellagre (*pellis ægra*, peau malade) est une maladie endémique en Lombardie, dans les Asturies, où elle porte le nom de *mal de la Rose;* elle est également endémique dans plusieurs de nos départements méridionaux, notamment dans celui des Landes. On en observe même assez souvent des cas sporadiques à Paris, et, pour notre part, nous en avons vu un certain nombre, soit à l'hôpital Saint-Antoine, soit dans celui-ci. La prédominance caractéristique de la pellagre est une lésion de la peau, qui consiste en un érythème avec squammes, fissures, vésicules ou pustules ; cet érythème arrive sur toutes les parties du corps exposées au soleil ; aux mains, à la face, au cou, au dos ; il disparaît d'abord, puis reparaît bientôt, et finit par devenir permanent. Avec cet érythème, la pellagre offre un grand nombre de symptômes qui varient suivant les sujets : troubles digestifs, symptômes nerveux, troubles circulatoires, symptômes scorbutiques, hydropisies ; enfin, complications diathésiques, tubercules, cancer. Il y a des symptômes que nous avons observés chez les pellagreux, et que les auteurs n'ont pas signalés, ce sont l'analgésie, les bruits d'artères, la leucorrhée, la spermatorrhée. Quelle peut être la cause d'une maladie qui se révèle à nous sous tant de formes? On a dit que c'était la misère et l'insuffisance alimentaire ; mais on a rencontré cette maladie chez des gens aisés et qui avaient une alimentation substantielle.

On a accusé le maïs : M. Balardini a ajouté que c'était le maïs altéré ; M. Roussel s'est rallié à cette opinion ; mais dans les Landes on ne mange pas de maïs ; les pellagreux de ce département ont pour principale nourriture de la bouillie de millet. Nous pensons que la cause de la pellagre ne se trouve pas exclusivement dans l'une ou l'autre des circonstances étiologiques précédemment indiquées, mais qu'elle les embrasse toutes. En un mot, les causes de la pellagre sont très-nombreuses : ce sont toutes celles des dyspepsies ; et la pellagre elle-même n'est pas autre chose qu'une dyspepsie. La dyspepsie pellagreuse a ses symptômes primitifs (anorexie, éructations, vomissements, etc.) ; ses symptômes secondaires, (anémie globulaire, névropathie, paralysie, etc.), et elle a de plus que beaucoup de dyspepsies un symptôme tertiaire qui est l'érythème dû à l'insolation.

M. Baillarger a voulu établir un rapport entre la pellagre et l'aliénation mentale ; il a dit *que les folles étaient pellagreuses ;* mais toutes les folles ont des dyspepsies, subissent l'influence du soleil et deviennent pellagreuses. En résumé, la pellagre est una maladie dans laquelle il y a un érythème survenant sous l'influence de l'insolation. Cette influence s'exerce ainsi parce que l'organisme n'est point assez fort pour résister, parce qu'il est plus ou moins affaibli par une dyspepsie dont la cause est variable.

Certaines maladies, la syphilis, par exemple, ne guérissent pas quand elles se trouvent sous l'influence d'une dyspepsie. Une dyspepsie empêche également la terminaison heureuse de maladies chirurgicales, telles que fractures, plaies, ulcères, etc.

Tenez-vous en garde contre la dyspepsie qui survient après l'accouchement, contre celle qui se manifeste chez les convalescents.

Les symptômes primitifs, secondaires et tertiaires de la dyspepsie se succèdent assez rapidement ; souvent ils marchent ensemble : alors les symptômes tertiaires d'une diathèse dominent la scène, et beaucoup de prodrômes que l'on rapporte à l'affection diathésique sont des symptômes primitifs ou secondaires de dyspepsie. Si des symptômes primitifs et secondaires de dyspepsie durent depuis longtemps, sans être accompagnés de phénomènes tertiaires, cela prouve que l'individu ne porte pas avec lui de diathèse ou de disposition aux lésions organiques. La dyspepsie peut persister, ainsi réduite aux symptômes primitifs et secondaires, et ne pas entraîner la mort du malade.

La prédominance de tel ou tel symptôme de dyspepsie joue un grand rôle en pathologie. Souvent cette prédominance simule une maladie particulière, qu'au premier abord on croit parfaitement étrangère à la dyspepsie. Quand les symptômes primitifs de dyspepsie sont très-évidents, on peut dire qu'il y a *dyspepsie patente ;* si les symptômes primitifs sont peu marqués, on dit, ce qui arrive souvent alors, qu'il y a *dyspepsie latente ;* enfin, si une prédominance de symptômes secondaires ou tertiaires cache les symptômes primitifs, on dira que la dyspepsie est *larvée.*

Pour bien apprécier l'état dyspeptique, il ne faut pas s'arrêter à un symptôme isolé ; on doit toujours chercher à le relier et le généraliser. Ainsi, trouve-t-on sur un malade une prédominance de symptômes secondaires ou tertiaires, il ne faut pas s'arrêter là ; il faut remonter jusqu'aux symptômes primitifs, et le malade finira par les avouer ; et par contre, si le malade présente une prédominance de symptômes primitifs, il faudra chercher dans les symptômes secondaires ou tertiaires, et on en constatera presque toujours, quand ce ne serait que de la pâleur, de la faiblesse ou des bruits carotidiens.

Comme nous l'avons dit, les symptômes primitifs de la dyspepsie ne sont pas graves ; ils n'entraînent pas la mort ; mais ils peuvent ne point guérir ou persister longtemps. Les symptômes secondaires entraînent quelquefois la mort. Quant aux symptômes tertiaires, ils sont souvent très-graves ; tels sont : le cancer, le tubercule et les autres altérations profondes des organes.

THIBIERGE, *interne du service.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

HÔPITAL SAINT-BARTHÉLÉMY.

Pourriture d'hôpital. — Des tumeurs érectiles.

(*Suite. Voir les nos* 82, 85.)

Tous ces diagnostics si bizarres, relativement à un cas qui n'offrait pas en définitive de difficultés réellement sérieuses, ne sont sortis au grand jour qu'après l'examen microscopique d'une partie de la tumeur, fait par M. Queckett, et qui a fait émettre l'opinion qu'il s'agissait d'une tumeur graisseuse. Ici, c'est avec le plus profond regret que nous avons vu employer dans ce but le nom de cet anatomo-pathologiste éminent, d'autant plus que M. Queckett est l'auteur d'un des trois ou quatre travaux si remarquables publiés récemment en Angleterre sur l'immense question des substitutions (dégénérations, persistent à dire quelques-uns) graisseuses, et qui n'ont fait en définitive que confirmer la loi posée par M. Cruveilhier, à savoir : que quand un organe ou une portion d'organe s'atrophie, la place de ces organes disparus est souvent occupée par de la graisse. Le nom de M. Queckett, si respecté et si célèbre depuis la publication de son traité justement classique d'histologie, sert bien malheureusement d'appui, dans ce cas, à une des plus détestables et des plus superficielles applications de connaissances microscopiques insuffisantes.

Comment! on aurait apporté à M. Queckett un lambeau d'une tumeur, et, sans observation clinique conjointe, M. Queckett se serait prononcé catégoriquement sur la nature de cette tumeur? M. Queckett n'aurait tenu compte ni des antécédents, ni des caractères cliniques ; l'origine de la tumeur précédée cinq ans avant d'une sensation de déchirure et d'un peu d'écoulement de sang ; l'apparition sous forme de tumeur bleuâtre ; le développement de la lésion dont les parties profondes, loin de prendre des formes sphéroïdes, bosselées, s'insinuent en rampant dans les interstices des organes, tout en restant bien limitées ; la forme, la mollesse particulière, la diminution de volume sous la pres-

sion ; l'existence de la portion présternale qui, sous peine de rendre tout langage impossible, ne peut être appelée que tumeur érectile veineuse ; l'hémorrhagie considérable produite par une simple incision superficielle d'un point de la tumeur par le bistouri ; tous ces détails si importants, depuis le premier jusqu'au dernier, tout cela est mis de côté? On apporte un fragment de la tumeur à M. Queckett. Qu'est-ce que c'est que ce fragment? La tumeur a été traitée par une ligature qui en a fait tomber d'un coup les deux tiers ; une bonne partie du tiers restant a été détachée pendant la vie sous forme de lambeaux isolés ; et le fragment est extrait à l'autopsie du dernier reste de tumeur persistant encore au moment de la mort, alors qu'à cette même autopsie on a constaté que les gros vaisseaux veineux voisins, vaisseaux qui, pendant la vie, étaient gros comme le doigt, et n'ont subi aucun travail désorganisateur, aucune application thérapeutique, se sont spontanément réduits par le simple fait de la mort à des dimensions comparativement insignifiantes! De tout cela, on n'en tient compte ; on prend un morceau imperceptible du fragment, on le met sous la lentille du microscope, on le traite par un peu d'éther, on y remarque quelques vaisseaux, une trame fibreuse, et sur ce simple examen comparativement insignifiant, on prononce l'arrêt : la tumeur est de nature adipeuse! Franchement, c'est à peine si nous en croyons nos yeux. Surtout si nous considérons ces vérités si vulgaires pour un anatomo-pathologiste : 1° un grand nombre de tumeurs érectiles, à l'autopsie, si on n'a pas pris la précaution de les injecter, ne présentent pour ainsi dire plus de cavités vasculaires notables, mais au contraire un tissu assez analogue dans ses apparences à celui des glandes, et si solide que c'est là précisément la principale cause qui a dérouté et trompé les premiers anatomistes qui les ont examinés ; 2° lorsqu'une tumeur érectile existe depuis longtemps, plusieurs de ses cavités intérieures se comblent, disparaissent, et ici comme dans les autres atrophies générales ou partielles, leur place est occupée par de la graisse dont on trouve alors, dans des cas de ce genre, des quantités considérables au sein de la tumeur ; 3° cette tendance des éléments adipeux à prendre la place d'une foule d'éléments organiques est si générale, si commune, que la seule présence d'une quantité considérable de graisse dans une tumeur ne permet jamais de rien conclure sans l'histoire clinique du cas. Voici, si l'on veut un exemple : En décrivant les deux cas si curieux de tumeurs érectiles multiples des membres inférieurs qu'il a dessinés dans son Atlas d'anatomie pathologique, et que nous allons citer dans notre paragraphe 4, M. Cruveilhier dit a propos de l'un de ces cas, planche V, 30e livraison : « Un fait bien remarquable, c'est qu'il y avait de la graisse autour d'un grand nombre des aréoles du tissu érectile qui avaient envahi le muscle biceps. » Supposons qu'on eût apporté à M. Queckett un fragment de ces tumeurs, une de ces parties contenant de la graisse ; sans autre renseignement, M. Queckett aurait-il caractérisé ces tumeurs érectiles si évidentes de tumeurs graisseuses?

Tout cela est si extraordinaire que, malgré l'assertion de toutes les personnes qui nous ont parlé, et malgré la publication sous le nom de M. Queckett, nous avons encore quelques doutes que M. Queckett ait émis une pareille opinion. Et si la chose était, elle serait profondément à regretter. Ce n'est pas ainsi qu'a procédé, dans ses remarquables travaux sur les tumeurs, M. Lebert qui a toujours et si vivement recommandé de faire marcher de front l'observation microscopique avec l'observation clinique et les autres modes d'examen, sous peine de tomber dans les erreurs les plus fâcheuses. Ce n'est pas ainsi que nous avons procédé et que nous procédons, nous tous, en petit nombre d'abord, maintenant si nombreux, qui avons suivi ses traces, et qui défendons le microscope contre les colères et la routine du passé. Par une pareille manière de faire, on ne fait qu'embarrasser la marche de la science, et fournir des arguments aux adversaires du microscope quand ils sont à bout de raisons.

Pour en revenir à notre affaire, M. Queckett, après son examen microscopique, n'a pu dire que ceci : Le fragment de tumeur que vous m'avez apporté est formé en grande partie par de la graisse. Mais formulée ainsi, l'opinion de M. Queckett ne vient modifier en rien le diagnostic porté sur la tumeur, et qui était au delà de tout doute, à ce qu'il nous semble, une tumeur érectile veineuse. Ceci est prouvé positivement et négativement : positivement, parce que tous les signes de tumeurs érectile, origine, marche, développement, phénomènes actuels existaient ; négativement, parce que pas un des autres diagnostics publiés sur cette tumeur ne peut soutenir un commencement de discussion.

Ce qui a pu embarrasser quelques personnes dans ce diagnostic, c'est la rareté du cas, le volume de la tumeur, et l'absence de mention de cas de cet ordre dans les traités classiques. Il est, en effet, peu connu qu'il peut se former dans le cou des tumeurs érectiles veineuses d'une espèces toute particulière, et dont l'un des principaux caractères est de pouvoir prendre un volume considérable. Et c'est précisement parce que l'observation précédente est un cas remarquable de cette espèce, avec variété non-congéniale, que nous avons dû imiter pour lui restituer sa véritable signification, et repousser toutes les obscurités dont on a cherché à entourer ces cas si précieux.

Des cas de cet ordre ont, du reste, été déja publiés. Mes occupations actuelles ne me permettent pas pour l'instant de faire les longues recherches nécessaires pour les recueillir tous, mais j'ai là, sous la main, deux exemples qui seront suffisants pour établir avec celui qui précède la réalité de l'espèce de tumeur érectile dont nous parlons.

Le premier cas que je vais citer n'est pas enfoui dans un de ces livres qui vont s'entasser dans les rayons des bibliothèques où un petit nombre de travailleurs seuls les consultent. Il forme un chapitre distinct, le chapitre XIV d'un livre que presque tous les chirurgiens anglais ont lu, ainsi que beaucoup d'étrangers, et qui est intitulé : *Pratical observations in Surgery*, par W. Hey, Londres 1803. Voici l'observation :

5e *Observation.* — Le 28 septembre 1785, feu le R. D. Eyre et sa dame m'apportèrent leur plus jeune enfant âgé de 4 mois, pour me consulter sur une tumeur qui avait apparu sur le côté gauche du cou, juste au-dessus de la clavicule. La domestique avait aperçu cette tumeur quatre jours avant, pendant qu'elle lavait le cou de l'enfant.

La tumeur avait environ le volume d'un œuf de pigeon, quoiqu'elle fût encore plus petite le premier jour qu'on l'avait notée. Elle avait une apparence bleue, quelque peu semblable à une veine, tout à fait molle et indolente ; elle était mobile, quoique pas détachée des parties sous-jacentes. Elle paraissait plus tendue quand l'enfant criait. Rien de remarquable n'était arrivé à l'enfant sous aucun rapport, excepté qu'une quinzaine de jours avant que la tumeur fût aperçue, elle avait crié, ou plutôt avait jeté soudainement et violemment des cris perçants ; en la déshabillant de suite, on ne trouva rien qui pût l'avoir blessée. On supposa qu'elle avait été effrayée, parce qu'elle continua à grogner encore quelques heures, après quoi elle revint à sa gaieté ordinaire.

En pesant toutes ces circonstances, j'inclinais à penser que la tumeur provenait d'une distension variqueuse des veines du cou, en particulier de la veine jugulaire externe, attendu que la tumeur était située sur le trajet de cette veine. Je penchais aussi à attribuer l'origine de la maladie à l'accès violent de cris mentionné plus haut, car les veines du cou sont très-distendues dans ces moments, et peuvent être rendues variqueuses par la violence de l'effort.

J'avais vu, peu de temps auparavant, dans la même partie du cou, deux cas de tumeurs molles que je considérai comme variqueuses, dont l'une s'affaissa graduellement, et l'autre persista sans produire d'accidents chez le patient. Je ne conseillai rien pour l'instant, si ce n'est de laver souvent la partie avec de l'eau froide. Je pensai qu'un peu de temps éluciderait complétement la nature du mal.

Une semaine après, je reçus une lettre de M. Eyre, m'informant que la tumeur avait rapidement augmenté depuis leur retour à la maison, et était maintenant si grande qu'elle les inquiétait beaucoup. A l'expiration d'une seconde semaine, ils revinrent à Leeds avec leur enfant.

La tumeur avait augmenté de volume, de manière à avoir quatre fois plus de volume que la première fois ; les téguments paraissaient très-minces sur sa partie proéminente. *Elle descendait un peu au-dessous de la clavicule, et s'élevait jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure.*

Comme il y avait quelque raison de penser que le liquide était extravasé dans la tumeur, je proposai une ponction de la tumeur avec une pe-

tite aiguille à cataracte, pour qu'on pût s'assurer de la nature du liquide contenu. Si du sang s'écoulait, on pourrait en réprimer aisément la sortie, et agir ensuite suivant les circonstances. Je désirai avoir une consultation, à cause de l'obscurité du cas, et afin que je pusse avoir un aide convenable s'il devenait nécessaire d'ouvrir plus grandement la tumeur dans le but de saisir un vaisseau sanguin rompu.

Feu M. Billan fut consulté, et M. Walker, alors apothicaire à Saint-James's Street, à Londres, se trouvant à la maison, vit l'enfant avec nous. M. Billan, partageant mon opinion, je ponctionnai cette tumeur avec une aiguille à cataracte ronde. Du sang noir fit issue au dehors par un petit jet, jusqu'à ce que le vase eût reçu environ un quart d'once. Le sang continua alors à suinter pendant environ deux heures, puis la plaie de la ponction se cicatrisa dans le courant de la journée.

Le lendemain, vendredi, je ponctionnai la tumeur de nouveau avec une large aiguille à cataracte. Une plus petite quantité de sang, pas tout à fait si coloré, s'échappa. Il se coagula bientôt, tandis que le premier était resté liquide.

Le samedi, la tumeur n'a pas augmenté de volume depuis l'opération d'hier; par conséquent, on diffère de pratiquer une autre ponction.

Le lundi, la tumeur n'a pas augmenté. Je ponctionne le milieu avec une lancette, dans le point où elle était plus molle qu'ailleurs. Il s'écoula une petite quantité de sang. Le reste de la tumeur, qui avait été réduit à un petit volume, était solide, et cependant mou, comme formé par du sang coagulé.

Nous conçûmes dès lors grand espoir que cette formidable maladie ne nous donnerait pas d'embarras ultérieur, mais que les restes de la tumeur disparaîtraient graduellement, ou du moins resteraient dans leur état de diminution. Mais notre espoir fut bientôt renversé par un nouvel accroissement de la tumeur, qui survint quelques heures après la dernière ponction. Dans le courant d'un jour, la tumeur devint plus grande qu'elle ne l'avait été après la seconde opération. Elle continua à augmenter les deux jours suivants, et puis devint stationnaire. Nous attendîmes une semaine, et fîmes alors une autre ponction. Le sang qui s'écoula était rutilant, semblable à du sang artériel, et se coagula immédiatement.

Après cette ponction, la tumeur ne prit pas de nouveau développement. Au contraire, elle diminua peu à peu et devint plus mobile. Néanmoins, je fis un autre ponction avec une aiguille à cataracte; mais quoique la pointe de l'instrument fût poussée à une profondeur d'un quart de pouce dans la tumeur, quelques gouttes seulement de sang s'écoulèrent.

Notre petite patiente revint à la maison. Les petits restes de la tumeur furent absorbés peu à peu, et toute apparence de lésion disparut.

Remarques. — La lecture de ce cas ne laissera, je le pense, aucun doute dans l'esprit du lecteur intelligent, que quelque vaisseau sanguin du cou avait été rompu. Comme le dedans de la tumeur n'a pas été inspecté, la situation et les autres particularités de la rupture doivent nécessairement être une affaire de conjecture. Je fus très-heureux de voir une lésion aussi alarmante céder sous l'emploi d'aussi simples moyens, car il y eut un moment où je craignais d'avoir à ouvrir la tumeur pour découvrir et lier le vaisseau ou les vaisseaux rompus.

La date de l'observation, 1785, époque où les tumeurs érectiles étaient à peu près inconnues, et où on n'avait guère parlé qu'en France des loupes variqueuses de J. L. Petit, intéressera probablement plus d'un lecteur.

Hey paraissait avoir quelque idée déjà de cette espèce de tumeur, puisqu'il dit qu'il avait déjà vu deux tumeurs molles de ce genre, situées dans la même région, et qu'il avait considérées comme variqueuses. On le voit d'abord hésiter dans le cas actuel entre une tumeur variqueuse (érectile, comme nous l'appellerions aujourd'hui), et une tumeur sanguine par rupture d'un vaisseau et extravasation. Puis, cette dernière pensée le domine, et c'est sous son impression qu'est rédigée toute l'observation. Il est singulier qu'un si habile observateur, qu'un si éminent praticien n'ait pas pris garde à l'absence d'ecchymose qui n'aurait pas dû manquer dans une extravasation aussi superficielle et aussi étendue. Cette hésitation se comprend bien en présence d'un cas imprévu, et à une époque où on ne connaissait pas les tumeurs érectiles, puisqu'à notre époque des cas plus ou moins analogues causent de l'embarras, même aux plus habiles.

Malgré cette hésitation, et contrairement à l'opinion de Hey, le lecteur ne pourra méconnaître, dans le cas qui précède, une de ces tumeurs érectiles veineuses du cou qui sont exposées à prendre un développement considérable, et un cas analogue, dans bien de ses détails, à celui rapporté dans notre 4e observation.

La guérison a été, comme le dit Hey, bien heureusement rapide, et obtenue par des moyens bien simples, quelque ponctions répétées; et à ce sujet il est bon de fixer l'attention du lecteur sur la différence remarquable qu'a présentée le sang dans les trois principales ponctions, surtout l'absence de coagulation du sang extrait la première fois. Cette guérison si heureuse a été due surtout à l'état si récent de la lésion, à ce que les parois n'avaient pas subi de ces additions plastiques, de ces substitutions graisseuses qui, dans des tumeurs érectiles plus anciennes, ne permettraient guère d'espérer un succès ni aussi rapide, ni aussi simple.

Voici maintenant une autre observation de ce même genre de tumeurs érectiles veineuses énormes du cou; ici la tumeur est même proportionnellement plus considérable, parce qu'elle occupe non-seulement tout le côté gauche du cou comme les précédents, mais s'étend aussi très-loin à droite. Dans le cas qui va suivre, nous n'avons pas besoin de nous livrer à des explications pour restituer à la tumeur sa véritable signification, car l'observation porte son vrai titre, parce qu'elle a été prise à une époque où les tumeurs érectiles étaient déjà bien connues, et par un homme si justement célèbre, qui était au courant de l'état de la science; c'est une des observations du livre de M. Warren, *On Tumours*, Boston, 1837; elle est rapportée page 428 de l'ouvrage, et le cas est très-bien dessiné dans la planche 14.

Dr A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. Denonvilliers.

Taille vésico-vaginale. — Nouveau procédé.

M. le docteur Vallet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, adresse un mémoire sur un nouveau procédé de taille vésico-vaginale qu'il décrit ainsi :

Avant de décrire ce procédé, et pour en faire mieux comprendre la valeur, je crois utile de rappeler en quelques mots certaines dispositions anatomiques de la vessie et du vagin.

Ce dernier, situé au-dessous de la poche urinaire, est contigu par sa partie antérieure avec le bas-fond de cet organe, auquel il est uni par un tissu cellulaire dense et serré, d'où résulte la cloison intermédiaire à ces deux cavités. Cette cloison ne commence à exister qu'au delà du col de la vessie et s'étend jusqu'à la face supérieure du col utérin où s'arrête le repli péritonéal postérieur.

Le trigone vésical est de forme triangulaire, circonscrit par trois ouvertures qui en marquent les trois angles : en avant, l'orifice interne de l'urètre ou le col de la vessie; en arrière et sur les côtés, les orifices des uretères; ces ouvertures sont distantes les unes des autres d'à peu près 4 centimètres. J'ajouterai que chez la femme, le trigone vésical paraît, en général, avoir plus d'étendue que chez l'homme, et que dans cet endroit les parois de la vessie semblent aussi avoir une épaisseur plus grande.

A l'aide de ces détails, il sera facile de saisir la description du procédé opératoire que je vais indiquer.

Les instruments dont on a besoin pour l'exécuter sont :

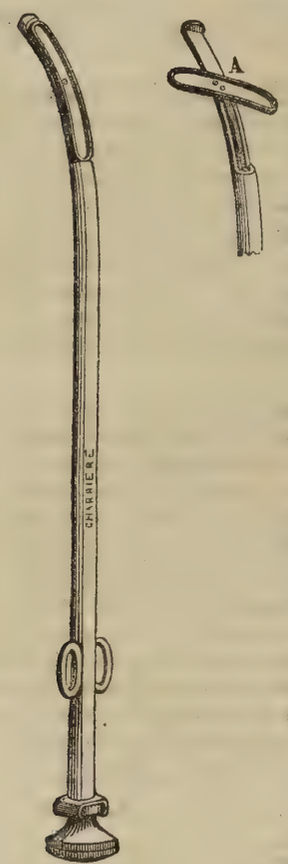
1° Un spéculum univalve, semblable à celui dont se sert M. Jobert de Lamballe pour l'opération de la fistule vésico-vaginale;

2° Deux leviers légèrement coudés, qui ont pour but de déprimer les parois latérales du vagin.

Ces instruments peuvent, dans la plupart des cas, être remplacés facilement par les doigts de deux aides.

3° Une sonde métallique, un peu plus longue que celle qui sert à la femme, conservant sa forme dans les quatre cinquièmes supérieurs (1).

(1) Cet instrument a été exécuté par l'habile M. Charrière.



Aplati dans le dernier cinquième, sur lequel et à son milieu vient se fixer, à l'aide d'un pivot, une branche mobile de 4 centim. de longueur (A). Celle-ci, légèrement recourbée, offre, comme dans un cathéter, une cambrure dans toute son étendue.

Cette branche, obéissant à l'action d'une tige d'acier très-déliée, surmontée d'un bouton à son extrémité supérieure et cachée dans la cavité de l'instrument, peut à volonté, par un mouvement de rotation sur son axe, devenir transversale et former une croix avec le reste de la sonde.

4° Un bistouri, dont la tige est longue et mince, se termine par une lame étroite et légèrement convexe mesurant 3 centimètres.

5° Le porte-aiguille de M. Roux et plusieurs aiguilles recourbées et armées de fils composés de 3 cordonnets réunis par de la cire et ayant une forme plate.

6° Une sonde en gomme élastique ou en gutta-percha. Un tampon d'agaric en forme de cylindre. Un grand nombre de petites éponges fixées à des tiges de bois d'une certaine longueur.

Tout étant ainsi préparé, l'opération doit être pratiquée de la manière suivante :

1er *temps*. — Couchée sur le dos, le siége sur le bord du lit, la malade doit être placée comme dans la taille ordinaire, seulement les jambes doivent être fortement fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin et maintenues par plusieurs aides.

L'opérateur, assis en face et sur un siége un peu élevé, introduit le spéculum univalve, le confie à un aide placé à sa gauche. Celui-ci doit déprimer avec force la paroi inférieure du vagin. Au même moment, les grandes et petites lèvres et les parois latérales du même conduit sont écartées à l'aide de leviers ou par les doigts de deux autres aides.

La sonde dont j'ai donné la description plus haut est introduite, et lorsque son extrémité est parvenue vers le bas-fond de la vessie, la branche cannelée mobile est mise en jeu et vient se présenter transversalement à la portion de la vessie qui doit être incisée, en lui faisant faire une légère saillie. Le bistouri, guidé par elle, divise toute l'épaisseur de la paroi vésicale dans une longueur de 3 centimètres, en commençant à la partie moyenne et en dehors d'une ligne étendue de l'urètre à l'uretère, représentant un des côtés du trigone et s'étendant jusqu'au point opposé de l'autre côté.

A défaut de la sonde cannelée, une sonde de femme pourrait, en rendant saillante la paroi vésicale, indiquer le point où l'incision doit commencer. Celle-ci pourrait alors être faite avec le bistouri ou à l'aide du lithothome de frère Côme ou de celui à double lame de Dupuytren. Ce dernier devra pénétrer par une ponction faite sur la ligne médiane, et sa concavité devra regarder le rectum.

C'est ainsi que j'ai agi dans mes deux opérations, l'instrument que je propose n'étant pas encore exécuté à l'époque où je les ai faites; l'expérience m'a démontré que les instruments de frère Côme ou de Dupuytren devaient être préférés au bistouri. Ils ont l'un et l'autre l'avantage de tendre mieux les parties et de rendre leur division plus facile. C'est donc eux qu'on devra adopter, lorsque l'on n'aura pas à sa disposition la sonde à cannelure mobile.

Celle-ci me paraît mériter la préférence, parce qu'elle assure à la plaie une direction moins variable.

Des essais faits sur le cadavre m'ont démontré sa supériorité.

2e *temps*. — Les aides cessent de tenir la vulve écartée ; la sonde est retirée; une tenette droite est introduite, dirigée par l'indicateur gauche ou par un gorgeret, et on procède à l'extraction du calcul. Cette partie de l'opération doit être exécutée avec lenteur et par des tractions douces et ménagées, afin d'exercer le moins possible de violence sur les lèvres de la plaie.

Si la pierre était volumineuse ou si on opérait chez une jeune fille, on devrait par ces mêmes motifs, et à l'exemple de Foubert, chercher à la briser ou essayer de la broyer avec un lithotriteur, afin de diminuer les difficultés que pourrait présenter l'étroitesse du vagin. Cependant, à raison de la dilatabilité du canal, il est difficile d'admettre qu'elle puisse être un obstacle sérieux à la terminaison facile de l'opération.

3e *temps*. — Aussitôt l'extraction de la pierre achevée, des injections d'eau froide sont pratiquées dans le vagin, pour arrêter l'écoulement du sang qui doit être peu abondant. Comme vaisseau d'un calibre considérable ne pouvant être usé par l'incision, je procède à la réunion immédiate de la plaie, à l'aide de la suture entrecoupée.

Trois ou quatre points de suture sont appliqués en traversant avec l'aiguille courbe les deux lèvres à la fois, autant que possible, ou chacune d'elles isolément. J'ai soin de laisser entre eux un peu moins d'un centimètre de distance.

Les fils sont médiocrement serrés, assez toutefois pour mettre les surfaces dans un contact parfait ; ils sont ensuite noués et coupés.

4e *temps*. — Si, contre toute probabilité, un écoulement sanguin un peu considérable avait lieu, le vaisseau devrait être tordu ou lié ; et le tampon, de forme cylindrique et d'un volume proportionné à la largeur du vagin, serait introduit et maintenu en place pendant un ou deux jours.

Enfin, la sonde de gomme élastique ou de gutta-percha de bonne qualité que je préfère comme moins altérable, est placée à demeure dans la vessie, en la dirigeant horizontalement et avec précaution, afin de ne pas heurter contre la suture ; elle est fixée sur un bandage de corps.

Distocie par hydrocéphale.

Deux anciens internes des hôpitaux de Paris, MM. Boulland et Lemaître, adressent une observation intitulée : accouchement par les pieds d'un enfant hydrocéphale ; arrêt de la tête au détroit supérieur ; évacuation du liquide par une des cavités orbitaires. (Comm. : MM. Danyau, Désormeaux, Laborie.)

Chloroforme.

M. Laborie donne l'analyse d'une lettre adressée par M. Houzelot, de Meaux. Cette lettre contient la relation d'un cas d'amputation de la cuisse pratiquée sur un malade plongé dans cette demi-anesthésie, où l'intelligence, la raison, n'ont subi aucune modification. Le malade dont il s'agit a pu s'entretenir avec les assistants, et lors de la section des masses musculaires, il compara la douleur produite à celle qui résulterait d'un fort pincement.

M. Houzelot demande si l'on ne pourrait pas, en généralisant ce mode d'emploi des anesthésiques, éloigner les dangers qui rendent le chloroforme si redoutable.

Lipôme avec transformation centrale. — M. Géraldès présente une pièce anatomo-pathologique dont voici en quelques mots l'histoire :

Une femme portait depuis longues années, au-dessus de la hanche, un lipôme pédiculé du volume d'une tête de fœtus. M. Géraldès enleva facilement cette tumeur et, en l'examinant, il reconnut que deux éléments entraient dans sa composition : d'abord, une couche corticale présentait les caractères des tumeurs graisseuses, puis, au centre, on remarquait une coloration et un aspect différents. Cette substance centrale offrait moins de consistance ; elle était d'un jaune grisâtre, à granulations plus ténues. A l'examen microscopique, on reconnut qu'elle était formée de matière grasse mêlée de granules de sels calcaires.

Ainsi, le centre de lipôme avait subi une espèce de transformation. Cette disposition donnait à la masse totale une apparence de fluctuation très-remarquable.

A propos de cette fausse fluctuation, qui rend quelquefois si difficile le diagnostic des tumeurs lipômateuses, *M. Chassaignac* se demande si, sous l'influence de la simple chaleur animale, une partie de la graisse n'éprouvait pas un commencement de liquéfaction, et ne donnerait pas ainsi lieu à une véritable fluctuation.

Cette opinion de M. Chassaignac a été combattue par *M. Michon*. Si, dit ce chirurgien, on admettait cette manière de voir de M. Chassaignac, ce serait admettre que les lipômes présentent vraiment de la fluctuation, et il n'en est rien ; il n'y a pas plus de fluctuation dans ces tumeurs que l'on n'en rencontre dans les tumeurs encéphaloïdes. Du reste, la preuve que cette prétendue fluctuation ne tient pas à une liquéfaction du tissu adipeux, c'est que la tumeur étant enlevée, on retrouve, malgré le froid, les mêmes signes trompeurs. On doit cependant reconnaître que quelquefois on trouve de la fluctuation dans des lipômes ; mais c'est qu'alors il existe une complication. Dans un cas, M. Michon a rencontré un lipôme qu'un habile chirurgien avait considéré comme un kyste fluctuant, et, en effet, au centre du lipôme se trouvait un abcès.

M. Robert a insisté avec raison sur un signe diagnostique important lorsque l'on doute de la nature lipômateuse d'une tumeur ; on doit l'*empoigner*, la saisir à pleine main, et, en la pressant, on sent qu'elle est bossuée.

DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS DUS AU CHLOROFORME.

M. Maisonneuve. — Les notes que nous avons fait prendre sur le discours de l'habile chirurgien n'ayant pu être complétées à temps, nous

sommes obligés d'en renvoyer la publication au prochain compte rendu.

M. Giraldès. — Je demande à la Société la permission de lui soumettre quelques observations sur le rapport en discussion. Ces observations porteront à la fois sur le corps du rapport et sur ses conclusions.

En lisant attentivement le travail remarquable de M. Robert, j'ai été frappé de l'esprit d'exagération qui domine sa rédaction : M. le rapporteur, en effet, après avoir relaté l'observation de M. Vallet, et après avoir signalé les dangers du chloroforme, ajoute, p. 7 : « Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, etc., etc., etc. » Or, après une assertion aussi positive, je m'attendais à en trouver une preuve complète; mais je l'ai cherchée vainement; j'ai seulement remarqué que M. le rapporteur signalait, il est vrai, 80 cas de mort par l'administration du chloroforme, mais nulle part il n'en a fait ressortir la valeur.

Afin de mieux faire sentir combien les dangers du chloroforme sont appréciés d'une manière exagérée dans ce rapport, je vais supposer qu'au lieu de 80 cas de mort M. le rapporteur en ait trouvé le double, c'est-à-dire 160; je vous demande donc la permission d'en examiner la valeur. Les 80 cas signalés dans le rapport, ou mieux les 160 que je suppose, ont été observés dans les cinq parties du monde; tous ces faits se sont passés dans une période de six années, dans la pratique publique et privée des nombreux chirurgiens des divers pays et dans les conditions les plus variées; en effet, non-seulement le chloroforme a été administré dans les opérations chirurgicales, mais aussi il a été employé dans un grand nombre de maladies, à savoir : toux, asthme, névralgie, rage, le delirium tremens, l'hystérie, la manie puerpérale, la manie hystérique, convulsions puerpérales, chorée, épilepsie, tétanos, folie, accouchements, opération césarienne, et enfin les opérations chirurgicales de toute espèce. Si on prend le chiffre 80 dont parle M. le rapporteur; si on le divise par une période de six années, on obtient le chiffre 13 et une fraction comme représentant les cas de mort par suite de l'administration du chloroforme, pour une année, dans les cinq parties du monde; ou bien le chiffre 26 et une fraction, si on adopte le chiffre 160 que j'ai supposé, ce qui ne donne même pas un cas pour chaque contrée. En présence d'un résultat aussi minime, mis surtout en regard du nombre immense de cas dans lesquels le chloroforme a été employé, on est obligé de conclure que les cas de mort par suite de son administration sont heureusement rares. On trouve une confirmation de ce fait, si on consulte un relevé publié par le docteur Cresp. Ce médecin, en consultant les recueils périodiques, a trouvé jusqu'au mois de septembre 1850 13 cas. Ce chiffre ne s'est élevé qu'à 16 en 1851, et à 20 en 1852.

Maintenant, si on interroge les statistiques publiées par les chirurgiens, on arrive au même résultat : M. Skey (operative surgery) dit qu'à l'hôpital de Saint-Bartholomew, sur 9,000, il n'a pas été observé un seul accident de ce genre. M. Curling, dans un discours remarquable sur l'usage du chloroforme, ajoute qu'on peut à peine trouver un cas de mort sur 1,000; M. Ericksen cite un seul cas sur 1,600 malades chloroformés à University college hospital; dans un rapport publié en 1848 par l'Association médicale américaine, il est question de 2,000 accouchements par l'influence du chloroforme sans aucun accident. Enfin M. Gros, de New-York, le professeur Jackson, le professeur Langenbeck, de Berlin, parlent d'un très-grand nombre de cas, dans lesquels ils ont employé le chloroforme, depuis l'âge de quelques semaines jusqu'à 80 ans, sans aucun accident fâcheux.

Il était donc du devoir de M. le rapporteur de faire sentir combien les cas de mort par le chloroforme sont heureusement rares, plutôt que d'écrire dans son rapport la phrase suivante : « Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, etc. »

Afin d'expliquer les cas malheureux observés par l'administration du chloroforme, M. le rapporteur a fait intervenir, dans cette explication, les expériences de M. Flourens. Ici encore, je suis dans la nécessité de faire remarquer que les expériences dont il est question, quoique très-curieuses et intéressantes au point de vue physiologique, sont loin d'offrir le même intérêt pratique; et puisque M. le rapporteur tenait à cœur d'élucider cette question, il aurait dû faire appel aux données fournies par les expériences faites dans un but pratique, notamment celle de M. Snow (*London Médical journal*, 1852), ce médecin, en effet, a montré par des expériences nombreuses, instituées principalement dans le but d'étudier la cause principale de la mort à la suite de l'administration du chloroforme, que la mort était produite par l'inspiration du chloroforme en nature, ou de l'air, contenant en solution une trop grande quantité de cet agent, 10 pour 100, par exemple, qu'alors l'air inspiré et mêlé au sang, agissait directement sur les parois du cœur et paralysait cet organe. Il a montré chez les animaux ce que M. Maisonneuve vous a signalé tout à l'heure comme le résultat de ses observations cliniques, à savoir que l'inspiration de l'air contenant une trop grande quantité de chloroforme était la seule cause de la mort.

J'arrive maintenant aux conclusions. Cette partie du rapport de M. Robert demande à être remaniée en entier, car elle ne présente pas une déduction rigoureuse des faits qui lui servent de base et que d'ailleurs elles sont en opposition avec les faits mêmes.

1re *Conclusion.* — Le dernier membre de la phrase doit être supprimé, car il établit une comparaison qui n'est pas démontrée.

3e *Conclusion.* — Celle-ci doit disparaître presque en entier : il a déjà été démontré que l'idiosyncrasie, que le rapporteur marque comme étant la cause de la mort, est une pure suppsition. D'ailleurs, si on persistait à supposer que cette cause existe ou qu'elle peut exister, il faudrait supposer aussi qu'elle ne se développe qu'à une époque déterminée de la vie, qu'elle se développe seulement chez des sujets jeunes. Les faits connus jusqu'aujourd'hui démontrent que les cas de mort observés par l'administration du chloroforme ont presque tous été observés dans cette catégorie. En effet, sur 20 cas réunis par le docteur Crisp, la mort a été observée :

6	fois chez des individus de	20 ans.
4	—	20 à 30 ans.
5	—	30 à 40
2	—	40 à 50

Sur les 23 observations que j'ai analysées, la mort est survenue :

1	fois chez des individus de	1 à 10 ans.
6	—	10 à 20
5	—	20 à 30
4	—	30 à 40
2	—	40 à 50

Les autres cas étaient 3 jeunes filles dont l'âge n'est pas indiqué et 2 jeunes femmes.

4e *Conclusion.*— Au lieu de dire : *Il est contre-indiqué de se servir,* etc., on doit y substituer le mot : *il est prudent.* La rédaction de cette conclusion est encore en opposition avec les faits : maintes fois, le chloroforme a été donné sans danger dans les cas où la contre-indication est posée, et dans les cas malheureux qu'on a observés, à l'exception d'un cas publié par M. Quain, la mort n'a pas été favorisée par une des maladies dont il est question dans le rapport.

5e *Conclusion.* — Celle-ci doit subir également quelques modifications.

La science connaît en effet, et les expériences de M. Snow le démontrent, que l'inspiration d'un air contenant une trop grande quantité de chloroforme, peut occasionner des accidents; que tous les efforts des chirurgiens doivent tendre à éviter cela; c'est en mélangeant le chloroforme avec de l'esprit de vin rectifié; c'est encore en employant des appareils susceptibles de fournir un fluide contenant une quantité donnée de cet agent, c'est enfin dans les premiers soins à donner. Lorsqu'un accident de ce genre a lieu, c'est de favoriser la circulation du sang, c'est de pratiquer des insufflations directes accompagnées de pressions méthodiques sur le thorax, comme cela a été conseillé et pratiqué par M. Snow.

M. Boinet. — Aux faits d'insufflation bouche à bouche, signalés par notre savant collègue M. Ricord, je vais en joindre un autre que j'ai observé avec notre confrère le docteur Lorne, et qui diffère sur quelques points, du reste, de ceux de M. Ricord. Ainsi, notre collègue pense qu'il a sauvé ses malades parce qu'il a pratiqué l'insufflation immédiatement, dès le début des accidents; nous croyons avec lui que ce moyen est, de tous ceux proposées jusqu'à présent, celui qui est le meilleur, le plus efficace, le plus expéditif, celui qu'on a toujours à sa disposition; mais nous pensons, d'après ce que nous avons vu, que ce moyen peut encore être utile, lorsqu'il est mis en usage plusieurs minutes après les accidents produits par l'inhalation du chloroforme. Notre habile collègue pense encore que lorsque l'insufflation réussit, le retour à la raison est rapide, instantané. Le fait que j'ai observé n'a pas présenté ces phénomènes d'instantanéité, de retour à la raison.

Il y a environ deux mois, je fus appelé auprès d'une dame qui était dans des douleurs pour accoucher. Cette dame, âgée d'environ 29 à 30 ans, est mal conformée; elle a une déviation de la colonne vertébrale, et par suite une obliquité considérable du bassin; elle est chétive, de mauvaise constitution. Devenue enceinte, la famille se préoccupa de savoir si l'accouchement à terme serait possible. M. Jacquemier fut appelé vers la fin du septième mois, pour examiner le bassin et savoir s'il ne serait pas prudent de recourir à un épanchement prématuré. L'examen apprit que l'accouchement pouvait avoir lieu à la rigueur, mais qu'il serait probablement difficile. Le terme de la grossesse fut donc attendu. Les douleurs se déclarèrent et eurent d'abord une marche régulière; la tête descendit assez promptement dans le petit bassin; mais arrivée au détroit inférieur, elle ne put le franchir et demeura à la même place pendant six ou sept heures. Les forces de la malade, qui souffrait depuis quinze heures, étaient épuisées, les douleurs ralenties; il était évident que cette dame ne pourrait accoucher sans les secours de l'art. Plusieurs fois déjà, le forceps avait été proposé; mais la malade ne voulait consentir à son application qu'à la condition qu'elle serait endormie par le chloroforme. L'état de faiblesse générale, l'épuisement où elle était, sa conformation particulière qui devait apporter de la

gêne aux organes de la circulation et de la respiration, de plus une bronchite assez intense qui datait de plusieurs semaines : tout me faisait résister aux instances de la malade et de la famille. Il fallut enfin céder.

Tout avait été disposé pour l'application du forceps. Assisté de mon confrère, M. le docteur Lorne, je versai 7 ou 8 grammes de chloroforme sur un mouchoir en baptiste que j'approchai de la malade, couchée dans une position horizontale, la tête un peu plus élevée que le reste du corps.

Le mouchoir, placé d'abord à une petite distance du nez, fut peu à peu rapproché, mais sans toucher les narines. Les effets du choroforme furent assez prompts et ne déterminèrent aucune excitation. M. Lorne surveillait le pouls, et je ne perdais pas de vue les mouvements respiratoires.

Aussitôt l'insensibilité complète obtenue, je confiai le mouchoir au mari, avec ordre de le remettre sous le nez si je le lui disais, et j'appliquai le forceps, ce qui fut facile, la malade étant dans la résolution la plus complète. Mon confrère surveillait toujours le pouls.

Après plusieurs essais de traction avec le forceps faits sans résultat aucun, la malade fit quelques mouvements, poussa quelques cris et allait probablement se réveiller, lorsque je priai le mari de lui remettre le mouchoir sous le nez. L'insensibilité eut lieu de nouveau, et j'en profitai pour terminer l'accouchement; le mari, préoccupé comme nous de l'application du forceps et vivement ému de la position de sa femme, avait laissé le mouchoir sous le nez, et ne l'avait ôté qu'au moment où la tête franchissait le détroit inférieur, malgré la recommandation que je lui avais faite de l'ôter aussitôt que sa dame paraîtrait ne plus rien sentir; d'ailleurs le pouls et la respiration que M. Lorne était chargé de surveiller n'avaient pas cessé d'être sensibles. Cette nouvelle application du chloroforme n'avait pas duré deux minutes; débarrassé du forceps, je m'empressai d'extraire l'enfant, lorsque M. Lorne m'avertit qu'il ne sentait plus le pouls.... Extraire l'enfant, couper le cordon, le remettre à une personne préparée pour le recevoir, ne fut que l'affaire d'un instant, en même temps que je portais l'accouchée sur son lit pour la placer dans une position plus horizontale, je fis ouvrir les deux fenêtres de l'appartement (il était cinq heures du matin et l'air était froid). Plus de pouls, plus de respiration, *plus de battements du cœur* à l'oreille appliquée sur la poitrine, résolution complète de tous les membres; face pâle, lèvres décolorées; tous les signes de la mort.... Jeter de l'eau froide à la figure, sur la poitrine, sur le ventre; faire respirer du vinaigre ordinaire, des sels, brûler des allumettes souffrées sous les narines, frapper dans les mains, à la plante des pieds.... tout fut inutile.... Toutes ces manœuvres durèrent plus de cinq minutes; deux fois, pendant ces cinq minutes qui me parurent des siècles, je déclarai au mari et à un confrère qui le croyait comme moi, que la malade était morte; enfin, ne sachant plus que faire, en désespoir de cause et pour l'acquit de ma conscience, je fis l'insufflation bouche à bouche; ce moyen resta sans résultat tout d'abord.... L'air que je poussais dans la bouche de cette femme soulevait ses joues qui s'affaissaient aussitôt que je cessais cette insufflation. Fatigué de l'insufflation, je fis apporter un soufflet, mais ce moyen n'eut aucun résultat, et me parut tout à fait inutile, car l'air ressortait aussitôt; la bouche de la malade n'étant pas hermétiquement fermée comme cela a lieu lorsqu'on fait l'insufflation bouche à bouche. Dans la crainte qu'on ne m'accuse de ne pas faire assez, et d'abandonner trop vite cette malade, plutôt que dans l'espoir de la rappeler à la vie, je revins encore une seconde, une troisième fois aux insufflations bouche à bouche, que je faisais de toute ma force, pendant que mon confrère Lorne pressait sur le ventre et la partie inférieure du thorax pour imprimer des mouvements au diaphragme et au thorax, et réveiller les fonctions des poumons, si faire se pouvait. Enfin, un mouvement à peine sensible, un mouvement que je ne puis mieux comparer qu'au dernier soupir d'un mourant, eut lieu, mais ne fut pas suivi immédiatement d'un second. Il se passa plusieurs secondes. Je continuai les insufflations pendant que M. Lorne continuait ses manœuvres; mais je continuai ces insufflations, persuadé que cette inspiration, que je venais d'observer, était plutôt la dernière de la malade que le retour à la vie. Le pouls et le cœur paraissaient toujours ne pas fonctionner. Une seconde inspiration eut lieu, puis une troisième, une quatrième, avec moins d'intervalle qu'il n'y en avait eu entre la première et la seconde; elle était sauvée. Enfin, la malade se réveilla, absolument comme tous les autres malades, à la suite des inhalations du chloroforme. Son réveil fut lent et progressif. Lorsqu'elle fut tout à fait revenue, elle fut délivrée. Les suites de couche ont été très-heureuses, et aujourd'hui la mère et l'enfant, qui était une petite fille, se portent parfaitement bien.

Tel est le fait que nous avons observé, le docteur Lorne et moi. Peut-être dira-t-on que cette dame est revenue seule d'un état aussi inquiétant, et sans le secours de l'insufflation et des autres moyens employés; mais si l'on admettait ce principe, il faudrait en conclure qu'en pareilles circonstances il faut se dispenser de tout soin, et attendre que les malades en reviennent, s'ils doivent en revenir, car autrement tout secours serait inutile.

Évidemment, chez cette malade, la vie n'était pas éteinte, mais elle a été arrêtée, suspendue pendant plusieurs minutes; les organes vivaient encore, mais ils ne fonctionnaient plus. Si l'on voulait me permettre une comparaison, grossière il est vrai, mais qui, selon moi, pourrait jusqu'à un certain point faire comprendre la position dans laquelle s'est trouvée cette malade pendant plusieurs minutes, je la comparerais à une chandelle qu'on vient d'éteindre; cette chandelle n'est plus allumée, mais il reste encore une mèche qui conserve du feu, de la vie, et ce feu, cette vie, vont disparaître entièrement et promptement, si on ne s'empresse, par une insufflation brusque, d'exciter le feu qui reste encore, de le ranimer, et enfin de rallumer la mèche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La commission de présentation à la place vacante à l'Académie de médecine, a fait son rapport. Après avoir adopté en principe et avec raison que l'Académie manquait beaucoup plus de botanistes que de thérapeutistes, elle a placé à l'unanimité les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, à l'unanimité, *M. Chatin*,
En seconde ligne, — *M. Ch. Robin*.

Par ordre alphabétique :

MM. Martinet et *Sandras*.

Cette classification est l'expression exacte des besoins de l'Académie. La savante compagnie est pour ainsi dire sans botaniste, et M. Chatin est depuis plusieurs années professeur de botanique à l'École de pharmacie. Ses remarquables recherches de chimie médicale ne l'ont pas empêché de travailler depuis plusieurs années à un livre de botanique médicale, dont une partie est déjà imprimée. M. Ch. Robin, dont le mérite est justement apprécié et que nous apprécions nous-même à sa juste valeur, s'est plutôt livré à des recherches sur l'organisation intime des êtres organisés, qu'à l'étude de la botanique proprement dite; sa candidature ne pouvait donc être sérieusement opposée à celle de M. Chatin. La seule section où M. Robin puisse rendre de véritables services et occuper une place honorable est la section d'anatomie et de physiologie. Ce sentiment est du reste celui de l'Académie, et la nomination de M. Chatin ne souffrira aucune difficulté.

— Les commerçants de tous les ordres se sont depuis quelque mois aperçus à leurs dépens de la recrudescence du fisc touchant l'application de l'art. 1er (1) de la loi du 6 prairial, an VII, relative au timbre, article que la tolérance de l'administration avait, jusqu'à ces derniers temps, laissé en grande partie tomber en désuétude. Mais les médecins avaient pu se croire à l'abri des exigences de cette loi. Nous devons leur annoncer, à regret, qu'ils sont dans l'erreur. Un de nos confrères vient d'être condamné à l'amende pour avoir indiqué, sur ses cartes de visites, les heures auxquelles on le trouve chez lui. Comme le fisc ne permet pas le moins du monde que l'on plaisante avec lui, nous croyons de voir les engager à faire supprimer de leurs cartes l'indication des heures de consultation; car nous ne supposons pas qu'il s'en trouve beaucoup qui consentent à faire appliquer un timbre sur leur nom et profession.

(1) Cet article est ainsi conçu : « Les avis imprimés, quel qu'en soit l'objet, qui se crient et distribuent dans les rues et lieux publics, ou que l'on fait circuler *de toute autre manière*, seront assujettis au droit de timbre, à l'exception des adresses contenant *la simple indication de domicile* ou le *simple avis de changement*. »

BIBLIOGRAPHIE.

En vente chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine,
rue de l'Ecole-de-Médecine, 23, ancien n° 4.

Recueil de formules publiées jusqu'a ce jour, extraites des journaux français et étrangers, recueillies par l'un des rédacteurs du *Journal de chimie médicale;* SUPPLÉMENT A TOUS LES FORMULAIRES. — In-32, format de poche. Prix : 1 fr. 25 c. *franco* par la poste.

Des rétrécissements de l'œsophage, par le docteur E. FOLLIN, chirurgien du bureau central des hôpitaux, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. — 1 vol. grand in-8, avec figures. Prix : 4 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 87. 1re année. Jeudi 21 Juillet 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 12, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 11 juillet. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. GENDRIN. Leçons cliniques sur l'hystérie, par le Dr A.-H. Margerie. (*Suite.*) — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS** : Pourriture d'hôpital. Des tumeurs érectiles, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **ACADÉMIE DES SCIENCES.**

Paris, le 20 juillet 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Ricord, en venant protester contre la plupart des propositions que paraît contenir le mémoire de M. Yvaren et contre quelques-unes de celles que renferme le rapport de M. Gibert, a fait à l'Académie la demande que l'ordre du jour, au lieu d'être annoncé avant chaque séance, le fût plusieurs jours d'avance, afin qu'on pût se préparer aux discussions. C'était, sous une autre forme, reproduire une demande que, pour notre compte, nous avons faite à satiété depuis plusieurs années, celle que les rapports fussent imprimés avant d'être soumis à la discussion. Nous avions même, à une certaine époque, eu la satisfaction de voir l'Académie adopter cette marche qui devait rendre ses discussions plus sérieuses et plus utiles pour la science. Mais une puissance qui paraît beaucoup plus forte que toutes les décisions possibles de l'Académie, est venue changer tout cela. Pour que la décision de l'Académie pût être suivie d'exécution, il fallait que le *Bulletin* de l'Académie *parût* tous les huit jours; or, l'Académie ne dispose pas de son *Bulletin* comme le seigneur de Sans-Souci, de son moulin; car malheureusement, très-malheureusement pour elle, sa prospérité financière ne lui permet pas de le faire imprimer entièrement à ses frais; l'autorité du secrétaire perpétuel et du comité de publication tout entier sur la partie matérielle du *Bulletin* est donc assez secondaire, sans compter les quelques accrocs qu'elle subit sous le rapport de la rédaction. Donc après la décision en question, les choses marchèrent bientôt comme devant, et il n'est pas à croire qu'elles changent de sitôt d'allure, à voir la quiétude avec laquelle l'Académie subit le joug de sa situation. Aussi la proposition de M. Ricord n'a-t-elle même pas été prise en considération, et plutôt que de s'en occuper, a-t-on mieux aimé entendre une seconde lecture du rapport de M. Lecanu sur l'albumine iodée.

Dire que les conclusions du rapport ont été repoussées après qu'on avait repoussé dans une séance précédente celles de M. Bouchardat, c'est peine inutile; mais dire pour quelles raisons elles l'ont été et comment elles l'ont été, c'est instructif et même utile, quoique nous n'ayons qu'à répéter des vérités et à défendre des principes que nous avons proclamés bien des fois déjà. Le principal argumentateur de M. Lecanu a été l'excellent et spirituel secrétaire annuel, M. Gibert. Voyons si ses arguments sont aussi solides que sa rédaction a été élégante et sa diction incisive.

Écartons d'abord de ces arguments ceux qui prennent leur source *dans des préoccupations* auxquelles M. Gibert a déclaré que l'Académie *devait se soustraire,* et auxquelles il paraît s'être moins soustrait lui-même que M. le rapporteur à qui il adressait ce reproche. La tournure de la phrase de M. Gibert cachait évidemment, sous sa mordante indécision, l'insinuation que M. le rapporteur avait voulu favoriser, dans son rapport, des intérêts extra-scientifiques; nous l'approuvons pleinement d'avoir laissé percer sa pensée, si telle elle était en effet; la franchise trouvera toujours de l'écho chez nous; mais on ne cède pas moins aux préoccupations que M. Gibert a eu l'intention d'écarter en voulant nuire aux intérêts dont il s'agit qu'en voulant les favoriser. Or, s'il est vrai (ce que nous sommes loin de considérer comme démontré), que M. le rapporteur ait accepté le premier rôle, il nous paraît certain que M. Gibert a pris le second. L'Académie, nous le répétons pour la centième fois, doit n'accepter ni l'un ni l'autre; pour être fidèle à sa mission, elle doit se maintenir uniquement dans la sphère scientifique.

Ce qui a surtout engagé M. Gibert à faire repousser les conclusions du rapport de M. Lecanu, c'est que la préparation nouvelle manquait encore de la sanction du temps et de l'expérience. Interprété dans son acception la plus rationnelle, nous adoptons pleinement un pareil argument; mais quelle en est la conséquence rigoureuse? C'est apparemment d'en appeler d'une expérience trop courte à une expérience plus longue, c'est-à-dire de renvoyer le vote des conclusions à une époque où les faits auront définitivement éclairé la question. Est-ce là ce que M. Gibert et l'Académie ont fait? Nullement. Ils ont repoussé le médicament sans savoir s'il est bon ou mauvais, et avec la présomption tout au moins, qu'il est bon, puisqu'il a en sa faveur le témoignage de M. Hervez de Chégoin et de M. Soubeyran. C'est là, nous ne craignons pas de le dire, une marche déplorable, contraire à la science, contraire à la justice, contraire même aux intérêts bien compris de l'Académie. L'Académie peut déjà s'en apercevoir au crédit dont elle jouit comparativement à l'Académie des sciences,

qui sait réellement se soustraire aux préoccupations dont a voulu parler M. Gibert; elle s'en apercevra plus encore, à mesure qu'elle entrera plus avant dans la voie fâcheuse où elle est systématiquement engagée.

Nous avons dit que nous aurions été d'accord avec notre spirituel collègue, M. Gibert, touchant la question d'expérience. Il faut cependant nous entendre à ce sujet une fois pour toutes.

Il y a en médecine deux sortes d'expériences :

L'une, qui est le résultat d'une observation approximative, dont les détails sont confiés uniquement à la mémoire, et qui repose sur un jugement à vue du pays, comme on dit;

L'autre, que M. Grisolle a si bien décrite dans son beau rapport sur le sel commun dans les fièvres intermittentes, et qui est le fruit d'une observation attentive, rigoureuse, dont tous les détails sont écrits, comparés et comptés, et dont la formule offre en quelque sorte la certitude d'un fait de physique expérimentale.

De laquelle de ces deux expériences M. Gibert a-t-il voulu parler?

Si c'est de la première, le temps ne saurait lui donner une grande valeur; il suffit, pour qu'elle se recommande à l'attention de tous les praticiens, que quelques observateurs intelligents et honorables lui donnent l'appui de leur autorité;

Si c'est de la seconde, nous nions formellement qu'elle serve de base à la réputation de l'huile de foie de morue, qui est acceptée, bien plus d'après des expérimentations *à peu près* que par des observations rigoureuses. M. Gibert ne nous paraît pas d'ailleurs lui-même bien éloigné de partager notre conviction à cet égard, puisqu'il avoue que, dans la plupart des cas, il lui a paru que l'huile de foie de morue n'agissait pas autrement que toutes les huiles possibles. Peut-être cette opinion est-elle exagérée; mais ce qu'il y a de certain, c'est que l'huile de foie de morue, administrée à dose médicamenteuse, nous a toujours paru sans action appréciable, et que toutes ses propriétés nous ont toujours paru tenir à son usage comme corps gras, comme substance alimentaire. S'il en est ainsi, nous ne voyons pas pourquoi on repousserait des médicaments qui, outre leurs propriétés de corps gras, ont encore l'avantage de renfermer des substances actives à petites doses; nous ne voyons pas surtout pourquoi on repousserait des médicaments tout à fait distincts des huiles, tels que l'albumine iodée.

Quant à ce que M. Gibert a dit des inductions thérapeutiques ou physiologiques que les chimistes sont portés à tirer d'expériences purement chimiques, nous avons souvent émis la même opinion que lui, et nous nous associons à sa critique, moins l'exagération; car, pour ne parler que du bouillon, ce n'est pas là un produit plus naturel que les confitures et la gélatine : gélatine, bouillon, confitures, extraits, tout est le résultat d'une chimie, qui peut être plus ou moins scientifique, mais qui n'en est pas moins une chimie véritable; il ne s'agit donc pas de repousser telle chimie plutôt que telle autre; il s'agit seulement d'en faire de bonne, et de la faire marcher concurremment avec l'observation physiologique et thérapeutique. Nous serions entraîné beaucoup trop loin si nous voulions insister comme il conviendrait sur ce point de vue.

Nous en terminerons avec le rapport de M. Lecanu par une remarque sur le motif invoqué par M. Soubeyran pour repousser les conclusions du rapport. Après avoir cité deux faits des plus intéressants, ou même trois en faveur de l'utilité thérapeutique de l'albumine iodée, dont lui-même a eu l'idée, M. Soubeyran repousse cependant la médication, sous prétexte que la pharmacie possède assez de moyens commodes pour administrer l'iode.

D'abord, cette raison est-elle bien fondée, et la matière médicale ne doit-elle pas toujours s'estimer heureuse de voir son arsenal s'augmenter d'un nouveau moyen d'administrer une substance véritablement utile? Aucun médecin ne pensera là-dessus comme M. Soubeyran.

Mais est-il bien vrai que les praticiens aient à leur disposition de nombreux moyens très-commodes pour administrer l'iode? M. Soubeyran en sait sur ce point beaucoup plus que nous, et il nous pardonnera sans doute d'ignorer l'existence de ces moyens. Mais puisqu'ils existent, pourquoi donc ne les a-t-il pas indiqués au médecin distingué qui le consultait quand il imagina lui-même de recourir à l'huile iodée? C'est ce qu'on s'expliquerait difficilement, si l'on n'admettait, avec M. Gibert, que l'Académie doit toujours se mettre à l'abri des préoccupations extra-scientifiques, et qu'elle ne l'a pas su cette fois.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Hervieux, dans laquelle l'auteur a prouvé qu'il ne se fait pas une idée très-nette de ce qui constitue l'authenticité des faits scientifiques et les règles de l'ordre physiologique, et par un rapport de M. Robinet, sur une question analogue à celle qu'a soulevée le rapport de M. Lecanu, qui s'est terminée de même, mais cette fois à la demande du rapporteur.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 11 juillet.

Un jeune chimiste des plus distingués, mais qui ne féconde peut-être pas suffisamment son intelligence par le travail, M. Régnault, agrégé à la Faculté de médecine et pharmacien en chef des hôpitaux, imagina, il y a environ deux ans, d'utiliser, au profit de la médecine opératoire, cette propriété singulière qu'a le fluide électrique de porter à une température incandescente les deux extrémités d'un fil de platine, tandis que le reste de l'étendue du fil se maintient à la température de l'air ambiant. Il construisit, sur les indications de M. Nélaton, un petit appareil, un véritable cautère actuel électrique, à l'aide duquel on pouvait aller porter le feu dans des profondeurs considérables, sur des points très-limités, sans courir aucun risque de léser les tissus voisins avec lesquels le caustique pouvait se trouver en contact. M. Nélaton fit plusieurs applications de cet appareil dont le rédacteur en chef de ce journal a rendu compte ailleurs.

C'est de quelques applications nouvelles de ce même appareil qu'un jeune chirurgien, qui promet de soutenir l'honneur d'une grande réputation de praticien dont l'hérédité lui laissera le poids, M. Alph. Amussat, a entretenu l'Académie; en sorte que le titre de : *électricité* appliquée *à la cautérisation*, conviendrait mieux à sa note que celui d'électricité appliquée *à la thérapeutique*.

M. Alph. Amussat n'ayant consigné dans sa note que les résultats généraux déjà obtenus par lui, sans indiquer ni les détails des observations qu'il a faites, ni le manuel opératoire du nouveau caustique qu'il a mis en usage, nous n'avons aucun jugement à porter sur le travail du

jeune praticien; nous attendrons le mémoire plus étendu qu'il nous promet. Mais nous devons, en attendant, appeler son attention spéciale sur l'appareil lui-même qui, à l'époque où M. Nélaton l'employa, était loin d'offrir toutes les conditions désirables pour passer dans la pratique générale et devenir un moyen vulgaire. M. Régnault ne se faisait lui-même aucune illusion à cet égard, et il s'occupait de le perfectionner. M. Amussat est-il parvenu à réaliser ces perfectionnements?

— Une seconde communication qui n'intéressera qu'un petit nombre de nos lecteurs, mais que liront avec un vif intérêt tous les savants qui s'occupent d'histoire naturelle et d'anatomie comparée, a été faite par un naturaliste dont le talent égale la modestie extrême. Cette communication a pour objet l'anatomie d'une espèce de mollusque, la *térébratule australe*. Nos connaissances ne nous permettent pas d'apprécier comme elles le méritent les recherches de M. Gratiolet; mais la religieuse attention avec laquelle l'Académie en a entendu la lecture, nous est un sûr garant que l'habile anatomiste a soutenu, dans ce nouveau travail, la juste réputation que des recherches antérieures lui ont faite dans le monde scientifique. G. Dumont.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les n*^{os} 16, 23, 28, 29, 36, 53, 58, 69, 70, 77.)

Un des points les plus graves du pronostic de l'hystérie est, sans contredit, celui qui a trait à l'imminence possible de l'épilepsie; il doit occuper une place importante dans l'histoire de la maladie.

Quand on considère l'épilepsie chez les femmes, comme il convient de le faire dans le cas dont il s'agit, on trouve qu'un très-grand nombre d'entre elles, avant d'être atteintes de cette affection, ont éprouvé dans l'origine, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des accidents d'hystérie simple et non compliquée, ou bien, en l'absence de semblables antécédents, appartiennent à des familles dans lesquelles les hystéries se transmettent de génération en génération; de là découle cette double conséquence que la mobilité du système nerveux d'une part, et de l'autre les ébranlements et les secousses causées par les phénomènes paroxystiques de l'hystérie, peuvent être regardés, dans un certain nombre de cas, comme de véritables prodrômes de l'épilepsie. De même que l'épilepsie, l'hystérie est alors le résultat d'une prédisposition qui se rattache à la mobilité exagérée du système nerveux. Il est permis de craindre, dans de pareilles conditions, que les accidents de l'hystérie ne soient un jour remplacés par ceux de l'épilepsie, ou bien que les enfants issus des malades ne soient frappés d'épilepsie au lieu d'être atteints d'hystérie.

Cette donnée pronostique est incontestable : l'hystérie prédispose à l'épilepsie ou même apparaît quelquefois comme état pathologique précurseur de l'épilepsie. L'alternative que nous établissons ici est justifiée par l'impossibilité d'adopter, dans un certain nombre de cas, l'une des deux hypothèses que l'esprit est naturellement conduit à former; le médecin, appelé à déterminer la raison du développement de l'épilepsie, sera en droit, dans une foule de circonstances, d'attribuer l'apparition de cette maladie soit à la répétition des accidents de l'hystérie, soit à la prédisposition spéciale en vertu de laquelle se sont manifestés incidemment des phénomènes nerveux hystériques, sans trouver aucun motif plausible d'accepter l'une des deux opinions, entre lesquelles il hésitera, à l'exclusion de l'autre.

L'hystérie est une maladie qu'on rencontre quelquefois chez tous les membres d'une même famille, aussi y a-t-il lieu de prévoir l'opportunité de son explosion d'après cette unique considération.

Une femme est hystérique, elle a une sœur qui l'est également : craignez, pour l'enfant qui devra le jour à cette femme, l'époque de la dentition, la mobilité nerveuse qu'il apportera avec lui au moment de sa naissance, comme une tache congéniale, sera assez puissante pour favoriser et provoquer des accès d'éclampsie; craignez pareillement l'âge de la puberté, les accidents de l'hystérie pourront éclater sous l'influence des causes occasionnelles les plus légères.

La transmission de la mobilité exagérée du système nerveux par voie d'hérédité doit être considéré comme une présomption des plus certaines eu égard au développement ultérieur des maladies nerveuses en général et des hystéries en particulier; sous ce rapport, elle constitue un important élément de pronostic.

Examinons maintenant les moyens de traitement qu'il convient de mettre en usage pour la curation des affections hystériques.

De l'histoire de ces affections ressort cette vérité que, si l'on place les malades dans des conditions hygiéniques convenables, et qu'en même temps on laisse la maladie marcher avec les années, il arrive un moment où les phénomènes morbides s'éteignent peu à peu et cessent spontanément. Jamais on ne voit l'hystérie franchir l'âge critique.

D'après la donnée générale que nous venons de formuler, la méthode expectante peut conduire à la guérison, mais seulement par une voie qui est toujours longue et toujours pénible. Placé en présence d'une maladie essentiellement chronique, le médecin ne perdra pas de vue que si cette maladie est destinée à s'effacer par le fait de la succession des âges, la médication expectante la mieux instituée ne sera suivie du retour à la santé qu'après un laps de temps assez considérable. Espérer la disparition des accidents morbides après un délai de peu de durée, dans de semblables conditions, ce serait méconnaître à la fois et la nature intime et l'évolution nécessaire de la maladie qu'il s'agit de combattre.

Le praticien, appelé à donner des soins aux personnes atteintes d'hystérie, toutes les fois qu'il sera contraint, par des considérations inhérentes à la position sociale des malades, de renoncer à l'intervention active d'un traitement curatif, devra s'attacher, avec la plus grande attention, à instituer sur des bases rationnelles la médication expectante à laquelle il sera tenu d'avoirs recours. Au point de vue de la maladie qui nous occupe, la médication expectante ne consiste pas à dire aux malades d'attendre patiemment leur guérison, mais à leur faire comprendre qu'ils reviendront à la santé en évitant l'action pernicieuse de toutes les influences capables d'aggraver et d'exaspérer les phénomènes morbides.

Le choix des conditions hygiéniques, au milieu desquelles il sera indiqué de placer les malades, devra avoir pour principal objet de détruire ou d'atténuer toutes les causes d'excitation, quelles qu'elles soient, qui agissent sur le système nerveux. Telle femme hystérique est malheureuse au sein de sa famille, il faut l'éloigner; telle autre vit parmi des personnes qui ne tiennent aucun compte de son caractère, elle est en butte à des contrariétés continuelles, il faut la soustraire aux chagrins qui l'assiégent. Écarter tout ce qui peut entretenir l'irritabilité et la mobilité insolites du système nerveux, tout ce qui peut occasionner un ébranlement passager dans l'innervation, voilà le point fondamental dans lequel se résument les conditions à remplir pour l'institution d'un traitement hygiénique convenable.

Les dérangements de la santé suffisent quelquefois pour provoquer le retour de l'hystérie ou pour déterminer l'exacerbation de ses symptômes; en conséquence, il importe au plus haut point d'entourer les hystériques des précautions nécessaires pour les préserver de toutes les influences morbigènes; à plus forte raison, dans le cours de leurs maladies et surtout de leurs convalescences, doit-on exercer une surveillance attentive afin de prévenir les fâcheux effets de toutes les causes capables d'a-

mener un état de perturbation plus ou moins durable du système nerveux.

Le repos du corps et la quiétude de l'esprit, une vie rendue heureuse par le concours de tous les motifs de satisfaction, telle est en dernière analyse le but à atteindre pour les hystériques chez lesquelles on désire la disparition graduelle et la cessation spontanée de la maladie.

Les moyens hygiéniques que nous venons d'énumérer ne sauraient être appliqués indistinctement chez tous les individus, ils exigent, suivant les cas particuliers, des modifications qui varient avec certaines circonstances : le médecin appréciera la position spéciale de ses malades et leur tracera les règles d'hygiène qui forment la base de la médication expectante.

Il n'est pas toujours raisonnable, nous dirons plus, il n'est pas toujours possible de restreindre le traitement de l'hystérie aux étroites limites de l'expectation, la thérapeutique dispose d'agents énergiques qu'elle emprunte à la diététique, aussi bien qu'à la pharmacopée; ces agents ont le pouvoir de modifier puissamment le système nerveux et par là de remédier souvent aux phénomènes morbides de l'hystérie; dans un grand nombre de circonstances, il est urgent de faire intervenir leur action.

Les auteurs qui se sont occupés du traitement curatif de l'hystérie ont eu le tort de s'attacher, d'une manière trop exclusive, à la recherche des remèdes qu'il convient d'apporter aux attaques d'hystérie; de plus, ils ont été conduits, par une suite nécessaire de l'état de leurs connaissances sur la maladie, à réduire la thérapeutique des accidents paroxystiques à la seule thérapeutique des accès cloniques.

Une foule de médicaments ont été proposés contre les paroxysmes de l'hystérie; on les a tour à tour vantés et dépréciés, tour à tour on les a employés et délaissés. Nous n'avons pas besoin de le dire, leur emploi ne remplit nullement les conditions nécessaires pour la curation de l'hystérie, considérée sous le point de vue des accidents continus qui forment le fond même de la maladie. Vainement on combat et on guérit les attaques hystériques, l'hystérie n'en persiste pas moins quant à ses phénomènes permanents, et les attaques se reproduisent.

Quoi qu'il en soit, à cet égard, nous devons dire un mot des moyens de traitement qu'il convient de mettre en usage contre les accès d'hystérie.

On doit d'abord prendre soin de placer les malades dans une position telle qu'elles ne puissent se blesser dans les mouvements désordonnés qui les agitent, puis exercer sur elles une surveillance exacte, de manière à les préserver du danger de la suffocation, en les empêchant, par exemple, de tenir la bouche appliquée sur leur oreiller.

Il est utile de rappeler les malades à la connaissance, lorsque leurs attaques acquièrent une trop longue durée; on arrive à ce résultat par l'emploi de moyens propres à anéantir subitement l'activité exagérée du système nerveux, telles sont les affusions froides et les immersions dans l'eau froide. L'application rapide et instantanée de l'eau froide sur une large surface suspend immédiatement les mouvements cloniques et fait cesser les accès; elle réclame, pour agir avec efficacité, le secours d'une main exercée et exempte de timidité; lorsqu'elle est faite avec hésitation, elle produit un effet sédatif insuffisant et peut exaspérer les accès au lieu de les calmer. Ainsi, lorsqu'on se contente de jeter un verre d'eau froide à la figure, on arrive quelquefois à interrompre les accès, surtout lorsqu'ils touchent à leur déclin, mais le plus souvent on provoque une aggravation considérable dans les phénomènes paroxystiques. Pour triompher des mouvements cloniques, pour vaincre la surexcitation du système nerveux, il est nécessaire que la réfrigération à laquelle on a recours porte sur toute l'étendue de la surface cutanée.

Les applications extérieures autres que celle dont il vient d'être fait mention, sont loin de posséder une grande efficacité; il est d'usage de placer des cataplasmes sinapisés dans le cours des attaques hystériques qui atteignent un certain degré d'intensité; toutes les gardes-malades emploient cette ressource banale dont la complète nullité d'action devient toujours l'origine d'interprétations fausses et erronées. Les sinapismes, grâce à l'anesthésie qui rend les femmes insensibles à la présence des topiques irritants, restent appliqués pendant une heure, quelquefois même pendant deux heures consécutives; on ne manque jamais, en pareille occurrence, de dire que la malade était dans une situation assez grave pour ne pas sentir les sinapismes.

La plupart des hystériques résistent à l'influence des odeurs; il en est néanmoins un certain nombre qu'on peut tirer de leurs accès, soit à la faveur d'un certain degré d'hypéresthésie de l'odorat, soit à la faveur des modifications qu'on parvient à apporter dans l'état d'anesthésie de la membrane pituitaire à l'aide des odeurs fétides qui, plus que toutes les autres, impressionnent vivement le système nerveux.

Même dans l'état de santé, il n'est personne qui ne soit désagréablement affecté par les substances odorantes fétides et ne ressente quelque effet fâcheux de leurs émanations. Quelquefois se déclarent des vomissements et des lipothymies, aussi est-il facile de comprendre qu'au moyen de l'assa fœtida, du castarium, de la corne brûlée, des hystériques puissent sortir de leurs attaques et revenir à la connaissance.

Toutes les fois que la sensibilité de la membrane pituitaire est intacte, l'emploi des odeurs présente des chances de succès que le médecin ne doit pas négliger; on se sert fréquemment de l'éther, de la valériane, de l'ammoniaque et de l'éther acétique. Les deux derniers de ces agents, indépendamment de l'impression spéciale à laquelle ils donnent naissance, exercent une action irritante sur la membrane muqueuse des fosses nasales.

D^r A.-H. MARGERIE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

HÔPITAL SAINT-BARTHÉLÉMY.

Pourriture d'hôpital. — Des tumeurs érectiles.

(*Suite. Voir les n^os* 82, 85, 86.)

6^e *Observation.* Après avoir traité des tumeurs érectiles artérielles, M. Warren passe aux tumeurs érectiles veineuses, et dit, p. 428 : La varice congéniale est souvent plus étendue à la naissance qu'aucun nœvus artériel, mais n'a pas la même tendance à s'accroître. Je l'ai cependant vu s'agrandir rapidement et atteindre même un grand volume! A ce propos, il cite le cas de tumeur du cou de la planche 14, et en donne l'observation,

La planche 14 donne le dessin d'un enfant vivant, ou de face portant autour du cou une volumineuse tumeur, comme un énorme bourrelet; la tumeur est bien plus développée à gauche, où *elle déborde un peu par en haut la mâchoire inférieure, et notablement par en bas la clavicule sur laquelle elle retombe;* elle passe devant toute la partie médiane du cou; puis elle s'étend au loin à droite, où elle est un peu moins marquée, quoique encore bien volumineuse. Bien que la planche soit coloriée, on n'y remarque aucune couleur anormale particulière de la peau.

L'enfant, dit M. Warren, a maintenant douze mois. Le dessin a été pris à l'âge de six mois, la première fois que je le vis. A la vue, la couleur pourpre des veines était très-évidente à travers la peau, et l'on pouvait aussi apercevoir une disposition noueuse. Au toucher, la tumeur paraissait être un amas entortillé de vaisseaux repliés en toutes directions les uns sur les autres, ou comme un amas de vers ronds. Quelquefois elle était dure au toucher, comme du cartilage, surtout à gauche; d'autres fois, la consistance était bien moindre. Lorsque l'enfant criait, la tumeur s'agrandissait beaucoup. A la naissance, elle était du volume d'une muscade, puis le développement avait été rapide. Outre la saillie extérieure, elle s'était développée aussi vers la cavité buccale, pressant la langue et gênant ses fonctions; cette partie interne éprouvait plus de changements que la partie extérieure.

J'avais songé à traiter en détail la tumeur, en liant des portions veineuses successivement par des incisions à travers la peau. Mais comme je ne pouvais pas dans les suites des opérations garantir à la mère la vie de l'enfant, elle préféra le confier à la nature.

L'enfant a de fréquentes attaques de maladies dont le siége est probablement dans les poumons, et paraît souvent souffrir de grands malaises, probablement par suite de pressions sur la langue. Toutes les fois qu'il n'est pas bien, la tumeur est agrandie.

En voilà assez, je pense, pour démontrer l'existence d'une espèce ou variété, comme on voudra, de tumeurs érectiles veineuses siégeant au cou, surtout sur le côté gauche, et dont le caractère spécial est de prendre, avec une certaine rapidité, un grand développement, dont la cause qu'on pourrait assez aisément prévoir, du moins en partie, mérite quelques investigations ultérieures au moyen de nouveaux faits.

Dans les trois observations précédentes, nous trouvons, en comparant la première avec les deux autres, une de ces nuances dans les caractères et la consistance de la tumeur, analogue à celle que l'on éprouve dans bien des tumeurs érectiles, suivant leur ancienneté. Lorsque la tumeur est récente, comme dans le cas de Hey, elle est très-molle et renferme proportionnellement, bien souvent du moins, des cavités vasculaires plus vastes et des parois moins épaisses; nous retrouvons le même fait dans la tumeur pré-sternale du cas observé dans le service de M. Lawrence. Si la tumeur est plus ancienne et surtout dans les moments si irréguliers où elle n'est pas turgescente, les parois s'organisent, deviennent plus épaisses; la consistance de la tumeur augmente, et peut aller quelquefois jusqu'à la dureté du cartilage, comme dans le cas de M. Warren ; cet état même a contribué parfois à jeter des observateurs dans l'embarras et dans l'erreur, relativement à la nature de la lésion, lorsqu'ils examinaient la tumeur dans son état d'affaissement ou de non turgescence. Enfin, si la tumeur est plus ancienne encore, et en particulier, si elle a continué à augmenter par additions nouvelles, autour ou au voisinage des portions antérieurement existantes, on peut trouver le mélange de ces deux formes réunies et diversement combinées, comme dans le cas de M. Lawrence. Mais à peu près toujours lorsque la lésion dure depuis un certain temps, et qu'elle a eu de plus ou moins longues alternatives d'affaissement, les parois sont profondément altérées, soit par additions de formations plastiques, soit par additions d'éléments graisseux, ces derniers prenant en général, quoique pas toujours, la place de portion des parois ou de cavités qui se sont atrophiées. De là ces aspects variés que présentent bien des tumeurs érectiles examinées sans autre préparation à la surface de la coupe par laquelle on les divise; les unes ressemblent à des tumeurs fibreuses, d'autres à des tumeurs fibroplastiques, d'autres à des éléments glandulaires mélangés de plus ou moins de graisse, le tout entremêlé de cavités vasculaires plus ou moins apparentes, diversement disposées, mais que nous n'avons pas pour but d'examiner en ce moment.

Ces altérations des parois se retrouvent non-seulement dans les tumeurs érectiles pures, surtout veineuses et capillaires, mais aussi dans un ordre de tumeurs qui offrent souvent avec elles de bien grandes analogies, dans certaines tumeurs variqueuses.

Par exemple, dans ces tumeurs qu'on rencontre assez rarement au voisinage du canal inguinal de la femme, qui sont plutôt des tumeurs érectiles, bien qu'elles soient l'analogue du varicocèle de l'homme, que M. Cruveilhier et quelques autres avaient déjà citées, et dont j'ai eu occasion de présenter, en 1843, un exemple remarquable à la Société anatomique, on trouve une disposition fibreuse des parois du genre de celles que je viens de citer. Le varicocèle de l'homme, lorsqu'il a pris un développement considérable, comme cela arrive dans certains pays chauds, par exemple au Brésil, et qu'il dure depuis longtemps, perd une bonne partie de son aspect noueux extérieur; ses circonvolutions veineuses s'agglomèrent, se combinent, et les parois accolées subissent le même ordre d'altération que celles des tumeurs érectiles pures. Je me rappelle une pièce de ce genre présentée à la Société anatomique vers 1846 ou 47, je ne sais trop si c'était par M. Gros ou M. Escallier, dont je m'efforçai de rétablir la véritable signification, et dans laquelle les parois étaient converties en masses graisseuses tellement épaisses, que bien des personnes avaient pensé que c'était un exemple de ce que quelques-uns appellent des épiplocèles dégénérées. Ces deux faits sont rapportés dans les *Bulletins* de la Société anatomique.

Le traitement que M. Warren avait proposé de faire subir au cas de l'observation sixième précédente, me remet en mémoire la marche que j'aurais volontiers suivie dans le cas de la quatrième observation. Ce dernier cas était embarrassant, et il y avait lieu de supposer que la guérison n'aurait pas été facile. Néanmoins, voici comment j'aurais procédé, conformément à mon diagnostic.

Le développement rapide, dans les derniers temps, tenait surtout, très-probablement, à la grosse veine postérieure et au paquet pré-sternal; c'était là le plus pressé, d'autant plus d'ailleurs que la grande tumeur principale était de nature à exiger un traitement plus long; j'aurais donc commencé par là. On se rappelle, ou bien l'on peut voir, dans l'observation, que le paquet veineux pré-sternal recevait tout son sang de la grosse veine postérieure; j'aurais donc commencé par tenter l'oblitération de celle-ci, au moyen de l'un des procédés de ligatures demi-sous-cutanées ou sous-cutanées pures qu'on a plusieurs fois employées contre les varices; simultanément ou consécutivement, j'aurais aidé à l'oblitération du paquet pré-sternal par quelques-uns des procédés d'acupuncture. Si cela avait réussi, j'aurais attaqué ensuite la grande tumeur par divers procédés d'acupuncture, d'électro-puncture ou d'injections, et, en cas de besoin, par des procédés plus énergiques, parmi lesquels je plaçais la ligature sous-cutanée, ce nouveau procédé si simple, si curieux, et si applicable précisément à des cas de cet ordre.

L'idée des ligatures sous-cutanées frappa l'attention de M. Lawrence, et, quelques jours après, il l'essaya dans un cas de petite tumeur érectile du front. C'était là un genre de tumeur érectile auquel cette espèce de ligature ne paraît pas devoir être très-applicable; de plus, ce n'est pas un cas du genre de tumeurs érectiles dont nous traitons dans le présent paragraphe 3. Toutefois, et malgré l'insuccès, par suite de la filiation que je viens d'indiquer, je place ici cette observation assez courte. Elle peut avoir quelque intérêt, en ce sens que c'est peut-être un des premiers exemples de ligatures sous-cutanées faites en Angleterre.

7e *Observation.* — Une petite fille de 5 à 6 mois porte sur le front, juste au-dessus de la partie interne du sourcil droit, une petite tumeur érectile presque sphérique, quoique un peu aplatie, du volume d'une noisette. La peau, à peu près intacte, est seulement soulevée par la tumeur à laquelle elle n'adhère pour ainsi dire pas; sa couleur est normal, et cependant elle commence à offrir une nuance légèrement bleuâtre. La tumeur indolente est un peu dure, tendue, sans battements; elle peut être très-peu déprimée, presque pas diminuée de volume. Elle jouit d'une mobilité complète sur les couches sous-jacentes, et est parfaitement limitée.

15 *février.* M. Lawrence désire essayer ce que pourra produire sur ce cas une ligature sous-cutanée dont il n'a jamais encore fait l'application. Une aiguille perce la peau au-dessus de la tumeur, contourne la moitié externe du pourtour de la tumeur sous la peau, pour venir ressortir au dehors par en bas; le fil qu'elle entraîne après elle se trouve ainsi placé sous la peau autour de tout un côté de la tumeur. L'aiguille est reprise alors, enfoncée par la même ouverture faite à la peau, au-dessous de la tumeur, et par laquelle elle était ressortie, contourne la moitié interne du pourtour de la tumeur, toujours sous la peau, et vient ressortir en haut par la première plaie de la peau par laquelle elle avait pénétré en commençant. Il en résulte que le fil entoure maintenant tout le pourtour de la tumeur, par-dessous la peau, et que celle-ci est intacte, excepté la seconde piqûre ou piqûre inférieure, dont on voit à peine la trace, et la piqûre première ou supérieure, par laquelle sortent les deux bouts du fil. Ces deux bouts sont alors noués et serrés avec force, de manière à étrangler tous les tissus qui sont postérieurs à la tumeur; un second nœud est ajouté au premier, et les deux bouts sont fixés en face sur la peau du front, par une petite bandelette de diachylum. L'enfant s'est peu débattue, et a crié un peu plus pour les simples piqûres à la peau que pour tout le reste. Les fils ont dû sortir par le haut de la tumeur, parce que sa partie inférieure est si voisine de l'appareil oculaire, qu'il aurait été difficile de les introduire et de les maintenir dans une autre direction. Le fil employé est celui qui sert ici pour presque toutes les ligatures, c'est-à-dire un cordonnet de soie blanche, non ciré.

22 *février.* Il n'est pas survenu le moindre accident; il y a eu un peu de rougeur de la peau, et pour ainsi dire pas de gonflement. Le fil de la ligature n'est plus en place; il est sorti au dehors en peu de jours, sous l'influence de quelques tractions passagères. La petite plaie supérieure par laquelle passaient les deux bouts du fil est fermée par une légère croûte, et ses bords sont à peine un peu rouges. La tumeur n'a subi aucun changement.

Quelques jours après, il n'y a plus la moindre trace de la petite opération. Mais la tumeur est absolument dans le même état qu'auparavant.

C'est encore là une autre espèce de tumeur érectile, qui n'exige pas, à coup sûr, le même mode de traitement que celle de la première observation. Mais, quoiqu'on retrouve pas mal d'exemples de cette espèce-ci, nous n'insistons pas là-dessus, parce que nous n'avons pas de nouvelle observation actuelle de cette espèce, et nous n'avons cité l'observation précédente qu'au point de vue de la simplicité de la ligature sous-cutanée.

Quant au mode de traitement que M. Lawrence a suivi chez le patient de la quatrième observation, il a eu l'occasion de l'appliquer avec succès dans quelques autres cas. Voici par exemple une note sur un fait de ce genre; elle vient d'autant mieux se placer ici, sous tous les rapports, que, dans ce cas, la tumeur érectile veineuse devait à peu près certainement avoir eu beaucoup d'analogies avec la tumeur de la quatrième observation, alors que celle-ci n'occupait encore que le voisinage de la mâchoire.

Dr A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de variole, par M. Gruizard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier; — *id.* par M. Vial, médecin de l'arrondissement de Saint-Étienne.

2° Rapport sur une épidémie de *fièvre gastrique simple,* par M. Maugenest, médecin de l'arrondissement de Saint-Amand.

3° Échantillon d'une eau minérale sise à Aulus, arrondissement de Saint-Girons.

4° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Cow-pox.

M. Decès, membre correspondant de l'Académie de médecine à Reims, adresse une note sur un cas qui lui a semblé être un exemple de cow-pox sur une jeune fille de 18 ans. (Comm. de vaccine.)

Dothiénentérie.

M. le docteur Druhen aîné, de Besançon, adresse un mémoire sur les épidémies de dothiénentérie. (Comm. des épid.)

Fauteuil mécanique.

M. le docteur Joulin adresse un modèle de fauteuil pour appliquer le spéculum.

Philosophie médicale.

M. le docteur Pons, de Bez près le Vigan (Gard), adresse une note sur la certitude que l'anatomie a *donné* à la médecine. (Comm. MM. Grisolle et Requin.)

Ablation de la mâchoire inférieure.

M. Heyfelder, d'Erlangen, adresse un mémoire sur l'ablation complète de l'os maxillaire inférieur.

Opération césarienne.

M. Maslieurat-Lagemard adresse l'observation complète de l'opération césarienne qu'il a rapportée dans un précédent mémoire, en réponse à MM. Lacaux et Pontis, de Laurière, et Bouyer de Furzac. (Comm. déjà nommés.)

M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Comme on a voté à l'unanimité, dit-il, les conclusions du rapport de M. Gibert, je tiens à constater que j'étais absent au moment du vote; car j'aurais protesté contre presque toutes les propositions du mémoire de M. Yvaren et même contre quelques-unes de celles de M. le rapporteur. A cette occasion, je demanderai s'il ne serait pas possible que l'ordre du jour, au lieu de nous être lu au commencement de chaque séance, nous fût annoncé huit jours ou du moins quelques jours d'avance, afin que l'on ne fût pas surpris et que l'on pût se préparer aux discussions que les rapports peuvent soulever, ou du moins disposer son temps de manière à pouvoir se rendre ici pour les écouter.

Cette proposition n'a pas de suite.

DISCUSSION SUR L'ALBUMINE IODÉE.

L'Académie n'ayant pas entendu dans sa dernière séance la lecture du rapport de M. Lecanu, une seconde lecture de ce rapport est donnée.

M. Gibert prend ensuite la parole pour le combattre.

Je professe assurément, dit-il, une haute estime pour les travaux et pour la personne de notre estimable collègue, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'*il a subi dans son rapport, l'influence de certaines préoccupations auxquelles l'Académie doit se soustraire.* Son travail est tellement élogieux, il se hâte si fort de proclamer les vertus et de solliciter l'approbation académique d'un produit nouveau de cette industrie qui, sous couleur de progrès, déborde de toute part, surtout dans les sciences qui comme la pharmacie ont nécessairement un côté mercantile, que je ne saurais trop insister pour que la Compagnie mûrisse bien la décision qu'elle est sollicitée à porter sur l'*albumine iodée.* Voici depuis bien peu de temps, le troisième succédané qui nous est offert pour remplacer l'huile de foie de morue. Après l'huile iodée, l'huile iodo-phosphorée, après celle-ci, l'albumine iodée.... Les lauriers de Miltiade empêchaient Thémistocle de dormir.... Mais d'abord, ne faudrait-il pas commencer par établir d'une manière plus rigoureuse le fait capital qui sert de base à tous ces prétendus perfectionnements? Fait que M. le rapporteur, préoccupé surtout du point de vue chimique, s'est un peu hâté selon moi de proclamer, savoir que c'est à l'iode qu'elle contient qu'il paraît naturel d'attribuer les vertus thérapeutiques de l'huile de foie de morue.

Il n'y a pas si longtemps que la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue était contestée ou du moins regardée comme douteuse; et aujourd'hui encore je ne sais trop si les chimistes sont bien d'accord sur la certitude rigoureuse des procédés à l'aide desquels certains expérimentateurs croient être arrivés à évaluer d'une manière précise la quantité d'iode qu'ils disent y avoir reconnue.

Or ce point a son importance. Car depuis que l'iode est en vogue, on le retrouve partout, dans l'eau que nous buvons, dans l'air que nous respirons.... Assurément, il est difficile d'admettre qu'il y soit contenu à dose médicamenteuse.

Mais je vais plus loin: qui ne sait que dans les composés, un principe peut subir telle modification qu'il perde toutes les propriétés qu'il avait à l'état simple? L'huile iodée, par exemple, n'offre-t-elle pas un composé dans lequel l'iode a subi de profondes modifications? En effet, sans parler de la difficulté qu'on a à extraire ce principe du corps composé qu'il forme avec l'huile, l'iode pur donné à la dose de 5 centigrammes plusieurs jours de suite, détermine, chez la plupart de nos malades, des accidents d'irritation gastro-intestinale, tandis que, dans sa combinaison avec l'huile, il est donné à une dose quadruple, sans qu'aucun indice de son action se produise, et cela aussi longtemps que l'on voudra. Pour ma part, je regarde comme très-probable que dans plus d'un cas l'huile de foie de morue, et sans doute aussi l'huile iodée, n'ont pas agi autrement que n'aurait pu le faire l'huile ordinaire. Rappelez-vous, messieurs, le fait signalé dans un mémoire académique de Delpech, sur le traitement de la gale, il y a une vingtaine d'années. L'huile de Dentelaire passait pour spécifique de cette affection à Montpellier, depuis le prix décerné par la Société royale de médecine à l'auteur d'un mémoire sur l'emploi de la Dentelaire contre les maladies de la peau. Eh bien, Delpech ayant appris que les pharmaciens de Montpellier, manquant de Dentelaire, donnaient tout simplement de l'huile ordinaire, constata en effet que l'huile ordinaire suffisait à guérir la gale.

N'est-il pas évident, d'ailleurs, que l'huile de foie de morue a un arôme, une saveur, un principe animalisé, qui décèlent une action autre que celle de l'iode? Enfin, l'expérience clinique ne prouve-t-elle pas que cette huile peut être utile dans des cas où l'iode serait nuisible, et d'autre part, que les préparations iodurées agissent là où l'huile de foie de morue serait impuissante? Affirmer, comme l'a fait l'honorable rapporteur, que l'huile de foie de morue agit par l'iode qu'elle contient, et partir de ce fait pour proposer comme succédanés de ce médicament une série de composés artificiels iodurés, c'est s'engager dans une voie où l'industrialisme ne tend que trop à nous pousser, sans profit réel pour la science.

Quant à l'albumine iodée en particulier, c'est un médicament tout nouveau, bien peu expérimenté encore, et véritablement, l'approbation qu'on sollicite de vous me paraît prématurée.

Et d'abord, ne nous laissons pas abuser par les mots; l'albumine iodée, est-ce bien encore de l'albumine, et surtout de l'albumine alimentaire? N'oublions pas que c'est dans l'espoir d'une assimilation plus prompte, plus facile et plus complète que l'on nous propose cette combinaison d'iode avec l'albumine. Or, rappelons-nous ce qui est arrivé pour la gélatine, considérée si longtemps comme un précieux aliment pour l'homme, au dire des chimistes, et regardée aujourd'hui comme une drogue plus nui-

sible qu'utile et qu'on ne ne saurait donner impunément même à des chiens. Rappelons-nous l'opinion bien peu ancienne encore des chimistes sur les combinaisons du sublimé corrosif avec l'albumine regardées comme à peu près inertes et réduisant le sublimé à l'état du calomel insoluble.... Aujourd'hui *nous avons changé tout cela.* Ne sait-on pas que les substances alimentaires peuvent subir, même sans que la chimie puisse en découvrir la cause, des altérations tellement capitales que l'aliment soit transformé en poison! Je ne sais pas ce qui advient de l'albumine traitée par la teinture d'iode, desséchée et convertie en tablettes.... chimiquement, c'est peut-être encore de l'albumine, mais hygiéniquement, j'en doute fort!

Je ne fais d'ailleurs que répéter ici pour l'albumine ce qu'un médecin de l'hôpital de la Charité disait, il y a plus de trente ans, à la commission chargée de la dégustation du *bouillon de gélatine :* « Chimiquement ce peut bien encore être du bouillon, mais hygiéniquement et culinairement ce n'est pas du vrai bouillon. » Et notez bien que la chimie a fini elle-même par lui donner raison. J'avoue que je me défie beaucoup en hygiène et en thérapeutique du progrès chimique qui tend à remplacer ou à perfectionner les produits naturels.

Je crois surtout qu'un corps savant ne doit le proclamer qu'avec beaucoup de prudence et de réserve, et lorsque le temps et l'expérience ont suffisamment parlé en sa faveur.

J'arrive enfin à une objection plus sérieuse et qui suffit, selon moi, pour empêcher qu'on n'adopte les conclusions du rapport.

Il est d'usage que des expériences directes et suffisamment répétées soient faites par les membres de la commission et résumées dans le rapport, avant que l'Académie prononce définitivement sur la valeur du remède nouveau soumis à son examen. C'est la marche qui a été suivie dans le rapport de M. Guibourt sur l'huile iodée. C'est faute de l'avoir observée, qu'un rapport antérieur de M. Bricheteau sur l'extrait de Jusée n'a pas obtenu la sanction académique. Eh bien, évidemment, le rapport actuel est tout à fait défectueux à ce point de vue.

La commission, réduite à deux membres par le décès de notre regretté collègue, M. Réveillé-Parisse, et presqu'à un seul par la longue maladie de M. Hervez de Chégoin, n'a pu se livrer aux expériences cliniques indispensables en pareil cas.

Aussi, M. le rapporteur, juge très-compétent assurément au point de vue chimique et pharmaceutique, mais beaucoup moins au point de vue thérapeutique, ce dont il conviendra lui-même, je n'en doute pas, avec la parfaite loyauté qui le distingue, a cru devoir suppléer aux faits précis qui lui manquaient par des renseignements, des attestations, des certificats puisés en dehors de l'Académie et dont la compagnie ne saurait assumer la responsabilité.

Les quelques mots empruntés à M. Hervez de Chégoin, seul membre de la commission dont l'autorité pût être invoquée ici, sont évidemment insuffisants pour établir la valeur thérapeutique de l'albumine iodée et surtout sa *supériorité* sur l'huile de foie de morue. Car, n'en doutez pas, messieurs, ici, comme pour l'huile iodée, comme pour l'huile iodo-phosphorée, c'est là que l'on veut en venir à l'aide du Rapport qui vous est soumis... c'est à déclarer ce produit pharmaceutique, non-seulement équivalent, mais bien réellement supérieur à l'huile de foie de morue.

Je me résume et je dis :

Le nouveau composé qu'on nous présente comme succédané de l'huile de foie de morue, manque encore complétement de la sanction du temps et de l'expérience.

Le rapport évidemment élaboré par un seul membre et par celui dont l'autorité incontestée comme chimiste ne peut plus être invoquée comme clinicien, manque de la condition essentielle d'une expérimentation probante faite au moins par deux membres de la compagnie.

En conséquence, réduisant le rapport à l'appréciation chimique et pharmaceutique et supprimant tout ce qui a trait à la thérapeutique (partie dont il serait trop facile d'abuser), je propose cette seule et unique conclusion destinée à remplacer celles selon moi hasardeuses et prématurées du Rapport :

« Adresser des remercîments et des encouragements à l'auteur du mémoire. »

C'est d'ailleurs, je dois le rappeler, la même conclusion que celle adoptée tout récemment par l'Académie sur le Rapport de M. Bouchardat relatif à l'huile iodo-phosphorée.

M. Gaulthier de Claubry. — C'est par d'autres considérations que je combattrai le rapport de M. Lecanu. Pour insérer une formule au *Codex,* il faut savoir à quel état se trouve la substance qui forme la base du médicament. Or, je demanderai à M. le rapporteur s'il peut nous dire à quel état se trouve l'iode dans l'albumine iodée?

M. Lecanu. — Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de connaître la combinaison intime d'un médicament pour en admettre la formule. Ce qu'il nous faut, c'est de savoir s'il est bon, et s'il peut être facilement administré. Ces deux qualités, l'albumine iodée nous les offre, car en admettant que l'Académie ne puisse pas accepter le témoignage des médecins étrangers à l'Académie, M. Hervez de Chégoin s'est prononcé d'une manière non équivoque.

M. Soubeyran. — Je dois dire qu'ayant été consulté par un médecin pour lui donner un moyen commode d'administrer l'iode, j'eus l'idée aussi de combiner l'iode à l'albumine et d'incorporer la combinaison dans des pastilles de chocolat. Deux malades qui prirent cette préparation s'en trouvèrent très-bien. L'une d'elles étant partie pour la campagne, ayant emporté des pastilles avec elle, et ayant négligé d'en continuer l'emploi, la femme de chambre, d'une santé très-chancelante, en fit usage pour son propre compte et revint à un état de santé parfaite.

Je ne dis pas cela cependant pour appuyer les conclusions du rapport; car, au contraire, je les combats. Je crois qu'il y a assez de moyens d'administrer l'iode (huiles iodées, etc.) pour qu'on puisse se dispenser d'adopter une nouvelle préparation.

M. Lecanu — Je comprends que si l'Académie n'est pas suffisamment éclairée sur la partie thérapeutique, elle renvoie le travail à la commission; mais je ne comprendrais pas qu'elle repoussât un médicament qui peut être bon; l'huile iodée dont on parle est infiniment inférieure à l'albumine iodée comme moyen d'administrer l'iode; car dans l'huile on sent encore la saveur âcre du métalloïde, et dans l'albumine iodée cette saveur désagréable a disparu.

Après quelques nouvelles explications de la part de MM. Gibert, Lecanu et Gaulthier de Claubry, l'Académie adopte la suppression de la partie thérapeutique du rapport, repousse l'insertion de la formule au *Bulletin,* et adresse des remercîments à l'auteur.

LECTURES.

Dentition.

M. Hervieux est appelé à la tribune et donne lecture d'un mémoire *sur quelques circonstances relatives aux phases de la dentition.*

« Les observations (63 enfants) qui sont la base de ce travail, dit l'auteur, ont toutes été recueillies à l'hôpital des Enfants-Trouvés en 1845, et bien que j'aie pu depuis cette époque contrôler les conclusions auxquelles elles m'avaient conduit par un chiffre plus considérable encore de faits recueillis en dehors de l'hôpital, je n'ai pas cru devoir utiliser pour le moment ces derniers matériaux, *dans la crainte qu'on ne leur trouvât pas un caractère suffisant d'authenticité.*

D'ailleurs, ajoute l'auteur, ces nouveaux faits n'auraient pas sensiblement modifié ses conclusions. « Je crois donc avoir rencontré la vérité sinon absolue, du moins aussi complète que possible sur certains points inexactement déterminés jusqu'à ce jour par les divers observateurs. » Elles sont les suivantes :

1° L'ordre dans lequel apparaissent le plus habituellement les dents de la première dentition est le suivant :

a. Incisives moyennes inférieures;
b. Incisives moyennes supérieures;
c. Incisives latérales supérieures;
d. Incisives latérales inférieures;
e. Canines;
f. Petits molaires;
g. Secondes molaires.

2° Les incisives moyennes inférieures percent la gencive du onzième au douzième mois, les moyennes supérieures du douzième au treizième mois, les latérales vers la fin de la seconde année, en telle sorte qu'à deux ans l'enfant est pourvu de toutes ses incisives.

3° L'éruption des canines a lieu du vingtième au vingt-qnatrième mois, celle des premières molaires de vingt à vingt-six mois, et celles des secondes molaires de trente à trente-six mois.

4° L'intervalle dans lequel s'accomplit l'évolution des premières dents s'étend ainsi de la fin de la première année à la fin de la troisième.

5° Ces règles n'ont rien d'absolu; elles souffrent de nombreuses exceptions, et dans certains cas si nombreuses qu'on a pu prendre quelquefois celles-ci pour la règle. (Comm. MM. Oudet, Danyau, Cazeaux.)

Associacion de l'albumine à certains médicaments.

M. Robinet lit un rapport sur un mémoire de M. Jourdain, pharmacien aux Thermes, relatif *au parti qu'on peut tirer, pour quelques médicaments, de leur association à l'albumine.* L'auteur reconnaît spécialement des avantages à l'association de l'albumine et du fer, de l'albumine et du sulfate de quinine, etc. Les conclusions sont qu'il n'y a pas lieu d'insérer au bulletin les formules proposées par M. Jourdain. (Adopté.)

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juillet. — Présidence de M. Combes.

Caustique électrique.

M. Alph. Amussat présente le résumé suivant des résultats qu'il a obtenus de l'électricité employée comme *agent thérapeutique.*

En employant, dit-il, un fil de platine chauffé au blanc lumineux, au moyen d'une batterie électrique composée de piles de Bunsen, j'ai pu :

1° Cautériser l'intérieur d'une grenouillette du volume d'une grosse amande, et en obtenir la guérison ;

2° Cautériser l'intérieur d'une vaste cavité anfractueuse, occupant toute la face postérieure de la glande mammaire droite, chez une femme de 24 ans, et en obtenir la cicatrisation ;

3° Cautériser extérieurement et intérieurement le col de l'utérus dans les engorgements avec ulcération de cette partie de l'organe ;

4° Faire l'ablation de deux tumeurs cancéreuses, l'une siégeant dans la paume de la main, ayant 10 centimètres en longueur et 8 centimètres en largeur ; l'autre, plus volumineuse encore, placée dans la région mammaire.

Pour faire l'ablation de ces tumeurs, j'ai employé le procédé suivant : Je traverse la base de la tumeur avec une aiguille portant une anse de fil de platine ; lorsqu'elle est parvenue au côté opposé, je la retire en coupant l'anse. J'ai alors deux fils distincts dont les extrémités sont mises en rapport avec les pôles de deux batteries électriques, composées de grandes piles de Bunsen. En tirant doucement les fils en sens opposés, on fait l'ablation de la tumeur ; il reste ensuite une surface cautérisée sur laquelle on applique d'abord des réfrigérants, et que l'on panse ensuite avec des compresses trempées dans de l'eau simple, jusqu'à cicatrisation complète.

Le nombre des éléments doit être tel, que la température du fil de platine soit assez élevée pour se casser facilement, quand on sectionne la base de la tumeur, afin d'obtenir une cautérisation suffisante.

L'auteur se propose de soumettre prochainement au jugement de l'Académie un travail plus étendu sur le même sujet.

Anatomie comparée.

M. Gratiolet lit un mémoire intitulé : *Recherches sur l'anatomie de la térébratule australe, pour servir à l'histoire des brachiopodes.*

L'auteur résume ainsi ses recherches :

Je dois à la bienveillance de M. le professeur Duvernoy d'avoir pu étudier un certain nombre d'individus d'une espèce rapportée de la Nouvelle-Hollande par MM. Quoy et Gaymard, et à laquelle ces habiles naturalistes ont donné le nom de *térébratule australe*. Bien que les tissus de ces animaux eussent subi un commencement d'altération par suite d'une longue macération dans l'alcool affaibli, j'ai pu pousser assez loin leur anatomie, et rectifier certaines erreurs accréditées.

1° *Des muscles qui meuvent la coquille.* — On sait que les brachiopodes sont dépourvus de ce ressort élastique qui ouvre la coquille des bivalves lamellibranches. Cuvier, dans son travail sur la lingule, supposa qu'ils en écartaient les valves à l'aide de leurs bras. M. de Blainville et M. Owen ont accepté cette explication, en y ajoutant quelques considérations accessoires, et elle a été renouvelée dans ces derniers temps par M. de Siebold, dans son *Manuel d'anatomie*. Enfin, il y a quelques années, M. Alcide d'Orbigny a pensé que le mouvement qui écarte les valves pouvait être expliqué par une action des cils cornés qui garnissent les bords du manteau. Mes recherches prouvent que ces explications ne peuvent être acceptées.

J'ai vu, en effet, comme l'avait d'ailleurs annoncé, en 1835, M. Quenstedt, que la coquille est ouverte par l'action de certains muscles que j'appelle, pour cette raison, *muscles diducteurs*. Ces muscles s'attachent au talon de la valve non perforée, en arrière du point d'articulation des valves ; ils élèvent ce talon, et par conséquent déterminent l'abaissement de l'autre extrémité du levier. Ainsi, il y a des muscles pour fermer la coquille, et d'autres muscles pour l'ouvrir. Ce fait est propre aux brachiopodes, et je montrerai qu'il est commun aux différents genres de ce groupe dont l'anatomie est connue.

Outre les muscles dont je viens de parler, il existe quatre muscles symétriques très-charnus qui vont des valves au pédoncule. Ces muscles déterminent des mouvements divers de la coquille sur la tige qui la supporte.

2° *Du manteau.* — L'organisation du manteau est remarquable. Ses bords sont armés d'une couronne de cils cornés, finement annelés et engendrés dans des follicules, comme le seraient de véritables poils. Un muscle circulaire et de petits tractus rayonnants meuvent ces bords ciliés ; il n'est pas besoin de dire que ces cils n'ont rien de commun avec les organes vibratiles auxquels ils ont été mal à propos comparés.

La lame interne du manteau est lisse et à peine vasculaire, au contraire de ce qui a lieu dans les lingules et les orbicules ; mais en revanche la lame externe est riche en vaisseaux et recouverte de papilles branchiales qui s'engagent dans les perforations innombrables dont la coquille est criblée. Ces faits établissent entre les térébratules et les bivalves lamellibranches une différence caractéristique ; ils justifient la dénomination générale de *palliobranches*, sous laquelle les brachiopodes ont été désignés.

3° *Des bras.* — Je ne dirai qu'un mot de leur organisation. Le grand canal assez rigide qui leur sert de base est en communication avec la cavité du corps, mais il n'a aucun rapport avec les tubes capillaires des franges. Ces tubes sont en relation avec de petits canaux déliés qui courent sous la base des franges et par le moyen desquels peuvent être déterminés, dans les brins tubulaires, des mouvements d'érection. L'organisation de ces bras ne permet pas de leur attribuer des mouvements très-étendus, ce qui est d'ailleurs conforme aux observations directes de MM. Quoy et Gaymard. Je n'ai point vu de traces de ce muscle rétracteur du bras si apparent dans les orbicules et les lingules.

4° *De l'appareil digestif.* — La bouche est une petite fente bordée d'un côté par la frange des bras, et de l'autre par une petite lèvre non ciliée qui se prolonge de chaque côté dans toute la longueur de la frange, jusqu'à l'extrémité du bras médian. Le reste de l'appareil digestif a été fort exactement décrit par M. Owen, et il serait inutile d'y revenir ici ; je dois toutefois faire observer que l'anus ne s'ouvre point sur le côté de l'animal, comme cela avait été affirmé, mais sur le milieu, vers le fond de la valve perforée. Cette ouverture est d'ailleurs si petite, qu'il ne m'a point été possible d'en déterminer la forme et la position exacte sur la ligne médiane. Mais l'existence de muscles épais et symétriques formant barrière, ne permet point de supposer qu'elle puisse s'incliner à droite ou à gauche.

5° *Du système vasculaire.* — Si nous prenons pour point de départ les grands sinus veineux du corps, nous les verrons envoyer de longs prolongements (quatre pour chaque lobe du manteau). Ces prolongements ne donnent à la face interne du manteau aucun vaisseau d'aucune sorte, ils se ramifient exclusivement dans son limbe. De ce plexus marginal naissent les ramifications vasculaires qui forment le réseau branchial de la lame externe. Les veines branchiales qui ramènent le sang de ce réseau gagnent l'oreillette des deux cœurs ; cette oreillette n'est point ouverte dans les sinus de la cavité du corps, comme on l'avait annoncé : c'est une oreillette exclusivement branchiale, comme cela a lieu d'ailleurs dans tous les mollusques.

6° *Système nerveux.* — J'ai été assez heureux pour voir nettement le système nerveux de la *terebratula australis*. C'est un collier quadrilatère entourant l'œsophage. Le côté du collier qui est sous la lèvre frangée est le plus épais. Ses angles donnent naissance à de longs nerfs, qui se ramifient dans les lobes palléaux et plus particulièrement dans leur limbe. Je n'ai pu apercevoir de nerfs allant aux bras. J'ai constaté, par des recherches déjà fort avancées, que ce plan si simple est également réalisé dans les lingules, où la recherche du système nerveux est d'ailleuas d'une extrême difficulté.

7° *Appareil génital.* — Les organes mâles ou femelles ne sont point mêlés aux granulations du foie, comme on l'avait annoncé par analogie avec ce qui existe dans les lingules et les orbicules. Ils sont formés de petits cœcums attachés en foule à une sorte de mésentère, et flottent dans l'intérieur même des sinus veineux palléaux. Je suppose que les œufs dans les femelles et la semence dans les mâles s'échappent par des conduits ouverts à la face interne du manteau. Je parle de l'animal vivant, car chez l'animal mort les œufs s'échappent avec la plus grande facilité des *cœcum* ovariens déchirés, et tombent dans la cavité veineuse du corps. Mais c'est là évidemment un fait accidentel qui résulte de l'altération cadavérique des *cœcum*. Comme on le voit immédiatement, cette organisation ne permet pas de supposer qu'aucun rapport senti s'établisse entre le mâle et la femelle, et la fécondation est la suite de la dissémination spontanée des éléments générateurs.

Tels sont, en abrégé, les résultats de mes recherches ; j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie celles que je poursuis en ce moment sur les lingules, les orbicules et les autres genres de brachiopodes vivants. Ces études montreront à quel point ces animaux diffèrent des bivalves lamellibranches, et plus encore des tuniciers, dont on a cependant essayé de les rapprocher, d'après la considération trop exclusive et trop superficielle de leur organe respiratoire.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 88. 1re année. Samedi 23 Juillet 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De l'époque à laquelle s'opère l'absorption des virus déposés dans les tissus. Extrait du rapport annuel de M. Bousquet sur les vaccinations. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Necker. M. Bricheteau. Observation d'un kyste hémorrhagique de la cavité arachnoïdienne. Réflexions. — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS** : Pourriture d'hôpital. Des tumeurs érectiles, par le Dr A. Deville. (*Suite.*) — **CLINIQUE CIVILE** : Observation de fistule à l'anus guérie par les injections iodées, par le Dr Gaston Dumont. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 22 juillet 1853.

De l'époque à laquelle s'opère l'absorption des virus déposés dans les tissus.

La principale question que M. Bousquet a agitée cette année dans un de ces rapports sur la vaccine, auxquels l'habile vaccinologue (que M. Piorry nous pardonne ce mot) sait donner chaque année un intérêt nouveau, est celle de savoir à quelle époque s'opère l'absorption d'un virus déposé sous l'épiderme, question d'un haut intérêt au point de vue doctrinal, d'une grande importance sous le rapport pratique, et sur laquelle les belles expériences de M. le professeur Renault, d'Alfort, ont jeté un si grand jour.

Touchant quelques maladies contagieuses des animaux aux animaux, ou des animaux à l'homme, ces expériences ne peuvent laisser aucun doute sur ce fait physiologique important, à savoir que l'absorption d'un virus déposé sous l'épiderme s'accomplit dans les quelques minutes qui suivent la déposition. M. Bousquet, en rappelant ces faits, en cherchant à les comparer à ceux qu'on observe dans la syphilis, s'est rendu, comme doit le faire tout homme de sens, a l'évidence de la vérité dont ils sont l'expression; il a voulu faire plus, il a voulu les faire servir à l'éclaircissement de cette question que les praticiens se sont posée si souvent, et qui est du reste à peu près complétement résolue aujourd'hui : à quelle époque de l'inoculation la vaccine devient-elle préservatrice?

Quoique le savant rapporteur du comité de vaccine soit arrivé à une conclusion pratique parfaitement juste en fixant à quatre ou cinq jours l'époque à laquelle l'inoculation vaccinale devient préservatrice, il nous paraît néanmoins avoir fait une légère confusion, de nature à jeter quelque obscurité sur une vérité qui ne nous paraît pas moins bien démontrée pour la syphilis que pour la morve, et nous ajoutons que pour toutes les maladies virulentes. C'est sur ce point, éminemment pratique, que nous désirons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Pour qu'un individu vacciné arrive à la préservation variolique, il faut qu'il s'accomplisse dans son organisation deux actes bien distincts :

1° L'absorption du virus préservateur;

2° La modification générale produite par ce virus sur l'organisme.

Or, si le premier de ces phénomènes est nécessairement identique pour tous les virus, nous dirons plus, pour toutes les substances dont l'absorption est facile, il est bien loin d'en être de même du second.

Nous disons que le premier phénomène est nécessairement commun à toutes les substances facilement absorbables : poisons minéraux, poisons organiques, virus syphilitique, morveux, vaccinal ou autre. La physiologie, en effet, nous apprend que la fonction de l'absorption est une fonction aveugle, qui s'accomplit d'une manière incessante, sur laquelle la volonté est aussi impuissante que sur les mouvements du cœur, qui s'exerce par conséquent à tous les moments de la vie et sur tous les corps indistinctement; il serait tout aussi rationnel d'admettre que deux substances déposées sous l'épiderme exigent, pour être absorbées, des temps différents, que d'admettre que la circulation veineuse et lymphatique peut s'accélérer, se ralentir ou se suspendre suivant qu'on applique sur la peau ou la muqueuse telle ou telle substance ; car, en définitive, l'absorption se réduit, en dernière analyse, à une question de circulation.

Ce que l'induction physiologique démontrait *à priori* de la manière la plus rigoureuse, des expériences vulgaires et des expériences scientifiques, faites dans un but spécial, comme celles d'Orfila l'ont aussi démontré *à posteriori* ; toutes les substances médicamenteuses, tous les poisons appliqués sur une surface absorbable, passent en quelques secondes dans la circulation, et au bout de quelques minutes se retrouvent dans les urines, quand elles sont de nature à ce que leur présence y puisse être constatée. Tout le monde sait, tous les barbouilleurs d'enseignes spécialement savent qu'il suffit de s'exposer pendant quelques minutes aux vapeurs d'essence de térébenthine pour qu'immédiatement les urines prennent l'odeur de la violette ; personne n'ignore aujourd'hui avec quelle rapidité une goutte d'acide prussique, déposée sur la conjonctive, tue les animaux.

Ce n'est donc que par un oubli complet des vérités les plus positives de la science, qu'on a pu imaginer que certains virus, le virus syphilitique en particulier, mettaient un ou plusieurs jours à être absorbés, et qu'on pouvait en empêcher l'absorption en pratiquant sur les surfaces contaminées des lotions diverses, une ou plusieurs heures après la contamination. C'est tout au plus si ces lotions, cautérisations, etc., arriveraient à temps, si elles

étaient pratiquées quelques minutes après le contact des virus, et, pour ce qui est du mode le plus commun de contagion syphilitique, il est extrêmement probable, il est pour quelques cas certain, que lorsque le coït est accompli, l'absorption infectante est consommée aussi. Les cautérisations que l'on pratiquerait sur un chancre ou une pustule vaccinale, pour empêcher les effets ultérieurs du virus seraient tout aussi rationnelles que les lotions ou cautérisations précédentes. Voilà le fait général, sans exception, commun à toutes les substances facilement absorbables; voilà ce qu'il est de toute importance que les praticiens ne perdent jamais de vue.

Quant au second phénomène, celui qui consiste dans la modification qu'une substance, non plus seulement absorbable, mais désormais absorbée, produit sur l'organisme, ce phénomène est au contraire des plus variables, soit pour le temps qu'il met à s'accomplir, soit pour les conséquences qu'il entraîne après lui: tantôt, presque mathématiquement régulier, comme dans la vaccine et la variole, tantôt extrêmement capricieux, comme dans la syphilis et dans la rage, il peut être entièrement accompli en cinq ou six jours ou bien ne l'être qu'en plusieurs mois (rage) ou plusieurs années (syphilis); s'accomplir presque nécessairement dans toute sa plénitude, avec toutes ses conséquences (comme encore dans la vaccine, la variole et toutes les fièvres éruptives), ou bien au contraire ne s'accomplir qu'en partie ou manquer complétement, comme dans la rage et dans la syphilis.

Quant à la question de savoir jusqu'à quel point et jusqu'à quelle époque on pourrait troubler ce phénomène dans sa marche ou en empêcher même l'accomplissement, c'est là un problème beaucoup plus difficile que le précédent, et qui n'est même soluble que pour les infections, on peut dire les intoxications contre lesquelles l'art possède un antidote. Ainsi, des observations aujourd'hui suffisamment multipliées ont parfaitement démontré, ainsi que l'a fait observer avec juste raison M. Bousquet, que si la contagion variolique a lieu dans les deux ou trois premiers jours, à plus forte raison dans les premières vingt-quatre heures de l'inoculation vaccinale, les effets de celle-ci sont quelquefois troublés, et plus rarement entièrement empêchés, du moins dans leurs manifestations extérieures. Quant aux virus ou poisons dont la science ne possède pas les antidotes, il est évident qu'elle n'a aucun moyen de résoudre la question.

Mais elle n'ignore pas du moins que ces antidotes doivent être cherchés dans des modificateurs généraux, et que vouloir par exemple empêcher le développement de la syphilis ou de la rage en cautérisant un chancre ou les prétendues vésicules sub-linguales, c'est exactement vouloir guérir une intoxication saturnine en débarrassant les gencives du liseré bleuâtre qui les borde, on en blanchissant les dents.

Telles sont les considérations que nous voulions présenter à propos de l'intéressant rapport de M. Bousquet, considérations que nous pourrions beaucoup étendre, si nous ne craignions pas de trop abuser de la bienveillance de nos lecteurs, mais que nous leur demanderons seulement la permission de développer à mesure que les occasions se présenteront, car elles se rattachent aux plus belles, aux plus hautes questions de la médecine, en même temps qu'aux faits les plus positifs de la science et les plus féconds en conséquences pratiques. H. DE CASTELNAU.

Extrait du rapport annuel de M. Bousquet sur les vaccinations.

Voici les passages qui nous ont paru les plus importants dans le rapport annuel de M. Bousquet. Plusieurs des questions traitées dans ces passages conservent, comme on va le voir, toute leur actualité, quoique souvent et depuis longtemps agités.

Le virus vaccin reste-t-il tranquillement là où la lancette l'a déposé, ou serait-il pris incontinent par les bouches absorbantes et répandu dans tout l'organisme? Après ce qu'a fait M. Orfila pour les poisons, on se le demande naturellement pour les virus; mais, même en le prenant pour modèle, qui pourrait se flatter de suivre les inspirations du génie? qui pourrait espérer de suivre les virus à travers tous les détours de la circulation, de les saisir dans les tissus où ils se réfugient et de les montrer à tous les yeux? Il est vrai que le problème est encore plus difficile : autre chose est un toxique minéral, autre chose un toxique animal.

Que le vaccin se répande et s'infuse dans toute l'économie, il le faut bien, puisqu'il la modifie et la renouvelle au point de la libérer de la petite vérole, et, chose bien digne de remarque! cette grande, cette profonde révolution, la nature la subit tranquillement, patiemment, sans laisser paraître presque aucune émotion.

Mais on va plus loin, et l'on demande quand et comment se fait cette heureuse rénovation. Question intéressante entre toutes, car elle contient toute une doctrine, et cette doctrine touche à la pratique.

M. Renault a entrepris quelques recherches sur l'absorption des virus; mais sous ce titre général, il n'a encore mis en expérience que la morve et la clavelée. Il a d'abord inoculé la morve à 13 chevaux : l'inoculation faite, il a emporté la peau et cautérisé la plaie à des intervalles de plus en plus rapprochés du moment de l'opération : sur les deux premiers chevaux au bout de 96 heures; sur les autres après 50, 24, 6, 4 et 2 heures, et sur le dernier après une heure seulement, de sorte qu'ici l'inoculation et la cautérisation étaient si peu séparées, qu'elles se touchaient presque. Et cependant l'absorption s'est faite dans ce cas comme dans les autres; tous les chevaux ont eu la morve et en sont morts, quand ils n'ont pas été abattus.

Voilà pour la morve.

Il a procédé de la même manière pour la clavelée, avec cette différence qu'instruit par l'expérience, il a mis moins d'intervalle entre l'inoculation et la cautérisation. Le plus long a été de 11 heures, le plus court de 5 minutes. Tous les moutons inoculés, au nombre de 22, ont eu la clavelée, tous ont été préservés et tous ont résisté à une seconde inoculation. D'où l'on conclut que le virus claveleux cède à l'absorption avec la même facilité que le virus morveux.

Mais l'expérience n'est pas, dans ce cas, aussi décisive que le premier. Et en effet, quelque profonde qu'ait été la cautérisation, il est douteux qu'elle ait atteint le virus, puisque, de l'aveu même de l'expérimentateur, il est toujours venu autour de l'inoculation et presque sous les escarres des boutons de clavelée, faciles à reconnaître à leur aspect, et d'ailleurs on en prit la matière et on l'inocula avec un plein succès (1).

Vingt ans avant M. Renault, le rédacteur de ce rapport s'était proposé le même problème pour la vaccine : problème d'autant plus attrayant que, comme nous le disions tout à l'heure, il touche aux spéculations les plus élevées de la vaccine et aux notions les plus nécessaires de la pratique.

Un médecin anglais, du nom de Barry, imagina de faire servir les ventouses à contre-balancer l'effet de la pression atmosphérique qu'il considérait comme le plus puissant auxiliaire de l'absorption. Dans ce dessein, il fit des plaies à des lapins, y déposa de la strychnine et les couvrit ensuite d'une ventouse. Ces expériences furent communiquées à l'Académie et répétées par elle. Tous les effets prévus et annoncés par le médecin anglais se vérifièrent de point en point sous les yeux de la commission dont faisaient partie deux de nos gloires les plus chères, Laënnec et Pariset.

On suspendait à volonté les effets du poison; mais cette suspension n'était que momentanée. A peine avait-on levé les ventouses, que l'absorption, rendue à sa liberté, reprenait son cours et se continuait sans interruption.

Il prit fantaisie à celui qui vous parle de répéter ces curieuses expériences avec le vaccin. Nous pouvons assurer que tous nos efforts pour enlever le virus aux bouches absorbantes furent inutiles, l'absorption se continua et les boutons vinrent à point, comme si on n'eût rien fait pour pour les empêcher.

Et c'est ce qui nous fait dire que le mouvement est irrésistible; mais encore une fois, le changement qui se prépare commence-t-il aussitôt que le virus est déposé sous l'épiderme, ou ne s'accomplit-il qu'après la naissance des boutons? En d'autres termes, l'éruption précède-t-elle l'infec-

(1) Voir la signification de ce fait dans l'article d'appréciation.

tion ou lui succède-t-elle? ou bien encore, la vaccine commence-t-elle par être locale avant de devenir générale ou l'inverse?

Il est évident d'abord que ce n'est pas par ce qu'elle a de local que la vaccine peut préserver de la petite vérole; c'est donc par ce qu'elle a de général, c'est-à-dire par le changement qu'elle apporte dans l'organisation tout entière. Or, pour savoir si ce changement s'opère immédiatement, avant toute éruption, nous entrevoyons deux moyens.

Premièrement, en inoculant la variole aux vaccinés, non pas après la vaccine, mais dans le cours de la vaccine et à toutes les distances de la vaccination. Que si la préservation n'est pas une propriété posthume et le fruit de l'évolution de la pustule, il viendra nécessairement un jour, une heure, où l'inoculation varioleuse échouera devant la résistance de la vaccine, et ce moment sera justement celui où la vaccine prend l'entière possession de ses propriétés.

Il y a des exemples de ces inoculations anticipées dans les premiers rapports du *Comité central*.

Après toutes ces expériences, Sacco s'est fait la théorie que voici : Il croit que l'effet préservatif commence le jour même de la vaccination et grandit de jour en jour avec la pustule jusqu'à son plus haut degré de développement; ce qui remettrait la préservation au neuvième ou dixième jour. Pour mieux faire comprendre sa pensée, il l'explique par cette supposition : Admettons, dit-il, que toute la puissance de la vaccine se partage en quinze degrés : le vacciné gagnera un degré le premier jour, deux le second, trois le troisième, et ainsi de suite. Mais à ce compte, la préservation ne serait donc complète qu'au quinzième jour, et nous venons de voir qu'en la plaçant au plus haut degré de la pustule, il l'avance en réalité de cinq à six jours.

Et ce n'est pas encore assez. Nos preuves, nous les prenons à Sacco lui-même, ce qui est le triomphe de la critique. Ne disait-il pas tout à l'heure que l'inoculation varioleuse pratiquée au septième et huitième jour de la vaccine n'amena jamais d'éruption générale? A quoi il faut ajouter : ni d'éruption locale; car peut-on appeler de ce nom une altération éphémère sans forme et sans nom, qui se séchait en naissant?

Rapprochez maintenant les faits de Sacco de ceux que nous venons d'analyser, et vous verrez qu'il y a presque identité. Il paraîtrait seulement que sur les inoculés du premier au cinquième jour, la variole aurait marché en compagnie de la vaccine; mais à partir du sixième, la vaccine exclut franchement la variole à Milan comme à Paris.

Pourquoi donc Sacco a-t-il conclu contre sa propre expérience? Pourquoi n'a-t-il pas dit sans détour et hardiment que la vaccine prend possession de ses propriétés au sixième jour au plus tard? Pourquoi? Nous ne savons. Peut-être s'est-il dit : S'il est vrai que la vaccine préserve dès le sixième jour, il est encore plus sûr qu'elle préserve au dixième et au quinzième. Et nous ne trouverons rien à répondre à ce raisonnement, sinon qu'il ne faut pas prendre les conseils de la prudence pour les leçons de l'expérience.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de la variole inoculée. Il semble que la variole spontanée, plus libre dans ses allures, se soumette moins facilement. On cite des exemples où elle serait survenue non-seulement au sixième et septième jour de la vaccine, mais au huitième, dixième et jusqu'au dix-septième.

En éprouvant la première vaccine, nous la laissions marcher; nous allons maintenant l'arrêter brusquement dans son cours. Dès le second jour, au plus tard au troisième, nous avons emporté avec le bistouri le sommet de la pustule naissante; après quoi, nous y avons porté la pierre infernale. Nous avertissons ici ceux qui voudraient répéter cette expérience, qu'il ne suffit pas de toucher légèrement, il faut appuyer fortement jusqu'au corps muqueux où la vaccine pousse ses racines.

Quand la cautérisation est bien faite, la pustule s'arrête forcément au point où elle est saisie : dans nos expériences, c'était, venons-nous de dire, au cinquième et sixième jour de l'insertion du virus, au second ou troisième de l'éruption; à ce moment, la pustule ne fait presque que de naître, elle n'a pas encore acquis les caractères qui la distinguent, et cependant la revaccination restait toujours sans effet ou n'enfantait qu'un avorton sans vie. L'aptitude à la variole avait donc disparu, l'infection vaccinale était donc complète. Et ainsi, pour tant qu'on varie l'épreuve, la même conclusion revient toujours.

Cette doctrine a trouvé des contradicteurs et elle en méritait peut-être. Un homme, dont l'Académie des sciences a justement couronné les travaux, ne peut consentir à placer la préservation de la vaccine si près de son début. Dans sa pensée, le vaccin dort d'un sommeil léthargique tant qu'il ne donne aucun signe de vie à l'extérieur. Et de même pour le virus varioleux. Sur ce principe, on a dit et on a eu raison de dire que la préservation ne peut s'accomplir pendant l'incubation. Comment ce qui est inerte pourrait-il produire quelque chose?

Mais cette inertie est-elle bien réelle? Vous dites qu'on ne voit aucun signe de mouvement, aucun signe de réaction bien sensible à l'extérieur; nous l'avons dit nous-même : cependant nous n'exagérions rien : il est des vaccinés qui présentent, quoiqu'à un moindre degré, tous les prodrômes de la variole inoculée : malaise, dégoût, inquiétude d'esprit et de corps, fièvre, etc. Tels sont entre autres les adultes, beaucoup plus sensibles que les enfants à la vaccine et bien plus capables de rendre compte de leurs sensations. Mais quand rien n'annoncerait dans le vacciné le changement qui se prépare, ce ne serait pas une raison suffisante de croire que le vaccin y languit dans l'inaction. Est-ce que la semence végétale ne commence à germer que quand la plante entr'ouvre la terre et se montre à sa surface? Est-ce que l'homme a toujours le sentiment bien net du mal qui le travaille, le mine en silence? Mais pourquoi tous ces rapprochements? La venue même de l'éruption est une preuve sans réplique que le vaccin qu'on croyait endormi fermentait et travaillait activement à se faire jour au dehors.

Dans ce raisonnement, on confond la variole inoculée avec la vaccine; mais on distingue soigneusement la variole spontanée, la variole de la nature. Parce qu'ici la fièvre précède évidemment l'éruption, on croit que le germe manifeste d'emblée sa puissance. Erreur d'autant plus grande qu'il met encore plus de temps à éclore. Ce n'est qu'après plusieurs jours d'attente que la fièvre s'allume, et trois jours après commence l'éruption; de sorte que, tout bien compté, de l'impression du miasme à l'apparition des boutons, il ne s'écoule pas moins d'un septenaire : impression du contagium, fièvre, éruption, tel est donc l'ordre de succession, et tel il est encore dans la variole inoculée et le vaccin, excepté qu'il n'y a pas de fièvre primitive.

L'absence d'un élément suffit-il pour faire renverser la filiation des effets et pour autoriser à croire que, dans la variole naturelle, l'infection précède l'éruption, tandis qu'elle lui succède dans la variole artificielle et dans la vaccine?

En principe, nous ne craignons pas de le dire, cette manière de raisonner choque toutes les vraisemblances; en fait, nous la déclarons fausse. Car, bien qu'on cite quelques faits difficiles à classer, ils sont si rares et si incomplets, qu'ils ne peuvent en aucune manière contre-balancer, ni par le nombre, ni par l'authenticité, les faits sur lesquels règne la vérité que nous défendons.

Quoi qu'il en soit, il est vrai, dans tous les systèmes, qu'il ne faut pas à la vaccine plus de quatre ou cinq jours d'avance sur la variole pour la réduire à l'impuissance.

Mais si, dès le quatrième ou cinquième jour au plus tard, la vaccine est toute-puissante, il s'ensuit donc que la préservation s'accomplit avant éruption ou tout au commencement de l'éruption. L'infection se fait donc avant la naissance des pustules, et la vaccine commence par être générale avant d'être locale.

Finalement, virus vaccin, virus varioleux, virus morveux et claveleux, sont absorbés presque aussitôt qu'ils touchent aux tissus vivants.

Faut-il encore ajouter le virus syphilitique? L'analogie le voudrait. Mais permettez-nous de nous arrêter ici quelques instants; nous y sommes autorisés par l'exemple des syphilographes et par les larcins qu'ils font à la vaccine. L'idée d'inoculer la syphilis pour s'en préserver ou pour la guérir est évidemment une idée d'emprunt.

Et d'abord veuillez le remarquer, ce n'est pas une question oiseuse que nous agitons. Il n'est pas possible que ceux qui croient à l'absorption instantanée de la syphilis se conduisent avec leurs malades comme ceux qui la mettent au cinquième et sixième jour. Les premiers, désespérant d'atteindre le virus, ne s'attachent qu'aux conséquences; les autres s'appliquent à la détruire sur place avant toute absorption, et les autorités se balancent en nombre et en poids.

Les derniers sont ceux qui s'éloignent le plus de la vaccine. Il est très-sûr au moins qu'il ne sert de rien de cautériser le bouton naissant : la préservation n'en continue pas moins comme si on n'eût rien fait pour la prévenir.

Mais ici la démonstration était facile; elle l'est beaucoup moins en matière de syphilis. Comment suivre la suppression du chancre et ses conséquences? La syphilis n'étant pas comme la variole une nécessité de notre nature, tous les sujets ne s'y prêtent pas également. Et d'autre part, les accidents étant beaucoup plus lents à paraître, les malades se dispersent et sont perdus de vue par le médecin.

Après un parallèle qui montre toute la différence qu'il y a, d'une part, entre la contagion et l'inoculation syphilitiques ou la prétendue syphilisation, conception aussi absurde qu'ignoble, d'autre part entre la contagion et l'inoculation varioleuses, l'auteur termine ainsi :

Pour se donner les présomptions de l'analogie, les syphilisateurs ont commencé aussi par présenter l'inoculation syphilitique comme un préservatif : mais un cri d'indignation s'est élevé qui leur a fait comprendre ce qu'il y a d'imprudent, de périlleux, d'immoral à se donner volontairement et actuellement une maladie qui ne nous est pas imposée, sous le futile prétexte d'en libérer l'économie dans l'avenir.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. Bricheteau.

Observation d'un kyste hémorrhagique de la cavité arachnoïdienne. — Réflexions.

(*Lue à la Société des médecins des hôpitaux, séance du 29 juin 1853.*)

Le 8 avril 1853, est entré à l'hôpital Necker, service de M. Bricheteau, salle Saint-Ferdinand, n° 28, un homme nommé Momceau (Louis), âgé de 61 ans, cocher.

Cet homme a la figure très-colorée, les muscles bien développés.

Ses parents nous apprennent qu'il a l'habitude de boire, surtout de l'eau-de-vie.

Vers la fin de février, il perdit connaissance à la suite d'une grande contrariété, et tomba. Cela dura environ une demi-heure, après quoi, sortant comme d'un rêve profond, il balbutia quelques paroles aux personnes environnantes, et finit par reprendre connaissance.

Il s'aperçut qu'il ne pouvait pas remuer le membre inférieur droit, et qu'il avait de l'affaiblissement dans le bras droit, au point de ne pouvoir porter la main à la bouche.

A cause de cette double infirmité, il fut forcé de cesser ses fonctions de cocher, ce qui lui causa un chagrin très-profond.

Du reste, l'appétit s'était conservé bon, les selles restaient normales, aucune difficulté, ni dans la miction, ni dans la défécation.

Néanmoins, à partir de cette époque, la mémoire s'affaiblit; cet état de la mémoire ne fit qu'empirer par la suite.

Les parents le gardèrent chez eux jusqu'au commencement d'avril, et vers cette époque aucune amélioration n'était survenue.

Vers le 7 avril au soir, il tomba de nouveau, ne reprit point connaissance, et le lendemain il fut apporté dans le service.

État actuel. — Intelligence. — Cet homme ne parle pas, il pousse quelquefois des soupirs, des cris particuliers, son état est celui d'un demi-sommeil, il paraît cependant comprendre quelques questions qu'on lui adresse.

Sensibilité. — La sensibilité générale est conservée, et lorsqu'on pince le malade ou qu'on le pique avec la pointe d'une aiguille, il pousse un cri et exécute des mouvements bornés du membre blessé.

Mouvement. — Le membre inférieur droit reste inerte; il n'opère que quelques petits mouvements lorsqu'on le pique.

Le membre inférieur gauche, au contraire, se remue sans cesse.

La main droite est appuyée sur le lit; si on la soulève, elle retombe presque inerte.

Carphologie du côté gauche; les lèvres s'agitent comme dans l'action de fumer la pipe.

Les deux pupilles sont égales et contractiles.

Phénomènes généraux. — Respiration normale; le pouls est régulier, assez large, s'élève à 65 pulsations.

La bouche est sèche, les dents sont légèrement fuligineuses; pas de vomissements, selles normales.

Traitement. — Eau de Sedlitz, tisane gommée; — les jours suivants, le même état se prolonge.

13 *avril.* Douze sangsues derrière les apophyses mastoïdes; calomel.

14 *avril.* Léger accès fébrile qui augmente vers le soir.

16 *avril.* Les extrémités sont froides et bleues; lavement avec 120 grammes de vin émétique trouble.

17 *avril.* Grimacements de la figure; sub-delirium.

19 *avril.* Diarrhée très-abondante, suspension du calomel, langue sèche; peau aride; extrait de quinquina.

20 *avril.* Intelligence plus nette, moins d'affaissement; la diarrhée continue.

22 *avril.* Le malade essaye de parler; bredouillement; il serre assez bien les doigts de sa main droite; selles considérables.

24 *avril.* Le malade nous exprime très-nettement qu'il a soif; langue sèche; la diarrhée continue; la peau est violacée en certains points; sa température est plus basse qu'à l'état normal.

Frisson prolongé, vers quatre heures du soir; pouls petit, non fréquent.

25, 26, 27 *avril.* Accès de tremblements fréquents et qui durent un quart-d'heure; teinte violacée de la peau, affaiblissement de sa température, amaigrissement du malade; il désire manger. Plus de diarrhée.

28 *avril.* L'asphyxie lente continue; son membre inférieur du côté droit semble se remuer plus facilement.

30 *avril.* Respiration précipitée; phénomène d'asphyxie; mort le soir à huit heures.

Autopsie faite 42 heures après la mort. — A l'ouverture de la boîte crânienne, la dure-mère paraît parfaitement saine. Si on incise cette membrane d'avant en arrière et sur les côtés de la face cérébrale, on aperçoit, après avoir renversé la dure-mère en dehors, une masse volumineuse fluctuante située entre la dure-mère et les parties latérales gauches du cerveau.

Cette masse n'est point adhérente à l'encéphale, aussi nous avons isolé le cerveau avec beaucoup de facilité.

Cerveau et pie-mère. — La pie-mère ne paraît pas avoir subi de changements; on l'isole du kyste auquel elle n'est point adhérente.

L'hémisphère gauche du cerveau est aplati, ce qui rompt la symétrie de cet organe. L'aplatissement porte sur tous les points en rapport avec la masse précitée.

Examiné au niveau du kyste, le cerveau présente une coloration jaunâtre particulière. Cette coloration se prolonge dans l'épaisseur de 1 centimètre et demi, et va en s'affaiblissant à mesure qu'on arrive vers les ventricules; il nous a paru que la substance grise était ramollie en ce point.

Le reste du cerveau est parfaitement sain.

Kyste. — Le kyste est aplati latéralement, ses dimensions sont les suivantes: 13 centimètres d'avant en arrière, 7 centimètres de haut en bas vers la partie moyenne, 4 centimètres de haut en bas vers les extrémités.

Ce kyste appuie sur la partie latérale gauche du cerveau, sur la partie antérieure du lobe postérieur.

La partie supérieure du lobe moyen, la partie postérieure du lobe antérieur situé à 1 centimètre environ de la scissure autéro-postérieure, à deux centimètres de la base du crâne.

La paroi externe adhère faiblement à la dure-mère par de courtes adhérences filamenteuses.

La paroi interne est complètement libre et lisse à sa surface.

Contenant. — Il est formé par les deux parois précitées, l'interne étant plus faible, moins résistante que l'externe.

Cette dernière est très-comparable à une ancienne fausse membrane produite par une pleurésie.

Ces deux feuillets se rejoignent à la surface du kyste, en formant un sillon.

Au niveaau de ce sillon et en dedans, adhérence intime des deux feuillets.

En dehors de ce sillon, le feuillet interne semble se continuer avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Examiné dans l'intérieur du kyste, le feuillet ne présente pas d'adhérence; au contraire, le feuillet interne présente des adhérences avec les caillots.

Contenu. — On trouve un liquide roussâtre comparable à du sang liquide déjà ancien; la quantité peut être évaluée à un demi-verre environ.

Puis mélangés avec ce liquide des caillots fibrineux, présentent par place une coloration rouge-brun, et des irradiations blanchâtres dans d'autres.

Réflexions. — L'organisation et la texture du kyste que nous venons de décrire, ses nombreux rapports solidement établis avec les parties adjacentes, ne permettent pas de croire qu'il

soit de formation récente, et que son origine remonte seulement à la fin de février dernier. Il est donc ancien. La nature du fluide sanguin qu'il contenait prouve en outre que ce fluide avait été profondément altéré et en partie absorbé, comme il arrive dans les cavernes apoplectiques enkystées, qui se creusent dans la substance cérébrale. Nous croyons pouvoir ajouter, d'après les considérations exposées par M. Lallemand dans sa quatrième lettre sur les maladies de l'encéphale, que ce kyste avait plusieurs années d'existence.

Pendant cet espace de temps, quel qu'il soit, il avait exercé sur le cerveau une pression qui ne paraît pas avoir exercé sur le cerveau d'accidents notables : c'est qu'en effet cette compression ne produit pas, comme on l'a longtemps supposé, les plus graves symptômes de l'apoplexie.

Les anciens, qui d'ailleurs ne pouvaient s'éclairer de l'ouverture du corps, admirent, non sans raison peut-être, une autre cause efficiente de cette terrible maladie; c'était pour eux une atteinte profonde et souvent mortelle, portée à l'action nerveuse, une brusque interruption des esprits animaux descendant du cerveau pour animer les autres parties du corps. Sans doute pour ces hypothèses ils voulaient désigner une lésion qui leur était inconnue et qu'ils ne pouvaient étudier dans les organes affectés.

Cette cause immédiate, on crut l'avoir découverte lorsque Wepfer eut, en 1668, signalé dans le cerveau un caillot de sang de la grosseur d'un œuf de poule, situé dans la partie moyenne du lobe droit, dans l'encéphale d'un homme mort d'apoplexie. Beaucoup de médecins de ce temps-là et entre autres Botal et Duret firent consister la cause prochaine de cette maladie, comme on le disait alors, dans l'épanchement sanguin. Morgagni, cependant, peu satisfait de cette manière de voir, avait déjà considéré l'apoplexie comme une hémorragie active, et lui avait par conséquent implicitement assigné une étiologie complexe; le célèbre anatomo-pathologiste, pour fortifier les doutes qu'il élevait déjà sur le rôle que joue l'épanchement dans les affections cérébrales, rapporte sommairement (Lith. S, n° 24), l'histoire d'une femme se portant très-bien qui tombe morte subitement. Ph. Conrad Fabricius, ajoute-t-il, disséqua son cadavre avec grand soin, pour rechercher les causes de cette apoplexie, non-seulement il trouva la substance cérébrale parfaitement saine, mais il ne rencontra pas même une seule goutte de sang ou de sérosité épanchée, ce qui lui prouva qu'il ne fallait pas attribuer la cause de toute apoplexie funeste à un épanchement de sang ou de sérosité dans l'encéphale. M. Gendrin, qui rappelle ce fait dans sa traduction de l'ouvrage d'*Abercrombie* sur les maladies du cerveau, a compulsé dans les auteurs des cas d'affections apoplectiques funestes sans aucun épanchement dans l'encéphale.

M. Serres publia, en 1819, dans l'ouvrage rare intitulé *Annuaire des hôpitaux civils de Paris,* un travail curieux et considérable, dans lequel, après avoir le premier, je crois, divisé les apoplexies en méningée et cérébrale et cherché a prouver par des expériences et des observations que les effets des liquides épanchés sont à peu près nuls, qu'on ne peut leur attribuer ni l'origine, ni la durée, ni la gravité des apoplexies, que souvent les symptômes de ces maladies se dissipent, quoique les épanchements persistent, à cet effet, et pour obtenir des épanchements considérables, il trépanait des animaux (chiens et lapins, etc.) sur la partie moyenne du crâne, et sur le trajet du sinus longitudinal supérieur, puis à l'aide d'un bistouri, avec lequel il perforait le sinus, il livrait passage au sang qui s'épanchait entre la dure-mère et le cerveau. Ces épanchements artificiels ne produisaient point les accidents propres à l'apoplexie, les animaux ne succombaient pas, il fallait les sacrifier. En supposant que l'auteur de ces expériences avait exagéré le résultat en admettant que les épanchements cérébraux produisent certains accidents qui leur soient propres, il n'en paraît pas moins certain qu'ils ne sont qu'une conséquence de la lésion ou de la déchirure de la substance cérébrale ou le produit de l'hémorragie. Or, l'hémorragie elle-même a été regardée par Bochoux comme la conséquence de l'altération des substances du cerveau et je crois avoir démontré moi-même, il y a plus de trente ans, que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, en poussant avec trop d'énergie le sang au cerveau, déterminait des congestions et des épanchements dans le viscère (*Journal complémentaire des sciences médicales,* t. 2).

Puisque j'ai été entraîné si loin du point de départ de cette communication, permettez-moi encore, messieurs, d'ajouter qu'il me semble probable que l'état habituel de congestion de la substance cérébrale précède souvent l'épanchement, et soit dit en passant, cela ne pourrait-il pas expliquer comment cet accident survient quelquefois immédiatement après la saignée, ainsi que cela a d'ailleurs été signalé dans ces derniers temps par l'auteur d'une thèse ? En sorte que ce moyen pourrait précipiter la catastrophe au lieu de la prévenir chez certains individus qui présentent des signes de congestion encéphalique ; il en arrive à peu près ainsi chez des malades dont le poumon est fortement congestionné et déjà atteint de pneumonie, qui ne crachent du sang qu'après la première saignée, laquelle a diminué la tension, l'éréthisme, je dirai même l'induration du tissu pulmonaire gorgé de sang et qui s'opposait à l'exhalation de fluide dans les branches.

Maintenant, messieurs, je reviens à mon kyste, et je cherche à m'expliquer comment une production organique aussi considérable a pu se développer à la face interne du feuillet arachnoïdien pariétal sans rompre cette membrane si ténue. La formation du kyste a été très-diversement expliquée, par Louis d'une d'une manière toute mécanique et par Bichat avec le luxe d'interprétations anatomico-physiologiques propre à l'école de ce grand homme, où l'imagination dominait parfois l'observation des faits. Nous n'aborderons pas cette question difficile de physiologie pathologique; nous nous bornerons à dire simplement que, dans le cas présent, autour du caillot, produit de l'irritation hémorrhagique, il s'était développé une fausse membrane qui, d'abord molle, rougeâtre, s'est ensuite amincie, solidifiée au point d'égaler presque en consistance la dure-mère elle-même.

Cette production organique était-elle le résultat de la condensation et de plusieurs couches plastiques fournies par la portion fibrineuse du sang, coagulé, décoloré, transformé en couenne, comme l'a avancé M. Bailarger dans sa thèse sur le siége de quelques hémorrhagies méningées? C'est là un point de théorie trop difficile à élucider pour que nous ayions une opinion arrêtée à cet égard. Quoi qu'il en soit, le kyste en question n'a produit d'abord qu'une légère compression à laquelle l'encéphale a paru peu sensible, puisqu'il n'a déterminé que des accidents nuls ou peu graves, et que le malade eût pu vivre encore assez longtemps, si la portion de substance cérébrale, sur laquelle reposait le kyste, n'eût subi à son tour une altération de texture, décrite dans l'observation et que nous considérions comme la principale cause de la mort du malade. Je n'avais trouvé aucun fait analogue à celui-ci, ni dans Morgagni, ni dans les lettres de M. Lallemand sur les maladies de l'encéphale, ni dans l'ouvrage de M. Bochoux consacré à l'anatomie pathologique de l'apoplexie, ni dans le traité d'Abercrombie, ni dans celui de Parent et Mart sur les maladies des méninges; je n'avais, dis-je, rien trouvé d'analogue après avoir compulsé plus de quatre cents observations lorsque, par hasard, je mis la main sur une observation presque entièrement semblable recueillie, il y a trente-six ans, par M. Hocellard, ancien interne de l'Hôtel-Dieu, et publiée dans le 55e volume de la *Bibliothèque médicale,* 1817, p. 69.

Le kyste observé par cet ancien camarade ressemble presqu'en tout point à celui que j'ai décrit plus haut; il était également situé dans la cavité de l'arachnoïde, avait presque la même dimension, contenait du sang altéré; le sujet qui le portait était malade depuis longtemps, et souffrait peu de la compression exercée par le kyste sur le cerveau, etc.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

HÔPITAL SAINT-BARTHÉLÉMY.

Pourriture d'hôpital. — Des tumeurs érectiles.

(*Suite. Voir les nos 82, 85, 86, 87.*)

8e *Observation.* — Quelques jours après l'opération pratiquée sur l'homme de la quatrième observation, j'ai eu occasion de voir, à la consultation de M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélémy, un cas actuellement guéri de tumeur érectile veineuse, qui avait dû offrir, avec les premières périodes de la tumeur de la quatrième observation, de bien grandes ressemblances, et qui, pour compléter le rapprochement, avait été opéré de la même façon.

Il s'agissait d'un jeune homme d'une vingtaine d'années environ, assez petit de taille, un peu trapu, qui était venu un an et demi auparavant dans ce même hôpital, service de M. Lawrence, pour se faire traiter d'une assez volumineuse tumeur érectile veineuse plaquée contre la mâchoire inférieure et la région sus-hyoïdienne du côté droit. M. Lawrence fit sur la tumeur une grande incision, peut-être comme dans le cas de la quatrième observation, pour tenter l'extirpation si elle était possible; après un commencement de dissection, une ligature fut serrée autour de la base de la tumeur mise à nu, et la tumeur fut successivement détruite et extirpée.

Voici dans quel état se trouve maintenant ce garçon. Il est très-bien portant, à l'exception de plusieurs furoncles qui lui poussent de temps en temps (peut-être par suite de l'épidémie furonculeuse qui persiste toujours. Voir l'exposé par M. Tholozan, dans la *Gazette médicale* de cette année). Depuis que la plaie de l'opération a été cicatrisée, il y a maintenant un an et demi environ, il dit que les choses sont restées absolument dans le même état où nous les voyons aujourd'hui. Tout contre la ligne médiane du bord inférieur de la mâchoire inférieure à droite, commence une cicatrice longitudinale, ferme, déprimée, un peu rosée, mais ne formant pas une difformité bien notable, qui s'étend le long du bord de l'os jusqu'à quelques lignes de distance en avant du trajet de l'artère faciale. La dépression de cette cicatrice est d'autant plus marquée, qu'elle est bordée de chaque côté par un léger boursouflement mollasse placé dans la profondeur des tissus voisins, et qui fait faire à la peau un peu plus de saillie qu'à l'état normal; ce boursouflement peu marqué n'a plus, du reste, aucun caractère érectile. La peau qui le recouvre est saine; cependant, tout au voisinage de la cicatrice, on remarque çà et là, dans l'épaisseur du derme, quatre ou cinq petits nœuds veineux, gros comme des grains de millet, un peu saillants et bleuâtres, donnant un aspect analogue à celui de petits vaisseaux veineux ployés en rosettes, dont l'extrémité convexe tendrait à faire saillie vers l'extérieur. Ces petites saillies bleuâtres n'ont subi aucun changement depuis l'opération. A un demi-pouce de distance de la cicatrice, les tissus ont complétement leur aspect et leurs caractères normaux.

§ 4. *Tumeurs érectiles multiples dans tous les tissus des membres.* — A peu près tout le monde a présents à l'esprit les deux cas remarquables de tumeurs de ce genre dans les membres supérieurs, dessinés et publiés par M. Cruveilhier, l'un 23e livraison, pl. III et IV, sous le titre de *Tumeurs érectiles;* l'autre 30e livraison, pl. V, sous le titre de *Tissu érectile accidentel,* et qu'il faut désigner nécessairement par un titre qui indique leur multiplicité simultanée, tant ce caractère est particulier et remarquable. Les caractères extérieurs de ces tumeurs érectiles avant dissection, leur anatomie pathologique complète à l'aide de la dissection, leur nature de tumeurs érectiles, sont si bien, si complétement décrits et établis par M. Cruveilhier qu'en vérité une seule chose peut surprendre, c'est d'entendre discuter leur nature érectile, comme cela m'est arrivé ici pour le fait suivant; je ne me suis pas engagé dans une discussion, car il est inutile de prouver qu'il fait jour en plein midi; seulement, il est évident que cette epèce particulière de tumeurs érectiles multiples n'est pas encore bien connue en Angleterre.

Mais si M. Cruveilhier a définitivement fait connaître les formes extérieures et l'anatomie pathologique de ces tumeurs érectiles multiples, si quelques autres faits se sont produits depuis, on est encore dans une grande incertitude sur l'origine, le point de départ, le mode de développement de ces singulières tumeurs érectiles; le traitement à leur opposer est en particulier totalement inconnu; l'art est impuissant en présence de cette lésion assez redoutable, malgré son indolence. Des observations nouvelles sont nécessaires: tous ceux sous les yeux desquels des faits pareils viennent à se présenter devraient en publier les observations, ne fût-ce que de simples notes qui peuvent toujours être utiles. L'observation suivante est relative à un cas identique de tous points aux deux faits de M. Cruveilhier, avec cette seule différence que c'est ici l'extrémité inférieure qui a été attaquée et qui porte la lésion. Malgré quelques incertitudes, et l'état incomplet que je regrette moi-même de cette observation, elle pourra être utile en particulier, quant au mode d'origine, au moins dans ce cas particulier.

9e *Observation. — Tumeurs érectiles multiples du membre inférieur droit chez une fille rachitique.* — Une pauvre fille qui paraît être peu heureuse, est entrée dans le service de M. Lawrence, vers la fin de février dernier, pour des abcès à marche lente de l'avant-bras droit, dont l'origine paraît assez vague; deux des abcès avaient été ouverts et continuaient, sans qu'il y eut presque de réaction inflammatoire, à fournir du pus pendant un temps assez long, en sorte qu'un jour on examina avec une attention particulière ce cas qui avait paru fort simple au premier abord.

Le membre supérieur droit étant mis à découvert, ce qui frappe à la première vue est une déformation du coude et surtout de l'avant-bras très-raccourci, dont les deux os, outre une courbure latérale assez marquée pour chacun d'eux, offrent de plus une courbure commune très-prononcée dont la concavité est en arrière et en dedans. Interrogée sur la cause de cette difformité, la patiente dit qu'elle a eu le bras cassé dans son enfance; mais en examinant attentivement, je ne trouve pas de traces de cal proprement dit, tandis que tous les caractères se rapportent à une lésion rachitique. Je demande alors à examiner les jambes, ce que cette fille n'accorde qu'avec répugnance, et je trouve en particulier la jambe droite beaucoup plus courte que la gauche et fortement innervée, comme dans les cas ordinaires d'ancien rachitisme.

Mais ce qu'il y a de remarquable sur ce même membre inférieur, en particulier sur le pied, c'est la présence d'un grand nombre de tumeurs érectiles identiques dans leur profusion et leurs dispositions aux deux cas remarquables représentés par M. Cruveilhier dans son *Atlas d'anatomie pathologique* et qui seulement affectaient le membre supérieur. On comprendra aisément le désir que j'avais de recueillir une observation complète de ce cas intéressant. Malheureusement et me trouvant isolé, forcé de recueillir avec peine le moindre détail par moi-même, il ne m'a pas été possible d'obtenir tous les renseignements que j'aurais voulu. La patiente est, il est vrai, assez intelligente; mais elle n'est préoccupée que de son avant bras, ne laisse examiner sa jambe, comme je l'ai dit, qu'avec une certaine répugnance, et ne répond que d'une manière assez brève à mes questions multipliées. Je me trouve donc obligé de me borner à une simple note incomplète, au lieu d'une vraie observation.

La patiente a maintenant 21 ans. Elle est toute petite et ses chairs molles assez maigres; toute son habitude indique des souffrances physiques nombreuses supportées dans le passé. Sa figure seule, animée par une certaine intelligence, ne paraît pas délabrée et n'exprime aucune tristesse. Malgré ses difformités rachitiques, elle marche assez bien et assez vite, clopin-clopant; la présence des tumeurs érectiles qui, dans les premiers temps de leur existence, ont occasionné des douleurs assez vives, n'empêche plus la marche et n'occasionne plus qu'un peu de torpeur et de lassitude.

Les tumeurs veineuses ont commencé par se montrer dans le pied, il y a trois ans au plus, et sans cause connue; les souvenirs de la patiente ne sont pas très-précis, car elle fait remonter l'origine surtout à l'époque où elle a été affectée de douleurs dans le membre inférieur droit; néanmoins, elle affirme qu'elle n'avait aucune de ces tumeurs avant l'âge de 18 ans. Depuis la première époque de leur apparition, ces tumeurs ont augmenté graduellement, et les douleurs du commencement ont bientôt disparu, de sorte que l'accroissement s'est ensuite fait d'une manière toute indolente. Et maintenant, à l'état de repos surtout, la lésion n'occasionne aucune sensation douloureuse; il est vrai de dire qu'estropiée comme elle l'est, la patiente ne peut supporter aucun grand effort, et par conséquent n'a pu éprouver les effets sur la lésion, de fatigues, de longues marches, etc.

On peut assez bien se figurer l'état du pied droit et du bas de la jambe droite de cette pauvre fille, en se rappelant l'état du membre supérieur dans les deux cas publiés par M. Cruveilhier. On y remarque, en effet, une foule de petites tumeurs veineuses sous une foule de formes et de degrés de développement. Les unes, plus qu'hémisphériques, presque pédiculées, font saillie extérieure très-marquée; d'autres soulèvent à peine la peau; d'autres, plus profondes, sont plutôt soupçonnées et senties par le toucher, qu'aperçues à la vue. Quelques-unes, quoique saillantes, sont recouvertes à leur sommet comme d'une couche épidermique épaisse;

d'autres, qui paraissent avoir pris la place des éléments du derme, sont d'un bleu assez foncé, extrêmement superficielles, et leurs cavités ne paraissent séparées de l'extérieur que par une très-mince membrane. En général, ce sont des tumeurs sphéroïdes, un peu framboisées, mollasses, partiellement dépressibles, indolentes, les unes éparses irrégulièrement çà et là, les autres groupées en dispositions linéaires irrégulières et contournées. On en retrouve sur les orteils, sur tout le pied, même à la région plantaire, et quelques unes rares dans le bas de la jambe ; mais les groupes principaux ou les plus abondants existent le long des deux bords latéraux du pied. En outre, sur le dos du pied (coïncidence qu'avait aussi notée M. Cruveilhier), on observe quelques-unes de ces dispositions capillaires fines, irrégulièrement étoilées, bleuâtres ou pourprées, qu'on retrouve si souvent chez les femmes enceintes et dans bien d'autres cas (où je les ai déjà vues dans cinq ou six exemples confondus avec.... la goutte ! par suite des douleurs à accès et très-intenses qu'elles occasionnent parfois), et qu'on appelle si justement des varices capillaires. Lorsqu'on est au courant de l'histoire de cette dernière lésion, et qu'on sait combien de fois, quoique pas toujours, elle est accompagnée de douleurs vives, on se demande volontiers si les douleurs éprouvées par la patiente au début de la lésion, n'étaient pas dues plutôt à l'apparition de varices capillaires qu'à celle des tumeurs veineuses dont le développement et la multiplication continuent à se faire maintenant d'une manière à peu près indolente.

La patiente prétend qu'elle sent des tumeurs analogues à celles de son pied se former dans son avant-bras droit. Mais la main et le reste du membre ne présentent aucune tumeur extérieure apparente de ce genre ; au niveau des deux abcès ouverts, les tissus sont tuméfiés mollement, comme œdémateux, quoiqu'ils ne conservent pas l'impression du doigt, à une assez grande distance, sans rougeur ni douleur. Si l'idée de la patiente était vraie, il serait curieux de savoir s'il n'y aurait pas quelque relation entre ces abcès à marche indolente, fournissant pendant si longtemps et en petite quantité un pus blanc et crémeux, et la présence de tumeurs veineuses érectiles au sein des tissus de l'avant-bras. Ici, comme pour d'autres détails, je regrette de ne pouvoir fournir de renseignements précis.

29 *mars*. La suppuration des deux abcès de l'avant-bras est bien diminuée, mais non tarie. Tout le reste est absolument dans le même état. Cette fille sort de l'hôpital aujourd'hui.

12 *avril*. Je trouve cette fille rentrée à l'hôpital, à peu près dans les mêmes conditions. Je signale l'existence des tumeurs veineuses à M. Lawrence, qui les examine, malgré la résistance très-vive de la patiente, plus vive aujourd'hui peut-être parce qu'elle s'est tenue très-sale au dehors de l'hôpital. Il y a eu augmentation des plus rapides des tumeurs veineuses qui sont plus abondantes, bien plus volumineuses, et occupent maintenant presque tout le dos du pied auquel elles donnent la forme demi-cylindrique qu'on observe dans de forts œdèmes. Ce n'est pas à proprement parler cependant de l'œdème, car l'impression du doigt ne reste pas ; on dirait, plus profondément placées que les petites tumeurs framboisées superficielles, de grandes cavités veineuses indolentes que la plus légère pression affaisse complétement et qui reprennent leur volume dès que la pression cesse ; le doigt, en les pressant, éprouve la même sensation que sur le paquet érectile pré-sternal de la quatrième observation. Il y a toujours un petit nombre de tumeurs éparses dans le bas de la jambe qui est aussi pas mal tuméfié ; à part cela, aucune trace de varices proprement dites. Bien mieux, les petites varices capillaires du dos du pied ont disparu, et il me serait difficile de dire si, parmi les nouvelles tumeurs qui ont apparu dans ce lieu, quelqu'une a exactement pris la place d'une de ces varices capillaires antécédentes.

19 *avril*. M. Lawrence examine de nouveau ce cas. La patiente a été nettoyée et est couchée aujourd'hui par exception, car elle est presque toujours levée et assise. Le gonflement du pied et du bas de la jambe sont moindres, et l'aspect de grandes cavités vasculaires dans les parties profondes est moins marqué ; néanmoins, il y en a encore une complétement dépressible, formant la moitié environ d'une sphère de près d'un pouce de diamètre, placée juste sur le milieu du coude-pied. Parmi les tumeurs framboisées plus superficielles, les unes sont encore assez turgescentes ; d'autres, en partie affaissées, peuvent être aplaties et forment alors entre deux doigts une masse roide, dure et résistante, comme seraient quelques couches superposées de parchemin un peu ramolli. M. Lawrence propose d'essayer les effets d'un bandage compressif.

Trois à quatre semaines après, cette fille a quitté l'hôpital sans amélioration.

Dr A. Deville.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Observation de fistule à l'anus guérie par les injections iodées,

Par le Dr Gaston Dumont, *médecin de l'hospice des Quinze-Vingts.*

M...., âgé de 35 ans, d'une constitution chétive et délicate, et très-probablement atteint de phthisie, souffrait depuis plusieurs jours vers le fondement, quand il me fit demander, le 3 janvier dernier. Il présentait à la marge de l'anus, à droite, un abcès phlegmoneux assez étendu et dont on eût dû pratiquer l'ouverture déjà depuis plusieurs jours.

Je l'ouvris assez largement : le pus qui en sortit portait la mauvaise odeur habituelle aux abcès de cette région, mais n'était pas mélangé de matière stercorale. Ayant reconnu que le foyer remontait assez haut et que le rectum était dénudé sur le côté à droite, j'agrandis encore l'ouverture pour faciliter l'écoulement du pus et éviter, s'il était possible, l'établissement d'une fistule.

Mais malgré cette précaution, cinq semaines plus tard, la cicatrisation n'avait guère fait de progrès ; l'étendue du foyer était seulement diminuée ; mais le stylet pénétrait à 3 centimètres au-dessus de l'anus, et la muqueuse était aussi mince qu'une feuille de papier. Toutefois je ne trouvai pas d'ouverture du côté de l'intestin. La matière qui s'écoulait était roussâtre, très-liquide, de mauvaise odeur, et assez abondante pour que le malade fût obligé de se garnir constamment avec une serviette. En résumé, il existait déjà une fistule borgne externe qui ne paraissait pas pouvoir guérir sans incision.

Cependant, comme l'abcès n'était ouvert que depuis cinq semaines, et que l'on cite des cas où la cicatrisation s'est fait attendre plus longtemps, que d'ailleurs le malade souffrait à peine, et que l'état de sa poitrine semblait être une contre-indication formelle, je pensai qu'il était plus rationnel d'attendre au moins encore quelque temps avant de pratiquer cette opération.

M... avait perdu sa mère d'une maladie de poitrine : il toussait constamment, avait eu plusieurs extinctions de voix, et avait craché le sang pendant tout le mois de juillet dernier. En outre, il avait considérablement maigri dans ces derniers temps. Quoiqu'on on ne trouvât pas, à l'auscultation ou à la percussion de signes certains de tuberculisation, il en avait du moins tous les symptômes rationnels.

Ne voulant pas toutefois rester inactif en présence d'une affection qui a toujours sa gravité, j'eus recours aux injections iodées, qui, exemptes de tout danger, ne pouvaient que faciliter la cicatrisation ; et ce même jour, 8 mars, et le 15 du même mois, je fis dans le trajet fistuleux deux injections (eau, 2 parties ; teinture d'iode, 1 partie). Elles ne produisirent pas d'effet bien manifeste, et M..., très-occupé par des affaires importantes, et ne ressentant d'ailleurs de cette fistule qu'une gêne très-supportable, sembla renoncer à tout traitement. Je ne le revis que le 27 avril.

La fistule était toujours dans le même état. Le stylet pénétrait à la même profondeur : la muqueuse semblait même plus dénudée ; ce n'était plus qu'une pellicule tellement mince, qu'elle semblait prête à se rompre. Il paraissait difficile qu'avant peu il ne s'établît pas une ouverture dans l'intestin. Enfin la suppuration était toujours abondante.

Dans une telle situation, il n'y avait certes pas de chances d'une de ces guérisons spontanées, qui sont d'ailleurs si rares, que l'on en a nié la possibilité, et je n'hésite pas à dire que tout le monde eût pratiqué l'opération si l'état de la poitrine l'eût permis.

Mais espérant obtenir la guérison par les injections iodées, et certain cette fois qu'il me serait possible de les continuer plus longtemps, j'y eus recours de nouveau. Je fis successivement, à quelques jours d'intervalle (26 avril, 1, 4, 12, 16, 20, 25, 29 mai et 8 juin), neuf injections, en augmentant progressivement la dose de teinture d'iode, que je finis par employer presque pure. J'avais soin, en pressant alternativement divers points de la tu-

meur, que le liquide injecté fût en contact avec toutes les parties du trajet fistuleux.

La douleur très-supportable qu'éprouvait le malade disparaissait assez promptement pour qu'il pût, quelques heures après l'injection, vaquer à ses occupations.

Si le premier effet de ces injections était parfois d'augmenter l'abondance de la suppuration, cependant, après quelques injections, le malade remarqua lui-même une diminution notable. Je reconnaissais également, en faisant l'injection, que l'étendue du foyer devait diminuer. J'évitais avec intention, en effet, d'explorer la fistule à l'aide d'un stylet ; cependant, le 8 juin, voulant savoir à quoi m'en tenir, je constatai que le stylet pénétrait à peine au-delà de l'anus, que la muqueuse avait contracté de nouvelles adhérences et repris son état normal.

Quoique la guérison ne fût plus dès lors douteuse et parût devoir s'opérer d'elle-même, je fis néanmoins une dernière injection pour activer la cicatrisation. Le 2 juillet, l'ulcère était fermé, la fistule était donc complétement guérie. Je me suis assuré depuis lors que cette guérison était parfaite et, suivant toutes probabilités, durable.

Remarques. — La fistule à l'anus, ainsi guérie, était, il est vrai, une fistule borgne externe ou incomplète, puisque le stylet et les injections n'ont pas fait découvrir de communication dans l'intestin ; mais un résultat aussi heureux ne mérite pas moins d'être cité. Car si quelques auteurs ont préconisé l'emploi des injections dans le traitement des fistules à l'anus, et en particulier des fistules incomplètes ; si M. Boinet a même rapporté un exemple de guérison dans un cas de fistule complète, il n'en est pas moins vrai qu'on a continué à traiter les unes et les autres par l'opération. La manière dont ces auteurs jugent d'ailleurs les injections était peu faite pour engager à les employer dans quelque cas que ce fût (1). Mais à supposer que ces injections aient été souvent pratiquées sans succès, il ne s'ensuivrait pas que les injections iodées, qui n'ont encore pu être essayées que bien rarement, si même d'autres praticiens que M. Boinet y ont eu recours, n'aient une toute autre efficacité dans le traitement des fistules à l'anus. Ces injections iodées donnent aujourd'hui de si beaux résultats, dans le traitement des abcès par congestion, qu'il est bien permis de croire qu'elles pourront être souvent utiles dans le traitement des fistules, et l'observation que je publie est certes de nature à le faire penser.

Ces injections iodées constituent en effet la seule ressource que l'on ait dans tous les cas semblables où l'état de la poitrine ne permet pas de pratiquer l'incision, et ces cas, il faut le dire, sont assez nombreux.

Mais pour accepter cette idée, il faut nécessairement ne pas craindre que la guérison d'une fistule à l'anus puisse hâter le développement ou la marche de la phthisie pulmonaire. On se rappelle sans doute que cette crainte, poussée dans ses dernières conséquences, fit proposer d'établir chez tous les phthisiques des fistules à l'anus, ce qui revenait à établir un exutoire dans l'endroit le plus gênant du corps. C'était là, il faut en convenir, une singulière idée qui ne reposait ni sur la raison ni sur l'expérience. Tout au contraire, on reconnaît généralement que la suppuration abondante qui résulte de certaines fistules à l'anus ne peut être, chez les phthisiques, qu'une nouvelle cause d'épuisement qu'il serait toujours avantageux de faire disparaître.

Si la fistule à l'anus doit être respectée chez les phthisiques, ce n'est pas parce que sa guérison aggrave la maladie principale. C'est, ainsi que l'a fait justement observer M. Velpeau, par l'impossibilité d'en obtenir la cicatrisation après l'avoir opérée. Les chairs restent molles, blafardes ; la suppuration est intarissable, surtout si, comme l'aurait été le cas dans l'observation que nous venons de rapporter, la plaie a une certaine étendue. L'opération est alors dangereuse, et on peut dire impraticable, puisqu'elle ne doit réussir que dans de très-rares exceptions. C'est en ce sens seulement que la phthisie nous paraît constituer une contre-indication à l'opération.

Eh bien ! c'est dans ces cas précisément, que les injections iodées pourront être d'une grande utilité. L'observation que je viens de rapporter sommairement prouve qu'elles peuvent réussir dans les fistules incomplètes ; le fait de M. Boinet démontre qu'on peut aussi les tenter avec succès dans les fistules complètes. Quand même ces injections ne devraient toujours avoir un aussi beau résultat que dans le cas qui précède, ne vaut-il pas beaucoup mieux les essayer que de se borner à recommander aux malades des soins de propreté, après avoir déclaré leur affection incurable ?

Dans les fistules stercorales complètes, en ayant soin d'introduire le doigt dans le rectum et de fermer ainsi la communication avec l'intestin, on maintiendra facilement l'iode en contact avec toutes les parties de la fistule aussi longtemps qu'on le désirera, et l'on agira de même que s'il s'agissait d'une fistule borgne externe, quoique *peut-être* avec moins de chances de succès.

On pourrait encore combiner avec ce traitement la compression excentrique qui fut proposée, il y a une vingtaine d'années, et presqu'en même temps par MM. Bermond de Bordeaux, Piedagnel et Colombe, et qu'il est possible aujourd'hui d'appliquer avec une commodité bien plus grande à l'aide du gutta-percha. En combinant ces deux méthodes, il semble que l'on doive arriver à guérir un grand nombre de fistules dont on ne triomphe que par l'instrument tranchant, et à remplacer avantageusement l'opération dans tous les cas où elle est impraticable. Enfin, on pourrait, au besoin, associer aux injections iodés l'usage de l'iodure de fer à l'intérieur qui, dans ces derniers temps, a donné de si beaux résultats entre les mains de plusieurs praticiens.

(1) Voici par exemple ce que dit Boyer : « Les injections ont rarement été employées par les gens de l'art comme un moyen curatif. Dionis rapporte qu'à l'époque où Louis XIV fut affecté de la fistule à l'anus, plusieurs malades furent envoyés aux eaux de Barèges, traités par les injections conseillées jusqu'à ce jour de ces eaux sulfureuses, et qu'ils revinrent dans le même état où ils étaient avant leur départ. Les eaux de Bourbon furent aussi essayées ; le résultat fut le même. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a informé mardi dernier la savante compagnie du legs que M. Orfila lui avait fait de son portrait en costume de professeur, que nos lecteurs ont pu voir figurer à l'exposition. L'éditeur des œuvres de M. Orfila a fait exécuter d'après ce portrait, une magnifique lithographie, qu'il donne aux souscripteurs des œuvres du célèbre professeur. M. Labé a obéi à une pensée pieuse dont tous les amis de M. Orfila lui sauront gré. Cette lithographie est une véritable œuvre d'art qui peut concourir à décorer le cabinet de l'amateur le plus difficile.

— La présentation des candidats à la place vacante dans la section de botanique, que nous avions annoncée, n'a pu être faite dans la dernière séance, parce qu'un des membres de la section n'ayant pas été régulièrement convoqué, a réclamé contre la décision de la commission. Ce membre honorable doit apporter, dit-on, une voix à M. Robin, et empêcher ainsi M. Chatin d'être présenté le premier à l'unanimité. Cet incident ne changera rien au résultat définitif que nous avons annoncé ; mais il apportera à M. Robin une précieuse consolation.

— *Concours de la faculté pour les sciences accessoires.* — Les argumentations qui doivent former la dernière épreuve de ce concours auront lieu dans l'ordre suivant :

Le lundi 1er août, M. Segond sera argumenté par MM. Dupré et Fano ;
— M. Figuier par MM. Leconte et Orfila ;
Le mercredi 3 août, M. Verneuil par MM. Segond et Dupré ;
— M. Leconte par MM. Orfila et Figuier ;
Le vendredi 5 août, M. Fano par MM. Verneuil et Segond ;
— M. Orfila, par MM. Figuier et Leconte ;
Le lundi 8 août, M. Dupré par MM. Fano et Verneuil.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 89. 1re année. Mardi 26 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances des 13 et 20 juillet de la Société de chirurgie. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Beau. De la dyspepsie, par M. Thibierge. (*Suite.*) — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS** : Pourriture d'hôpital. Des tumeurs érectiles, par le Dr A. Deville. (*Suite et fin.*) — **SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 25 juillet 1853.

Séances des 13 et 20 juillet de la Société de chirurgie.

(Fluctuation dans les lipômes ; ligature préventive ; discussion sur le chloroforme.)

La discussion sur le chloroforme a été un peu ralentie à la Société de chirurgie par plusieurs présentations de malades et par quelques courtes discussions ou communications intercurrentes. Parmi ces dernières, nous devons mentionner : 1° les remarques de M. Chassaignac, qui est revenu avec raison sur la question de la fluctuation dans les lipômes, et qui a établi, sans contestation cette fois, que ces productions pouvaient faire éprouver la sensation, non pas d'une quasi-fluctuation, mais de la fluctuation la plus caractérisée ; 2° les réflexions de M. Ad. Richard sur un cas de cancer du bras, remarquable à plusieurs titres, mais dont le jeune chirurgien ne nous paraît pas avoir fait ressortir les conséquences pratiques les plus importantes.

M. Richard a surtout voulu démontrer, en exposant ce fait, l'utilité et presque la nécessité de la ligature préventive dans certaines amputations. Nous ne chercherons pas à déterminer aujourd'hui jusqu'à quel point il atteint le but qu'il s'est proposé, et quel crédit sera désormais réservé à une méthode qui nous paraît mériter parfaitement l'abandon dans lequel elle se trouve ; c'est là une tâche qui ne laisse pas que d'offrir quelques difficultés, et que le rapporteur remplira, sans nul doute, beaucoup mieux que nous.

Mais il est en une autre beaucoup plus facile et à laquelle on peut suffire sans grande préparation ; c'est celle de montrer qu'avant de discuter l'opportunité ou l'inopportunité de la ligature préventive, dans un cas semblable à celui qu'a observé M. Richard, il convient d'abord de discuter l'opportunité ou l'inopportunité de l'opération elle-même. Quand nous disons de discuter, c'est de poser la question de cette opportunité que nous devrions dire ; la poser, c'est en effet la résoudre. On sait que les chirurgiens les plus habiles en sont, à peu près sans exception, arrivés à professer, sur la fin de leur carrière, que les cancers ne doivent jamais être opérés. En faisant la part de ce qu'une telle opinion peut avoir d'exagéré, personne du moins ne saurait raisonnablement nier qu'il ne faille s'abstenir de toute opération dans certains cancers. Or, de toutes les variétés dans lesquelles la contre-indication est formelle, celle où le cancer revêt une marche véritablement aiguë, comme dans le cas de M. Richard, tient incontestablement le premier rang. Dans cette forme, le praticien ne peut avoir la moindre prétention d'empêcher l'envahissement de la dégénérescence ; il ne peut donc qu'ajouter les dangers d'une opération grave aux dangers si grands de la maladie, et hâter ainsi la mort, le plus souvent sans avoir même la faible consolation d'atténuer les souffrances des malades. Dans le cas qui nous occupe, la contre-indication était d'autant plus absolue que le chirurgien ne pouvait avoir la certitude d'enlever tout le mal, ce qui est probablement arrivé, quoique l'observation laisse le lecteur indécis sur cette question.

M. Richard a ajouté au fait qui lui est propre un second fait, non moins remarquable, emprunté à la clinique de M. le professeur Velpeau, et qui a présenté cette particularité singulière, que le microscope n'a trouvé dans les altérations cadavériques que du tissu fibro-plastique, tandis qu'il a constaté la présence de cellules cancéreuses types, dans le cas de M. Richard. C'est une particularité qui aura plus tard son importance. Nous devons terminer ces remarques en faisant observer à M. Richard que sa communication aurait gagné a être dépouillée de quelques négligences de rédaction, qu'il lui eût été certainement facile de faire disparaître.

Nous avons laissé la discussion sur le chloroforme au discours de M. Maisonneuve, que, faute de l'avoir reçu à temps, nous n'avons pu insérer qu'aujourd'hui ; nous sommes obligé de la laisser aujourd'hui au discours de M. Forget, qui n'a été lu qu'à moitié dans la dernière séance, et dont nous reproduisons aujourd'hui toutes les parties essentielles.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

De la dyspepsie.

(*Suite. Voir les nos* 74, 81, 83, 86.)

Étiologie. — Les causes qui produisent la dyspepsie sont nombreuses : nous ne vous les donnerons pas toutes, nous ne vous ferons connaître que les plus communes.

La dyspepsie est *idiopathique* ou *symptomatique*. La *dyspepsie idiopa-*

thique reconnaît pour causes toutes les infractions aux *choses non naturelles* de l'hygiène : les *ingesta*, les *circumfusa*, les *applicata*, les *excreta*, les *gesta*, et les *percepta*.

Des ingesta. — Les aliments de bonne qualité, mal mâchés, soit par le défaut des dents, soit par suite d'une mastication trop précipitée, ou bien mal insalivés, engendrent la dyspepsie. Viennent ensuite les aliments altérés, les repas rares, les repas irréguliers, les aliments de bonne qualité non variés ; les aliments bons dans certaines circonstances, mauvais dans d'autres. La viande du porc est un bon aliment dans le Nord, et un mauvais aliment dans les contrées méridionales. C'est ainsi qu'à Marseille et dans la Toscane, l'usage en est prohibé par la police, pendant la saison d'été. Voyez encore le vin qui est d'un bon usage pour les habitants du Nord, tandis qu'il est funeste aux habitants des pays chauds. L'usage exclusif des fruits et des légumes produit des éructations acides et le pyrosis. La privation des végétaux frais donne le scorbut. Les aliments trop azotés produisent la dyspepsie goutteuse.

Les boissons jouent un grand rôle dans l'étiologie de la dyspepsie ; nous ne vous parlerons pas seulement des troubles digestifs déterminés par l'abus des alcooliques, mais nous vous entretiendrons encore des dérangements causés par d'autres boissons qui ne sont généralement pas réputées malfaisantes. L'abus des boissons rafraîchissantes, pendant l'été, diminue l'appétit. Nous connaissons beaucoup de personnes qui sont devenues dyspeptiques, parce qu'elles avaient l'habitude d'ingérer en toutes saisons une grande quantité de liquides (eau rougie, limonade, etc.) soit aux repas, soit dans l'intervalle des repas.

Certaines boissons sont foncièrement mauvaises : telles que le thé et le café. Le café au lait rend malade la plupart des individus qui le prennent comme unique nourriture jusqu'à l'heure du dîner ; il cause l'anorexie, la constipation, la diarrhée, etc.

L'usage prolongé de certains *ingesta* médicamenteux, tels que le vin de quinquina, l'eau de seltz, dont l'emploi modéré tonifie l'estomac, l'usage prolongé, disons-nous, de ces agents devient nuisible aux fonctions digestives.

Vous avez vu, il y a deux mois, au n° 25, de la salle Saint-Philippe, une malade, âgée de 18 ans, dont la dyspepsie n'a cessé que lorsqu'elle a suspendu l'usage du vin de quinquina, qu'elle prenait assiduement chaque jour depuis plusieurs mois. L'abus des tisanes, du cubèbe, du copahu, pendant le cours d'une blennorrhagie, rend dyspeptiques ceux qui suivent longtemps ce traitement. L'opium est une cause fréquente de dyspepsie ; à Paris, quelques malades prennent tous les jours de l'opium ; ce sont des individus qui ont une dyspepsie avec prédominance de douleur ; l'opium pallie le symptôme *douleur*, mais il augmente l'anémie globulaire, en détruisant les fonctions de l'estomac.

Circumfusa. — L'état de l'air, de la température, a une grande action sur les fonctions digestives. L'air chaud donne des dyspepsies ; pendant l'été, dans les contrées méridionales, on mange peu et on digère mal. Le froid influe aussi sur les fonctions de la digestion ; mais cette influence n'est guère sensible que sur les individus mal vêtus : il y a quelques semaines, au n° 1, de la salle Saint-Jean, était couché un charcutier, devenu dyspeptique pour n'avoir pas pu se garantir pendant tout l'hiver des rigueurs du froid.

L'air vicié par les miasmes cause de grands désordres dans le tube digestif. *L'influence des miasmes paludéens* n'agit pas seulement en donnant la fièvre intermittente, elle produit encore une dyspepsie qui précède et occasionne l'état morbide, connu sous le nom de *cachexie paludéenne*. A Montbrison, par exemple, dans l'été, la santé publique est satisfaisante ; mais au mois de septembre, au moment où le miasme paludéen apparaît dans la plaine environnante, et produit des fièvres intermittentes, les habitants de Montbrison perdent l'appétit, le teint et les forces. Les poussières qui s'échappent des manufactures de tabac et des fabriques de coton enlèvent l'appétit et causent ensuite l'anémie globulaire. Les poussières de plomb causent au bout de trois, quatre jours, un commencement d'anorexie aux ouvriers qui les respirent, puis après quinze jours, se montre la perte totale de l'appétit, et plus tard surviennent les différents symptômes de l'intoxication saturnine (accidents abdominaux, cérébraux, etc.).

La privation de la lumière est une des sources de dyspepsie chez les prisonniers et les ouvriers mineurs.

Applicata. — Dans ce groupe, nous n'avons guère à vous signaler que les corsets, dont l'application, d'une part, ou la suppression, d'autre part, chez les individus qui y sont habitués, peut déranger les fonctions de l'estomac.

Excreta. — L'excrétion du lait est une cause fréquente de dyspepsie. Combien de fois nous vous avons montré cette maladie, dans notre salle Sainte-Marie, consacrée aux nourrices ! Cette dyspepsie arrive chez les femmes qui ne sont pas assez bien nourries, pour réparer amplement les pertes occasionnées par la sécrétion du lait. La perte de sperme est aussi une cause de dyspepsie, mais il faut ajouter à cette cause l'influence produite par l'ébranlement nerveux qui accompagne les pertes spermatiques. La perte de salive, déterminée par l'action de fumer, est aussi préjudiciable aux fonctions digestives : cette dyspepsie est très-fréquente. La fâcheuse influence de la perte de salive est ici augmentée de celle que produit aussi la vapeur toxique du tabac. On sait qu'il suffit de fumer avant le repas, pour que l'appétit diminue ou disparaisse. Qu'arrivera-t-il donc quand cet acte se répétera d'une manière continue?

Gesta. — L'exercice musculaire excessif est une cause fréquente de dyspepsie. Si les premières fatigues musculaires n'augmentent pas l'appétit, on peut dire, que poussées plus loin, il y aura anorexie, accompagnée des autres symptômes dyspeptiques. Les autres causes de dyspepsie, de cette catégorie, sont les veilles, l'exercice de la parole pratiquée pendant la digestion. Nous connaissons des professeurs qui sont devenus dyspeptiques, parce qu'ils faisaient leur cours en sortant de table, et qui ont guéri en modifiant leurs habitudes.

Le défaut d'exercice, le repos, le sommeil dans le jour, le séjour prolongé au lit, produisent également des dyspepsies tout à fait semblables à celles qui sont déterminées par les causes contraires dont il vient d'être question précédemment.

Percepta. — Toutes les causes qui fatiguent l'intelligence, fatiguent l'estomac, et donnent des dyspepsies. Telles sont les travaux de l'intelligence, les grandes émotions, les préoccupations, les soucis, les passions haineuses qui dérivent de l'orgueil, de l'envie, de la jalousie. C'est là ce qui explique la fréquence de la dyspepsie chez les gens de cour et les ambitieux. On trouve ce genre de dyspepsie jusque chez les petits enfants, qui sont jaloux des caresses faites à leur frère ou sœur récemment venus de nourrice. A ces causes, il faut ajouter le chagrin occasionné par la perte des biens, ou d'une personne chérie, sans oublier ce chagrin souvent considérable, appelé vulgairement *le mal du pays*.

La maladie décrite sous le nom de *nostalgie* n'est pas autre chose qu'une dyspepsie (avec symptômes primitifs, secondaires ou tertiaires), produite par le regret du pays natal.

Causes mécaniques. — En dehors des *six choses non naturelles*, il y a des causes mécaniques que nous devons mentionner, telles que les coups, les contusions, ou les petits chocs répétés à l'épigastre. Nous avions dernièrement un malade qui était dyspeptique depuis une contusion qu'il avait reçue à l'épigastre en tombant d'un arbre.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer, produisent la dyspepsie de deux manières, ou directement ou indirectement. Dans les causes directes, nous rangeons celles qui agissent directement sur le tube digestif, les *ingesta*, les *applicata*, et les causes mécaniques dont il vient d'être question. Dans les causes indirectes, il faut comprendre celles qui agissent sur le tube digestif, par des intermédiaires peu connus ; à cette classe de causes appartiennent celles qui se tirent des *circumfusa*, des *gesta*, des *excreta*, et des *percepta*.

On peut donc diviser la dyspepsie idiopathique en *directe* ou *indirecte*. Ces causes de dyspepsie peuvent se combiner : les veilles, le chagrin agissent souvent ensemble chez nos malades des hôpitaux, qui sont obligés de travailler avec excès pour nourrir leur famille. La chaleur, l'absence de vin et de viande, la mauvaise alimentation, le chagrin, se réunissent pour causer la pellagre.

THIBIERGE, *interne du service.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

HÔPITAL SAINT-BARTHÉLÉMY.

Pourriture d'hôpital. — Des tumeurs érectiles.

(*Suite et fin. Voir les n*os 82, 85, 86, 87, 88.)

Les observations qui précèdent ne comprennent pas toutes celles que j'ai recueillies, et surtout pas tous les cas de tumeurs érectiles que j'ai pu voir ici en particulier dans le service de M. Lawrence, où ces lésions abondent. Ainsi, j'ai vu plusieurs autres cas de ces tumeurs érectiles purement cutanées, traitées par M. Lawrence à l'aide de la cautérisation par l'acide nitrique pur. Dans un cas où la tumeur ayant environ la grandeur d'un centime était située vers le sommet de l'occipital d'un enfant de 5 mois, il y avait simultanément un petit disque aplati et de couleur vermeille, formé par une tumeur érectile cutanée ; et dessous, une autre tumeur un peu plus large, représentant un segment de sphère aplati, composée comme de petits vaisseaux

veineux entortillés et noueux, montrant leur couleur bleuâtre à travers la peau, au pourtour du disque extérieur qu'ils débordaient un peu ; en un mot, il y avait mélange de tumeur érectile cutanée capillaire et de tumeur érectile sous-cutanée veineuse, différence légère peut-être, et due à la résistance des tissus dans lesquels la tumeur se développe ; comme la tumeur sous-cutanée n'était pas encore très-développée, M. Lawrence a pensé que l'acide nitrique pur pourrait encore suffire et l'a en effet appliqué, mais en insistant plus que d'ordinaire. Au moment où j'écris ces lignes, près de trois semaines après la cautérisation, l'escarre, plus épaisse que d'habitude, est encore en place, sèche et jaunâtre, et avec très-peu de rougeur autour d'elle ; il n'y a plus apparence de développement érectile. Dans un cas de ce genre, mais dans lequel, en même temps que la peau était affectée d'un bouillonnement vermeil, la tumeur sous-cutanée était plus caractérisée, j'ai vu, à King's College, M. Fergusson passer sous la base de la tumeur un double fil, d'abord dans le sens longitudinal, puis dans le sens transversal ; ces doubles fils, par un procédé bien simple sur lequel il est inutile d'insister, ont permis de lier la tumeur à sa base, peau comprise, en quatre quartiers ; cette tumeur, de la grandeur d'un centime aussi dans son pourtour, était placée sur la ligne médiane un peu en arrière du front d'un enfant de 3 à 4 mois ; l'enfant a crié fort peu durant l'opération.

A University College hospital, j'ai vu dans le service de M. Erichsen une autre espèce encore de tumeur érectile relativement à son siége. Il s'agit de ces tumeurs qui occupent toute l'épaisseur des organes, surtout des voiles mobiles, tels que les paupières, l'aile du nez, les lèvres, et auxquels plusieurs personnes, en particulier M. Rigal, appliquent surtout la ligature avec des modifications plus ou moins ingénieuses. Dans le cas d'University College, la lésion existait chez une toute petite fille à la mamelle et occupait toute l'étendue de la lèvre supérieure à laquelle elle avait donné un développement relativement monstrueux. M. Erichsen a eu recours aussi à la ligature que j'ai vu appliquer ; mais je n'ai pu suivre régulièrement le cas, en sorte que je ne sais pas ce qui s'est passé ensuite ; seulement la petite fille est morte quelques jours après.

Dans ces derniers temps, j'ai pu voir aussi trois autres cas de l'espèce particulière de tumeur érectile analogue à celle de la septième observation précitée, c'est-à-dire entièrement logée dans le tissu cellulaire sous-cutané et adhérant plus ou moins à la face profonde de la peau qui est d'ailleurs intacte, à part un peu de distension qui laisse mieux apercevoir la teinte bleuâtre des vaisseaux dilatés sous-jacents. J'ai les observations minutieuses de deux de ces cas, que j'avais l'intention de joindre ici, mais que je ne publie pas en ce moment, d'une part, parce qu'en voilà déjà bien long sur les tumeurs érectiles, et d'autre part, c'est que le résultat n'a guère été celui espéré, et qu'il est possible de dire en peu de mots l'enseignement qu'on peut en retirer.

Les deux cas en question sont relatifs à deux enfants à la mamelle apportés à la consultation de M. Lawrence, à l'hôpital Saint-Barthélémy ; le premier enfant avait vis-à-vis la bosse frontale gauche une tumeur sous-cutanée, assez adhérente à la face profonde de la peau, et un peu dure, du volume d'un peu plus d'une demi-noix, placée sur la bosse frontale gauche ; le second enfant avait sa tumeur encore plus large, mais très-molle, très-dépressible, entièrement sous-cutanée aussi, logée dans la partie postérieure de la fosse temporale gauche. Ces tumeurs, proportionnellement assez larges et s'agrandissant tous les jours avec une certaine rapidité, étaient du genre de celles dont la guérison n'est pas aisée à obtenir. Je demandai à M. Lawrence s'il ne voudrait pas essayer des injections avec une petite quantité du chlorure de fer conseillé pour les anévrismes par M. Pravaz, et auquel M. Lallemand a donné tant de publicité. M. Lawrence a accepté ; je lui envoyai le numéro du *Moniteur des Hôpitaux*, où la préparation de la substance est si exactement indiquée. Le chlorure de fer fut régulièrement préparé, et on fit une première fois une injection dans la deuxième tumeur, celle de la région temporale. L'appareil était évidemment insuffisant ; il se composait d'un très-fin trois-quarts, dont la canule un peu évasée recevait assez exactement l'extrémité d'une seringue en verre à piston bien calibré, renfermant 7 à 8 gouttes de chlorure de fer. Le trois-quarts est enfoncé, la tige en est retirée, la seringue est ajustée et on pousse le piston ; une partie du chlorure s'écoule entre la seringue et la canule, et cependant il a dû en pénétrer une certaine quantité dans la tumeur, car, lorsque la canule est retirée, on la trouve remplie dans toute sa longueur d'un caillot bien formé. Cependant, il y a à peine, au bout d'un quart d'heure, un peu plus de résistance dans la consistance de la tumeur sur le trajet seulement qu'a parcouru la canule. Peut-être, et malgré le caillot qui remplit la canule, faut-il tenir compte de l'état particulier du sang contenu dans les tumeurs érectiles veineuses, et qui peut ne pas se coaguler spontanément, comme le montre la cinquième observation précitée empruntée à Hey.

Trois jours après, il n'y avait pas grand changement dans la tumeur. M. Lawrence a fait préparer un trois-quarts et une seringue en verre qui s'ajustent mieux ; il a décidé qu'il prendrait la précaution, une fois le trois-quarts enfoncé, d'appliquer à travers la peau le bout d'un doigt sur l'extrémité introduite de la canule pendant qu'il retirerait la tige du petit trois-quarts, afin d'empêcher le sang de pénétrer dans la canule, et de faire ainsi obstacle au passage du chlorure ; au lieu de quelques gouttes, la seringue renferme beaucoup plus de liquide, une quantité que j'estime environ à 1 gramme. Dans ces conditions, M. Lawrence procède de nouveau à l'opération, et cette fois dans les deux cas, c'est-à-dire et sur la tumeur temporale et sur la tumeur frontale.

J'estime à environ 20 ou 30 gouttes la quantité de chlorure qui a été poussée dans chaque tumeur. L'effet a été cette fois très-prononcé, et dans la tumeur temporale, et dans la tumeur frontale, celle-ci injectée pour la première fois. Au moment même de l'injection, les tumeurs ont paru plus turgescentes ; puis, en quelques secondes que je n'ai malheureusement pas mesurées, mais que j'estime de 10 à 20 au plus, la surface de la tumeur est devenue un peu plus violacée, et toute la consistance a durci tout d'un coup, et cependant pas assez vite pour qu'on n'ait pu voir que la coagulation commençait d'abord près du trajet suivi par la canule, pour se porter ensuite vers la circonférence. L'opération a été assez douloureuse dans les deux cas.

Jusque-là tout allait assez bien ; mais les résultats ont été assez désastreux. On n'a rapporté l'enfant à la tumeur temporale qu'une seule fois à l'hôpital, une dizaine de jours après l'opération, et depuis je ne l'ai plus revu ; vis-à-vis les deux ponctions qu'avait subies la tumeur, les tissus avaient été mortifiés, de larges escarres s'étaient détachées en grande partie, et au fond l'os temporal était à découvert, jaunâtre et nécrosé à sa surface ; le reste de la tumeur, c'est-à-dire environ la moitié, était tuméfié, dur, d'une couleur violacée, livide, entourée de pas mal de rougeur et gonflement inflammatoire, et menaçait fort de s'escarifier aussi. Dans le cas de la tumeur frontale qui était moins large et n'avait subi qu'une opération, les résultats ont été moins désastreux et plus lents ; j'ai revu l'enfant plusieurs fois, car on l'a rapporté au moins tous les huit jours, et je continue à en prendre l'observation en ce moment ; la tumeur a grossi beaucoup, a pris aussi une teinte violacée livide, et il y a eu au pourtour pas mal d'inflammation ; peu à peu, le tiers environ de la tumeur, là où on l'avait ponctionnée, s'est converti en une escarre noirâtre qui s'est détachée lentement par une espèce de travail chronique et a laissé une espèce de caverne grisâtre qui s'agrandit lentement aux dépens de ce qui reste de la tumeur, et au fond de laquelle je crois que le frontal est aussi à nu maintenant ; l'enfant a pas mal souffert les premiers jours, mais sa santé est très-bonne, maintenant que tout travail inflammatoire a disparu des parties voisines.

Somme toute, les résultats ne sont pas brillants, je n'ai aucune peine à l'avouer, moi qui ne les ai pas exécutés, mais qui

suis le promoteur de ces opérations. Sans doute, cela ne prouve rien d'une manière définitive, car l'appareil et le mode d'exécution n'ont pas été ceux que conseille M. Pravaz pour les anévrismes ; puis on peut invoquer précisément le fait signalé dans l'observation de Hey, à savoir : que le sang dans les tumeurs érectiles ne ressemble plus au sang en circulation, puisqu'il peut ne plus se coaguler spontanément ; on peut ajouter que la quantité de liquide injecté a dépassé de beaucoup les limites indiquées par M. Pravaz. Néanmoins, il est positif que, dans la première opération, deux ou trois gouttes du liquide au moins ont pénétré dans la tumeur et n'ont produit presque aucun effet ; et lorsqu'on pousse plus de liquide, de 20 à 30 gouttes, les résultats peuvent être sans exagération qualifiés de redoutables. Donc, j'accepte que ces deux faits ne prouvent rien définitivement pour la science ; mais tels qu'ils sont ils suffisent, quant à moi, pour me rendre très-circonspect, et j'avoue que ce ne serait qu'avec une bien grande réserve que je pousserais du chlorure de fer dans un anévrisme.

Voilà, non pas une attaque, mais au moins un exposé un peu défavorable pour le sulfate de fer. Comme ce paraît être un agent précieux, au moins comme hémostatique, et qui pourra rendre des services dans d'autres cas, alors que les conditions de son application seront bien déterminées, qu'on me permette que j'ajoute en sa faveur, et bien que ce soit étranger aux tumeurs érectiles, le résumé d'un fait dans lequel il a été très-utile.

Une femme d'une cinquantaine d'années est venue, ou plutôt a été traînée dernièrement par mes amis, à l'hôpital Saint-Barthélémy, à l'heure même de la visite de M. Lawrence ; elle était dans un état de prostration et de faiblesse extrême, pâle, jaunâtre, maigre, presque sans voix, avec un pouls des plus faibles et des plus petits ; tout cela était le résultat d'un énorme cancer encéphaloïde mou du sein gauche, dont le tiers superficiel était gangréné, converti en une masse mollasse, noire, infecte. Il est certain que cette femme n'avait que peu d'heures à vivre. En présence d'un cas si grave, M. Lawrence a pris un parti que, beaucoup moins habiles, moins expérimentés, moi par exemple, auraient eu peur de mettre en pratique, de peur de voir la patiente mourir sur le couteau, c'est-à-dire d'enlever la tumeur séance tenante, malgré qu'elle fût largement adhérente au muscle grand pectoral. Il y a quelques années, M. Lawrence a fait une opération dans un cas identique, moins l'adhérence au muscle. Plusieurs fois, il y a eu dans la plaie de l'opération des répullulations cancéreuses qui ont été détruites plusieurs fois par des applications de potasse caustique, et une cicatrisation complète a été obtenue ; cette femme, revue encore ces jours-ci, jouit depuis plusieurs années d'une santé parfaite.

En conséquence, la femme est apportée à l'amphithéâtre, chloroformisée et opérée. Plusieurs vaisseaux ouverts donnent trop de sang, et, chez une personne si faible, il y a là un grand danger immédiat ; M. Lawvrence coupe alors en plein à travers la base de la tumeur pour en enlever la presque totalité, puis s'occupe à poser quelques ligatures. Un peu maître de l'hémorrhagie, il enlève par fragments ce qui reste de la tumeur et il est forcé de détruire près de la moitié inférieure du grand pectoral, en mettant à nu les quatrième, cinquième et sixième côtes, heureusement revêtues de leur périoste sain. Il n'y avait pas heureusement de tumeurs axillaires, bien que la tumeur énorme fût un franc encéphaloïde mou, criblé de foyers hémorrhagiques.

A peine la femme est-elle rapportée dans la salle et couchée, qu'on vient prévenir qu'il y a une forte hémorrhagie. M. Lawrence se rend dans la salle ; l'hémorrhagie est sérieuse et presqu'en nappe ; on se rappelle le chlorure de fer, qu'on envoie chercher ; *quelques linges trempés dans le liquide pur et appliqués sur la surface saignante, ont arrêté immédiatement cette hémorrhagie redoutable* qui ne s'est plus reproduite. Il n'y a eu aucun accident.

Je n'insiste plus sur cette observation que j'ai voulu citer seulement en faveur des propriétés hémostatiques remarquables du chlorure de fer. Cependant, pour ceux que ce fait si curieux pourrait intéresser, j'ajouterai que l'opération a été faite il y a plus de quinze jours ; la femme, qui a repris toutes ses forces et même déjà un peu d'embonpoint, est dans un état excellent ; presque toute la plaie est dans un état de bourgeonnement satisfaisant et des plus sains. Une repullulation cancéreuse s'est faite dans le bas et en arrière de la plaie, dans une étendue d'un pouce environ et a été réprimée par la potasse. Aujourd'hui, les escarres produites par la potasse sont tombées et cette surface est bien bourgeonnante, excepté dans un point large comme le bout du doigt, où semble se faire une seconde repullulation large aussi comme le bout du doigt et qu'on réprimera de la même façon. Il n'y aurait maintenant rien d'extraordinaire à ce que cette femme guérît comme celle citée plus haut, déjà opérée par M. Lawrence. Si cela arrive, le chlorure de fer peut réclamer une large part dans cette belle cure.

Dr A. Deville, *D. M. P.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. Denonvilliers.

M. Maisonneuve. — Le but que je me propose, en prenant la parole dans cette discussion, est bien moins de combattre les conclusions du rapport que d'ajouter aux faits déjà connus des faits et des considérations nouvelles ; mon intention, surtout, est d'éclairer les praticiens sur les causes et le mécanisme des accidents causés par le chloroforme, afin de leur faciliter les moyens de les éviter et leur indiquer comment on peut y porter remède.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître que les accidents susceptibles de se produire, pendant l'administration du chloroforme, peuvent se rapporter à deux causes principales : l'asphyxie et la syncope. Mais comment ont lieu ces accidents de syncope et d'asphyxie ? dans quelles circonstances sont-ils produits ? quels moyens avons-nous pour les éviter ou les combattre ? Voilà ce qu'on n'a point encore exposé d'une manière assez précise. Aussi, le praticien ne trouvant à cet égard que des notions inexactes ou confuses, n'a véritablement encore d'autres guides pour l'administration des anesthésiques que son instinct chirurgical et sa prudence naturelle.

Or, voici ce que m'a appris une expérience basée sur plus de deux mille faits, dans le nombre desquels j'ai bien souvent porté l'administration du chloroforme à sa dernière limite, et qui m'ont fourni l'occasion d'observer un assez bon nombre d'accidents plus ou moins graves, dont aucun, toutefois, n'a eu de résultat funeste.

1° *Des accidents dus à l'asphyxie.* — Ainsi que l'ont signalé déjà plusieurs bons observateurs, les accidents asphyxiques sont brusques et instantanés ; on les voit se produire à toutes les périodes de l'inhalation, aussi bien au début qu'au milieu ou à la fin. Toujours ils résultent de ce que, à un moment donné, une trop grande quantité de vapeurs chloroformiques ont pénétré dans les poumons. Ces vapeurs agissent alors comme tous les gaz impropres à l'hématose qui tuent presque aussi rapidement que l'absence totale de respiration.

Mais comment entre des mains prudentes les vapeurs du chloroforme peuvent-elles pénétrer en trop grande quantité à la fois dans les voies aériennes ? Eh bien, rien de plus facile quand le chirurgien n'est pas prévenu.

2° *Asphyxie au début de l'inhalation.* — C'est tantôt un malade qui, plein de confiance et d'énergie, au lieu d'aspirer avec répugnance et timidité les vapeurs qu'on lui présente, porte lui-même la bouche au-devant de l'appareil, fait brusquement deux ou trois grandes inspirations et tombe sidéré. D'autres fois, au contraire, c'est un malade indocile qui, cherchant à se soustraire au chloroforme, se débat, retient sa respiration ; puis tout à coup, n'y tenant plus, fait une inspiration profonde au moment où le chirurgien approche l'appareil de sa bouche. Dans l'un et l'autre cas, le résultat peut être le même. Je dirai cependant que l'asphyxie est plus à craindre chez les malades trop décidés que chez les réfractaires, parce que les premiers font brusquement deux ou trois inspirations de suite et surprennent l'attention du chirurgien ; tandis que les autres, après une première inspiration, recommencent encore en général leur agitation, à moins toutefois que ce ne soient des enfants très-jeunes qu'une seule inspiration profonde de vapeurs pures ou peu mélangées d'air suffit pour asphyxier.

Dans cette variété d'asphyxie dont j'ai vu surtout deux exemples remarquables, la sidération est instantanée, les lèvres deviennent bleues, les membres flasques, le nez se refroidit ; le malade mourrait très-probablement si des soins prompts et bien entendus ne lui étaient apportés. Ce n'est point du vinaigre, ni de l'ammoniaque, ni de l'eau froide qui convient

alors, mais bien des frictions vigoureuses sur la région du cœur, des pressions rithmées et énergiques sur les côtes inférieures et le ventre, pour expulser les gaz et remplir les poumons d'air. Je ne puis conseiller les insufflations bouche a bouche, malgré les résultats obtenus par M. Ricord : ce moyen me semble manquer son but en insufflant plutôt l'estomac que les poumons. J'ajouterai que dans ces cas les malades, tout en étant asphyxiés par le chloroforme, ne sont cependant point anesthésiés ; car, aussitôt que la respiration reparaît, les malades jouissent de la plénitude de leur faculté sensitive.

3° *Asphyxie pendant la période d'excitation.* — Après les premières inspirations de chloroforme, quand déjà le malade subit l'influence de la substance enivrante, il arrive chez un grand nombre de sujets que les muscles, et principalement ceux du larynx et de la poitrine, entrent dans une violente contraction spasmodique. La respiration est suspendue, quelquefois pendant plus d'une minute ; la face se congestionne. Par lui-même, cet état n'a rien de grave et cesse spontanément au bout de quelques instants. Mais si dans le moment où le malade sortant de cet état spasmodique vient à faire une inspiration profonde, le chirurgien n'a pas la précaution de tenir éloigné le chloroforme, ce gaz inspiré avec force pénètre presque pur dans l'intérieur des bronches qu'il remplit, et l'asphyxie en est le résultat.

Cet accident arrive surtout quand le spasme dont nous parlons coïncide avec quelques mouvements convulsifs généraux, et que les aides, cherchant à maintenir le malade en place, appliquent la compresse imbibée de chloroforme trop près de la bouche.

Le mécanisme de cette asphyxie est exactement le même que dans le premier cas, les circonstances seulement sont différentes, et comme il existe déjà un certain degré d'anesthésie, le réveil est souvent plus difficile. Aussi convient-il de continuer plus longtemps les frictions et les pressions alternatives sur la poitrine. Pour la prévenir, il suffit de tenir le chloroforme éloigné de la bouche du malade, tant que le spasme suspend la respiration, et de ne le rapprocher qu'après le rétablissement des fonctions respiratoires.

4° *Asphyxie pendant la période d'anesthésie complète.* — Il peut arriver qu'après avoir été complétement endormi, et bien que saturé de chloroforme, le malade fasse quelques mouvements automatiques sous l'influence de la douleur. Dans ces moments, la respiration est ordinairement très-large. Si pour prévenir le réveil, le chirurgien approche encore trop près l'appareil, il peut se faire que le gaz pénètre en trop grande abondance dans les poumons et détermine des accidents.

Ces cas sont beaucoup plus rares que les précédents, ils sont aussi moins graves, parce que probablement l'inspiration étant moins profonde, la vapeur chloroformique n'est pas attirée avec autant de force et ne pénètre ni si pure, ni si loin dans les poumons. Dans les deux ou trois cas dont j'ai été témoin, le rétablissement de la respiration n'a pas présenté de grandes difficultés.

D'après ce que je viens de dire, on voit que : 1° l'asphyxie peut être déterminé par le chloroforme ainsi que par tout autre gaz impropre à l'hématose ; 2° que cette asphyxie peut se manifester dans trois circonstances principales ; 3° que, dans ces cas, l'accident résulte autant de l'étendue exceptionnelle des inspirations exécutées par le malade que du rapprochement exagéré de l'appareil, souvent de l'un et l'autre ; 4° que cet accident est toujours brusque et instantané ; 5° qu'il est facile de l'éviter du moment que l'on est prévenu des circonstances qni peuvent lui donner naissance ; 6° enfin, qu'en agissant avec promptitude et énergie, on peut y apporter remède.

Mais l'asphyxie n'est pas la seule cause des accidents qui peuvent survenir pendant l'administration du chloroforme : nous avons dit qu'un certain nombre de ces accidents devaient aussi être attribués à la syncope, et ce sont à mon avis de beaucoup les plus redoutables.

Pour comprendre l'influence que le chloroforme peut avoir dans leur production, il importe de se rappeler, d'une part les conditions dans lesquelles la syncope se produit d'ordinaire, d'autre part le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux et sur le cœur en particulier.

Il est certain que la contractilité du cœur est toujours assez fortement influencée par le chloroforme, et qu'en poussant les inspirations de cette vapeur à un certain degré, le cœur finit par cesser de battre. En général, ce phénomène ne se produit que quand la sensibilité et les mouvements volontaires sont complétement éteints. Toutefois, il est des exceptions à cette règle, et nous avons vu plusieurs malades chez lesquels le cœur cessait de battre avant que la contraction des muscles masséter fût influencée ; quelques autres, chez lesquels la sensibilité de l'anus persistait alors que le cœur n'avait plus que des battements d'une lenteur extrême.

On comprend que chez ces malades le chloroforme peut déterminer à lui seul une syncope mortelle, si, poursuivant l'anesthésie de certains muscles réfractaires, le chirurgien vient à négliger la surveillance du pouls. Ces cas, toutefois, sont excessivement rares.

Mais si le chroforme produit rarement la syncope à lui seul, on comprend qu'il peut souvent joindre son influence à celle de quelques autres circonstances, telle qu'une hémorrhagie brusque et abondante, la position verticale, l'anémie antérieure, etc. Nous avons eu l'occasion d'observer des faits qui mettent ces propositions hors de doute.

Malheureusement, le rôle du chloroforme dans la syncope ne se borne pas à faciliter la production de cet accident, il contribue surtout à le rendre beaucoup plus grave en neutralisant la plupart des ressources sur lesquelles est basée sa thérapeutique.

En effet, dans la syncope ordinaire, les téguments conservent leur impressionnabilité ; on peut avec avantage les stimuler avec l'ammoniaque, l'eau froide, le chatouillement, la douleur. Dans la syncope chloroformique, au contraire, l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité de la peau et des muqueuses rend tous ces moyens illusoires. Ce n'est pas à dire néanmoins que l'art se trouve complétement désarmé. Les deux exemples suivants diront mieux que toutes les dissertations théoriques, et la manière dont ces accidents se produisent et les ressources de la chirurgie dans ces circonstances terribles :

1re *Observation.* — Une jeune fille portait à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur fluctuante dont je crus devoir faire la ponction. La malade fut soumise au chloroforme et endormie sans difficulté. La ponction faite, le liquide évacué, je retire la canule du trocart. Aussitôt un jet de sang s'élance par la petite plaie à plus d'un demi-mètre de distance. Étonné de cet accident imprévu, je l'observe un instant et je comprime l'artère fémorale, le jet s'arrête ; je cesse la compression, le jet se reproduit, puis tout à coup un énorme trombus envahit la partie interne de la cuisse, jusqu'auprès du genou. Sans hésiter alors, je me mets en devoir de découvrir l'artère fémorale, quand sous mon premier coup de bistouri j'aperçois le vaisseau qui m'avait si vivement inquiété ; c'était une artère musculaire qui placée sur la paroi du kyste avait été perforée par le trocart. La saisir, en faire la ligature, fut l'affaire d'un instant. Mais malgré l'extrême rapidité de ces manœuvres, une certaine quantité de sang s'était écoulée ou épanchée dans le tissu cellulaire, et la malade fut prise d'une syncope des plus graves, avec absence complète de pouls et de respiration. La position était déjà horizontale, je la rendis oblique des pieds à la tête ; puis alors que je faisais moi-même des frictions énergiques sur la région précordiale et des pressions alternatives sur les côtes inférieures, je faisais exécuter des frictions et des flagellations sur tous les membres par les élèves de la clinique. Trois minutes se passèrent ainsi sans que nous pûmes saisir aucun signe de retour à la vie. Enfin les lèvres se colorèrent, le pouls reparut, la respiration se rétablit et la malade fut sauvée, sans que cet accident eût laissé la moindre trace.

2e *Observation.* — Je fus mandé par un confrère pour l'assister dans une opération de fongus intra-utérin qu'il se proposait d'extirper chez une vieille femme de 65 ans. La malade était maigre et décrépite ; des hémorrhagies incessantes avaient épuisé ses forces. Elle était réduite à un état anémique des plus avancés.

En présence de ces conditions mauvaises et redoutant quelque accident, je résolus de me charger moi-même du chloroforme. Je l'administrai avec toutes les précautions possibles, en tenant le pouls sous mes doigts. La malade s'endormit sans passer par la période d'agitation. Je cessai dès lors les inspirations anesthésiques, et j'avertis mon confrère qu'il pouvait commencer.

Tout alla bien pendant trois minutes environ, seulement la malade perdait une assez grande quantité de sang. Tout à coup je sentis le pouls faiblir et disparaître : la malade fit quelques inspirations profondes, pâlit et parut avoir cessé de vivre. Tout cela se fit avec une telle promptitude, que j'eus à peine le temps d'avertir l'opérateur de s'arrêter. Un examen rapide de la malade nous fit comprendre immédiatement toute la gravité de l'accident. Les lèvres étaient décolorées, le nez et les extrémités froides, la respiration nulle, le pouls complétement absent, les mouvements du cœur imperceptibles, les membres étaient roides, les mâchoires seules avaient de loin en loin un léger mouvement automatique.

Devant des symptômes aussi caractéristiques, j'avoue que je ne conservai presque aucun espoir. Cependant, rassemblant mon courage et me rappelant la sublime énergie de Récamier, mon maître, dans ses luttes contre la mort, j'organisai les secours avec une sorte de frénésie. Des frictions vigoureuses furent exercées sur les bras, les jambes, les cuisses et le ventre ; moi-même je me chargeai de la poitrine et de la région du cœur. Pour nous reposer du mouvement de frottement, nous exerçions la percussion, le massage, la flagellation, puis les frictions recommençaient. Pendant un quart d'heure, il nous fut impossible de saisir un seul mouvement respiratoire, un seul battement du cœur, le moindre signe de vie, lorsqu'enfin je vis la lèvre supérieure revêtir une teinte légèrement rosée. Cette faible lueur d'espérance ranima nos forces, les frictions redoublèrent d'activité et d'énergie, bientôt alors nous pûmes saisir un mouvement respiratoire, puis le cœur commença à battre. Nous tenions enfin le fil de

sauvetage, mais combien n'était-il pas fragile ! Aussitôt que pour reprendre un peu de force nous suspendions nos frictions, le pouls fuyait, la respiration devenait moins profonde et plus éloignée. Cinq quarts d'heure, se passèrent ainsi avant que les fonctions vitales fussent complétement régularisées, et même la malade ne reprit connaissance entièrement qu'au bout de trois heures.

Pour donner une faible idée de la manière dont avaient été exécutées les frictions et les massages, je dirai que lorsque nous cessâmes les manœuvres, la peau de toute la partie antérieure du thorax, une partie de celle du ventre, des bras, des jambes, des cuisses et du cou était dépouillée de son épiderme.

La malade s'est parfaitement remise de cette terrible secousse et sauf sa maladie antérieure qui est restée la même, son état est encore actuellement aussi satisfaisant que possible.

Si maintenant nous cherchons à raisonner tout ce que nous venons de dire, je crois que nos conclusions seront un peu en désaccord avec celles de l'excellent rapport de notre commission et qu'au lieu de considérer les accidents du chloroforme comme des phénomènes mystérieux aussi impossibles à prévoir qu'à combattre, nous sommes autorisé à dire que ces accidents sont parfaitement intelligibles : que les causes qui précèdent à leur apparition peuvent être parfaitement évitées : enfin que l'art possède des moyens puissants pour les combattre, alors qu'ils sont développés. Aussi le chirurgien ne saurait-il être trop prudent quand il administre le chloroforme, ni trop actif et énergique, quand il combat les accidents auxquels il peut donner lieu.

Séance du 20 juillet.

Fluctuation dans les lipômes.

M Chassaignac insiste sur ce fait qu'on rencontre quelquefois dans les lipômes, non pas une apparence de fluctuation, mais bien une fluctuation des plus caractérisées.

Divers membres présentent des malades.

Ligature préventive.

M. A. Richard lit une observation de cancer aigu (la maladie s'est développée en 3 mois) de l'humérus, dans lequel l'amputation a été suivie de mort, au bout de cinq ou six heures. Il attribue ce résultat à la perte considérable de sang qui eut lieu pendant l'opération, et il se propose de montrer par cette observation l'utilité de la ligature préventive. Nous publierons plus tard ce travail.

DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME.

M. Forget. Le chloroforme pur et bien employé peut-il donner la mort?

Ce n'est pas la première fois, messieurs, que cette question, résolue négativement par un vote de l'Académie de médecine, lors de la célèbre discussion de 1849, a été portée dans le sein de la Société de chirurgie, elle s'y est produite déjà sous les auspices d'un chirurgien distingué de la Faculté de Strasbourg, M. Sédillot, qui lui aussi, l'a résolue par la négative.

Si une telle doctrine eût été acceptée, il eût fallu, depuis longtemps, renoncer à l'usage de cet anesthésique; pour ma part, les dangers d'une telle situation me frappèrent si vivement, que je n'hésitai pas à prostester contre la proposition de l'honorable M. Sédillot (*Voir* le *Bulletin de la Soc. de chir.*, séance du 21 octobre 1851). Cette protestation, à laquelle M. Huguier fut seul à s'associer, je la développai plus tard dans l'*Union médicale.*

En rappelant cette origine de la discussion actuelle, à laquelle se rattachèrent aussi plusieurs autres travaux, notamment ceux de M. de Castelnau insérés dans la *Gazette des Hôpitaux;* de M. J. Guérin, dans la *Gazette médicale,* et les considérations judicieuses qu'a publiées sur le même sujet notre collègue M. Debout, dans le *Bulletin de thérapeutique,* j'ai eu pour but de revendiquer pour la *Presse médicale,* à laquelle on ne rend pas toujours la justice qu'elle mérite, la part qui lui revient dans l'étude des anesthésiques, dans l'appréciation des dangers auxquels ils exposent, et dans la détermination des circonstances au milieu desquelles ceux-ci peuvent se développer.

Maintenant, j'arrive au rapport de notre collègue, *M. Robert,* qui lui aussi se prononce contre la prétendue innocuité du chloroforme, d'après la formule du professeur de Strasbourg, et qui, de l'analyse et de la discussion des faits dont l'exposé forme la première partie de son travail, fait ressortir cette proposition contre laquelle il nous paraît bien difficile aujourd'hui d'élever une contestation fondée : « *L'art ne possède aucun « moyen efficace de prévenir et d'enrayer les accidents produits par le « chloroforme.* » Pour ma part, je m'associe à cette proposition, et je ne me sépare de M. Robert que sur la conclusion qui me semble devoir en découler, par rapport à la conservation du chloroforme ou à son abandon dans la pratique chirurgicale. Mais avant de toucher à ce point délicat, je demanderai à mon honorable collègue la permission de discuter sa troisième conclusion qui est ainsi conçue :

3° *Conclusion.* — « *Dans la plupart* des faits observés jusqu'à ce jour, « la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent « anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de « l'organisme, inconnue dans sa nature. »

En lisant cette troisième conclusion, j'ai recherché dans le rapport les éléments qui pouvaient la légitimer, les faits qui lui servaient de base. Or, je n'ai trouvé que l'exposé de six observations. Suffisent-elles à fonder une semblable conclusion ? Que M. Robert ait dit : « Dans les cas de mort subite « relatés plus haut, la mort n'a pas eu lieu par l'administration excessive « du chloroforme ; » cela eût été vrai, et nous eussions eu une déduction plus rigoureuse des prémisses du rapport. M. Robert, généralisant sa conclusion, embrasse dans une formule beaucoup trop absolue la plupart des cas de mort observés jusqu'à présent, et cependant, parmi les 78 autres observations où elle a eu lieu, il est impossible de se refuser à reconnaître qu'il en est un certain nombre dans lesquelles la mort n'est survenue qu'après l'administration du chloroforme plusieurs fois répétée. Au surplus, qu'entend-on par administration excessive ? Pour vous, où l'excès commence-t-il ? Quelle limite ne devrait-on pas franchir, sous peine de s'exposer à tomber dans l'excès ? Où est la règle de posologie qui guidera le praticien ? Tel individu ne sera pas anesthésié qui aura inspiré les vapeurs de 10, 12 et même 15 grammes de chloroforme; tel autre qui en aura inspiré une minime quantité sera au contraire jeté dans le prolapsus. En d'autres termes, ce qui est excès pour l'un ne l'est pas pour un autre. Au point de vue de la responsabilité médicale, il importe de régler ce point du débat ; car en acceptant le langage du rapport, en cherchant à l'interpréter, le magistrat pourrait se demander, si dans un cas de mort survenue précisément à la suite d'inhalation abondante et répétée, il n'y a pas eu de la part du praticien excès, c'est-à-dire abus. Cette dernière considération m'a fait regretter que M. Robert n'ait pas adopté, pour formuler sa conclusion, une autre rédaction dont les termes n'eussent pas prêté à une interprétation qui peut engager, aux yeux de la loi, la responsabilité du chirurgien.

D'ailleurs, il faut le reconnaître, la mort peut se produire après l'emploi du chloroforme, dans des circonstances fort diverses. A cet égard, voici ce que l'étude des observations qui ont été publiées nous a appris :

1° La mort a lieu presque instantanément et comme par une espèce de sidération analogue à celle que déterminent certains poisons les plus violents.

2° Elle a lieu d'une manière plus lente et est précédée de troubles fonctionnels qui ont de la ressemblance avec ceux que détermine l'asphyxie ; mais encore ici la mort est assez prompte. Ces deux genres de mort sont admis et indiqués par M. Robert.

3° Mais ce n'est pas tout : il faut encore admettre que la mort a lieu quelquefois consécutivement ; *M. Robert* lui-même en a donné un exemple dans une observation de hernie étranglée, publiée en 1849 dans une note qu'il a lue à l'Académie de médecine, et qui nous montre son opéré succombant plusieurs heures après l'opération, lorsqu'il avait depuis très-longtemps recouvré le calme et la raison.

4° L'opéré peut aussi succomber au milieu des circonstances qui peuvent le moins le faire craindre, lorsque son état physiologique est, en apparence du moins, dans sa condition normale et tout à fait régulière. Ainsi, dans la quatrième observation du rapport, celle qu'a reproduite l'*Union médicale,* d'après le *Medical Times,* on voit le patient succomber presque instantanément après incision faite à la peau du scrotum, pour mettre à découvert un testicule cancéreux, et cela bien qu'on vînt de constater que le pouls régulier donnait 70 pulsations, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation ; bien que la respiration se fît librement, qu'une teinte rosée fût répandue sur les lèvres, et que le sang vînt de couler à jet très-franc d'une artériole ouverte par l'incision de la peau. C'est-à-dire que la mort peut survenir précisément dans cette période caractérisée par l'insensibilité avec régularité parfaite des grandes fonctions, période que, par un abus de langage plein de dangers, on a appelé période de *tolérance anesthésique.* Je dis plein de dangers, parce que cette dénomination, en assimilant ce qui s'observe chaque jour, en thérapeutique médicale, par exemple, dans l'administration de l'émétique, suivant la méthode oratorienne, à ce qui se passe chez quelques malades lors de l'inhalation du chloroforme ; on établit un rapprochement entre des choses éminemment dissemblables ; on parle un langage qui, pris à la lettre, tend à entretenir le chirurgien dans une fausse sécurité ; aussi est-ce avec quelque étonnement que j'ai vu dans son rapport M. Robert prêter l'appui de son approbation et l'autorité de son nom à l'opinion qui a servi de base à cette fausse doctrine, et applaudir aux avantages de cette prétendue tolérance anesthésique qui peut n'être souvent qu'une transition insensible de la vie à la mort.

5° Les accidents les plus graves, une nuance de mort imminente, se produisent encore après l'usage du chloroforme; par aggravation des effets qu'il a déterminés après une première inhalation, et sans qu'on y ait eu recours de nouveau; témoin, cet opéré de M. Jobert (de Lamballe) qu'il se disposait à amputer : à peine anesthésié, il a une syncope; il revient à lui, on se prépare à commencer l'opération; nouvelle syncope, on la fait cesser au moyen d'eau froide et de frictions; déjà on le croit tout à fait à l'abri de ce nouvel accident, lorsqu'une troisième syncope a lieu, syncope grave qui fit croire un instant que la mort allait s'ensuivre. On fit alors usage d'une pile voltaïque, dont un des fils conducteurs fut placé dans l'anus, un autre à l'entrée supérieure des voies digestives; sous l'influence des vives commotions déterminées par le jeu de l'instrument, le patient fut ramené à la vie.

6° La mort peut aussi se produire par la reprise des inhalations du chloroforme dans le cours d'une opération. Il serait facile de trouver des faits qui ne laissent à cet égard aucun doute. Ses recherches ont conduit M. le rapporteur à cette désolante conclusion, que l'art était impuissant à prévenir ces accidents et à y remédier. Je me demande comment alors il se fait qu'à cette question adressée à l'Académie de médecine par M. le docteur Mascarel : « Le chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthé-« sique dans la pratique médicale, on se soit trouvé suffisamment autorisé « à répondre par l'affirmative? » Il me semble, comme à mon honorable collègue M. Deguise fils, qu'il y a ici entre les prémisses et la conclusion principale un désaccord qui a besoin d'être expliqué. Où trouver cette explication? C'est ce que je vais examiner.

« Malgré la catastrophe dont le chloroforme a été la cause, nous n'hésitons pas à reconnaître, *c'est M. Robert qui parle*, toute l'importance de son emploi, et à dire qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgicale; il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'usage. »

A coup sûr, en thèse générale, nous reconnaissions que cette manière de penser est juste, et qu'elle mérite toute approbation; mais dans l'application que l'on en fait à la découverte du chloroforme et à son usage comme agent anesthésique, elle nous paraît au moins hasardée. D'abord, le rapprochement établi entre le chloroforme et les chemins de fer semblera imaginé à quiconque voudra y réfléchir, pour démontrer, de la manière la plus évidente, jusqu'à quel point est vrai le vieil adage : « *Que toute comparaison cloche.* »

L'orateur insiste ici pour démontrer tous les vices de la comparaison établie par M. Robert entre le chloroforme et les chemins de fer, puis il continue :

Dira-t-on que le chloroforme n'est pas le seul agent de la matière médicale qui puisse être mortel entre les mains du thérapeutiste? Je ne nie pas cela; mais j'affirme que d'aucune de ces substances on ne peut dire ce que M. le rapporteur dit du chloroforme, page 23 de son rapport : « Dans « l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades « à l'action toxique du chloroforme. » C'est que, en effet, il existe entre l'anesthésique dont il s'agit et la substance médicamenteuse une différence essentielle, basée sur la possibilité où est le praticien de doser à son gré ces dernières, et d'en varier les combinaisons de manière à neutraliser leur action toxique sans nuire à leur vertu curative; tandis que, ainsi que nous l'avons déjà dit, la posologie du chloroforme est encore à faire. Est-il besoin d'ajouter, pour détruire ce que peut avoir de spécieux cet argument, que le chloroforme, dans son application à la chirurgie, ne peut pas être logiquement assimilé à un médicament; il n'en a ni le caractère, ni les propriétés, ni les effets; il n'est doué d'aucune vertu médicatrice, et, après comme avant son administration, le malade demeure exposé à tous les dangers et à toutes les incertitudes inhérentes à l'acte opératoire auquel il vient d'être soumis.

Les partisans du chloroforme donné jusqu'à résolution complète ont encore invoqué en sa faveur la sécurité plus grande qu'il donne au chirurgien, en lui rendant plus facile l'accomplissement de son œuvre, et en lui permettant ainsi d'*opérer un prodige de hardiesse*. Cet argument serait-il fondé qu'il ne peut avoir qu'une valeur fort secondaire.

Le chirurgien n'a rien à revendiquer pour lui-même des bienfaits dus à la découverte des anesthésiques, et sa personnalité doit ici s'effacer et disparaître devant un intérêt bien plus élevé, le seul dont il doive se préoccuper dans les applications qu'il fait du chloroforme : celui des maladies. Au surplus, M. Robert l'a formellement reconnu dans son rapport; ce puissant anesthésique n'est point destiné à donner ses aises au chirurgien; il n'aplanit pas la difficulté de son rude labeur, et pour me servir du langage même de notre collègue, je dirai que si le chloroforme est un bienfait pour l'humanité, il est certainement pour le chirurgien une source de préoccupations et de difficultés.

Quant aux prodiges de hardiesse que, grâces à lui, on aurait opérés depuis quelques années dans la pratique de la chirurgie, je ne crois pas que jusqu'à présent il y ait une seule opération, si ardue, si périlleuse qu'elle soit, qui n'ait été, avant son intervention, heureusement exécutée par des mains habiles et résolues. Aussi, disons avec M. Velpeau, que ce ne sont pas les chirurgiens, mais les malades qui ont besoin du chloroforme.

Les partisans du chloroforme ont conseillé de renoncer à son emploi pour une catégorie de malades qui comprend *tous les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope; ceux qui sont affaiblis par des hémorrhagies, par des suppurations prolongées, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme grave. Enfin la chlorose, chez les femmes, serait encore une contre-indication.* Ajoutons que quelques chirurgiens ont encore vu une contre-indication dans l'âge des individus, ainsi, pour eux, les vieillards et les jeunes enfants, c'est-à-dire les deux extrêmes, ne doivent point être soumis à l'action du chloroforme.

En présence d'exceptions aussi nombreuses, on se demanderait pour quels malades désormais l'anesthésie par le chloroforme serait un bienfait. C'est qu'en vérité, en jetant un coup d'œil sur la nosologie chirurgicale, et surtout en parcourant les salles d'hôpitaux, on est frappé du nombre considérable de lésions qui, à un moment donné, placent ceux qui en sont atteints dans l'une ou dans l'autre des conditions pathologiques qui de votre aveu contre-indiquent l'emploi du chloroforme.

J'irai plus loin, et je demanderai si en suivant cette prescription, dont je ne prétends pas contester la sagesse, on ne priverait pas de cette bienfaisante immuité contre la douleur ceux-là même qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire ceux que leur état de débilité et d'épuisement rend le moins aptes à supporter sans coup férir une longue et douloureuse opération.

D'ailleurs, qu'on veuille bien le remarquer, l'excès d'action du chloroforme, dans les observations de mort subite, s'est également manifesté chez des individus d'une bonne santé et d'une constitution robuste, et des six victimes qu'il a faites et dont notre collègue a cité l'observation, il n'en est pas une seule qui se soit trouvée dans la condition d'affaiblissement général dont il vient d'être question; d'où il résulte que pour être logique il faudrait multiplier encore les cas d'exclusion, étendre à l'infini la formule des contre-indications, et arriver forcément à l'abandon complet du chloroforme.

Au surplus, si cet agent devait être abandonné, la douleur des opérations trouverait ailleurs un antagoniste puissant et qui, jusqu'à la découverte de son heureux rival, a suffi à la neutraliser : je veux parler de l'éther. Pour ma part, c'est ce dernier dont je fais usage toutes les fois que dans ma pratique j'ai besoin de produire l'anesthésie.

S'il n'a pas certains avantages du chloroforme, au point de vue de l'administration, il est hors de doute, et cela lui donne à mes yeux une supériorité incontestable, qu'il n'en a pas non plus les inconvénients irrémédiables.

Mais avant d'entrer dans cette partie nouvelle et encore inexplorée de la discussion, qu'il me soit permis de dire un dernier mot en faveur du chloroforme; de ma part, cela ne peut être suspect. Ce dernier mot, qui d'ailleurs s'applique à l'usage des anesthésiques en général, sera relatif aux précautions à prendre pour en prévenir l'excès d'action.

Je n'ai pas vu figurer, au nombre des indications formulées à ce sujet, celle à laquelle plusieurs chirurgiens ont été conduits, et qui consiste à ne pousser l'inhalation jusqu'à cette limite qui permet d'obtenir tous les bénéfices du chloroforme, sans avoir autant à en redouter les dangers, c'est-à-dire à ne point se porter, sans une nécessité absolue, jusqu'à la résolution musculaire. Voici à ce propos comment s'exprime un praticien des plus éminents que vous avez récemment acclamé au nombre des membres honoraires de la Société de chirurgie, M. Hervez de Chégoin : « Malgré « mes craintes, il m'en coûtait, dit-il, de renoncer à un moyen si pré-« cieux, et je voulus savoir à quel point on pouvait atténuer la douleur, « sans porter le chloroforme jusqu'à la perte de connaissance (*Union « médicale*, avril 1852). » Pour cela, M. Hervez de Chégoin, chez une femme à qui il allait enlever un sein, s'arrêta dans l'inhalation quand elle se plaignit d'un léger étourdissement. La peau de l'avant-bras qu'il pinça n'était pas insensible; mais la douleur était si obtuse que la malade, qui en avait la conscience, la considérait comme indifférente : c'est dans cette condition qu'il commença l'opération; pendant toute la durée, la malade lui parlait, lui disait qu'elle le voyait, l'entendait, mais qu'il ne lui faisait pas de mal.

Une autre femme, à qui M. Hervez amputait l'index, et qu'il avait mise dans les mêmes conditions, lui tint le même langage.

Même résultat chez un jeune homme auquel il pratiqua une opération très-courte, mais très-douloureuse. Le patient était resté assis. Le mouchoir, imprégné d'un gramme de chloroforme, avait été retiré dès que le malade avait témoigné du malaise.

Encore même résultat chez un jeune homme de quinze ans, doué d'une extrême sensibilité marquée par des mouvements involontaires des membres, et auquel un abcès à la jambe fut ouvert sans qu'il s'en soit aperçu : la chloroformisation avait, dans ces cinq cas, duré moins d'une minute.

Enfin, messieurs, le dernier fait a trait à M. Hervez lui-même qui y joue

un rôle passif. Notre confrère avait un anthrax à la nuque qui exigeait une incision pour laquelle il ne voulait être choroformé jusqu'à insensibilité complète. Après trois minutes d'inhalation bien irrégulière et bien souvent interrompue, ennuyé d'attendre, et n'éprouvant qu'un serrement dans les tempes, il pria le chirurgien (c'était notre excellent collègue M. Michon) de commencer; impatient d'être délivré, et ne voyant pas ce qui se passait, il pria vivement son confrère de se hâter : c'était fini et M. Hervez n'avait rien senti. Fort surpris et très-satisfait, il porta les doigts sur les bords de la plaie qu'il trouva insensible.

« Je pouvais croire, ajoute-t-il, que cette insensibilité dépendait de la « maladie elle-même, qui avait mortifié le tissu cellulaire sous-cutané, « mais la peau ne participait point à cette mortification : je me pinçai à « plusieurs reprises celle de la partie antérieure et inférieure de l'avant-« bras, et la douleur avait un caractère si obtus, que je la renouvelai par « curiosité; je répétai cette épreuve plusieurs fois dans les vingt-quatre « heures, et, à mon grand étonnement, je trouvai non pas de l'insensibilité, « mais une grande diminution dans la sensibilité. »

Puis il termine ainsi : « Éclairé par ces faits depuis assez longtemps « déjà, je me borne à cette action du chloroforme, qui atténue la sensibilité « au degré convenable pour rendre à peu près indifférent à la douleur, « sans porter atteinte aux facultés intellectuelles, sans jeter dans cet « anéantissement complet, dont trop d'exemples prouvent qu'on n'est pas « certain de revenir. »

M. Hervez de Chégoin n'est pas le seul à avoir fait la remarque qui précède; dans un travail que mon savant ami, M. Jobert de Lamballe a lu récemment à l'Institut : « Le médecin, dit-il, doit constamment surveiller « le malade et ne pas s'en rapporter à des mouvements irréguliers, à de « la loquacité, pour juger le degré d'action du chloroforme, car il arrive « que l'insensibilité est produite lors même qu'il existe de l'agitation des « membres et des paroles incohérentes. »

En résumé, ce que l'on doit se proposer dans l'emploi des anesthésiques, c'est ce degré d'insensibilité qui, pour ne pas être profonde et accompagnée de la résolution musculaire, suffit néanmoins pour faire perdre au malade la conscience de la douleur, ou que si elle la leur laisse, ce n'est qu'à un très-faible degré.

A coup sûr on ne contestera pas, et au besoin les faits qui précèdent sont là pour le prouver, que l'action du chloroforme, arrêtée à ce degré, ne soit suffisante pour l'exécution d'un grand nombre d'opérations soumises à des règles précises et pour lesquelles il n'est besoin que d'un laps de temps fort court.

Je sais bien que l'on m'objectera que dans quelques cas où la résolution musculaire est nécessaire à la bonne exécution du manuel opératoire, il faut porter l'anesthésie beaucoup plus loin. Ainsi, nous dit M. le rapporteur, le traitement des luxations, des hernies étranglées et pour quelques cas de cathétérisme difficile : pour les luxations, je l'admets volontiers, sans concéder toutefois que, sauf les cas où elles sont compliquées de fracture, le but que se propose le chirurgien ne puisse être atteint sans le secours de l'anesthésie. En avançant cette dernière proposition, je crois que les termes du rapport ont mal rendu la pensée de l'auteur.

Quant à la hernie étranglée pour laquelle on proclame la nécessité de recourir au chloroforme jusqu'à résolution musculaire, soit qu'on veuille opérer le taxis ou le débridement, il me semble que le précepte ainsi formulé d'une manière générale peut avoir des inconvénients graves. D'abord l'exemple est-il bien choisi? Pour ma part, j'en doute, et je crois, messieurs, qu'une courte discussion justifiera mon doute à cet égard.

L'orateur base ses doutes sur un cas de mort survenue pendant une opération de hernie, et rapportée par M. Robert lui-même à l'anesthésie, sur des cas analogues observés par MM. Debrou, Fano, etc., et sur l'opinion d'Ast. Cooper, qui fait remarquer la facilité avec laquelle se manifeste la syncope chez les individus qui se trouvent dans l'état de prostration causé par l'étranglement. Il conclut qu'on doit proscrire le chloroforme dans l'étranglement et l'engouement herniaires, excepté dans ceux qui sont récents et n'ont pas encore produit de prostration. Il reprend ensuite :

Vous vous rappelez le tableau si émouvant qu'il vous a tracé de cet individu qui était dans un état complet de collapsus, et qui, nonobstant, restait la mâchoire serrée, à tel point qu'il fut dans la nécessité, à deux reprises différentes, d'attendre que le malade fût revenu à lui, pour pouvoir pratiquer la section de l'os, que la contraction du masséter et des ptérygoïdiens ne permettaient pas d'abaisser.

A côté de ce fait, qui m'a vivement frappé, j'en plaçai un autre qui n'est pas sans analogie avec lui, et sur lequel j'appelle l'attention de mes collègues; je veux parler de la persistance de la contractilité des muscles placés sur la limite en quelque sorte des deux grands appareils nerveux qui président, l'un aux fonctions de la vie organique, l'autre à celle de la vie animale; telles sont les structures de l'anus, dont plusieurs fois j'ai constaté la contraction persistante au milieu de la révolution musculaire générale. Dernièrement encore, ce contraste m'a vivement frappé, c'était chez un malade que j'opérais de la fistule à l'anus, et, ce matin même, chez une femme que j'opérais d'une fissure anale. La double origine des nerfs qui se distribuent à l'extrémité inférieure de l'intestin, nerfs cérébraux et ganglionnaires, émanations du centre nerveux hypogastrique, et ses plexus sacrés, me semblent souvent une explication satisfaisante de ce fait : c'est la vie de relation, la vie animale, qui la première est atteinte dans son principe par le chloroforme, et ce sont ses manifestations extérieures qui cessent aussi les premières.

Pour atteindre la vie organique dans son élément générateur, dans son moteur principal, le système ganglionnaire, sa puissance anesthésique doit être en général conduite jusqu'à un degré d'intensité extrême; or, tant que ce degré n'est pas atteint, on comprend que l'innervation qui dérive de ce système continue de s'effectuer; on comprend aussi tout ce qu'il y aurait de danger et d'imprudence à vouloir pousser l'expérience jusqu'à ce point. Car, dans tous les cas où la mort a eu lieu d'une manière subite, c'est par la sidération du principe moteur des muscles de la vie organique, et conséquemment par le fait de la paralysie de ceux-ci, que, suivant moi, elle s'est produite. En vue de ce raisonnement, j'ai arrêté les inhalations de l'éther chez les deux malades que je viens de citer, et c'est ainsi que je conseillerai d'agir en pareille circonstance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La séance annuelle de la Société anatomique, depuis longtemps remise, par suite d'une grave maladie du secrétaire, M. Denucé, aura lieu le mardi 2 août, à trois heures, à la Faculté de médecine, salle des thèses.

Le banquet aura lieu le même jour, à *six heures*, chez Véfour-Hamel (Palais-Royal). On souscrit chez les commissaires dont les noms suivent :

MM. *Boullard*, prosecteur à la Faculté de médecine, quai Napoléon, 19;
Blain des Cormiers, trésorier, rue des Saints-Pères, 7;
Géry, interne à l'hôpital de la Charité.

Prix de la souscription : 10 fr.

— Les journaux quotidiens donnent les nouvelles avec si peu d'exactitude, spécialement toutes les fois que des médecins à un titre quelconque s'y trouvent intéressés, que nous ne reproduisons que sous toutes réserves la note suivante, sur laquelle nous n'avons aucun renseignement particulier :

« Une jeune femme de la commune des Batignolles était parvenue à un état de grossesse assez avancé pour que, d'un instant à l'autre, elle s'attendît à devenir mère, lorsque, il y a quelques jours, ayant fait une chute grave, elle fut saisie de douleurs à la suite desquelles elle accoucha d'un enfant mort du sexe féminin. Au milieu du trouble et de la douleur causés dans la famille par ce funeste événement, le docteur X..., qui avait donné ses soins à la jeune femme, voulut bien se charger de faire à la mairie la déclaration nécessaire pour obtenir le permis d'inhumation de l'enfant mort-né.

« Plusieurs jours s'écoulèrent, et la jeune femme commençait à se rétablir, lorsqu'un commissaire de police du service spécial des délégations judiciaires se présenta chez elle, venant lui demander quels étaient les motifs qui l'avaient déterminée à faire déposer son enfant à l'hospice des orphelins, et lui proposant, ainsi que l'administration a coutume de le faire en pareil cas, de lui venir en aide si elle voulait consentir à le reprendre et à l'élever.

« On peut se faire une idée de l'étonnement et de la douleur de la jeune femme, à laquelle toutefois quelques mots suffirent pour faire connaître au magistrat sa douloureuse situation, et pour le convaincre que l'on avait abusé de son nom pour opérer la substitution qui donnait lieu à une si pénible méprise. Comme toutefois, dans sa réponse, elle avait dû nécessairement prononcer le nom du docteur X..., qui avait assisté à son accouchement et s'était occupé de l'inhumation qui l'avait suivi : « Mais c'est « ce même docteur X..., dit le commissaire, qui, à quarante-huit heures « de distance, a présenté et fait admettre à l'hospice des orphelins l'enfant « dont il a déclaré que vous veniez de devenir mère. »

« La jeune femme demanda alors que l'on procédât à une enquête dans son voisinage, enquête qui ne laissa aucun doute sur la pertinence et la réalité des faits qu'elle venait de raconter.

« Ces faits donnaient lieu ce matin à l'arrestation du docteur X..., qui n'a fait nulle difficulté d'avouer la substitution qu'il s'était permise, et dont même, en en voyant aujourd'hui les conséquences, il ne paraît pas apprécier la gravité. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 90. 1re année. Jeudi 28 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 18 juillet. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. MICHON. Leçons cliniques sur les affections utérines, par M. D. Zambaco. (*Suite.*) — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 27 juillet 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Deux lectures, l'une de M. Poggiale et l'autre de M. Robin, ont fait hier tous les frais de la séance de l'Académie. Le travail de M. Poggiale, d'un grand intérêt au point de vue de l'hygiène du soldat et même de l'hygiène générale, renferme une étude approfondie du pain de munition de diverses nations. Nous publierons les parties essentielles de ces laborieuses recherches. Quant au mémoire ou plutôt à la simple note de M. Robin, dont la fécondité botanique a pu paraître un peu exagérée à quelques personnes, cette note a pour but exclusif de démontrer que la partie de l'ergot de seigle, que M. Léveillé a désignée sous le nom de *sphacélie*, et M. Fée sous celui de *sacculus*, est composée surtout des restes de la fleur atrophiée, et d'un cryptogame particulier, qui ne serait pas le même que le *sclerotium*, qui constitue l'ergot proprement dit. Sous ce dernier rapport, l'opinion de M. Robin diffère de celle de M. Tulasne, qui a fait, ainsi que M. Guibourt, une étude si approfondie de l'ergot. On comprend facilement qu'entre MM. Robin et Tulasne, nous n'ayons pas de jugement à porter, et que nous devions nous borner à dire que les présomptions sont nécessairement en faveur du botaniste de profession.

La lecture de M. Robin a été suivie d'un comité secret dans lequel a été lu le rapport sur les travaux des candidats à la place vacante. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la commission a placé au premier rang M. Chatin, au deuxième rang M. Robin, et au troisième rang, *ex æquo*, MM. Martinet et Sandras. L'Académie a accueilli cette classification comme étant basée sur une juste appréciation des travaux des candidats. et, malgré quelques réclamations de M. Cazeaux, elle a clairement manifesté qu'elle confirmerait par son vote le choix de la commission.

H. DE CASTELNEAU.

Séance de l'Académie des sciences du 18 juillet.

Cette séance ne nous a offert d'important que la communication de M. Baudens sur la question à l'ordre du jour. Mais ce travail est tellement étendu, qu'il nous a été impossible d'en prendre une connaissance suffisante pour en présenter aujourd'hui l'appréciation.

G. D.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. MICHON.

Leçons cliniques sur les affections utérines.

Recueillies et rédigées par M. D. ZAMBACO, *interne des hôpitaux de Paris* (1), *membre titulaire de la Société médicale d'observation.*

(Suite. Voir le n° 83.)

Division du sujet. — Les affections utérines se divisent en deux grandes catégories ; la première renferme celles qui s'attaquent à la structure de l'utérus ; la seconde comprend les déviations de cet organe.

Les maladies qui forment le premier groupe doivent être distinguées en celles qui attaquent le col de l'utérus et en celles qui ont pour siége le corps de ce viscère. D'autres fois enfin, ce qui est plus rare, l'organe est atteint dans toute son étendue. Les maladies du col sont bien plus nombreuses que celles du corps ; aussi avons-nous à dessein fait remarquer que le col est plus vasculaire dans l'état physiologique ordinaire et hors l'état de gestation. Cette aptitude plus grande du col à devenir malade s'explique encore suffisamment par son exposition plus immédiate aux influences des causes extérieures.

Parmi les auteurs qui ont le plus contribué à cette véritable révolution que les maladies utérines éprouvèrent depuis un certain temps quant à leur étude et à leur traitement, nous signalerons les suivantes : Un des élèves de M. Michon, M. Raillot, fit paraître, en 1836, une *Thèse* dans laquelle on trouvera la plupart des faits signalés depuis comme nouveaux. Cet ouvrage précéda, comme on le voit, les recherches de M. Bennet, d'Angleterre.

Les chirurgiens de Lourcine prirent à tâche et parvinrent à renverser les doctrines de Lisfranc, qui ne connaissait que l'engorgement et qui n'avait pour toute arme contre les affections de l'utérus que la saignée répétée, la ciguë et l'ablation du col.

La nouvelle école rendit de très-grands services en rectifiant plusieurs erreurs depuis reconnues dangereuses ; c'est à elle que l'on doit la proscription de ses longs traitements généraux qui n'aboutissaient à rien moins qu'à la guérison ; ce n'est que depuis ces nouvelles études faites au lit même des malades par des hommes instruits, impartiaux et guidés par le seul intérêt de la science, que l'on a cessé de martyriser les pauvres malades en les tenant constamment couchées, de les étioler en les soumettant à des régimes rigoureux et à des phlébotomies souvent répétées ! C'est grâce à leurs efforts contre les doctrines du chirurgien de la Pitié, que l'on a adopté le traitement direct, le traitement substitutif des ophthalmies, aujourd'hui si générale-

(1) ERRATA DE LA LEÇON PRÉCÉDENTE. — Page 659, 1re colonne, au lieu de *construction* de poitrine, lisez : *constriction ;* page 660, 1re colonne, au lieu de relations *sensuelles*, lisez : *sexuelles ;* même page, même colonne, au lieu de *parturions*, lisez : *parturitions*.

ment répandu, et des effets heureux duquel tous les praticiens n'ont qu'à se louer.

M. Bennet tombe dans une erreur inqualifiable lorsqu'il prétend que, quelle que soit la maladie qui attaque l'utérus, quels que soient son début, sa marche et ses symptômes, c'est toujours la même affection, revêtissant telle ou telle autre forme, tel ou tel autre aspect, mais toujours et la même quant à son essence; assertion complétement erronée et qui peut avoir des conséquences très-fâcheuses! Jamais un traitement banal ne peut être appliqué à toutes les maladies qui ont pour siége l'utérus, et lors même que plusieurs affections seraient traitées et guéries par les mêmes moyens thérapeutiques, on ne serait pas, par cela seul, autorisé à en conclure leur unicité, à déduire leur identité.

Ainsi, loin de là, nous croyons fermement qu'il y a plusieurs espèces d'affections utérines. L'inflammation est le point de départ de plusieurs maladies; elle reconnaît pour causes des prédispositions dont plusieurs sont assignées à l'organe par sa physiologie, par les fonctions qu'il est chargé d'accomplir. Une de ces prédispositions évidentes et reconnues par tous les auteurs qui ont médité sur la production de ces maladies, c'est le flux mensuel; on comprend aisément qu'un organe qui est le siége fréquent d'une fluxion, d'une tuméfaction, puisse contracter une phlegmasie dont la première période est toujours prête et accomplie par décret physiologique. Partout, en effet, dans tous nos tissus, le développement de la phlogose est devancé et précédé par une suractivité dans la circulation capillaire, par un mouvement fluxionnaire; ce n'est qu'après ce prodrôme qui en forme déjà le premier pas, que la phlegmasie se déclare; rien d'étonnant alors qu'un organe qui subit fréquemment des variations si tranchées, si brusques dans son système vasculaire, dans le flux du liquide sanguin, soit sujet à s'enflammer facilement par l'extension de l'acte physiologique jusqu'à déterminer l'état pathologique. Une autre cause, tenant également à la destination de cet organe, au rôle physiologique qu'il est appelé à remplir, le prédispose éminemment à devenir malade; nous voulons parler des relations sexuelles; du coït.

Dans le rapprochement des sexes, l'extrémité libre du pénis va heurter contre le col qui proémine dans le vagin; les secousses imprimées à l'utérus sont d'autant plus violentes que le membre viril est en disproportion de grandeur avec le canal conducteur. C'est en effet l'introduction d'une verge trop longue relativement à la dimension du vagin, qui produit surtout l'anteversion, et peut causer l'ulcération et l'engorgement du col; ce refoulement du col contribue d'autant plus au développement des affections que nous venons de mentionner, que le coït est plus fréquemment répété. On est appelé à les constater bien souvent pendant le dernier quartier de la lune de miel.

Enfin, la dernière de ces causes physiologiques, et peut-être la plus essentielle, c'est la fonction même de cet organe de recevoir l'ovule fécondé qui se développe dans son sein; c'est en un mot la gestation. La grossesse, l'avortement et l'accouchement sont les causes les plus fréquentes et les plus puissantes d'inflammation, et l'on est tout surpris de les voir de nos jours mises en doute, et même niées par certains praticiens distingués. Nous avons dans notre service, en ce moment-ci, cinq femmes qui présentent des ulcérations du col; deux seules n'ont pas eu d'enfants. Cette proportion, établie sûrement et simplement, par l'effet du hasard, est cependant à peu près la véritable qu'une statistique régulière et consciencieuse offrirait à l'investigateur. Il en résulte que l'enfantement est une cause prédisposante, fréquente et certaine, mais qu'elle n'est pas la seule sous l'influence de laquelle les ulcérations puissent se déclarer. Pendant la gestation, l'utérus se distend outre mesure; plus tard, pendant l'accouchement, il s'éraille et peut même se déchirer; dans ce cas, les lochies baignent pendant longtemps les points où siégent les solutions de continuité, et s'opposent, par leur âcreté, à la réunion de ces dernières. Or, les plaies produites par des causes internes peuvent se transformer en ulcérations, de même que les plaies extérieures deviennent ulcères, soit par défaut de soins, soit sous l'influence d'un vice ou d'une cachexie organiques (exemple : scorbut, scrofules, etc.). Cette comparaison, entre les plaies internes et externes, est tellement juste, cette assertion est tellement vraie, que souvent on voit l'utérus porter des végétations, des fongosités qui ne sont que des plaies passées à l'état de chronicité et dans lesquelles la réparation a dépassé les limites physiologiques.

La situation de l'utérus dans le voisinage de l'urine et des matières fécales qui sont loin de favoriser la réunion des solutions de continuité, fait entretenir ces plaies et les transforme en des maladies qui persistent beaucoup plus que les causes qui leur ont donné naissance. Accessible en partie à nos sens, l'utérus peut être lésé par des causes extérieures, et ces lésions peuvent amener des ulcérations. C'est ce que l'on voit chez les femmes qui ont recours à des moyens criminels que la loi punit sévèrement, pour abriter une réputation ternie par le vice, ou par un moment d'oubli. Ces avortements provoqués déterminent des plaies, et, par suite, des ulcérations du col. M. Robert en a cité plusieurs cas. « Je fus tout récemment consulté, dit M. Michon, par une jeune actrice d'un de nos meilleurs théâtres de Paris; elle offrait plusieurs ulcérations parmi lesquelles une semblait être manifestement le point d'application d'un poinçon; » une interrogation détaillée qui ne peut pas être qualifiée d'indiscrète lorsqu'elle est faite convenablement par l'homme de l'art, changea en conviction ce qui n'était d'abord qu'une simple présomption.

Si les ulcérations du col utérin sont souvent, comme nous venons de le voir, le résultat d'une cause accidentelle intérieure ou extérieure, il ne faut pas croire qu'il en est toujours ainsi; il n'est pas toujours en notre pouvoir de saisir et d'expliquer plus ou moins leur mode de formation. Elles peuvent survenir spontanément et sans qu'elles soient précédées ni d'accouchement, ni d'avortement, etc. Elles commencent alors par des granulations; les sécrétions des parois de l'organe deviennent âcres, les follicules s'engorgent sans qu'aucun coït suspect ait précédé ces phénomènes. La plus honnête femme y est sujette. Mais s'il en est ainsi quelquefois, il ne faut pas dissimuler que le plus ordinairement ces lésions sont engendrées par des coïts impurs.

La blennorrhagie vaginale, plus commune que l'urétrale, est précédée d'inflammation, de rougeur, etc., et se propage de bas en haut; en examinant la muqueuse vaginale, on voit çà et là de la matière puriforme sécrétée et accumulée. Dans ces circonstances, le col offre dans sa portion vaginale un pointillé plus ou moins prononcé. Il y a hypertrophie et dénudation des follicules.

Plus tard, nous traiterons spécialement des déviations de l'utérus; mais nous devons dire, par anticipation, que les déplacements peuvent être considérés comme une des causes les plus fréquentes de l'inflammation et des ulcérations de l'organe. L'engorgement consécutif à ces dernières lésions, bien que rare, peut à son tour amener une déviation. Le déplacement qui agit avec plus de puissance dans la production des ulcérations, c'est l'antéversion. La plupart des femmes qui ont le corps de l'utérus dirigé en avant offrent des ulcérations à la partie vaginale du col. Il y a alors deux causes qui agissent de concert pour le développement des ulcérations : le corps étant incliné en avant, le col se dirige en sens inverse et va s'appuyer contre l'intestin rectum (ce qui a lieu facilement chez les femmes mères dont les parois abdominales sont flasques et relâchées). Cette inclination de l'utérus empêche la libre circulation dans la partie déclive; il y a congestion plus ou moins prononcée, congestion qui favorise éminemment le développement des ulcérations. La seconde cause, c'est le frottement du col contre le rectum et les matières fécales qui y sont accumulées. Il y a là, comme on le prévoit, un cercle vicieux continuel; le déplacement est cause de constipation, et celle-ci à son tour augmente la déviation et hâte ainsi la formation des ulcérations. Les femmes qui ont cette antéversion portent des ulcérations sur la lèvre postérieure du col ou du moins c'est sur elle qu'elles se développent en premier lieu. Or, il est évident que la pression du col

sur le rectum prédispose singulièrement aux ulcérations. Tous ces détails, qui pourraient paraître fastidieux, sont d'une grande importance pour le traitement et doivent être pris en grande considération ; toutes les indications thérapeutiques en découlent.

Dans la rétroversion, le col, en contact avec le réservoir de la sécrétion rénale, est moins exposé à devenir malade ; c'est le corps alors qui ressent les fâcheux effets du voisinage du rectum ; autre fait qui est incontestable pour quiconque observe attentivement. Si la maladie commence en dehors de la cavité du col dans sa portion vaginale et de là s'étend vers l'orifice, celui-ci reste étroit. Si, au contraire, l'inflammation siége dans l'intérieur du col, la cavité et l'orifice de ce dernier se dilatent. Or, M. Bennet avance un fait erroné et dénué de fondement, en disant que le col se dilate dès qu'il y a phlogose. Toutes les fois qu'il y a catarrhe utérin, l'orifice du col est dilaté ; il y a en même temps presque toujours ulcération et inflammation du col.

M. Michon a traité à la Pitié, ainsi qu'à Lourcine, des ulcérations utérines qui reconnaissaient pour cause la dilatation variqueuse des vaisseaux qui entrent dans la structure du col. Quelle que soit la cause qui ait déterminé cette ectasie anormale, qu'elle soit locale ou générale, ce n'est pas ici que nous devons discuter sur ce point ; qu'il nous suffise seulement de mentionner la présence de ces véritables varices que cet habile praticien a constatée dans sa pratique. « J'ai vu à cet hôpital même, dit M. Michon, une femme dont la peau très-fine et presque demi-transparente permettait de voir distinctement les ondulations des vaisseaux sous-jacents ; la muqueuse participait à cet amincissement, à cette semi-diaphanéité des téguments, et j'ai manifestement distingué sur la surface du col les vaisseaux dilatés et disposés en tête de Méduse. »

Pour remédier à cette phlébectasie, il faut employer la compression ; les pessaires, les tampons peuvent remplir à merveille ces indications mécaniques. Ces cas sont rares et coexistent la plupart du temps avec les varices des organes génitaux externes ; les tumeurs intra-pelviennes peuvent également les déterminer ; l'emploi du pessaire peut lui-même les occasionner, en mettant obstacle à la libre circulation du sang dans les capillaires du col utérin.

Parmi les productions polypeuses, plusieurs ont leur point d'insertion dans la cavité du corps ou du col de l'utérus ; le pédicule de ces polypes peut s'allonger et traverser l'orifice vaginal du col ; il supporte alors la masse de la tumeur libre et flottante dans l'intérieur du vagin. Dans les divers mouvements qu'exécute la femme atteinte de cette maladie, dans les différents changements d'attitude, le pédicule exerce une compression sur le pourtour du col ; et de même que la corde d'un puits finit à la longue par ronger la pierre sur laquelle elle frotte, de même la circonférence de l'orifice vaginal du col s'ulcère par la tension du pédicule qui forme en quelque sorte un levier coudé et transmet une partie du poids de la tumeur sur une partie quelconque du museau de tanche. Ainsi, l'ulcération du col peut être la conséquence de ces polypes intra-utérins qui viennent faire irruption dans l'intérieur du vagin. Après l'excision et la guérison du polype, il persiste souvent un écoulement lié à une telle ulcération : il est inutile de dire que l'on doit exempter de cette catégorie les polypes mous, les végétations, etc. ; ce sont les polypes durs, fibreux, qui sont accompagnés de ces solutions de continuité, qui passent si facilement à l'état de chronicité.

Tout récemment, M. Michon a été consulté par une dame de 40 ans, dont il fut obligé de détruire l'hymen pour l'accoucher d'un polype (nous disons accoucher, car ce fut un véritable accouchement pratiqué avec le forceps). L'opération fut couronnée de succès ; la femme guérit de son polype, mais aujourd'hui encore il persiste une ulcération du col, malgré l'éloignement de la cause qui l'avait déterminée et entretenue. L'attention du chirurgien doit donc être éveillée toutes les fois qu'il s'agit d'un polype considérable présentant les conditions précitées, et il est de son devoir de ne pas négliger l'examen et le traitement de l'ulcération consécutive. (*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juillet. — Présidence de M. Combes.

Perchlorure de fer.

M. Burin-Dubuisson adresse un complément à son précédent travail sur l'action du perchlorure, du perzotate et du persulfate de fer sur les principes albumineux du sang ; c'est l'étude sur le *coagulum* formé par le premier de ces sels. L'auteur examine aussi l'action sur le sang du chlorure de zinc et décrit les différences entre le coagulum qu'il forme et celui du perchlorure de fer.

Chloroforme.

M. le docteur Ancinelle adresse, par l'intermédiaire de M. le maréchal Vaillant qui les avait demandés, des renseignements sur l'emploi du chloroforme dans les opérations pratiquées à Laghouat.

Amputations des métacarpiens.

M. Courty écrit pour reconnaître la justesse de la réclamation de priorité de M. Chassaignac, relativement à un nouveau procédé d'amputation des métacarpiens, tout en signalant quelques légères différences entre le procédé de M. Chassaignac et celui qu'il a lui-même proposé.

Des règles à suivre dans l'emploi du chloroforme.

M. Baudens lit les conclusions d'un mémoire que, vu son actualité, nous croyons devoir reproduire textuellement.

A l'occasion de la mort de madame Simon, de Strasbourg, M. de Castelnau présenta, dans les numéros des 2 et 6 mars 1852 de la *Gazette des Hôpitaux,* quelques remarques sur le chloroforme, qui semblaient être un appel aux praticiens ; et le 12 du même mois, nous avons consigné dans ce journal les règles à l'aide desquelles nous pensons qu'il est permis de s'abriter contre les risques de l'anesthésie.

Mû par le seul mobile de la vérité, convaincu d'ailleurs que les efforts des praticiens pour éclairer l'importante question du chloroforme ne seraient pas superflus, nous avons exposé notre opinion avec une entière liberté d'esprit, sans nous préoccuper de la responsabilité qui pourrait peser sur les confrères entre les mains desquels des malades chloroformés viendraient à succomber. La responsabilité n'est pas lourde à qui est fort du témoignage de sa conscience ; la justice des hommes ne demande pas à la science l'impossible, mais seulement de s'entourer de la plus grande somme de garanties pour éviter le danger : c'est mal servir les intérêts professionnels que de prétendre s'affranchir de tout contrôle de la conscience publique.

Ce que nous avons pensé et écrit en 1852 est resté nos convictions de 1853. Nous ne saurions partager l'opinion de M. Robert exprimée dans le rapport qu'il vient de faire à la Société de chirurgie, à l'occasion d'un militaire mort par le chloroforme à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Ce rapport est assurément fort remarquable ; mais que notre honorable confrère nous permette de lui dire avec sincérité qu'il a fait un plaidoyer en faveur d'un chirurgien éminent que personne n'attaque, et qu'il se montre bien plus préoccupé de la noble mission d'abriter la responsabilité professionnelle que du soin de faire profiter la science des revers inhérents à toute médication nouvelle. Et, cependant, combien il eût été facile à M. Robert, qui a manié le chloroforme tant de fois et si habilement, de nous dire le secret de son bonheur! Ce bonheur, serait-ce du hasard? La mort serait-elle de la fatalité, comme il semble le dire? Nous ne le pensons pas.

Le rapport de M. Robert roule sur l'examen de sept observations relatives à sept cas de mort par le chloroforme. Il trouve ces observations inattaquables, scientiquement parlant, et probantes en faveur de son opinion, à savoir : que, *dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action toxique du chloroforme,* et que la *question de vie et de mort est posée chaque fois qu'on a recours à l'anesthésie.*

Le chloroforme, qui sept fois a donné la mort, était pur, et, d'ailleurs, eût-il été impur, que M. Robert n'admet pas qu'il puisse emprunter, à un mode vicieux de préparation, des qualités délétères.

Nous n'oserions trancher aussi carrément une question à laquelle le savant professeur de Strasbourg, M. Sédillot, accorde une très-grande importance, qu'il apprécie tout différemment, et qui chaque jour encore est l'objet de ses laborieuses investigations.

Pour apprécier si réellement les faits cités par M. Robert présentent toutes les garanties scientifiques désirables, il faut les soumettre au creuset d'une critique peut-être parfois sévère, sans cesser d'être sincère ; mais ce rôle est ingrat, on le comprend, il est si difficile d'isoler complétement la question scientifique de celle de personnes que nous tenons en haute estime! et, cependant, garder le silence serait accepter pour le chloroforme seul la responsabilité du passé et même de l'avenir. Nous essaierons une justification prudente en déclarant hautement que nous n'entendons nullement juger la conduite de nos confrères.

1er *Fait.* — L'auteur expose ici le fait de M. Vallet que nous avons publié dans le rapport de M. Robert. Puis il continue :

La responsabilité du praticien est ici complétement hors de cause. Tout ce que la prudence conseille a été fait, toutes les ressources par l'art mises aux mains du savant ont été tentées; c'est là un hommage que nous nous empressons de rendre. Mais la science, qui veut faire profit de tout, ne peut-elle se montrer plus exigeante que la morale publique? Or, quelles inductions tirer d'assertions qui reposent sur des à peu près : ainsi, quatre *grammes* ENVIRON *de chloroforme*, A PEINE *quatre minutes s'étaient écoulées,* le malade tomba dans un état d'insensibilité qui *parut indiquer le moment favorable;* la respiration *paraissait s'exécuter d'une manière naturelle; l'état du pouls ne fut pas constaté.* La respiration PARUT se suspendre.

Quatre grammes de chloroforme? Ce n'est pas exagéré. Mais quatre grammes! ce n'est pas le dernier mot, il est dit *environ.* Pourquoi ne pas se servir de flacons gradués gramme par gramme, comme on le fait dans les cafés? Au moins on saurait au juste ce qui a été employé, l'erreur ne serait plus possible.

A peine quatre minutes s'étaient écoulées. C'est là une de ces appréciations de durée faites après coup, dont la science ne peut se contenter. Il faudrait mesurer le temps à l'aide d'une montre à secondes, confiée à l'un des assistants?

La respiration paraissait s'exécuter d'une manière naturelle. Évidemment, on ne s'est occupé de cet acte important que pour mémoire et après l'événement. *L'état du pouls ne fut pas constaté.* Encore une lacune fort regrettable, et *après une légère période d'agitation, le malade tomba dans un état d'insensibilité qui parut indiquer le moment favorable pour commencer l'opération.*

Nous voici arrivés au cœur de la question. Nous ne saurions glisser sur elle aussi rapidement que M. Robert. Et, d'abord, la sensibilité était-elle abolie seule? La contractilité était-elle, oui ou non, anéantie du même coup? Cette question est capitale, et cependant, M. Robert, pas plus que M. Vallet, ne semble y avoir songé.

Des signes qui ont fait reconnaître *cet état d'insensibilité qui parut indiquer le moment favorable*, on ne dit rien. Nous savons que pour les praticiens qui pensent que le chloroforme doit être poussé jusqu'à la résolution musculaire complète, le collapsus est un signe certain d'insensibilité qui se décèle facilement et presque de lui-même; mais pour nous, qui professons une opinion diamétralement opposée, pour nous, qui croyons qu'il ne faut jamais aller volontairement jusqu'à cette limite, qu'il y a imprudence et danger d'homicide à franchir bénévolement, avec intention, le degré qui sépare l'abolition du sentiment de l'abolition du mouvement; pour nous, qui, aujourd'hui encore, pensons que la mort ne survient jamais tant que le sentiment seul a été aboli, la contractilité survivant, nous exigeons que cette distinction ne soit jamais perdue de vue, et qu'il en soit tenu un rigoureux compte dans la publication des faits observés.

Ce que M. Vallet ne dit pas, cherchons-le : son malade tombe, est-il dit, dans un état d'insensibilité, après une légère période d'agitation. Une légère période d'agitation est très-compatible, on le sait, avec la perte de la sensibilité cutanée; ce qui n'est pas compatible avec une période d'agitation même légère, c'est la perte de la myotilité. L'agitation avait cessé, donc l'abolition du mouvement ou le collapsus était survenu. Or, quand arrive le collapsus, il faut trembler, un pas de plus, c'est la mort. C'est la mort, car nous n'avons cessé de le dire, le chloroforme, quand il a anéanti les fonctions sensoriales et motrices, pour amener la résolution générale, le collapsus, ne laisse plus de la vie à trépas que l'épaisseur d'un cheveu, ou, si on l'aime mieux, l'épaisseur du nœud vital. M. Flourens place le nœud vital dans la moëlle allongée, à l'origine même de la huitième paire de nerfs, laquelle tient sous sa dépendance absolue les fonctions des poumons et du cœur Et, puisque le nom de ce savant illustre a été prononcé, rappelons sommairement ses belles expériences sur les agents anesthésiques. Qui voudra les méditer en tirera comme nous des déductions pratiques du plus haut intérêt et de nature à résoudre l'important problème de l'innocuité du chloroforme.

L'action de l'agent anesthésiant, dit M. Flourens, est successive et progressive. Cette action successive va d'abord aux lobes cérébraux, puis au cervelet, puis à la moitié postérieure et aux racines sensitives de la moelle épinière, puis à la moitié antérieure et aux racines motrices de cette moelle, et finalement à la moelle allongée et au nœud vital. Ainsi, l'animal soumis au chloroforme perd d'abord l'intelligence et l'équilibre de ses mouvements; il perd ensuite le sentiment, puis le mouvement. A ce moment suprême, chassée de proche en proche, la vie se concentre dans la moelle allongée; seule, celle-ci survit dans son action, et l'animal périrait bientôt, car, ajoute M. Flourens, le chloroforme, qui ôte la douleur, ôte aussi la vie.

D'où il résulte, et nos convictions n'ont pas varié sur ce point, que dès l'instant où l'on est arrivé à suspendre les mouvements des muscles de la vie animale, il y a danger de mort, parce que rien ne garantit contre l'envahissement du bulbe rachidien.

Nous attribuons, comme le rappelle M. Robert, les cas de mort observés à ce que l'on a poussé l'inhalation jusqu'à ses limites extrêmes, et nous concluons que, pour échapper à ce péril, on doit toujours chercher à obtenir l'insensibilité cutanée sans la résolution musculaire. Quand, en effet, le chloroforme agit sur les racines motrices, la résolution générale a lieu : la mort n'est encore qu'apparente; mais un pas de plus, elle sera réelle. Sans doute, il y a encore l'épaisseur du nœud vital; sans doute, tant que le chloroforme n'ira pas au delà des racines antérieures, tant qu'il respectera la moelle allongée et les nerfs respiratoires, il n'y aura pas de danger de léthalité. Mais nous le demandons encore une fois, à quel signe reconnaître que le chloroforme a envahi la moelle allongée? Il n'en existe qu'un seul, la mort.

Quand on borne l'anesthésie aux racines sensitives, on est séparé de tout danger d'homicide par deux degrés, et si l'on vient à franchir involontairement le deuxième degré représenté par la myotilité, on se hâte de suspendre l'action du chloroforme pour rétrograder bien vite, jusqu'au premier degré, la perte du sentiment.

« Si la résolution, dit M. Robert, est une condition nécessaire à la pra-
« tique de la plupart des opérations, elle est parfois aussi une nécessité,
« un but qu'il faut atteindre dans le traitement de diverses affections chi-
« rurgicales. De quelles ressources puissantes l'art ne serait-il pas privé
« s'il fallait renoncer à cet état ! »

Ces ressources, si puissantes soient-elles, il faudrait y renoncer si réellement avec le chloroforme la question de vie et de mort était toujours posée. Est-ce qu'avant la découverte du chloroforme on ne réduisait pas les luxations, les hernies étranglées? Est-il possible d'admettre, avec M. Robert, qu'on n'obtienne fréquemment leur réduction qu'à ce prix? Cela s'appliquerait tout au plus à la luxation coxo-fémorale. Quant aux rétrécissements spasmodiques de l'urètre, il sait qu'il y a rarement péril en la demeure; qu'on les franchit avec de la douceur, du temps et de la patience.

Ces opérations, au point de vue de la douleur, ne sont d'ailleurs que secondaires, comparées aux amputations des membres qui sont le triomphe du chloroforme, triomphe d'autant plus grand qu'il n'exige pas l'abolition de la myotilité; et, notons-le bien, le nécrologue du chloroforme ne porte encore, pour ainsi dire, que sur des infortunés porteurs d'affections relativement peu sérieuses.

Sur les sept cas de prétendue sidération rapportés par M. Robert, trois se sont produits à l'occasion d'une dent à arracher ! ! C'est un mari qui se rend sans inquiétude chez le dentiste, avec sa femme : trois personnes se trouvent en présence, et à peine réunies, l'une d'elle tombe foudroyée pour ne plus se relever ! et cela serait tout simple ! Nous n'avons pas ce stoïcisme. De tels faits nous bouleversent, nous épouvantent, et nous trouvons tout simple, au contraire, que la conscience publique s'en émeuve et intervienne.

Avant de poser le principe, presque généralement accepté, qu'il faut porter l'action du chloroforme jusqu'au collapsus, il aurait fallu au moins indiquer le phare qui doit éclairer une route si périlleuse.

Pour notre compte, et avant d'avoir eu connaissance des remarquables découvertes de M. Flourens, nous n'avons jamais dépassé volontairement l'abolition de la sensibilité tégumentaire. Nous éprouvons tant d'effroi de cette espèce de galvanisation cadavérique inhérente au collapsus que nous n'hésiterions pas à renoncer au chloroforme, si, comme le pensent la plupart des praticiens dont M. Robert n'est que l'écho fidèle, il devait être porté jusqu'à la résolution musculaire.

Et pourquoi franchir la limite de l'abolition du sentiment?

On objecte, il est vrai, que tant que la myotilité n'est pas anéantie, le malade fait des mouvements désordonnés qui rendent l'opération, sinon toujours impossible, au moins fort laborieuse.

Cela était vrai en partie quand on employait l'éther; cet agent déterminait une ivresse parfois violente, et c'était si bien de l'ivresse, qu'en questionnant nos soldats, auxquels nous demandions avant l'opération : Avez-vous le vin bon ou mauvais? nous étions certain, quand ils nous répondaient : L'ivresse nous rend furieux, que l'éther provoquerait une grande agitation. Avaient-ils, au contraire, le vin bon, ils restaient calmes. Nous avons répété un très-grand nombre de fois ces expériences, elles ne se sont jamais démenties.

Mais depuis que M. Flourens a découvert les merveilleuses propriétés du chloroforme, on a pu constater, comme M. Velpeau l'a signalé depuis longtemps, que cet agent qui est à l'éther ce que le vin de Champagne est à la bière, comparaison vulgaire, sans doute, mais parfaitement exacte, provoque presque constamment une ivresse douce, tranquille, si bien qu'ayant eu recours au chloroforme plus de mille fois, nous avons pu opérer nos malades, comme nous l'avons dit ailleurs, en observant la règle de ne jamais aller au delà de la perte du sentiment avec survivance du mouvement. Quand celui-ci a été aboli, cela n'a jamais été

qu'accidentellement et pour y remédier au plus vite, en suspendant l'action de l'anesthésie.

Une seule fois, nous avons éprouvé un violent effroi. Notre aide de clinique, chargé de donner le chloroforme à un militaire avant de l'amputer d'un bras, s'oublia et poussa l'anesthésie jusqu'au collapsus complet. Le membre venait de tomber, les mouvements du cœur devenus rares, la respiration stertoreuse, ralentie, le pouls filiforme, les pupilles immobiles annonçaient un grand danger, et comme M. Sédillot, qui dit avoir été plusieurs fois témoin de faits analogues, *je frémis au doute de n'avoir plus entre les mains qu'un cadavre.* Dissiper l'atmosphère chloroformique par l'arrivée d'un air vif et frais en ouvrant la fenêtre, établir un jeu de respiration artificielle par la compression alternative du thorax et de l'abdomen, jeter à la face, sous forme de douches brusques, des verres pleins d'eau froide; ingurgiter, comme aux hommes ivres, quelques gouttes d'ammoniac dans de l'eau, fut l'affaire d'un instant, et après quelques minutes de cruelle angoisse, nous assistions à une véritable résurrection.

Ce fait nous a raffermi pleinement dans notre règle de conduite, de ne jamais pousser l'inhalation volontairement au delà de la perte du sentiment.

Les signes qui font reconnaître que le sentiment seul est anéanti, sont les suivants : dès que le chloroforme fonctionne, nous pinçons légèrement la main du malade en lui disant : Qu'est-ce que je vous fais? il répond tranquillement : Vous me pincez; nous continuons et bientôt il répond avec une humeur toujours croissante, bien qu'il ne soit pas pincé avec plus de force : Mais vous me pincez, vous me pincez, vous me pincez; puis il ne répond plus à nos questions; mais il arrive alors assez souvent qu'il se met à chanter, à parler avec volubilité, à prononcer des paroles incohérentes. Il y a bien un peu d'agitation, mais légère; le plus souvent tout juste ce qu'il faut pour rassurer l'opérateur, et lui démontrer que tout mouvement n'est pas aboli; aussi le malade est-il facilement contenu par des aides. Le sentiment est éteint, la contractilité musculaire survit; on se hâte de soustraire le malade à l'action du chloroforme et de commencer l'opération.

On parle, il est vrai, d'opérés soumis au chloroforme qui se seraient échappés des mains de l'opérateur tout sanglants pour se livrer à d'effrayantes pantomimes. Rien de semblable n'a jamais été vu au Val-de-Grâce. Il faut donc que ces cas exceptionnels soient bien rares, et il est fort douteux, depuis que le chloroforme a remplacé l'éther, que des faits semblables se soient reproduits. Du reste, bien coupable serait le chirurgien qui négligerait de s'entourer de toutes les précautions pour assurer le succès de l'opération, et qui n'aurait pas le nombre d'aides suffisants pour contenir le malade, comme on était souvent réduit à le faire avant la découverte des agents anesthésiants.

Notre savant confrère, M. de Castelnau, nous a concédé, *Moniteur des Hôpitaux*, t. 1, n° 13, que la période de résolution n'est pas indispensable, au moins pour l'immense majorité des opérations; mais il nous objecte que la période de sensibilité touche de si près celle de la motilité, qu'elles se confondent assez souvent.

Nous admettons que les périodes se confondent assez souvent et que l'action du chloroforme, comme le dit avec tant de raison M. le professeur Sédillot, se continue et même augmente quelquefois après qu'on a cessé l'inhalation; mais qu'est-ce que cela prouve? si ce n'est que contrairement à l'opinion de l'immense majorité des praticiens, il faut ne jamais franchir avec intention la limite qui sépare le sentiment du mouvement, bien loin de recommander d'aller jusqu'à la résolution générale.

Ce court exposé était nécessaire pour faire comprendre tout d'abord combien nous différons d'opinion avec notre honorable confrère M. Robert.

Nous aurons à réfuter d'autres parties de son rapport, ne voulant en laisser aucune sans réponse.

« A l'époque où l'action redoutable du chloroforme chez l'homme fut pour la première fois signalée au jugement des corps savants, les cas de mort subite survenus sous son influence étaient encore trop peu nombreux, dit M. Robert, et trop peu concluants, pour qu'il ne fût permis d'élever quelques doutes à leur égard, et lorsque le rapport qui servit de base à la mémorable discussion de l'Académie de médecine, concluait à l'innocuité de cet agent bien administré, c'était probablement pour ne pas frapper immédiatement de discrédit et rejeter peut-être un moyen destiné à rendre des services réels à la chirurgie. »

Loin de faire si bon marché de l'opinion de l'Académie, loin de condamner son jugement rendu comme le fait M. Robert, nous n'hésitons pas à l'invoquer pour abriter l'anesthésie contre le réquisitoire de notre éminent confrère.

« Parmi les observations malheureuses jusqu'à ce jour publiées, continue M. Robert, il en est beaucoup qui manquent de détails, d'autres qui ne sont pas assez concluantes ou n'ont pas assez d'authenticité pour servir d'éléments à une discussion sérieuse; nous pouvons donc les passer sous silence.

« Quant aux autres, on peut les diviser en deux catégories : 1° tantôt, les troubles fonctionnels, qui ont immédiatement précédé la mort, ont eu quelque analogie avec ceux de l'asphyxie, et bientôt après la respiration, puis la circulation se sont anéanties; 2° tantôt, la vie a paru comme s'éteindre plus promptement encore et par une syncope, ou plutôt par une espèce de sidération. »

« Pour ne pas élargir le cercle de ce rapport, nous nous bornerons à citer des observations de la dernière espèce, surtout parce qu'elles offrent avec celle de M. Vallet la plus frappante analogie. »

Ainsi, il est bien entendu que les observations incomplètes manquant d'authenticité sont mises à l'écart. Elles ne sauraient dès lors être invoquées contre le chloroforme; que, parmi les observations complètes et authentiques, il ne sera pas fait mention de celles où la mort a été précédée de troubles fonctionnels, tels que ralentissements des actes respiratoires et du pouls. La mort ayant été précédée, ici, de signes précurseurs qui étaient un avertissement de l'organisme, on l'aurait prévenu si le chloroforme avait été arrêté à temps. Ces faits-là ne sauraient non plus être invoqués contre le chloroforme; ils ne sont justiciables que de la manière dont a été administrée l'anesthésie.

Restent donc les cas, au nombre de sept, où la vie a paru s'éteindre plus promptement encore, et, comme par une syncope, ou plutôt par une espèce de sidération, selon M. Robert.

Comme on le voit, nous acceptons le débat sur le terrain le plus propice à l'opinion de notre honorable confrère, là où il l'a placé lui-même.

L'auteur reproduit ici le fait de M. Gorré, et continue ainsi :

Est-ce bien sérieusement que M. Robert nous présente cette observation comme complète et probante contre le chloroforme?

Et, d'abord, mademoiselle Stoch était sous l'empire d'une chlorose liée à des palpitations. On sait aujourd'hui que cette complication est une contre-indication qui suffirait à notre défense; mais passons : *il plaça sous les narines un mouchoir sur lequel avaient été jetées 15 à 20 gouttes de chloroforme.*

Comment était placé le mouchoir? interceptait-il l'arrivée de l'air dans les narines? On l'ignore. *Après avoir jeté sur un mouchoir 15 à 20 gouttes de chloroforme.* Ceux qui manient cet agent savent qu'on asperge le mouchoir de chloroforme versé en quantité variable, et que verser des gouttes dans l'acception du mot est chose assez difficile, tant le chloroforme est prompt à se volatiliser; mais passons encore. *A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations, qu'elle porta la main sur le mouchoir pour l'écarter, et s'écria d'une voix plaintive : J'étouffe!... Très-certainement, une minute après le début de l'inhalation, le mouchoir fut retiré.*

Les quelques inspirations n'ont été comptées qu'après coup. La main de la malade portée sur le mouchoir pour l'écarter et le mot, j'étouffe! permettent de penser que l'air ambiant était intercepté. Le mouchoir sous lequel la malade étouffait a-t-il été enlevé au moins? Non, il est resté en place, puisqu'il ne fut retiré qu'une minute après le début de l'inhalation, et que le mot, j'étouffe! a été prononcé après quelques inspirations. Une minute! C'est d'ailleurs, là encore, une appréciation faite après l'événement, et l'on accordera bien que l'opérateur, dans son trouble tout naturel, a pu à son insu, et très-innocemment, faire une fausse appréciation de durée. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas eu sidération; la foudre est bien autrement brutale. En supposant, cette supposition est toute gratuite, que la transition entre la perte du sentiment et celle du mouvement ait été si rapide qu'on n'ait pu l'apprécier, encore fallait-il le dire pour montrer qu'on y avait pris garde. Mais non, ici comme dans le premier fait, il semble que la distinction entre l'abolition du sentiment et celle de la myotilité soit si peu importante qu'il n'en faille tenir compte. Voilà cependant un fait rangé par M. Robert comme probant contre le chloroforme! Et, notons bien que nous ne demandons pas pourquoi le chirurgien était persuadé que les accidents précités n'étaient que passagers, quand la pauvre malade s'écriait d'une voix plaintive, j'étouffe! pourquoi il a laissé à un confrère seul le soin de parer au danger pendant que lui se hâtait de faire la petite opération.

L'auteur rapporte ici le fait de M. Barrier, de Lyon, et continue ainsi :

La lecture de cette observation démontre jusqu'à l'évidence encore que la responsabilité de notre savant confrère est parfaitement abritée. Toutes les mesures de sagesse et de prudence ont été prises; aussi, la morale publique ne s'est-elle nullement émue.

Après cet aveu sincère, qu'il nous soit permis d'examiner quel profit la science peut tirer de ce revers. Nous avons déjà dit qu'il n'est guère possible de verser le chloroforme *par gouttes*, et qu'on ne se rendra bien compte de la quantité employée qu'à l'aide de flacons gradués gramme par gramme. *Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore, une minute de plus s'est à peine écoulée, qu'il manifeste un peu d'agitation.*

Pourquoi n'avoir pas donné une montre à l'un des deux aides? On aurait su à quoi s'en tenir sur ces appréciations approximatives *quatre ou cinq minutes, une minute de plus s'est à peine écoulée;* mais ce n'est là encore que le petit côté de la question, encore qu'il ait bien aussi son importance.

Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore. Donc la sensibilité n'est pas atteinte. *Une minute s'est à peine écoulée, qu'il manifeste un peu d'agitation.* Sentait-il? Parlait il encore? On n'en dit rien; mais il paraît bien évident que non. Sans quoi avoir dit : *après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore,* n'aurait pas de sens. Évidemment on a voulu indiquer le moment où la perception des actes, ainsi que le sentiment, avaient cessé. A n'en pas douter, la sensibilité était abolie? La myotilité seule survivait. Eh bien! si nos préceptes eussent été suivis, on ne serait pas allé plus loin. On aurait discontinué soudain l'action du chloroforme et procédé sans désemparer à la désarticulation du doigt medius. Poursuivons : *il n'a pas absorbé 7 à 8 grammes de chloroforme.* Toujours même incertitude sur la quantité réellement employée. Le pouls est resté d'une régularité parfaite. Tout à coup le malade lève brusquement la tête et agite les membres qui échappent aux aides; mais *ceux-ci les ressaisissent promptement et remettent le patient en position.* N'est-il pas de la dernière évidence que le malade n'avait plus la conscience de ses actes, et que la sensibilité était abolie; et, cependant, voilà une affreuse lutte qui continue. Le chloroforme n'est pas même suspendu, toujours d'après cette fatale doctrine, qu'il faut arriver jusqu'au collapsus, et, quand on y arrive, quand cesse la lutte, après un quart de minute, toujours approximativement, l'un des aides annonce que le pouls de la radiale a cessé de battre. *On enlève le mouchoir!!!* Est-ce là un cas de sidération? Non, évidemment non. L'abolition de la sensibilité s'est faite bien avant la perte de la contractilité. Et, en vérité, nous ne comprenons pas qu'avec un esprit si droit, si judicieux, si honnête, M. Robert ne nous concède pas au moins qu'en principe le chloroforme ne doit pas être porté volontairement jusqu'au collapsus; et c'est à l'occasion de cette observation, qu'il dit, dans son rapport : il est probable que le professeur du Val-de-Grâce l'avait oubliée cette observation, lorsqu'il écrivait cette phrase : Pour moi, tant qu'on n'aura pas publié un seul cas de mort survenue alors que la sensibilité seule était abolie, la myotilité ayant été conservée, je n'y croirai pas. N'avions-nous donc pas raison de nous exprimer ainsi, et M. Robert est-il fondé à dire que la mort est ici arrivée dans la première période, dans celle de la perte de la sensibilité?

Ici l'auteur cite le fait de M. Confévron, puis il continue :

Ainsi, moins d'un gramme de chloroforme est versé sur un bourdonnet de coton; il est placé à quelque distance des narines, et il commence à faire sentir son effet au bout de *huit à dix minutes;* mais la malade avait encore la perception de ses actes : ni le sentiment ni le mouvement, à plus forte raison, n'étaient abolis, et cependant il suffit de *quatre à cinq aspirations plus larges,* le mouchoir étant rapproché des narines, pour donner la mort.

Ce serait là, en effet, un exemple de sidération, s'il n'était permis d'élever des doutes fondés sur un point capital.

Comment! un gramme à peine de chloroforme, déposé sur du coton, reste pendant huit à dix minutes exposé au contact de l'air et à distance des narines; alors, seulement, le mouchoir est rapproché des narines, et après quatre à cinq inspirations larges, il n'y a plus qu'un cadavre! Mais, quand un gramme de chloroforme est resté sur un morceau de ouate huit à dix minutes au contact de l'air, il n'en reste plus rien, ou à peu près rien (un décigramme au plus; j'ai répété l'expérience), tant il est volatile. A qui fera-t-on croire que quatre à cinq inspirations sur un agent épuisé aient pu donner la mort? Il faudrait pour cela n'avoir jamais fait usage du chloroforme. Cette observation est incomplète et sans valeur scientifique aucune.

L'auteur rapporte ici le cinquième fait, celui qu'a publié M. Rook dans le *Medical Times*, puis il poursuit ainsi :

Toujours des gouttes de chloroforme! en tout soixante-dix gouttes! De la distinction entre la perte du sentiment et celle du mouvement, il n'est pas le moins du monde question.

Après un certain nombre de minutes *non comptées, le patient commence à batailler avec des esprits imaginaires; mais l'anesthésie est loin d'être complète; on ajoute dix, puis vingt gouttes encore. Cette fois, le malade tombe dans l'insensibilité.*

Arrêtons-nous ici. Quand le malade bataillait avec des esprits imaginaires, évidemment il n'avait plus la conscience de ses actes; si on l'eût pincé, il n'aurait rien témoigné, car le sentiment était aboli, et la preuve s'en trouve dans le récit même. L'anesthésie, est-il dit, est loin d'être complète; pour la compléter, on ajoute d'abord dix, puis vingt gouttes encore. De la durée de temps, on s'obstine à ne rien dire.

Ici encore nous n'hésitons pas, dans l'intérêt scientifique, à déclarer que si l'opération avait été faite dans la première période, alors que le malade bataillait avec des esprits imaginaires, on eût évité la léthalité. Loin de là, on ajoute dix gouttes, puis encore 20 gouttes de chloroforme.

La perte de la sensibilité et celle de la contractilité a été successive et progressive. Si l'on n'a pas mis nos préceptes en usage, c'est qu'on ne l'a pas voulu. La mort est survenue, non par sidération, mais pour avoir poussé l'inhalation, de proche en proche, jusqu'à ses limites extrêmes. Objectera-t-on que les effets de l'anesthésie se sont continués, même après avoir cessé de chloroformer? Nous le voulons bien; nous pensons même qu'il en est assez souvent ainsi. Qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est qu'à plus forte raison il faut ne pas chercher à franchir le premier degré de l'anesthésie, la perte du sentiment.

Le 6e fait a donné lieu en 1852 à des poursuites judiciaires; il concerne la dame Simon, de Strasbourg, à l'occasion de laquelle nous avons fait l'une de nos premières publications sur le chloroforme. (L'auteur reproduit ce fait.)

Le tribunal a absous les prévenus, mais les droits de la science n'en sont pas moins réservés.

Or, que voyons-nous? Une malheureuse femme en proie à de si vives préoccupations que sa santé en est altérée. Elle témoigne de sinistres pressentiments, elle est dans une anxiété morale si grande, qu'aujourd'hui on lui refuserait de la chloroformer. C'est là un fait acquis à la science, révélé par la mort de la dame Simon.

A un autre point de vue, notez bien que tout se passe entre le dentiste, officier de santé, le mari et la servante.

Que M. Robert me permette de lui demander s'il consentirait, pour lui ou pour l'un de ses clients, à laisser administrer le chloroforme avec si peu de garanties? A-t-on noté l'état du pouls? les inspirations pulmonaires? Non. Les minutes ont-elles été comptées? Pas davantage. La durée de temps a été appréciée, mais seulement après l'événement. Qui a administré le chloroforme pendant que le dentiste opérait? était-ce le mari ou la servante? On le voit, notre confrère aurait bien dû rayer cette observation de son réquisitoire contre le chloroforme, elle ne saurait servir d'élément sérieux à la solution de la question.

L'auteur rapporte ici le fait du dentiste Fischer (*voir* le rapport de M. Robert), et continue :

Je pourrais adresser à M. Robert la même question que plus haut et avec plus d'autorité encore. Quoi! voici survenir pour la troisième fois la mort à l'occasion d'une malheureuse dent à arracher. La scène ne se passe plus cette fois qu'entre trois personnes : le mari, la femme, le dentiste. La femme tombe foudroyée, le mari et le dentiste restent seuls en présence d'un cadavre. Alors, éperdus, ils rassemblent leurs souvenirs, le mari pense que le temps entre l'inhalation et la mort a été très-court; le dentiste parle de 4 à 5 inhalations seulement. Il dit que la réponse affirmative a été tremblottante et râlante. Comment faire concorder une réponse affirmative qui implique la conscience des actes, avec le râle signe précurseur de la mort? Au moins, quand le râle s'est produit, a-t-on ôté de suite le mouchoir et l'éponge imprégnés de chloroforme? On n'en dit rien. La rédaction se ressent du trouble bien naturel des témoins de ce douloureux drame. Ni le temps, ni les pulsations, ni les inspirations ne sont comptés.

Cette observation manque d'authenticité, elle présente trop de lacunes pour être mise dans la balance scientifique.

On le voit, que reste-t-il de l'habile plaidoyer de notre honorable confrère? Il a choisi dans le nécrologue du chloroforme, gros d'environ quatre-vingts faits, ceux de ces faits, au nombre de sept, qui ont paru lui démontrer que les effets de l'anesthésie ne sont pas toujours progressifs et successifs, comme nous le pensons, mais que la mort peut survenir par sidération, même dans le premier degré de l'anesthésie, immédiatement après l'abolition de la sensibilité cutanée, avec survie de la myotilité, et, à plus forte raison, avant l'envahissement du bulbe rachidien et du nœud vital; à notre sens, M. Robert n'a démontré qu'une chose : l'anarchie des méthodes, ou plutôt l'absence de toute méthode et l'urgence de réglementer l'emploi du chloroforme.

Loin de nous, la prétention de faire sortir de notre plume et tout d'une pièce cet important travail, nous l'aurons signalé et nous nous efforcerons d'en poser quelques jalons. Mais avant, prenons acte des aveux de notre confrère :

« En résumé, dit-il, M. Baudens attribue les cas de mort observés à ce que l'on a poussé l'inhalation jusqu'à ses limites extrêmes. Il en conclut que, pour échapper au péril, on doit se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des membres. Cette opinion, émise par un chirurgien éminent placé à la tête du service de santé des armées, nous paraît trop grave pour ne pas être discuté rigoureusement, et si nous la laissions passer sans réfutation, elle aurait pour conséquence de *faire peser une immense responsabilité sur les praticiens entre les mains desquels les malades ont succombé.* »

« En analysant les phénomènes que chacun de nous est à portée d'observer journellement dans l'administration du chloroforme, on reconnaît la vérité des assertions de M. Flourens sur la marche progressive et successive de l'agent anesthésique, assertions qui servent de base à l'argumentation de M. Baudens. »

« Oui, généralement, c'est bien l'intelligence, la sensibilité et la myotilité qui s'anéantissent successivement jusqu'à ce que la paralysie gagne les muscles qui président aux actes respiratoires. »

« A ce moment, les poumons s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse et l'asphyxie éminente. Oh! c'est alors que grande serait l'imprudence du chirurgien qui passerait outre sans tenir compte d'un état qui devient par lui-même un avertissement de l'organisme. »

M. Robert reconnaît que les assertions de M. Flourens qui servent de base à notre méthode sont vraies, et il ajoute : Que généralement c'est bien l'intelligence, la sensibilité et la myotilité qui s'anéantissent successivement. Or, si les bases sur lesquelles reposent notre méthode sont vraies, cette méthode ne saurait être fausse. Pourquoi, dès lors, nous blâmer du conseil donné de ne jamais franchir volontairement le degré marqué par la perte du sentiment? M. Robert dit généralement, donc il fait ses réserves; mais ses réserves, nous les connaissons maintenant : elles reposent sur les sept faits précités. En supposant que ces sept faits aient réellement la valeur qu'il leur attribue, qu'au moins il veuille bien déclarer hautement que généralement notre méthode est vraie, et qu'il faut la suivre. Cette concession est une conséquence forcée de ses prémisses, et et c'est bien quelque chose que d'avoir donné un conseil bon pour la généralité des cas.

A l'occasion des sept cas exceptionnels, l'habile chirurgien de l'hôpital Beaujon ajoute : « Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il y « a des cas exceptionnels où la série des symptômes est toute différente, « et ce sont précisément ces cas qui sont suivis de mort et dont M. Bau« dens ne tient pas compte. »

« Ce n'est point, en effet, sous l'influence de l'anesthésie, poussée dans « ses limites extrêmes et produisant, par la durée ou l'abondance des « inhalations, la succession des phénomènes dont nous venons de tracer le « tableau, qu'ont succombé les malades dont les observations ont été « citées tout à l'heure. Chez tous, sans exception, la quantité de chloro« forme inspirée a été très-minime, la durée des inhalations très« courte.

« Et qu'on ne dise pas que les patients, en vertu d'une susceptibilité « particulière n'en sont pas moins passés par toutes les phases décrites « par M. Flourens, et que M. Baudens semble regarder comme fatales. »

L'exception apportée par M. Robert à la règle générale repose sur sept faits, lesquels, selon lui, ne peuvent être imputés qu'à des conditions particulières de l'organisme qu'il ne nous est pas encore donné de connaître. Sans doute le chloroforme, comme les poisons, tue à des doses différentes, selon les idio-syncrasies; M. J. Guérin l'a parfaitement démontré par des expériences sur les animaux; mais M. Robert avait-il besoin d'appeler à son aide les idio-syncrasies, toujours si complaisantes, et les sept faits sur lesquels il a étayé son rapport ont-ils une base solide?

Ah! si M. Robert avait observé un seul de ces cas marqué au coin de la fatalité! Si un seul exemple de sidération du système nerveux, comme il l'entend, avait été observé dans l'un des grands hôpitaux de Paris, sous l'œil d'un de ces maîtres doués d'un profond esprit d'observation! Si MM. Roux, Velpeau, Cloquet, Laugier, Malgaigne, J. Guérin, Jobert, Larrey, Guersant, Lustreman, Maisonneuve, Nélaton, Chassaignac, Ricord et tant d'autres, qui chaque jour opèrent sous les yeux de nombreux élèves, pouvaient dire : Nous avons vu, bien vu, un fait, un seul fait analogue à ceux analysés par M. Robert! nous nous rendrions sans peine. Mais non, on compte par dizaine de mille les cas dans lesquels le chloroforme a été donné dans les grands hôpitaux de Paris, sans en avoir vu un seul de sidération. On conviendra dès lors que l'exception est bien rare, si rare même que nous serions tentés de ne pas la contester, du moment que la généralité nous est concédée.

Et, cependant, le rapport de M. Robert, dont il faut lui savoir gré pour avoir puissamment contribué à l'annulation par la Cour impériale du jugement qui, dans l'affaire de notre confrère Triquet, faisait peser une grande responsabilité sur la profession médicale, a semé l'inquiétude parmi les praticiens. Malgré 16 à 1,800 succès, sans un seul revers, un professeur de clinique avouait, il y a peu de jours, à ses élèves, qu'il sentait sa foi un peu ébranlée.

Cette émotion, nous l'avons tous plus ou moins éprouvée à la première lecture du travail de M. Robert, dont il restera néanmoins quelque chose de bon, s'il en sort une bonne réglementation sur l'anesthésie.

Notre éminent confrère, M. J. Guérin, a le premier émis la doctrine de la sidération du système nerveux, à l'époque où l'Académie de médecine attribuant, dans son rapport, la plupart des accidents à l'asphyxie déterminée par l'emploi d'appareils vicieux, professait qu'on se met à l'abri de tout danger, en prenant soin, durant l'inhalation, de mêler une quantité d'air suffisante aux vapeurs du chloroforme, et en suspendant l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue.

Cette opinion de l'Académie est encore debout, malgré le rapport de M. Robert. M. J. Guérin a émis trois propositions qui méritent d'être rapportées, à savoir :

1° Que l'agent toxique ne cause jamais et n'a jamais causé d'accidents par l'asphyxie passive, par insuffisance d'air.

2° Que la mort peut arriver de deux façons : tantôt par une succession régulière et progressive des effets de l'anesthésie, par une sorte d'asphyxie toxique; tantôt presque subitement et par une sorte de sidération.

3° Qu'à une certaine dose, le chloroforme tue toujours, et qu'à la dose où il est sans danger pour le plus grand nombre, il devient mortel pour certaines personnes, en vertu de dispositions particulières.

Nous répondrons à notre savant confrère :

1° Que, loin de partager sa sécurité, nous pensons comme l'Académie que l'asphyxie par insuffisance d'air a déterminé plus d'un accident dû à certains modes vicieux de donner le chloroforme. D'après M. le professeur Velpeau (*Bulletin de l'Académie des sciences*, page 274, année 1850), le sang artériel reste rouge tant que l'animal respire sans gêne, tant que l'appareil employé permet le mélange de l'air aux vapeurs de l'inhalation. La coloration noire signalée dans le sang artériel, par M. Amussat en particulier, dépendrait d'une asphyxie venant compliquer l'éthérisation, et non de l'éthérisation elle-même. M. Velpeau a vérifié sur l'homme l'exactitude de cette opinion.

2° Que nous sommes heureux de nous rencontrer avec lui dans la pensée que l'anesthésie marche d'une manière successive et progressive, mais que nous différons d'opinion sur la sidération déjà repoussée par l'Académie, sidération jusqu'à ce jour nullement démontrée, comme nous venons de le prouver.

3° Que nous reconnaissons avec empressement le service par lui rendu à la science, pour avoir le premier fait connaître que la même dose de chloroforme diffère dans ses effets selon les individus. La rapidité variable de l'absorption tient-elle, comme le pense M. Jobert, à de larges communications médiates exceptionnellement établies entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires? Si le fait anatomique est bien avéré, cette révélation a une importance incontestable.

M. J. Guérin appuie sa doctrine, concernant la sidération, sur ce fait qu'il a foudroyé des animaux en leur injectant du chloroforme dans les veines. Outre que ce serait là une détestable façon d'administrer le chloroforme, il est permis de conclure de plus que le chloroforme, comme les poisons médicaments, agit avec beaucoup plus d'activité par cette voie. Mais, hâtons-nous d'ajouter que, même dans les cas où le chloroforme a donné la mort, l'on n'en a trouvé que très-rarement trace dans le sang.

M. J. Guérin a démontré en outre, qu'en injectant du chloroforme sous la peau, on produit un empoisonnement lent, régulier, à périodes très-espacées. C'est quelque chose d'analogue aux inhalations pulmonaires, avec cette différence capitale qu'il n'est pas permis ici d'arrêter les effets d'intoxication. Nous pensons d'ailleurs, avec M. J. Guérin, mais sans en exagérer la portée, qu'il faut tenir compte de toutes les conditions individuelles qui peuvent faire varier la force de résistance à l'agent anesthésique : l'abstinence, les pertes de sang, l'affaiblissement de l'économie, etc.

Les partisans de l'anesthésie complete, à deux degrés, objectent à l'anesthésie au premier degré de ne pas supprimer toujours complétement la douleur. Les malades, disent-ils, sentent et traduisent d'une manière très-expressive leurs souffrances, mais ont ordinairement l'avantage très-équivoque de ne pas se les rappeler après l'opération.

Il est vrai qu'à l'époque où l'on employait l'éther les malades traduisaient quelquefois leurs souffrances d'une façon très-expressive, et qu'à leur réveil ils en avaient perdu le souvenir; mais, depuis que le chloroforme a été substitué à l'éther, ces faits ne se sont plus montrés à notre observation. On sait que l'administration de l'éther était chose pénible, qu'elle déterminait presque toujours une lutte violente avec grande exaltation de la part du malade; souvent même il était difficile d'obtenir la perte complète du sentiment, et bon nombre de malades étaient réfractaires à l'éther. Rien d'étonnant, dès lors, que le malade traduisît, dans ces conditions-là, ses souffrances d'une manière non équivoque; mais, nous le répétons, et nous serons approuvés, le sommeil doux et plein de quiétude du chloroforme ne présente rien de semblable.

C'est à dessein que nous avons laissé de côté les points de vue historique, physiologique et pathologique de la question du chloroforme, pour ne traiter que le chapitre essentiellement pratique. Tout ce que nous affirmons, nous l'avons vu et bien constaté; c'est avec nos convictions les plus intimes que nous écrivons. Ce qui nous frappe tout d'abord, soit dans le mode d'administrer le chloroforme, soit dans les discussions le concernant, c'est, comme le dit M. J. Guérin, *Gazette médicale*, n° 28, 1853, l'absence de tout principe, de toutes notions générales laissant chacun sans base et sans guides; des opinions individuelles, des faits particuliers, des règles arbitraires ou de menus détails.

Cet état de choses découvre et engage, dans certaines limites, la responsabilité professionnelle; il alarme la conscience publique comme celle du praticien; il importe d'y mettre un terme et de savoir au juste quels sont les risques de l'anesthésie.

Pour cela, il faudrait faire accepter par tous une méthode entourée le moins possible de périls et d'imprévoyances. Les faits auraient alors une signification scientifique réelle; il suffirait de les grouper et de les comparer entre eux pour avoir des données certaines; la responsabilité indivi-

duelle étant hors de cause, il n'y aurait plus motif à les torturer; les revers porteraient avec eux un enseignement utile dont la science ferait profit. Ce vœu sera-t-il jamais réalisé? Je l'ignore. Déjà nous avons pris une fois l'initiative, nous allons la prendre derechef, et essayer, dans quelques conclusions, de jalonner la route qu'il conviendrait de suivre.

Conclusions et projet de réglementation. — Les soins que demande la chloroformisation sont de trois ordres : *avant, pendant* et *après*.

Avant. — Contre-indications. — Explorer à fond la constitution du malade; ausculter le cœur et les poumons pour s'assurer qu'il n'existe pas de lésions organiques qui seraient une contre-indication. L'asthme, les anévrismes, la phthisie pulmonaire, même peu avancée, la chlorose, l'anémie, la pyoémie, la chorée, la prédisposition aux congestions cérébrales, etc., seraient dans ce cas. Le moral devra être calme. Pour cela, parler du chloroforme comme d'un bienfait, quand il est sagement administré et dans de bonnes conditions.

Le malade ainsi rassuré doit désirer, en outre, vivement l'anesthésie, et avoir une entière confiance dans son médecin. S'il manifeste une vive appréhension, à plus forte raison s'il éprouve de *sinistres pressentiments*, refuser obstinément la chloroformisation.

De tout temps, des malades sont morts d'épuisements nerveux, sidérés en quelque sorte, soit par la frayeur, soit par la douleur, avant, pendant, ou peu d'instants après l'opération. Il ne faut pas oublier que tous les cas de mort provenant de cette source passent inaperçus aujourd'hui, et vont grossir le nécrologue du chloroforme.

On ne doit recourir à l'anesthésie, tant que des doutes subsisteront sur ses risques, alors même qu'elle est donnée sagement, que pour des opérations d'une certaine importance. Le malade devra être à jeun.

On tiendra compte, mais sans exagération, des effets de la commotion consécutive aux grandes lésions traumatiques, de l'épuisement après des pertes de sang et des suppurations considérables. En un mot, de toutes les causes débilitantes qui ôtent à l'organisme de sa puissance de résistance aux agents anesthésiants.

Le local sera grand, facile à ventiler par le renouvellement de l'air, on aura à sa disposition, et sous la main, tous les agents nécessaires pour porter secours en cas de danger.

Pendant. — L'administration du chloroforme devrait être une spécialité incombant dans les hôpitaux à un aide intelligent et exercé, et, en ville, dans la pratique civile, a des médecins spéciaux, comme on voit des ventouseurs.

L'opérateur agirait ainsi sans préoccupation aucune, et les mêmes personnes donnant toujours le chloroforme, il serait alors possible de les astreindre à des règles uniformes.

Voici celles que nous proposons :

1° Pour se rendre un compte exact de la quantité du chloroforme employé, mettre ce liquide dans de petits flacons allongés et gradués gramme par gramme, comme l'a fait M. J. Guérin.

2° Compter, à l'aide d'une montre à secondes, le temps employé à l'inhalation, le nombre des pulsations du pouls et des inspirations pulmonaires; observer la force et la fréquence des battements du cœur; s'ils tombent au-dessous de 60 pulsations, cesser l'inhalation.

3° Le malade étant couché la tête soulevée par un oreiller, lui donner le chloroforme versé sur un mouchoir gramme par gramme, en commençant par un gramme, progressivement, et à doses de plus en plus concentrées, comme le conseille M. Sédillot.

4° Tenir d'abord le mouchoir à distance de la bouche et des narines; rassurer le malade par de douces paroles; rapprocher le mouchoir de la bouche, dont une partie restera toujours découverte pour éviter sûrement une asphyxie par insuffisance d'air.

5° Dès le début, pincer doucement la main du malade et lui dire sans interruption : Qu'est-ce que je vous fais?

6° Du moment où le malade, jusque-là calme, répond avec une humeur croissante : vous me pincez! Vous me pincez! se tenir sur ses gardes, car il touche au moment de la perte des perceptions et du sentiment.

7° Dès qu'il ne répond plus, le sentiment est aboli; il faut se hâter d'ôter le mouchoir et de faire l'opération, car il ne faut jamais arriver, *avec intention*, jusqu'à la résolution musculaire.

8° Une agitation légère, de la loquacité, des paroles incohérentes, des hallucinations, accompagnent souvent le premier degré de l'anesthésie, et indiquent que le mouchoir doit être enlevé, loin d'être maintenu comme on le fait.

9° Le moment est venu de redoubler d'attention du côté du pouls, du cœur et des actes respiratoires. S'il y a ralentissement manifeste, si les effets de l'inhalation se continuent, s'ils augmentent même, si l'on est arrivé involontairement au deuxième degré, à la résolution générale, on mettra en œuvre immédiatement quelques-uns des moyens qui seront indiqués pour rétrograder au plus vite jusqu'au premier degré de l'anesthésie.

10° S'il survient des spasmes du larynx, une toux répétée, de l'écume à la bouche, une dépression notable du pouls, de la gêne respiratoire marquée, quelque indice d'imminence syncopale, d'asphyxie pulmonaire ou de congestion cérébrale, on suspendra à l'instant les inhalations.

11° Dès que le malade perd ou va perdre la conscience de ses actes, il survient parfois un peu d'agitation. Si elle est légère, si rien n'indique un danger, il faut résister. Quelques secondes suffisent. Mais, si l'agitation est extrême, si la face est congestionnée avec écume à la bouche, à plus forte raison si le malade dit : *J'étouffe!* il faut ôter de suite le mouchoir, respecter cet avertissement de l'organisme et ne pas lutter.

12° Quand l'opération doit durer longtemps, les inhalations seront données avec intermittences, suspendues et reprises dès que le malade, par un léger gémissement, annonce le retour de ses perceptions. Ainsi, je suis parvenu à abolir la douleur pendant plus d'une heure sans interruption.

Notre éminent confrère, M. Velpeau, qui donne la préférence à une éponge pour administrer le chloroforme, s'exprime ainsi après avoir donné le conseil de cesser l'éthérisation dès que l'insensibilité est obtenue : Si l'opération doit se prolonger, on remet l'éponge sous le nez, quand le malade semble sur le point de revenir à lui.

Après. — Quand tout s'est passé naturellement, il n'y a rien à faire, le malade revient promptement à lui. Mais, lorsque la saturation du système nerveux par le chloroforme a été portée à ses limites extrêmes, quand il y a imminence de mort, il faut, sans perdre un seul instant, user de toutes les ressources de l'art.

Chasser l'atmosphère chloroformique par la brusque irruption de l'air d'une fenêtre ouverte, placer le malade horizontalement sur le dos pour rétablir plus facilement la circulation. M. Nélaton conseille même de mettre la tête en bas; et M. le professeur Piorry fait soulever les quatre membres pour faire refluer le sang vers le cœur; enlever l'écume de la bouche qui pourrait obstruer l'entrée de l'air; introduire le doigt au fond de la gorge pour la stimuler à l'exemple de M. Chassaignac; provoquer une respiration artificielle par la compression alternative des parois thoraciques et abdominales; jeter à la face des verres pleins d'eau froide sous formes de douches brusques; insuffler de l'air à l'aide d'une pompe à asphyxie, et, à défaut, de bouche à bouche à l'imitation de M. Ricord; ingurgiter une cuillerée d'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniac; diriger sur la surface rectale, d'après l'avis de M. Jobert, des antispasmodiques pour favoriser le rappel des mouvements du cœur réduits à l'état d'oscillations ou de résolution complète; ne pas négliger les cautérisations faites sur la bouche ou le pharynx avec l'ammoniac, comme l'a conseillé M. J. Guérin. Recourir à l'électricité; frictionner rudement la région précordiale.

Nous avons rappelé sommairement les moyens conseillés; on choisira les uns de préférence aux autres, selon que les accidents tiendront à une syncope ou à une asphyxie; l'expérience, qui heureusement nous manque, fera connaître ceux d'entre eux qui ont le plus d'efficacité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'Académie des sciences a dû procéder, avant-hier, à la nomination d'un président, en remplacement du regrettable M. de Jussieu. M. Combes, vice-président actuel, a passé président sans difficulté, et les voix se sont réparties ainsi qu'il suit pour la place de vice-président :

MM. Roux.	22 voix.
Is. Geoffroy-Saint-Hilaire .	7
Milne Edwards	4
Duméril	2
Cordier	1

En conséquence, M. Roux a été proclamé vice-président.

— Les sciences et les arts se tiennent par la main. C'est pour cette raison, sans doute, que la joyeuse famille des étudiants fournit tous les ans à la scène un certain nombre d'adeptes dont quelques-uns deviennent de véritables célébrités artistiques. On sait combien peu s'en est fallu que notre illustre toxicologiste ne soit allé chercher la célébrité sur les planches de l'Opéra, où il ne l'aurait pas moins trouvée, assure-t-on, que dans la chaire de la Faculté de médecine. Cette tradition s'est continuée cette année, et les directeurs des théâtres de Paris, ainsi que le Conservatoire, ont reçu des demandes d'admission de la part de quatre étudiants. Mais ce qui pourra surprendre plus d'un de nos lecteurs, c'est que pareilles demandes ont été faites par trente-huit garçons épiciers! Depuis longtemps déjà l'épicerie empiète sur la pharmacie; mais il paraît que cette gloire ne lui suffit plus; elle veut désormais s'élever jusqu'à l'art. Où diable la tragédie va-t-elle se nicher? Il n'y a vraiment plus.... d'épiciers!

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de l'Académie de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 91. 1re année. Samedi 30 Juillet 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. M. Laugier. Note sur un cas de résection du pied, par M. A. Thomas. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Observation d'une paralysie générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent. Administration du sulfate de quinine. Guérison, par M. le Dr Cavaré. — **HYGIÈNE** : Analyse du pain et spécialement du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes. Analyse et propriétés nutritives du son, par M. Poggiale. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Laugier.

Note sur un cas de résection du pied.

Lorsque le *Moniteur des Hôpitaux* publia l'observation si remarquable de la résection du poignet que venait de pratiquer M. Maisonneuve, il y avait, au n° 5 de la salle Saint-Augustin, une femme, la nommée Kirchner, âgée de 47 ans, offrant l'état suivant :

Le dos du pied gauche présente l'ouverture de trois fistules donnant issue, en quantité assez abondante, à un pus sanieux.

Ces fistules, qui ont succédé à l'ouverture d'abcès faite par l'instrument tranchant, sont situées : l'une, au niveau de l'articulation du quatrième orteil et du cuboïde, les deux autres plus en dedans vers le bord interne du pied.

La fistule externe est la plus considérable; son exploration avec le stylet permet d'arriver directement sur des surfaces osseuses crépitantes, et de diagnostiquer à coup sûr une carie du cuboïde et de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien.

Le stylet introduit dans les deux autres trajets fistuleux ne rencontre aucun os dénudé.

Les douleurs spontanées et provoquées qui existent au niveau des cunéiformes, du scaphoïde et du cuboïde, l'empâtement des parties molles qui recouvrent ces os ôtent cependant l'espoir qu'ils soient intacts. Mais on ne peut constater physiquement leur altération.

Tout tend à faire penser que le calcanéum et l'astragale sont sains.

Malgré les différences notables qui séparent les deux situations, le fait de M. Maisonneuve inspira à M. Laugier l'idée de pratiquer, le 3 juillet 1853, l'opération que je vais décrire.

La malade, une fois plongée dans le sommeil anesthésique, une incision longitudinale fut faite sur le dos du pied allant du bord postéro-supérieur du cuboïde jusqu'à la partie moyenne du quatrième métatarsien. Le cuboïde, mis à nu, fut facilement extrait, ainsi que le quatrième métatarsien. Il a suffi presque, pour cela, de les saisir. Le doigt, porté dans la plaie, reconnut que les deux cunéiformes externes étaient réduits en fragments libres dans le foyer; que le premier cunéiforme et le scaphoïde étaient en grande partie cariés, et qu'il y avait aussi maladie de l'extrémité postérieure des troisième et deuxième métatarsiens. Grâce à l'absence du cuboïde et des deux cunéiformes externes, on fit aisément saillir tour à tour, par la plaie des téguments, les deux métatarsiens dont on resséqua les portions altérées avec les ciseaux de Liston.

Vint ensuite l'extraction du premier cunéiforme et du scaphoïde. Une spatule introduite dans l'articulation cunéo-métatarsienne, et maniée comme levier, luxa facilement le cunéiforme. Le scaphoïde fut enlevé de la même manière; on engagea pour cela la spatule entre le scaphoïde et l'astragale.

Après constatation minutieuse de l'intégrité des autres os du pied, on fit un pansement simple et la malade fut renvoyée à son lit.

Cette observation, dont nous donnerons prochainement la suite, renferme de graves enseignements.

Dans les cas de ce genre, les préceptes de l'art sont formels. Il faut amputer dans l'articulation médio-tarsienne, ou pratiquer la désarticulation sous-astragalienne. Quelques chirurgiens ont même prôné l'amputation sus-malléolaire de la jambe.

L'opération que vient de faire M. le professeur Laugier est de beaucoup préférable à toutes les autres, comme méthode générale de traitement. Les raisons sur lesquelles je m'appuie sont les suivantes :

D'abord, facilité plus grande d'opérer, malgré l'avis contraire des auteurs qui ont dit quelques mots des résections du pied. On a eu le tort d'envisager la question au point de vue d'un pied sain. Dans les caries où les nécroses des os du pied, tout comme dans ces affections, en d'autres points, du squelette, le périoste tend à s'isoler de l'os à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection.

Les conséquences immédiates sont moins dangereuses dans les résections du pied que dans n'importe quelle amputation partielle. En effet, les tendons d'insertion des muscles se détachent aussi des os sous l'influence de la carie et de la nécrose. L'extraction des os n'entraîne donc pas alors l'ouverture de gaînes tendineuses et évite ainsi les fusées purulentes qui marchent trop souvent à la suite des amputations.

Enfin les résultats envisagés au point de vue de la station et de la marche, sont aussi de beaucoup préférables, car la résection fait perdre à la branche antérieure du levier que représente le pied une moins grande partie de son étendue, et de plus, le périoste, les tissus fibreux de la plante du pied acquerront une solidité remarquable, comme cela se voit déjà chez notre malade.

On trouve quelques indications d'opérations à peu près semblables dans les traités de médecine opératoire. Mais nul auteur ne les accompagne de réflexions, en sorte que, jusqu'à plus ample informé, je me crois autorisé à rapporter à M. le professeur Laugier l'honneur d'avoir le premier formulé en règle générale un traitement sinon complétement inconnu, au moins parfaitement oublié à notre époque.

A. Thomas.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observation d'une paralysie générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent. — Administration du sulfate de quinine. — Guérison.

Par M. le Dr Cavaré.

Le 6 février 1853, à sept heures du matin, je fus appelé pour donner mes soins à la femme Jeanne Magnas, épouse Dispans, ménagère.

Cette femme, âgée de 24 ans, très-nerveuse, était accouchée naturellement de son deuxième enfant, le 3 février. Le 5 février, vers midi, sans cause connue, et pendant qu'assise devant le feu, cette femme attendait que son lit fût disposé pour la recevoir, elle ressentit des fourmillements dans les pieds; ces fourmillements gagnèrent les jambes, les cuisses, le tronc et les membres supérieurs. La langue se prit et devint tellement embarrassée, que la malade ne pouvait presque pas se faire comprendre. Elle fut mise dans son lit par son mari, aidé de quelques voisins, car elle était dans l'impossibilité de mettre un pied devant l'autre.

Il y avait de la fièvre, sans néanmoins que la malade ressentît le moindre mal à la tête. Elle ne pouvait avaler qu'avec la plus grande difficulté les boissons qui lui étaient présentées, elle voyait qu'on lui remuait les bras, les mains, mais elle n'en avait pas le moindre sentiment. Il existait, en un mot, une paralysie générale. La sage-femme, consultée à cet égard, répondit que c'était, sans doute, la fièvre de lait qui s'annonçait ainsi. Elle eut la pensée de lui faire prendre quelques cuillerées d'une potion antispasmodique, ainsi que quelques verres de tisane d'orge. A trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire trois heures après l'invasion des premiers symptômes de la paralysie, les pulsations se ralentirent, la chaleur se calma peu à peu, la langue et les membres reprirent l'usage de leurs fonctions, la paralysie en un mot disparut et tout rentra dans l'ordre.

Le 6 février, à trois heures du matin, Jeanne Dispans sentit la chaleur parcourir tous ses membres; son corps fut presque aussitôt couvert de sueur; les fourmillements qu'elle avait ressentis la veille à midi, reparurent dans le même ordre; la langue s'embarrassa de nouveau, et la paralysie survint comme la veille; la tête resta parfaitement libre.

A sept heures du matin, au moment où je vis la malade, je m'aperçus qu'elle éprouvait une grande difficulté pour parler; qu'elle avalait sa tisane avec bien de la peine; et reconnus une paralysie générale du sentiment et du mouvement. Les lochies n'étaient pas supprimées, la langue n'était point saburrale, elle était humide et rosée; pas la moindre trace de céphalalgie. Le lait était de bonne nature et abondant. L'enfant était fort et vigoureux. Le pouls était assez développé, 108 pulsations; la vue n'était point affaiblie, l'ouïe s'exerçait comme dans l'état normal; la malade n'accusait de la douleur nulle part. La contractilité de la vessie ne fut jamais diminuée, et nous n'avons pas eu besoin d'avoir recours à l'usage de la sonde pour provoquer l'émission de l'urine.

Quoiqu'il y eût une intermittence marquée, ne voyant encore rien de grave, je prescrivis deux verres d'une infusion de valériane à prendre dans la journée, et, dans l'intervalle, quelques cuillerées d'une potion fortement antispasmodique, 2 bouillons.

Le 7 février, dans la matinée, la malade se trouvait parfaitement; elle avait bien passé la nuit, et la paralysie de la veille n'avait duré que cinq heures. Cette potion, disait-elle, l'avait bien soulagée (64 pulsations, mêmes prescriptions que la veille). Le même jour, à trois heures de l'après-midi, la malade sentant quelques gouttes de sueur mouiller son front, regarda sa paralysie comme prochaine. En effet, quelques instants plus tard, les fourmillements se montrèrent dans le même ordre, et la paralysie survint comme dans les jours précédents.

Mandé auprès d'elle, je trouvai son esprit fort calme, elle n'avait pas de mal de tête; sa parole était très-embarrassée; la paralysie des membres était complète: 120 pulsations.

Prescription. Potion avec 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre aussitôt que la paralysie aura disparu, en trois doses, à deux heures d'intervalle.

Le 8 février au matin, je trouvai la malade parfaitement bien. 64 pulsations. Toute la potion avait été prise. La paralysie avait duré six heures. — 5 bouillons pour la journée, tisane d'orge pour boisson.

A trois heures du soir, la paralysie apparut encore et persista pendant huit heures. Nouvelle potion avec 75 centigrammes de sulfate de quinine, à prendre en trois fois et dans les mêmes conditions que la première.

Depuis l'administration de cette dernière dose de sulfate de quinine, la paralysie ne se montra plus, et la malade ayant continué l'usage de l'antipériodique de loin en loin, se rétablit bientôt.

J'ai eu occasion de revoir la malade aujourd'hui 3 juin; il n'y a pas eu de rechute. Cette femme a repris depuis longtemps ses travaux habituels, et elle jouit d'une santé parfaite.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

Cette malade aurait-elle pu subir les atteintes d'émanations paludéennes? Cette question et quelques autres auraient pu être agitées avec intérêt.

HYGIÈNE.

Analyse du pain et spécialement du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes. — Analyse et propriétés nutritives du son,

Par M. Poggiale, pharmacien principal en chef, professeur à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

(*Lue à l'Académie de médecine.*)

Vers la fin de 1850, M. le général de Schramm, alors ministre de la guerre, nomma une commission composée des généraux Oudinot, de Cramayel, Legendre, Reibell, Moreau; de MM. de Launay et Dagnau, intendants militaires, de M. Bégin, président du conseil de santé des armées et de M. Poggiale, afin d'examiner les résultats obtenus par le système de l'achat direct du pain confié aux ordinaires. La commission étudia consciencieusement toutes les questions posées par le ministre, elle les examina sous le rapport hygiénique, économique, administratif et au point de vue de la sécurité du pays; elle consacra plusieurs séances à la lecture des nombreux documents fournis par l'administration de la guerre, fit procéder par deux de ses membres à divers essais de panification, et me chargea particulièrement de l'analyse chimique du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, du pain des hospices civils de Paris, des farines de munition et de celles du commerce. Enfin, après avoir résolu à l'unanimité de ses membres les questions qui lui avaient été adressées par le ministre, elle déclara que le bien-être du soldat, les intérêts du trésor, le maintien de la discipline et les nécessités de l'administration et du commandement exigeaient le rétablissement immédiat du service manutentionnaire. Elle recommanda, en même temps, des améliorations importantes dans la fabrication du pain de munition, et dans l'examen des produits des manutentions militaires. Les mesures proposées par la commission furent immédiatement adoptées par le ministre, et elles ont déjà produit les meilleurs résultats.

Les partisans du système d'achat direct du pain par les ordinaires ayant reproché au pain de munition d'être bis, d'un gris terne, mal cuit et chargé d'une proportion considérable d'eau; d'avoir un goût aigre et acide et de contenir une quantité trop forte de son, la commission a dû préparer du pain avec la farine de munition et examiner avec le plus grand soin les produits obtenus, sous le rapport de la fabrication, de la cuisson, de la saveur, de l'odeur, de la nuance, etc. Elle a dû également faire exécuter l'analyse chimique de ce pain, et comparativement, de celui qui est distribué aux troupes des nations européennes, afin d'en déterminer les qualités nutritives.

L'analyse du pain présente de grandes difficultés; j'ai fait tous mes efforts pour les vaincre, soit en apportant beaucoup de soin dans mes recherches, soit en modifiant les méthodes connues qui me semblent défectueuses.

Vogel déterminait la composition du pain par le procédé suivant: il faisait digérer 100 grammes de cet aliment desséché et réduit en poudre dans l'eau

froide, et il obtenait par l'évaporation de la liqueur la dextrine et le glucose. Ces deux produits étaient séparés par l'alcool bouillant, qui ne dissout que le glucose.

Le résidu de l'opération précédente était traité plusieurs fois par l'eau bouillante, et, en faisant évaporer les liqueurs, on obtenait l'amidon. La matière insoluble dans l'eau était le gluten.

Ce procédé présente de graves inconvénients. Je me suis assuré, en effet, que le gluten retient de l'amidon, même quand on l'a soumis huit ou dix fois à l'action de l'eau bouillante. J'ai donc dû renoncer à ce procédé, et voici celui que j'ai employé dans mes premières analyses.

J'ai déterminé le poids des substances inorganiques en calcinant dans un creuset de platine une quantité connue de pain, et en pesant le résidu qui était ordinairement formé de carbonate de chaux et de magnésie, de sulfate de chaux, de carbonate de potasse, d'acide silicique, d'oxyde de fer, d'alumine et des chlorures.

La quantité d'eau a été dosée en desséchant 50 grammes de pain dans une étuve à courant d'air, chauffée à 120°. La matière était pesée jusqu'à ce que son poids restât constant. Malheureusement, cette détermination n'a pu se faire exactement pour la plupart des pains étrangers qui étaient en grande partie desséchés lorsqu'on les a analysés.

Le dosage des matières grasses a été exécuté en traitant le pain parfaitement desséché par l'éther rectifié dans un appareil à déplacement.

Pour avoir la proportion de gluten ou de matières azotées, on a fait digérer à 60°, au bain-marie, le pain desséché avec la diastase, afin de détruire tout l'amidon; on a recueilli le gluten sur une toile, et après plusieurs lavages on l'a séché. On a obtenu ainsi une substance insoluble dans l'eau, légèrement élastique, translucide, cassante, soluble dans la potasse et dans l'acide azotique. On a remarqué que le gluten provenant du pain de froment était d'un blanc grisâtre, tandis que le gluten fourni par le pain de seigle et de méteil avait une couleur brune et une odeur particulière. On a séparé quelquefois, par l'action de l'acide acétique, le gluten de la fibrine et de l'albumide végétales; mais cette séparation n'offrant aucun intérêt pratique n'a pas été opérée dans toutes les analyses. Dans un grand nombre d'expériences, la proportion des matières azotées a été calculée d'après la quantité d'azote qu'elles contiennent.

Quant à l'amidon, on l'a dosé à l'état de sucre par le tartrate de cuivre potassique. On aurait pu d'ailleurs en déterminer la proportion par différence.

Dans une autre expérience, j'ai obtenu la quantité de glucose et de dextrine, en faisant macérer dans l'eau le pain réduit en poudre. La liqueur ainsi obtenue ne renfermait que des traces d'albumine. J'ai dosé la quantité de sucre par le tartrate de cuivre et de potasse. Le son a été recueilli sur un tamis à mailles serrées. Je ferai connaître plus loin les motifs qui m'ont engagé à le doser sous cet état, au lieu de le traiter par les acides, les alcalis, l'eau, etc., pour avoir la cellulose.

Le procédé que j'ai employé a fourni, pour les différents pains soumis à l'analyse, des résultats que je vais résumer dans un tableau, après avoir donné quelques détails sur les caractères physiques des échantillons expérimentés.

Pain de munition de Belgique.

La croûte de ce pain est brune et épaisse; la mie est compacte, d'un brun grisâtre, n'est pas élastique, renferme beaucoup de son et a une saveur de pain de froment. Le pain de munition de Belgique est composé de farine de froment; on n'en extrait pas le son. Le poids de chaque ration est de 7 hectogrammes.

Pain de munition des Pays-Bas.

Ce pain qui, comme le précédent, contient beaucoup de son, est d'un brun rougeâtre à l'extérieur. Il est peu levé, pesant, compacte, et a une saveur légèrement acide. Il est confectionné avec la farine de froment.

Pain de munition du grand-duché de Bade.

La croûte est épaisse et brûlée; la mie est compacte, brune, légèrement acide, et présente le goût du seigle. Ce pain contient très-peu de son.

Pain de munition de Prusse.

Il pèse 2k621 grammes, et la ration journalière est de 866 grammes. Ce pain est allongé et arrondi aux deux extrémités; il a 24 centimètres de longueur et 16 de largeur. Il est très-lourd, très-brun, très-compacte, et a une saveur acide désagréable. Il est composé de seigle pur sans aucune extraction de son.

Pain de munition de Francfort.

Ce pain, qui est composé de seigle et de froment, est mieux levé que le précédent; sa saveur est agréable, mais légèrement acide. La croûte est d'un brun rougeâtre et lisse; la mie a une nuance grisâtre. On y remarque beaucoup d'yeux, mais très-petits, caractère qui sert à distinguer le pain de seigle du pain de froment dont les yeux sont larges lorsqu'il a été bien préparé.

Pain de munition de Bavière.

Ce pain a une saveur agréable, est assez bien levé, bien cuit, et présente un nombre considérable de petits yeux. Sa croûte est rougeâtre et lisse. Il contient très-peu de son. On assure qu'il est préparé avec un mélange de seigle et de froment.

Pain de munition de Stuttgard.

Il est bien levé et a une odeur et une saveur agréables. La croûte est épaisse et un peu brûlée, les yeux sont assez grands.

Pain de munition français.

Le pain soumis à l'analyse a été préparé à l'École militaire avec la farine de munition blutée à 15 pour cent et par les moyens ordinaires, sous la direction de deux membres de la commission. Ce pain a une couleur jaunâtre, une odeur et une saveur agréables. La croûte est bien cuite, unie et adhérente à la mie, qui, pétrie entre les doigts, ne s'y attache pas. Ce pain est bien levé, d'une élasticité convenable, se gonfle dans l'eau et se dessèche parfaitement au contact de l'air chaud. La mie est d'un blanc jaunâtre, spongieuse, parsemée de trous d'une forme inégale, et se relève lorsqu'on l'a pressée. Il est facile de reconnaître, aux signes que je viens d'indiquer, la supériorité incontestable du pain de munition français sur les pains étrangers. Ce pain n'a été analysé que trente-six heures après sa préparation. Voici maintenant les résultats fournis par les analyses de tous ces pains :

	BELGIQUE.	HOLLANDE.	Gd.-DUCHÉ DE BADE.	PRUSSE.	FRANCFORT.	BAVIÈRE.	STUTTGARD.	FRANCE.
Eau.	31,10	32,00	33,45	35,39	29,13	30,21	34,35	34,17
Sucre.	1,20	1,10	1,03	1,09	1,09	0,93	1,39	1,03
Dextrine.	1,15	4,66	5,32	4,21	5,45	5,62	6,11	3,09
Amidon.	43,87	40,10	45,10	37,30	54,32	53,67	46,04	44,50
Matières azotées. . . .	8,83	8,75	8,83	4,85	6,24	6,27	8,42	8,95
Matières grasses. . . .	1,00	0,95	1,02	1,25	0,81	1,20	0,92	0,70
Son lavé à l'eau froide.	11,30	11,20	4,13	14,65	1,39	0,47	1,17	6,07
Matières fixes.	1,40	1,04	0,95	1,12	1,31	1,35	1,37	1,39
Perte.	0,15	0,20	0,17	0,14	0,26	0,28	0,23	0,10
	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans certaines places de guerre, telles que Toulouse, Aix, Alençon, etc., où le blé est d'une qualité supérieure, et où les opérations de la panification sont peut-être plus soignées, on prépare du pain de munition meilleur que celui de Paris, et qui se rapproche du pain blanc de la boulangerie civile. Cependant, dans d'autres places de guerre, notre pain de munition laisse à désirer. Cela tient particulièrement à la nature et à la conservation des blés, aux proportions d'eau trop considérables qu'on ajoute à la pâte, au pétrissage et à la cuisson.

Il résulte des documents fournis par l'administration de la guerre, qu'en Espagne le pain est composé de froment avec extraction de son de 14 pour cent, et qu'en Sardaigne il est également confectionné avec la farine de froment, mais avec extraction de 6 pour cent de son seulement.

Le pain d'Autriche passe pour être fabriqué avec des farines de pur froment blutées à 15 pour cent. Cependant, d'après l'examen des échantillons reçus, ce pain est compacte, mal levé, humide, et il a tous les caractères d'un pain fait avec des farines du commerce des qualités inférieures, mélangées même probablement de seigle.

Si l'on compare entre elles les analyses que je viens de rapporter, on remarque que le maximum de matières azotées (gluten et matière albumineuse) est de 8,95 pour cent, et le minimum de 4,85. C'est le pain français qui contient le plus de gluten, et, comme on devait s'y attendre, celui de Prusse qui en renferme le moins. Notre pain de munition est d'ailleurs supérieur aux autres pains, par l'aspect, la saveur, la cuisson, et même la nuance. Il faut remarquer, en outre, que les pains étrangers, fabriqués depuis longtemps déjà, étaient en grande partie desséchés, lorsqu'on les a analysés. Cette circonstance m'a engagé, du reste, à déterminer depuis la richesse nutritive de ces différents pains par le dosage de l'azote.

Dans plusieurs expériences, le pain étant desséché à 120°, a été brûlé dans un tube, et on a reçu les produits de la combustion dans une éprouvette graduée, contenant une solution concentrée de potasse, afin de séparer l'acide carbonique de l'azote. Au lieu d'un tube en verre, j'ai fait usage d'un long tube en cuivre qui rend l'opération plus commode et plus sûre. On a introduit dans le tube une quantité suffisante de bi-carbonate de soude pour enlever l'air contenu dans l'appareil, et, lorsque la combustion était terminée, pour entraîner tout l'azote dans l'éprouvette. J'ai pris du reste la précaution de refroidir les deux extrémités du tube en cuivre, afin d'empêcher l'altération des bouchons.

Le volume de l'azote, ramené à la température de 0 et à la pression barométrique de 760 millimètres, a permis de déterminer son poids.

La séparation de l'azote par le procédé que je viens d'indiquer, présentant l'inconvénient de fournir plus de gaz que n'en renferme la substance azotée, et le dosage exact des matières azotées contenues dans le pain offrant le plus haut intérêt, j'ai cru devoir déterminer la proportion d'azote par l'excellente méthode de M. Péligot. On sait qu'elle consiste à doser l'azote en faisant arriver l'ammoniaque qui provient de la combustion de la matière azotée dans l'appareil condensateur à boules de M. Liébig, contenant un volume connu d'acide sulfurique titré. On ra-

connaît ensuite, par une dissolution mesurée de sucrate de chaux, la quantité d'ammoniaque, et, par conséquent, celle de l'azote.

100 centimètres cubes d'acide sulfurique normal (formé de 61,250 d'acide pur et d'eau pour faire un titre) équivalent à 2gr,120 d'ammoniaque, ou à 1gr,750 d'azote. Le titre de la liqueur alcalines doit être déterminé d'une manière exacte avec l'acide sulfurique titré.

Le tableau qui suit renferme les résultats moyens de mes analyses, dont plusieurs ont été répétées dernièrement :

PROVENANCE.	100 DE PAIN desséché à 120° contiennent : azote	MATIÈRES azotées calculées.
Pain de munition de la manutention de Paris.	2 26	14 69
— du grand-duché de Bade...	2 24	14 56
— du Piémont.....	2 19	14 23
— de Belgique.....	2 08	13 52
— de Hollande.....	2 07	13 45
— de Stuttgard.....	2 06	13 39
— d'Autriche.....	1 58	10 27
— (1) d'Espagne.....	1 57	10 10
— de Francfort.....	1 44	9 36
— de Bavière.....	1 32	8 73
— de Prusse.....	1 12	7 28

La proportion de substance azotée a été calculée, en multipliant par 6,5 le poids de l'azote obtenu.

Comme on le voit, je me suis attaché dans mes analyses à déterminer particulièrement la proportion de gluten et d'azote. En effet, il est admis aujourd'hui par les chimistes et les physiologistes que la quantité de matière azotée fait connaître la propriété nutritive du pain et de la farine. Cependant, il faut tenir compte, pour le pain, de sa fabrication ; mais on peut dire, d'une manière absolue, que les farines les plus riches en gluten sont celles qui conviennent le mieux à la nourriture de l'homme. Les différences que présentent entre elles les farines de blé, de seigle, d'avoine, etc., proviennent de la quantité et peut-être de la nature du gluten qui offre des différences considérables dans sa composition et dans la proportion des éléments qui le composent.

Il devenait intéressant, après les expériences qui précèdent, de reconnaître la proportion de gluten et d'azote du pain de 1re et de 2e qualité de la boulangerie civile, de celui des hospices de Paris et des farines commerciales.

M. Berger, syndic de la boulangerie de Paris, dont les connaissances pratiques m'ont été si souvent utiles, a bien voulu me procurer les échantillons de pain et de farine nécessaires à mes recherches.

Voici quelques-uns des résultats que j'ai obtenus :

Pain de gruau desséché à 120°.

1re ANALYSE.	Matières azotées.....	14,82	pour cent.
	Azote.....	2,28	—
2e ANALYSE..	Matières azotées.....	14,75	—
	Azote.....	2,27	—

Pain de 1re qualité desséché à 120°.

1re ANALYSE.	Matières azotées.....	14,82	pour cent.
	Azote.....	2,28	—
2e ANALYSE..	Matières azotées.....	14,82	—
	Azote.....	2,28	—

Pain de 2e qualité desséché à 120°.

1re ANALYSE.	Matières azotées.....	12,09	pour cent.
	Azote.....	1,86	—
2e ANALYSE..	Matières azotées.....	12,09	—
	Azote.....	1,86	—

Pain de 2e qualité des hospices civils de Paris, desséché à 120°.

Matières azotées.....	12,31	pour cent.
Azote.....	1,89	—

Farine de 1re qualité desséchée à 120°.

Matières azotées.....	14,82	pour cent.
Azote.....	2,28	—

Farine de 2e qualité desséchée à 120°.

Matières azotées.....	11,96	pour cent.
Azote.....	1,84	—

(1) Le pain d'Espagne est fabriqué, depuis quelque temps, avec des farines de meilleure qualité.

Farine de munition blutée à 15 pour cent de la manutention de Paris, desséchée à 120°.

1re ANALYSE.	Matières azotées.....	12,69	pour cent.
	Azote.....	1,95	—
2e ANALYSE.	Matières azotées.....	12,69	—
	Azote.....	1,95	—
3e ANALYSE.	Matières azotées.....	12,54	—
	Azote.....	1,93	—

Il résulte des analyses qui précèdent, que le pain et la farine de munition contiennent moins de matières azotées que le pain et la farine de première qualité, et qu'ils en renferment plus que le pain et la farine de deuxième qualité. M. Payen avait d'ailleurs obtenu, avant moi, les mêmes résultats, en opérant sur les farines seulement ; il en avait conclu que la farine de munition possède des qualités nutritives supérieures aux farines de deuxième qualité. En effet, celles-ci ne renferment pas, comme la farine de munition, toutes les parties du blé ; elles se préparent avec les produits inférieurs, obtenus par la séparation des gruaux et de la fleur de farine. Cette opinion qui repose sur des analyses chimiques incontestables, est d'ailleurs confirmée par les praticiens les plus recommandables, parmi lesquels on doit citer en premières ligne MM. Berger et Doisneau, syndics de la boulangerie de Paris. Cependant, il est juste d'ajouter que le pain de munition contient une faible proportion, d'une espèce particulière, de matières azotées qui, d'après mes expériences, n'est pas assimilable.

Diverses commissions, composées d'hommes spéciaux et indépendants, ont reconnu que le pain fabriqué avec de bonne farine de munition a des qualités nutritives supérieures à celles du pain de deuxième qualité de la boulangerie civile. Les adversaires du pain de munition lui reprochent, à tort, selon moi, d'être moins nutritif que le pain blanc de deuxième qualité, et la théorie chimique de la composition des aliments n'admet, pas, comme ils le pensent, que 630 gr. de pain blanc soient l'équivalent de 750 grammes de pain de munition. Cette opinion a été soutenue particulièrement par la commission nommée en 1850, sous l'administration de M. le général de Schramm. Cependant, pour avoir un bon pain, l'administration de la guerre devra diminuer encore la proportion du son de 4 à 5 pour cent.

Composition chimique du son.

Depuis plusieurs années, les hommes de science et les praticiens se sont vivement préoccupés de la composition, de la valeur nutritive du son et du rôle qu'il joue dans la panification. On sait que ce produit est considéré par les uns comme une substance essentiellement alimentaire, plus riche en gluten que le blé, et par les autres comme un élément très-nuisible. Ceux-ci lui reprochent particulièrement d'absorber et de retenir une proportion considérable d'eau, d'exiger des levains très-forts, de donner au pain une nuance brune et une saveur acide, d'être un obstacle à sa conservation, de favoriser la formation des sporules des divers espèces de champignon, et enfin d'être sans profit pour l'alimentation de l'homme. Le son renfermant trois fois plus de matières grasses que la farine, M. Péligot soutient qu'il est impossible de fabriquer du pain d'un goût et d'un aspect agréable, si la proportion de matières grasses contenue dans la farine dépasse 1 pour cent de son poids. Suivant lui, la nuance grisâtre du pain bis et la propriété qu'il a de retenir une qualité considérable d'eau sont dus beaucoup moins à la cellulose qu'à la matière grasse.

Souvent consulté sur ces questions si importantes, j'ai éprouvé un véritable embarras pour y répondre; j'ai donc cru devoir soumettre à l'autorité de l'expérience les assertions contradictoires que des hommes distingués ont tour à tour avancées.

La quantité de gluten et d'amidon renfermés dans le son est-elle aussi élevée qu'on l'a admis dans ces derniers temps? Doit-on considérer, comme substance alimentaire, tout ce qui lui est enlevé par les acides, les alcalis et les dissolvants qu'on emploie pour avoir la cellulose pure? Peut-on, sans inconvénient, laisser dans le pain tout le son contenu dans la farine? Telles sont les questions que j'ai dû étudier, afin de pouvoir fournir les renseignements qui m'étaient demandés.

Généralement, on détermine la proportion de cellulose contenue dans le son ou dans le blé, en les traitant successivement par les acides et les alcalis étendus, l'eau bouillante, l'alcool et l'éther. Analysé par cette méthode, le son provenant de la farine de munition blutée à 15 pour cent a fourni les résultats suivants :

Eau.....	12,65
Substances solubles dans l'eau bouillante.....	30,82
Substances solubles dans l'acide chlorhydrique étendu de vingt fois son poids d'eau.....	34,37
Substances solubles dans une solution de potasse contenant 10 pour cent d'alcali.....	12,74
Cellulose résistante.....	9,42
	100,00

En soumettant le son à plusieurs traitements par les acides et par les alcalis, la proportion de cellulose résistante n'a été que de 5,73 pour cent, au lieu de 9,42 ;

et, en faisant usage de dissolutions concentrées, le résidu ne s'élevait plus qu'à 4,53, mais alors la cellulose paraissait attaquée. Du reste, le son prend une couleur très-brune, même lorsqu'on fait usage de solutions étendues.

Le son ne laissant, par l'action de ces dissolvants, que 5,73 pour cent de cellulose, on admet qu'il est très-riche en substances nutritives et panifiables, et que la perte qu'il éprouve représente la proportion de matière alimentaire. Cette conséquence ne me semble pas fondée, par la raison que la cellulose peu agrégée, comme celle qui se trouve à l'intérieur du grain, est dissoute, ainsi que je m'en suis assuré, par les alcalis et les acides, et que l'eau elle-même la désagrège facilement, lorsque son organisation n'est pas avancée. Le ligneux du son contient en outre d'autres substances qui ne sont pas alimentaires, telles que : les matières colorantes, extractives, résineuses, gommeuses, etc., et qui pourtant sont dissoutes dans la séparation de la cellulose.

Les recherches auxquelles je me suis livré me permettent d'annoncer que la proportion de matière non assimilable contenue dans le son est très-considérable, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en répétant les essais suivants :

A. On a introduit 20 grammes de son provenant de la farine de munition blutée à 15 pour cent, dans un ballon de verre de la capacité de deux litres; on y a ajouté 1,000 grammes d'eau; on a fait bouillir le mélange pendant quelques minutes; on a laissé refroidir; on y a encore ajouté un gramme de diastase, et l'on a prolongé le contact à la température de 60°, jusqu'à ce que la liqueur cessât de se colorer en bleu ou en violet par une solution aqueuse d'iode. Le résidu, examiné au microscope, ne présentait plus que des cellules : les unes blanches, les autres plus ou moins brunes, et un nombre assez considérable de globules graisseux, arrondis, diaphanes, à bords obscurs, de volumes divers et solubles dans l'éther. Les grains d'amidon avaient complétement disparu.

Vingt grammes de son ont fourni, par l'action de la diastase, les résultats qui suivent :

Eau	2,55
Glucose	6,26
Résidu insoluble	11,19
	20,00

La quantité de glucose obtenue, par l'action de la diastase, donne d'une manière exacte la proportion d'amidon et de dextrine, ainsi que le glucose contenu dans le son; le résidu est évidemment formé de ligneux, de matière grasse, de matières azotées et de sels. En défalquant du chiffre obtenu la matière azotée, la matière grasse et les sels dont le poids a été déterminé par des expériences directes, on trouve que le son contient environ 35 pour cent de ligneux.

B. J'ai dosé la matière azotée contenue dans le même son, en employant la méthode de M. Péligot, et trois analyses ont donné en moyenne :

Azote	1,062	pour cent de son.
Matières azotées	13,403	—

Mais tout l'azote n'est pas fourni par une matière azotée assimilable, comme le démontrent les expériences suivantes :

C On a nourri un chien, pendant plusieurs jours, avec un mélange de bouillon et de son. On a recueilli les excréments qui étaient presque entièrement composés de son, et l'on a aisément séparé ce produit, en les lavant au-dessus d'un tamis de soie; puis on l'a fait bouillir successivement dans l'eau, l'alcool et l'éther, pour qu'il ne conservât aucune substance étrangère, et enfin on l'a desséché à 120°.

Ce son, soumis à l'analyse, a fourni :

Azote	1,123	pour cent.
Matière azotée non assimilable	7,299	—

Dans une autre expérience, on a analysé du son qui avait été donné successivement à deux chiens, et les chiffres fournis par l'analyse ont été absolument identiques. Le même son, ayant déjà traversé le tube digestif de deux chiens, a été donné à un poulet, et la quantité d'azote n'a pas changé.

Ces résultats sont décisifs, et ils montrent bien qu'il existe dans le son une matière azotée non assimilable dont la proportion s'élève à 3,516 pour cent, et une substance azotée assimilable dont le poids est de 9,877 pour cent.

Ce résultat n'offre rien d'extraordinaire. En effet, si la valeur nutritive des aliments croit, d'une manière générale, avec la proportion des matières azotées qu'ils contiennent, il faut bien admettre aussi que toutes les matières azotées ne peuvent pas être considérées comme nutritives pour l'homme. Ainsi, la paille de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, de pois, les balles de froment, plusieurs espèces de feuilles, le bois, etc., contiennent, d'après les expériences de MM. Payen et Boussingault, depuis 2 jusqu'à 17 pour cent d'azote, et personne, je pense, n'a soutenu que ces substances fussent alimentaires pour l'homme et pour tous les animaux; elles sont, comme la partie ligneuse du son, réfractaires à l'action des organes digestifs de certaines espèces animales.

D. Si l'on sépare, à l'aide de la diastase, les substances amilacées du son, et qu'après avoir lavé le résidu, on le traite par l'acide chlorhydrique étendu, on remarque que 100 parties de son donnent, par une ébullition suffisamment prolongée :

Glucose	19,563

Or, ce sucre ne peut être produit que par la cellulose transformée par l'action de l'acide chlorhydrique.

Je suis même parvenu, en employant des liqueurs acides successivement plus concentrées, à séparer d'une manière assez exacte d'abord, la dextrine et l'amidon, et puis à former du glucose avec la portion de cellulose contenue dans le son, qui, seule, peut donner du sucre. Ainsi, en faisant bouillir, pendant quelques minutes, 25 grammes de son avec un mélange de 200 grammes d'eau et de 7 grammes d'acide chlorhydryque fumant, la cellulose est à peine attaquée, tandis que l'amidon et le sucre sont convertis en glucose.

E. On a fait bouillir, pendant quelques minutes, le son, préalablement soumis à l'action des organes digestifs des chiens et des poulets, avec une eau acidule composée de quinze parties d'eau distillée et d'une partie d'acide chlorhydrique fumant, on a lavé le résidu et on a dosé le glucose contenu dans la liqueur filtrée, par le tartrate de cuivre et de potasse. Cent parties de ce son ont perdu 40,501 de leur poids et ont fourni :

Glucose	21,358

Le résidu de l'opération précédente a été traité à chaud par une solution de potasse contenant 10 pour cent de cet alcali qui a diminué son poids de 37,552 pour cent.

Après ces deux traitements, on a obtenu sur le filtre une matière d'un blanc jaunâtre, se colorant encore par la potasse et par l'acide chlorhydrique et dont la proportion était de 21,947 pour cent.

Il résulte nettement de cette expérience, que je considère comme très-importante, que le *son qui n'est pas digéré contiendrait encore 80 pour cent de matière alimentaire,* si l'on admettait que les substances dissoutes par les acides et les alcalis étendus sont assimilables.

F. On a donné à un chien, pendant quatre jours, un mélange de bouillon et de 56 grammes de son desséché et dépouillé des matières amilacées par la diastose. On a soigneusement recueilli les excréments et par des lavages réitérés sur un tamis de soie, on a séparé le son de quelques substances qui l'accompagnaient. Le résidu, desséché ensuite à 120°, pesait 42,053. Il n'avait donc perdu, par l'acte de la digestion, qu'environ 13 grammes composés de gluten et de matière grasse et il renfermait encore de l'azote.

Cette expérience, répétée avec 100 grammes de son ordinaire, a donné approximativement les mêmes résultats.

G. On a traité 10 grammes de son, préalablement soumis à l'action des organes digestifs par 15 grammes d'acide sulfurique concentré qu'on a ajoutés par petites portions, afin d'éviter l'élévation de température. On a prolongé le contact pendant quarante-huit heures, on a ajouté ensuite une grande quantité d'eau et on a fait bouillir le mélange pendant plusieurs heures. La liqueur acide ayant été saturée par la craie, on a filtré, et à l'aide du tartrate de cuivre potassique et du saccharimètre, on a trouvé $4^{gr},15$ de glucose.

Une expérience semblable faite avec la cellulose pure, a donné $4^{gr},17$ de glucose pour 10 grammes de cellulose.

H. Enfin, j'ai fait un appel à la physiologie, et voici les renseignements précis qu'elle m'a fournis. J'ai nourri deux chiens, l'un avec un mélange de bouillon et de pain blanc de première qualité, l'autre avec un mélange de bouillon et de son. La quantité de bouillon était exactement la même, mais on a dû tenir compte pour le pain et le son de la proportion d'eau qu'ils renfermaient et on a augmenté la ration de son, donné d'ailleurs à discrétion, de 10 pour cent qui représente la quantité de cellulose admise par quelques chimistes (on a donné pour 138 parties de pain contenant 38 pour 100 d'eau, 12 parties de son). Le chien nourri avec la bouillie de son, qui pesait $5^{k}250$ grammes, a perdu, dans l'espace de huit jours, 870 grammes, et il était tellement affaibli qu'on n'aurait pas pu continuer sans danger cette expérience.

L'autre chien pesait $5^{k}240$ et son poids a diminué de 320 grammes dans le même espace de temps; cette diminution de poids tenait non pas à la nature, mais à l'insuffisance des aliments qu'il recevait, le premier chien mangeait avec répugnance la quantité correspondante de bouillon et de son qu'on lui donnait.

Le chien nourri d'abord avec du pain a été soumis à son tour au régime du bouillon et du son, et les résultats ont été les mêmes.

Dans une troisième expérience, on a donné à l'un des deux chiens du son et du bouillon à discrétion et à l'autre du pain et du bouillon également à discrétion. La quantité de bouillon était la même pour les deux.

Le premier chien qui pesait $5^{k}360$ grammes, a perdu, dans l'espace de huit jours, 455 grammes. L'autre, dont le poids s'élevait à $4^{k}975$ grammes, a gagné 210 grammes.

J'ai répété ces mêmes expériences avec des poules, et les résultats n'ont pas varié; celles qui ont été nourries avec le son ont constamment perdu de leur poids.

Il résulte des faits qui précèdent, que le son renferme beaucoup de cellulose et de substances non assimilables. Il est donc indispensable de recourir à une autre méthode pour déterminer la proportion de matière alimentaire contenue dans le son. Voici le procédé que j'ai mis en usage.

On a fait digérer pendant quarante-huit heures une quantité connue de son dans l'eau froide, on a filtré et on a lavé le résidu; par l'évaporation de la liqueur, on a obtenu le poids des sels solubles, de la dextrine, du sucre et des matières

azotées solubles dans l'eau. Le sucre a été séparé au moyen de l'alcool, et, après l'avoir traité par de l'eau acidulée, on l'a dosé à l'aide du tartrate de cuivre potassique. La matière azotée a été déterminée par la quantité d'azote; on a obtenu les sels par la calcination, et la différence a donné la proportion de dextrine. On a pu d'ailleurs doser directement celle-ci en la transformant en sucre par l'acide sulfurique. La liqueur qu'on obtient par l'eau froide laisse précipiter des flocons abondants d'albumine, lorsqu'on en élève la température jusqu'à l'ébullition. J'ai dosé les matières grasses en traitant plusieurs fois le son desséché à 130° par l'éther pur.

J'ai reconnu la proportion d'amidon contenu dans le son en le transformant en sucre par la diastase, et en prenant les précautions indiquées. J'ai remarqué que l'action de l'infusion tiède d'orge germée sur l'amidon est beaucoup plus prompte que celle de la diastase pure, mais l'infusion donnant par suite de la fermentation un dépôt blanc assez considérable d'une substance albumineuse qui vient s'ajouter au gluten, j'ai dû renoncer à ce moyen.

Le mélange de son et de diastase a été ensuite jeté sur un filtre, et le dépôt étant lavé et desséché a donné le poids des matières azotées, de la cellulose, des matières colorantes, incrustantes, résineuses, etc. Une partie de l'amidon existant encore dans la liqueur filtrée à l'état de dextrine, on a converti celle-ci en sucre par l'ébullition en présence de l'acide sulfurique. On a dosé ensuite le glucose par le tartrate de cuivre et de potasse, et on a obtenu la proportion d'amidon en retranchant, par le calcul, la quantité de sucre et de dextrine fournie par une autre opération.

J'ai dosé les matières azotées par le procédé de M. Péligot, dont j'ai déjà fait connaître les avantages.

J'ai analysé par ce procédé plusieurs échantillons de son que M. Berger, syndic de la boulangerie de Paris, et M. Gley, agent comptable de la manutention militaire du quai de Billy, ont bien voulu me procurer.

Voici quelques-uns des résultats que j'ai obtenus :

Traitement par la diastase.

	Poids du son.	Eau.	Matières solubles.	Poids du résidu.
1re expérience....	10 gr.	1,267	3,147	5,582
2e —	10	1,262	3,204	5,521
3e —	10	1,269	3,158	5,553

Le résidu ne contenait plus aucune trace d'amidon; j'y ai trouvé d'ailleurs la même quantité d'azote que dans tout le son soumis à l'action de la diastase, en défalquant, bien entendu, la matière azotée soluble dans l'eau froide, et dont la proportion a été déterminée par d'autres expériences.

Il est évident que ce résidu ne pouvait contenir, après la séparation des matières grasses, que des matières azotées et des substances non assimilables, et que, pour avoir le poids de celles-ci, il a suffi de déduire du chiffre obtenu la quantité de matière azotée alimentaire.

Je résume dans le tableau suivant, qui comprend trois analyses, les résultats que j'ai obtenus :

Analyse du son.

	1re Expérience.	2e Expérience.	3e Expérience.	MOYENNE.
Eau	12,673	12,632	12,703	12,669
Sucre	1,971	1,828	1,930	1,909
Matière soluble non azotée (dextrine ou substances congénères)	7,727	7,699	7,703	7,709
Matière soluble azotée (albumine)	5,607	5,626	5,612	5,615
Matières azotées insolubles { assimilables	3,858	3,860	3,884	3,867
Matières azotées insolubles { non assimilables	3,516	3,512	3,520	3,516
Matières azotées grasses	2,807	2,998	2,827	2,877
Amidon	21,649	21,802	21,625	21,692
Ligneux	34,405	34,597	34,723	34,575
Sels	5,760	5,406	5,378	5,514
	99,973	99,960	99,905	99,943

Il résulte des analyses précédentes que le son contient 44 pour cent de matières assimilables et 56 pour cent de substances qui ne peuvent pas servir à la nutrition. Les moyens que j'ai employés pour la séparation de l'amidon, de la dextrine et du sucre, et pour le dosage des matières azotées, me mettent entièrement à l'abri des reproches qu'on a adressés aux méthodes d'analyse qui reposent sur l'emploi des acides et des alcalis; ces dissolvants attaquant le ligneux et la matière incrustante, il est évident que ce mode de dosage est inexact.

J'ai analysé d'autres échantillons de son moins riches en matière alimentaire, que je me suis procurés chez différents meuniers. Leur composition moyenne est représentée par les chiffres suivants :

Eau	12,07
Amidon, dextrine et sucre	24,00
Matières azotées assimilables et non assimilables	12,04
Matières grasses	3,00
Sels	5,00
Ligneux	42,00
	100,00

Cette proportion si élevée de matières réfractaires à l'action des organes digestifs justifie donc l'élimination du son de la farine et la perte qui résulte de l'opération du blutage. On ne saurait nier, d'ailleurs, que le pain préparé avec la farine brute est généralement brun, mal levé, d'un aspect peu appétissant, d'une saveur aigre et d'une digestion souvent difficile.

Les boulangers les plus distingués, M. Robine, par exemple, ont observé que la farine de froment brute absorbe plus d'eau et produit plus de pain que la farine blanche. M. Truchu, officier principal des subsistances militaires, a remarqué, de son côté, que le son absorbe 1,240 de son propre poids d'eau, et la recoupe de 0,998 seulement. Avant eux, l'illustre Parmentier avait déclaré, dans un Mémoire sur le pain des troupes, et dans le *Manuel du Boulanger*, que le son en substance, quelque divisé qu'on le suppose, fait du poids et non du pain, que ce n'est pas une économie de faire entrer le son dans la composition du pain, non-seulement parce qu'il ne nourrit pas lui-même, mais encore à cause des obstacles qu'il apporte nécessairement à la fabrication du pain.

Il a encore un défaut capital, ajoute Parmentier, c'est de passer en entier, *tel qu'on l'a pris, sans être digéré*. Il est utile de faire remarquer que ces observations, trop sévères peut-être, se rapportent au pain bis et grossier que l'on distribuait aux troupes avant 1799.

La question que j'examine est résolue, d'ailleurs, par la pratique de tous les temps et de tous les peuples. On remarque, en effet, que les populations rejettent une partie du son dans les années abondantes, et, à mesure que leur bien-être augmente, que les ouvriers des villes ne mangent que du pain blanc, et que l'administration de la guerre a élevé, depuis quelques années, le blutage de la farine à 15 pour cent d'extraction du son. Il n'est donc pas possible de songer à fabriquer, comme on l'a proposé, du pain avec la farine brute; personne n'en voudrait.

Il est d'ailleurs de bonne économie, comme le fait observer M. Bouchardat, de donner le pain blanc aux hommes, et de faire utiliser le son aux ruminants, qui nous le rendent sous forme de lait et de viande. En temps de suffisante récolte, faire consommer le son aux hommes qui le digèrent mal, ajoute le même auteur, est une mauvaise opération au point de vue économique, et vouloir revenir au blutage inférieur, c'est aller en arrière du progrès.

J'ai fait voir qu'on peut obtenir du pain de munition très-bon et très-nourrissant avec la farine de froment blutée à 15 pour cent. Le son qu'on y laisse est peut-être utile, en ce sens qu'il retient plus longtemps dans les organes digestifs les principes assimilables. En effet, beaucoup de physiologistes admettent que la puissance nutritive des aliments n'augmente pas d'une manière absolue en raison directe de la concentration des éléments assimilables qui entrent dans leur composition, et que, pour être bien digérés, les principes nutritifs ont besoin d'être mélangés avec des matières plus réfractaires. Ce serait le rôle du son lorsqu'il se trouve en proportion convenable dans le pain de munition. Avec un pain trop léger, trop prompt à traverser l'appareil digestif, des jeunes gens robustes, soumis, comme le sont nos soldats, à des exercices et à des labeurs souvent pénibles et prolongés, ne sauraient être aussi bien nourris qu'avec le pain de munition (1). Cependant j'exprime le vœu que la proportion de son soit encore diminuée.

Depuis longtemps déjà, on a essayé de séparer la matière alimentaire du son. Ainsi, en 1770, M. de la Jutais fit connaître un moyen qui, suivant lui, permettait d'augmenter de plus d'un quart le produit du pain avec la même quantité de farine. Son procédé consistait tout simplement à faire bouillir, pendant une heure, le gros son dans l'eau, et à passer la liqueur qui servait ensuite pour la préparation du levain et pour le pétrissage.

Parmentier lui-même fit de nombreux essais dans le but de faire servir la farine qui reste attachée au son, mais ces tentations qu'on a renouvelées dans ces derniers temps n'ont pas réussi. Le rendement de la farine est sans doute augmenté, mais il ne compense pas les frais assez considérables que ces manipulations exigent.

D'ailleurs le pain est moins blanc et a une saveur moins agréable, et le son traité par l'eau bouillante est tellement appauvri, qu'il ne peut plus servir à la nourriture des bestiaux. Il faut donc renoncer à ce procédé.

Quelques praticiens ont proposé de moudre les blés, de séparer les sons, de les remoudre encore et enfin de bluter la farine au taux réglementaire. Ils affirment que, par ce moyen, on obtient de très-beau pain. De nombreuses expériences

(1) Rapport fait en 1851 à M. le ministre de la guerre, au nom de la haute-commission des subsistances militaires.

ont été faites, depuis quelques années, par l'administration de la guerre, dans le but de savoir s'il y a utilité à remoudre les sons. Il résulte des épreuves de panification qui ont été exécutées, en 1850, sous la direction spéciale de M. Lecauchois-Fécaud, par la haute-commission des subsistances militaires, dont je faisais partie, que le pain de munition préparé avec des farines, dont une portion a été remoulue et dans lesquelles les sons se trouvent plus divisés, a une teinte plus grise que le pain de munition fabriqué par les procédés ordinaires. Aussi, le projet de la remouture des sons, très-coûteux d'ailleurs, fut-il repoussé à l'unanimité par la commission.

La séparation complète et économique de la matière alimentaire du son est donc un problème que l'industrie n'a pas encore résolu; à mon avis, ce résultat si désirable ne peut être obtenu qu'en perfectionnant les moyens mécaniques dont le meunier fait usage. Déjà les perfectionnements de la meunerie ont fait gagner à l'homme une quantité considérable de substance nutritive, puisqu'au XVII^e^ siècle on perdait 40 pour cent de matière assimilable et que la perte se réduit aujourd'hui à 12 ou 15 pour cent.

Je considère comme un devoir, en terminant ce travail, de citer le nom d'un de mes élèves, M. Lefranc, pharmacien aide-major très-distingué, dont le concours m'a été si souvent utile dans les nombreuses analyses que j'ai dû exécuter.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Deux rapports, l'un sur une épidémie de variole, par M. le docteur Boulut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle; l'autre, sur une épidémie typhique des gallinacés, par M. Liégey, de Rambervilliers.

2° Plusieurs échantillons de remèdes secrets.

3° Un rapport de la Société des sciences de Dijon, sur un lit propre à coucher les malades.

4° Nouveau moyen pour faciliter les accouchements, par madame Coquillard.

5° Plusieurs tableaux de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Syphilis.

M. Bardinet, de Limoges, envoie deux nouvelles observations de contagion de syphilis héréditaire d'enfants à leur nourrice. (Comm. déjà nommée.)

Transformation des fièvres.

M. Ancelon, de Dieuze, adresse une note sur la transformation de la variole en fièvre typhoïde. (Comm. des épid.)

Obstetrique.

M. Torel, de Brie-Comte-Robert, adresse des observations d'accouchements, suivies de quelques considérations sur l'emploi du seigle ergoté.

Fièvre typhoïde.

M. O. Dille adresse une formule qu'il considère comme très-puissante contre la fièvre typhoïde; c'est le charbon de bois blanc associé à la magnésie :

Charbon de bois blanc.	30	grammes.
Magnésie hydratée.	8	—

M. et divisez en 34 paquets.

Un paquet toutes les heures dans un quart de verre d'eau sucrée.

M. Lecanu demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il comprend, dit-il, que la partie de son rapport relative à la thérapeutique, si elle n'a pas semblé suffisante à l'Académie, soit l'objet de nouvelles expériences; mais il lui semble que c'est traiter un peu légèrement les médecins qui ont fait des observations, et en particulier M. Hervez de Chégoin, que de considérer simplement leurs observations comme non avenues. Il demande en conséquence que l'Académie nomme une nouvelle commission pour répéter les expériences thérapeutiques.

Le président répond que la question sera soumise au conseil.

LECTURES.

Analyse du pain.

M. Poggiale lit un travail étendu sur la composition de diverses espèces de pain de munition. Nous publions ci-dessus un long extrait de ce travail important.

Ergot de seigle.

M. Ch. Robin, candidat à la place vacante dans la section de botanique, lit une note intitulée : *Mémoire sur la nature botanique des différentes parties du seigle ergoté, et sur leur développement.* Ce titre n'est pas tout à fait celui qui conviendrait, car l'auteur ne s'occupe réellement dans son travail, d'une manière qui lui soit propre, que de la structure de la partie de l'ergot qu'on a désignée sous le nom de *sphacélie*. Suivant lui, ce corps jaunâtre et caduc est « un corps complexe, formé par agglutination des « restes des organes sexuels mâle et femelle de la fleur attaquée, par une « certaine quantité de filaments analogues à ceux de l'ergot, et enfin par « un champignon parasite des plantes, très-commun, le *cladosporium* « *herborum.* »

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de botanique médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.* — Ce concours s'ouvrira le 16 août prochain. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1^er^ janvier 1854.

Les candidats sont :

MM. Dupré, Fano, Giraldès, Jarjavay et Sappey.

Les juges sont :

MM. Cruveilhier;
Moreau;
Gerdy;
Malgaigne;
Cloquet;
Bérard;
Denonvilliers.

Juges suppléants :

MM. Nélaton;
Velpeau.

M. Gerdy étant absent, il est très-probable qu'il sera remplacé par M. Nélaton.

Notice historique sur la place de chef des travaux anatomiques. — Nos lecteurs ne liront peut-être pas sans intérêt les détails suivants dont nous devons la connaissance à l'obligeance de notre excellent ami M. Gosselin.

L'origine de la place de chef des travaux anatomiques remonte à l'époque de l'organisation des écoles de santé par la loi du 14 frimaire an III. La place fut créée par les règlements intérieurs de l'école et considérée d'abord comme un simple emploi qui fut donné à vie. Ce n'est qu'en 1823 que le chef des travaux fut considéré, par l'ordonnance de cette époque, comme fonctionnaire au même titre que le bibliothécaire et le conservateur du Musée. Néanmoins, en 1836, une ordonnance royale destinée à régulariser le concours pour cette place, fixa à six années la durée de l'exercice.

Le premier titulaire, nommé directement par l'école, est *Fragonard*, qui mourut après un exercice de quatre ans, pendant lesquels il fut presque constamment malade, ce qui explique comment il n'a produit aucun travail qui soit resté dans les annales de l'art.

Après la mort de Fragonard, l'école décida que la place serait donnée au concours. Deux candidats, MM. Duméril et Dupuytren, se présentèrent et soutinrent, devant tous les professeurs assemblés, une série d'épreuves après lesquelles *M. Duméril* fut nommé. On voit que le concours s'annonçait sous de singuliers auspices; mais il faut reconnaître qu'il prit sa revanche dans les nominations suivantes. En 1801, M. Duméril étant devenu professeur d'anatomie, la place fut donnée à *Dupuytren*, sans nouveau concours.

Dupuytren resta titulaire de 1801 jusqu'en mars 1812, époque à laquelle il fut nommé professeur de médecine opératoire.

Il eut pour successeur Béclard, qui fut nommé à la suite d'un concours, régulièrement organisé par décision de la Faculté, et dans lequel figurèrent Beauchêne, Rullier, Magendie, H. Cloquet et Baron. Il resta en exercice jusqu'au 6 novembre 1818, jour de sa nomination à la chaire d'anatomie.

Breschet succéda à Béclard en 1819, à la suite d'un concours où il eut pour compétiteurs Bogros et M. J. Cloquet. Il conserva la place pendant seize années et fut remplacé par Blandin. C'est à partir de cette époque que la durée de l'exercice fut fixée à six années.

Blandin occupa la place de 1837 à 1841. M. Denonvilliers lui succéda,

et fut remplacé à son tour par M. Gosselin, qui achève cette année sa période de six années.

— Les administrations départementales entrent dans une voie où l'on ne saurait trop les encourager. Le département du Jura et celui du Doubs viennent de nommer des commissions pour étudier la falsification des vins; ces commissions se sont mises en rapport pour se communiquer leurs observations réciproques. On sait toute la sévérité que l'administration de la capitale montre depuis quelques années pour le genre de fraude dont il s'agit, laquelle néanmoins, malgré la vigilance de ses agents, fait encore de trop nombreuses dupes. Il est à espérer que si des commissions semblables à celles du Jura et du Doubs sont instituées dans tous les départements, on parviendra à détruire ce véritable vol organisé qui n'est pas moins déshonorant pour le commerce que nuisible à la santé publique.

— Le fait suivant nous offre, au point de vue hygiénique, un exemple déjà plusieurs fois observé de l'action fatale de la chaleur sur les hommes soumis à une fatigue considérable. Notre devoir, bien entendu, est de nous abstenir de tout commentaire en ce qui concerne la mesure prise contre le chef de corps et le médecin du régiment dans lequel ont été observés les graves accidents dont il s'agit.

Voici ce qu'on lit dans le *Moniteur belge :*

« Sire,

« La marche des troupes qui se sont rendues au camp et qui en sont revenues, pendant les journées des 7, 8 et 9 de ce mois, a été extrêmement pénible, par suite de l'élévation de la température.

« Deux régiments, le 3e chasseurs et le 8e de ligne, ont souffert plus que les autres, et ils ont à déplorer la perte, le premier, de 14 hommes, le second, de 5.

« Aussitôt que ces tristes accidents m'ont été connus, je me suis empressé d'instituer deux commissions d'enquête, pour rechercher si tous les moyens propres à atténuer les effets du mal avaient été employés.

« L'une de ces commissions, présidée par le lieutenant général commandant la 3e division territoriale, eut à s'occuper du 3e régiment de chasseurs à pied; l'autre, présidée par le lieutenant général de la 4e division territoriale, du 8e de ligne et de quelques détachements d'infanterie et d'artillerie.

« Je crois devoir mettre sous les yeux de Votre Majesté les rapports textuels de ces deux commissions.

« Il en résulte malheureusement que si un grand nombre d'officiers de troupe et du service de santé se sont signalés par une conduite digne d'éloges, un chef de corps et un médecin ont failli à leurs devoirs.

« L'enquête relative à la marche du 3e régiment de chasseurs a révélé des circonstances qui ne laissent aucun doute sur l'inertie du colonel De Vicq de Cumptich et de son médecin de régiment Bultynck, au milieu d'un désastre qui nécessitait des mesures promptes et énergiques. Non-seulement aucune mesure de cette espèce n'a été prise, mais la marche trop rapide des troupes, surtout dans la dernière partie du trajet, semble avoir contribué à aggraver le mal.

« Sans tenir compte du grand nombre d'hommes qui restaient en arrière, le colonel est arrivé à Hasselt avec la moitié de l'effectif des deux bataillons qu'il commandait, et le médecin marchait avec cette colonne.

« Aussi la commission d'enquête n'a-t-elle pas hésité à déclarer que, si la chaleur a été la cause déterminante des désastres de Zonboven, les effrayantes proportions que ce désastre a acquises doivent être attribuées à la rapidité de la marche, à une insouciance coupable, à un défaut de sollicitude sans exemple de la part du chef de corps, à l'absence de soins curatifs promptement administrés et à l'incurie du médecin de régiment.

« En présence de cette conclusion, je ne pourrai me dispenser de proposer au roi l'adoption de mesures sévères; mais qu'il me soit permis d'abord de dire à Sa Majesté que le rapport de la commission d'enquête présidée par le lieutenant-général commandant la 4e division aboutit à des résultats plus consolants. Les accidents qui sont arrivés dans le 8e régiment de ligne et dans quelques détachements d'infanterie et d'artillerie n'ont eu d'autre cause que la température des journées du 7, du 8 et du 9 de ce mois.

« Les chefs de ces corps et détachements ont pris toutes les précautions convenables; ils se sont conformés ponctuellement et avec intelligence à toutes les prescriptions réglementaires; ils ont fait des efforts soutenus pour garantir leurs subordonnés, autant qu'il est possible, des effets d'une chaleur excessive.

« Enfin tous, officiers et sous-officiers, mus par le sentiment du devoir, ont oublié leurs propres fatigues et leurs souffrances, pour s'occuper exclusivement des soins à donner à leurs soldats.

« Je me hâte d'ajouter que, dans le 3e régiment de chasseurs à pied aussi, beaucoup d'officiers, de sous-officiers, de caporaux et de soldats, ont fait preuve d'un admirable dévouement. Le chef seul et l'officier qui a pour mission spéciale de soulager les affections qui se produisent dans la marche, ont manqué de sollicitude.

« Heureusement, ce fait est sans précédent dans notre armée. Mais, en présence surtout du désastre qu'il a produit, je crois qu'il exige une punition sévère. C'est pourquoi j'ai l'honneur de proposer à S. M. la mise en non activité de service du colonel De Vicq de Cumptich et du médecin de régiment Bultynck.

« Les deux projets d'arrêté ci-joints ont cette mesure pour objet.

« *Le ministre de la guerre,* ANOUL. »

Ce rapport est suivi de deux arrêtés royaux portant :

« Le colonel baron De Vicq de Cumptich (Napoléon-Henri-Guillaume-Ghislain), commandant le 3e régiment de chasseurs à pied, est mis en non activité par mesure d'ordre.

« Le médecin de régiment Bultynck (Bavon), du 3e régiment de chasseurs à pied, est mis en non activité par mesure d'ordre. »

— Le journal des culottières et des chocolatiers s'est empressé de donner asile au canard suivant qui se serait trouvé assez embarrassé d'avoir passé le Rhin, si une âme charitable ne lui avait pas enseigné la demeure du fameux secrétaire de la rédaction, rendez-vous désigné de tous les canards exotiques et indigènes. Ce canard, c'est le journal des chocolatiers qui le dit, s'appelle l'*action* PHYSIOLOGIQUE *de l'arsenic.*

Voici ce que c'est que cette action physiologique :

« Selon le docteur Tschudi, dans la basse Autriche, sur les confins de la Hongrie, l'arsenic *fait partie de l'hygiène des paysans;* ils en achètent à des colporteurs qui parcourent le pays munis de ce poison, et en font usage pour se donner de la vigueur et du bien-être.

« Si l'on s'en rapporte à l'aspect florissant de la jeunesse dans ces contrées, dit le docteur Tschudi, ce moyen leur réussit à merveille. Ils l'emploient aussi lorsqu'ils ont à faire l'ascension de hautes montagnes. Dans ce cas, *ils en prennent un petit morceau qu'ils laissent fondre* LENTEMENT dans la bouche; ils en mêlent aussi à l'avoine de leurs chevaux et aux aliments de leurs animaux domestiques. Ils commencent habituellement par un demi-grain, et ils arrivent progressivement à en prendre jusqu'à quatre. On ne remarque chez ces individus aucun exemple de cachexie arsenicale, et même, lorsqu'ils suspendent l'usage de ce toxique, ils éprouvent des dérangements gastriques qui ressemblent en quelque façon à une intoxication arsenicale rudimentaire. »

Le fallacieux secrétaire de la rédaction ne nous dit pas de quel poids est le *petit morceau* que les paysans hongrois laissent fondre *lentement* dans leur bouche, ni comment ils s'y prennent pour le faire fondre plutôt lentement que rapidement. Le cryptique secrétaire serait-il moins versé dans la chimie que dans la coupe des caleçons périodiques et la fabrication du chocolat?

Pour être juste envers tout le monde, nous devons dire que le journal des chocolatiers se hasarde à terminer son article par la réflexion suivante, non moins pleine de sagesse que de profondeur :

« Tout cela mérite confirmation ! »

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU. — 1 vol. in-8. PRIX : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

Instructions pratiques sur la pisciculture, suivies de Mémoires et de Rapports sur le même sujet, par M. COSTE, membre de l'Institut, professeur au Collége de France.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 92. 1re année. Mardi 2 Août 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **MÉDECINE VÉTÉRINAIRE** : D'une maladie particulière des organes génitaux des étalons et des juments poulinières. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. De la dyspepsie, par M. Thibierge. (*Suite.*) — De l'ablation totale du maxillaire inférieur. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : Observation de hernie diaphragmatique congéniale, par M. James Crang. — **SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

D'une maladie particulière des organes génitaux des étalons et des juments poulinières.

Il y a déjà quelques années que les vétérinaires allemands ont donné la description d'une maladie particulière des organes génitaux du mâle et de la femelle de l'espèce chevaline, dont la connaissance ne nous semble pas sans intérêt pour les médecins. En raison de son siége et de certaines analogies de forme avec la syphilis de l'homme, ils l'ont désignée sous les appellations diverses de *maladie vénérienne des chevaux, syphilis, vérole, épizootie chancreuse, framboesia, eczéma contagieux des chevaux entiers, maladie de Hanovre, typhus vénérien,* etc.

Elle était à peu près inconnue des vétérinaires français lorsqu'elle attaqua, sur la fin de l'été de l'année 1851, le plus grand nombre des étalons et des juments poulinières de la plaine de Tarbes.

Cette maladie a été étudiée en Allemagne par plusieurs auteurs, et en France par MM. Louchard, Karl, Lafosse, et par une commission composée de médecins et de vétérinaires, nommée par le préfet des Basses-Pyrénées. C'est à ces divers travaux que nous empruntons la description qui va suivre.

Description de la maladie. — 1re *période.* — Les parties extérieures de la vulve sont infiltrées, la muqueuse vaginale est rouge et tuméfiée; par la commissure inférieure de la vulve, il s'écoule un liquide filant, limpide, quelquefois plus souvent muco-so-purulent, qui se dessèche et se concrète en plaques vertes sur les fesses et les crins de la queue; les animaux se coupent fréquemment et n'expulsent que quelques gouttelettes d'urine; chez la jument, on observe souvent un mouvement comme spasmodique des lèvres de la vulve; on la voit s'ouvrir et se fermer, comme on le remarque dans la période des *chaleurs*. C'est alors qu'elle rejette l'humeur morbide dont nous avons parlé : on ne rencontre, du reste, ni pustules, ni ulcérations d'aucune espèce, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la vulve. Chez quelques bêtes, on a constaté un léger engorgement des glandes inguinales.

Dans le mâle, tout se borne, du côté des organes génitaux, à un gonflement indolent du tourreau et du pénis; suivant MM. Karl et Lafosse, l'accroissement du volume de ce dernier organe n'est pas constant, et doit être attribué, bien moins à l'épaississement de la muqueuse qu'à l'engorgement sanguin du corps caverneux. Pendant que ces symptômes peu alarmants en apparence se montrent sur les organes génitaux, on observe chez plusieurs animaux une rougeur des conjonctives, chez d'autres un écoulement nasal. Les juments pleines avortent parfois dans le cours de cette période, souvent même à l'insu des propriétaires. Du reste, la santé générale des animaux paraît satisfaisante; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est une perversion des fonctions nutritives, bien que l'appétit reste bon, et qu'on ne remarque aucun désordre du côté des organes digestifs.

2e *période.* — L'état des organes sexuels plus haut décrits reste stationnaire; parfois même il y a une amélioration sensible, mais des symptômes plus graves et d'une autre nature se manifestent dans l'organisme. La santé s'altère, les animaux deviennent tristes, maigrissent rapidement, bien qu'ils continuent à manger; ils éprouvent de la difficulté à marcher, ils boitent d'un des membres abdominaux, plus souvent du droit que du gauche; la paralysie du train postérieur apparaît et s'annonce avec des caractères graves accompagnés de l'émaciation d'un des côtés de la croupe.

3e *période.* — L'amaigrissement de l'animal et l'émaciation de la croupe vont en progressant; l'abattement, la prostration des forces, augmentent, l'œil devient terne, le poil piqué et la peau sèche; les animaux piétinent presque continuellement, s'étendent fréquemment, les membres postérieurs en arrière; pendant que ces mouvements s'exécutent, on entend des craquements dans les articulations; ils éprouvent de la difficulté à se mouvoir; les membres postérieurs n'impriment au corps qu'une faible impulsion; la région lombaire est très-sensible, la moindre pression en provoque l'abaissement; la paralysie fait des progrès. Les animaux se couchent souvent pour ne plus se relever. Sur quelques-uns, dans le cours de cette période, on observe des tuméfactions douloureuses dans le voisinage des articulations, particulièrement de l'articulation coxo-fémorale. Plus rarement, on voit des phyctèmes, des pustules sans caractère particulier sur diverses parties du corps, et quelquefois des abcès au pourtour de la vulve; la paralysie n'est pas toujours localisée dans les membres postérieurs, elle se manifeste également sur d'autres régions, notamment sur les lèvres, les oreilles, etc.

Durée. — La durée de cette maladie est de trois, quatre, cinq et même six mois. Les animaux tombent alors dans un tel état de marasme, qu'ils peuvent à peine se soutenir.

Pronostic. — Le pronostic de cette maladie, considéré d'une manière générale, offre de la gravité; dans quelques cas, il est vrai; lorsqu'elle ne se traduit que par des altérations fort légères des organes sexuels, elle se guérit facilement, mais le plus souvent elle occasionne la mort, soit qu'elle s'accompagne de l'altération du sang, de l'altération de fonctions importantes, telles que la nutrition, l'innervation, soit qu'elle apporte des modifications dans la texture des diverses parties du système nerveux.

Autopsie. — Les lésions morbides les plus importantes se trouvent dans la moelle épinière. A partir de la région lombaire jusqu'à son extrémité postérieure, elle a présenté un ou plusieurs ramollissements très-prononcés, intéressant principalement la substance grise dans une étendue de 2 à 4 centimètres; dans quelques cas, le ramollissement était plus étendu; dans cinq autres, il envahissait toute l'étendue de la moelle épinière, qui était réduite en bouillie. Sur vingt autopsies, treize ont offert des altérations de cet organe.

L'appareil génito-urinaire a offert diverses lésions qui n'étaient pas constantes chez tous les animaux. Les reins ont souvent présenté des ramollissements avec présence de mucus purulent, et même de véritable pus dans le bassinet. Dans la vessie, on a rencontré un liquide muqueux, gluant, analogue à celui qui existait dans le vagin. Ce conduit a été trouvé le plus souvent à l'état normal; parfois il a été le siége d'une vive rougeur, surtout vers le fond dans la partie qui se trouve en rapport avec le museau de tanche. Jamais, du reste, on n'a constaté l'existence d'ulcération ni dans le vagin ni dans la matrice.

Dans quelques cas, on a signalé des stries d'injection, des boursoufflements de la muqueuse utérine avec une teinte violacée tirant sur le noir. On a aussi rencontré des hydropisies de la matrice, des kystes peu volumineux dans les ovaires. Chez certains animaux, on a remarqué que les articulations, entre autres les articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales étaient enflammées. Le système musculaire a toujours été trouvé pâle, non décoloré.

Le sang, pendant la vie et après la mort, a présenté constamment tous les caractères d'une altération profonde. Mais quelle était la nature de cette altération? La plupart des auteurs qui ont étudié la *maladie particulière des organes génitaux de l'étalon et de la jument poulinière ne la font pas connaître.* Mais la commission de Tarbes, qui exprime le regret d'avoir manqué des éléments nécessaires pour en faire l'analyse chimique et microscopique, a été unanime pour admettre « *Que l'altération du sang était constante dans cette maladie, et qu'elle était probablement son point essentiel, c'est-à-dire que les altérations remarquées dans les autres organes n'étaient que consécutives à l'appauvrissement du fluide essentiellement nourricier de l'animal.* »

Voici, du reste, au rapport de cette commission, les caractères fournis par le sang recueilli dans l'hématomètre : « Peu de temps après la saignée, une couenne jaunâtre se formait au-dessus du caillot rouge noir. L'épaisseur de la couenne était du tiers, ou quelquefois de la moitié de celle du caillot, qui était plus ou moins consistant, selon l'état de l'animal, mais au bout de quelques heures, le sérum surnageait en assez grande quantité, le caillot perdait de sa consistance, et si on renversait le verre, il se détachait facilement de la couenne. Dans le cadavre, le sang a toujours paru appauvri; il était noir, liquide, cailleboté, ayant à peu près la consistance de la gelée de groseille. »

Opinion sur la contagion de la maladie particulière aux organes génitaux. — La plupart des médecins et des vétérinaires allemands croyent à la contagion de cette maladie, qu'ils désignent sous le nom de *syphilis* du cheval. Au rapport du docteur Kenner, elle aurait été introduite par des étalons anglais dans plusieurs haras de la Russie, où elle règne presque sans discontinuer. En Russie, l'opinion qu'elle est contagieuse est telle, que le gouvernement a cru devoir intervenir, pour en arrêter les progrès. Il a rendu, à la date du 22 septembre 1840, une ordonnance par laquelle il défend de livrer à la reproduction les animaux atteints ou *suspectés de la syphilis.*

La commission de Tarbes ne partage pas les idées émises sur la contagion de cette maladie. Elle cite quelques faits qui tendraient à les infirmer. MM. Karl et Lafosse restent dans le doute à cet égard. Les expériences sont actuellement en cours d'exécution à l'École de Toulouse; nous en donnerons l'analyse quand le résultat en sera connu.

Traitement. — Le traitement mis en pratique, pour guérir cette maladie, a varié suivant les symptômes qu'elle a présentés, leur gravité, suivant la forme qu'elle a affectée, les complications qui sont survenues, suivant enfin l'appareil organique où elle se localisait, et l'idée que l'on s'était faite de sa nature.

Au début de l'épizootie de la plaine de Tarbes, on usa largement des saignées, accompagnées de l'usage de boissons émollientes et d'injections de même nature. On laissa bientôt ces moyens pour les injections astringentes ou toniques. On eut recours enfin aux préparations mercurielles, dans la supposition que la maladie était syphilitique; mais ces agents ne firent que hâter la mort des animaux.

Voici le traitement qui aurait le mieux réussi et que conseille la commission de Tarbes :

Dans la première période, il faut pratiquer des saignées petites injectées des liquides émollients d'abord, puis légèrement astringents, dans l'urètre et le vagin; mettre les animaux à une demi-diète, et ajouter de l'azotate de potasse à leurs boissons.

Dans la deuxième période, on peut ajouter aux mâches ou aux barbolages quelques amers comme la poudre de gentiane. Les frictions excitantes sur les reins, les vésicatoires à la face interne des cuisses devront aussi faire partie du traitement.

Dans la troisième période, on a administré avec succès des purgatifs légers suivis de l'usage du quinquina. Si la maladie se prolonge, on doit insister sur les vésicatoires, les exutoires aux cuisses, quelques moxas ou cautérisations profondes sur les reins.

On conçoit que les complications ont donné lieu à des indications thérapeutiques variables comme leur nature.

Nature de cette maladie. — Malgré les travaux publiés en Allemagne sur la *maladie de l'étalon,* sa nature n'est pas encore bien connue; toutefois, les vétérinaires de ce pays admettent qu'elle n'a pas le moindre caractère syphilitique. C'est aussi l'opinion des vétérinaires français.

La commission de Tarbes a émis, à cet égard, une opinion que nous croyons devoir reproduire, pour compléter l'histoire de cette curieuse affection.

« Il est admis, dit la commission de Tarbes, en pathologie générale, que les maladies ne consistent pas essentiellement dans ceux de leurs phénonomènes qui frappent nos sens : entre les causes extérieures qui en préparent et en provoquent le développement et les désordres de fonctions et de structure qui les caractérisent, il existe une altération première qui semble avoir son siége dans les parties les plus déliées des systèmes musculaire et nerveux, et sans doute aussi quelquefois dans la composition ou dans la quantité des liquides. C'est cette lésion première qui constitue l'essence, la nature de la maladie (Chomel).

« Ces principes reconnus vrais dans toutes les circonstances où l'organopathologie est tellement variable, qu'il est impossible au médecin d'asseoir son jugement, quant à la pathogénie sur la lésion de tel ou tel organe, seront surtout applicables dans l'épidémie actuelle. En effet, pouvons-nous dire que la maladie consiste dans une vaginite? Depuis quand une maladie si simple chez la femme, qu'elle n'entraîne jamais d'accident grave, serait-elle mortelle chez la jument? Dira-t-on que c'est à une métrite, une cystite succédant à une vaginite, que la mortalité est due? Mais, chez la plupart des juments qui ont succombé, il n'y avait point de métrite, point de cystite assez profonde pour occasionner la mort, sauf dans un ou deux cas, et encore dans ces deux cas y aurait-il des lésions plus graves dans des organes plus importants. Veut-on se rejeter sur la gastro-entérite, sur la néphrite? Mais nous avons fait plusieurs autopsies ou ni l'une ni l'autre de ces maladies n'ont pu évidemment occasionner la mort.

« Mais la myélite bien constatée dans treize cas sur vingt? Eh bien! il en est de la myélite comme des autres lésions pathologiques; elle n'est venue que secondairement; elle n'a donné signe de son existence que dans la deuxième période, et d'ailleurs son existence n'a pas été constante. Ainsi, dans une jument de Salles-Adour, nous n'avons trouvé qu'une gastro-entérite.

Ainsi donc, ne pouvant trouver dans une lésion organique la raison suffisante de l'état pathologique soumis à notre étude, il devient rationnel de revenir aux grandes questions dans les-

quelles les médecins s'entendent, il est vrai, bien peu, c'est-à-dire aux questions des maladies générales, des maladies que Cœlius Aurelianus appelait *morbos totius substantiæ*.

« En effet, que pouvaient être ces maladies de toute la substance, si ce n'est une collection d'états organo-pathologiques, toujours nombreux et variés, comme ceux que nous avons passés en revue? Or, ces maladies générales ne peuvent guère consister primitivement que dans deux sortes d'altérations ou troubles, c'est-à-dire dans des changements morbides survenus dans le sang, ou dans des modifications dont le système nerveux aura été le siége.

« Ces dernières idées du professeur Piorry cadrent tellement avec celles de notre sujet, que nous n'avons pu nous empêcher de le citer presque textuellement. Au reste, cette opinion puissante ne peut que confirmer celle formulée par la commission, dans sa dernière réunion, à savoir, quant à la nature de la maladie, que, vu la coloration anormale du sang et toujours constatée la même, vu le peu de cohésion du caillot, vu aussi la quantité du sérum s'échappant du sang provenant des saignées, après vingt-quatre heures de repos; vu la fluidité de ce liquide dans les cadavres, où il est à l'état de gelée de groseille diffluente, on doit considérer les divers états pathologiques observés, comme la conséquence de l'appauvrissement du sang, tel qu'il a été généralement observé dans les épidémies typhoïdes, dont la septico-hémie a été reconnue la cause essentielle, celle qui explique le mieux cet empoisonnement général, contre lequel la médecine humaine ou vétérinaire combat depuis des siècles avec si peu de succès. Et à cela, quoi d'étonnant, lorsque le fluide destiné à porter la vie dans les divers organes y a déjà versé la mort avant que l'art ait été à même de constater son influence toxique puisée, ou dans l'air, ou dans les boissons, ou dans les aliments. »

R.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

De la dyspepsie.

(*Suite. Voir les nos* 74, 81, 83, 86, 89.)

Dyspepsie symptomatique. — Dans toutes les maladies sérieuses, il y a altération des fonctions digestives, il y a dyspepsie; car le malade ne mange pas, et s'il voulait manger, il aurait une indigestion ou une dyspepsie. Nous parlerons seulement ici des dyspepsies symptomatiques qui dépendent de lésions latentes, et qui paraissent être au premier abord des dyspepsies idiopathiques. Les lésions ainsi latentes qui causent la dyspepsie sont situées dans le tube digestif ou en dehors :

A. *Maladies situées dans le tube digestif.*

1° *Présence de la bile dans l'estomac* (dyspepsie bilieuse; embarras gastrique; état saburral). La présence de la bile dans l'estomac tient au reflux de la bile du duodénum dans l'estomac. Cette altération ne nous est indiquée que par des symptômes rationnels; elle survient dans les grandes chaleurs et sous l'influence d'une constitution épidémique;

2° *Inflammation de l'estomac.* Admise généralement par Broussais, elle ne se voit que très-rarement et presque uniquement dans les cas d'empoisonnement par des substances corrosives;

3° *Cancer de l'estomac.* Maladie fréquente qui a tous les symptômes des dyspepsies ordinaires, et qui, en sus, peut être annoncée par la présence d'une tumeur à la région épigastrique. Le cancer gastrique, qui est habituellement occasionné par une dyspepsie antérieure, produit à son tour une dyspepsie symptomatique, qui vient s'ajouter à la première et en augmente l'intensité;

4° *Ulcération simple de l'estomac.* Admise par M. Cruveilhier, elle nous semble, comme le carcinome, n'arriver que consécutivement à la dyspepsie, mais elle peut aussi produire une dyspepsie symptomatique, qui vient doubler la dyspepsie initiale;

5° *Vers.* Les vers intestinaux (lombrics, tænia) peuvent être tolérés par l'organisme. D'autres fois ils donnent lieu à des dyspepsies très-intenses. Je comprends sous le nom de *dyspepsie vermineuse*, ces symptômes multiples, rapportés par les auteurs à la présence des helminthes, tels que boulimie, anorexie, diarrhée, dilatation des pupilles, bouffissure de la face, convulsions, chorée, etc. ..., et qui sont les symptômes primitifs ou secondaires de cette dyspepsie vermineuse, semblable en tout aux dyspepsies idiopathiques, et ayant comme ces dernières des prédominances variables.

B. *Maladies situées hors du tube digestif.*

Les lésions, qui en dehors du tube digestif sont latentes ou peu importantes par elles-mêmes, et qui néanmoins donnent lieu à des dyspepsies très-caractérisées, sont nombreuses. Voici celles qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer :

1° *Affections de l'utérus.* Il y a des dyspepsies qui ont toute l'apparence des dyspepsies idiopathiques, et qui tiennent aux congestions cataméniales, aux granulations du col de la matrice, ou à un cancer latent;

2° *Phimosis.* D'après M. Fleury, le phimosis congénital donnerait souvent lieu à des symptômes que nous n'hésitons pas à rattacher à un dérangement des fonctions digestives. Ces symptômes, qui avaient résisté à tous les moyens ordinaires, disparaissent seulement après l'opération de la circoncision.

Enfin, nous ne pouvons pas terminer ces questions étiologiques sans parler de l'hérédité et des idiosyncrasies, dans la production de la dyspepsie. Certains individus résistent à toutes ces infractions hygiéniques; d'autres deviennent dyspeptiques pour la moindre cause. Il y a des familles dont les membres sont tous affligés de dyspepsie plus ou moins intense.

L'étude des causes de la dyspepsie est très-importante. S'il ne les connaît pas parfaitement, le médecin peut les laisser subsister, et dès lors il n'y a plus d'efficacité à attendre des meilleurs moyens thérapeutiques. Et, lors même qu'on les connaît, en général, on est souvent gêné dans leur investigation par les renseignements incomplets et erronés du malade; car, faut-il le dire, dans ce cas le médecin dépend complétement du malade.

Certaines causes précédemment indiquées produisent des dyspepsies dans lesquelles on ne voit pas se développer tous les symptômes dyspeptiques. Ainsi, par exemple, la dyspepsie déterminée par le miasme paludéen se termine rarement par l'altération tuberculeuse (Boudin). Nous pensons, d'après de nombreuses observations, que le même antagonisme existe entre la dyspepsie saturnine et le symptôme tertiaire *tubercule*. Il n'y a rien de rare comme de voir un peintre ou un cérusier succomber à la phthisie, et cependant les individus qui travaillent le plomb, sont constamment débilités, cachectiques, par suite d'une dyspepsie qu'on pourrait appeler constitutionnelle. Au contraire, les poussières des grès des environs de Paris, celles de la silice, etc., engendrent des dyspepsies sur lesquelles viennent habituellement s'enter des tubercules pulmonaires.

Influence du sexe, de l'âge, sur la dyspepsie. — Les femmes sont plus sujettes à la dyspepsie que les hommes; dans les villes, presque toutes les femmes sont dyspeptiques. Elles doivent cette prédisposition à une double influence, celle de l'utérus, et celle du cerveau, qui est plus impressionnable chez elles que chez les hommes. Les dyspepsies d'origine utérine produisent, à la puberté, la chlorose *commune, légitime*, des auteurs. A l'âge critique, l'utérus est encore le foyer des dyspepsies produisant des chloroses qu'on pourrait appeler des *chloroses de retour*. La dyspepsie utérine de la puberté se termine souvent par le symptôme tertiaire *tubercule*, tandis que la dyspepsie utérine de l'âge critique occasionne souvent le symptôme tertiaire *cancer*.

La femme grosse a des troubles digestifs dont l'ensemble constitue une dyspepsie, qui est ici évidemment sous l'influence de l'utérus. Cette dyspepsie nous explique la production de l'anémie globulaire, démontrée dans l'état de grossesse par MM. Andral et Gavarret. L'hydrémie est ici constante; on peut la considérer comme physiologique puisqu'elle est liée à un état normal, et puisqu'elle a un but. Son but me paraît être d'amener dans les tissus un état de relâchement qui leur permette de subir les ampliations nécessaires au développement et à la sortie du fœtus. Sans cela il y aurait des ruptures dans les muscles ou dans la peau de l'abdomen et du bassin.

Les nourrices sont fréquemment dyspeptiques. Elles le deviennent surtout quand elles n'ont pas une alimentation assez réparatrice pour entretenir la sécrétion du lait. La nourrice dyspeptique a un bruit de souffle carotidien qui est le signe physique de l'anémie globulaire, symptomatique de la dyspepsie. On pourra donc rechercher ce bruit de souffle quand il s'agira de savoir si une nourrice est bonne ou mauvaise; car, en principe, on doit admettre qu'une nourrice affectée d'anémie globulaire doit fournir un lait peu abondant ou peu nourrissant. Cependant vous verrez quelquefois des nourrices atteintes de dyspepsie et d'anémie avoir des nourrissons bien portants. A quoi tient cette singulière anomalie? Elle tient à ce qu'il peut arriver que dans une dyspepsie même intense, la sécrétion du lait reste exceptionnellement normale, et tout à fait indépendante du mauvais état des voies digestives et du sang.

Les enfants à la mamelle sont très-fréquemment dyspeptiques, parce qu'ils absorbent du lait mauvais ou insuffisant. Cette dyspepsie est la source

de beaucoup d'indispositions ou de maladies, telles que le muguet, les éruptions, l'amaigrissement, etc. Il se déclare chez eux une lésion qui offre des rapports avec l'érythème de la pellagre, et qui indique que l'enfant est mal alimenté ; c'est l'érythème des fesses et des cuisses dû au contact de l'urine. Cet érythème urineux est un symptôme tertiaire de la dyspepsie des enfants, comme l'érythème de l'insolution est un symptôme tertiaire des pellagreux. Dans les deux cas il arrive, parce que le corps affaibli par une dyspepsie ne peut subir le contact de l'urine ni l'ardeur du soleil, sans que la peau s'enflamme.

Les vieillards sont bien souvent affectés de dyspepsie; mais cette maladie chez eux diffère de celle des adultes en un point important, c'est qu'elle détermine assez rapidement la production des symptômes tertiaires ou des lésions organiques, qui entraînent bien vite la perte du malade (cancer, apoplexie, ramollissement du cerveau, maladies du cœur, affection des voies urinaires, etc.).

Cause prochaine. Précision de la cause de la dyspepsie. — Quelques progrès qu'ait faits dans ces dernières années la physiologie de la digestion, nos connaissances sont encore trop limitées pour exposer la pathogénie des différentes dyspepsies. Nous savons aujourd'hui que les albuminoïdes font la fibrine, que les féculents font les matières sucrées, que les corps gras sont émulsionnés par le suc pancréatique, et que tous ces produits pénètrent dans le sang par les veines de la veine-porte ou par les vaisseaux lactés. Il est probable que la diminution ou l'altération de ces produits détermine différentes lésions dans la composition du sang. Mais il est impossible de dire précisément comment dérivent de là les anémies globulaire, fibrineuse, albumineuse. Il n'est pas davantage possible de dire quelles sont les dyspepsies qui résultent d'un défaut de contractilité des parois gastriques, celles qui tiennent à la diminution ou à l'altération du suc gastrique (acide ou pepsine), et du suc pancréatique, celles qui dépendent d'un défaut d'absorption des matières élaborées. On ne pourra distinguer et reconnaître ces différentes causes physiologiques des dyspepsies que lorsqu'on connaîtra parfaitement les différentes fonctions du tube digestif. D'ici là, il faut nous abstenir, et reconnaître cliniquement une dyspepsie marquée par différents symptômes, sans vouloir la préciser physiologiquement.

Pronostic. — La dyspepsie a une durée souvent longue et indéfinie, quels que soient les moyens que l'on emploie contre elle. Comme nous l'avons déjà dit, elle est surtout mortelle par l'adjonction des symptômes tertiaires. Par conséquent, la dyspepsie sera une maladie redoutable chez un individu que l'on peut croire disposé à une diathèse tuberculeuse. La dyspepsie dans ce cas sera, le signal et l'occasion de la manifestation tuberculeuse.

Thérapeutique. — La thérapeutique de la dyspepsie comprend deux indications :

1° *Il faut d'abord combattre la cause.* Vous savez déjà combien cette cause est difficile à démêler ; vous voyez dès lors quelles difficultés vous rencontrerez pour satisfaire à cette première partie du traitement. Dans une dyspepsie vermineuse, vous ne verrez la fin de la maladie que lorsque vous aurez expulsé les vers. Nous vous dirons la même chose des dyspepsies produites pas l'abus du café, du tabac ; ainsi nous avons vu en ville un négociant qui perdait ses forces, qui était devenu triste, maussade et mélancolique ; et qui a recouvré rapidement son embonpoint et ses facultés digestives, après avoir renoncé complétement à l'habitude de fumer du tabac. Nous pourrions vous citer des exemples d'individus qui ont été guéris après avoir cessé l'usage du thé, des boissons alcooliques, de certains médicaments, de tisanes et même d'eau fraîche, qu'ils buvaient en grande quantité pendant ou entre les repas. Certaines causes morales, contrairement à celles que nous venons de citer, ne peuvent pas s'enlever. C'est une circonstance fâcheuse, et qui paralyse l'action des différents moyens thérapeutiques. Souvent il suffit d'enlever la cause pour guérir la dyspepsie ; dans d'autres cas, si la dyspepsie est invétérée, ou s'il y a une influence héréditaire, le mal sera beaucoup plus difficilement curable.

2° *Il faut combattre la maladie.* On doit chercher d'abord si la dyspepsie est saburrale. Elle est saburrale, si le malade a la bouche mauvaise, amère, un enduit à la langue, des nausées, des vomissements. Dans ce cas, elle diminue ou disparaît par l'emploi d'un éméto-cathartique : l'amélioration est surtout notable, si les premiers vomissements sont bilieux. Si le médicament évacuant ne produit pas de vomissements, s'il n'y a pas d'amélioration, on doit dire de cette dyspepsie qu'elle est pseudo-saburrale.

Il est souvent très-difficile de distinguer un embarras gastrique vrai d'un faux, car on n'a pas à sa disposition des signes physiques différentiels, et avec cela les symptômes rationnels des deux maladies sont à peu près semblables. Néanmoins, comme souvent l'état saburral détermine les accidents initiaux de la dyspepsie, nous commençons par administrer un émétc-cathartique, et le lendemain nous donnons un purgatif : si la maladie pour laquelle l'évacuant a été administré n'était qu'un faux embarras gastrique, le malade en est quitte pour avoir eu quelques vomitations inutiles, mais cet inconvénient est beaucoup moindre que celui qui résulterait pour lui d'un état saburral non combattu.

THIBIERGE, *interne du service.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'ablation totale du maxillaire inférieur.

A propos d'une discussion qui a eu lieu entre nos honorables confrères, MM. Maisonneuve et M. Cooper, de Saint-Louis (Missouri), nous avons promis, il y a quelques mois, de publier *in extenso* les faits de désarticulation du maxillaire inférieur. Nous n'attendions que la communication de M. Heyfelder, qui nous est parvenue il y a quelques jours seulement. Nous commençons notre publication par cette communication intéressante.

Margarethe Rumpler, âgée de 21 ans, employée dans une fabrique d'allumettes phosphoriques de Nuremberg, entra le 5 juin 1843 dans la clinique chirurgicale d'Erlangen, pour se faire guérir d'une maladie qui avait envahi toute la moitié gauche du maxillaire inférieur. Attaquée d'abord aux dents d'une douleur atroce qui se communiqua plus tard à la mâchoire inférieure, elle s'était fait ôter plusieurs dents devenues vacillantes. A son entrée à la clinique, elle se présenta avec le côté gauche de la face gonflé et miné par un pus sanieux et fétide : il y existait plusieurs clapiers par lesquels on touchait l'os maxillaire inférieur, entièrement dénudé des parties molles. Les dents n'existaient plus, et les alvéoles n'étaient plus recouvertes des gencives. Le pus qui sortait des clapiers était fétide, la salivation fort augmentée; bref, cette fille présenta tous les symptômes de la maladie appelée aujourd'hui *nécrose* phosphorique, dont elle a été un des premiers exemples.

Le 9 juin 1843, je fis l'ablation de la moitié malade de l'os maxillaire dans l'article. Après avoir excisé soigneusement toutes les parties molles minées par les fistules, je réunis la plaie par des sutures entortillées. La guérison marcha si vite que l'opérée sortit le 22 juin de l'hôpital. Elle retourna immédiatement à son ancienne occupation, c'est-à-dire à la surveillance des ouvrières chargées de la fabrication d'allumettes phosphoriques; cependant, elle ne pouvait y rester que peu de temps, car au mois de mars 1844 je la revis déjà dans un état déplorable. Non-seulement l'autre moitié de la mâchoire, mais aussi l'os maxillaire supérieur du côté droit, présentèrent les mêmes altérations que nous avions constatées, il y a neuf mois, sur la partie gauche de la mandibule.

La malade s'adressa cette fois à un médecin de Nuremberg (M. Stadelmann) qui fit l'ablation de la partie restante de l'os maxillaire inférieur. Cette fois aussi, la guérison ne se fit pas attendre, d'après la relation faite par *M. Ried* (*Die Resectionen der Knochen*, 1847, p. 102), mais l'opérée périt cinq mois après.

Le *second cas* d'ablation totale de la mâchoire inférieure que j'ai exécutée regarde une jeune fille nommée *Frédérique Fortich*, née à Frabelsdorf, en Franconie, âgée de 21 ans, atteinte de nécrose causée par les vapeurs phosphoriques. Grande et bien faite, quoique non réglée, elle s'était toujours bien portée ; aussi, il faut remarquer qu'elle avait des dents saines et d'une rare beauté. Depuis dix ans, elle s'était occupée de la fabrication d'allumettes phosphoriques à laquelle toute sa famille vaqua, y compris le père, la mère et quatre sœurs plus âgées qu'elle.

A la fin du mois d'octobre 1852, cette fille fut atteinte des symptômes par lesquels la nécrose phosphorique se distingue : les gencives de la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur devinrent fétides, les dents vacillantes tombèrent, le bord alvéolaire de la mandibule fut dénudé, des abcès se formèrent dans les parties molles qui environnent la mandibule. L'ouverture des abcès faite, l'exploration avec la sonde fit découvrir toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur, dénudée et tellement affectée que la sonde perçait l'os.

Tel était l'état de la jeune fille lorsqu'elle vint à l'hôpital le 18 novembre 1852. Elle exhalait l'odeur du phosphore que toutes les personnes sentirent, dès qu'elle s'en approcha. Sa figure était pâle et plombée, la région parotidienne gauche gonflée. L'exploration des parties malades, et principalement l'introduction de la sonde dans les fistules, causa de vives douleurs à la fille; aussi, la salivation très-augmentée répandit l'odeur du phosphore; les dents de ce côté, qui n'étaient pas encore tombées toutes, n'avaient pas de trace de carie, mais elles vacillèrent; les gencives étaient gonflées, livides et saignantes. La malade dit avoir des douleurs atroces qui augmentèrent dans la nuit : elle demanda à être opérée.

Il fallait faire l'ablation de la moitié gauche de la mâchoire dans l'ar-

ticle, pour délivrer complétement la fille du mal. J'exécutai l'opération de la manière suivante :

Je fis une incision qui longea la base de l'os maxillaire inférieur, et qui s'étendit de l'arcade zygomatique jusqu'au menton. Une seconde incision verticale divisa la lèvre inférieure et se réunit à la première, au bord du menton. Après avoir disséqué et relevé le lambeau quadrilatère circonscrit par ces incisions, je sciai l'os en avant avec la scie à chaînettes. Ensuite, je détachai avec un bistouri les chaires de la face interne de la mandibule; après avoir coupé le tendon du temporal, et après avoir divisé le ligament externe de l'articulation, je finis par luxer le condyle en dehors et d'en faire l'ablation complète.

Après avoir lié trois artères, je réunis la plaie par seize sutures entortillées; je la couvris d'un linge fenestré et j'ordonnai l'application de l'eau froide. Après quatre jours, la plaie se présenta partout réunie, et huit jours après l'opération l'opérée quitta l'hôpital complétement guérie. L'examen de la moitié enlevée de l'os maxillaire inférieur présentait quelques particularités remarquables. Excepté le condyle, les deux surfaces de l'os étaient couvertes d'une couche osseuse nouvelle d'un aspect grisâtre. C'est à la branche ascendante de la mandibule qu'une partie de cette couche de nouvelle formation s'est détachée de l'os, dont la substance parut atrophiée et portait une surface rude. Les parties molles qui environnaient l'os furent endurcies et lardacées. L'analyse chimique, faite par M. de Bibra, en donna les résultats suivants :

1,000 p. de la substance séchée, réduites en cendre (7,33), contenaient :

Muriate de soude	10,12
Sulfate d'ammoniaque.	2,70
Phosphate d'ammoniaque.	58,00
Phosphate de magnésie	29,18
	100,00

L'opérée étant retournée chez elle, dorénavant ne participa plus à la fabrication des allumettes phosphoriques; mais restant dans la même maison où la fabrication et le commerce d'allumettes se faisaient, elle restait exposée continuellement à l'influence de leurs émanations.

Au commencement du mois de mai 1853, la partie de l'os que l'on avait conservée commença à se tuméfier et à devenir douloureuse. Le mal fit chaque jour des progrès et développa une si forte intensité que la malade rentra de nouveau à la clinique d'Erlangen, le 6 juin.

La moitié droite de l'os maxillaire inférieur, et les parties molles environnantes, présentaient les mêmes altérations que nous avions constatées sur la portion gauche, au mois de novembre. Cette fois aussi, la salivation était fort augmentée et la salive répandait l'odeur du phosphore. Les douleurs lancinantes dont se plaignit la malade la tourmentaient jour et nuit, et la nature constatée de l'affection de l'os et des parties molles voisines me détermina à faire aussi l'excision de la branche droite, et a compléter ainsi l'ablation totale de la mandibule. Je l'exécutai le 9 juin, de la manière suivante :

La fille étant placée dans un fauteuil et soumise au chloroforme, qui lui causa d'abord une grande surexcitation, je fis ce que M. Maisonneuve a fait dans un cas semblable (1), c'est-à-dire, après avoir coupé la lèvre inférieure et les parties molles du menton sur le trajet de l'ancienne cicatrice, je fis une seconde incision qui longea le bord inférieur de l'os, et qui s'étendit du menton jusqu'à l'arcade zygomatique, de sorte que je gagnai un lambeau quadrilatère de la même étendue, comme à la première opération que j'avais pratiquée sur cette jeune fille au mois de novembre. Après avoir disséqué et relevé ce lambeau, je détachai avec un bistouri non boutonné les chairs de la face interne de l'os maxillaire inférieure, et après avoir coupé le tendon du temporal, je tirai la mâchoire en dehors et en bas, après quoi je divisai la capsule de l'articulation, et je finis par l'ablation complète de l'os.

Après avoir lié deux artères, réuni la plaie par quinze sutures entortillées et couvert d'un linge pénétré, j'ordonnai l'application de l'eau froide.

La langue, quoique privée de son point d'attachement antérieur, ne fut pas refoulée en arrière, accident que j'avais observé chaque fois que j'avais fait la résection du corps de la mâchoire.

L'état de l'opérée était satisfaisant sous tous les rapports; la déglutition des liquides s'exécutait très-bien, même les premiers jours après l'opération; le sommeil était bon et tranquille, pourvu que l'opérée conservât une position élevée de la tête; mais il devint agitée au moment où elle en sortit.

Cinquante heures après l'opération, j'enlevai les sutures, la réunion s'étant partout faite par première intention.

C'était le 15 juin, par conséquent six jours après l'opération, que la fille quitta l'hôpital complétement guérie. Ce jour-là, son visage ne présenta aucune défiguration, les lèvres se touchant exactement comme à l'état naturel. Cependant la salivation était encore très-augmentée, de sorte que la salive passa continuellement les angles de la bouche; aussi faut-il dire que la parole n'était pas tout à fait libre, mais gênée, et quelquefois même peu compréhensible. L'opérée mangea sans aucune difficulté, non-seulement les potages, mais aussi les légumes et les œufs à la coque.

Le 7 juillet (quatre semaines après l'opération), la fille se présenta à la clinique. Son visage fut exempt de toute déformation, la moitié droite de la lèvre inférieure touchait complétement la lèvre supérieure, tandis que la moitié gauche de la lèvre inférieure se tenait un peu en arrière; la salive ne sortit plus de la bouche comme avant trois semaines. La cicatrice circulaire qui s'étendit du niveau d'un lobule de l'oreille à l'autre forma une espèce de bourrelet dur, qui remplaça sous un certain rapport l'os maxillaire inférieur, en tenant les parties molles suspendues. Par conséquent, ce bourrelet contribua à empêcher une déformation très-visible.

La parole était libre, seulement la fille prononça les lettres labiales avec quelque difficulté. Elle peut manger facilement tous les aliments, les liquides, comme la viande coupée en petits morceaux et même le pain. Pour préparer suffisamment les aliments solides dans la bouche, elle les triture entre la langue et la voûte palatine.

L'examen anatomique de cette branche enlevée de la mâchoire présenta les mêmes particularités dont nous avions fait mention quant à la moitié droite de cet os.

La désarticulation complète de la mâchoire a été faite aussi en 1845-1847, par M. le professeur Pitha, de Prague (*Vierteljahr-Schrift für die praktische Heilkunde*, herausgegeben von der medicinischen Facultät in Prag, 1848. Tome III, p. 137-140), sur une jeune fille âgée de 21 ans' nommée Catharine R..., employée dans une fabrique d'allumettes phosphoriques. Cette personne présenta toutes les altérations de nécrose phosphorique à la mâchoire inférieure, qui en avait été affectée dans sa totalité. M. Pitha commença par faire l'ablation de la branche droite de l'os maxillaire inférieure, et, après un intervalle de douze jours, il compléta l'opération par la désarticulation de la branche gauche de cet os. Après la première, comme après la dernière opération, il réunit la plaie des parties molles par la suture entortillée; aucun accident grave n'en contraria la guérison, qui s'opéra presque entièrement par première intention. M. Pitha revit l'opérée après un intervalle de six mois, il la trouva très-bien portante. Aussi faut-il dire qu'il s'était formé ici, comme sur la fille Frédérique Fortsch, dont je viens de parler dans ce mémoire, une espèce de bourrelet dur dans les parties molles qui recouvrent la mâchoire, et, comme il paraît, c'est à ce bourrelet que cette fille devait l'absence de toute déformation de la figure, ni la parole, ni la mastication n'étaient gênées du tout.

Je ne parlerai pas ici du cas d'ablation totale de la mâchoire inférieure pour un cancer de cet os, par M. Maisonneuve, de Paris, qui a trouvé l'appréciation générale bien méritée; ni de celui de M. Carnochan, de New-York, dont M. Cooper avait parlé dans un article inséré dans le *Moniteur des Hôpitaux;* mais je communiquerai encore un cas de résection totale de la mâchoire, que j'ai fait sur une fille pour un cancer de cet os, en conservant les deux condyles et les deux apophyses coronoïdes :

Babette Kaitner, âgée de 25 ans, d'une constitution frêle, maigrie, de couleur plombée, vint me consulter, le 3 juin 1843, pour une tumeur cancéreuse qui avait débuté il y avait quatorze ans d'une manière insensible; presque stationnaire pendant treize ans, cette tumeur n'avait acquis un volume considérable qu'à la dernière année, de sorte qu'elle occupait, le jour où la fille entrait à l'hôpital, la lèvre inférieure, le menton et le corps de la mandibule. Aussi fut-elle le siége de douleurs lancinantes, d'abord rares, ensuite de plus en plus fréquentes, à la fin presque constantes. Les glandes sous-maxillaires et sous-linguales étaient dures et gonflées, la langue refoulée en arrière, la parole et la mastication gênées. La malade n'ayant plus eu ses règles depuis huit mois, se plaignit de ce que la digestion se faisait mal et de la constipation.

Je proposai l'opération, c'est-à-dire la résection totale de la mâchoire avec l'ablation de la lèvre inférieure et des glandes sous-maxillaires et sous-linguales des deux côtés. Aussi j'étais convaincu d'avance que, après une telle mutilation, il faudrait faire une nouvelle opération pour réparer la perte des parties molles.

La malade étant assise et soumise au chloroforme, le 6 juin, j'enlevai d'abord toute la tumeur cancéreuse par deux incisions, qui partirent des commissures de la bouche et furent dirigées au bord inférieur de la mâchoire. Après cela, je pratiquai deux autres incisions qui partaient des précédentes et qui remontaient le long du bord inférieur de la mandibule jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Ayant détaché, à l'aide du bistouri, les deux lambeaux circonscrits par ces incisions de la face interne de la mâchoire, j'en fis la section au moyen d'une scie à chaînettes entre la première et la deuxième dent molaire droite. Après avoir aussi coupé les parties molles adhérentes à la face interne de l'os, je sciai encore celui-ci immédiatement au-dessous, l'échancrure sémilunaire conservant ainsi le

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 53, 5 mai 1853.

condyle et l'apophyse coronoïde. Ayant pratiqué également la résection de la branche gauche de l'os maxillaire inférieur en le sciant au niveau de la première dent molaire gauche, et au-dessous de l'échancrure sémilunaire de ce côté; je passai un fil par le filet lingual (*frenulum linguæ*), pour empêcher que la langue ne se porte en arrière au moment où le corps de la mandibule serait détaché entièrement des parties molles, ce qui fit le dernier acte de la résection dans ce cas. Vint l'extirpation des glandes sous-maxillaires et sous-linguales des deux côtés, ce qui ne put s'effectuer sans difficulté. Cela terminé, je fis plusieurs incisions à l'aide desquelles je gagnai deux lambeaux assez grands pour couvrir le déficit; je les détachai largement pour les approcher l'un de l'autre et pour les mettre en contact. Après avoir lié douze artères, il fallait vingt-neuf sutures pour réunir les parties molles.

L'opération terminée et le pansement achevé, la fille s'adossant contre le fauteuil releva la tête. A cet instant la langue fut entraînée en arrière, ce qui effectua que l'opérée eut une forte attaque de suffocation, qui cessa lorsque la tête fut inclinée en avant et rapprochée du sternum. Pour éviter ces accident assez grave, la malade fut obligée de se tenir sur son séant au lieu de se coucher horizontalement dans son lit. Elle ne reçut que des liquides au moyen d'une seringue les trois premiers jours.

La réunion s'étant très-bien opérée, j'enlevai les sutures entortillées le quatrième jour et les sutures entrecoupées vingt-quatre heures plus tard. Malgré la réunion de la plaie dans les parties molles, la salivation était fort copieuse et la langue gonflée sortit de la bouche. Le sixième et le septième jour, le gonflement des parties molles de la bouche était encore augmenté, la mastication et la respiration plus gênées, la soif brûlante et le pouls accéléré. Le huitième et le neuvième jour, amélioration notable; le dixième jour, la langue fut rentrée dans la bouche, la déglutition et la parole plus libres. Aussi, ce jour-là, l'opérée se leva, se promena dans la chambre et se mit même à la fenêtre ouverte; elle en emporte un refroidissement, en suite duquel elle fut prise d'une affection rhumatismale à la figure, au cou et aux épaules. La transpiration générale s'étant établie, la malade fut quitte de son malaise après quatre jour.

Le seizième jour la malade mangea seule, prenant la soupe au moyen d'une cuillère et buvant la boisson d'un verre, aussi la parole parut plus intelligible. Le vingt-et-unième jour, elle mangea les légumes, la viande coupée en petits morceaux et le pain sans aucune difficulté. Le vingt-huitième jour (4 juillet), la fille sortit de l'hôpital la bouche continuellement béante, cependant la langue ne franchit pas les bords des parties molles, qui remplacèrent la lèvre inférieure.

L'examen anatomique de la pièce enlevée en confirma la nature cancéreuse, le microscope y démontrant beaucoup de cellules spécifiques (1).

Cette personne se porta très-bien pendant trois mois. Tout d'un coup deux nouvelles tumeurs cancéreuses parurent à droite et à gauche justement aux apophyses que nous avions conservées; en peu de temps elles grandirent et enlevèrent la malade après trois mois.

Il faut que je m'explique pourquoi j'avais préféré dans ce cas la resection de la mâchoire inférieure à l'ablation totale de cet os. Voici les raisons qui m'ont fait agir de cette sorte :

J'avais eu l'occasion d'examiner plusieurs personnes sur lesquelles la resection d'une branche plus ou moins considérable de la mandibule avait été pratiquée il y a une dizaine d'années. Chez toutes, il s'était formé un bourrelet très-dur, je voudrais dire osseux, qui, faisant la jonction entre le condyle et la partie conservée de l'os maxillaire inférieur, et tenant les parties mollles tendues, contribua assez à conserver l'aspect naturel aux opérés. Cependant, les cas d'ablation totale de la mâchoire, publiés par M. Pitha de Prague, M. Maisonneuve de Paris et M. Heyfelder d'Erlangen, ont prouvé suffisamment que les visages des opérés peuvent conserver une régularité parfaite, suite du bourrelet assez dur qui s'était formé sur le trajet de la cicatrice presque linéaire des incisions.

Dorénavant, pratiquant l'ablation de la mandibule, je n'en voudrais plus conserver les apophyses, car j'ai déjà fait plusieurs fois l'observation que les rechutes des cancers se font particulièrement du condyle et de l'apophyse coronoïde que l'on avait ménagés à l'opération.

Les observations d'ablation totale de la mâchoire, que je viens de communiquer, prouvent, je pense, que cette opération n'est pas si dangereuse comme on s'était figurée, qu'au contraire les opérés guérissent assez promptement et n'en emportent pas de suites funestes, ni sous le rapport de la mastication, ni de la parole, ni de la déformation.

(1) J'ai déjà publié ce cas dans mon compte rendu de clinique sur l'année scolaire 1847-1848, page 1, qui se trouve à la bibliothèque de l'Académie royale de médecine. Aussi ce compte rendu est imprimé dans la *Prager Vierteljahr-Schrift für praktische Heilkunde*, T. XXI.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Observation de hernie diaphragmatique congéniale.

Par James Crang, *esq.*

Le 5 février, je fus mandé à la hâte pour assister M. R.... dans ses couches : à mon arrivée, j'appris que le travail durait depuis sept heures. Le toucher m'apprit que les membranes étaient rompues, et qu'il y avait présentation de la tête du fœtus. Le travail continua sans entraves et la malade accoucha d'un enfant du sexe féminin bien conformé, qui ne donna que de faibles signes de vie. Les pulsations ayant cessé dans le cordon ombilical, je le coupai et fis tous mes efforts pour sauver l'enfant : je ne pus découvrir les mouvements du cœur du côté gauche; mais en prenant la poitrine dans mes deux mains, il me sembla sentir une légère pulsation sous le pouce. Je mis deux doigts sur l'endroit où j'avais senti cette pulsation, et je perçus manifestement deux battements du cœur du côté droit; après quoi, je ne sentis plus rien.

A l'autopsie cadavérique, le 7 février, mon fils et moi, après avoir enlevé le sternum, nous trouvâmes le cœur et les deux poumons refoulés ensemble du côté droit de la poitrine et appuyés sur une portion de l'iléum, dont les autres portions, ainsi que l'estomac et les gros intestins, remplissaient le thorax. Le diaphragme était intact, à l'exception d'une petite ouverture ronde qui donnait passage avec peine à la partie du colon qui descend au rectum. Le foie couvrant les reins remplissait la cavité abdominale. Les parties contenues dans le bassin ne présentaient rien d'anormal.

La pièce anatomique est déposée dans le musée de l'École de médecine de Bristol.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(**Cancer de l'épaule. — Ligature préventive.**)

Le défaut d'espace nous empêchant de publier aujourd'hui le compte rendu complet de la dernière séance, nous nous contentons de publier les observations de cancer de l'épaule communiquées par M. Richard, et dont nous avons déjà présenté l'appréciation.

Le 1er décembre 1852, pendant que je remplaçais à l'hôpital Saint-Louis M. le professeur Malgaigne, on nous amena un jeune homme, nommé Désiré Turon, en nous priant de l'admettre dans les salles pour le guérir, disait-on, d'une *fraîcheur* de l'épaule. C'est un garçon de vingt-six ans, batteur en grange, qui habite Sceaux et y est marié depuis quatre ans. Son enfance et sa première jeunesse se sont écoulées dans une santé parfaite, et il était tout entier à son travail, quand, il y a juste trois mois, dans les premiers jours de septembre, il ressentit une douleur dans l'épaule droite. Il n'en continua pas moins ses rudes occupations; car, au bout de quelques instants, la douleur disparaissait, dès qu'il était, comme il dit, échauffé par le travail.

L'incubation de la cruelle maladie qui commençait chez ce malheureux se prolongea ainsi durant près de deux mois, voilée pour ainsi dire par une simple douleur, qu'il compara à celle des rhumatismes. A cette époque, c'est-à-dire *cinq semaines* avant l'entrée à l'hôpital, à la fin d'octobre, un médecin d'Orsay fut enfin consulté, lequel conseilla l'application de cinq petits vésicatoires volants, deux sur l'épaule même, les autres espacés sur le reste du membre. Jusque-là, le malade n'avait point remarqué que son épaule fût grossie. C'est à dater de l'application des vésicatoires que ce nouveau symptôme le frappa; c'est depuis lors aussi que les fonctions du membre se perdent entièrement, et que la douleur, la pesanteur du bras, l'état général, l'obligent enfin à un repos presque absolu.

Ce n'est pourtant que depuis son séjour dans nos salles qu'il reste complétement alité.

Le premier jour de son entrée à Saint-Louis, tout le membre thoracique du côté droit est augmenté de volume. Dans la moitié inférieure du bras, dans presque tout l'avant-bras, c'est un simple œdème, mais dur, un peu

douloureux. Ce cylindre œdématé du membre est surmonté d'une tumeur uniforme, occupant tout le moignon de l'épaule, tout le tiers supérieur du bras, et dont la grande circonférence est à peu près le double de celle mesurée sur la région saine correspondante. Il est facile de constater que le membre est amplifié dans tout son pourtour, dans l'aisselle comme vers l'omoplate. Sous une peau un peu amincie, rougeâtre et violacée par plaques, mais point vascularisée, on sent une surface bien égale et régulièrement arrondie, une élasticité qui, presque dans tous les points, va jusqu'à la sensation de flot, sans qu'on puisse dire si c'est là à coup sûr la fluctuation d'un liquide. En appuyant le doigt avec un peu plus de force, on a la conscience de quelque chose qui s'écrase, et ce signe nous parut avoir une valeur pathognomonique. Point de frémissement, de battements sous la main, rien non plus à l'auscultation, pas de soulèvement perceptible à la vue. Pouls radial et cubital conservés à l'avant-bras. Douleurs cruelles dans la tumeur et dans le reste du membre venant par bouffées; celles que provoque la palpation du chirurgien accusées surtout au niveau de la jointure, acromio-claviculaire demi-luxée.

L'état général était loin d'être alarmant, à son entrée dans nos salles. Le pauvre garçon était seulement faible, inquiet, tourmenté par l'insomnie. Mais quand après quelques jours d'un examen soigné, nous lui eûmes déclaré qu'il devait se préparer au sacrifice de son membre, il tomba dans un grand accablement, interrompu par des heures d'excitation. La fièvre devint continue, l'appétit se perdit entièrement; et, en même temps, chose extraordinaire, pendant les trois jours qu'il resta ainsi soumis à notre observation, la tumeur augmenta sous nos yeux et *graduellement* d'un tiers environ de son volume!

Ce fut surtout cette dernière circonstance qui leva nos doutes. M. Malgaigne nous avait montré tous les dangers de l'opération, le peu de probabilités qu'elle offrait pour sauver la vie de ce malheureux. Mais il nous parut cruel de lui refuser cette chance suprême de vivre, quelque faible qu'elle pût être. L'examen de la poitrine, celui de l'abdomen, ne faisait découvrir aucune généralisation du cancer. Encouragé et assisté par notre excellent maître, M. Denonvilliers, en présence de M. Richet, de M. Broca, et de la plupart des élèves de l'hôpital, je procédai à l'extirpation du bras.

La Société a sous les yeux l'incision qui fut pratiquée dans ce but. La désarticulation se fit avec facilité, à cause de l'intégrité du cartilage de la tête humérale, particularité importante que l'on retrouve dans presque tous les cas analogues à celui-ci.

Quand le bras fut détaché, et qu'aussi rapidement que possible, une ligature eut entouré l'artère axillaire, le sang coulait d'un grand nombre des points de la vaste plaie; des prolongements du cancer avaient été laissés en avant et en arrière de l'aiguille; il avait en effet fallu se presser d'achever la désarticulation : la masse morbide, intéressée par les premiers traits du couteau, s'était ouverte dès le principe et laissait échapper le sang en abondance. Nous jetâmes des fils sur les vaisseaux qui donnaient le plus, tout en achevant l'extirpation des portions restées de la tumeur. Mais tout cela prolongea singulièrement les manœuvres : le malade était décoloré, sans pouls perceptible, et nous crûmes à plusieurs reprises qu'il allait passer dans nos mains. La déclivité de la tête, les frictions prolongées, l'application de boules d'eau chaude, le ranimèrent pourtant, et il put être ramené à son lit où il succomba à quatre heures, dans la journée.

En regard de cette pénible opération, de ce déplorable résultat, quelle facilité et quelles garanties n'aurais-je pas trouvées dans la ligature préventive de l'artère sous-clavière? Je me souviens d'avoir vu pratiquer à M. le professeur Roux, l'extirpation, chez une femme d'une cinquantaine d'années, d'une volumineuse tumeur de la partie latérale droite du cou : il lia préalablement l'artère carotide primitive, et tout se passa avec une merveilleuse simplicité.

On objecte généralement de nos jours, contre les ligatures préventives qu'elles sont inutiles, parce que, dit-on, il est toujours bien temps de lier les artères lésées, au moment même où elles sont ouvertes. C'est là souvent, je crois, une grande exagération. Apercevoir, isoler, saisir, lier une artère qui donne du sang, tout cela, même par les mains les plus habiles, avec les aides les mieux exercés, ne se fait quelquefois qu'avec de longs et pénibles tâtonnements. Et j'invoque ici le résultat des observations de mon maître, M. Nélaton, l'hémorrhagie est une cause fréquente, bien qu'ignorée, de la mort des opérés, non pas immédiatement, mais au bout d'un temps qu'on ne saurait fixer.

J'ai vu le professeur de l'Hôtel-Dieu, que je citerai tout à l'heure, n'entreprendre l'extirpation d'un cancer étendu de la langue qu'après avoir lié les deux linguales. Et servant, il y a peu de temps, d'aide à M. Nélaton, pour une opération de ce genre, les difficultés extrêmes que nous rencontrâmes pour nous rendre maîtres du sang me firent bien promettre que, dans des cas pareils, j'imiterais toujours la prudente précaution de M. Roux.

La discussion soignée des cas qui réclament la ligature préventive des artères est un chapitre entièrement oublié de nos traités de médcine opératoire; et je serais heureux que la relation du fait précédent donnât, au sein de la Société, l'occasion à nos maîtres de nous donner les résultats de leur expérience à ce sujet et de poser quelques règles capables de guider le jeune chirurgien.

Peu de jours s'étaient écoulés depuis la mort de mon malade, quand on m'apprit qu'il existait un cas absolument semblable dans les salles de M. Velpeau, à la Charité. La comparaison de ces deux faits présente, sous un certain point de vue, un grand intérêt. La malade de M. Velpeau était une jeune femme de dix-neuf ans, Marie Th..., domestique, née à Rennes, ayant habité en dernier lieu à Paris, quai d'Orléans, n° 6, couchée au n° 2 de la salle Sainte-Catherine depuis le 23 octobre 1852.

Au mois de mai précédent, n'ayant jusque-là rien éprouvé d'anormal, elle ressentit une douleur dans l'épaule gauche. Ce fut en jouant : on lui secouait les mains avec une certaine violence, et cette sensation douloureuse s'accompagna d'une sorte de craquement. Cela, du reste, fut l'affaire de cinq minutes, au bout de quoi elle n'y pensa plus. Deux mois après, la douleur revint, cette fois presque spontanément, et cette douleur se réveillait à coup sûr chaque fois que la jeune fille élevait le bras. Elle habitait alors avec ses maîtres la campagne, et le médecin du lieu lui prescrivit des pommades, puis des vésicatoires qui n'amenèrent aucune amélioration. Ce que voyant, il examina de plus près, reconnut une tumeur dans l'aisselle, crut à une luxation, et fit, deux aides vigoureux fixant la patiente, des tentatives de réduction qui ne servirent qu'à provoquer d'atroces souffrances.

C'est le surlendemain de ces manœuvres que, de retour à Paris, elle entra à l'hôpital de la Charité.

La tumeur était alors manifeste, bien qu'assez peu volumineuse encore. On reconnut l'existence d'un cancer de l'humérus, et l'amputation lui fut proposée. Cette pauvre fille ne put croire qu'une aussi terrible mutilation fût sa seule ressource : elle s'y refusa, et chaque jour on put constater les progrès effrayants du mal. Le dessin que j'offre à la Société représente l'état de la malade peu de temps avant sa mort. Celle-ci arriva le 28 février 1853, cinq mois après l'apparition de la tumeur, huit mois après le premier symptôme douloureux qui fixa le début. Minée déjà par d'atroces douleurs qui croissaient à chaque instant avec l'énorme développement du bras, ses derniers moments furent hâtés par des symptômes aigus qui éclatèrent du côté du poumon.

Le hasard avait ainsi mis en même temps sous nos yeux deux exemples absolument semblables d'une maladie qu'on observe encore assez rarement.

L'un et l'autre, deux très-jeunes gens, sans cause, sans antécédents de cancer dans la famille, au milieu d'une santé parfaite; pendant deux ou trois mois, le même et unique symptôme initial, la douleur, la tuméfaction, ne se montrant qu'après cette époque, et dès lors ne s'arrêtant plus; même marche foudroyante dans l'un et l'autre cas, véritable cancer aigu augmentant toute la région du double de son volume normal dans l'espace d'un mois.

L'autopsie nous dévoila identiquement les mêmes altérations, comme on peut le voir sur les figures.

A la place de l'extrémité supérieure de l'humérus qui a disparu, sort le haut de la tête humérale; c'est la loupe ordinaire du cancer encéphaloïde, avec cette particularité, dans les deux cas, qu'une cavité centrale occupe une grande partie de la masse. Cette cavité est pleine de sang et de caillots; ses parois irrégulières sont hérisées de gros mamelons fongueux du tissu morbide. Le cancer offre, dans ces deux autopsies, la même coloration, la même consistance, la même disposition du voisinage. Et pourtant, l'examen ayant été poussé plus loin, voici quel fut le résultat microscopique, sous la garantie de ceux de nos confrères qui font autorité à cet égard. Chez mon homme de Saint-Louis, *cellules cancéreuses* avec tous leurs caractères; chez la malade de M. Velpeau, *éléments fibroplastiques*, pas autre chose. Et tous les micrographes furent d'accord du reste.

Ce très-inattendu résultat devient plus étrange encore, si j'ajoute que, chez mon opéré, une autopsie soignée ne fit découvrir cucune trace de cancer généralisé, tandis que chez la femme au sarcôme fibro-prastique, je trouvai les deux poumons criblés d'une trentaine de tumeurs cancéreuses, la plupart du volume d'un petit œuf de pigeon.

Les études micrographiques ont amené la plus heureuse, la plus féconde révolution dans toutes les sciences qui s'occupent des êtres organisés, et pour ce qui nous touche dans la plupart des branches des connaissances médicales.

Le microscope prononce, pour ainsi dire, en souverain, sur la nature et le pronostic des tumeurs du sein, par exemple, et d'une façon générale sur les altérations des glandes, des muqueuses, de la peau.

Mais l'unicité histologique du cancer, la spécificité absolue de la cellule dite cancéreuse, peuvent et doivent, suivant nous, être rejetées, sans porter la moindre atteinte aux résultats micrographiques. C'est, en effet, une pure affaire d'interprétation, une doctrine d'ensemble, et ruinée déjà par l'observation clinique.

Une discussion récente au sein de cette Société l'a démontré pour ce qui concerne les tumeurs fibro-plastiques, et je crois qu'il serait impossible trouver un exemple plus frappant pour achever d'éclairer cette vérité par la comparaison des deux faits précédents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Un de nos confrères aussi distingué par les qualités du cœur que par celles de l'esprit, notre excellent maître, M. Blache, vient d'être frappé dans ses affections les plus chères. L'un de ses fils, âgé de 27 ans, M. Henri Blache, interne des hôpitaux, qui promettait de porter avec honneur un nom cher à la science et à la profession, a succombé la nuit dernière à une angine couenneuse qui s'est annoncée tout d'abord avec un appareil de symptômes d'une effrayante gravité. Malgré l'absence de toute réaction qui dénotait la prédominance de l'infection générale sur l'état local, on a eu recours à la trachéotomie que M. Chassaignac a été appelé à pratiquer. Mais cette dernière ressource n'a même pas été suivie de ces quelques moments de bien-être qui consolent habituellement l'opérateur, et le pauvre malade s'est éteint une demi-heure après, conservant toutes ses facultés intellectuelles et résigné au fatal événement qu'il prévoyait. Jeudi dernier, il avait dîné gaîment en famille, et les jours précédents, il avait veillé un petit malade atteint également du croup, à qui M. Guersant avait pratiqué la trachéotomie, et qui est aujourd'hui en pleine convalescence. La maladie paraît donc s'être transmise ici par contagion, et cette belle corporation de l'internat peut ajouter à son nécrologue une nouvelle victime du dévouement. Puisse cette triste consolation adoucir l'affreuse douleur d'un père qui, à tant de titres, mériterait d'être heureux !

Les obsèques de M. Henri Blache auront lieu aujourd'hui mardi, à *onze heures très-précises*, à la Madeleine. On se réunira à dix heures à la maison mortuaire, 7, rue de Suresne. Les personnes qui n'auraient pas reçu de billet sont priées de vouloir bien regarder cet avis comme une invitation.

— On lit dans le *Moniteur universel :*

Les ravages que la fièvre jaune exerce depuis quelques années sur tant de points de l'Amérique, ont été, pour deux médecins français, l'occasion d'actes de dévouement qui, signalés au gouvernement de l'empereur, ne pouvaient rester sans récompense. M. le docteur Frédéric Thomas, à la Nouvelle-Orléans, et M. Théodore Gaillardet, à la Havane, n'ont pas cessé de s'exposer dans ces deux villes aux dangers de l'épidémie, alors qu'elle y sévissait de la manière la plus terrible, pour prodiguer à leurs compatriotes les secours les plus empressés et les plus désintéressés. Sa Majesté vient de leur témoigner sa satisfaction d'une si honorable conduite en les nommant l'un et l'autre chevaliers de la Légion d'honneur.

— A la suite d'un concours qui a commencé le 20 juillet, et dans lequel MM. Afflatet et Jallaguier ont fait preuve de talent, M. Jallaguier a été nommé *aide d'anatomie* de la Faculté.

(*Annales de clinique de Montpellier.*)

— D'après un premier règlement, MM. les élèves étaient tenus de présenter, comme l'une de leurs épreuves pour l'examen clinique, plusieurs observations rédigées par eux-mêmes pendant leurs études dans l'Hôtel-Dieu-Saint-Éloi. Cette espèce d'épreuve fut d'abord supprimée par la Faculté de Paris ; à Montpellier, on l'a conservée avec soin, parce qu'elle a rapport aux études pratiques. Mais un nouveau règlement ministériel étant venu abolir cette partie des épreuves pour le doctorat, la Faculté méridionale a jugé cependant utile de ne pas la supprimer complétement. Plusieurs réclamations de candidats ont donné lieu à des discussions à ce sujet dans la Faculté, qui vient de décider que les observations ne sont pas indispensables pour le cinquième examen ; que toutefois ce serait un motif pour déterminer prochainement le moyen le plus propre à constater et à rendre obligatoire, suivant les ordres du gouvernement, l'assiduité de MM. les élèves aux divers cours de la Faculté.

(*Annales de clinique de Montpellier.*)

— *Nouvelles du choléra.* — Les feuilles quotidiennes donnent les détails suivants sur la persistance et le léger progrès du choléra dans les contrées du Nord. Malgré cette marche, l'expérience de l'année dernière permet d'espérer que l'épidémie ne franchira pas la Manche ni le Rhin.

Les chaleurs très-grandes qui règnent dans le pays, depuis quelque temps, ont donné une grande intensité à la maladie, et la terreur qui avait gagné les habitants s'est accrue au point que tous ceux qui peuvent quitter la ville et habiter des campagnes où le mal n'a pas encore pénétré se hâtent de s'éloigner.

Des sommes considérables ont été votées par la diète ; le roi et la reine veuve y ont contribué aussi pour une grande part, et, grâce à ces secours, l'assistance des pauvres est assurée.

Les conseils médicaux sont en permanence, et les visites domiciliaires sont faites avec régularité. J'ai le regret de vous annoncer que trois de nos honorables confrères ont déjà payé le tribut à l'épidémie, et ont succombé victimes de leur zèle et de leur dévouement.

On pourra, du reste, juger de la gravité de la maladie par le relevé des bulletins officiels de ces derniers jours. Ainsi on a compté :

84 malades	et	46 décès	du 11 au 12 juillet.	
84	—	57	—	12 au 13 —
85	—	60	—	13 au 14 —
153	—	68	—	14 au 15 —
350	—	137	—	15 au 16 —

Pour se rendre compte de l'importance de ces chiffres, il faut observer que Copenhague n'a que 130,000 habitants environ, et que ce chiffre correspondrait, pour une ville comme Paris, à 3 ou 4,000 cas et à 12 ou 1,500 décès par jour.

— Il paraît que le choléra va s'étendre sur nos provinces de la Baltique. Les cas augmentent à Stettin, et il s'en produit aussi à Dantzick, où l'épidémie pourrait devenir très-dangereuse dans les parties basses de la ville et des environs, surtout à cause de la température humide qui règne. Le choléra ne s'est pas encore montré dans notre ville.

— La petite vérole sévit avec une extrême violence parmi les Indiens du territoire d'Ulah ; une lettre du 21 avril porte à un millier le nombre de cheyennes et de shoshones qui y ont succombé. Dans une localité, on a entassé 330 cadavres dans une maison à laquelle on a mis le feu.

— Nous rappelons à nos confrères que la séance annuelle de la Société anatomique, depuis longtemps remise, par suite d'une grave maladie du secrétaire, M. Denucé, aura lieu aujourd'hui mardi 2 août, à trois heures, à la Faculté de médecine, salle des thèses.

Le banquet aura lieu à *six heures*, chez Véfour-Hamel (Palais-Royal). On souscrit chez les commissaires dont les noms suivent :

MM. *Boullard*, professeur à la Faculté de médecine, quai Napoléon, 19 ;
Blain des Cormiers, trésorier, rue des Saints-Pères, 7 ;
Géry, interne à l'hôpital de la Charité.

Prix de la souscription : 10 fr.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.**

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 93. 1re année. Jeudi 4 Août 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 27 juillet. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par le Dr Racle. (*Suite.*) — De l'ablation totale du maxillaire inférieur. (*Suite.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 3 août 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

La grande affaire du jour était la nomination d'un membre dans la section de botanique et de thérapeutique médicales. Cette nomination s'est faite conformément aux prévisions que nous avons déjà plusieurs fois exprimées ; c'est-à-dire que M. Chatin a été nommé au premier tour de scrutin par 38 voix, contre 30 données à M. Robin. Cette nomination aurait été acceptée au dehors comme un fait trop naturel, pour qu'on dût s'en occuper autrement que pour féliciter l'honorable élu, si des manœuvres extra-scientifiques, qui ont été exécutées dans l'enceinte de l'Académie, n'avaient produit une certaine agitation par leur étrangeté, pour nous servir d'un mot très-parlementaire. Il est question d'un votant qui aurait d'abord inscrit un nom sur un bulletin, et qui aurait ensuite déchiré ce bulletin pour y inscrire le nom d'un autre candidat, et protester ainsi contre des menées peu glorieuses pour l'Académie. Quelques savants étrangers, venus pour assister à la lutte du scrutin, comparaient tristement la situation morale de cette pauvre Académie de médecine, obligée de subir de tels affronts, à la haute position de l'Académie des sciences, où des tentatives extra-scientifiques du genre de celles dont il s'agit seraient superbement réprimées, si par impossible elles osaient s'y produire. Cependant, la protestation dont nous venons de parler, quoique unique, est d'un heureux présage, et laisse entrevoir l'espoir que tôt ou tard l'Académie secouera un joug indigne d'un corps qui se respecte.

Avant de faire un nouvel académicien, M. le secrétaire perpétuel a annoncé que l'Académie venait de faire une nouvelle perte dans la section d'accouchement, celle de M. Villeneuve, dont le décès ouvre encore une vacance dans cette section. L'Académie perd dans M. Villeneuve un de ses membres les plus honorables, un homme dont les mœurs étaient d'une simplicité peut-être exagérée, ainsi qu'on pourra en juger en prenant connaissance de ses dernières dispositions. Quant à la science, ont est trop près de l'événement fatal pour qu'on puisse dire ce qu'elle a perdu.

L'Académie, malgré les occupations d'une élection, a entendu trois rapports sur des eaux minérales, dont l'un nous paraît offrir assez d'intérêt pour être publié, et une lecture sur des questions de pathologie transcendantale, auxquelles la commission aura beaucoup à dire, si elle veut remplir sa mission en conscience.

Enfin, M. Gibert a présenté un cas de pellagre des plus caractérisés et des plus curieux, développé chez une habitante des environs de Paris. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 27 juillet.

Cette séance ne nous a offert d'autre communication intéressante que celle d'un chimiste des plus distingués à qui nous rappellerions, si nous avions l'honneur de le connaître, qu'un mémoire de chimie ne doit pas se lire sur le même ton que l'oraison funèbre de la reine d'Angleterre. G. D.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Rédigées par le Dr RACLE, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir les nos* 44, 51, 56, 71, 74.)

De l'endocardite.

L'endocardite est une maladie nouvelle, et qui mérite d'autant plus cette qualification que la membrane qui en est le siége n'avait été jusqu'à nos jours ni dénommée ni décrite. On avait bien indiqué, il est vrai, la disposition de quelques-unes de ses parties appendiculaires, les valvules, par exemple, mais la membrane, dans son ensemble, n'avait pas été étudiée. Nous sommes le premier qui l'ayons reconnue et décrite, et notre description remonte déjà à plus de vingt années.

Lorsque la dénomination d'endocardite fut employée pour la première fois, elle ne manqua pas de nous susciter des contradicteurs qui s'écrièrent que l'endocardite ne pouvait pas exister, puisqu'il n'y avait pas d'endocarde. Depuis ce moment, l'existence de cette membrane est devenue trop incontestable pour que nous cherchions à la démontrer : nous ne nous arrêterons donc pas davantage sur ce sujet, et nous allons décrire l'endocardite ou *inflammation de la membrane interne du cœur*, affection qui est, pour les cavités de l'organe, ce qu'est la péricardite pour sa surface extérieure.

Historique. — Quelques anatomistes du commencement de ce siècle (Baillie, Burns) ont noté des lésions de la surface intérieure du cœur et des valvules, telles que les épaississements pseudo-membraneux, etc., qui sont évidemment des suites d'endocardite, et qui démontrent que cette affection a toujours existé, quoiqu'on n'ait pas toujours su la reconnaître. Les anatomistes français ont très-peu concouru à l'indication, même superficielle, des lésions consécutives à cette maladie. On ne trouve dans la première édition du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, aucun fait qui soit de nature à prouver qu'on la connaissait à cette époque. Il y a vingt-cinq ou trente ans, on a parlé pour la première fois de l'inflammation de la membrane interne du système vasculaire, mais on s'est borné presque exclusivement à l'étudier dans les veines (phlébite; Hodgson) sans songer à la poursuivre dans le centre de la circulation. Dès 1824, nous avions déjà insisté d'une manière précise sur l'inflammation considérée dans ce dernier siége ; et, en 1826, M. Andral en avait dit quelques mots dans son *Traité de clinique*. Broussais lui-même en parla, mais d'une manière très-vague, et en la considérant seulement sous le point de vue de cette irritation qu'il étudiait dans tous les organes, et qui n'est pas de l'inflammation à proprement parler : l'irritation dont il s'occupait est, en effet, un trouble purement dynamique ou fonctionnel des organes, tandis que l'inflammation consiste en un trouble matériel altérant les propriétés physiques des parties, et laissant après elle des produits qui ne se rencontrent pas dans l'irritation simple. A cette époque même, l'irritation dont il s'agit était si incomplétement connue, qu'elle n'avait pas encore été dénommée; M. Andral se borne à la désigner sous le nom d'inflammation de l'intérieur du cœur.

Quoi qu'il en soit, nous devons dire que jusqu'alors on n'avait encore décrit qu'une forme de l'endocardite, la forme la moins caractérisée, celle, par exemple, que l'on trouve dans les fièvres éruptives, dans les maladies que Pinel nommait fièvres continues, et que de nos jours on appelle fièvres typhoïdes. Cette espèce, nous le reconnaissons, était de celles qui prêtent le plus aux contestations, car elle n'est pas si franchement caractérisée qu'elle ne puisse être simulée anatomiquement par des états matériels d'une toute autre nature. En effet, on pouvait refuser le caractère inflammatoire aux rougeurs qu'on trouvait dans l'intérieur du cœur et des gros vaisseaux, en disant que des rougeurs semblables se développent sur les cadavres à une époque plus ou moins éloignée de la mort, et par le seul fait d'un commencement de putréfaction. D'un autre côté, ces colorations se forment d'autant plus promptement que la température extérieure est plus élevée, ou que les sujets ont succombé à des maladies accompagnées d'altérations du sang; on en provoque aussi très-facilement la formation chez les animaux auxquels on a injecté dans les veines des matières putrides. Les rougeurs développées dans ces cas n'ont donc, il est vrai, rien d'inflammatoire, et, par conséquent, on se tiendra toujours dans le doute quand on les trouvera, soit à une époque éloignée de la mort, soit chez des individus qui ont succombé à une maladie septique; nous avons été le premier à enseigner la nécessité d'une pareille réserve. Mais on ne doit pas moins maintenir le caractère réellement phlegmasique de quelques-unes des rougeurs de l'endocarde lorsqu'elles sont accompagnées d'épaississement, d'opacité, de friabilité de la membrane en question. En résumé, quoique très-réels et incontestables, les cas de rougeurs phlegmasiques de l'endocarde rencontrés dans les fièvres éruptives ou typhoïdes, étaient en quelque sorte mal choisis pour établir la réalité de l'existence de l'endocardite; mais cependant le nombre des fissures accumulées devint bientôt si grand, que peu de temps après l'époque que nous signalons, M. Andral l'admit comme démontrée, et, à partir de ce moment, tous les médecins crurent l'avoir découverte; car c'est un des travers de l'esprit humain, lorsqu'une vérité nouvelle est proclamée, au moment où elle est définitivement établie, chacun veut s'en emparer et la reclame comme un fait personnel, ou bien les détracteurs déclarent que le fait était connu depuis longtemps. Quoi qu'il en soit, dès 1824 et 1826, cette affection était assez connue pour qu'on pût essayer de lui faire jouer un rôle dans la production de l'hypertrophie du cœur et des altérations chroniques de ses valvules, et M. Andral a consacré à l'étude de cette influence quelques pages remarquables de son *Traité de clinique*.

Mais jusque-là rien n'avait été dit de l'espèce la plus vraie et la plus incontestable de l'endocardite. Les cas observés et décrits jusqu'alors appartiennent à une forme bâtarde et dont les caractères sont mixtes. En effet, on n'avait décrit que l'endocardite qu'on rencontre dans la variole, la scarlatine, la phlébite, les maladies des femmes en couches, toutes affections dans lesquelles on observe, à une certaine période, un mélange d'inflammation et de septicité.

La forme la plus indubitable d'endocardite ne se rencontre que dans les inflammations exemptes d'état septique ou putride; or, les maladies qui passent pour des types d'inflammations légitimes sont la pneumonie, la pleurésie et le rhumatisme articulaire aigu, et c'est précisément dans ces cas que nous avons trouvé les exemples les plus incontestables d'endocardite. La coïncidence si habituelle de cette affection avec les précédentes lui a même valu les épithètes d'endocardite rhumatismale, pleurétique, pneumonique. Ce n'est que d'une manière bien singulière que l'endocardite rhumatismale fut découverte. En faisant des recherches sur les bruits du cœur et des artères, nous fûmes amenés à examiner des malades chez lesquels on ne pouvait et ne devait soupçonner aucun phénomène du côté du cœur, et nous fûmes cependant très-surpris de trouver chez plusieurs d'entre eux des bruits de souffle plus ou moins marqués, et quelques autres phénomènes que nous décrirons en leur lieu. Ces malades avaient tous eu, ou avaient encore un rhumatisme articulaire aigu. Nous multipliâmes nos recherches, et il devint constant alors qu'il y avait un rapport entre le rhumatisme et ce phénomène. Ce fait était d'autant plus étonnant que rien n'avait pu, dans ces maladies, attirer notre attention du côté du cœur. Nous supposâmes une inflammation de l'endocarde, et des autopsies vinrent plus tard démontrer la réalité de cette inflammation et de sa coïncidence avec le rhumatisme. A partir de ce moment, nous étudions et nous trouvons en peu de temps les signes propres à l'endocardite et tous les caractères à l'aide desquels on peut la diagnostiquer; voilà comment on arrive ordinairement, par une voie extrêmement détournée, à la découverte de la vérité. Alors l'existence de la maladie devient incontestable. Il se trouve aussi que tout le monde l'a découverte, et même qu'elle a été connue de tous temps.

Dans nos recherches, nous avons vu que l'endocardite rhumatismale résistait souvent après que le rhumatisme extérieur avait disparu, et il nous fut facile d'expliquer alors la persistance de la fièvre dans ces cas. Ceux de nos adversaires qui continuaient encore à nier l'endocardite durent inventer alors une fièvre rhumatismale sans rhumatisme, comme on admet des fièvres rubéoliques, varioliques, sans éruption. Quelques-uns dénommèrent cette même maladie fièvre sudatoire : tout cela pour ne pas reconnaître l'endocardite. Nous n'en dirons pas davantage de ces prétendues fièvres essentielles dont nous avons trouvé le secret dans l'inflammation de la membrane interne du cœur et des vaisseaux. Rappelons en quelques mots que nous avons trouvé pour cette affection, comme pour la péricardite, un autre point de départ dans la pleurésie et la pneumonie.

Caractères anatomiques. — Les lésions de l'endocardite sont au fond les mêmes que celles de la péricardite; mais, en raison du lieu où elles se développent, de la forme et des usages des parties sur lesquelles se déploie l'endocarde; enfin, en raison de la présence du sang dans les cavités du cœur, on peut prévoir que des caractères importants et nouveaux viendront s'ajouter à ceux dont on pouvait prévoir la formation, en comparant l'endocarde au péricarde.

Ces caractères anatomiques sont nombreux, et nous les étudierons dans l'endocarde lui-même, dans les produits sécrétés et dans le sang qui traverse les cavités du cœur. En outre, nous en indiquerons les transformations dans trois périodes ou à trois

époques différentes de l'inflammation, dans l'état de congestion, à l'époque de l'organisation des produits en éléments celluleux ou cellulo-fibreux, et à l'époque de leur passage à l'état fibreux, fibro-cartilagineux et osseux.

1re *période.* — La *rougeur* de l'endocarde est un des premiers caractères de l'inflammation de cette membrane; mais, seule, elle ne saurait suffire à en établir réellement l'existence. Nous avons dit, en effet, que la rougeur de l'intérieur du cœur et des gros vaisseaux peut être un phénomène d'imbibition cadavérique; en conséquence, pour être caractéristique de l'endocardite, cette coloration doit s'accompagner de quelques autres caractères qui ne sont pas le fait des altérations cadavériques, mais celui des inflammations; la rougeur dont il est question peut et doit être considérée comme réellement due à une affection de l'endocarde, quand elle s'accompagne du gonflement, de l'épaississement de cette membrane, du dépôt de pus, de fausses membranes, de caillots sanguins sur un point quelconque de la surface du cœur ou entre les colonnes charnues; ou encore de ramollissement, d'ulcérations de cette membrane; enfin, on prendra en considération la présence ou l'absence des phénomènes de putréfaction sur d'autres parties du corps. Le réunion de toutes ces conditions n'est pas nécessaire, mais il faut quelques-unes d'entre elles pour caractériser l'endocardite, et leur absence totale doit faire douter de la nature phlegmasique des rougeurs que l'on observera.

Les rougeurs inflammatoires de l'endocarde sont quelquefois générales, mais le plus souvent partielles et bornées aux valvules; leur teinte est variable, et elles sont généralement plus claires dans les cavités gauches, plus foncées dans les cavités droites du cœur; le plus ordinairement, ce n'est point une injection vasculaire, c'est une sorte de teinture de la séreuse, laquelle teinture ne pénètre pas au-dessous de celle-ci, et par conséquent ne peut résister à une macération prolongée. Afin qu'il ne reste aucun doute sur la réalité des rougeurs de l'endocardite, nous dirons que nous en avons observé dans les endocardites expérimentales que nous avons développées par des injections irritantes ou de toute autre manière.

On observe aussi une *tuméfaction* de la séreuse du cœur; elle est rarement générale; le plus souvent, elle occupe les valvules, de façon à en quintupler quelquefois l'épaisseur et à en faire disparaître la transparence; siégeant au bord libre, elle forme des bourrelets souvent fort épais. Cette tuméfaction se rencontre déjà d'une manière très-marquée dans des cas où l'affection ne dure que depuis huit ou dix jours. Le *ramollissement* n'est jamais bien évident tout à fait au début, mais plus tard il devient marqué. La membrane perd d'abord son poli, puis sa cohésion; elle se déchire par places, et il se forme alors des perforations de valvules, des divisions en lanières plus ou moins nombreuses.

Une sécrétion couenneuse s'établit ensuite et donne naissance à de fausses membranes qui s'attachent aux piliers du cœur, aux valvules, aux tendons valvulaires, et en gênent plus ou moins fortement les fonctions; ces productions sont sous forme de granulations, de globules de consistance plus ou moins ferme, de masses caillebotées plus ou moins concrètes et de couleur blanche.

On peut admettre qu'il se forme quelquefois du pus dans le cœur, mais ce n'est qu'une hypothèse peu susceptible de démonstration. Nous avons cité nous-même un cas où le cœur contenait une légère couche de pus, et où il existait en même temps une péricardite; mais ce cas est peut-être unique. On sait qu'il ne faut pas attacher une grande importance aux cas de prétendus abcès trouvés au centre des caillots du cœur; et d'un autre côté, on remarquera que l'endocarde étant une séreuse comme le péricarde, doit, comme celui-ci, avoir fort peu de tendance à la sécrétion purulente.

Le sang se coagule dans les cavités dont la membrane intérieure est enflammée; il s'y prend, sous la forme de masses décolorées, blanches, élastiques, glutineuses, adhérentes aux parois du cœur ou entortillées autour des colonnes charnues et de leurs tendons. Ces concrétions polypiformes ont une grande analogie avec la couenne du sang, et elles ont, comme elle, une structure fibreuse; quelquefois elles sont parcourues par des filaments rouges qui ressemblent singulièrement à des rudiments vasculaires. Ces concrétions sont surtout fort communes dans les cavités droites du cœur, et elles se prolongent souvent dans les gros vaisseaux, veines caves, artère pulmonaire, où elles se continuent avec des caillots rouges ou rougeâtres évidemment formés après la mort.

2e *période.* — A une époque assez éloignée du début de la maladie, on trouve sur différents points de la période intracardiaque des produits de nouvelle nature, celluleux, cellulo-fibreux, plus ou moins denses, qui sont le résultat de transformations des produits de la première période. Ici ce sont des végétations *globuleuses* ou *verruqueuses*, là des plaques laiteuses, plus loin des adhérences, etc.

Laënnec désignait sous le nom de végétations *globuleuses* des espèces de concrétions de très-petit volume développées sur les valvules ou les tendons, de couleur blanche ou blanchâtre, molles, faciles à écraser comme de l'albumine concrète; il croyait qu'elles se forment sur les tendons des valvules, aux dépens de la fibrine du sang comme les cristaux au sein d'une liqueur saline concentrée, se déposent sur les fils qu'on y a tendus, et qu'elles se produisent ainsi par une sorte de cristallisation; cette théorie fort ingénieuse n'empêche pas que l'on n'admette que la cause première de ce dépôt cristallin réside dans l'inflammation et l'endocarde; autrement on n'aurait aucun moyen de comprendre la solidification de la fibrine.

Les végétations verruqueuses, plus grises, plus dures et plus adhérentes que les précédentes, siégent de préférence au bord libre des valvules où elles forment des bourrelets irréguliers composés de nombreuses granulations inégales dont l'ensemble représente des crêtes, des choux-fleurs, des verrues; de là leur dénomination, de là aussi l'origine syphilitique que Corvisart leur attribuait. L'identité des produits de cette espèce avec ceux de l'inflammation de toutes les autres séreuses, nous dispense d'insister sur leur origine inflammatoire.

Des adhérences celluleuses, cellulo-fibreuses, s'établissent aussi entre les valvules et les parois contiguës des ventricules ou des artères aorte et pulmonaire; entre les tendons des piliers du cœur; quelquefois des plaques pseudo-membranes, en se rétractant, froncent une valvule dans le sens de sa hauteur et la raccourcissent jusqu'à la rendre impropre à se mouvoir et à remplir ses fonctions de soupape.

Des plaques laiteuses, des espèces de taies de l'endocarde se forment dans les cavités intérieures, de même que dans le péricarde, par la transformation sur place de produits fibrineux ou albumineux. Quelquefois, plusieurs couches de ces produits sont superposées.

Enfin, l'épaississement celluleux ou cellulo-fibreux s'empare aussi des zones et anneaux fibreux des orifices, de manière à leur donner un degré de dureté ou de rigidité qui ne leur appartient pas d'ordinaire. Quelquefois aussi cette hypertrophie descend de ces zones aux valvules correspondantes, ainsi que cela se remarque souvent pour la valvule bicuspide.

3e *période.* — Jusqu'ici nous n'avons rencontré que des tissus analogues aux tissus sains; nous allons trouver maintenant des produits d'une autre nature et qui s'éloignent de plus en plus de ceux de l'économie à l'état normal. D'un autre côté, nous nous éloignons aussi considérablement de l'inflammation proprement dite, pour tomber dans les produits chroniques organiques qui n'ont plus de commun avec l'inflammation que la relation de cause à effet.

Dans cette troisième époque, les produits sécrétés deviennent cartilagineux et osseux ou plutôt ossiformes et calcaires.

Les végétations verruqueuses se pénètrent de noyaux d'apparence cartilagineuse ou osseuse. Les zones fibreuses se transforment de la même façon et il s'y forme comme des os plus ou moins volumineux; les uns sont disposés en forme de plaque, les autres en forme de demi-cercles; ceux-ci sont profondément

cachés, ceux-là saillants sous la séreuse; quelques-uns à bords tranchants ont entamé cette membrane et produit des fissures ou ulcérations plus ou moins allongées : ces plaques se prolongent jusque sur les parois des ventricules et des oreillettes. Les valvules participent à cette transformation, mais les effets varient selon leur nature. Les valvules artérielles se ratatinent, s'accolent aux parois artérielles, deviennent immobiles et incapables d'obturer l'orifice qu'elles sont chargées de fermer; quelquefois deux valvules sigmoïdes adhèrent entre elles et se nuisent mutuellement dans leurs mouvements. Quand ce sont les valvules auriculo-ventriculaires, elles sont altérées de deux manières bien différentes; quelquefois l'une des lames qui les composent est accolée et adhérente à la paroi des ventricules, tandis que l'autre est flottante et mobile comme de coutume. D'autres fois, les deux lames adhèrent entre elles par les bords contigus, et il en résulte une sorte d'entonnoir qui fait saillie dans la cavité ventriculaire, entonnoir dont les parois épaisses et rigides sont immobiles, de sorte que l'orifice qu'elles circonscrivent est tout à la fois insuffisant et rétréci. Ces lésions, les plus communes de celles qui frappent les valvules, sont souvent propres à la valvule mitrale, mais on les rencontre aussi à droite, contrairement à l'assertion de Bichat.

Ces altérations donnent naissance à deux des principales affections des valvules et des orifices, nous voulons parler du rétrécissement des uns et de l'insuffisance des autres.

Le rétrécissement des orifices est un des résultats les plus graves de l'endocardite; il est plus commun que l'insuffisance, et on le rencontre à tous les orifices du cœur. Il se présente avec des formes et des degrés variables. Quand il siége à l'orifice mitral, il se présente sous la forme suivante : L'espace compris entre les valvules indurées et réunies offre la forme d'une glotte ou boutonnière généralement transversale, et dont les bords épais sont représentés par le bord libre des valvules; cette ouverture, peut être rétrécie au point de ne pouvoir admettre l'extrémité d'un doigt, elle est constamment béante; l'orifice auriculo-ventriculaire, vu du côté du ventricule, est donc caché par une sorte de bec d'entonnoir ou de saillie qui imite parfaitement le museau de tanche. Du côté de l'oreillette, c'est une excavation qui se rétrécit graduellement en infundibulum, et qui froncée dans son trajet, présente quelque ressemblance avec l'orifice anal ou avec l'ouverture d'une bourse dont on a serré les cordons. La direction du canal étant formée de la sorte, varie beaucoup; quelquefois il est rectiligne et fait directement suite à l'orifice auriculo-ventriculaire; d'autres fois il se coude à angle droit, de façon que son ouverture inférieure regarde soit la paroi antérieure, soit la paroi postérieure du ventricule. Des lésions analogues, mais à un degré bien moindre, se remarquent aussi à la valvule triglochine.

Quant aux orifices artériels, et surtout à celui de l'aorte, ils se rétrécissent, soit par l'adhérence et le froncement des valvules, soit par la formation dans les parois artérielles même de plaques crétacées ou ossiformes, qui les rapprochent du centre des vaisseaux; quelquefois aussi, les valvules détachées en partie à leur base, sont renversées contre la direction du courant sanguin, auquel elles offrent une résistance plus ou moins forte; cette disposition ne se rencontre généralement pas dans les orifices auriculo-ventriculaires, à moins de rupture des tendons valvulaires.

Les valvules deviennent insuffisantes quand elles adhèrent aux parois ventriculaires, quand elles sont détachées à leur base, fendues, perforées; lorsqu'un ou plusieurs tendons sont rompus et leur permettent de rentrer avec le courant sanguin, rétrograder dans l'intérieur de l'oreillette; quand elles sont raccourcies soit par ulcération, ce qui est rare, soit par une espèce de ratatinement ou d'enroulement de leur bord libre qui est très-commun dans les cas de végétations verruqueuses. Les valvules deviennent ainsi insuffisantes, lorsque, indurées par de la matière analogue au cartilage ou par un dépôt crétacé, elles restent fixes et immobiles, dans une position moyenne entre l'élévation et l'abaissement.

Enfin, l'insuffisance résulte quelquefois d'une hypertrophie du ventricule avec dilatation, élargissement de l'orifice; les valvules, tout en conservant leur intégrité, peuvent être alors relativement trop courtes pour l'occlusion complète de l'orifice.

En terminant cette indication sommaire, nous n'avons pas besoin d'insister pour démontrer que tous ces produits sont réellement des résultats de l'inflammation. L'analogie, l'observation directe, le démontrent. L'analogie, car des lésions de la même nature se rencontrent dans toutes les autres membranes séreuses enflammées; on voit aussi, en effet, à la suite de la pleurésie, de la péritonite des plaques laiteuses ou taies de ces membranes, des productions celluleuses (adhérences), cellulo-fibreuses, des plaques cartilagineuses, osseuses et ossiformes, etc, Ces produits ne donnent pas lieu, il est vrai, à des altérations consécutives semblables aux rétrécissements et aux insuffisances, parce qu'il n'y a pas là, en effet, d'orifices et de membranes valvulaires; mais si nous poussons notre comparaison plus loin, nous allons justement rencontrer ce qui nous manque ici, et particulièrement dans les organes tapissés par une muqueuse; personne n'ignore que tous les organes creux, par suite d'une longue inflammation, finissent par présenter, dans un point quelconque de leur longueur et surtout à leurs orifices, des rétrécissements, des vides, des insuffisances, témoin l'urètre, le col de la vessie, les orifices de l'estomac, le rectum, la vésicule biliaire, etc.

L'observation directe fournit aussi des éléments à cette démonstration, car chaque lésion n'est pas si complément arrivée à tel degré, qu'elle ne présente encore des traces du degré inférieur d'organisation; or, si on descend de la sorte d'altérations en altérations, on arrive précisément aux lésions récentes aiguës de l'endocardite, aux fausses membranes molles, aux moyens dont la nature est incontestable.

Ajoutons, enfin, que la coïncidence si commune des lésions de la péricardite avec les précédentes, est encore un argument de la plus haute importance en faveur de la théorie que nous soutenons. D'ailleurs, nous le demandons, est-il beaucoup d'autres explications rationnelles à mettre en opposition avec celle-là; en est-il une seule qui rende compte de la variété et du mode d'enchaînement des lésions décrites?

Ainsi, en résumé, l'inflammation de la séreuse intra-cardiaque est la cause et le point de départ de toutes les lésions organiques des valvules et des orifices du cœur; c'est à elle qu'il faut rapporter les épuisements et les taies des valvules, les végétations verruqueuses et globuleuses qui les couvrent, les rétrécissements des orifices et les diverses formes d'insuffisance des valvules. Seulement, et nous faisons remarquer ceci avec beaucoup de soin, ces lésions ne sont plus que des vestiges, des restes de l'inflammation, ce sont des produits du travail inflammatoire, mais ce n'est pas l'inflammation elle-même. Celle-ci, acte essentiellement dynanique, a complétement disparu; nous ne nous opposons pas à ce qu'on appelle ces lésions du nom d'inflammation chronique, mais alors nous disons qu'il n'y a qu'une ressemblance de nom entre cette forme de phlegmasie et l'inflammation réellement aiguë. Pour nous, nous ne voyons dans ces lésions que des produits d'inflammation qui tendent à s'organiser, à se transformer sur place, soit pour rester en permanence, soit pour disparaître, et qui survivent à la phlegmasie qui les a engendrés, comme des enfants survivent à leur mère.

Nous avons insisté sur cette anatomie pathologique, parce que la connaissace des lésions aiguës ou chroniques est indispensable à l'intelligence et à l'interprétation des symptômes observés pendant la vie. (*La suite à un prochain numéro.*)

Observation de M. Carnochan.

De l'ablation totale du maxillaire inférieur.

(*Suite. Voir le n° 92.*)

Nicholas Donegan, âgé de 43 ans, cultivateur, fut admis à New-York Emigrants's Hospital, le 7 mars 1851. Il fut traité pendant quelques

semaines dans une salle de médecine pour une fièvre typhoïde, et fut ensuite transféré en chirurgie dans une des salles qui m'étaient confiées. A l'examen, le malade présente une tuméfaction considérable de la face; il se plaint d'une violente douleur, dont il rapporte le siége principal à la région qu'occupe l'os maxillaire inférieur : en poussant plus loin notre investigation, nous ne tardons pas à nous assurer que cet os était nécrosé. L'état général du malade dénote une cachexie profonde avec faiblesse et prostration des fonctions vitales. Le malade nous raconte que pendant le voyage qu'il a fait pour venir à New-York, il avait reçu un coup violent sur la mâchoire inférieure. Cette circonstance, rapprochée de la cachexie consécutive à l'invasion de la fièvre typhoïde, ne nous laisse aucun doute sur l'origine de la maladie de l'os.

Nous prescrivîmes un traitement tonique en même temps que nous eûmes recours à des topiques et à des lotions qui devaient diminuer l'irritation de la bouche et faire disparaître la fétidité de l'haleine. En peu de temps, les dents, ébranlées, durent être extraites; le bord alvéolaire se dénuda en partie; la tuméfaction s'étendit sur le trajet des branches jusqu'au-dessus des condyles de la mâchoire; le malade, très-affaibli, se plaignait de douleurs atroces. Un régime réparateur et les divers moyens thérapeutiques propres à fortifier la constitution furent continués : des lotions et des fomentations tour à tour émollientes et astringentes furent sans interruption mises en usage; mais après trois mois de ce traitement suivi avec persévérance, il devint évident que la maladie du tissu osseux avait de trop profondes racines pour céder à de simples agents pharmaceutiques. La maladie paraissait avoir envahi toute sa joue: la bouche était le siége d'une sécrétion purulente abondante; il y avait une énorme déperdition de salive, et la fétidité de l'haleine était devenue insupportable, non-seulement au malade, mais à tous les malades couchés dans la même salle. Une fièvre hectique d'un caractère fort grave s'était déclarée; il s'y joignit de la diarrhée, et le malade s'affaiblissait de jour en jour par l'effet de la maladie et des tortures atroces que renouvelaient sans cesse de continuelles douleurs. Il devint évident que l'unique moyen de conjurer une mort prochaine était d'éloigner la cause des souffrances et des troubles constitutionnels dont nous constations les progrès. La peau qui recouvrait l'os malade, quoique très-tuméfiée, œdématiée, tendue et rouge, était exempte d'ulcérations : c'était dans la bouche qu'était versé le produit des sécrétions morbides.

Le 13 juillet, une consultation eut lieu, et nous décidâmes qu'il y avait indication urgente d'enlever l'os malade.

L'opération que nous devions pratiquer nous parut assez grave, surtout chez un sujet débilité et atteint de cachexie profonde, pour que nous eussions cru devoir l'informer sans détour des sérieux dangers auxquels il était exposé; nous le laissâmes libre de décider si l'opération serait ou non pratiquée, et c'est à sa demande instante que nous nous mîmes en devoir de combiner tous nos efforts pour le sauver. Nous pensâmes qu'il ne fallait administrer ni l'éther ni le chloroforme, en raison de la facilité avec laquelle pourrait se produire l'asphyxie par le passage du sang dans les voies aériennes.

Le malade étant placé sur une chaise et entouré d'aides qui avaient chacun un office à remplir, une première incision fut faite qui, partant du condyle gauche, fut dirigée vers l'angle de la mâchoire, parallèlement au bord postérieur de la branche du maxillaire, dont elle était séparée par un intervalle d'environ 2 lignes; de là, cette incision fut continuée, après avoir décrit une courbe légère, jusqu'à la ligne médiane, un demi-pouce au-dessous du bord libre de la lèvre inférieure; l'os fut alors partiellement mis à découvert par la dissection des parties molles de la joue. Les tissus qui forment le plancher de la bouche, ceux qui recouvrent la face interne du corps de l'os furent divisés au niveau de leurs attaches, depuis le voisinage de la ligne médiane jusqu'à la partie postérieure de l'angle de la mâchoire; les insertions du buccinateur furent détruites, les artères faciale, sousmentale et sublinguale liées; elles avaient été comprises dans l'incision. Nous pûmes alors constater que l'os était presque disjoint au niveau de la symphyse, et que la nécrose avait envahi complétement toute sa portion inférieure; la branche elle-même était malade; le périoste présentait tous les caractères extérieurs de l'inflammation; dans quelques parties mêmes, il se détachait aisément; la langue fut saisie et maintenue en avant pendant que nous coupions les insertions des muscles génio-glosses et hyoglosses. Une double ligature fut passée à travers la partie antérieure de la racine de la langue et confiée à un aide : cette ligature avait pour but de prévenir l'occlusion du larynx par la rétraction de l'organe privé de ses points d'attache. Un cas malheureux de cette nature s'est présenté, il y a quelques années, dans la pratique d'un chirurgien célèbre de cette ville; et l'on doit toujours être en garde contre un semblable accident; lorsque l'on a détruit les attaches musculaires de la langue à la partie postérieure de l'os maxillaire derrière la symphyse, une légère pression exercée sur la moitié gauche du corps de la mâchoire, acheva la rupture de l'os au niveau de la symphyse et de son angle; cette partie fut ainsi complétement enlevée. La première chose à faire alors était d'attaquer la branche gauche de l'os. Nous mîmes à nu la face externe de la branche de la mâchoire et de l'articulation temporo-maxillaire, en disséquant le masséter du côté de son attache supérieure, et aussi loin que le permettait l'arcade zygomatique. En saisissant la branche de l'os à l'effet d'abaisser l'apophyse carotide, au-dessous de l'arcade zygomatique, nous nous aperçumes que le muscle temporal était le siége d'une rétraction considerable et permanente. Cette circonstance donna lieu à une difficulté que nous n'avions pas prévue, difficulté augmentée encore par le développement anormal de cette apophyse et par la rétraction simultanée des muscles ptérygoïdiens. En passant le doigt indicateur le long de la face interne de la branche du maxillaire, nous cherchâmes et reconnûmes la position des artères carotides interne et externe.

Pour détruire l'insertion du muscle ptérygoïdien interne, nous eûmes le soin de raser l'os; le nerf lingual fut évité avec soin, l'orifice du canal dentaire, indiqué par une saillie osseuse, fut facilement sentie, et l'instrument guidé par le doigt, coupa l'artère et le nerf dentaires; le bistouri dut alors séparer les tissus qui l'attachent à la face interne de l'os, environ jusqu'à la hauteur de l'échancrure sigmoïde, qui se trouve entre le condyle et l'apophyse coronaire. A ce niveau et sur le bord postérieur de la branche de l'os, les artères faciale, transverse, maxillaire interne et temporale forment une sorte de trépied, et il fallait faire tous ses efforts pour ne pas entamer les deux dernières artères. Il devint alors nécessaire de détacher le tendon du muscle temporal. Comme l'apophyse coronoïde ne pouvait céder, je mis le plus de soin possible à diviser les attaches inférieures de ce tendon, au moyen de ciseaux courbes et mousses, et en me servant alternativement de ces ciseaux et du bistouri boutonné, rasant la surface de l'os, je divisai une portion considérable de ce tendon. Ne jugeant pas prudent de me servir de l'instrument tranchant dans la profondeur de la fosse temporale, où était située l'apophyse coronoïde, je fis usage d'une paire de cisailles courbées sur le plat, et en passant les lames de cet instrument au-dessus de cette apophyse, autant que cela était possible, je détachai le muscle temporal; l'extrémité de l'apophyse coronoïde fut coupée pendant cette manœuvre; la branche du maxillaire, alors mobile, put être employée comme levier pour la désarticulation de l'os.

Afin d'opérer avec sécurité la désarticulation du condyle, je commençai par pénétrer dans l'articulation en coupant les ligaments d'avant en arrière et de dehors en dedans. L'articulation fut ouverte assez largement pour déterminer la luxation complète du condyle. Avec des ciseaux mousses, je coupai alors avec soin la partie interne de la capsule articulaire et l'insertion maxillaire du muscle ptérygoïdien externe et par un mouvement lent de rotation de la branche sur son axe, je détachai le condyle, et l'opération fut terminée de ce côté. Pour opérer la désarticulation, ni l'artère temporale ni l'artère maxillaire interne ne furent touchées.

Pour enlever la seconde moitié de la membrane inférieure, je fis une incision semblable à celle que j'avais faite du côté opposé, et venant rejoindre celle-ci sur la ligne médiane. La dissection s'opéra de la même manière, et j'eus le bonheur de ménager encore les artères temporale et maxillaire interne.

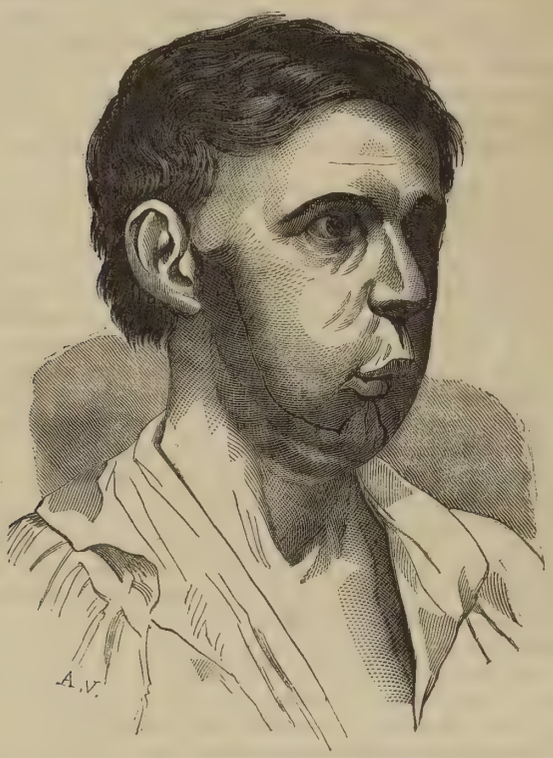
La figure ci-jointe (n° 1) représente l'état exact du maxillaire inférieur après macération, et montre les portions de l'os séparées comme elles le furent pendant l'opération.

L'objet que j'avais eu vue, en faisant les incisions externes, de manière à figurer un V renversé en avant de l'insertion des muscles génio-glosse et génio-hyoïdien, était de laisser une portion de téguments ainsi façonnée que les épingles à suture pussent passer à travers les téguments en même temps qu'à travers la racine de la langue, dans le point où les muscles de cet organe avaient été détachés de la partie interne de la mâchoire. Les différents tissus, ainsi coupés dans la même suture, et devant faire partie de la même cicatrice, devaient servir à former un nouveau point d'attache, quelque chose enfin qui représentât les insertions de la langue au corps de l'os maxillaire.

La quantité de sang perdu fut peu considérable; les artères divisées, outre celles dont j'ai déjà parlé, sont la faciale transverse, la massétérienne et la parotidienne antérieures, etc.; elles furent liées aussitôt que coupées. L'os étant désarticulé, les bords de l'incision furent réunis par dix-huit points de suture entortillée. Après le pansement, je maintins la langue dans sa position normale, en attachant de chaque côté les extrémités de la ligature qui traversait sa base, à un bandage qui faisait le tour de la tête. Quarante-huit heures après l'opération, le premier appareil fut levé. La plaie était réunie par première intention, et huit points de suture furent enlevés. Au bout de quatre-vingt-seize heures, la plaie fut de nouveau examinée. La réunion était complète; le reste des épingles à suture fut également enlevé. Le septième jour, il parut opportun de supprimer la ligature de la langue; le dixième jour, les ligatures des artères tombèrent, et le quatorzième jour, le malade fut regardé comme guéri, n'ayant éprouvé depuis l'opération aucun accident.

L'opération dura vingt-cinq minutes, pendant lesquelles nous avions laissé au malade quelques moments de repos pour réparer ses forces; elle

fut pratiquée en présence d'un grand nombre de médecins ; je fus secondé avec habileté par mon collègue, le docteur A. V. Williams, les docteurs Dewees et Dixon de New-York, et par les docteurs Thompson, Whitehead, Smith et Bailey.



L'aspect actuel du malade, représenté par la figure ci-contre, paraîtra présenter beaucoup moins de difformité qu'on aurait dû s'y attendre, après une mutilation aussi considérable. La constitution s'est améliorée et la santé est bonne ; le malade peut maintenant vaquer à ses affaires. Des deux côtés, les conduits de Sténon furent nécessairement divisés ; mais il n'en est pas résulté de fistule salivaire, parce que la salive s'écoule dans la bouche. La division des branches du nerf facial n'a pas été suivie de la paralysie de la face, quoique quelque temps après la réunion de l'incision le muscle orbiculaire des paupières du côté droit eût paru avoir perdu de son action. En palpant le menton, on sent actuellement comme un dépôt cartilagineux de peu d'épaisseur, mais long d'environ 3 pouces, ayant la forme d'un croissant et situé à la place qu'occupait l'os malade. Plus haut, du côté de la cavité glénoïde, ce cartilage n'existe pas. Pendant la dissection des parties molles, le pharynx avait été ménagé avec soin, et immédiatement après l'opération, on put donner au malade des boissons en petite quantité. La déglutition s'opère maintenant sans difficulté ; le malade parle assez distinctement pour se faire comprendre, et quoiqu'il ne puisse opérer la mastication, il ne se plaint pas de difficulté pour manger, brisant ses aliments, comme il le dit, entre la langue et la voûte du palais.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports sur les établissements d'eaux minérales dont les noms suivent :

d'*Auzon* (arrondissement d'Alais), par M. le docteur Roch ;
de *Piétropole* (Corse), par M. Carlotti ;
de *Crausac* (Aveyron), par M. Auzoui ;
de *Chateldon* (Puy-de-Dôme), par M. Desbret ;
de *Pougues* (Nièvre), par M. de Crozant ;
de *Saint-Amand* (Nord), par M. Charpentier ;
d'*Uriage* (Isère), par M. Gerdy ;

2° Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Meadin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun ;

3° Relation d'une épidémie de suette miliaire, par M. Bodut, médecin en chef des épidémies du Jura ;

4° Notice sur la peste, par M. le docteur Lando, médecin à Paris ;

5° Plusieurs états de vaccinations (Ain, Côte-d'Or, Pas-de-Calais, Doubs) ;

6° Échantillons de chocolat pectoral.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Diabète.

M. le docteur Jacquot, médecin de l'hospice de Saint-Dié, adresse une nouvelle observation de diabète grave qu'il a traitée avec avantage par une médication composée de sulfate, d'acide d'alumine et de potasse (20 grammes), iodure de potassium (2 grammes), brômure de potassium (1 gramme) ; à prendre une cuillerée à soupe trois fois par jour, *un rien de temps avant le repas.*

Médication ferrugineuse.

M. Quevenne adresse plusieurs fascicules d'un grand travail sur la médication iodée, qui se termine par les conclusions suivantes :

« L'action du fer réduit est de même nature que celle des ferrugineux en général.

« C'est cette préparation (parmi celles qui ont été examinées) qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique, pour un poids donné.

« Ce qui la distingue entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

« La dose 0,20 à 0,30 (moyenne 0,25) paraît suffisante en général pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique dans bien des cas on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50.

« Il y a en outre quelques avantages paraissant dépendre de l'état de protoxydation des sels auxquels ce produit donne naissance, mais cette circonstance et d'autres, qui demandent d'entrer dans des détails, n'ont dû être examinés que dans le travail *in extenso.* »

M. le président annonce le décès de M. Villeneuve, et M. le secrétaire donne lecture de quelques-unes de ses dispositions testamentaires concernant ses obsèques. Elles portent que le corps du défunt devra être porté au cimetière, sans cortége, dans le corbillard dit *des pauvres* et déposé dans la fosse commune.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Chevalier donne lecture d'un rapport sur une source d'eau minérale située à Belleville près Paris. Ce rapport est assez intéressant en raison même de la situation de la source pour que nous croyons devoir le publier textuellement dans notre prochain numéro.

M. O. Henry lit un rapport sur la source *alcaline gazeuse de Soultzmat* (Haut-Rhin). D'après les analyses de M. Béchamp, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, et de M. O. Henry lui-même, l'eau de cette source serait ainsi composée (pour 1,000 grammes d'eau ou 1 litre) :

Acide carbonique libre	1,7750
Bi-carbonate de soude	1,0040
— de chaux	0,4210
— de magnésie	0,3050
— de potasse	0,0940
Sulfate de soude (anhydre)	0,1500
Chlorure de sodium	0,0740
— de magnésium. } indices	
— de potassium. } très-sensibles.	
Borate ou bi-borate alcalin	0,1230
Phosphate alcalin ou alumineux	
Silicate ou sursilicate alcalin	
Lithine (carbonatée sans doute)	
Matière organique, oxyde de fer	indices.
Point d'iodures, ni de brômures, ni d'arsenic.	
	3,9460

Le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation. (Adopté.)

Le même membre lit un rapport sur les sources minérales thermales (température jusqu'à 70° centigr.) de Hammam-Mescontine et Hammam-Sétif (province de Constantine). Ces eaux sont des eaux salines calcaires analogues à celles de Syradan, plus leur thermalité. D'après cette composition et des observations médicales nombreuses, le rapporteur pense que l'exploitation de ces sources peut être utile aux malades. (Adopté.)

NOMINATION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de botanique et de thérapeutique. Au premier tour de scrutin, les voix de 70 votants se répartissent ainsi :

M. Chatin, 38 voix.
M. Robin, 30 —
M. Martinet, 1 —
M. Bayle, 1 —

En conséquence, M. Chatin est élu membre de l'Académie, sauf approbation de l'autorité supérieure.

LECTURES.

Endémo-épidémies.

M. le docteur Félix Jacquot lit un mémoire intitulé : *de la dualité des affections endémo-épidémiques annuelles des pays chauds palustres, et considérations générales sur la pathologie de ces contrées.* Dans ce travail, peu susceptible d'être résumé, l'auteur se propose de démontrer, entre autres choses, que les écoles éloignées les unes des autres doivent nécessairement différer les unes des autres, et que « si jamais l'école de Paris venait à se rencontrer avec celles de Rome, de Naples ou du Caire, c'est que l'une d'elles fausserait l'observation, méconnaîtrait les faits, nierait la nature. « (Comm. MM. Bricheteau, Bégin, Roche.)

PRÉSENTATIONS.

Pellagre.

M. Gibert présente une femme affectée de pellagre sporadique. C'est le troisième cas observé dans l'espace de douze ans dans le service de M. Gibert. Depuis la publication de la première observation qui avait appelé l'attention des médecins sur une maladie jusqu'ici inobservée à Paris, quelques exemples nouveaux de pellagre ont été recueillis, mais aucun aussi bien constaté que les deux qui ont été signalés dans le service de M. Gibert, et qui offraient, réunis, tous les caractères de la pellagre de Lombardie. Le sujet actuel est une femme âgée de 28 ans, du département de Seine-et-Oise, travaillant à la terre, et qui, de même que les deux autres, n'a jamais mangé de maïs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. COMBES.

Alcaloïdes des quinquinas.

M. Pasteur lit sur les alcaloïdes des quinquinas un mémoire qu'il résume ainsi :

« Les propriétés générales de la quinine et de la cinchonine sont assez bien connues. Mais il règne sur la quinidine et la quinoïdine les opinions les plus contradictoires.

« Je crois avoir levé toutes les difficultés. Les résultats de mon travail mettent en outre en évidence des relations moléculaires toutes nouvelles entre les divers alcaloïdes des quinquinas. Voici les faits nouveaux auxquels je suis arrivé.

« § 1er. *Cinchonicine.* — La cinchonine, engagée dans une combinaison saline quelconque, soumise à l'action de la chaleur, se transforme en une nouvelle base isomère avec elle et entièrement distincte de la cinchonine. Je l'appelle *cinchonicine.* Tous les sels de cinchonine peuvent servir à la préparation de la cinchonicine ; mais, pour que la transformation soit facile, complète, et que le but ne soit dépassé en rien, il faut placer le sel de cinchonine dans certaines conditions. En général, quand on chauffe les sels de cinchonine, ils fondent et se décomposent immédiatement ; et si, par un artifice particulier, on ne provoque la fusion du sel à une température assez distante de celle de sa composition, la cinchonicine prend bien naissance, mais aussitôt elle se détruit par une action plus profonde de la chaleur. Le sulfate de cinchonine ordinaire, par exemple, chauffé directement, entre en fusion, puis se détruit aussitôt et fournit une belle matière résineuse rouge qui est un produit d'altération de la cinchonicine. Mais si l'on a soin d'ajouter au sulfate un peu d'eau et d'acide sulfurique avant de le soumettre à l'action de la chaleur, il reste fondu, même après l'expulsion de toute l'eau, à une température basse, et il suffit de le maintenir dans cet état de 120 à 130 degrés, pendant trois à quatre heures, pour qu'il soit entièrement transformé en sulfate de cinchonicine. La production de matière colorante est extrêmement faible, presque impondérable.

Je prouve, par des faits qui seront acceptés de tous les chimistes, que, si la chaleur joue un grand rôle dans cette transformation de la cinchonine, l'état vitreux, résinoïde du produit, a une influence réelle, et l'isomérie actuelle se rattache certainement dans ses causes à ces transformations dont la chimie minérale nous offre plusieurs exemples dans le soufre mou, le phosphore rouge, l'acide arsénieux vitreux.

§ 2. *Quinicine.* — Tout ce que je viens de dire s'applique mot pour mot aux sels de quinine. Cette base, engagée dans un sel quelconque et soumise à l'action de la chaleur, se transforme en un nouvel alcaloïde isomère de la quinine. Il faut et il suffit que le sel soit placé dans des conditions convenables, qui sont précisément celles que je viens de signaler pour les sels de cinchonine. J'appelle *quinicine* la nouvelle base. Le procédé le plus commode pour la préparer consiste à ajouter un peau d'eau et d'acide sulfurique au sulfate de quinine du commerce. Même après l'expulsion de toute l'eau, le sel reste fondu, et par trois à quatre heures d'exposition au bain d'huile de 120 à 130 degrés, toute la masse est transformée en sulfate de quinicine, avec une production extrêmement minime de matière colorante.

Quant aux propriétés générales de la cinchonicine et de la quinicine, elles offrent des analogies bien marquées avec les isomères d'où elles dérivent. Elles présentent surtout entre elles les plus vives ressemblances. Toutes deux sont presque insolubles dans l'eau, très-solubles au contraire dans l'alcool ordinaire ou dans l'alcool absolu. Toutes deux se combinent facilement à l'acide carbonique et chassent à froid l'ammoniaque de ses combinaisons salines. Toutes deux se précipitent de leurs solutions sous forme de résines fluides à la manière de la quinine dans certaines circonstances. Toutes deux, enfin, dévient à droite le plan de polarisation. Elles sont également très-amères et fébrifuges.

§ 3. *Quinidine.* — J'ai fait allusion tout à l'heure à toutes les contradictions que l'on rencontre dans les travaux des chimistes qui ont étudié la quinidine. Ces contradictions viennent toutes de ce fait qui leur a échappé, que sous le nom de quinidine on a confondu deux alcaloïdes entièrement distincts par leurs propriétés physiques et chimiques, et qui sont presque constamment associés par mélange dans la quinidine du commerce, si l'on n'a pas eu le soin de purifier celle-ci par plusieurs cristallisations successives. Ainsi la quinidine, découverte en 1833 par MM. Henry et Delondre, est tout autre chose que ce qu'on appelle aujourd'hui de ce nom en Allemagne et en France, et le produit allemand est très-souvent mélangé en forte proportion de celui qui a été découvert par MM. Henry et Delondre. On trouvera dans mon Mémoire tous les détails nécessaires sur les propriétés et la composition des deux quinidines. J'ajouterai seulement, afin de les caractériser tout de suite, que l'une d'elles, à laquelle je conserve le nom de quinidine, est hydratée, efflorescente, *isomère de la quinine,* dévie à droite le plan de polarisation, et possède, à l'égal de son isomère la quinine, le caractère de la coloration verte par addition successive du chlore et de l'ammoniaque. L'autre base, à laquelle je donne le nom de cinchonidine, est anhydre, *isomère de la cinchonine,* exerce à gauche son pouvoir rotatoire et ne possède pas le caractère précité de la coloration verte. C'est elle qui est aujourd'hui la plus abondante dans les échantillons commerciaux. Il est toujours très-facile, en exposant à l'air chaud une cristallisation récente de cinchonidine, de reconnaître si elle renferme la quinidine. Tous les cristaux de cette dernière base s'effleuriront immédiatement en conservant leurs formes et se détacheront en blanc mat sur les cristaux de cinchonidine demeurés limpides. On peut également recourir au caractère de la coloration verte par le chlore et l'ammoniaque.

En résumé donc, il y a dans les écorces de quinquinas quatre alcalis principaux : la quinine, la quinidine, la cinchonine, la cinchonidine.

§. 4. *Action de la chaleur sur la quinidine et la cinchonidine.* — J'ai soumis les deux nouvelles bases quinidine et cinchonidine à l'action modérée de la chaleur, comme j'avais fait pour la quinine et la chinchonine, et je suis arrivé exactement aux mêmes résultats. C'est-à-dire que les deux nouvelles bases se transforment en bases isomères, poids pour poids, avec la même facilité et dans les mêmes conditions que les sels de quinine et de cinchonine. Mais, en outre, et c'est là sans contredit l'un des faits les plus essentiels de ce travail, les deux nouvelles bases obtenues par transformation de la quinidine et de la cinchonidine, sont identiques, la première avec la quinicine, la seconde avec la cinchonicine. De telle manière que nous arrivons à cette conséquence remarquable : des quatre bases principales renfermées dans les quinquinas : quinine, quinidine, cinchonine, cinchonidine, les deux premières peuvent être transformées, poids pour poids, en une nouvelle base, la quinicine, ce qui prouve qu'elles sont elles-même forcément isomères ; et les deux autres dans les mêmes conditions se transforment en une seconde base, la cinchonicine, ce qui prouve que de leur côté elles sont elles-mêmes forcément isomères.

Les relations moléculaires que ces résultats signalent à l'attention des chimistes prennent un caractère nouveau lorsque l'on compare les pouvoirs rotatoires des six alcalis précédents. Considérons d'abord les trois Isomères : quinine, quinidine, quinicine. La quinine dévie à gauche, la quinidine à droite, et toutes deux considérablement. La quinine dévie à droite, mais d'une quantité très-faible comparée aux pouvoirs rotatoires des deux autres. Les mêmes rapports se présentent dans les trois isomères cinchonine, cinchonidine, cinchonicine. La cinchonine et la cinchonidine dévient l'une à droite, l'autre à gauche, toutes deux considérablement ; la cinchonicine dévie au contraire très-peu à droite. L'interprétation la plus logique, je dirais presque l'interprétation forcée de ces résultats, est la suivante. La molécule de la quinine est double, formée de deux corps actifs, l'un qui dévie beaucoup à gauche, et l'autre très-peu à droite. Ce

dernier, stable sous l'influence de la chaleur, résiste à une transformation isomérique, et, persistant sans altération dans la quinicine, il donne à celle-ci sa faible déviation à droite. L'autre groupe, très-actif au contraire, devient inactif quand on chauffe la quinine et que celle-ci se transforme en quinine. De telle manière que la quinicine ne serait autre chose que de la quinine dont un des groupes actifs constituants est devenu inactif. La quinicine serait également de la quinidine dont un seul des groupes actifs constituants serait devenu inactif; mais dans la quinidine, ce groupe très-actif serait droit au lieu d'être gauche, comme dans la quinine, et toujours uni à ce même groupe droit peu actif et stable qui persiste dans la quinicine pour lui imprimer sa faible déviation droite. Je pourrais répéter mot pour mot tout ce que je viens de dire en l'appliquant aux trois isomères cinchonine, cinchonidine, cinchonicine, qui sont constitués respectivement comme leurs trois congénères, car ils offrent exactement les mêmes relations.

§ 5. *Quinoïdine* — Je n'entrerai pas dans le détail des expériences que j'ai entreprises sur la quinoïdine; mais il est un point sur lequel je veux appeler l'attention des fabricants de sulfate de quinine et des compagnies qui récoltent les écorces de quinquinas en Amérique. La quinoïdine est toujours un produit d'altération des alcalis des quinquinas. Elle a deux origines distinctes. Elle prend naissance dans le travail de la fabrication du sulfate de quinine, et surtout dans les forêts du nouveau monde lorsque le bûcheron, après avoir enlevé à l'arbre son écorce, expose celle-ci au soleil pour la dessécher. Alors les sels de quinine, de cinchonine, etc., que renferment ces écorces, s'altèrent et se transforment en matières résineuses et colorantes qui forment la majeure partie de la quinoïdine du commerce. J'ai reconnu, en effet, qu'en exposant au soleil, seulement durant quelques heures, un sel de quinine et de cinchonine quelconque, en solution étendue ou concentrée, il s'altère à tel point, que la liqueur prend une coloration rouge-brun extrêmement foncée. Cette altération est d'ailleurs de la même nature que celle qui s'effectue sous l'influence d'une température élevée. Je crois donc que l'on éviterait des pertes notables de quinine, de cinchonine, etc., et que l'on rendrait plus facile l'extraction ultérieure de ces bases, si l'on avait la précaution de mettre à l'abri de la lumière les écorces de quinquinas dès qu'elles sont récoltées, et d'opérer dans l'obscurité leur dessication. Le fabricant de quinine également doit éviter toute action d'une vive lumière.

CORRESPONDANCE.

Paris, ce 1er août 1853.

Mon cher confrère,

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Gibert, en combattant les conclusions de mon rapport sur l'albumine iodée, m'a reproché d'avoir, sans preuves suffisantes, présenté le nouveau médicament comme succédané de l'huile de foie de morue.

Permettez-moi, puisque votre estimable journal n'a reproduit que les objections soulevées par mon travail, de vous faire remarquer :

1° Que je n'ai, au point de vue chimique, établi aucune comparaison entre deux succédanés qui n'ont peut-être de commun que la présence de l'iode, lequel même pourrait s'y rencontrer à des états différents;

2° Que j'ai relaté de nombreuses observations thérapeutiques recueillies : les unes par d'habiles praticiens étrangers à l'Académie; les autres dans le service de l'éminent professeur M. Bouillaud, ou par mon honorable co-rapporteur M. Hervez de Chégoin;

3° Et surtout que mes conclusions étaient précédées de cette phrase où je reconnais mon insuffisance au point de vue médical :

« En présence des résultats précités que vos commissaires ont observés par eux-mêmes ou contrôlés, chacun dans les limites de ses connaissances spéciales, d'où vient que la part la plus importante et la plus délicate de leur tâche revient au très-honorable M. Hervez de Chégoin, ils croient pouvoir vous proposer.... »

Je ne puis qu'être singulièrement flatté d'avoir vu l'Académie récompenser mes efforts personnels par l'insertion dans le *Bulletin* de ses travaux de la partie chimique du rapport; mais la confiance que m'inspirent les habiles et consciencieux expérimentateurs dont j'ai rappelé les observations, me laisse vivement regretter que la Compagnie n'ait pas consenti à charger une autre commission de continuer les expériences cliniques sur le nouvel agent proposé.

Vous ne me refuserez pas, je l'espère, cher confrère, l'insertion de cette courte réplique dans l'un de vos plus prochains numéros, et je vous en offre, à l'avance, mes bien sincères remerciements. LECANU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Obsèques de M. Henri BLACHE.

Hier s'est accomplie, au milieu d'un concours nombreux d'internes des hôpitaux, de médecins et d'hommes distingués de toutes les professions, la triste cérémonie qui devait séparer pour jamais les restes mortels d'Henri Blache de sa famille désolée. Lorsque le cortége est arrivé sur le bord de la tombe, un ami du collègue qui n'était plus, M. Graü, a prononcé au nom des internes et avec un accent qui partait du cœur, les quelques paroles qui suivent :

« Encore une fois, messieurs, les internes des hôpitaux de Paris sont réunis près d'une tombe qui va se refermer pour toujours : Henri Blache, notre collègue, notre ami, a payé de sa vie le dévouement médical dont il venait de faire preuve.

« Jeudi matin, l'homme que nous pleurons était plein de vie et de santé; dimanche, dans la nuit, Blache était mort. Les soins qu'il avait prodigués à un jeune malade atteint du croup devaient lui coûter la vie.

« Si le dévouement absolu est un des premiers devoirs de notre profession, il n'en est pas moins douloureux pour des médecins, pour des amis, pour une famille, de voir partir à la fleur de l'âge un de ces hommes entourés de l'affection et de l'estime de tous, et dont la vie devait être généreusement consacrée à la science et à l'humanité.

« Depuis quelques mois, messieurs, que de pertes a éprouvées le corps de l'internat! Récemment, nous accompagnions à leur dernière demeure deux de nos collègues : Liandon et Zapfle mouraient victimes de leur amour pour la science.

« Aujourd'hui, nous voilà à jamais séparés d'un de nos collègues les plus chers, et qui devait, dans les hôpitaux et dans les familles, hériter de la confiance attachée à deux noms justement célèbres.

« Adieu Blache, adieu, cher ami. Depuis plusieurs années, j'avais marché à tes côtés; ton amitié m'était chère.

« L'aménité de ton caractère t'avait mérité la cordiale affection de tes maîtres et de tes collègues. Pour toi tous leurs regrets et un fidèle souvenir! »

— *Le chimiste du cabinet noir.* — Les académiciens du palais Mazarin s'occupaient beaucoup moins de science avant-hier que de l'article de l'*Indépendance belge*, où il était question d'un membre de l'Académie qui aurait été le chimiste du fameux cabinet noir. Le public, préoccupé de la même idée, cherchait sur les bancs la figure de ce savant, ou plutôt son nom, que le journal belge n'avait pas donné, mais qu'il avait indiqué d'une manière très-transparente; en effet, il disait que ce savant était chimiste, qu'il avait été élu académicien avant 1820, et que ce n'était ni M. Thénard ni Gay-Lussac. D'après ces renseignements, il était bien facile de deviner le nom à l'aide d'un Almanach royal ou même d'un Annuaire Bottin. Le nom du personnage n'est donc plus un secret pour personne; mais ce qui reste douteux, ce sont les allégations du journal belge qui, malgré l'étonnante exactitude de ses informations, en général, ne se prive pas plus que ses grands confrères de Paris de canards plus ou moins récréatifs et diffamatoires.

— *Banquet de la Société anatomique.* — Il n'y a guère, dans l'école de Paris, d'homme distingué qui ne fasse ou n'ait fait partie de la *Société anatomique*, et qui ne se rappelle avec une égale satisfaction, et l'instruction qu'il a acquise en s'associant à ses travaux, et la cordiale confraternité qui règne entre ses membres. Chaque année, la Société célèbre, vers le mois de février, par un banquet, l'anniversaire de sa fondation. Une grave affection de M. Denucé l'avait empêchée cette année d'observer en temps voulu un si charmant usage; le retour à la santé de l'honorable secrétaire lui a permis de réparer hier un trop long retard.

Pour être arrivée à une époque avancée de l'année, la réunion n'a rien perdu de sa solennité; elle a été, au contraire, une des plus nombreuses qui aient encore eu lieu, et l'une des plus nombreuses surtout en membres anciens. Outre son président, M. Cruveilhier, le banquet comptait encore MM. Larrey, Brière de Boismont, Valleix, Cazeaux, Depaul, Jarjavay, Gariel, Poumet, Robin, Contour, etc. Un des plus distingués correspondants, M. Bouteiller, était venu de Rouen passer quelques instants avec d'anciens amis.

Cette fête, fête de famille, bien véritable, s'est passée dans une gaîté franche qu'est seul venu assombrir le souvenir d'un interne aimé de tous ses collègues, et à qui, le matin même, on était allé rendre les derniers devoirs.

La fête s'est prolongée fort avant dans la nuit, et chacun s'est quitté en se disant : A l'année prochaine! — Espérons que tout le monde tiendra parole.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 94. 1re année. Samedi 6 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 12, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Nouvelle source sulfureuse à Belleville. — CLINIQUE DES HOPITAUX : De l'ablation totale du maxillaire inférieur. — De l'engorgement des ganglions lymphatiques post-cervicaux, par M. Noël Guéneau de Mussy. — LITTÉRATURE MÉDICALE : Résumé de quelques expériences sur la digitaline faites à l'hôpital de la Charité, par M. Andral en 1850, par M. P. Lemaistre. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 5 août 1853.

Nouvelle source sulfureuse à Belleville.

Si beaucoup de clients peuvent aller chercher aux Pyrénées, dans les Vosges ou ailleurs, les bienfaits des sources sulfureuses qui jaillissent de ces montagnes, beaucoup d'autres, moins favorisés par la fortune ou retenus à Paris par leurs affaires, auraient un grand intérêt à trouver soit dans Paris même, soit à une très-grande proximité, des eaux aussi importantes en thérapeutique que les eaux sulfureuses. A ce titre, Enghien rend déjà des services signalés ; mais outre que l'eau y est insuffisante, Enghien est déja un peu loin. On s'explique donc facilement l'intérêt qu'a dû exciter le rapport de M. Chevallier sur une prétendue découverte d'une source sulfureuse située à Belleville, aux portes mêmes de Paris. Or, cette découverte, accueillie d'abord avec une prudente incrédulité, est parfaitement réelle, on n'en saurait plus douter après le savant et consciencieux rapport de M. Chevallier. Non-seulement la source de Belleville est une source bien véritable et d'une remarquable abondance, mais encore c'est une des plus riches en principes minéralisateurs. Les médecins de Paris apprendront donc avec une vive satisfaction qu'ils possèdent, à portée de tous leurs clients, une source sulfureuse des plus puissantes. Si nous sommes bien informé, c'est à cette source que les hôpitaux, et spécialement l'hôpital Saint-Louis, iront désormais s'alimenter.

H. de Castelnau.

ADDITION A LA SÉANCE DU 2 AOUT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

RAPPORT

Fait à l'Académie de médecine par M. A. Chevallier, *au nom de la Commission des Eaux minérales,*

Sur les eaux minérales de Belleville.

Messieurs, par suite d'une lettre de M. le Ministre de l'intérieur, en date du 18 mai 1852, l'Académie a été chargée de l'examen d'une eau sulfureuse, découverte par MM. Lapostolet frères, dans leur usine sise impasse Saint-Laurent, 6, à Belleville, et pour l'exploitation de laquelle ils demandent une autorisation ; l'examen de ces eaux ayant éte renvoyé à la commission des eaux minérales, nous venons vous rendre compte des expériences qui ont été faites et des résultats qui ont été obtenus.

La découverte d'une eaux minérale sulfureuse à Paris, dans une localité qui peut permettre de la conduire avec la plus grande facilité dans un hôpital où l'on traite les maladies de la peau (Saint-Louis), présentant de l'intérêt, nous nous permettrons de rappeler ici la découverte faite en 1843 d'une eau sulfureuse, lorsque M. Lacarière fit bâtir son hôtel rue de Vendôme au Marais, découverte dont l'Académie s'occupa, mais qui n'eut pas de suite, M. Lacarière n'ayant pas voulu prendre le soin de capter la source lorsqu'elle fut découverte.

Nous allons rappeler ici, en quelques mots, ce qui fut constaté à cette époque dans les premiers mois de 1843. Le propriétaire d'un terrain sis à Paris, rue de Vendôme, n° 2, conçut l'idée de faire élever un hôtel sur ce terrain ; il fit faire des fouilles ; lorsque les ouvriers furent arrivés à une profondeur de sept mètres, ils rencontrèrent une nappe d'eau répandant des émanations hépatiques.

Comme le terrain dans lequel cette source avait été découverte était un terrain de remblais en partie formé de détritus, terrain qui à une époque ancienne avait fait partie d'un fossé avoisinant le mur d'enceinte de Paris, on s'expliquait la présence dans ce lieu d'une certaine quantité d'eau infecte ; de plus, on établissait : 1° qu'il avait existé sur le point où avait surgi l'eau une *maladrerie ;* mais les recherches qui furent faites dans les chroniques anciennes, établirent que, soit sur le lieu, soit dans les localités voisines, il n'avait jamais existé de maladrerie, mais une communauté dite *des Filles du Sauveur,* communauté qui était destinée à recevoir les filles et les femmes repentantes ; 2° que cette eau pouvait devoir son odeur à des fuites de puisards, à des latrines, etc.

Mais l'idée que l'eau était salie : 1° parce que le local avait reçu des détritus ; 2° parce qu'il y avait eu sur ce point une maladrerie ; 3° parce que des puisards et des fosses d'aisance avaient laissé perdre de leurs liquides, ne pouvait être admise en présence des expériences de M. Rivière, qui constata qu'à 10 mètres après avoir percé une couche de glaise de 70 centimètres, on arrivait au sable, et que de ce sable jaillissait une source qui avait une telle force, que deux pompes d'épuisement très-fortes et manœuvrées sans relâche par dix hommes, pouvaient à peine arrêter l'irruption.

Ce volume d'eau fut évalué approximativement, et on vit que, dans les vingt-quatre heures, la source pouvait fournir 322,500 litres d'eau.

Des recherches chimiques faites par MM. Pelouze, Beaude, Barruel, et par vos commissaires, il fut établi que l'eau fournie par la source de la rue de Vendôme était de l'eau sulfureuse naturelle (1).

Vous savez, messieurs, que M. Lacarière n'ayant pas voulu, d'après les conseils de la commission des eaux, capter la source qui avait été vue par M. Rivière et par d'autres personnes, les eaux se trouvèrent mêlées à d'autres liquides, de telle sorte que lorsqu'on en fit l'examen, ces eaux étaient dénaturées et ne ressemblaient plus aux eaux qui avaient été étudiées primitivement, et en conséquence l'Académie crut devoir ajourner le rapport d'autorisation, jusqu'à ce que le propriétaire se décidât à faire faire les travaux qui lui étaient demandés. Depuis lors, rien n'ayant été fait, la question est restée pendante.

L'existence d'une nappe d'eau sulfureuse coulant sous Paris paraît cependant démontrée ; en effet, dans la séance du 29 octobre 1844, t. 10, lors de la discussion du rapport, M. Nacquart fit connaître : 1° que lors de

(1) Au sulphydromètre, elle marquait, selon MM. Barruel, Henry et Chevallier, de 43 à 46° ; selon M. Pelouze, 70° ; selon M. Beaude, 62°.

constructions faites dans le même quartier, en 1829, un propriétaire qui faisait bâtir rencontra une masse assez considérable d'eau sulfureuse qui fut attribuée d'abord à la proximité d'un établissement de bains; mais la quantité de cette eau était telle qu'il fallut changer d'avis et la considérer comme étant fournie par une source naturelle; 2° qu'à 100 mètres de distance, un autre propriétaire était aussi tombé sur cette même nappe d'eau sulfureuse. L'un des membres présents fit aussi connaître des circonstances semblables, mais il attribuait la formation de ces eaux à la présence de marais, de remblais, surtout à la perte d'eaux vannes des fosses d'aisance.

Quoi qu'il en soit, toutes ces observations, qui datent de neuf à dix ans, étaient oubliées, lorsque MM. Lapostolet, qui ont une usine impasse Saint-Laurent, 6, à Belleville, ayant éprouvé le besoin d'avoir de l'eau pour cette usine, firent forer un puits pour atteindre une nappe d'eau capable d'alimenter une pompe qu'ils se proposaient de placer après le forage du puits.

Le forage fut pratiqué dans un puits déjà existant, et dont la profondeur était de 29 mètres 33 centimètres, lorsque la sonde fut arrivée à 17 mètres 33 centimètres au-dessous *du fond* du premier puits (à 46m66c), une nouvelle nappe d'eau se fit jour et s'éleva dans le premier puits, à 4 mètres au-dessus de l'ancien niveau, c'est-à-dire à 33 metres 33 centimètres. L'eau, surgissant de cette source, était sulfureuse, elle entraînait avec elle du sable blanc très-fin, et la quantité d'eau fournie était de 35 litres par minute, soit 50,400 litres par jour. C'est de cette eau que nous venons vous entretenir, MM. Lapostolet ayant demandé l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médicinal.

Pour obéir aux ordres de l'Académie, nous entreprîmes l'analyse des eaux expédiées par les propriétaires, eaux qui avaient été puisées d'une manière légale; mais ces eaux, ainsi que nous le constatâmes, n'étaient pas pures; elles provenaient d'un mélange de l'eau de la source sulfureuse avec des eaux d'une nappe plus profonde obtenue en poursuivant le forage dans le but d'atteindre la nappe d'eau douce.

En conséquence, le rapport qui fut lu à l'Académie demanda que l'autorisation sollicitée par MM. Lapostolet fût ajournée jusqu'à ce qu'on pût obtenir l'eau sulfureuse exempte de mélange.

Depuis plusieurs mois, ce résultat a été obtenu, et l'analyse a pu être pratiquée sur de l'eau pure, que vos rapporteurs ont été puiser eux-mêmes à la source, en faisant sur les lieux, à plusieurs reprises, différents essais, soit sur la température, soit par le sulfhydromètre, pour en déterminer la richesse sulfureuse. Plusieurs de ces essais ont été répétés à la source de concert avec M. le docteur Beaude, inspecteur des eaux minérales à Paris.

L'eau prise au tuyau directement à l'aide d'une pompe, nous a donné pour terme moyen une température de 12° 3/10, et aussi comme terme moyen 10° 1/10 au sulfhydromètre de Dupasquier. Cette eau avait une parfaite limpidité; exposée à l'air, elle se trouble progressivement, devient nébuleuse et légèrement lactescente. Sa saveur et son odeur sont franchement sulfureuses; on y remarque cependant, comme dans beaucoup d'eaux sulfureuses froides calcaires, un léger goût marécageux.

L'eau sulfureuse de Belleville, agitée avec de l'argent en poudre dans un vase entièrement plein, perd une partie de son principe sulfureux, environ 6° 8/10, au sylfhydromètre, et il reste alors 3° 2/10, qui appartiennent à un sulfhydrate calcaire; elle contient beaucoup de sulfate de chaux, de magnésie et de soude, des bi-carbonates calcaires et magnésie, peu de chlorure, de la silice, de l'alumine, des traces d'un phosphate et du fer, point d'iodures sensibles, puis une matière organique qui n'apparaît dans tous les produits salins que pendant le travail de l'analyse, et leur communique une teinte jaune ou brune avec une odeur légèrement sulfurée. On a pu reconnaître, en outre, des traces non équivoques d'ammoniaque dans le liquide provenant de la distillation d'une certaine quantité d'eau.

D'après les résultats de l'analyse, nous croyons pouvoir considérer l'eau sulfureuse de Belleville, prise à son point d'immergence, comme étant composée pour 1,000 grammes (1 litre):

1° D'azote et soude carbonique libre.....	Quantité inappréciée.
2° Acide sulfhydrique libre.....	0gr00821
ou 5 centimètres cubes 94m (1).....	
3° Sulfhydrate de chaux.....	0,01152 (2)
4° Bi-carbonate de chaux.....	0,07500
5° Bi-carbonate de magnésie.....	0,06000
Sulfates évalués à l'état anhydre..... de chaux.....	1,82800
de magnésie.....	0gr 51900
de soude.....	0gr 16000
de strontiane.....	traces.
Chlorures de sodium.....	0gr 04200
Chlorures de magnésium et de calcium.....	0gr 02500
Sels de potasse.....	des traces.
Principes ou sels ammoniacaux.....	—
Silice, alumine, phosphates, fer et matières organiques.....	0,13700
En revenu.....	2gr 85750

(1) Représenté par 6°8/10 du sulfhydromètre.

(2) Représenté par 2°3°2/10 du sulfhydromètre.

Cette eau appartient au groupe des eaux sulfhydratées calcaires avec acide sulfurique. Elle est de plus gypseuse et magnésique.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation demandée par les frères Lapostollet, d'exploiter l'eau sulfureuse de Belleville, ne leur soit accordée.

Nous ne terminerons pas ce rapport sans faire observer ici qu'il serait à désirer qu'une instruction fût adressée par M. Ministre du commerce et des travaux publics, à tous les propriétaires d'eaux sulfureuses, afin de les mettre en garde contre les immenses déperditions de principes sulfureux qui ont lieu surtout dans les systèmes de *pompages* et de *chauffages* employés jusqu'ici, car nous avons constaté, en nous livrant à un travail qui nous a été demandé par l'Académie, que des eaux sulfureuses marquant 16° sulfhydrométriques à la source, ne donnaient plus dans les baignoires que 2 ou 3°. Nous ne doutons pas que l'eau de Belleville, pompée et chauffée à l'aide de moyens rationnels, comme les propriétaires se proposent de les appliquer, ne fournisse au sulfhydromètre des degrés de sulfuration plus élevés que ceux que nous avons constaté lors de nos puisements.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Observation de M. MAISONNEUVE.

De l'ablation totale du maxillaire inférieur.

(*Suite. Voir les nos 92, 93.*)

Mademoiselle Soliveau (Angéline), âgée alors de quinze ans, vint au mois de juillet 1851 me consulter à l'hôpital Cochin, pour une tumeur qui envahissait toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait débuté d'une manière insensible, de sorte qu'au mois de mars, époque où la malade s'aperçut de son existence, elle avait acquis un volume assez considérable. Sa présence, toutefois, ne gênait en rien la mastication, non plus que la parole. Cet état persista sans changement notable jusqu'à la fin de juillet où la tumeur devint le siége de douleurs lancinantes d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes, qui la décidèrent à entrer à l'hôpital le 8 juillet 1851.

A cette époque, je reconnus que la tumeur occupait toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur dont le volume avait presque triplé; qu'elle était lisse, régulière, d'une consistance élastique; que les dents, parfaitement saines, n'étaient même point ébranlées; que les parties molles des lèvres et de la joue avaient conservé leur souplesse, leur texture et leur coloration normales. La malade se plaignait de douleurs lancinantes bien différentes des douleurs névralgiques ou des douleurs dentaires.

L'ensemble de ces symptômes me firent penser que j'avais affaire à une tumeur carcinomateuse de l'os, et m'engagèrent à proposer la désarticulation de toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. Cette proposition ayant été agréée des parents, l'opération fut pratiquée le 17 juillet, de la manière suivante:

La malade, couchée sur le lit d'opération, et soumise au chloroforme, j'incisai d'un seul trait, et sur la ligne médiane, la lèvre inférieure et les parties molles du menton, jusqu'à la naissance du cou. Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la première, fut dirigée d'abord transversalement, le long du bord inférieur de la mâchoire; puis obliquement en haut, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Le vaste lambeau circonscrit par ces deux incisions fut séparé rapidement de la face externe de l'os maxillaire, au moyen du bistouri qui servit aussi à détacher les insertions inférieures du muscle masséter.

Je passai alors une scie à chaîne sous la mâchoire, au moyen d'une longue aiguille courbe; j'opérai la section entre la première et la deuxième dent incisive droites. Ceci étant fait, je disséquai à grands traits les parties molles adhérentes à la face interne de la mâchoire, coupant d'abord, à leur insertion, les muscles qui s'attachent aux apophyses Geni, puis le mylo-hyoïdien, le pterygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs.

Imprimant ensuite un mouvement de bascule à l'os maxillaire inférieur, je fis saillir l'apophyse coronoïde, sur laquelle je divisai, avec des ciseaux mousses, le tendon du muscle crotaphyte. Aussitôt après la division de ce muscle, la capsule, fortement distendue par le condyle, put être facilement incisée avec la pointe du bistouri; et quelques coups de ciseaux

suffirent pour dégager entièrement l'os des tissus auxquels il adhérait encore.

Dans cette opération, qui dura moins de dix minutes, trois artères seulement furent intéressées : la coronaire des lèvres, la faciale et la dentaire inférieure ; toutes trois furent liées à l'aide des pinces à coulant, et les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

Je confiai la pièce anatomique à l'examen de M. Lebert qui reconnut une affection cancéreuse de l'os du genre dit : cancer en aiguilles. Le microscope y démontra de nombreuses cellules spécifiques, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin qu'en a fait M. Léveillé.

Aucun accident sérieux ne vint contrarier la guérison, et lorsque, le 21 septembre, la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Stenon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération, de sorte qu'il n'y eut ni fistule ni paralysie ; le visage avait même conservé une régularité parfaite.

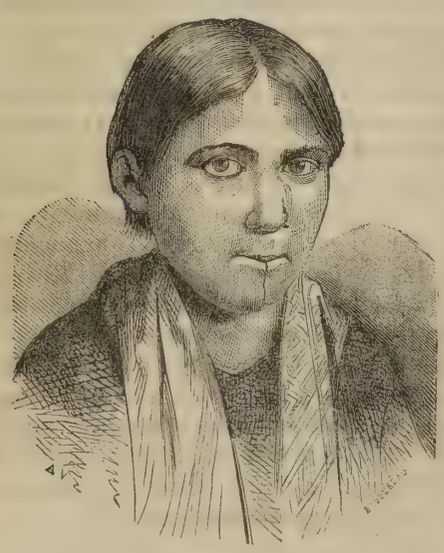
Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentît ; mais au mois de novembre 1852, la partie de l'os que j'avais conservée commença à son tour à se tuméfier. D'abord peu sensible, cette tuméfaction fit chaque jour des progrès ; des douleurs lancinantes semblables à celles qui avaient existé du côté gauche se manifestèrent du côté droit. La malade se décida alors à revenir me voir, et je la fis entrer de nouveau à l'hôpital Cochin, le 28 mars 1853.

La portion restante de l'os maxillaire présentait les mêmes altérations qu'on avait antérieurement constatées sur la partie gauche ; seulement ces altérations étaient moins avancées ; la tumeur moins volumineuse ne remontait pas aussi haut vers le condyle. Comme la première fois, les parties molles des lèvres et de la joue étaient intactes. Les ganglions n'offraient aucune trace d'engorgement ; les dents étaient solides, mais l'existence de douleurs lancinantes et la nature bien constatée de l'affection antérieure me déterminèrent à compléter l'ablation totale du maxillaire que je pratiquai le 31 mars 1853.

La malade étant comme la première fois couchée sur le lit d'opération et soumise au chloroforme, je divisai verticalement la lèvre inférieure et les parties molles du menton, sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la première, fut dirigée le long du bord inférieur de l'os, jusqu'au-devant de l'insertion du masséter. Je crus pouvoir me dispenser de la prolonger, comme dans l'opération précédente, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille ; en effet, cette incision me suffit pour mettre à découvert toute la face externe de la mâchoire et pour diviser avec un bistouri boutonné les insertions inférieures du masséter.

Écartant ensuite l'os en dehors, je séparai facilement les insertions du muscle mylo-hyoïdien, ainsi que celles du ptérygoïdien interne.

Dans un troisième temps, il imprima un mouvement de bascule à la mâchoire, afin de faire saillir l'apophyse coronoïde dont je séparai le tendon du muscle crotaphyte. Puis, ayant dans un dernier temps incisé la capsule articulaire sur le condyle lui-même et coupé l'insertion du ptérygoïdien externe, je terminai l'opération en arrachant l'os qui ne tenait plus que par quelques brides peu solides.



Dans toute cette opération, il n'y eut d'intéressé qu'une seule artère importante, l'artère dentaire inférieure, sur laquelle j'appliquai une ligature.

Toutes ces manœuvres durèrent à peine cinq minutes. Les parties molles furent ensuite rapprochées par la suture entortillée, et la malade fut reportée dans son lit.

Après une pareille mutilation, il était à craindre que la langue, privée de son point d'appui antérieur, ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise, et que le visage ne restât considérablement déformé : il n'en fut rien. La langue, suffisamment maintenue par la cicatrice du côté gauche, n'éprouva aucun mouvement de rétraction ; la déglutition des liquides ne cessa pas un seul instant de s'exécuter, et le visage conserve sa régularité et ses formes primitives.

La réunion s'opéra même par première intention, et dès le quatrième jour, je pus enlever la totalité des épingles, sans qu'aucun écartement ne se manifestât dans la cicatrice.

Aujourd'hui, la malade est entièrement guérie, son visage ne présente aucune déformation, ainsi qu'on peut le voir sur le portrait ci-joint, fait au daguerréotype. La parole est parfaitement libre, et la malade peut manger facilement, non-seulement des aliments liquides, mais encore de la viande hachée, du pain, des œufs et toutes sortes d'aliments faciles à triturer. Cette trituration s'opère avec une assez grande puissance entre la langue et la voûte palatine.

De l'engorgement des ganglions lymphatiques post-cervicaux,

Par M. Noël Guéneau de Mussy, *médecin de l'hôpital de la Pitié.*

Parmi les signes les plus importants de la syphilis constitutionnelle, M. Ricord range l'engorgement des ganglions post-cervicaux, et spécialement de ceux qui occupent les régions sous-mastoïdiennes et sous-occipitales. Suivant cet illustre observateur, l'engorgement de ces ganglions est un effet direct de l'infection constitutionnelle, il ne dépend pas d'un travail morbide dans les tissus voisins, provoquant une irritation qui va par continuité retentir dans les ganglions ; en un mot, cet engorgement est le résultat d'une action élective exercée sur ces organes par le virus syphilitique quand il pénètre dans l'organisme. C'est cette opinion que je vais discuter avec toute la réserve que commande le nom du célèbre chirurgien qui a introduit cette opinion dans la science.

Du reste, je ne prétends nullement nier la valeur diagnostique de ce symptôme. Tout au plus essaierai-je d'y apporter quelques restrictions ou de mieux préciser celles que M. Ricord admet implicitement, car il n'a jamais avancé que ce signe fût pathognomonique et appartînt exclusivement à la syphilis. C'est surtout une question de pathogénie que j'agite ici, et c'est sur l'évolution de cet engorgement que j'ai été conduit par l'observation à des conclusions différentes des siennes. Quelle qu'en soit la cause, l'engorgement des ganglions lymphatiques est assez rarement une affection primitive ; il est le plus souvent symptomatique d'un travail morbide dans des tissus voisins. Dans des maladies même qui lèsent spécialement le système lymphatique, dans la scrofule par exemple, combien d'engorgements strumeux ont eu pour point de départ des éruptions herpétoïdes ou impétigineuses, développées dans la circonscription des ganglions affectés, et l'irritation partie de ce foyer, après avoir atteint le système lymphatique, y développe, sous l'influence de la diathèse, une altération qui survit à la cause qui l'a provoquée. Cette altération parcourt ensuite les phases qui lui sont propres, de manière à constituer une affection indépendante, qui peut paraître primitive à un observateur inattentif. Cela est si vrai que, selon la remarque de M. Ricord, les adénites scrofuleuses, par une disposition contraire à celles qu'on observe dans les adénites syphilitiques, ont leur siége de prédilection au-dessous de la mâchoire et au-devant du muscle sterno-mastoïdien.

Cependant, il ne répugnerait nullement d'admettre que le virus syphilitique pût manifester sa pénétration dans l'organisme par une affection du système lymphatique, comme il le manifeste par des altérations diverses du système tégumentaire ; et il pourrait exister *un bubon d'emblée* secondaire, comme on admettait les *bubons d'emblée primitifs*, avant que M. Ricord n'eût victorieusement réfuté cette opinion.

Mais il est plus difficile d'accepter cette action élective du virus pour les ganglions post-cervicaux, il y aurait là quelque chose de mystérieux qui se dérobe aux explications et qu'on chercherait vainement à appuyer, je crois, sur des faits analogues. Placé pendant deux ans à la tête d'un service consacré au traitement des maladies syphilitiques, j'avais devant moi un vaste champ d'observation. Cette question fut une de celles qui fixèrent mon attention. J'examinai avec soin l'état des ganglions lymphatiques dans la période secondaire de la syphilis, et je constatai, avec M. Ricord, que, dans l'immense majorité des cas, les ganglions post-cervicaux et sous-mastoïdiens sont plus ou moins engorgés. Cette adénite peut se généraliser, d'autres agglomérations ganglionnaires : ceiles de l'aisselle, de l'aine présentent aussi, dans quelques cas, un développement anormal; mais il est certain que cette manifestation morbide est incomprenablement plus commune dans les régions cervicales postérieures et péri-mastoïdiennes. D'ailleurs, dans l'aine, l'engorgement peut être dû à une autre cause, et des traces d'adénites, qui ont accompagné des accidents primitifs, peuvent être prises pour un symptôme secondaire. Ainsi le signe indiqué par M. Ricord a une valeur diagnostique incontestable; mais doit-on, avec l'illustre professeur, regarder cette adénite comme un effet direct, immédiat de l'action du virus sur les ganglions?

Il faudrait, pour justifier cette manière de voir, que cet engorgement se montrât véritablement *d'emblée,* isolé, indépendant de toute lésion dans les parties voisines; eh bien! sur plusieurs centaines de malades, je n'ai pas trouvé un seul cas qui se présentât dans de telles conditions; dans tous les cas, au contraire, à l'exception d'un seul, j'ai rentontré, avec cette adénopathie, des éruptions érythémateuses, rubioleuses, pustuleuses, sur le dos, sur le cou, sur les épaules, sur la nuque ou sur la région occipitale du cuir chevelu; dans le seul fait où cette coïncidence faisait défaut, la malade accusait une alopécie très-prononcée; donc, sans aucun doute, les téguments du crâne avaient subi un travail morbide, et ce cas, au lieu de constituer une exception, rentrait dans la catégorie de ceux que j'avais précédemment observés (1). Cette coïncidence constante entre les lésions du système cutané et celles du système lymphatique constitue une puissante présomption pour faire admettre qu'il existe entre ces deux conditions morbides un rapport de cause à effet; et cette présomption s'élève presque à la valeur d'une preuve, quand on y ajoute les inductions tirées des faits que j'ai énoncés plus haut et des lois qui régissent habituellement les maladies du système ganglionnaire; et d'une autre part, je n'ai pas rencontré un seul fait qui, scrupuleusement examiné, pût étayer l'opinion contraire, opinion qui d'ailleurs n'a pas en sa faveur les mêmes présomptions et les mêmes analogies.

Si les ganglions du cou sont plus fréquemment et plus spécialement affectés, ne serait-ce point parce qu'ils sont très-nombreux, qu'ils sont plus excitables que dans d'autres régions, qu'ils ressentent du moins plus vivement les irritations qui émanent de la peau, comme on le constate dans un grand nombre d'affections?

Et si, d'une autre part, le cuir chevelu, si les téguments de la nuque sont le plus souvent affectés au début de l'invasion syphilitique, on peut s'expliquer ainsi la fréquente occurrence de cette adénopathie dans les régions indiquées par M. Ricord. Ce qui prouve que cette interprétation n'est pas purement hypothétique, c'est que l'engorgement de ces mêmes ganglions peut se rencontrer dans un grand nombre d'autres conditions morbides. Je ne citerai qu'en passant les affections pustuleuses, eczémateuses du cuir chevelu, qui en sont presque constamment accompagnées. Le travail morbide est souvent, alors, limité à la région des téguments, qui est dans la dépendance des ganglions du cou; il en est de même de certains érysipèles bornés au cuir chevelu : ainsi, il y a quelques années, chez un malade, qui depuis plusieurs jours présentait de la fièvre, un état saburral et une céphalalgie occipitale très-vive, la découverte d'un engorgement post-cervical m'a fait arriver au diagnostic d'un érysipèle limité au cuir chevelu, et qui plus tard s'est étendu à la face.

Dans des maladies qui, comme les syphilides, généralisent leur action sur toute la peau, j'ai souvent constaté cette adénopathie post-cervicale dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la variole. J'ai bien des fois répété cette observation. Je l'ai rencontrée encore dans une affection qui offre une grande analogie avec une des formes des exanthèmes syphilitiques; je veux parler de la roséole.

Au printemps dernier, et plus souvent encore au printemps de l'année 1852, j'ai observé des roséoles qui se montraient en général chez de très-jeunes sujets, pendant toute la durée de l'exanthème; j'ai constaté un développement très-caractérisé des ganglions post-cervicaux qui restèrent tuméfiés pendant plusieurs jours après la disparition de l'éruption. Chez deux petites filles, les ganglions sous-mastoïdiens acquirent un tel volume, que les parents appelèrent mon attention sur ce symptôme. Ainsi donc, il ne faudra pas se hâter de conclure, de la coexistence de l'adénopathie cervicale avec une roséole, à l'existence d'une syphilis constitutionnelle; sans doute, un observateur attentif trouvera, et dans les commémoratifs, quelquefois même dans les caractères de l'éruption, des signes qui lui feront distinguer les roséoles veinales ou autres des syphilides rubéoleuses; mais, comme je l'ai déjà dit, j'invoque ces faits bien moins pour atténuer la valeur diagnostique de l'adénopathie syphilitique que pour en éclairer l'origine et le mode d'évolution. J'ajouterai une dernière remarque qui appartient à M. Ricord et que j'étendrai à toutes les affections dont je viens de parler, c'est que l'engorgement ganglionnaire est plus prononcé chez les jeunes gens que chez les sujets avancés en âge, et que, chez les vieillards, il manque le plus souvent.

(1) Le docteur Rusman, qui a fait sur les syphilides d'importants travaux encore inédits, a bien voulu me confier que ses observations sur ce point concordaient avec les miennes, et je me plais à m'appuyer sur son témoignage.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.

(Action de la digitaline. — Statistique des opérations césariennes. — Fractures par action musculaire.)

Alors que tant de villes ont donné l'exemple d'associations médicales scientifiques et professionnelles, la patrie de Dupuytren ne pouvait rester en arrière de ce progrès important. Aussi une association qui paraît se présenter avec un avenir brillant s'est-elle fondée à Limoges, et vient-elle de publier un *Bulletin* dont la couverture porte l'effigie du grand praticien. Cet opuscule renferme plusieurs travaux intéressants dus à MM. Bardinet, Nicart, Lemaistre, Bleynie, Boulland, Manent, Du Boys, Astaix, etc. Parmi ces travaux, nous nous contenterons de reproduire des recherches attentives de M. Lemaistre sur l'action de la digitaline, et deux observations fort curieuses de fractures produites par l'action musculaire.

Nous mentionnerons aussi, comme une bonne pensée à encourager, celle qu'a eue notre ancien et bon collègue, M. Bardinet, de provoquer dans le département de la Haute-Vienne une statistique des opérations césariennes. L'honorable praticien a montré l'exemple en rapportant les deux faits suivants qui lui sont propres :

Toutefois, s'il est permis d'avouer un revers, c'est assurément en matière d'opération césarienne. — Nous espérons donc que nos confrères n'hésiteront pas à faire connaître sans restriction les résultats de leur pratique. — Quant à nous personnellement,

il ne nous en coûte en aucune façon de déclarer que nous avons pratiqué deux fois l'opération césarienne, et que deux fois nous avons eu la douleur de voir nos efforts suivis d'insuccès en ce qui concerne la mère. Dans un cas, nous avons sauvé l'enfant; dans l'autre, nous n'avons pas même eu cette consolation; mais la poche des eaux était rompue depuis la veille, et des circonstances indépendantes de notre volonté nous avaient fait différer trop longtemps l'opération; tandis que, dans le cas où nous avons sauvé la vie de l'enfant, il ne s'était pas écoulé plus de trois heures depuis la rupture des membranes.

Il n'y a guère moins de trois ans que nous avons fait à toute la France médicale la proposition que M. Bardinet vient de faire agréer à la Société de la Haute-Vienne. Notre initiative n'a produit que des résultats encore fort incomplets; mais si les associations locales veulent bien poursuivre l'idée que nous avons émise, nous ne doutons pas qu'elles n'arrivent promptement à un résultat qui serait du plus grand intérêt pour la science, comme de la plus grande importance pour la pratique.

Voici maintenant le travail de M. Lemaistre :

Résumé de quelques expériences sur la digitaline faites à l'hôpital de la Charité, par M. Andral, en 1850,

Par M. P. Lemaistre, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Dans ce relevé de quelques observations, nous indiquerons d'abord la nature des cas soumis au remède; nous exposerons, après, le mode d'administration du médicament; puis nous passerons en revue les différents effets subis par l'organisme sous son influence; enfin nous terminerons par quelques conclusions thérapeutiques.

Nature des maladies. — Nos observations portent sur dix-neuf cas, au nombre desquels nous trouvons :

1° Dix affections chroniques du cœur, savoir : des insuffisances valvulaires, des rétrécissements d'orifice avec plus ou moins d'hypertrophie, etc.;

2° Un cas d'albuminurie;

3° Un cas de chloro-anémie avec accès de fièvre intermittente;

4° Deux cas de phthisie;

5° Un cas d'acéphalocyste de la plèvre avec tous les signes d'un vaste épanchement pleural;

6° Deux cas de pleurésie aiguë;

7° Et deux cas de rhumatisme aigu : l'un mono-articulaire, et l'autre poly-articulaire. L'un d'eux était compliqué d'une insuffisance aortique ancienne.

Mode d'administration. — La digitaline a toujours été administrée sous la forme pilulaire de M. Quevenne, dite granule. Le granule, comme on sait, renferme 1 milligramme.

Le plus souvent on débutait par un granule, quelquefois par deux dans les vingt-quatre heures, puis peu à peu on augmentait chaque jour le nombre, et on s'élevait ainsi le plus souvent à quatre granules par jour. Quelquefois on allait à six, sept; mais des accidents d'intoxication se prononçaient, et on était obligé de diminuer la dose, ou le plus souvent de suspendre totalement le remède. Aussi, pour cet agent thérapeutique, ne pouvons-nous admettre l'accoutumance comme pour beaucoup d'autres. Dans un cas, l'intolérance s'est manifestée dès le premier jour de l'administration : c'était un jeune adolescent de 15 ans, qui ne put supporter deux granules sans des vomissements réitérés. Le plus souvent, néanmoins, c'était le troisième ou le quatrième jour de la médication que les vomissements, la diarrhée, la céphalalgie, survenaient, même à doses très-minimes, à deux ou trois granules. A côté de cela nous trouvons de grandes exceptions. Nous pourrions citer des exemples où cinq, six, sept granules ont pu être pris impunément. Dans un cas, dix granules ont été pris en vingt-quatre heures pendant plusieurs jours de suite, douze même une fois par le même individu, sans le moindre accident.

On voit, d'après cela, combien il importe de tâter la susceptibilité du malade dans l'emploi de ce remède, si on ne veut avoir des mécomptes. La durée du traitement chez chaque malade a été variable : de quelques jours à une ou deux semaines.

Les quantités les plus considérables de globules administrées pendant tout le traitement ont été les suivantes : 23, 33, 44, 50, 88 milligrammes. Nous devons dire que, dans ce dernier cas, le remède avait été administré à deux reprises différentes.

Action de la digitaline sur les différents appareils de l'organisme.

Action sur la circulation. — La digitaline agit sur le système circulatoire en abaissant le nombre des pulsations.

Voici le tableau des minima du pouls comptés plusieurs jours avant et pendant la médication, avec la différence à côté :

	Minima du pouls avant la médication.	Minima du pouls pendant la médication.	Différence.
Maladies du cœur. — 1er cas..	108.....	68.....	40
— 2e cas..	92.....	72.....	20
— 3e cas..	80.....	68.....	12
— 4e cas..	76.....	51.....	25
— 5e cas..	104.....	100.....	4
— 6e cas..	64.....	60.....	4
— 7e cas..	44.....	44.....	»
— 8e cas..	76.....	58.....	18
Phthisie..... 1er cas..	84.....	76.....	8
— 2e cas..	68.....	64.....	4
Pleurésie..... 1er cas..	108.....	100.....	8
— 2e cas..	108.....	116.....	8
Hydatyde de la plèvre.....	100.....	96.....	4
Rhumatisme mono-articulaire.	96.....	80.....	16
Rhumatisme poly-articulaire..	96.....	80.....	16
Chloro-anémie.....	80.....	76.....	4

Dans seize de nos cas, comme on le voit, le pouls a pu être exactement compté. Ce qui frappe au premier abord en lisant le tableau ci-dessus, c'est qu'on observe une diminution dans les pulsations sous l'influence du remède dans presque tous les cas. Cette diminution n'est point aussi forte que quelques auteurs ont bien voulu le dire. Ceux-ci, en effet, ont avancé que, le plus souvent, il y avait, sous l'influence de la digitaline, une diminution de la moitié, des deux tiers même des pulsations comptées auparavant. Comme on peut s'en assurer d'après les chiffres mentionnés plus haut, nos résultats n'ont point été semblables. Jamais nous n'avons eu une diminution, même de moitié. Mais, dans quelques cas, nous avons obtenu un abaissement de 16 sur 96, de 18 sur 76, de 25 sur 76, de 40 sur 104. Et encore ces cas ont-ils été exceptionnels. D'où provient ce résultat? Il me semble que la cause doit en être recherchée dans la manière de compter. En effet, si nous lisons les observations des auteurs dont nous parlons, nous trouvons que le pouls est compté seulement le matin du jour où on commence la digitaline. Ils prennent donc pour point de départ, pour pouls habituel du malade, un pouls qu'ils n'ont compté qu'une seule fois, et précisément le jour de leur première visite. Mais ce pouls n'est jamais le véritable : c'est un pouls tout à fait factice. L'influence morale éprouvée par un malade à l'aspect d'une visite d'hôpital presque toujours nombreuse, augmente considérablement le nombre des pulsations. Mais tout le monde sait que la vue d'une seule personne étrangère fait presque toujours varier la circulation. Pour notre part, il nous est arrivé nombre de fois de trouver une différence énorme, de vingt pulsations souvent, entre le pouls compté à la visite générale et celui que nous avions compté quelques minutes auparavant, alors que nous étions seul. Nous dirons plus; nous avons, dans bien des cas, trouvé une différence considérable entre le pouls compté par nous seul une première et une seconde fois à quelques instants d'intervalle. C'est donc en prenant pour pouls habituel un pouls qui ne l'était pas, que ces

auteurs ont commis une erreur. C'est pour éviter cet écueil que jamais M. Andral ne donnait un remède dont il voulait connaître l'influence sur la circulation que lorsque, plusieurs jours de suite, nous avions compté seul les pulsations du malade, et, à chaque fois que nous comptions, nous prenions le soin de les compter non pas une, mais deux et trois fois, pour bien laisser se calmer la première impression causée par notre présence sur le malade. C'est probablement à l'adoption de cette méthode que, dans nos recherches sur les effets physiologiques du sulfate de quinine, nous avons trouvé que cet agent thérapeutique n'avait aucune influence sur le pouls normal.

La digitaline ne produit point une diminution prompte et rapide du nombre des pulsations. Son action sur la circulation paraît au contraire lente et graduée. Pour preuve, nous allons citer un exemple : dans un cas de maladie du cœur, le pouls était, à l'entrée du malade, à 84. Trois jours après, il était à 76. On donne la digitaline. Voilà les chiffres de décroissance du pouls comptés, jour par jour, durant toute la durée du traitement : 76, 80, 72, 68, 64, 58, 53, 53, 55, 51, 51, 51. — Dans presque tous nos autres cas, nous avons obtenu un résultat semblable.

Quelques auteurs ont avancé l'élévation du nombre des pulsations sous l'influence des premières doses de digitaline. Quoique nous ayons observé ce phénomène, le nombre des cas où nous l'avons constaté est trop minime pour que nous puissions être d'un avis semblable. Mais ce qui nous a été permis de vérifier, comme déjà MM. Nomolle et Quevenne l'avaient fait avant nous, c'est que l'action de la digitaline sur la circulation persiste longtemps encore après la cessation du remède.

Nous venons de parler de l'influence de la digitaline sur le pouls en général : voyons s'il n'y aurait pas quelque nuance dans les cas particuliers. Dans les maladies du cœur, nous avons obtenu principalement de grandes diminutions dans le nombre des pulsations, tandis qu'il n'en a pas été de même pour les autres affections. Dans tous ces cas, en effet, la diminution a été peu sensible, de 4 ou de 8.

Dans les deux cas de rhumatisme néanmoins, nous avons obtenu un abaissement de seize pulsations; mais la fièvre n'a pu disparaître. Les effets de la digitaline, dans ces derniers cas, ont été trop peu nombreux et trop peu sensibles pour que nous ayons pu y ajouter une grande foi : aussi sommes-nous tout disposé à ne préconiser ce remède pour son influence sur le pouls que dans les maladies du cœur, d'autant plus que, en calmant la circulation, il la régularisait lorsqu'elle était irrégulière : autre effet du médicament qu'il nous a été permis de constater; et, pour obtenir cette action, souvent les doses les plus minimes sont suffisantes.

On a bien avancé que le pouls parfois devenait irrégulier sous l'influence de la digitaline; mais il ne nous a été permis de rien observer de semblable.

En résumé il résulte de nos observations :

1° Que la digitaline diminue le nombre des pulsations du cœur;

2° Que cette diminution a lieu peu à peu;

3° Qu'une circulation irrégulière se régularise sous l'influence de ce remède.

Action sur l'appareil digestif. — La langue presque toujours est restée large, humide, sans enduit saburral. L'appétit et la soif n'étaient influencés en rien, excepté dans les cas d'intoxication : alors l'appetit était perdu. Durant les premiers jours de l'administration du médicament, l'estomac ne se ressentait nullement de l'agent thérapeutique; mais au bout d'un certain temps, voici ce qui était observé :

D'abord il se manifestait quelques tiraillements. Le manger était lourd; puis le lendemain des nausées se manifestaient, tantôt seules, tantôt suivies de vomissements, le plus souvent peu abondants, muqueux et persistant plusieurs heures, des journées même. Ces effets n'avaient point lieu immédiatement après l'ingestion d'une dose, mais en général très-longtemps après, dans la nuit et principalement le matin au réveil. La coïncidence presque toujours de troubles souvent très-intenses du côté du cerveau nous porte à croire que ces troubles de l'estomac étaient, en grande partie, secondaires sympathiques, car fréquemment ils avaient lieu sans douleur et après le début des troubles de l'innervation.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'action irritante sur la muqueuse digestive fût toujours nulle : les troubles du côté des intestins en sont une preuve contraire. Ces troubles étaient des bruits gazeux. Le ventre en même temps se gonflait légèrement, puis quelques tiraillements se manifestaient; enfin la diarrhée arrivait, mais toujours peu abondante, et précédée parfois de quelques coliques. Tous ces accidents se dissipaient seuls en peu de temps par la cessation du remède.

Les doses de quatre, cinq granules étaient celles qui développaient presque toujours ces troubles du côté de la digestion.

Dans un certain nombre de cas, aucun phénomène n'a été observé.

Action sur la respiration. — Plusieurs auteurs ont trouvé que le nombre des inspirations physiologiques diminuait par l'administration de la digitaline. Nous n'avons rien noté de saillant à cet égard. Il est vrai de dire que notre attention s'était très-peu portée là-dessus. Ce que nous avons observé, c'est son influence sur la dyspnée. Mais cette influence n'est point primitive, elle n'est que la conséquence de son action sur la circulation. Dans les maladies du cœur, en effet, aussitôt que le calme était rétabli dans les mouvements de cet organe, la respiration, qui auparavant était gênée, courte, anxieuse, perdait ces caractères pour devenir plus facile, ample, large, normale en un mot. Dans un cas de phthisie cependant, le malade nous a dit qu'elle s'était un peu améliorée. Mais quelle conséquence tirer d'un seul fait?

Ainsi donc, presque toujours, la digitaline ou n'a rien fait, ou n'a agi en rien sur la respiration. Ce n'est que dans quelques cas très-rares, un ou deux tout au plus, que la respiration a été troublée, et c'était alors que les phénomènes d'intoxication se manifestaient du côté du cerveau. Ainsi un malade accusait comme un poids derrière le sternum, une sorte d'oppression, d'étouffement, qui le forçait à s'asseoir au milieu de la nuit; en même temps l'expectoration était gênée. Ces phénomènes étaient évidemment secondaires sympathiques de l'action du cerveau.

Dans un cas de phthisie, la toux a paru calmée. De tels effets ont été trop peu constants pour qu'on puisse s'y arrêter. Aussi nous permettrons-nous de dire que l'action de la digitaline sur la respiration nous a très-peu frappé.

Action sur la sécrétion urinaire. — Presque tous les auteurs qui ont expérimenté la digitaline lui ont reconnu une vertu diurétique. Nous pouvons, par nos observations, corroborer cette opinion. En effet, dans la grande majorité des cas, nous avons obtenu une augmentation notable dans le nombre des émissions de l'urine. Les malades constataient fort bien que, au lieu d'uriner quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures, comme telle était leur habitude, ils avaient dix, quinze, quelquefois vingt émissions dans le même espace de temps. Ils pouvaient très bien compter cela eux-mêmes, et nous étions obligé de nous en rapporter à eux; mais ce n'était pas tout que d'être sûr que la digitaline augmentait le nombre des émissions : il fallait savoir si la quantité des urines était réellement plus considérable; car, de ce qu'un malade urine souvent, il ne faut pas en conclure qu'il rend plus de liquide.

Tout le monde sait combien sont souvent fréquentes les émissions d'urine dans certaines maladie de l'appareil génito-urinaire, et combien la quantité de liquide rendu est peu abondante. Alors nous avons mesuré la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures par les malades avant de leur donner le remède, puis nous avons administré la digitaline, et nous avons continué à mesurer pendant plusieurs jours de cette administration.

De cette façon nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Dans deux cas de maladies du cœur et dans deux cas de pleurésie, nous n'avons obtenu aucune augmentation des urines. Dans l'hydatide de la plèvre, le malade a uriné à peine un peu plus qu'à l'état normal. Mais, dans treize autres cas, nous avons constaté une augmentation de la quantité du liquide émis. C'est surtout dans deux cas de maladies du cœur, dans un cas de phthisie et un cas d'albuminurie que nous avons trouvé une véritable diurèse ; car les urines ont été doublées, triplées, quadruplées même dans les vingt-quatre heures. En même temps elles devenaient plus pâles, moins chargées, et leur densité, au lieu de 1012, 1016, comme à l'état normal, tombait à 1008, 1004, 1003. La vertu diurétique de la digitaline a donc été évidente pour nous dans ces cas.

Cette propriété ne se manifestait point du jour où le remède était administré, mais bien le troisième ou le quatrième jour de la médication, et persistait pendant deux ou trois jours d'une manière uniforme ; puis elle baissait rapidement, et, en quelques jours, le nombre des émissions et la quantité des urines étaient revenus au type normal malgré la continuation du remède.

En examinant les faits ci-dessus, nous avons trouvé que, là où la diurèse avait été le plus abondante, c'était dans des cas d'œdème du tissu cellulaire, œdème qui a pu disparaître dans l'espace de quelques jours, tandis que, dans les hydropisies de la plèvre, l'action de la digitaline a été peu ou pas sensible. Cette remarque nous paraît très-importante, et nous conduit à admettre que c'est dans les cas où l'œdème commence par les parties déclives, par le tissu cellulaire, pour aller de là envahir les séreuses, que la digitaline est réellement efficace ; tandis qu'au contraire, dans les cas où les séreuses, la plèvre ou le péritoine, par exemple, commencent par être affectés d'hydropisie d'abord, et où le tissu cellulaire ne s'infiltre pas ou ne s'infiltre que plus tard, son efficacité nous paraît très-douteuse.

Si donc nous voulions préciser les cas dans lesquels la digitaline doit être administrée, nous diviserions les hydropisies en deux grandes classes :

1° Les unes provenantes d'une cause générale éloignée de l'effet ;

2° Les autres d'une cause locale.

Dans la première, on trouve les hydropisies produites par l'albuminurie ou les maladies du cœur : c'est dans ces cas que la digitaline doit être donnée.

Dans la seconde, se trouvent l'hydrothorax, l'hydropéricarde, l'ascite, etc. Dans ces cas, la digitaline aura peu ou pas d'action pour faire résoudre l'épanchement.

Ces indications, comme on le voit, sont absolument les mêmes que celles des purgatifs hydragogues : tout praticien, pour peu qu'il ait observé, sait avec quelle facilité on fait avec eux disparaître quelquefois les épanchements de la première classe, tandis qu'on échoue le plus souvent pour ceux de la seconde.

Maintenant que nous savons que la digitaline est diurétique, voyons si cette propriété se développe mieux à haute dose qu'à petite dose.

Il nous est difficile de pouvoir bien nous prononcer sur cette question ; car, dans les deux cas, nous avons obtenu de beaux résultats. Cependant, comme chez certains individus, à petite dose elle ne produit rien, tandis que, à haute dose, elle agissait alors que des troubles surgissaient dans l'économie, nous sommes porté à admettre que la digitaline à haute dose est plus diurétique qu'à petite dose, et que souvent ce n'est qu'en obtenant des phénomènes toxiques qu'on peut, de même que pour la digitale, obtenir une diurèse abondante avec le remède.

Nous devons ajouter que la durée de la médication influe beaucoup aussi sur cette action. Presque toujours, en effet, ce n'était qu'au troisième ou au quatrième jour de son administration que les urines commençaient à augmenter. Il est vrai de dire que c'était vers cette époque que les doses devenaient plus fortes.

Lorsque nous avons été sûr de la vertu diurétique de la digitaline, nous avons voulu l'analyser : nous avons donc cherché à élucider les deux questions suivantes : 1° aux dépens de quels fluides la diurèse produit-elle ? 2° cette diurèse se produit-elle par une action directe de la digitaline sur le rein, ou secondairement ?

La première question n'est point oiseuse : elle va nous conduire à définir ce qu'on doit entendre par diurétique en thérapeutique. Car, pour nous, tout agent qui fait rendre plus d'urines dans un temps donné n'est point diurétique dans le sens médical. Voyez le froid, par exemple : sous son influence, tout le monde sait que la quantité du liquide émis est plus abondante. Vous, médecins, le regardez-vous comme diurétique ? Vous en servez-vous pour faire résoudre des épanchements ? Évidemment non, parce que vous savez que, si l'urine augmente sous son influence, ce n'est que par la diminution des exhalations cutanées et pulmonaires, par une espèce de système de compensation. Et les boissons ingérées en grande abondance, et qui augmentent la diurèse, les regarderez-vous comme diurétiques, et vous en servirez-vous comme tels ? Quels sont donc les vrais diurétiques ? On ne considérer comme ayant cette propriété que ceux qui, sans diminuer la perspiration cutanée, l'exhalation pulmonaire et les diverses sécrétions, font évacuer une plus grande quantité d'urine qu'en temps ordinaire, soit que le liquide émis en plus grande abondance provienne de la masse du sang, soit qu'il provienne d'une infiltration séreuse anormale dans les tissus.

Pour savoir si la digitaline agissait ainsi, nous avons comparé la quantité du liquide émis en vingt-quatre heures sous l'influence du remède avec la quantité du liquide absorbé dans le même temps, soit en boissons, soit en tisanes, en tenant compte approximativement de l'eau qui existait dans les aliments ; et nous avons trouvé que les urines ont, dans quelques cas, doublé, triplé les liquides avalés.

Cela nous prouve évidemment que ce n'était point seulement aux dépens des boissons comme dans le diabète sucré, des exhalations cutanée et pulmonaire comme il arrive sous l'influence du froid, que la diurèse avait lieu, mais encore aux dépens des liquides normaux de l'économie, et surtout des liquides morbides quand il s'en trouvait ; ce qui est le plus important au point de vue thérapeutique.

Pour arriver à la solution de la seconde question, nous avons remarqué que la diurèse ne se produisait jamais sans le ralentissement de la circulation, mais toujours après ce ralentissement : nous en avons conclu que le second phénomène était la conséquence du premier, c'est-à-dire que la digitaline n'agit point sur les reins, et qu'elle n'augmente la sécrétion urinaire qu'en ralentissant la circulation.

Action sur l'innervation. — Aux doses données par nous, plusieurs malades n'ont eu en rien leur système nerveux influencé par la digitaline. Mais il n'en a pas toujours été ainsi. Dans un grand nombre de cas, voici ce que nous avons pu constater :

Les premiers jours de l'administration, la plupart des individus soumis à l'expérimentation ont aussi du sommeil pendant le jour. En général, ce sommeil variait d'un quart d'heure à trois heures de durée, et cela quoique le sommeil de nuit fût plus long qu'auparavant. Ce sommeil ne se manifestait qu'au début de la médication, alors qu'aucun autre trouble n'avait encore surgi dans l'économie, et puis, au bout de peu de jours, le malade ne le ressentait plus. Ce sommeil était calme et ne fatiguait nullement les malades. Il provenait de l'action directe de la digitaline sur le cerveau.

D'autres fois, au début, le malade n'éprouvait qu'une simple lassitude. Il se trouvait un peu plus fatigué qu'à l'ordinaire.

Mais plus tard, alors que des phénomènes d'intoxication apparaissaient, alors que les troubles du côté de l'estomac et de l'intestin se manifestaient, il arrivait parfois un second sommeil bien différent du premier : c'était un sommeil lourd avec rêvasseries, très fatigant pour le malade. Ce sommeil s'est montré bien moins fréquemment que le premier.

Le plus souvent, les autres troubles de l'innervation étaient les suivants :

Le malade éprouvait d'abord un malaise général ; la tête devenait lourde, pesante, embarrassée ; le sommeil, au lieu d'être augmenté, était non-seulement diminué, mais encore troublé, agité par des rêves effrayants, ou même aboli et remplacé par une agitation continuelle. Bientôt céphalalgie de plusieurs heures de durée avec trouble de la vue, diplopie même une fois. C'est alors que des bouffées de chaleur se manifestaient, et que les vomissements survenaient.

A un degré plus avancé, le malade éprouvait des étourdissements, des vertiges tels que, s'il se levait, il était forcé de s'asseoir, et que, même assis quelquefois, il était obligé de reprendre la position horizontale. D'autres fois il existait une faiblesse extrême ; le système nerveux était déprimé, des lypothymies mêmes ont été notées. Chez un malade l'intelligence fut trouvée affaiblie avec l'air hébété et les réponses lentes, tardives.

Tous ces phénomènes, dits d'intoxication, n'arrivaient presque jamais, comme nous l'avons annoncé, dès les premiers jours de la médication, mais bien vers le quatrième ou le cinquième, et provenaient ou bien de la durée du traitement, ou bien de l'élévation de la dose à quatre, cinq, six granules Cependant, à dix granules par jour, chez un individu, nous avons constaté une tolérance parfaite sans aucun phénomène appréciable provenant de la digitaline. Il est vrai de dire aussi que, chez un adolescent, la dose de deux granules, donnée une seule fois, a causé tous les accidents précités et à un haut degré. Mais ces deux cas sont exceptionnels.

Il en était de ces troubles de l'innervation comme des troubles du côté de l'appareil digestif. Ils cessaient ou disparaissaient sitôt qu'on diminuait la dose ou qu'on cessait la médication.

Conclusions. — De tous les faits que nous venons d'examiner, nous devons conclure que la digitaline doit être administrée :

1° Dans les maladies chroniques du cœur, alors que le pouls est rapide et la circulation irrégulière, cette substance ayant la vertu de ramener le pouls à son type normal ;

2° Dans tous les cas où il y a œdème provenant soit d'une maladie du cœur, soit d'une maladie générale, telle que l'albuminurie, la digitaline facilitant la diurèse, et dissipant ainsi les infiltrations séreuses.

Quant aux autres maladies dans lesquelles on l'a préconisée, telles que les fièvres intermittentes avec M. Bouillaud, la phthisie pulmonaire avec MM. Hervieux et Rayer, les palpitations chlorotiques ou nerveuses avec MM. Sandras et Bouchardat, nous dirons que nous n'avons pas assez de faits pour nous prononcer d'une manière affirmative sur de telles questions, mais que, d'après le peu de résultats obtenus par nous dans ces différents cas, tout nous porte à croire que, dans les maladies inflammatoires, dans la fièvre intermittente, dans les palpitations nerveuses, etc., l'effet de la digitaline est bien secondaire, si toutefois il existe.

A quelle dose la digitaline doit-elle être administrée ?

Nous avons observé que, à deux, trois granules par jour, nous obtenions presque toujours des effets très-notables et sur la circulation et sur les urines, sans qu'il arrivât d'accidents en général ; tandis que, à quatre, à cinq granules, nous constations presque toujours des effets toxiques : nous sommes donc tout naturellement porté à conseiller de ne donner jamais que deux ou trois milligrammes par jour, et à ne dépasser cette dose que dans certains cas exceptionnels : la forme pilulaire dite *granule* qu'a adoptée un des inventeurs, M. Quevenne, nous paraît le moyen le plus simple d'administrer ce remède. Le granule renferme un milligramme : on peut le faire fondre dans un peu d'eau quand les malades se refusent à le prendre sous cette forme.

Au lieu du granule, on peut encore employer l'alcoolé de digitaline, qui renferme environ trois milligrammes par trente gouttes. Cette préparation est encore très-bonne pour administrer en potions.

La digitaline doit-elle être préférée à la digitale ?

Si nous comparons les effets que nous avons obtenus avec la digitaline à ceux de la digitale, nous voyons qu'ils sont les mêmes, à la différence près d'une plus grande irritation sur la muqueuse digestive par la digitale. Cet inconvénient, joint aux mécomptes que cette dernière substance fait souvent éprouver à cause de sa qualité différente, suivant qu'elle provient de telle ou telle pharmacie, nous engage fortement à lui préférer la digitaline, d'autant plus que celle-ci, telle qu'on l'a mise dans le commerc, sous forme de granule, réunit à l'avantage d'une administration facile un dosage toujours sûr, car elle est inaltérable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *La concurrence des curés et des religieuses.* — Un de nos bons confrères de province se plaint de la concurrence du curé et des religieuses de sa localité, concurrence qui aurait été, de la part de l'ecclésiastique, jusqu'à la pratique du cathétérisme chez une jeune fille. Nous ne pouvons que déplorer un fait aussi fâcheux qui est loin d'être le seul en France. Mais ce que nous déplorons bien davantage, c'est qu'on puisse presque toujours faire remonter la responsabilité de faits analogues aux médecins eux-mêmes. Dans le cas actuel, notre confrère nous annonce que le curé-praticien s'est associé un médecin pour couvrir sa pratique ; c'est donc bien moins encore le prêtre que le médecin qui est répréhensible. En attendant une loi plus protectrice, les médecins n'ont qu'un moyen de se prémunir contre de tels abus, c'est d'établir entre eux des associations fortes et par conséquent influentes. Malheureusement, depuis une demi-douzaine d'années que l'association est prêchée de toutes parts, c'est à peine si l'on compte dix localités en France où elle soit établie d'une manière solide. Voulez-vous un exemple récent du respect qu'ont les médecins les uns pour les autres? En voici un tout récent qui se passe sous nos yeux mêmes, si nos renseignements sont exacts :

Un médecin de Paris allait visiter une cliente dans la banlieue, pour la modique somme de trois francs. Un confrère, qui remplissait le même office auprès d'une voisine habitant la même maison, y rencontra la cliente du médecin en question, s'informa de la somme qu'elle payait pour chaque visite : — Trois francs, lui répondit-elle. — Comme j'ai l'occasion de venir dans la maison, aurait répondu l'obligeant confrère, je vous offre de vous traiter, moyennant 2 fr. 50 par visite.

Pour compléter la morale de l'anecdote, nous devons ajouter que le confrère supplanteur est en position de se passer parfaitement de clientèle. Comment se plaindre du public, quand les médecins en usent entre eux de cette façon? N'est-ce pas surtout dans ces cas qu'il faudrait dire : *Guéris-toi toi-même.*

Ne forçons point notre talent :
Nous ne ferions rien avec grâce.

Pourquoi donc oublier ce sage précepte, quand on possède deux talents aussi remarqables que ceux de la fabrication du chocolat et de la coupe des caleçons périodiques? Pourquoi se mêler d'annoncer au public médical que M. Ferrus est nommé président de la Société médico-psychologique, quand c'est M. Gerdy ; que ce dernier est vice-président, quand c'est M. Buchez, etc. ? Pourquoi faire le connaisseur et annoncer que le portrait de M. Orfila est de M. Ary Scheffer, quand il est de M. Henri Scheffer, etc. ? C'est ce que se demandent tous les consommateurs de chocolat et toutes les *porteuses* (comme dirait M. Moreau) de caleçons périodiques ! Le ténébreux secrétaire de la rédaction voudra-t-il donner quelques éclaircissements sur toutes ces questions?

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 95. 1re année. Mardi 9 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la thérapeutique des maladies articulaires, à propos du Traité de M. Bonnet (de Lyon). — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par M. Racle. (*Suite.*) — HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. De la Dyspepsie, par M. Thibierge. (*Suite et fin.*) — Deux cas de fractures par contraction musculaire, par M. Bardinet. — De l'ablation totale du maxillaire inférieur. — Sur l'existence de l'ammoniaque dans l'air, etc. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 8 août 1853.

De la thérapeutique des maladies articulaires, à propos du Traité de M. Bonnet (de Lyon), intitulé :

Traité de thérapeutique des maladies articulaires (1).

Il est toujours difficile de faire un bon livre de thérapeutique. Cette branche des sciences médicales, la plus importante de toutes, est aussi la plus incertaine. Parmi les moyens de traitement le plus généralement adoptés, il en est fort peu dont l'efficacité soit démontrée d'une manière rigoureuse. Or, les affections articulaires, qui sont le sujet du nouveau livre de M. Bonnet, sont précisément au nombre de celles dont le traitement soulève le plus de difficultés dans la pratique. Ici, la plupart des données sont contestables ou au moins contestées. Presque toutes les méthodes thérapeutiques, diversement appréciées par les praticiens, ont donné des succès et des revers. Celui qui lit avec soin les nombreuses publications qui ont été faites sur ce sujet depuis une quinzaine d'années, reste souvent embarrassé au lit du malade, lorsqu'il est appelé à diriger le traitement de certaines affections articulaires. Il était donc nécessaire qu'un auteur éclairé, qu'un praticien habile, soumît toutes ces méthodes, tous ces procédés à une expérimentation prudente, et à une discussion sérieuse, en formulant d'une manière précise les indications que réclame chaque cas particulier. L'ouvrage que nous analysons a eu pour but de combler cette lacune.

Nul n'était capable de s'acquitter de cette tâche mieux que M. Bonnet. Depuis longues années l'éminent chirurgien de Lyon a fixé son attention sur les maladies des articulations, et chacun sait qu'il a déjà publié sur cette matière un ouvrage plein de portée et d'originalité (2). Huit années se sont écoulées depuis cette époque, et pendant ce temps l'auteur n'a négligé aucune occasion de compléter ses connaissances, de soumettre ses premières idées au contrôle de l'expérience, de les modifier, de les développer. Un beau service de clinique chirurgicale, une grande clientèle, lui ont fourni pour cela de précieux et nombreux documents. Praticien sagace, expérimentateur patient, écrivain élégant et clair, M. Bonnet réunissait ainsi toutes les conditions désirables pour écrire un bon livre sur la thérapeutique des affections articulaires.

Et cependant, telle était la difficulté du sujet, que nous avons trouvé dans ce livre, riche d'ailleurs de vérités neuves et d'aperçus élevés, des imperfections assez nombreuses que nous nous ferons un devoir de soumettre à la discussion.

Notre but, du reste, est moins de signaler ces imperfections, que de profiter de la publicité de ce journal, pour répendre s'il se peut parmi les praticiens plusieurs préceptes utiles, établis par M. Bonnet, et appliqués avec un rare bonheur par lui et par ses élèves.

L'introduction de l'ouvrage est en quelque sorte la profession de foi de l'auteur en matière de thérapeutique. L'alliance de la physiologie et de la thérapeutique est la pensée dominante de M. Bonnet. Étudier d'abord les différentes fonctions qui sont dévolues à chaque organe dans l'état de santé; puis lorsqu'il survient une maladie, s'adresser isolément à chacune de ces fonctions pour les mettre en jeu ou les condamner au repos, ensemble ou séparément suivant les cas particuliers; tirer de ce repos ou de cet exercice *élémentaire*, des puissances curatives aussi simples qu'efficaces; telle est la méthode raisonnée que l'auteur a suivie pour régulariser le traitement des maladies articulaires, et qu'il propose d'étendre d'une manière générale, à la thérapeutique de toutes les affections, tant médicales que chirurgicales.

Nous ne savons jusqu'à quel point les espérances conçues à cet égard par M. Bonnet se réaliseront. Nous attendons, pour nous prononcer sur l'ensemble de sa doctrine, qu'il ait publié son *Essai de thérapeutique fonctionnelle*. Nous nous plaisons à reconnaître que dans le cas particulier des affections articulaires, la voie qu'il a suivi l'a quelquefois conduit à des résultats heureux. Mais puisque l'auteur s'élève jusqu'à la généralisation, il nous permettra de le suivre un instant sur son terrain et de lui présenter quelques objections.

Nous croyons à la puissance de l'art, et surtout nous croyons au progrès; mais nous sommes de ceux qui se méfient des innovations thérapeutiques. Plus les résultats qu'on nous annonce sont beaux et plus nous craignons qu'ils ne cachent quelque erreur d'observation. Il est si difficile de juger de l'efficacité d'une médication ! Il faut tant de faits et il faut les recueillir avec tant de réserve, avant de distinguer ce qui est l'effet de l'art, de ce qui est dû aux simples ressources de l'organisme ! L'histoire de la médecine est là tout entière pour nous mettre en garde contre les illusions thérapeutiques, et pour nous avertir de procéder avec la plus grande prudence dans les tâtonnements qui seuls peuvent conduire au progrès.

Or, il nous a paru que M. Bonnet avait souvent mis en usage le procédé le plus propre à égarer dans cette difficile recherche. Ce procédé, il le proclame lui-même (*Introd.*, p. 10), c'est la

(1) Paris, chez J.-B. Baillière. Un gros vol. in-8, 97 planches intercalées dans le texte.

(2) A Bonnet. *Traité des maladies des articulations*, avec atlas. Lyon, 1845. 2 vol. in-8.

combinaison des moyens thérapeutiques. Quand vous aurez agi *anatomiquement sur les organes, physiologiquement sur les fonctions, médicalement sur la vitalité*, et que vous aurez guéri votre malade, comment pourrez-vous savoir quel est, parmi ces moyens complexes, celui qui doit réclamer l'honneur de la guérison? Peu importe, direz-vous; il me suffit que mon malade soit guéri. C'est très-bien pour le praticien, mais pour l'auteur qui généralise, pour celui qui propose d'établir la thérapeutique sur des bases raisonnées, cela ne suffit plus, et par exemple, nous avouons qu'après avoir lu le livre de M. Bonnet avec le plus grand soin, il nous reste bien des doutes sur l'efficacité des nombreuses applications que l'auteur a faites de l'hydrothérapie au traitement des maladies articulaires.

Nous soumettrons à M. Bonnet une autre objection : Il y a chez lui une tendance manifeste à raisonner la thérapeutique. Or, la thérapeutique est une des choses qui se raisonnent le moins. Un médicament guérit-il ou ne guérit-il pas? Voilà ce qu'on doit chercher, voilà ce qu'on trouve quelquefois; mais il est bien rare qu'on puisse dire avec certitude pourquoi ce médicament possède telle ou telle propriété. Certes, ce ne sont pas les explications qui manquent. Avec un peu d'imagination, on trouve toujours moyen de donner une apparence dogmatique à des méthodes plus ou moins curatives que le hasard fait naître le plus souvent, et dont l'expérience seule peut apprécier la valeur. Qu'arrive-t-il pourtant? Un jour vient où la lumière se fait, où cette médication naguère si vantée tombe dans le gouffre de l'oubli, et où l'infaillible théorie dont elle était ornée s'écroule piteusement. Il suffit de jeter un regard sur le passé, pour voir que le sol de la science est jonché de semblables débris, et il en résulte cet enseignement qu'il n'est pas prudent de procéder par voie de raisonnement en matière de thérapeutique.

Il nous a paru que M. Bonnet avait plus d'une fois employé cette méthode vicieuse; nous demanderons la permission de fournir quelques exemples à l'appui de notre assertion.

On lit (p. 282) à propos des tumeurs blanches : « Si l'on con-
« sidère que la plupart des tumeurs fongueuses sont le résultat
« d'une *jetée humorale*, on sera conduit à attacher une grande
« importance à toutes les applications qui déterminent à l'exté-
« rieur une sécrétion de sérosité ou de pus. »

Ne vaudrait-il pas mieux dire simplement : L'expérience ayant prouvé l'utilité des vésications, on appliquera des vésications?

De même (p. 262) il est question de l'hydrothérapie, et de l'utilité de ce moyen sudorifique dans le cas de scrofules. Voulez-vous savoir pourquoi? C'est parce que la sueur des scrofuleux sent mauvais : « Évidemment, il y a là un principe particulier
« qui *entretient* la maladie générale, et ce principe est rejeté au
« dehors. » Une pareille preuve n'est guère propre à augmenter le nombre des partisans de l'hydrothérapie, d'autant mieux que l'auteur, quelques lignes plus loin, abandonnant la théorie pour les faits, parle des résultats de la méthode, et ajoute : « Ils ont *toujours* exigé une grande persévérance. » Ainsi, en théorie, guérison *évidente*, mais en pratique, résultats fort peu encourageants.

Les succès de la médiation iodée sont expliqués (p. 33) d'une manière tout aussi hasardée. L'iode absorbé est bientôt rejeté par la voie des sécrétions. N'est-il pas probable que des principes morbides inconnus sont entraînés avec lui dans ce mouvement d'expulsion?

Il s'agit (p. 196), à propos de l'hydarthrose, de l'action des résolutifs. Voulez-vous savoir quel est le meilleur de tous les résolutifs? Mettez du sang dans un vase, et versez-y des acides, des alcalis, des sels neutres, voyez quels sont, parmi ces réactifs, ceux qui dissolvent les globules, ceux qui attaquent la fibrine, et ceux qui conservent certains éléments du sang, et ceux qui les liquéfient tous. Que le physiologiste, dont l'auteur invoque les expériences, ait ainsi fait de la thérapeutique dans son laboratoire, cela n'a pas lieu de nous étonner : nous sommes dès longtemps habitué aux excentricités de la chémiatrie. Mais M. Bonnet, qui est chirurgien, aurait bien dû laisser de côté ces pauvretés d'un autre âge, et, puisqu'il accorde la préférence aux applications de chlorhydrate d'ammoniaque, il aurait mieux fait de nous dire combien de fois il a employé ce moyen, et combien de temps il lui a fallu pour obtenir la résolution. Cela eût convaincu le lecteur bien plus aisément que l'exposé des propriétés chimiques de ce sel et de son action dissolvante sur le sang tiré de la veine.

Nous pourrions multiplier les exemples, nous pourrions demander à M. Bonnet comment il a prouvé que « le phlegmon dif-
« fus est l'effet d'une résorption putride (p. 96), » ce qui le conduit à rejeter des antiphlogistiques; comment il a été établi que le moxa agit en communiquant la chaleur aux parties profondes (p. 30), et comment il a espéré élucider cette question en faisant brûler des moxas sur la peau d'un cadavre, et en constatant que la chaleur pénétrait à 12 ou 15 millimètres. Tout cela dénote, à notre avis, une tendance regrettable, et nous fait craindre que M. Bonnet, abordant les questions thérapeutiques avec certaines idées préconçues, n'ait pas su toujours conserver cette liberté d'esprit qui est si indispensable pour apprécier à leur juste valeur l'action des moyens de traitement.

Pour tout dire, nous ne croyons pas à l'induction en fait de thérapeutique. Généralisez après coup, rien de mieux. Mais si vous commencez par établir les bases de la *thérapeutique fonctionnelle*, par en formuler les lois, savez-vous à quoi vous vous exposez? Prenons encore un exemple.

La plus grande partie de l'*Introduction* est consacrée à discerner les cas où il faut condamner les fonctions au repos, de ceux où il faut les mettre en activité. Dans les affections aiguës, dans la période inflammatoire, faire reposer les fonctions; dans les affections chroniques, les faire agir, au contraire; telle est l'idée générale de l'auteur. Mais par quel moyen obtiendra-t-on ce repos ou cette activité? « Je crois (p. 6) avoir trouvé à ces
« questions une réponse, non pas empirique, comme celles qui
« ont cours dans la science, mais générale et pouvant être sys-
« tématisée sous forme de loi.

« La *douceur et l'uniformité* sont les caractères que doi-
« vent réunir tous les agents qui assurent *le calme des fonc-*
« *tions nutritives, circulatoires et calorificatrices*. Dès lors,
« ni chaud, ni froid, ni alternatives d'une température à une
« autre, ni contact énergique, ni friction, ni massage; enfin,
« nulle variété dans les applications. Remarquez ici que l'*uni-*
« *formité* des agents extérieurs est la loi du calme pour les or-
« ganes, quels qu'ils soient. »

Ceci est parfaitement clair. La loi est posée, il ne s'agit plus que de l'appliquer. Passons aux cas particuliers. Prenons (p. 86 et 87) le traitement de l'*entorse après le développement des phénomènes inflammatoires*, et laissons parler l'auteur :

« Peut-on recourir encore aux réfrigérants? J'ai lieu de croire
« ceux-ci avantageux, du moins lorsqu'il n'existe aucune dispo-
« sition rhumatismale. Le sentiment de chaleur brûlante qu'é-
« prouve le malade lui fait désirer le froid, et si celui-ci est
« employé dans des conditions et avec des précautions conve-
« nables, il peut diminuer beaucoup les douleurs et le gonfle-
« ment. Parmi ces précautions je signalerai : 1° Le soin de
« maintenir tout le reste du corps dans une température élevée.
« 2° L'attention de ne pas prolonger trop longtemps les bains de
« pieds ou les irrigations d'eau froide. Une heure ou deux d'ap-
« plication par jour sont suffisantes. » Ainsi, d'après la théorie : uniformité des agents, ni chaud, *ni froid, ni alternatives d'une température à une autre*. Mais si nous passons à la pratique, l'auteur donne des préceptes précisément contraires, et dans l'entorse avec inflammation, il prescrit les irrigations intermittentes, c'est-à-dire *le froid, et les alternatives d'une température à une autre*.

Il nous semble que cet exemple suffit pour prouver l'inanité des théories thérapeutiques. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point. Nous nous empressons d'ajouter, et nous le montrerons tout à l'heure, que le livre de M. Bonnet est assez bon pour résister à la critique. Au milieu des excellentes choses qu'il renferme, les imperfections que nous venons de signaler n'ont qu'une médiocre importance; et la pensée de les mettre en

relief ne nous serait pas venue, s'il ne nous avait pas paru utile de faire un petit procès de tendance aux idées exposées dans l'*Introduction*.

Passons donc au corps de l'ouvrage. Ici la théorie va disparaître ; en présence des cas particuliers, l'auteur va laisser de côté le raisonnement pour faire appel à son expérience, et c'est alors qu'il va reprendre toute sa supériorité.

Disons d'abord en quelques mots quelle est la disposition générale du livre. Il se compose de trois parties.

La première renferme des généralités sur les moyens thérapeutiques si variés auxquels on peut avoir recours dans les maladies articulaires. Cette première partie est un peu abstraite, mais il est nécessaire de la lire avec attention pour bien comprendre les deux autres. M. Bonnet s'y montre grand partisan de l'hydrothérapie ; il nous semble qu'il a exagéré l'importance de cette médication, dont nous ne voulons pas, du reste, contester l'utilité dans certains cas. L'article de la médication iodée est intéressant : il est utile de savoir que l'iode peut être administré avec efficacité par la méthode endermique. C'est une ressource précieuse pour les malades qui ne peuvent supporter ce médicament à l'intérieur. On lira surtout avec intérêt l'article intitulé : *Traitement physiologique*. Pour en comprendre toute la portée, il sera bon toutefois de connaître à l'avance les résultats des premières recherches que l'auteur a consignées, en 1845, dans son *Traité des maladies des articulations*. Comme ce traitement physiologique est, à notre avis, la partie la plus originale et la plus importante des travaux de M. Bonnet, on nous permettra, dans la suite de cette analyse, d'entrer à cet égard dans quelques développements.

La deuxième partie est encore consacrée à des généralités. Elle a pour but de faire connaître le traitement de chaque espèce de maladie articulaire, abstraction faite de son siége dans chaque articulation en particulier.

La troisième partie, enfin, est tout à fait spéciale. L'auteur passe successivement en revue les diverses articulations, et étudie, dans chacune d'elles, les diverses espèces de maladies qui ont été envisagées d'une manière générale dans la deuxième partie.

Telle est la marche suivie par l'auteur. Nous approuvons pleinement ce plan très-logique, qui donne au livre une grande clarté ; mais ce qui est excellent dans l'ouvrage original ne conviendrait pas une analyse qui a pour but de mettre en relief les principales doctrines de l'auteur, et qui doit éviter des répétitions inutiles. Nous allons donc, sans nous inquiéter de la succession des chapitres, exposer ces doctrines dans leur ensemble, en plaçant, lorsque cela nous paraîtra utile, les applications particulières à côté des idées générales. PAUL BROCA.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité.—M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur,

Rédigées par le Dr RACLE, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir les nos* 44, 51, 56, 71, 74, 93.)

De l'endocardite.

Symptômes. — Les symptômes diffèrent selon qu'on étudie l'endocardite à la période d'acuité ou à l'époque de la formation des lésions chroniques que nous venons d'étudier. Dans le premier cas, on rencontre des phénomènes qui se rattachent à l'état de congestion et de turgescence dont le cœur et sa séreuse intérieure sont le siége ; dans le second on remarque surtout des phénomènes physiques ou mécaniques qui tiennent aux altérations des orifices et des valvules, et à l'hypertrophie de la masse charnue du cœur.

1° *Symptômes de la période d'acuité.* — Nous les divisons comme pour la péricardite en symptômes généraux et symptômes locaux qui sont eux-mêmes physiques et fonctionnels.

Les quatre symptômes locaux qu'on attribue à *toutes* les inflammations, manquent dans l'endocardite, ou, pour parler plus exactement, se dérobent à l'observateur. On ne peut constater ni la rougeur, ni la chaleur, ni la tuméfaction de la membrane enflammée, et il est nécessaire, pour établir le diagnostic, de fixer son attention sur des faits d'une autre nature ou accessoires. Ces indications prises dans un ordre de faits qui ne sont pas des caractères immédiats d'inflammation, doivent en conséquence devenir l'occasion d'un travail intellectuel à l'aide duquel on remontera du fait observé à la cause qui a pu le produire. Ce genre de travail, nous devons le dire, se présente à chaque instant dans le diagnostic des affections cardiaques.

Parmi ces symptômes dont nous constatons l'absence, nous signalons spécialement la *douleur*. En effet, il manque dans la majorité des cas, et quand il existe, il dépend de quelque affection concomitante, comme une inflammation de la plèvre, des nerfs intercostaux, du diaphragme, etc. La douleur est souvent remplacée par un sentiment d'anxiété, d'embarras, d'oppression dans la région précordiale. Nous renvoyons, pour plus de détails, à ce que nous avons dit à propos de la péricardite.

Quand l'endocardite est intense, on observe une *voussure* plus ou moins forte de la région précordiale qui tient tout à la fois à la congestion phlegmasique et à la turgescence du cœur, et aussi à une péricardite avec épanchement qui accompagne le plus ordinairement l'endocardite.

Des battements énergiques, véritables palpitations aiguës, ébranlent la paroi thoracique et soulèvent la main ; on peut en apprécier jusqu'à un certain point la force et le degré, en appliquant sur le cœur le pavillon d'un stéthoscope, et le tenant légèrement appuyé ; on voit alors des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement, une sorte d'oscillation communiquée à l'extrémité libre de l'instrument ; ce déplacement est à peu près nul dans l'état normal ; son étendue, dans l'endocardite, donne une assez bonne idée de l'énergie avec laquelle le cœur se contracte et bat contre la paroi thoracique. Nous employons assez souvent ce mode d'exploration, tout en regrettant cependant de n'avoir pas de *sphygmomètre* plus perfectionné et susceptible de donner des indications chiffrées et par conséquent comparables.

L'application de la main fait souvent apprécier un *frémissement vibratoire* plus ou moins prononcé et profond.

La *pointe* de l'organe bat souvent *plus bas et plus en dehors* que de coutume, suivant le degré d'augmentation de volume qu'il a subi.

L'augmentation de la masse du cœur se perçoit sur l'étendue de la matité. Cette matité se distingue de celle de la péricardite en ce que, dans ce dernier cas, le cœur est profond et cesse d'être perceptible à l'oreille et à la main ; tandis que, dans l'endocardite, le cœur reste superficiel et communique au thorax des mouvements reconnaissables à la vue, au toucher et à l'oreille.

Enfin, l'auscultation fait percevoir, de la manière la plus distincte, des souffles doux ou rudes, sibilleux ou adipeux, au premier, au second temps ou dans les deux mouvements à la fois. Ces bruits sont d'autant plus rudes que les battements sont plus énergiques ; le siége de leur plus grande intensité est habituellement vers la pointe de l'organe, mais on les perçoit généralement dans une grande étendue ; ils ne sont pas si superficiels que le frottement de la péricarde, et ils sont moins diffus, moins éparpillés. Le rhythme des battements est généralement altéré dans sa régularité et sa fréquence. Nous avons vu ces battements s'élever à 140 et 160 par minute ; dans ces cas, il y a généralement des irrégularités, des intermittences, et surtout des inégalités marquées dans la force de plusieurs pulsations consécutives. Le pouls est en rapport avec le cœur, et il représente en effet exactement le désordre survenu dans l'organe ; cependant, on trouve quelquefois une faiblesse extrême du pouls avec des battements énergiques du cœur, circonstance qui indique alors la formation des concrétions pseudo-membraneuses ou fibrineuses dans les

cavités de l'organe, aux orifices, sur les lames des valvules. Aussi voit-on, dans ces cas, du malaise, de l'agitation, de la partitution; et c'est également dans ces circonstances qu'on voit les malades tomber en défaillance ou même dans des syncopes mortelles.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire la fièvre qui ne peut pas, en effet, ne pas accompagner les désordres graves de l'endocardite ou les affections concomitantes. Cependant, nous avons observé un cas d'endocardite sub-aiguë où le cœur battait avec fréquence et énergie, mais dans lequel, cependant, il n'y eut ni cette chaleur ni ce malaise qui caractérisent la fièvre bien plus encore que la fréquence du pouls.

Quand on constate l'ensemble des phénomènes décrits, on ne peut douter de l'existence d'une inflammation de la membrane séreuse intérieure du cœur; mais si les phénomènes sont peu prononcés et surtout si le malade ne se plaint pas de douleur, on est exposé à méconnaître la maladie, puisque rien n'attire l'attention du côté de l'organe central de la circulation; et encore quand on constaterait des battements irréguliers du cœur, on pourrait les prendre pour de simples palpitations nerveuses. Tout cela serait très-vrai, si l'endocardite était une maladie habituellement solitaire et isolée, mais il n'en est presque jamais ainsi. S'il existait des maladies avec lesquelles l'endocardite coïncide ordinairement, n'aurait-on pas, en les rencontrant, un indice assez probable de son existence? Or, c'est précisément ce qui a lieu, et pour ne pas nous répéter d'une manière fastidieuse, nous rappellerons que c'est ordinairement dans le rhumatisme, la pleurésie, la pneumonie que l'endocardite se développe. En conséquence, dans ces affections, sans attendre que les malades fixent votre attention sur le cœur, ce qui, d'ailleurs, est fort rare, vous devez examiner cet organe, et vous trouverez un ou plusieurs des caractères rapportés plus haut, vous devez au moins soupçonner une endocardite. Pouvez-vous supposer, dans ce cas, des palpitations nerveuses? Non, car ce n'est pas dans ces cas habituellement que se développent cette affection.

Quoiqu'il y ait peu d'importance à connaître celles des cavités où siégent particulièrement ces lésions inflammatoires, nous rappelons qu'on doit plutôt fixer son attention sur le côté gauche, à cause de la plus grande fréquence de l'inflammation dans cette partie du cœur.

2° *Symptômes des lésions organiques qui surviennent pendant la deuxième ou la troisième période de l'endocardite.* — Lorsque l'endocardite aiguë n'est pas traitée d'une manière convenable, elle entraîne la formation de toutes les lésions chroniques énumérées précédemment, et l'on voit alors se manifester graduellement une série de symptômes nerveux, en rapport avec les lésions nouvelles. L'énumération en serait considérable, si nous voulions la faire complétement, car il ne s'agirait de rien moins que de l'exposition des symptômes de presque toutes les maladies chroniques organiques du cœur. N'est-ce pas, en effet, à la suite de l'endocardite, qu'on voit se manifester les ramollissements et les indurations du cœur, les ulcérations, les perforations de ses cloisons et ses parois, les anévrismes partiels du cœur; et d'un autre côté, les altérations des orifices et des valvules, l'hypertrophie consécutive, etc., etc.? Comme on le voit, la simple énumération de cette liste d'affections nées de l'endocardite nous entraînerait hors des limites d'un simple exposé général. Nous nous bornerons, en conséquence, à l'indication de quelques-unes des principales et des plus ordinaires affections secondaires ou deutéropathiques du cœur.

S'est-il formé un rétrécissement d'orifice, on perçoit une augmentation dans la force, l'étendue des battements et les bruits de cœur, le rhythme en est dérangé; la main éprouve la sensation du frémissement vibratoire ou cataire; nous n'en ferons plus avec Corvisart un signe particulier de rétrécissement aortique; il est commun à toutes les espèces de rétrécissement, quel qu'en soit le siége. Si le cœur a augmenté de volume, la matité précordiale est exagérée. L'auscultation révèle des bruits de souffle simples, sibilant, de râpe, de scie, du piaulement, selon le degré d'étroitesse de l'orifice lésé; ces bruits sont simples ou doubles, ils existent à la pointe ou à la base du cœur; quelquefois ils sont courts et filés; ou brefs et saccadés; chez les uns, ils sont sourds, chez d'autres faciles à distinguer. Ordinairement permanents, ils se remplacent quelquefois. Aucune douleur n'accompagne ces phénomènes, à moins de complication. On observe généralement des accidents plus ou moins prononcés, dus à la gêne de la circulation dans le système artériel, dans les veines, les capillaires; ainsi le pouls est étroit et filiforme, caractère qui contraste avec l'énergie et l'impulsion du cœur. Les veines sont plus ou moins dilatées, distendues au col, aux muscles supérieurs, et même plus loin. Les capillaires gorgés de sang, donnent au visage, aux doigts, une teinte violette, qui forme une espèce particulière de cyanose.

C'est aussi dans les lésions de cette espèce qu'on voit survenir de l'œdème des muscles inférieurs et du tronc, des épanchements positifs dans toutes les cavités séreuses; le foie se tuméfie, les poumons sont frappés d'une congestion permanente, et quelquefois d'apoplexie, etc., etc.

Que, s'il n'y a qu'une insuffisance, on trouve des battements plus ou moins énergiques, des frémissements vibratoires, quand les valvules sont rugueuses; mais ce qui domine, c'est le phénomène du souffle; il n'acquiert que rarement la rudesse qu'il a dans le cas précédent. Le pouls est peu altéré, les veines sont le siége d'un reflux plus ou moins fort. Quant aux phénomènes de gêne de la circulation, ils ne sont que peu ou point marqués, si ce n'est dans la période tout à fait ultime de la maladie.

Nous pouvons pousser le diagnostic plus loin encore et signaler l'état des valvules elles-mêmes. Plus un bruit est rude, dur et prolongé, et plus il y a lieu de croire que l'orifice où se passe ce bruit est irrégulier; le souffle est généralement moelleux et doux, quand il n'y a qu'un état de dépoli, d'irrégularité des surfaces; les valvules sont-elles épaisses, molles et boursouflées, les bruits anormaux sont mous, *gras* et enroués; ils sont secs, stridents, si elles sont très-dures et garnies de fortes aspérités. Si les claquements valvulaires sont encore perceptibles, ils présentent aussi des modifications relatives à l'état des valvules; ces claquements s'affaiblissent, deviennent sourds et étouffés quand elles sont épaisses, couvertes de végétations molles, de caillots de sang, de pseudo-membranes; ils ont un timbre clair, sec, *parcheminé*, quand elles sont rigides, sèches, encroûtées de substances osseuses ou calcaires.

Cet aperçu, quoique fort abrégé, est de nature à montrer que la plupart des affections du cœur peuvent être diagnostiquées par des symptômes ou des ensembles de symptômes particuliers, lorsqu'on sait en faire, par un examen attentif, une rigoureuse analyse. (*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Cochin. — M. Beau.

De la dyspepsie.

(*Suite et fin. Voir les nos* 74, 81, 83, 86, 89, 92.)

3° Quand l'état saburral a été combattu, si la dyspepsie persiste, on doit employer différents moyens. Mais, avant d'indiquer ce qu'il y a à faire, nous allons d'abord dire ce qu'il ne faut pas faire : ces indications négatives secondent puissamment l'action des moyens positifs.

Il est important que les malades boivent très-peu de tisane. S'ils ont soif, ils doivent tromper ce besoin, ou s'ils boivent, ils ne doivent prendre que de petites quantités de boissons. Il ne faut pas prescrire des agents narcotiques : opium, belladone, etc., médicaments qui apaisent les symptômes douloureux, mais qui en même temps ont le très-fâcheux inconvénient d'apaiser l'appétit et d'enrayer la faculté digestive. Il ne faut pas mettre les malades à la diète, ou réduire la quantité de leurs aliments. On doit leur défendre le séjour prolongé au lit. En outre, le médecin doit surveiller les médicaments et ne pas en prolonger l'emploi : ainsi, nous avons eu des malades qui ont subi des récrudescences de dyspepsie, parce qu'on leur avait donné trop longtemps de l'eau de seltz, du vin de quinquina.

Passons maintenant aux moyens positifs.

Traitement des symptômes primitifs. — Supposons que nous ayons à soigner un malade atteint des symptômes primitifs de la dyspepsie franche. Nous faisons appliquer un vésicatoire volant à l'épigastre, et nous le répétons plusieurs fois. En même temps, nous faisons prendre des bains sulfureux frais, ou des bains de rivière, ou mieux des ablutions d'eau froide, une ou deux fois par jour. Quant aux médicaments pris à l'intérieur, il faut être assez réservé sur leur emploi. Nous employons surtout la poudre de charbon de peuplier (charbon de Belloc). Nous l'administrons à la dose d'une cuillerée à bouche après chaque repas. Nous avons remarqué qu'il a plus d'efficacité chez les hommes que chez les femmes. Cette singularité d'action est peut-être due à ce que chez les femmes la dyspepsie est souvent sous la dépendance d'une cause morale ou d'une affection utérine. Nous prescrivons aussi le sous-nitrate de bismuth, la magnésie, les toniques et les amers. Nous insistons sur celui de ces agents qui excite le mieux l'appétit et les puissances digestives.

Certaines règles hygiéniques sont nécessaires pour assurer l'action des moyens précédents. Le malade fera trois ou quatre repas par jour, consistant en potages, viandes, légumes, fruits cuits ou très-murs. Le vin sera coupé d'eau. Dans quelques cas on lui préférera la bière, le cidre, ou même l'eau pure, si le malade trouve que ces boissons le font manger davantage et digérer plus facilement. On se privera complétement de thé, de café, surtout de café au lait pour déjeuner. Des distractions sont nécessaires ; on fera des promenades à pied, à cheval, ou en voiture.

Traitement des symptômes primitifs à l'état de prédominance. — Les prédominances des symptômes primitifs de la dyspepsie exigent quelques moyens particuliers : aux vomissements, on opposera la glace prise par petits fragments, et les vésicatoires volants sur la région épigastrique ; ces derniers réussissent admirablement dans les cas de douleur épigastrique, ou de névralgie intercostale. Le charbon, la magnésie calcinée, serviront à combattre les flatuosités. La constipation sera traitée par l'aloès, les lavements d'eau fraîche ; on évitera les lavements tièdes qui relâchent la tunique musculeuse de l'intestin et facilitent au contraire la disposition aux constipations. Un symptôme fréquent, souvent unique de la dyspepsie, l'anorexie, sera combattu par tous les excitants de l'appétit, à savoir : les amers, l'eau de seltz, les épices et les boissons glacées ; enfin, il arrivera parfois que le médecin ne parviendra à détruire l'anorexie qu'en satisfaisant au désir alimentaire du malade ; c'est ainsi que vous ferez disparaître des dyspepsies de convalescence ou autres, en ordonnant des anchois, des huîtres, de la salade, des raisins, des fruits, etc.

Traitement des symptômes secondaires. — L'anémie globulaire est traitée habituellement par les ferrugineux. Quand ces agents doivent réussir, on le voit tout de suite, à l'heureuse modification survenue dans l'appétit et les fonctions digestives. S'ils fatiguent l'estomac, il faut les suspendre et les remplacer par les amers, les toniques, le changement d'air, etc. L'anémie fibrineuse (le scorbut) sera combattue par les acides végétaux, le cresson, le cochléaria, etc. L'anémie albumineuse (hydropysie dite essentielle) sera souvent modifiée par les purgatifs drastiques, le jalap, la scammonée, l'eau-de-vie allemande. Les névropathies ne sont que palliées momentanément, par les antispasmodiques et les opiacés. Si on veut les guérir réellement, il faut chercher à rétablir les fonctions digestives. On emploie ici de préférence les bains froids et les ablutions. On a vu quelquefois de grandes commotions morales amener une perturbation salutaire, et dissiper presque tout à coup des dyspepsies névropathiques contre lesquelles tout avait échoué.

Traitement des symptômes tertiaires. — Les altérations tertiaires se dissipent avec la dyspepsie, quand elles ne sont ni trop étendues ni trop anciennes. La tuberculisation, dans ses rapports avec la dyspepsie, va nous suggérer ici quelques réflexions. Cette maladie, très-commune chez les dyspeptiques, est susceptible de guérison : c'est là un fait incontestable, que l'anatomie pathologique nous a révélé. On a guéri la tuberculisation avec le sel, le quinquina, les antiscrofuleux, les toniques, les émétiques, etc. ; mais au lieu de reconnaître que ces nombreux moyens ont leurs cas d'application, on a voulu à tort préconiser tel médicament au détriment de tous les autres. Tous ces moyens, disons-nous, ont leurs cas d'application ; ils agissent en rétablissant les fonctions digestives. Aussi nous ne visons qu'à un but, lorsque nous employons le fer, l'huile de foie de morue, le tartre stibié, etc., c'est à combattre la dyspepsie, cause occasionnelle des tubercules. On peut espérer que le cas est curable, lorsque la tuberculisation est limitée à une très-petite étendue, lorsque, par exemple, les signes physiques de l'altération tuberculeuse n'existent que vis-à-vis l'une ou l'autre des deux fosses sus-épineuses de l'omoplate. L'emploi de l'opium et des narcotiques dans la tuberculisation est fort mauvais ; car ils enrayent l'appétit ; ils ne doivent être prescrits qu'aux malades infailliblement incurables, parce qu'alors il n'y a plus d'autre indication que celle de calmer la toux et la douleur, en un mot, de faire une médecine palliative.

Quant au cancer qui vient se greffer si souvent sur la dyspepsie, il est loin de présenter la même curabilité que le tubercule. Une fois qu'il est bien caractérisé, rien ne peut enrayer sa marche. On doit chercher seulement à le détruire par les moyens chirurgicaux, quand la chose est possible.

Nous arrivons à vous parler des moyens thérapeutiques, que nous appelons *extraordinaires*.

1° *Les eaux thermales.* Pour nous, les eaux thermales, qu'elles soient acides, alcalines, sulfureuses, ferrugineuses, guérissent les différentes maladies contre lesquelles on les emploie, en rétablissant les fonctions digestives, et en guérissant des dyspepsies qui avaient causé ou qui entretenaient ces maladies. Il est très-difficile d'indiquer d'avance l'espèce d'eau thermale qui doit guérir une dyspepsie. Souvent les indications les plus rationnelles sont ici démenties par la pratique.

2° *L'hydrothérapie.* La plupart des maladies que guérit si bien l'hydrothérapie, sont des prédominances de la dyspepsie.

3° *Les voyages.* Ils agissent puissamment sur le rétablissement des fonctions digestives, au moyen du changement d'air, du changement de nourriture, et des distractions nombreuses dont ils sont la cause. Les voyages sur mer sont plus efficaces que les voyages sur terre, car ils réalisent deux indications importantes, celle des éméto-cathartiques par les vomissements nautiques, celle des toniques par la respiration de l'air maritime. Les pèlerinages que l'on faisait par esprit religieux, dans le but de se guérir d'une maladie qui avait résisté aux moyens ordinaires de la médecine, réunissaient tous les avantages thérapeutiques que nous venons de reconnaître aux voyages sur terre et sur mer, et devaient réussir comme ces derniers.

Différents moyens vantés par les médicastres. — Nous devons ici mentionner certains moyens employés par le charlatanisme contre la dyspepsie et ses diverses prédominances, et qui ont été présentés comme des agents de médecine universelle. C'est ainsi que tout le monde a entendu parler de la médecine Leroy, avec laquelle on prétendait guérir toutes les maladies. Dans le siècle passé, la poudre purgative d'Ailhaud était employée dans un but aussi universel que le remède Leroy. De nos jours, la graine de moutarde blanche est préconisée également contre une foule d'affections. Il est impossible de nier que des cures nombreuses aient été opérées par ces différents moyens, bien que donnés à l'aveugle et sans distinction des cas.

On comprend très-bien que ces moyens aient pu être efficaces, en agissant sur le tube digestif, en rétablissant les fonctions digestives, et en dissipant les différents symptômes de l'état dyspeptique.

Nous terminerons par ce principe de thérapeutique générale : Dans les maladies chroniques, quelle que soit leur nature, ne comptez pas sur une guérison, tant que vous emploierez des moyens antipathiques à l'estomac. Tel médicament, réputé héroïque dans certaines maladies, vous fera défaut lorsqu'il altérera les fonctions digestives, même à un léger degré, et cela, par suite de la susceptibilité individuelle du malade.

Les agents que nous avons vus le plus souvent affecter ainsi l'estomac, et n'avoir aucune prise sur la maladie contre laquelle on les dirigeait, sont : l'huile de foie de morue, la potion de Portal, le lait d'ânesse, les eaux sulfureuses, certains sirops dépuratifs ou antiscorbutiques, etc.

Historique. Il n'est pas sans importance de vous signaler les auteurs qui ont reconnu aux dérangements des fonctions digestives une grande influence sur la production des maladies.

Galien montre cette influence pathologique de l'estomac dans plusieurs endroits de ses nombreux ouvrages. Voici d'abord un passage où la chose est dite de la manière la plus positive : « *Ventris torpor omnium confusio : torporem autem intelligimus in concoquendis cibis ventriculi infirmitatem, omnium planè corporis vitiorum causam esse* (1). » Et ailleurs : « *Ventriculi affectus facit dyspneas, apneas, epilepsias, deliria, melancholiam.* »

Alexander Benedictus signale, comme Galien, l'influence pathogénique de la dyspepsie, dans une proposition aphoristique aussi brève qu'énergique : « *Morborum ferè omnium causa est stomachi infirmitas* (2). »

Van Helmont en créant son archée, qu'il plaçait entre la rate et l'estomac, et qu'il regardait comme la cause de toutes les maladies, a transformé en puissance idéale et occulte, l'influence pathogénique de l'estomac reconnue avant lui par Galien et Alexander Benedictus.

Baglivi a montré l'importance séméiologique de l'appétit, dans un aphorisme, que le praticien doit avoir toujours à la pensée : « *Appetentia bona omnia bona, appetentia mala omnia mala.* »

Stoll, comme l'on sait, a le mieux décrit tous les symptômes de la dyspepsie saburrale, et surtout, il a le mieux étudié l'influence de cette dyspepsie, sur la production et l'entretien d'une foule de maladies.

(1) *Apud juntas. Tertia classis,* p. 169, H.

(2) Opera, p. 1125. Basileæ, 1539.

Wedekind, médecin de Nuremberg, a traité des maladies d'origine gastrique, dans une dissertation qui a pour titre : « *De morborum primarum viarum vera notitia et curatione, nec-non de morbis ex earumdem affectionibus oriundis, atque cum iisdem complicatis* (1). » Cet auteur, comme l'on voit, a parfaitement encadré son sujet. Mais le sujet est traité d'une manière vague et embarrassée. On y voit des discussions interminables sur le mode de production des maladies qui dépendent d'une affection des premières voies ; l'auteur insiste beaucoup trop sur les *acrimonies acides, âcres* ou *putrides*, qui sont engendrées dans les voies digestives.

Cullen mérite une place distinguée dans cette revue. C'est lui qui le premier a compris, sous le nom de dyspepsie, les différents phénomènes gastriques qui jusque-là avaient été étudiés comme tout autant de maladies différentes. « Le défaut d'appétit,— dit cet auteur,— le dégoût, le vomissement, les distensions, subites et passagères de l'estomac, les rapports de différents genres, une chaleur brûlante vers le cœur, des douleurs dans la région de l'estomac, et la constipation, sont des symptômes qui se rencontrent souvent chez la même personne, et que l'on peut, en conséquence, présumer dépendre d'une seule et même cause prochaine. C'est pourquoi on peut les considérer comme une seule et même maladie, à laquelle nous avons donné le nom de *dyspepsie* (2). » Cependant, on est étonné de voir Cullen distraire de la dyspepsie et traiter à part, le *pyrosis* ou fer chaud. On est surtout étonné de voir Cullen se borner sèchement à décrire les symptômes primitifs de la dyspepsie, et ne pas signaler la fâcheuse influence que doit exercer la dyspepsie sur la composition du sang et sur les grandes fonctions de l'organisme.

Broussais a attaché son nom à l'histoire des affections gastro-intestinales. Il a cherché à démontrer que le tube digestif était le foyer et le point de départ de la plupart des maladies, mais il voulait à tort que ces affections du tube digestif fussent toujours constituées par des phlegmasies aiguës ou chroniques. Pour être conséquent à son système, Broussais appliquait un traitement antiphlogistique à toutes les dyspepsies ; mais les erreurs de cette pratique ont frappé les yeux des moins clairvoyants. L'on a alors répudié le système tout entier, et l'on n'a plus voulu, non-seulement que les affections gastro-intestinales fussent toutes inflammatoires, mais que ces affections eussent une influence sur la production des maladies. Il est temps de revenir à des idées de conciliation, et de reconnaître tout à la fois, que les lésions fonctionnelles du tube digestif peuvent tenir à des causes diverses, et qu'elles entraînent après elles une altération de tout l'organisme.

THIBIERGE, *interne du service.*

Deux cas de fractures par contraction musculaire,

Par M. BARDINET.

1re *Observation.* — Dans le courant d'octobre 1844, je suis appelé en consultation avec M. Bleynie près d'un teinturier du pont Saint-Martial, nommé X..., qui s'était fracturé la cuisse droite de la manière suivante : cet homme, voulant ôter ses bottes avant de se coucher, se met debout sur le pied gauche, et place sa jambe droite en travers sur le genou gauche. Saisissant alors avec force le genou droit pour le fixer solidement, il pousse sur le talon de la botte pour déchausser le pied... Dans cet effort, son fémur droit se fracture à la partie moyenne.

Le traitement de la fracture a été long et difficile. Le malade avait eu précédemment des affections syphilitiques qu'il avait mal soignées. La consolidation ne s'est faite qu'après l'emploi prolongé de moyens spécifiques, et a laissé après elle un gonflement considérable de l'os, pour lequel un grand nombre de nos confrères ont été successivement consultés.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. L'influence du virus syphilitique (qu'il ait une action générale sur tout le système osseux, ou seulement une action locale sur le point de l'os qui se rompt) suffit à expliquer la facilité anormale avec laquelle la fracture s'est produite.

Mais dans le second fait que j'ai observé, il n'y avait, en apparence, du moins, aucune cause générale, et l'on ne pouvait invoquer comme cause locale qu'*une douleur* qui se faisait sentir, par intervalle, au bras, depuis huit ou dix mois.

Voici le fait :

2e *Observation.* — Le 1er juillet 1845, un jeune soldat du 13e chasseurs, nommé Humbert, voyant un chien qui s'était introduit dans la cour de la caserne, et qu'il voulait chasser, saisit une pierre. Le chien se trouvant à une assez grande distance, Humbert se dispose à lancer la pierre avec force ; mais, alors que le bras est levé, et au beau milieu de son effort, la pierre tombe, et le bras reste en arrière..... Il était fracturé à sa partie moyenne.

Humbert est jeune, vigoureux, parfaitement constitué, et n'a jamais eu de maladie syphilitique. Tout en lui semble indiquer la meilleure santé. *Seulement*, depuis huit ou dix mois, il éprouvait, à la partie moyenne du bras fracturé (c'est le gauche : Humbert est gaucher), des douleurs assez vives qui disparaissaient parfois, mais qui, à différentes reprises, sont revenues assez fortes pour qu'il ait dû interrompre son service pendant plusieurs jours. Ces douleurs ne s'étendaient pas aux parties voisines, aux articulations de l'épaule et du coude, et ne paraissaient pas rhumatismales. Elles doivent résulter d'une altération locale.

4 *août.* Trente-quatre jours seulement se sont écoulés depuis que la fracture a eu lieu : on lève l'appareil, et on trouve une consolidation parfaite. J'avoue que je n'espérais pas un pareil résultat.

J'ai examiné avec soin le bras d'Humbert, et je l'ai trouvé dans de bonnes conditions. Il y a un peu de tuméfaction dans l'humérus, au voisinage de la fracture ; ce qui est tout naturel, vu la période encore peu avancée du travail de consolidation ; mais il ne reste pas traces de mobilité anormale. Humbert sent que son bras est assez fort ; il s'en sert sans douleurs, et même sans difficulté : il ne veut plus d'appareil. Il est à remarquer qu'il n'a pas ressenti, de tout le mois dernier, les douleurs qu'il avait autrefois éprouvées au niveau de la fracture.

Après la lecture de cette dernière observation, M. Bouteilloux fait remarquer que les fractures de ce genre sont rares, et d'un mécanisme difficile à expliquer. « On comprend très-bien, dit-il, que la rotule, l'olécrane, le calcanéum, se laissent rompre sous l'influence d'une violente contraction musculaire : ces parties osseuses forment des sortes de leviers à l'extrémité desquels les muscles viennent s'insérer sous un angle tout à fait favorable à leur action. Il n'est pas étonnant qu'elles cèdent sous une contraction brusque et énergique. Mais on ne comprend pas aussi bien comment peut s'opérer, par l'effet d'une simple contraction musculaire, la rupture d'un os long à sa partie moyenne. »

La distinction établie par M. Bouteilloux entre les différentes espèces de fractures attribuées à la contraction musculaire est parfaitement juste, et il ne manque pas de chirurgiens qui ont complétement nié qu'un os long pût être fracturé par contraction musculaire à sa partie moyenne, sans altération préalable dans sa texture.

Mais cette négation absolue n'est plus possible aujourd'hui, en présence des faits, très-précis sinon très-nombreux, qui la combattent, et qui prouvent que les fractures des os longs par contraction musculaire, pour s'opérer dans des conditions qui doivent les rendre et les rendent, en effet, beaucoup plus rares que celles de la rotules, de l'olécrane, etc., n'en sont pas moins très-réelles.

C'est l'opinion de M. Nélaton, qui dit, à la page 635 du 1er volume de sa *Pathologie chirurgicale :* « Je pense que l'on ne peut se refuser à admettre que la contraction musculaire, peut, dans certains cas, acquérir assez d'énergie pour fracturer un os long sans qu'il existe une altération du tissu osseux : ainsi, par exemple, dans une impulsion énergique donnée au bras pour lancer un projectile, pour porter un coup. »

MM. Denonvilliers et Gosselin soutiennent le même avis dans leur *Compendium de chirurgie* (t. 2, p. 228). Après avoir dit que les contractions musculaires peuvent avoir assez de force pour briser la rotule, l'olécrane et le calcanéum, ils ajoutent : « L'action musculaire peut-elle seule produire la fracture d'un os long? » Et ils répondent : « La plupart des chirurgiens pensent que cette cause ne peut être suffisante qu'autant que l'os est déjà altéré dans sa structure. On conçoit cependant que l'action musculaire exagérée, soit dans des convulsions, soit dans de violents efforts, puisse déterminer, à elle seule, cet accident chez des individus d'ailleurs sains. » Ils citent à l'appui de cette manière de voir un certain nombre d'observations, dont plusieurs leur paraissent échapper à toute contestation. Les unes sont relatives à des fractures d'humérus ; les autres, à des fractures de fémur et de tibia. Ne parlons que des premières, qui ont plus particulièremedt trait au cas que nous avons rapporté nous-même.

(1) Nuremberg, 1792.

(2) T. II, article Dyspepsie.

On lit dans les *Mélanges des curieux de la nature* qu'un enfant, âgé de dix ans, se brisa l'humérus par contraction musculaire pendant un accès d'épilepsie.

M. Chamfern a vu, chez un garçon de douze ans, une fracture de l'humérus produite par l'action de lancer une pierre (Léveillé, *nouv. Dict. chir.*, t. II, p. 164).

Amyaud, Bottentuit, rapportent des cas de fracture de l'humérus produite par la seule contraction musculaire (*Compendium de chirurgie*).

Samuel Cooper a vu un homme d'une constitution athlétique se rompre l'humérus en essayant de donner un coup de poing, bien que, ayant manqué son but, la main n'eût frappé contre aucun corps.

D'après MM. Denonvilliers et Gosselin, des faits analogues seraient rapportés par MM. Hamilton, Labate (*Gaz. méd.*, 1840, p. 475), Santucho (*Rev. méd.*, mars 1841, p. 395), Naronovicht (*Gaz. méd.*, 1842, p. 218), Van Nierep (*Gaz. des hôp.*, 16 mai 1844).

En faut-il davantage pour se croire en droit de conclure, avec les auteurs du *Compendium de chirurgie*, « que la contraction musculaire peut, dans certains cas, acquérir un assez haut degré d'énergie pour surmonter la force de résistance des os longs, et en produire la fracture? »

Il est toutefois une opinion que le fait de notre jeune soldat paraît tout particulièrement confirmer. C'est celle de M. Malgaigne. Ce professeur, qui conteste l'action de la plupart des causes générales que l'on considère comme prédisposantes aux fractures, croit qu'il est une autre cause beaucoup plus fréquente et beaucoup trop négligée, c'est l'*inflammation locale du tissu osseux*. Il désigne ainsi une affection qui se traduit généralement à l'extérieur par des *douleurs sourdes* que le malade rapporte à une contusion antérieure, ou à quelque atteinte de rhumatisme, rarement assez forte pour exciter une réaction générale, et n'attirant guère l'attention que lorsqu'enfin on voit, sous un effort peu considérable, se produire une fracture *au lieu même qu'occupait la douleur*.

La plupart des fractures des os longs se prépareraient de cette manière, d'après M. Malgaigne.

Un garçon menuisier éprouvait, depuis un mois, des douleurs rhumatismales assez vives dans le bras gauche. Une fracture se fit en appuyant fortement la main sur la poignée d'un vilebrequin qu'il faisait tourner de la main droite.

Un laboureur se cassa le bras droit en lançant une pierre : on apprit qu'il avait toujours joui d'une bonne santé, excepté depuis un mois que *des douleurs au bras droit* s'étaient accrues au point de l'empêcher de travailler.

Comme ce laboureur et ce garçon menuisier, mais depuis plus longtemps qu'eux (huit ou dix mois), notre jeune soldat avait éprouvé, à la partie moyenne du bras, *une douleur fixe* et parfaitement circonscrite qui l'avait plusieurs fois obligé à interrompre son service. Il est donc infiniment probable que, suivant l'opinion de M. Malgaigne, il existait en ce point une inflammation locale qui a diminué la résistance naturelle de l'os, et facilité la fracture. Il est seulement étonnant que, avec cette lésion, la fracture se soit si promptement et si bien consolidée.

(*Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de Limoges.*)

Observation de M. Signoroni.

De l'ablation totale du maxillaire inférieur.

(*Suite. Voir les nos* 92, 93, 94.)

On ne connaît ici de cette observation que la description suivante des procédés opératoires, publiés par la *Gazette médicale* (1844, p. 178). L'observation originale ne contient du reste guère d'autres détails d'après les traducteurs. Voici cette observation :

Observation. — Le malade, assis sur une chaise, la bouche ouverte et les mâchoires aussi écartées que possible; la surface de la cavité buccale bien nettoyée des mucosités, on procéda ainsi :

1er *temps.* — *Dénudation de la mâchoire.* — Avec son scalpel en forme de petite hache, M. Signoroni pratiqua une incision à la muqueuse, dans le point qui unit la paroi buccale à la partie externe de la mâchoire, et tout le long du corps de celle-ci. Une autre incision semblable, et parallèle à la première, fut faite en dedans de la base de la mâchoire. En passant le doigt indicateur autour de l'os cerné par ces deux incisions, on parvint à le séparer de tous les tissus fibreux et aponévrotiques adhérents à sa surface. Alors, reprenant le scalpel, le chirurgien fit une incision à la muqueuse, le long du bord antérieur de la branche verticale du côté gauche; puis, avec le doigt introduit dans cette solution de continuité, et poussé de vive force sur les côtés de l'apophyse, il opéra la séparation des tissus qui y adhèrent, et compléta par là l'isolement de l'os.

2e *temps.* — *Résection de la mâchoire.* — Avec ses ciseaux ossivores à bec de grue, l'auteur divisa le corps du maxillaire dans le point où il s'unit avec la branche droite. Cette section fut facilitée par l'état de mollesse que la maladie avait donné au tissu osseux.

3e *temps.* — *Désarticulation de la mâchoire.* — L'opérateur saisit alors par ses faces latérales la branche de la mâchoire au moyen d'une sorte de tenaille à mors très-allongés. En la serrant ainsi près du col, il lui fit successivement exécuter, en la tirant tour à tour en sens différents, d'abord une luxation en avant, puis une luxation en dehors, et enfin une luxation en dedans. Grâce à ce dernier déplacement que les deux précédents avaient rendu possible, l'os se trouva, de ce côté, détaché de tous les liens qui le retiennent dans la cavité glénoïde. Il ne restait plus qu'à extraire par la bouche la pièce osseuse ainsi isolée; ce dernier temps s'accomplit avec la plus grande facilité, et permit de voir que la maladie avait converti l'os en une substance sarcomateuse. Pour prévenir le renversement en arrière de la langue et les accidents qui en résultent, on passa au travers de son tissu une anse de fil que l'on maintint autour du cou.

M. Signoroni se proposait de compléter l'opération en séparant la branche droite de la même manière que la gauche venait de l'être. Mais, quoiqu'il n'y eût eu aucune hémorrhagie importante, le patient tomba en syncope, et cet accident se prolongea au point qu'on jugea prudent de remettre à un autre moment la fin de l'opération.

Les suites furent aussi simples que possible. La réaction traumatique, tant locale que générale, ne fut de nature à exiger ni évacuation sanguine, ni médication énergique d'aucune espèce. Le huitième jour, le plancher de la bouche ayant repris ses adhérences avec les parties voisines, on put enlever le fil qui retenait la langue. A cette époque, le malade se trouvait très-bien; il pouvait avaler et articulait assez nettement. On crut alors le moment arrivé de terminer entièrement l'opération; ce qu'on exécuta en séparant et enlevant la branche droite de la même manière qu'on avait procédé du côté gauche. Ce dernier temps fut même plus aisé, soit parce que le segment osseux auquel on avait affaire était plus mobile, soit parce que la cavité buccale, débarrassée de la tumeur ostéo-sarcomateuse, se prêtait alors plus librement à l'expectoration et aux manœuvres nécessaires. Les conséquences de cette seconde opération furent aussi simples que celles de la première; il n'y eut (c'est l'auteur qui parle) aucune trace de suppuration.

Le 27 septembre 1842, le malade fut présenté à la sous-section de chirurgie du congrès de Padoue. La difformité s'effaça presque complétement par la suite. Grâce à une effusion de lympe concrescible qui donna aux parties de l'épaisseur et de la consistance, la dépression du menton et des joues se combla à souhait. A peine la lèvre inférieure paraissait-elle un peu pendante, comme elle l'est chez les individus qui ont perdu leurs dents.

Le sujet continua pendant quelques mois encore à jouir du bienfait de l'opération; il était même retourné dans son pays. Mais au bout de neuf mois M. Signorini apprit qu'il avait succombé à une reproduction de l'affection cancéreuse dans le temporal gauche. Aucun autre détail n'est donné sur la nature et la marche de cette récidive.

Sur l'existence de l'ammoniaque dans l'air, etc.

Nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la lettre suivante, adressée à M. Chevallier par MM. Viale et Latini, ainsi que les quelques mots de réponse dont le savant chimiste de Paris l'a fait suivre dans le *Journal de chimie médicale*.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le *Journal de Chimie médicale* du mois de mai se trouve une lettre que vous avez adressée à M. le rédacteur du *Moniteur des hôpitaux de Paris*, et dans laquelle vous nous reprochez d'avoir eu le tort assez grand

de ne mentionner qu'une partie des faits relatifs à l'existence de l'ammoniaque dans les plantes, l'eau et l'atmosphère. Suivant vous, les résultats que nous avons présentés au public ne seraient d'ailleurs qu'une application seulement plus étendue de ces mêmes faits connus et publiés depuis longtemps.

Nous nous voyons avec peine obligés, Monsieur, de dire que vous nous avez jugés avec trop de précipitation et sans assez de connaissance de cause.

L'article du *Moniteur* est un extrait du mémoire que nous avons publié le 20 novembre de l'année dernière; or, ce mémoire, dont nous avons offert un exemplaire à l'Académie des sciences de Paris, et au directeur du *Journal de Pharmacie,* contient expressément ce que vous avez cru nous reprocher d'avoir omis.

A la page 16, nous nous exprimons en ces termes : « Au moment de ter-
« miner notre travail, on nous apprend que dans l'ouvrage de M. Liebig
« (*Chimie appliquée à la physiologie végétale*) il est démontré que l'air,
« l'eau, la terre et les plantes renferment de l'ammoniaque. Loin d'avoir
« la pensée de contester en rien la priorité de cette découverte, nous
« sommes, au contraire, les premiers à vouloir rendre hommage à l'illustre
« chimiste de Giessen. »

Nous avons cité Vauquelin et Hierne comme les premiers qui aient signalé de pareils faits; nous avons cité Liebig comme ayant exposé récemment tous les faits publiés avant lui sur cette matière importante. Nous sommes donc en droit de conclure, Monsieur, que nous ne nous sommes jamais approprié rien de ce qui appartient aux autres.

Comme il ressortait clairement de nos fréquentes expériences que l'ammoniaque se trouve dans toutes les plantes et dans les diverses parties des plantes, nous n'avons pas cru nécessaire d'appuyer ce fait sur une auterité étrangère. Nos expériences, en effet, étaient précises, concluantes; elles nous amenaient à poser ce principe; que l'ammoniaque n'est pas un *produit,* mais un *éduit*, c'est-à-dire qu'elle ne provient pas d'un mouvement de décomposition d'un corps dans ses éléments constitutifs, mais qu'elle existe dans les trois règnes à l'état de sel, ou, si l'on veut, toujours combinée avec des acides minéraux ou organiques.

Si, par les observations de vous, Monsieur, et de quelque autre savant, le nitrogène est un élément constitutif des plantes; par nos expériences, nous serions amenés à conclure que cette substance n'est qu'un constitutif de l'ammoniaque, qui existe déjà toute formée dans les plantes à l'état de sel.

Jusqu'ici, tous les chimistes ont fait de l'azote l'attribut distinctif de certaines plantes, qu'ils appellent pour cette raison : *plantes azotées.* Ils ne l'auraient pas fait s'ils s'étaient persuadé que l'azote est un élément propre du règne végétal aussi bien que du règne animal.

Ils ont négligé de rechercher et déterminer l'existence des sels ammoniacaux dans les eaux minérales, les eaux de fontaines, de rivières, de marais, et dans presque toutes les plantes; ils se sont contentés de signaler l'existence d'une substance organique ou semblable; et tout cela, Monsieur, après les ouvrages de Dumas, Liebig, Gerhardt, et autres savants.

Nous nous sommes bornés à fixer l'attention des chimistes sur un sujet aussi important. Nous avons cru qu'il fallait rechercher, dans les analyses chimiques, aussi bien les sels d'ammoniaque que ceux de potasse, de soude, de fer, de manganèse. Cet alcali est au règne organique ce qu'est la chaux au règne minéral; on le rencontre partout combiné, tantôt à des acides minéraux, résineux, lipidiques, tantôt à des huiles volatiles ou fixes; tantôt, enfin, à des métalloïdes.

D'apres ces vues, qui ne sont pas entièrement celles des autres chimistes, nous avons fait un appel aux savants, afin d'apporter à la science tous les changements qu'exigerait la théorie de l'ammoniaque soutenue par Liebig, et confirmée et modifiée par nos expériences.

Veuillez, Monsieur, faire insérer cette lettre dans votre prochain uuméro.

Agréez, etc. B. Viale. — V. Latini.

Rome, le 31 mai 1853.

Nous aurions pu refuser l'insertion de la lettre de MM. Viale et Latini, en établissant que ces savants ne répondent pas et tournent la question que j'ai soulevée dans le *Moniteur des Hôpitaux;* mais ils y ont mis une telle insistance, qu'il y aurait eu mauvaise grâce à ne pas céder.

Tout en donnant à MM. Viale et Latini cette preuve de condescendance, nous n'en persistons pas moins dans les opinions que nous avons émises dans le *Moniteur des Hôpitaux,* opinions qui sont basées sur des faits positifs.

A. Chevallier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous apprenons avec une vive douleur qu'un de nos confrères les plus éminents a été victime d'un accident déplorable.

Vendredi dernier, M. Giraldès, chirurgien par interim de l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le professeur Gerdy, assistait à l'autopsie d'un individu qui avait succombé à un rétrécissement organique de l'œsophage. La pression exercée sur les branches des ciseaux, afin d'ouvrir le larynx, qui se trouvait ossifié, produisit une fracture sur l'une des lames, près de la pointe. L'extrémité acérée fut projetée avec force, et, par une sorte de fatalité, alla s'enfoncer dans l'œil droit de M. Giraldès.

Des accidents aigus se sont développés avec une intensité et une rapidité effrayantes. Dès le lendemain l'œil semblait déjà sérieusement compromis; aujourd'hui il paraît certain que la vision sera complétement perdue de ce côté.

Il est inutile d'ajouter que les soins les plus éclairés et les plus affectueux ont été prodigués à notre honorable confrère, dont l'état général est jusqu'ici excellent.

— La *Société médico-psychologique* s'est ajournée au dernier lundi d'octobre. — Elle a constitué ainsi qu'il suit son bureau pour l'année scolaire 1853-1854 :

Président, M. Gerdy; — Vice-président, M. Buchez; — Secrétaire général, M. Dechambre; — Secrétaire des Séances, M. Brierre de Boismont; — Secrétaire trésorier, M. Michéa.

Comité de rédaction : MM. Cerise, Baillarger et Delasiauve.

— Le dernier numéro des *Annales d'Oculistique* nous parvient accompagné de l'avis suivant :

Après quatorze années d'existence pendant lesquelles l'intérêt et la sympathie du monde médical y ont toujours été acquis, les *Annales d'Oculistique* étaient menacées de périr par la mort de leur propriétaire et rédacteur en chef, le docteur Cunier, lorsque d'anciens collaborateurs de ce journal, en appréciant toute l'importance au point de vue scientifique, se se sont réunis pour le continuer. A cet effet, ils ont resserré plus étroitement que par le passé, les relations nouées par l'ancien propriétaire avec les célébrités ophthalmiques contemporaines de tous les pays, ils en ont formé de nouvelles non moins précieuses et se sont assurés de la collaboration réelle de tous.

Leur intention n'est pas de faire ici l'éloge du travail qu'ils se proposent d'effectuer, ni de faire sonner haut les efforts qu'ils vont faire pour y parvenir. Ils laissent au temps à en fixer la valeur. Tout ce qu'ils peuvent promettre, c'est qu'indépendants par caractère et par position, libres de tout engagement, étrangers à toute coterie, ils n'auront jamais pour seul but de leur publication que la science.

Le Comité de rédaction : Fallot, médecin en chef honoraire de l'armée, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.; Bosch, chirurgien adjoint à l'Institut ophthalmique du Brabant, membre de l'Académie de médecine, etc; Haimon, directeur de l'Institut ophthalmique de l'armée, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Louvain, membre de l'Académie de médecine, etc.; Van Roosbroeck, médecin-oculiste du roi, directeur de l'Institut ophthalmique du Brabant, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Gand; Warlomont, docteur en médecine, *rédacteur-gérant.*

Les noms dont l'avis qui précède est signé ne nous permettent pas de douter un seul instant que cet avis ne soit très-sérieux. S'il en est ainsi, on se demandera peut-être ce que signifient les annonces officieuses qui courent ici, et d'après lesquelles les annales du savant et regrettable Florent Cunier se continueraient à Paris, non loin de notre Faculté. Les faits ne tarderont pas sans doute à éclaircir ce mystère.

— Les nouvelles suivantes de Perse confirment en quelque sorte celles qui nous avaient paru si tristement exagérées, il y a quelques semaines. Il serait difficile de voir plus de fléaux abattus à la fois sur une même nation. Cependant, les détails administratifs et politiques qui accompagnent la partie scientifique de la correspondance que nous allons reproduire laissent espérer, par leur impossibilité, que cette confirmation aurait besoin elle-même d'être confirmée.

« L'état de la Perse est loin d'être satisfaisant aujourd'hui. Le choléra et le typhus déciment presque toutes les provinces. Le tremblement de terre du 2 mai a réduit Shiraz et Kashan en ruines et mis à sec la rivière de Zainderhood, qui fournissait l'eau à la population. »

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 96. 1re année. Jeudi 11 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 12, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances des Académies. — De la thérapeutique des maladies articulaires, à propos du Traité de M. Bonnet (de Lyon). — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Exostose éburnée de l'os ethmoïde occupant toute la masse latérale droite de cet os, etc. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 10 août 1853.

Séances des Académies.

Bien des gens ont pu croire que si l'Académie était aussi pressée d'en finir avec la discussion de la surdi-mutité, c'était pour se livrer à des travaux plus importants, plus utiles, plus en rapport avec la nature habituelle de ses occupations. Nos lecteurs doivent être aujourd'hui bien convaincus que l'Académie voulait tout simplement se reposer un peu. En effet, depuis deux mois, elle n'a lu que deux véritables rapports, ceux de MM. Larrey et Gibert ; et si quelques lecteurs bénévoles n'étaient pas venus à son secours, on peut dire que la richesse n'aurait pas été la qualité dominante de ses ordres du jour. Hier, ce sont MM. Danger, Szokalski et Maisonneuve qui sont venus lui prêter leur concours.

Nous ne devons cependant pas omettre les rapports de M. Robinet sur les remèdes secrets, rapports si ingrats par leur nature, mais auxquels M. Robinet possède l'art de donner un véritable intérêt. L'un de ces rapports nous semble de nature à trouver place dans ce journal, mais au chapitre de la chronique. C'est là que nous le publierons prochainement.

Le nom de M. Danger n'est pas sans avoir acquis une certaine renommée par son association avec celui de M. Flandin ; c'est au moins un savant trois-quarts ; on devait donc s'attendre à ce que le mémoire de l'honorable chimiste offrirait soit des points de vue nouveaux, soit, à défaut de ce mérite, une appréciation exacte, une application rationnelle de faits déjà connus. Notre attente, nous devons le dire en toute sincérité, a été singulièrement trompée. Les expériences toxicologiques de M. Danger nous paraissent plus qu'équivoques ; sa thérapeutique, ou plutôt ses doctrines thérapeutiques, sont pour le moins très-aventureuses, et quant à sa physiologie, nous ne pensions pas qu'il en existât encore une semblable à notre époque, du moins parmi ceux qui, comme M. Danger, ne font pas métier de soumettre à l'approbation de l'Académie des cataplasmes de pigeons confits ou autres formules analogues. Pour ne citer qu'un exemple en faveur de notre opinion, car le rapport dont le mémoire de M. Danger sera l'objet, nous obligera, sans doute, à revenir sur les diverses questions que nous ne faisons que soulever ici, nous prendrons le fait suivant parmi tous ceux qu'invoque M. Danger : si vous introduisez une substance absorbable et non assimilable (de l'acétate de cuivre, je suppose,) dans le tissu cellulaire du cou, par exemple, cette substance passera dans l'estomac sans entrer dans le système circulatoire, et sera expulsée sans qu'on puisse la trouver, dans le sang, dans les urines, etc. Si, au contraire, vous introduisez cette substance dans l'estomac, elle voyagera par la même voie, mais en sens contraire, jusqu'à la peau. En sorte que, d'après M. Danger, entre le tissu cellulaire du cou ou de la cuisse et l'estomac, il y a d'autres voies de transport, d'autres intermédiaires que les veines, le cœur et les artères ; il y a plus, il semble croire, dans un passage, que ces intermédiaires sont les vaisseaux lymphatiques, oubliant sans doute, ce que personne ne peut oublier, que le réservoir commun des voies lymphatiques verse lui-même son contenu dans l'arbre circulatoire sanguin.

Il en est de l'iode et de tous les corps inassimilables comme de l'acétate de cuivre. Comme fait, ce que M. Danger avance est la plus complète des erreurs ; car, pour ne parler que de l'iode, il faut être resté étranger à tous les travaux les plus récents pour ignorer qu'à la suite d'une simple injection iodée dans un abcès, le métalloïde a été retrouvé dans les urines ; comme doctrine physiologique, l'opinion de M. Danger ne saurait se discuter.

Or, la doctrine thérapeutique n'est qu'une conséquence de la doctrine physiologique. C'est parce que l'iode ne peut être absorbé par l'estomac, ou du moins absorbé de façon à passer dans le système vasculaire sanguin, et par conséquent traverser le poumon ou sur tout autre organe, qu'il ne peut agir, suivant M. Danger, qu'à la condition d'être porté directement sur la partie malade elle-même. On voit que les beaux faits thérapeutiques, dus à l'emploi de l'iodure de fer à l'intérieur, par les dragées d'iodure de fer de Gille, les faits non moins remarquables que nous offre l'usage de l'iodure de potassium, bien plus, les faits sur lesquels est basée la médication mercurielle elle-même, tout cela est comme non avenu pour M. Danger, puisque tous ces corps, iodure de fer, iodure de potassium, iodure ou chlorure de mercure sont des corps absorbables et inassimilables, c'est-à-dire des corps incapables de passer dans le système sanguin après leur injection dans l'estomac, incapables, par

conséquent, d'agir sur un organe, s'ils ne sont pas directement portés sur lui. Une telle doctrine est trop facile à juger pour que nous croyions utile d'y insister davantage pour le moment; nous attendrons donc le rapport.

La séance a été close par la lecture, faite par un praticien zélé, M. Szokalski, de trois observations d'ulcération cancéreuse de la face dorsale de la main, par l'exposé fait par M. Maisonneuve d'une des plus remarquables opérations de la chirurgie, et par un comité secret, dans lequel l'Académie a adopté, conformément à la proposition de M. Malgaigne, une modification du règlement tendant à ce que l'Académie puisse ajouter un ou plusieurs candidats sur la liste de présentation des commissions. On sait que ce système, est en vigueur à l'Institut, et qu'il est, en effet, conforme aux véritables principes de la justice, comme aux intérêts des savants.

— M. Boinet est venu confirmer à l'Académie des sciences, par sept observations authentiques des plus remarquables, les prévisions émises par notre honorable collaborateur, M. G. Dumont, touchant les avantages des injections iodées dans le traitement des fistules à l'anus. Après la publication des observations de MM. Boinet et G. Dumont, il ne se trouvera pas un seul praticien qui ne s'empresse de recourir aux injections iodées avant de se décider à une opération sanglante; MM. Dumont et Boinet auront donc rendu un véritable et signalé service à la thérapeutique chirurgicale, à celle du moins qui est plus utile aux malades qu'aux chirurgiens, par cela seul qu'elle est à la portée de tout le monde. Les observations de M. Boinet sont même plus remarquables que celle de M. Dumont, en ce sens que quelques-uns de ses cas étaient beaucoup plus graves, et surtout en ce que la guérison a été beaucoup plus rapide; nous croyons toutefois que les praticiens auraient tort de compter habituellement sur une pareille promptitude, et que le cas de M. Dumont, quoique unique, exprime mieux que ceux de M. Boinet la loi générale. Nous terminerons en rappelant aux praticiens le conseil qu'avait donné M. Dumont et qu'a omis M. Boinet, de favoriser, dans les cas graves surtout, l'action des injections iodées par l'administration de l'iode ou l'iodure de fer à l'intérieur.

H. DE CASTELNAU.

De la thérapeutique des maladies articulaires, à propos du Traité de M. Bonnet (de Lyon), intitulé:

Traité de thérapeutique des maladies articulaires.

(2e *article.*)

ARTHRITES ET ARTHRALGIES.

M. Bonnet a régularisé d'une manière très-heureuse le traitement des maladies inflammatoires des jointures, et sous ce titre, nous désignons les diverses variétés d'arthrites et d'arthralgies, que l'affection soit aiguë, subaiguë ou chronique. Chacun sait que les indications sont loin d'être les mêmes dans ces divers cas. Malgré cette diversité, il est possible d'établir des préceptes généraux, relatifs à la direction qu'il convient de donner aux os de l'articulation malade, relatifs surtout à la grande question du repos ou du mouvement. Tantôt, en effet, il faut assurer l'immobilité de la jointure, et tantôt, au contraire, il est nécessaire de rétablir les mouvements. Ces diverses questions, énoncées dans toute leur généralité, ne semblent pas nouvelles. Mais on verra tout à l'heure que M. Bonnet a su, pour ainsi dire, se les approprier, par le développement qu'il leur a donné, et par les ingénieux procédés qu'il a mis en usage. Cet article sera consacré tout entier à exposer et à discuter les utiles procédés établis par l'habile professeur de Lyon sur ce sujet important.

1° *De la position qu'il faut donner à l'articulation malade.* — La première indication à remplir en présence d'une arthropathie, consiste à donner d'abord au membre malade une direction convenable. Les auteurs classiques, qui ont depuis longtemps adopté ce précepte pour plusieurs articulations, notamment pour le coude et pour le genou, ne se sont guère préoccupés que d'une idée. Prévoyant l'éventualité d'une ankylose, ils ont voulu que la jointure fût placée dans une position qui permît d'obtenir ultérieurement le rétablissement des fonctions les plus importantes du membre. C'est ainsi que le genou est placé en extension, tandis que le coude est mis en demi-flexion, afin que le malade, en cas d'ankylose, puisse encore se servir du membre inférieur pour la marche, ou du membre supérieur pour la préhension des objets.

M. Bonnet ne s'est pas écarté de la règle précédente, il l'a même appliquée à plusieurs articulations dont ses prédécesseurs ne s'étaient pas occupés. Mais de plus, il a été conduit par ses observations cliniques à des conséquences qui lui ont permis de présenter la question sous un nouveau jour.

Désormais, la position des jointures n'est plus seulement un moyen préventif destiné à empêcher ou à pallier les effets de l'ankylose. M. Bonnet a démontré que c'est un moyen curatif propre à combattre directement la maladie articulaire.

Dans les arthropathies aiguës ou chroniques, il arrive presque toujours que le membre tend à prendre une direction vicieuse. Dans son premier ouvrage, M. Bonnet a étudié avec soin les causes de ce phénomène; il n'est pas nécessaire de les rappeler; mais il importe d'en indiquer les principales conséquences. Par suite de cette position, certains ligaments sont d'abord relâchés; ceux-là reviennent peu à peu sur eux-mêmes et s'opposent ensuite au redressement. D'autres ligaments sont, au contraire, distendus et soumis à un tiraillement qui a pour effet d'appliquer avec force les surfaces articulaires l'une contre l'autre, d'altérer les cartilages, d'ulcérer les os. De plus, les extrémités osseuses déviées, soulevant et refoulant sans relâche, dans un certain sens, des ligaments dont l'inflammation a diminué la consistance, finissent par ramollir ces ligaments et par les détruire, ce qui favorise singulièrement la production des luxations spontanées. Enfin, et c'est là le phénomène le plus important à connaître, il arrive très-souvent que la douleur, le gonflement, et les autres signes de l'inflammation, persistent, malgré le traitement le plus énergique, aussi longtemps que le membre conserve sa direction vicieuse, et disparaissent, au contraire, avec rapidité lorsque le redressement est obtenu. En d'autres termes, la mauvaise position entretient l'état inflammatoire, et M. Bonnet mérite tous nos éloges pour avoir mis ce fait en évidence.

Pour éviter d'aussi fâcheuses conséquences, le chirurgien de Lyon s'occupe d'abord, dans le traitement des arthropathies, de ramener le membre à une bonne direction. Les procédés qu'il emploie varient suivant la nature de l'articulation malade, suivant que la marche de l'affection est aiguë ou chronique, etc. Mais ce qui distingue surtout sa pratique de la pratique ordinaire, c'est qu'il cherche à obtenir le redressement à toutes les périodes de la maladie, quels que soient le degré et l'acuité de l'état inflammatoire. La plupart des auteurs, au contraire, attendent pour cela la disparition de la douleur, qui indique la chute de l'inflammation.

Le redressement des articulations malades est donc pour M. Bonnet un moyen antiphlogistique. Nous avons vu rarement appliquer cette méthode, et nous n'avons eu que deux fois l'occasion de l'employer nous-même, mais nous pouvons affirmer que ces faits, quelque peu nombreux qu'ils soient, sont tout à fait favorables aux idées du chirurgien de Lyon. D'ailleurs, les résultats obtenus par M. Bonnet sont incontestables, et nous considérons les indications qu'il a établies sur ce point comme un véritable progrès.

Après cette donnée générale, entrons dans quelques détails sur les cas particuliers.

Lorsque le chirurgien est appelé à temps, il doit songer d'abord à prévenir la direction vicieuse du membre, et pour cela, le plus souvent, il doit avoir recours à un appareil. Nous n'en dirons pas davantage ici sur ce point, parce que ces appareils sont précisément les mêmes qui servent à assurer l'immobilité. Nous y reviendrons par conséquent dans le prochain paragraphe.

Mais il arrive souvent que le membre a déjà une direction vicieuse lorsque le malade vient réclamer les secours de l'art, et alors il devient nécessaire d'employer une certaine force pour obtenir une bonne position.

En pareil cas, il peut se présenter deux éventualités :

Ou l'inflammation est déjà très-affaiblie, la douleur nulle ou très-peu considérable, la chaleur peu intense, etc. Cet état réclame le même traitement que la fausse ankylose, ou ankylose incomplète ; et nous en parlerons tout à l'heure, quand nous indiquerons les moyens de rendre aux articulations la mobilité qu'elles ont perdue. Ici, le redressement est fort important sans aucun doute, mais il n'a pas pour but de combattre une inflammation qui n'existe plus, ou du moins qui n'occupe plus que le second plan.

Ou bien l'inflammation est encore assez intense pour produire une vive douleur et une augmentation notable de chaleur. C'est alors surtout qu'il importe de redresser promptement le membre.

Ce redressement peut être obtenu de deux manières : brusquement ou graduellement. Le redressement brusque est très-douloureux ; le redressement graduel l'est beaucoup moins, et il n'est pas douteux qu'avant la découverte des anesthésiques, il aurait dû recevoir la préférence. Aujourd'hui il n'en est plus de même. Grâce à l'éthérisation, la douleur du redressement subit peut être évitée, tandis que le redressement progressif échappe, par sa nature même, aux bienfaits de l'anesthésie. Sous le rapport de la douleur, il y a donc avantage à rendre en une seule séance, aux articulations malades, la direction la plus favorable.

Mais cette seule considération ne suffit pas pour trancher définitivement la question. Éviter la douleur est chose importante, sans aucun doute ; toutefois, le but du traitement est avant tout la guérison, et il s'agit de savoir quelle est, parmi les deux méthodes de redressement, celle qui est en définitive la plus utile.

M. Bonnet donne la préférence à la méthode du redressement brusque. Il est probable que cette préférence est fondée sur les résultats qu'il a obtenus ; mais il ne le dit pas, et c'est là une lacune que nous l'engageons à combler. Il importe, en effet, de connaître un nombre suffisant d'observations, pour pouvoir juger cette question épineuse. En théorie, le redressement brusque semble susceptible d'aggraver quelquefois les accidents. En effet, il s'agit d'une articulation enflammée et douloureuse, et on peut craindre qu'une action violente exercée sur cette articulation, ne redouble l'intensité des phénomènes inflammatoires. Voilà ce que dit la théorie, mais nous en faisons bon marché. Ce sont des faits qu'il nous faudrait. Nous voudrions des observations prises sur des malades soumis aux deux méthodes. Ces faits, il faut bien le dire, M. Bonnet ne nous les a pas fournis.

Le redressement graduel peut être obtenu de diverses manières. Pour le genou, par exemple, le moyen le plus commode consiste à placer le membre dans une gouttière, et à exercer sur le pied, avec des lacs, une traction longitudinale, en même temps que des bandes ou des courroies pressent sur la convexité du genou, de manière à l'affaisser peu à peu. Nous avons mis ce moyen en usage l'année dernière sur une femme atteinte depuis deux mois d'une arthrite du genou. Les douleurs, constantes et excessivement vives, redoublaient au moindre attouchement. Quelques heures après l'application de la gouttière, elles diminuèrent beaucoup, et trois jours après, lorsque le redressement fut complet, la malade cessa tout à fait de souffrir. Nous ajouterons que les phénomènes inflammatoires cédèrent promptement, et que la guérison eut lieu avec une rapidité inespérée.

Nous avons dit que M. Bonnet préfère le redressement brusque. Il l'obtient par la seule action des mains pendant que le malade est soumis à l'anesthésie. Le relâchement des muscles favorise sans doute cette action, et la ténotomie n'est jamais nécessaire.

Lorsque le redressement est opéré, on place le membre dans une gouttière convenable. « Des douleurs assez vives se font « encore sentir pendant un jour à peu près, mais à partir de ce « moment, elles cessent presque entièrement, et tous les symptômes locaux et généraux de l'inflammation s'amendent d'une « manière graduelle. Cette amélioration est tellement certaine, « qu'on peut l'annoncer d'avance. Je ne l'ai jamais vue manquer « dans les arthrites aiguës du genou et de la hanche (p. 141). »

Quoi qu'il en soit du redressement graduel ou instantané, l'essentiel est de redresser le membre. Nous le répétons, ce moyen est réellement antiphlogistique. Là où les sangsues, les vésicatoires, les raies de feu avaient échoué d'une manière complète, le simple repos dans une bonne position suffit souvent pour amener une amélioration rapide. La démonstration de ce fait appartient à M. Bonnet, qui s'est efforcé aussi d'en donner l'explication. Suivant lui, le redressement fait cesser les tiraillements et les pressions anormales qui entretenaient l'inflammation. Il serait possible que ce ne fût là qu'une partie de la vérité, ou même que ce ne fût point du tout la vérité. Il nous paraît que l'efficacité du redressement vient surtout de ce qu'il permet d'assurer, à l'aide d'un appareil, le repos complet d'une articulation qui ne pouvait être immobilisée d'une manière suffisante dans la position vicieuse qu'elle occupait d'abord. La part de M. Bonnet est assez belle en tout ceci, pour qu'il nous permette d'élever quelques doutes sur sa petite théorie des ligaments tiraillés et des surfaces articulaires mutuellement comprimées.

Disons en terminant quelle est, pour chacune des grandes articulations, la position la plus convenable. Pour l'épaule, il faut que le bras soit légèrement écarté de la poitrine, le coude n'étant porté ni en avant ni en arrière. Pour le coude, il faut que l'avant-bras fasse avec l'humérus un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. On luttera aussi contre la tendance à l'abduction de l'avant-bras. Pour le poignet, l'axe de la main sera placé sur le prolongement de l'axe du radius, et l'avant-bras sera mis dans une situation intermédiaire entre la pronation et la supination. Pour la hanche, on placera la cuisse dans une extension médiocre, en évitant à la fois la rotation en dedans et la rotation en dehors. Le genou sera mis en extension pure et simple, et le pied, enfin, devra être maintenu à angle droit sur la jambe.

Mais les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous ont entraîné un peu loin. Nous aurions voulu traiter aujourd'hui une autre question d'une haute importance : celle du repos ou du mouvement de l'articulation malade. Nous en ferons l'objet du prochain article (1).

PAUL BROCA.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Exostose éburnée de l'os ethmoïde occupant toute la masse latérale droite de cet os. — Extirpation complète. — Guérison rapide avec conservation parfaite des fonctions et des mouvements de l'œil.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un jeune homme chez lequel il a fait, il y a trois semaines, l'extirpation d'une exostose de toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf et dure comme de l'ivoire, avait complétement chassé l'œil de l'orbite, et causait au malade d'intolérables douleurs.

Par une opération aussi heureusement exécutée que hardi-

(1) Nous nous en rapportons à l'intelligence du lecteur pour corriger les fautes de typographie qui se sont glissées dans notre premier article.

ment conçue, M. Maisonneuve en a fait l'ablation complète, et chose remarquable, l'œil replacé dans l'orbite a complétement recouvré la faculté de voir. Tous ses mouvements les plus délicats ont été conservés, et la physionomie ne présente pas la moindre altération.

Voici les détails sur cette opération et sur la maladie qui l'a nécessitée.

Joffrin (Théodore), âgé de 22 ans, journalier, d'une constitution robuste, raconte que vers les premiers jours du mois de mars 1853, il commença à ressentir dans la région de l'orbite une sorte de pesanteur et de douleurs sourdes, en même temps il s'aperçut que son œil droit devenait un peu plus saillant que l'autre; il y fit d'abord peu d'attention, ne soupçonnant pas que cela pût être le début d'une maladie sérieuse. Mais bientôt les douleurs orbitaires prirent une intensité considérable, il lui semblait que son œil était pressé dans un étau. Cet organe commença aussi à se dévier en dehors et à sortir de l'orbite en refoulant les paupières en avant.

C'est alors qu'il se décida à consulter un médecin. Celui-ci reconnut l'existence d'une exophthalmie causée par une tumeur dure, placée vers la partie profonde et la partie interne de l'orbite, et considérant avec raison cette affection comme extrêmement grave, il engagea le malade à se rendre à Paris et à venir consulter M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin.

C'est le 5 juillet, que ce chirurgien le vit pour la première fois; l'œil droit était complétement sorti de l'orbite et fortement porté vers la tempe. Les paupières ne le recouvraient que fort incomplétement, aussi la conjonctive était-elle le siége d'un certain degré d'inflammation.

Les larmes, cependant, continuaient leurs cours réguler, et, chose remarquable, la vision n'était pas entièrement abolie.

A l'angle interne de l'œil, on reconnaissait au toucher la pointe arrondie d'une tumeur évidemment plus profonde, et dont on constatait la présence en déprimant les parties molles. Cette tumeur avait une dureté osseuse, elle était peu sensible à la pression, mais elle était le siége de douleurs sourdes qui fatiguaient beaucoup le malade et le privaient de sommeil. La narine correspondante était libre.

En présence de ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita point à diagnostiquer une exostose de la paroi interne de l'orbite, exostose probablement éburnée.

Quelle était la cause de cette affection? Le malade n'accusait aucune circonstance qui pût donner à cet égard le moindre éclaircissement, il n'avait jamais reçu de coup sur l'œil, n'avait jamais eu de syphilis, d'affections cutanées, d'accidents scrofuleux.

Néanmoins, avant de rien entreprendre, le chirurgien, M. Maisonneuve, crut devoir essayer les préparations iodurées. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement, parce que la tumeur, loin de diminuer, continuait à faire des progrès sensibles, et surtout parce que les douleurs n'avaient pas subi la moindre amélioration.

Le malade désirait vivement l'opération, M. Maisonneuve se rendit à ses instances, et l'exécuta, le jeudi 14 juillet, de la manière suivante :

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien cerna, par une incision demi-circulaire, toute la partie interne de la circonférence de l'orbite, en commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite désignées jusqu'aux os, de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraîna avec lui le muscle orbiculaire, et même la poulie du grand orbite.

Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut d'abord étancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites astérioles, puis commença la partie difficile de l'opération.

La tumeur incrustée dans la paroi interne de l'orbite remplissait plus des deux tiers de cette cavité. Sa base ne présentait aucun rétrécissement et semblait se continuer, non-seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure. Son extrémité postérieure était située trop profondément pour qu'il fût possible de la circonscrire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonnée sur laquelle on pouvait avoir prise.

M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec une scie à molette de M. Charrière, avec celle de M. Martin, etc., l'étroitesse de la cavité dans laquelle il fallait manœuvrer ne permit pas de faire usage de ces instruments. On essaya alors les pinces de Liston, mais le tissu de la tumeur était tellement dur et compact, que cet instrument, malgré les efforts les plus considérables, ne parvint même pas à l'entamer. Plus d'une demi-heure se passa dans ces tentatives infructueuses : deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides. Une autre pince, fournie par M. Charrière, qui assistait à l'opération, eut le même sort.

Convaincu qu'il ne pouvait rien obtenir des instruments sécateurs, le chirurgien envoya chercher un ciseau à froid ; puis, à l'aide de cet instrument et d'un maillet, il chercha à buriner la tumeur. Celle-ci résistait toujours et ne se laissait point entamer; un de ses mamelons seulement, gros comme une noisette, se détacha après bien des efforts et fut lancé au loin. Ce résultat, en apparence bien minime, fut cependant la circonstance qui décida le succès. En effet, derrière ce mamelon, la tumeur présentait une gorge ou rainure, au fond de laquelle le tissu osseux avait une moindre densité. Le ciseau, violemment percuté par le marteau, finit par y pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile. Cette mobilité, toutefois, était bien peu prononcée, car il fallut un examen attentif pour établir bien positivement son existence.

Un grand résultat était acquis : cette tumeur, si réfractaire à toute tentative de section, s'était détachée en masse ; elle était mobile, il semblait qu'il n'y avait presque plus rien à faire pour en opérer l'extirpation ; mais de nouvelles difficultés attendaient encore l'opérateur.

Cette tumeur éburnée formait du côté des fosses nasales un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ces deux portions étaient comme étranglées par une sorte d'anneau osseux, fermé en haut par le frontal, en bas et en avant par l'os maxillaire supérieur et son apophyse montante. Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toutes sortes, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc.

M. Maisonneuve portant aussitôt le doigt dans l'excavation profonde produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans quelque surprise, que l'intérieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissée par une sorte de membrane tomenteuse. Aucune communication apparente n'existait avec le sinus maxillaire, ni même avec les fosses nasales.

Pendant toute cette opération difficile, l'œil n'avait pas été un instant froissé ; les os voisins de la tumeur avaient été scrupuleusement ménagés ; aussi M. Maisonneuve ne craignit-il pas, après avoir remis l'œil en place, de rapprocher par première intention les lèvres de la plaie, au moyen de la suture entortillée.

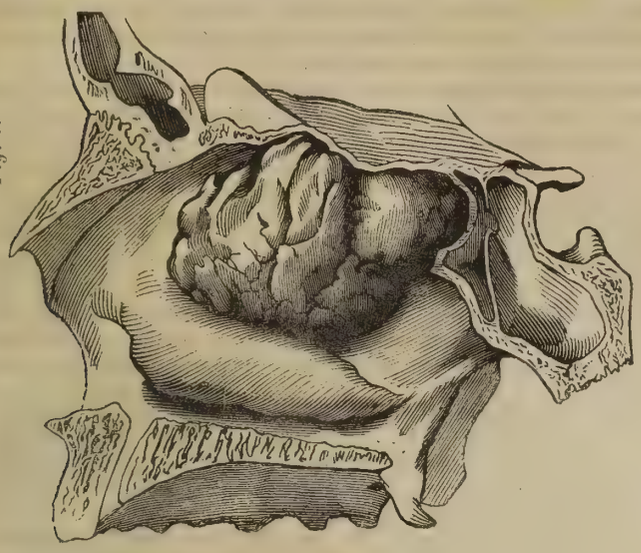
L'opération tout entière avait duré une heure et demie. Le malade, soumis au chloroforme, s'était réveillé à plusieurs reprises, et plusieurs fois aussi avait été plongé de nouveau dans le sommeil anesthésique.

En lisant les détails de cette opération laborieuse, on ne peut s'empêcher de craindre que des accidents graves ne dussent se manifester soit du côté du cerveau, soit au moins dans la profondeur de la face et surtout du côté de l'œil. Il n'en a rien été. L'œil remis en position a repris presque immédiatement ses fonctions. Ses mouvements eux-mêmes ont tous été parfaitement conservés ; la plaie s'est réunie par première intention, et la fièvre traumatique n'a, pour ainsi dire, pas été sensible.

L'examen de la pièce a fait reconnaître une tumeur osseuse

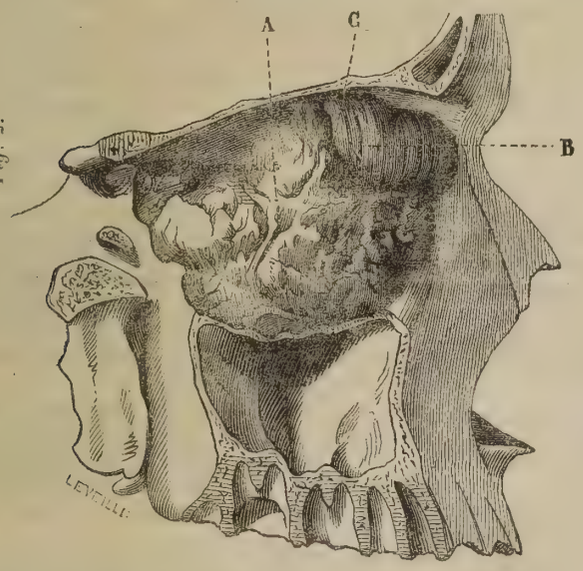
complétement éburnée, dont la forme générale rappelait parfaitement l'os ethmoïde (*fig.* 1 et 2). Ses dimensions étaient pour

Fig. 1.



le diamètre antéro-postérieur, 0,05; pour le diamètre transversal, 0,04; pour le diamètre vertical, 0,04. La face interne est

Fig. 2.



lisse et régulière, l'externe convexe et mamelonnée. La supérieure présente en avant une excavation profonde où se voient

Fig. 3.

les traces d'une rupture. C'est par là que la tumeur était soudée au frontal, dans une étendue de 2 centimètres.

L'antérieure est divisée verticalement par une rainure dont les bords mamelonnés embrassaient l'apophyse montante de l'os maxillaire. Enfin, la postérieure représentait plutôt un bord arrondi, dont le tubercule supérieur répondait au trou optique. Cette tumeur pesait 28 grammes.

Aujourd'hui 9 août, le malade, présenté à l'Académie, est dans des conditions telles, qu'on hésite vraiment à dire de quel côté l'opération a été pratiquée (*fig.* 3). La cicatrice est imperceptible; l'œil, parfaitement semblable à l'autre, ne présente pas la moindre déviation, il exécute tous les mouvements d'élévation, d'abaissement, d'adduction, d'abduction et de rotation. Les paupières jouissent de toute leur mobilité, et les points lacrymaux fonctionnent comme dans la plus parfaite santé.

M. Maisonneuve, pour bien faire comprendre la position de cette tumeur, l'a fait dessiner enveloppée d'un os maxillaire. Il l'a présenté aussi à l'Académie, enchâssée dans les os d'une tête d'adulte.

On se demande comment, dans une pareille position, ce chirurgien a pu réussir à désenclaver une pareille tumeur.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 août 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs échantillons de remèdes secrets.

2° Notes et rapports sur les épidémies suivantes :

Trois épidémies de fièvres typhoïdes, par MM. Guéneau, médecin des épidémies du canton de Flavigny (Côte-d'Or); Houeix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploërmel; Lacoste, médecin cantonnal de l'arrondissement de Sémur;

Une épidémie de variole, par Duquesnel, de Beaumont-sur-Oise.

3° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Syphilis.

M. Colomiès, chirurgien adjudant de l'hôpital des syphilitiques de Toulouse, adresse une note sur l'emploi du sulfite de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle. Des observations qu'il a faites et qu'il déclare être, du reste, encore insuffisantes, l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que le sulfite de soude guérit la stomatite mercurielle; 2° que l'usage de ce sel permet de continuer le mercure malgré une stomatite commençante; 3° que le sulfite associé au mercure n'entrave pas l'action curative de ce dernier contre la syphilis; 4° que, dans un cas de chancre phagédémique diphthéritique, le mercure uni au sulfite a été manifestement utile.

La dose adoptée par l'auteur est, pour la stomatite confirmée, de 30 grammes de sulfite dans un litre d'eau; on en prend une demi-tasse à café matin et soir. Pour le traitement prophylactique, on ne donne que la moitié de cette dose.

L'auteur en terminant pose, mais pose seulement cette question : « Serait-il bon d'associer généralement, dans le traitement de la syphilis, les deux moyens que nous avons administrés? »

Fièvres intermittentes.

M. le docteur Pietra-Santa adresse divers articles qu'il a écrits sur l'étiologie et la thérapeutique des fièvres intermittentes, et pourront être consultés à titre de renseignements par la commission chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. F. Jacquot. Les travaux de M. Pietra-Santa ont pour but de prouver que la dualité étiologique des fièvres paludéennes n'est pas moins imaginaire que leur dualité thérapeutique.

Variole.

M. le docteur Fumey, de Cuiseaux, adresse *quelques mots sur la variole et la vaccine.*

Ligature de la sous-clavière.

M. le docteur Caccioppoli adresse une observation de ligature de la sous-clavière gauche, pratiquée avec succès pour un anévrisme spontané. Cette observation manque des détails les plus essentiels.

Ergot.

M. Letellier, de Saint-Leu, adresse des remarques sur le développement de l'ergot de seigle.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets, dont les conclusions sont adoptées.

LECTURES.

Phthisie.

M. Danger lit une *note sur l'iode appliqué au traitement de la phthisie pulmonaire.* Voici un long extrait de ce travail :

Tout le monde sait que l'iode est un corps qui, bien que solide à la température ordinaire, répand dans l'air des vapeurs dont l'action est des plus énergiques, qui attaque et corrode presque tous les corps ; aussi la nature fait-elle entrer l'iode dans l'eau de la mer, ce dissolvant universel.

Les corps inorganiques, de même que les corps organisés, ne résistent pas à l'action de l'iode ; on ne peut le peser sans compromettre la balance dont on ferait usage, et la main qui le toucherait serait immédiatement maculée : de là la nécessité de n'administrer l'iode qu'à petites doses ; mais les moyens extraordinaires qu'exige ce corps, dans le manuel opératoire, ont jusqu'ici détourné les praticiens de l'emploi de ce métalloïde à l'état de pureté, pour leur faire adopter l'usage exclusif de préparations iodées beaucoup plus maniables.

Malheureusement ; toutes ces préparations se trouvent, en tout ou en partie, dépourvues de la propriété deshydrogénante que possède l'iode pur ; propriété deshydrogénante caractéristique, essentielle, mais précieuse, et sans laquelle l'iode n'aurait pas d'avantage marqué sur beaucoup d'autres corps, pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans certaines maladies, il est à peu près indifférent que l'iode soit administré sous telle ou telle forme, par telle ou telle voie ; mais il n'en est pas ainsi pour les affections des organes de la respiration ou de la circulation : cela tient à un fait physiologique que j'ai plus d'une fois eu occasion de mettre en évidence, savoir : que les corps absorbables et non assimilables peuvent pénétrer l'organisme, et en être expulsés sans passer par le torrent de la circulation.

Chez les animaux empoisonnés d'un seul coup, par l'estomac ou par le tissu sous-cutané, avec une dose de poison insuffisante pour donner la mort, il ne m'a jamais été possible de constater la présence du toxique dans le sang, ni dans le cœur, non plus que dans les poumons, et ces mêmes organes m'ont présenté une égale absence de toxique dans les empoisonnements chroniques chaque fois que, choisissant mon temps, j'ai eu soin de sacrifier l'animal avant que l'intoxication n'eût pris un caractère grave.

D'un autre côté, lorsque j'ai appliqué sur le tissu sous-cutané d'un animal un corps absorbable et non assimilable, un toxible faible par exemple (soit quinze centigrammes de sulfate de cuivre pour un chien vigoureux), après quelques heures, l'animal s'est toujours débarrassé, par les vomissements, de tout le sulfate de cuivre absorbé et quand ensuite j'ai sacrifié le sujet en temps opportun, j'ai pu retrouver les traces du poison s'acheminant vers l'estomac, sous le tissu sous-cutané du col, par exemple.

Si l'intoxication a été faite par l'estomac ou les intestins, c'est encore la même voie vasculaire lymphatique que parcourt le poison, bien qu'en sens inverse de l'expérience précédente, en choisissant son toxique, le phénomène peut devenir observable à la simple vue.

Lorsqu'on produit une intoxication chronique snr un animal par un sel de plomb, après un certain temps, ses lèvres prennent une couleur telle, qu'on dirait qu'elles ont été peintes avec du sulfure de plomb, et l'analyse chimique y retrouve du plomb.

Ce qui se passe pour les corps inassimilables que j'ai pris pour exemple par la raison que les phénomènes qu'ils présentent sont des plus tranchés et par conséquent des plus faciles à observer, a lieu de la même manière pour les combinaisons iodées, et en général pour tous les corps dont les molécules intégrantes n'entrent pas ou n'entrent qu'en très-petite proportion dans la constitution intime de l'organisme animal.

Parmi le grand nombre de corps divers que j'ai soumis à l'expérience, je n'ai vu entre eux qu'une différence dans la durée de l'action toxique ; ainsi les sels de plomb exigent beaucoup de temps pour être expulsés de l'organisme et les sels d'iode en demandent très-peu.

Si donc, par le fait de l'absorption, l'organisme s'est trouvé forcé d'accepter par un point des corps inassimilables, il tend à s'en débarrasser le plus tôt posible, et par où il peut, en disséminant et refoulant ces corps vers les principaux organes excréteurs.

De ces faits et de beaucoup d'autres que, pour être concis, je passe sous silence, il résulte que, quel que soit le corps inassimilable dont on fasse usage pour combattre la phthisie pulmonaire, ce corps n'aura d'action spéciale que s'il est mis en contact immédiat avec l'organe malade ; que, dans l'espèce, les préparations iodées, administrées par toute autre voie que celle de la respiration, doivent être considérées comme moyens hygiéniques, et qu'en les administrant, on ne peut espérer atteindre d'autre but que celui de rétablir ou de maintenir en bon état les autres fonctions.

Mais si les préparations iodées, administrées par toute autre voie que celle de la respiration sont sans efficacité directe sur les poumons malades, il n'en est pas de même lorsque l'iode pénètre directement dans l'organe.

J'ai dit, en parlant de l'iode, que ce corps était éminemment deshydrogénant, et que cette propriété pouvait offrir des ressources immenses à l'art de guérir. En effet, à peine l'iode est-il en contact avec les matières organiques, qu'il tend à les décomposer en leur enlevant leur hydrogène, pour passer à l'état d'acide hydriodique...

C'est ainsi que l'ammoniaque, les matières ammoniacales (et la plupart des sécrétions morbides ont ce caractère) sont instantanément décomposées par l'iode. Voilà pourquoi l'iode pur est un des corps qui détruisent le mieux les animalcules, les germes, les virus, les levains, les miasmes, comme on voudra les appeler ; voire même les derniers restes d'organisation que peuvent présenter les sécrétions morbides.

Tout ce qui n'a pas une vie propre, forte et robuste, l'iode peut le détruire, le ramener au repos ; et chose remarquable, son action n'est pas tumultueuse, elle suit un ordre, une loi qu'il me serait peut-être possible de formuler, en disant que l'action de l'iode sur les corps organisés est en raison inverse de leur vitalité.

Si l'on touche avec de l'iode différentes parties de l'organisme, partout au point de contact une tache jaune bistrée, plus ou moins intense, fera voir la pénétration de la substance dans les tissus superficiels ; si la quantité d'iode n'a pas été assez abondante, ni son contact assez prolongé pour produire la désorganisation des tissus, alors toutes ces taches disparaîtront, après un temps plus ou moins long : ainsi, les macules du dessus de la main s'effaceront plus tôt que celles des ongles ; celles des parties saines avant celles des parties malades ; en sorte que cette disparition s'effectuera, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de la vitalité de l'organe sur lequel ces macules auront été produites.

C'est donc par un travail de sécrétions et d'éliminations que l'action destructive de l'iode est neutralisée. Comme d'un autre côté le temps absolu que chacune d'elles met à disparaître dépend de la quantité d'iode employé à la produire, il sera donc toujours possible d'affaiblir ou même de détruire entièrement la vitalité d'un organe parasite, avec une dose calculée du médicament.

Ce qui précède, et d'autres considérations que je m'abstiens de signaler, m'ayant convaincu que l'iode pur est de tous les corps connus celui qui présente les chances les plus favorables au traitement de la phthisie pulmonaire, et que ce corps ne peut, sans perdre sa propriété la plus précieuse, son action deshydrogénante, être administré par d'autres voies que celles de la respiration, je me suis occupé des moyens les plus efficaces pour le porter le plus loin possible dans les ramifications bronchiques, jusque sur le siége même du mal, si je puis parler ainsi.

Pour un corps d'une action aussi énergique que l'iode pur, la question du dosage est majeure, et sa solution m'a présenté de grandes difficultés. Avoir un moyen efficace, prompt, facile, de faire pénétrer jusqu'aux lobes pulmonaires des quantités précises d'iode pur, tel est le problème : pour atteindre sa solution, je fais respirer de l'air pur, sec et chaud, que je sature d'iode amené à l'état de vapeur au moyen d'un appareil dont le mécanisme est fort simple ; il consiste en un tube ouvert aux deux extrémités ; l'une d'elles est préparée pour y appliquer la bouche, l'autre est contournée pour être plongée dans la flamme d'une lampe à alcool, afin que le courant d'air, appelé par la suscion, ne puisse circuler dans l'appareil que convenablement échauffé. Un petit cylindre d'iode est placé au centre du courant d'air chaud, qui, par une disposition particulière de l'appareil, agit sur nne des bases du cylindre qu'il use progressivement. La différence de longueur, avant et après un certain nombre de suscions, indique la quantité d'iode volatilisée que le courant d'air a entraînée.

J'ai de plus disposé mon appareil pour qu'il volatilisât 1 milligramme d'iode par minute, afin que le dosage de ce corps pût encore se faire par l'appréciation du temps, contrôle d'autant plus précieux qu'il serait dangereux pour le malade de recevoir au hasard de l'iode dans les poumons.

Un homme de moyenne force ne doit pas faire pénétrer dans ses poumons plus d'un centigramme d'iode à la fois, ce qui suppose une succession de fortes aspirations pendant l'espace de dix minutes.

Cependant, en partageant convenablement le temps, un adulte peut absorber jusqu'à 5 centigrammes d'iode par vingt-quatre heures ; mais on ne doit se permettre cette quantité extrême qu'après y être arrivé progressivement et selon l'urgence.

De l'ensemble de mes recherches, il résulte que le moyen le plus propre à combattre la phthisie pulmonaire consiste :

1° A faire trois fois par jour au moins des aspirations à pleins poumons d'air pur, chaud, sec, et complétement saturé d'iode pur à l'état de vapeur, à la dose de 1 à 5 centigrammes par vingt-quatre heures, selon la force du sujet ;

2° A respirer pendant quelques minutes, un quart d'heure après l'aspiration des vapeurs iodées, un air pur, mais chargé d'humidité, en se plaçant au-dessus d'un bol d'eau bouillante, dans laquelle on peut laisser tomber quelques gouttes d'acide acétique pour faciliter l'expectoration et apaiser l'impression de sécheresse produite par l'iode sur les muqueuses ;

3° A suivre ponctuellement un régime sévère en rapport avec toutes les précautions hygiéniques exigés par la position du malade.

Si de plus grands développements étaient nécessaires à la lucidité de cette note, que j'ai faite concise pour ne pas fatiguer l'attention bienveillante de l'Académie, j'ajouterais que l'iode qu'on veut introduire dans les poumons ne doit pas avoir d'autre véhicule que l'air atmosphérique ingéré le plus loin possible à l'aide d'un appareil approprié.

Que cet air doit être pur, pour ne pas troubler un instant la transformation du sang veineux en sang artériel.

Qu'il doit être chaud, pour ne pas irriter la sensibité des organes et pour être susceptible de se charger, dans un temps donné, d'une plus grande quantité d'iode.

Qu'il doit être sec, pour conserver aux vapeurs d'iode toute leur action déshydrogénante ; action qui pourrait être altérée par l'air humide chargé de matières organiques.

Qu'il doit être sec encore, pour que le flux bronchique, gonflé par la vapeur d'eau, ne vienne pas intercepter le passage à la vapeur d'iode.

Qu'il doit être complétement saturé d'iode, pour qu'une certaine quantité de ce corps puisse arriver intacte jusqu'aux lobes pulmonaires, malgré le flux des grosses ramifications bronchiques qui neutralise l'action d'une grande quantité de ce métalloïde.

Enfin, je le répète, l'air pur, chaud, sec et complétement saturé d'iode, à l'état de vapeur, doit être ingéré dans les poumons par fortes aspirations ; autrement on fatiguerait les bronches sans obtenir de succès.

Cancer.

M. Szokalski donne lecture de trois observations d'ulcérations cancéreuses de la face dorsale de la main, recueillies en Bourgogne, terre classique, dit M. Szokalski, des affections cancéreuses.

Exostose ee l'ethmoïde.

M. Maisonneuve présente un malade (*voir* ci-dessus).

Après cette présentation, l'Académie se forme en comité secret pour discuter une modification à apporter au règlement.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er août. — Présidence de M. Combes.

Alimentation des troupes.

M. Pelouze présente, au nom de M. Poggiale, un long Mémoire sur l'analyse du pain de munition. Nous avons déjà publié ce travail.

Traitement des fistules à l'anus par les injections iodées.

M. Boinet lit sur ce sujet un long travail dont voici le résumé :

Ce travail est basé sur sept observations qui représentent à peu près toutes les variétés de fistules à l'anus : la première est une fistule borgne interne guérie par une seule injection iodée ; la seconde est une fistule simple complète, guérie également en quelques jours ; une troisième, après avoir duré plusieurs années et avoir été traitée à l'aide de plusieurs opérations par divers chirurgiens haut placés, était considérée comme incurable ; elle a été radicalement guérie, après trois semaines de traitement, par les injections iodées. Les autres, qui étaient compliquées de clapiers, de vastes décollements, et pour lesquelles l'opération avait été jugée inutile ou dangereuse, appartenaient à des individus de mauvaise constitution, ayant eu des hémopthysies, etc. Soumises aux injections iodées, elles ont été rapidement guéries, soit après une seule, soit après plusieurs injections, et avec une amélioration marquée dans la santé générale. De ces faits, qui pour la plupart ont déjà la sanction du temps et datent de plusieurs années, M. Boinet conclut que, dans bien des cas, le traitement des fistules à l'anus par les injections iodées doit être préféré à celui qu'on emploie aujourd'hui, à l'incision, opération qui est toujours douloureuse, et qui est parfois suivie d'accidents graves. Suivant M. Boinet, la nouvelle méthode est applicable à toutes les fistules, quelles que soient leur forme, leur simplicité, leur gravité et leur ancienneté ; elle est même efficace dans les cas où l'opération restait impuissante. Les avantages de cette méthode seraient d'abord de ne pas causer de douleur aux malades, de les guérir plus promptement, de ne pas les retenir au lit, de leur permettre de vaquer à leurs occupations, de ne pas les soumettre à une opération sanglante, et, par conséquent, de ne pas les exposer aux accidents qui peuvent en résulter, de les mettre à l'abri des difformités qui peuvent résulter de l'opération, de n'avoir besoin que d'nn aide, au lieu de quatre ou cinq qu'exige l'opération de la fistule à l'anus.

Pour que ces injections agissent avec tout l'avantage qu'on doit en attendre, il importe d'observer certaines règles et de remplir certaines conditions qui sont indispensables. Dans les fistules simples, peu étendues, M. Boinet recommande l'usage de la teinture pure d'iode ; dans celles qui sont plus compliquées, profondes, les premières injections doivent être composées de parties égales d'eau et de teinture d'iode, avec addition dans tous les cas d'une certaine quantité d'iodure de potassium. On doit, pour bien réussir, prolonger le séjour de l'injection pendant plusieurs minutes et avoir soin de la faire pénétrer dans tous les points de la fistule, dans le but d'y produire une inflammation assez vive, et de faire, en un mot, que par suite du gonflement provoqué par l'inflammation, le contact des parois de la fistule soit assez uniforme pour mettre toutes les parois de la cavité fistuleuse en contact entre elles.

M. Boinet termine son travail en faisant connaître quel est le mécanisme de la guérison, et en décrivant le mode d'application de cette méthode. Dans les fistules borgnes externes, il injecte de la teinture d'iode comme dans un trajet fistuleux ordinaire, avec la seule précaution d'empêcher le liquide de ressortir de la fistule, en bouchant hermétiquement son orifice externe ; dans les fistules complètes, il introduit le doigt ou un tempon de charpie dans le rectum, dans l'intention de fermer l'orifice interne de la fistule, et de la mettre pour ainsi dire dans les conditions des fistules borgnes externes, et il procède à l'injection, comme nous venons de le dire.

Anthropologie.

M. H. de Saussure adresse la description succincte suivante de deux individus qu'on montre actuellement à Londres, et qu'on a désignés comme appartenant à la race aztèque.

Ces deux individus sont de sexe différent.

1° *Taille.* Elle est très-peu élevée, relativement à l'âge (dix à onze ans), et n'excède pas 3 pieds. Il est difficile de considérer cette réduction de la taille comme le résultat d'un arrêt de développement, à cause des proportions parfaites de la forme, qui est élancée et semblable à celle de l'âge adulte.

2° *Tête.* Elle est extraordinairement petite, et ne dépasse pas, en volume, la tête d'un enfant naissant. L'aire du crâne est inférieure à celle de la face. L'angle facial est de 60 degrés environ. Le nez forme une saillie considérable, et, malgré sa grandeur, il n'est point disgracieux ; comprimé vers le haut, il s'épate légèrement vers le bas. Le front est si oblique qu'il continue la ligne du nez ; il est bas et n'offre aucune trace de dépression artificielle ; au contraire, sur le milieu s'étend une crête osseuse verticale, peu visible, il est vrai, mais très-sensible au toucher, crête qui se termine sous le cuir chevelu, vers le milieu du coronal, par une petite bosse osseuse. Au-dessus des orbites sont deux enfoncements très-visibles, dirigés obliquement de dedans en dehors et de bas en haut. Au-dessous de ces dépressions, les arcades sourcilières forment une saillie tranchante qui porte un sourcil très-étroit et médiocrement fourni. Le maxillaire supérieur est très-avancé, mais nullement oblique comme chez les nègres. A partir de ce point, la face fuit autant que le front ; la mâchoire inférieure ne correspond nullement à la supérieure, tellement que la lèvre inférieure est bien en arrière de la supérieure, et le menton est encore en retrait.

Les dents ne sont pas implantées obliquement, et lorsque la bouche est fermées, les incisives supérieures non-seulement couvrent entièrement les inférieures, mais les dépassent même d'une quantité très-sensible. Les lèvres ne sont point portées en avant comme chez les nègres ; mais la brièveté de l'inférieure contraste si fort avec la grandeur de sa correspondante que celle-ci paraît plus grosse qu'elle ne l'est en réalité.

La physionomie de l'un et de l'autre a de la douceur et de l'intelligence ; il y a un éclat extraordinaire dans leurs grands yeux noirs.

Les cheveux sont noirs, très-crépus, mais nullement laineux.

3° *Dentition.* Elle paraît singulièrement anormale, soit dans l'un, soit dans l'autre sexe : à la seconde dentition, une grande dent a remplacé, à la mâchoire inférieure, deux petites incisives de lait, et il ne reste aucune place pour les deux qui manquent. Le garçon, du reste, a achevé le remplacement de ses incisives depuis plus d'un an, et l'on ne voit chez lui aucune trace de celles qui ont fait défaut à cette époque. La première molaire de remplacement est entièrement développée, quoique la troisième ne fasse qu'apparaître.

4° *Main.* Elle est d'abord remarquable par la brièveté du pouce, qui est court et surtout moins opposable que dans la forme normale ; mais c'est dans le petit doigt que se voit la plus grande anomalie : au lieu d'atteindre, comme c'est le cas ordinaire, jusqu'au bout de la deuxième phalange de l'annulaire, il ne va que jusqu'au milieu de cette phalange ; ce qui équivaudrait, pour nous, à un petit doigt tronqué à la base de l'ongle. De plus, tandis que la longueur de la première phalange du petit doigt est, d'ordinaire, à peu près égale à la somme des deux autres, chez les deux enfants en question, cette somme équivaut à peine aux deux tiers de la première longueur. Ces deux phalanges sont atrophiées et paraissent parfaitement ankylosées et réunies en une seule chez le garçon : chez la jeune fille, il y a quelques mouvements obscurs qui rappellent ceux d'une amphiarthrose. Cette réduction parallèle du pouce et du petit doigt mérite d'être notée.

5° La *peau* est lisse et dépourvue de poils ; sa couleur est d'un bistre foncé.

Le poids de ces individus est d'environ 25 livres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Concours pour l'agrégation en anatomie et physiologie et en sciences accessoires.* — Ce concours s'est terminé ce soir par la nomination des candidats dont les noms suivent :

Pour l'anatomie et la physiologie : MM. Verneuil et Segond.

Pour les sciences accessoires : MM. Lecomte et Orfila. — Il n'est pas inutile de rappeler que le second candidat nommé dans cette dernière section, lequel remplace M. Wurtz, ne restera en exercice que pendant trois ans. — Peut-être n'est-il pas non plus tout a fait sans utilité de rappeler que, par une de ces singulières confusions dont les esprits logiques chercheraient en vain les motifs, on continue à désigner sous le nom de sciences accessoires l'anatomie et la physiologie à côté de la chimie, de la physique et de l'histoire naturelle, et à faire concourir ensemble des anatomistes, des physiologistes et des chimistes, physiciens et botanistes, ou du moins des candidats qui doivent avoir la prétention de l'être.

— On lit dans les journaux quotidiens :

L'Administration générale de l'assistance publique de Paris, toujours à la recherche de ce qui peut améliorer le bien-être de ses malades, vient d'adopter pour eux, après une longue et sérieuse épreuve, un nouveau système de sommiers élastiques, dont une première fourniture de sept cent cinquante va être faite à l'hôpital du Nord.

— On lit dans le *Moniteur de l'armée :*

« Le ministre a été consulté sur la question de savoir auxquels des officiers des corps de troupe les officiers de santé de ces corps devraient le salut militaire.

« Le décret organique du 23 mars 1852 établit, en effet (art. 3), que la hiérarchie des officiers de santé ne constitue aucune assimilation avec les grades militaires ; d'où il suit que, dans les corps, les officiers de santé n'ont pas d'inférieurs hiérarchiques parmi les militaires de ces corps, et par contre, ne doivent avoir, parmi ces militaires, d'autres supérieurs que les officiers auxquels ledit décret les a expressément subordonnés, au point de vue de l'accomplissement du service.

« Les capitaines, lieutenants et sous-lieutenants ne figurent pas parmi les officiers auxquels l'art. 5 dudit décret subordonne, en principe, les officiers de santé de troupe.

« D'un autre coté l'ordonnance du 2 novembre 1833 avait déjà établi que les officiers de santé ne peuvent être punis que par des officiers supérieurs.

« Il résulte donc de la lettre comme de l'esprit des règlements, que les officiers de santé des corps de troupe ne sont pas astreints au salut envers les officiers d'un grade inférieur à celui de chef de bataillon ou d'escadron, à moins que ces officiers ne soient cammandants provisoires de corps ou chefs de détachement. »

Ce règlement, comme on le voit, ne stipule rien en ce qui concerne les médecins principaux et les inspecteurs du service de santé. A qui ces deux catégories d'officiers doivent-elles le salut militaire?

— On écrit de Copenhague, 4 août :

On a cru plusieurs fois que le choléra avait diminué, mais on s'est malheureusement trompé. Ce fléau fait toujours de nombreuses victimes, et il s'est étendu sur la ville entière. L'aspect de la ville est changé totalement ; il est vrai que l'on ne rencontre plus à chaque pas des corbillards, car les morts sont enlevés pendant la nuit ; mais dans les rues on ne voit que des personnes plongées dans la tristesse. Les paysans n'apportent plus de denrées, il en résulte que les vivres sont très-chers. D'un autre côté, on voit dans le marché des femmes occupées à tresser des couronnes. Hélas ! ce sont des couronnes de morts.

La liste publiée aujourd'hui donne 143 cas nouveaux et 81 décès ; ainsi, il y a de nouveau une amélioration dans notre ville ; mais le fléau fait de terribles ravages dans l'île d'Amaik.

BIBLIOGRAPHIE.

Du choix du cheval, ou Appréciation de tous les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître l'aptitude des chevaux aux divers services, par J. H. Magne, professeur d'agriculture et d'hygiène à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. — A Paris, au Comptoir des Imprimeurs-Unis, quai Malaquais, 15. — Prix : 3 fr.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Traité pratique des maladies vénériennes, contenant un chapitre sur la Syphilisation, et suivi *d'un Formulaire spécial*, par MM. J.-G. Maisonneuve, docteur en médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, etc., et H. Montanier, docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement. — 1 volume in-8. — Prix : 7 fr. 50 c. pour Paris ; et 8 fr. 50 c. *franco* par la poste. Chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23 (ancien n° 4), à Paris.

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

Instructions pratiques sur la pisciculture, suivies de Mémoires et de Rapports sur le même sujet, par M. Coste, membre de l'Institut, professeur au Collége de France.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 97. 1re ANNÉE. Samedi 13 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 11, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : De la thérapeutique des maladies articulaires, à propos du Traité de M. Bonnet (de Lyon). — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. MICHON. Ostéosarcôme de la rotule, par M. A. Charrier. — CLINIQUE CIVILE : Extraction d'un hameçon. Ablation d'une tumeur fibro-plastique du maxillaire inférieur, par M. le Dr A. Thierry. — SOCIETÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 12 août 1853.

De la thérapeutique des maladies articulaires, à propos du Traité de M. Bonnet (de Lyon), intitulé :

Traité de thérapeutique des maladies articulaires.

(3e *article.*)

ARTHRITES ET ARTHRALGIES (*suite*).

2° *Du repos et des mouvements dans les articulations malades.* — Après avoir donné une bonne position au membre qui est le siége d'une arthrite, il importe d'étudier les conditions dans lesquelles l'articulation doit être tenue immobile, et celles, au contraire, où il est indiqué d'imprimer des mouvements.

Toute partie atteinte d'inflammation aiguë doit être soumise au repos, lorsque cela est possible; c'est un point sur lequel tout le monde est d'accord. Ce précepte devient une règle absolue dans le cas particulier des arthrites aiguës ou sub-aiguës. Ces affections sont susceptibles de guérir sous la seule influence du repos.

Le repos a donc été conseillé par tout le monde; mais dans la pratique on n'a pas toujours fait ce qu'il fallait pour remplir cette importante indication. Il ne suffit pas, en effet, de mettre le malade au lit, de l'inviter à tenir ses muscles tranquilles, et de placer son membre sur des coussins. Le repos qu'on obtient ainsi n'est jamais complet, jamais permanent. Les mouvements involontaires, ceux surtout que le malade exécute pendant le sommeil, suffisent souvent pour entretenir un état inflammatoire que le repos absolu eût avantageusement combattu. De là la nécessité d'appliquer certains appareils, variables pour chaque jointure, et destinés à obtenir l'immobilisation complète des extrémités osseuses.

M. Bonnet a adopté cette idée, l'a fécondée par l'invention d'appareils ingénieux, en a démontré l'exactitude par de nombreuses observations cliniques; sous ce rapport, nous ne pouvons que l'approuver, mais nous regrettons que le chirurgien de Lyon n'ait pas fait mention, à ce propos, de deux articles fort importants publiés il y a une dizaine d'années par M. Malgaigne et par un de ses élèves, M. Caron (1). La doctrine que M. Bonnet a si heureusement développée, s'y trouve exposée avec une grande précision et appuyée de preuves cliniques qui ne laissent rien à désirer.

Quoi qu'il en soit, nous nous empressons de reconnaître que M. Bonnet vient de rendre un véritable service à la pratique en donnant beaucoup d'extension aux idées de M. Malgaigne, et en indiquant le moyen de les mettre à exécution de la manière la plus favorable.

Dès que le membre est ramené à une bonne position, M. Bonnet le fixe dans une gouttière en fil de fer. Il donne la préférence à ces sortes de gouttières, à cause de leur légèreté et à cause de la facilité avec laquelle elles s'accommodent aux variétés individuelles de forme et de volume. Il est clair que la disposition des gouttières doit varier avec la nature de la jointure malade. M. Bonnet a fait représenter sur des planches fort nettes le modèle des appareils qu'il emploie pour immobiliser ainsi les diverses articulations du corps ; pour la hanche, par exemple, et pour l'épaule, il a recours à des machines fort ingénieuses dont la description ne saurait trouver place ici. Ces nombreuses créations instrumentales font honneur à l'esprit inventif de l'auteur, mais plusieurs d'entre elles nous paraissent trop compliquées pour prendre rang dans la pratique ordinaire. On fera bien toutefois d'en prendre connaissance, afin de se pénétrer des principes qui leur servent de base. Cela permettra aux praticiens de faire face, à l'aide des moyens dont ils pourront disposer, aux indications que réclame chaque cas particulier.

En tout cas, on ne devra pas perdre de vue que le but de ces appareils est d'obtenir une immobilité aussi absolue que possible. C'est là le *sine quâ non* du succès. Cette immobilité doit être prolongée pendant un temps variable, ainsi que nous le disions tout à l'heure. Or, le moment où il devient possible de délivrer le membre, se fait quelquefois attendre longtemps, et le séjour au lit, favorable sans aucun doute pour la guérison de l'articulation affectée, pourrait devenir nuisible à l'état général de l'individu. M. Bonnet s'est donc occupé de procurer aux malades les bienfaits de la déambulation, sans les priver des bénéfices de l'immobilité locale.

La tâche était assez facile pour les maladies des membres supérieurs. Le bras, placé dans son appareil et fixé contre la poitrine, peut conserver pendant la marche une immobilité complète. Pour les membres inférieurs, le problème était plus difficile à résoudre. M. Bonnet a eu recours pour le pied et pour le genou à des gouttières de cuir solide et à des tuteurs plus ou moins compliqués, qu'il préfère aux bandages inamovibles pré-

(1) Malgaigne, *Note sur une nouvelle thérapeutique des tumeurs blanches.* (*Journal de chirurgie*, 1843, t. I, p. 51.) — Caron, *Études sur les deux grandes indications du traitement des arthralgies.* (Même journal, 1844, t. II, p. 235.)

conisés par d'habiles chirurgiens. N'était la difficulté de se procurer ces appareils, dont la construction est fort délicate, nous nous rangerions volontiers à l'avis de M. Bonnet; mais nous ne saurions partager son opinion sur la possibilité de faire marcher les malades dans les maladies de la hanche, sans soumettre l'articulation à des pressions et à des mouvements. Il reconnaît que l'usage des béquilles est tout à fait insuffisant, et que les tuteurs partant de l'ischion ne valent pas davantage; c'est ce qui l'a conduit à construire un immense appareil qui embrasse à la fois le tronc et le membre abdominal, et qui s'étend depuis le pied jusqu'à l'aisselle (p. 433). Il base sur cet appareil de grandes espérances que nous ne partageons pas, et nous continuons à croire, jusqu'à preuve du contraire, que le repos au lit est indispensable pour immobiliser complétement l'articulation coxo-fémorale.

Quoi qu'il en soit, il est possible, dans un grand nombre d'arthralgies, de faire marcher les malades sans transmettre à l'articulation affectée des ébranlements et des pressions douloureuses. Cela permet de prolonger sans inconvénient l'immobilité locale aussi longtemps que cela est nécessaire.

Tels sont les moyens d'assurer le repos des articulations malades. Toutefois, celui qui chercherait toujours à remplir aveuglément cette indication, s'exposerait à des inconvénients fâcheux. En premier lieu, l'articulation, trop longtemps immobilisée, est exposée presque nécessairement à une ankylose vraie ou fausse, et à la rétraction ou à la paralysie des muscles qui l'entourent. C'est déjà grave; mais de plus, l'expérience a démontré que le repos, prolongé au delà d'une certaine époque, laisse persister, pendant longtemps, des engorgements dont la résolution peut être obtenue par des mouvements convenablement ménagés.

C'est-à-dire que, au point de vue du traitement, il y a, dans la plupart des arthropathies, deux périodes bien distinctes : l'une, dans laquelle le repos absolu est impérieusement commandé, parce qu'alors tout mouvement serait nuisible; l'autre, dans laquelle le repos devient nuisible à son tour et dans laquelle, par conséquent, il est nécessaire de rétablir méthodiquement la mobilité.

Ces deux périodes, qu'il est si important de distinguer l'une de l'autre, puisqu'elles réclament des traitements si différents, correspondent à des états morbides bien distincts. Dans l'une, il y a une inflammation plus ou moins aiguë; dans l'autre, l'inflammation est passée ou n'existe plus qu'à un faible degré, mais il reste des lésions que l'inflammation a produites, telles que la rétraction des ligaments ou des muscles, le dépolissement des cartilages et l'engorgement chronique de la synoviale et des tissus qui l'entourent. Le repos convient dans le premier cas, le mouvement est nécessaire dans le second. Comment saisira-t-on, au lit du malade, le moment où l'une de ces indications disparaît pour faire place à l'autre?

Ce diagnostic, au premier abord, paraît bien facile; c'est le diagnostic de l'inflammation, et il semble que le malade lui-même devrait être en état de l'établir, d'après le seul phénomène de la douleur. Qu'on se détrompe; c'est bien la douleur, en effet, qui servira à poser les indications; mais il faudra, pour cela, soumettre le membre à une exploration toute particulière, sous peine de commettre de graves erreurs.

La pratique ordinaire consiste à laisser le membre immobile jusqu'au jour où on peut imprimer à la jointure malade de légers mouvements sans réveiller la douleur. Puis, à partir de cette époque, on fait des efforts pour rétablir graduellement la mobilité. Ces efforts tardifs restent le plus souvent infructueux, et l'articulation ne recouvre pas ses fonctions, parce ce que le moment propice est passé depuis longtemps.

En effet, la souffrance que provoquent les mouvements communiqués, survit longtemps à la période inflammatoire. Une articulation enroidie par une cause quelconque ne peut être mue sans douleur; le simple tiraillement des ligaments raccourcis, par la seule immobilité, suffit pour faire crier les malades sans que l'inflammation y prenne la moindre part.

Le vrai, le seul moyen de distinguer la douleur inflammatoire de celle qui ne l'est pas, consiste à tenir le membre immobile, et à exercer directement avec les doigts des pressions sur les diverses parties de l'articulation, et en particulier sur certains points que M. Malgaigne appelle les *liens d'élection*. Ces points sont, par exemple : pour l'épaule, la partie antérieure de la tête humérale; pour le coude, la tête du radius; pour la hanche, la partie postérieure de la tête du fémur, en arrière du grand trochanter. Si ces pressions sont douloureuses, l'inflammation existe encore; le membre doit être maintenu dans l'immobilité; si, au contraire, en agissant ainsi, on ne provoque aucune souffrance, c'est que l'inflammation est passée et qu'il est temps de faire succéder les mouvements au repos.

Il nous semble que M. Bonnet n'a pas suffisamment insisté sur ce dernier caractère de la douleur produite par la pression. Il s'est contenté de le signaler dans un très-court alinéa sans y attacher beaucoup d'importance, et nous trouvons qu'en cela il n'a pas rendu pleine justice aux travaux de M. Malgaigne.

Quoi qu'il en soit, dès que la période inflammatoire est passée, il faut se hâter de mouvoir méthodiquement l'articulation malade, sans se laisser arrêter par la douleur et par les petits craquements qui accompagnent toujours les premières tentatives. Ce n'est qu'à force de persévérance qu'on réussit à rendre à la jointure tous ses mouvements. Les ligaments raccourcis, les muscles rétractés, cèdent alors peu à peu; les surfaces articulaires, glissant souvent l'une sur l'autre, ne peuvent contracter d'adhérences; l'engorgement de la synoviale et des tissus environnants entre bientôt en résolution, et on finit à la longue par rétablir toutes les fonctions.

M. Bonnet a donné à cette doctrine la sanction de sa vaste expérience, et il y a certainement attaché son nom par les beaux développements qu'il lui a donnés; mais ici encore nous lui reprocherons d'avoir passé sous silence les travaux de ses devanciers. Les deux articles susmentionnés de M. Malgaigne et de M. Caron renferment en effet tous les éléments de cette doctrine: peut-être même y trouve-t-on des formules plus nettes, des démonstrations plus précises que dans le livre de M. Bonnet. Il est donc regrettable à plus d'un titre que ce dernier auteur n'ait pas pris connaissance de ces articles importants.

Quoi qu'il en soit, M. Bonnet a ajouté aux préceptes de M. Malgaigne un complément fort utile. Il a analysé le fait général; il a étendu et surtout régularisé les applications.

Il ne suffit pas, en effet, de dire qu'il faut rétablir la mobilité; il faut savoir par quel ordre de mouvements il est bon de commencer. Souvent on peut faire exécuter certains mouvements, alors que certains autres doivent être évités avec soin. La flexion et l'extension, l'adduction et l'abduction, la rotation, la circumduction, sont autant de fonctions distinctes qu'on doit savoir remettre en jeu par des moyens différents et souvent à des époques successives. Ce *fonctionnement partiel* ou *élémentaire*, suivant l'expression de M. Bonnet, doit le plus souvent précéder le *fonctionnement complet*. Par exemple, lorsqu'on veut rétablir les mouvements dans l'articulation du genou, il faut se garder de faire marcher les malades pendant les premiers temps. Avant de confier le poids du corps à cette jointure, ce qui produirait, sur les surfaces articulaires encore altérées, des pressions fâcheuses, on devra commencer par rendre aux membres la flexion et l'extension, à l'aide de certains exercices exécutés d'abord pendant que le malade est assis. On évite ainsi, d'une part, l'action de la pesanteur, et d'une autre part, celle des contractions musculaires. Tout se réduit à des frottements doux, à la distension et au relâchement des tissus fibreux et musculaires. Plus tard, on permet au malade de marcher à l'aide d'un appareil analogue aux membres artificiels de MM. Milles et Martin, c'est-à-dire que le poids du corps est transmis directement de l'ischion au sol par des tuteurs métalliques articulés au niveau du genou et au niveau du coude-pied. La jointure malade est ainsi soumise aux mêmes actions que pendant la marche ordinaire, avec cette différence qu'elle ne supporte pas le poids du corps. L'activité des muscles se développe, les ligaments re-

prennent la longueur et la flexibilité nécessaires, et le moment arrive bientôt où on peut enfin se passer complétement d'appareil.

Cet exemple montre clairement le but et la portée de la méthode de M. Bonnet, méthode dont voici la formule la plus générale : S'adresser séparément aux diverses fonctions de la jointure malade. C'est fort simple, comme on le voit; mais ce qui est très simple en théorie devient au contraire très-compliqué en pratique. Le chirurgien ne peut pas rester constamment près du malade pour imprimer lui-même les mouvements convenables, et d'ailleurs, certains mouvements des grandes jointures ne pourraient pas être communiqués avec précision par la seule action des mains. Il était donc nécessaire de fournir au malade les moyens de faire jouer lui-même, chaque jour, pendant plusieurs heures, le membre dont la mobilité doit être rétablie, et ce but ne pouvait être atteint que par des appareils spéciaux.

C'est ici que M. Bonnet a dû faire appel à toute l'activité de sa féconde imagination. Les appareils souvent très compliqués qu'il a fait construire sont en nombre considérable. Ils varient suivant les articulations, et, pour chacune d'elles, suivant la nature des mouvements que l'on veut produire. La plupart des quatre-vingt-dix-sept planches intercalées dans le texte sont consacrées à représenter ces ingénieux mécanismes dont on nous dispensera de reproduire ici la description. Grâce à cette merveilleuse fertilité instrumentale, grâce aussi à cette louable persévérance que donne une forte conviction, M. Bonnet a obtenu des succès fort remarquables auxquels nous rendons sincèrement hommage. Mais, pour dire toute notre pensée, nous croyons que ses procédés, à cause de leur complication même, ne rendront que peu de services dans la pratique ordinaire. Déjà M. Bonnet se plaint (p. 19) de l'indifférence avec laquelle on a accueilli ses premières publications sur ce sujet, faites déjà depuis cinq ans dans la *Gazette médicale*. M. Bonnet se trompe certainement; *ses idées* ne passèrent pas inaperçues; elles furent, au contraire, reçues très-favorablement, et appliquées même par plusieurs chirurgiens; mais *ses procédés* furent considérés comme d'un emploi tellement difficile, qu'on jugea inutile de surcharger l'arsenal chirurgical de cette nouvelle complication. Faut-il donc renoncer à l'exercice que M. Bonnet nomme *élémentaire?* Non, certes; seulement chaque chirurgien cherchera à rétablir graduellement les mouvements par les moyens qui seront à sa portée, en se servant tantôt de ses propres mains, tantôt des mains des aides, tantôt de la marche avec des béquilles, ou même de quelques appareils simples que l'initiative du praticien réussira toujours à confectionner à peu de prix dans chaque cas particulier.

On a pu voir, dans l'exposé qui précède, l'importance des préceptes développés par M. Bonnet. Le traitement des arthropathies se trouve désormais soumis à certaines règles très-simples, et ces affections dont la cure était autrefois si difficile, pourront désormais être traitées avec un succès toujours croissant. M. Bonnet, transporté d'une admiration très-fondée pour la méthode nouvelle, va jusqu'à dire que si on l'appliquait dès le début, *il n'y aurait aucun cas d'amputation* (p. 300). Nous ne pouvons partager ses illusions à cet égard. M. Bonnet, en s'occupant des arthropathies, n'a pas assez distingué les catégories; il a négligé l'indispensable parallèle des tumeurs blanches synoviales à des tumeurs blanches osseuses. La position et le repos, puis les mouvements méthodiques ont bien plus de prise sur les premières que sur les secondes. Croit-il, par exemple, que les tumeurs blanches produites par l'affection tuberculeuse des os, guérissent toujours par la position, le repos et le mouvement? Croit-il même que le résultat sera beaucoup plus certain en joignant à ce traitement local l'usage du quinquina, des bains salés gélatineux, des purgatifs et de quelques autres détails pharmaceutiques auxquels il ne craint pas de donner cette dénomination pompeuse : *Méthode de M. J. Guérin?* (p. 285 et 652.) Mais il est naturel qu'un auteur s'exagère l'importance des innovations qui lui sont dues, et nous n'aurions pas songé à présenter cette objection à M. Bonnet, s'il n'eût été conduit, par cela même, à apprécier un peu légèrement la valeur des traitements chirurgicaux proprement dits. On peut même dire que, sous ce point de vue, il y a dans son livre une fâcheuse lacune; le praticien qui y chercherait une direction pour les cas réellement incurables serait fort désappointé.

Nous aurions voulu, par exemple, qu'un chirurgien aussi expérimenté que M. Bonnet nous eût dit son opinion sur la valeur de la méthode des grandes incisions dans les cas de suppuration articulaire, méthode récemment préconisée par M. Gay, et accueillie avec faveur en Angleterre. Nous aurions voulu surtout qu'il eût attaqué la grande question des résections comparées aux amputations. Nous n'avons trouvé à cet égard, dans sa volumineuse publication, que cinq lignes (p. 299 et 300) dans lesquelles il se prononce, sans alléguer aucun motif, pour l'amputation, en repoussant avec dédain les résections articulaires. Cette appréciation nous semble fort inexacte. La résection du coude, par exemple, ne méritait-elle pas au moins une certaine attention? M. Bonnet ne voit-il pas que ces opérations, qu'il rejette, se rapprochent précisément beaucoup de cette chirurgie conservatrice dont il est un des plus habiles défenseurs? Par une singulière fantaisie, la résection du genou, qui est, de toutes les opérations de ce genre, celle dont l'utilité est le plus contestable, est la seule sur laquelle l'auteur ait cru devoir s'arrêter. Sans doute, M. Bonnet la rejette comme toutes les autres, et en cela nous l'approuvons, mais alors pourquoi décrire un procédé nouveau, qui lui paraît, dit-il, préférable à tous ceux qui sont adoptés (p. 411)? Un peu plus loin (p. 412), s'occupant toujours des maladies du genou, il se demande s'il faut pratiquer l'amputation de la cuisse ou la désarticulation fémoro-tibiale, et il fait, à cette question, une réponse qui nous surprend quelque peu. Lorsque l'articulation du genou est saine, dit-il, la désarticulation est plus grave que l'amputation de la cuisse; au contraire, lorsque l'articulation est malade, tout porte à croire que la première de ces opérations est moins grave que la seconde. Suivent quelques raisons théoriques qui ne nous ont pas fait renoncer à ce précepte sanctionné par l'expérience : dans le cas de tumeur blanche, l'amputation doit être pratiquée au-dessus de la principale lésion osseuse.

En résumé, nous regrettons que M. Bonnet ait laissé dans l'ombre ou traité un peu trop légèrement les questions de médecine opératoire. Nous serions heureux si nous avions réussi à lui faire partager nos regrets, et s'il consentait à combler, dans la seconde édition de son livre, la lacune que nous venons de lui signaler.

PAUL BROCA.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. MICHON.

Ostéosarcôme de la rotule.

Le nommé Monteil, serrurier-mécanicien, âgé de 42 ans, est entré dans le service de M. Michon, le 20 juin 1853, pour y être traité d'une tumeur située à la partie antérieure du genou gauche.

En 1839, cet homme a commencé à souffrir à la suite d'une contusion de la rotule. Il continua à travailler. En 1841, il glisse en marchant, fait un effort pour se retenir, se fracture la rotule, et tombe sur le côté de toute sa hauteur.

Un appareil est posé, la rotule reste toujours quatre à cinq fois plus grosse que celle du côté sain. La fracture est transversale, et les deux fragments restent toujours distants d'un centimètre et demi à deux centimètres. Il reste quatre ans à guérir; il reprend ses occupations; le genou gauche, toujours plus volumineux que le genou droit, se gonflait dès qu'il se fatiguait un peu.

En mars 1851, sans cause appréciable, le genou enfle rapidement, devient très-douloureux; on le traite pour une tumeur

blanche (sangsues, moxas, emplâtres, vésicatoires). Rien ne fait. Il arrive à Paris, en juin 1853, dans le service de M. Michon.

20 *juin* 1853. Voici l'état du genou malade : au genou gauche, on voit une tumeur ovoïde suivant l'axe du membre, volumineuse, bosselée, fluctuante en trois endroits, des deux côtés de la rotule et au point le plus élevé de la tumeur, c'est-à-dire au sommet de l'angle formé par la flexion de la jambe sur la cuisse. L'angle de flexion est très-obtus. La tumeur est chaude au toucher, rouge surtout aux endroits fluctuants. Le malade sent des douleurs lancinantes et ne peut supporter le moindre attouchement sans souffrir. La peau est lisse, tendue ; quelques mouvements de flexion sont possibles, mais très-bornés ; si l'on prend la tumeur dans la main, on lui imprime des mouvements de latéralité, et l'on sent très-bien qu'elle n'est pas adhérente ni aux condyles du tibia, ni à ceux du fémur.

Le diamètre de la tumeur est de $0^{m},32$ longitudinalement ; de $0^{m},28$ transversalement.

La tumeur est dure sur les côtés ; elle descend du côté externe à la moitié de l'articulation, elle occupe tout le côté interne.

Le malade maigrit, ne dort plus et souffre de plus en plus.

Le diagnostic est porté par M. Michon, qui déclare que c'est un ostéosarcôme de la rotule. L'amputation est résolue et pratiquée le 26 juillet 1053.

La tumeur disséquée offre une foule de petites tumeurs arrondies qui adhèrent entre elles ; coupées, elles ont l'aspect de l'encéphaloïde. A la partie postérieure de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, deux petites tumeurs de même nature se voyaient. L'articulation, ouverte par la partie postérieure, est saine, excepté à la face postérieure de la rotule. La tumeur, coupée suivant la diaphyse du fémur, offre aux points fluctuants deux poches remplies de pus, de détritus, de sang semi-liquide, et au milieu on sent et on voit la rotule fracturée et entourée de tissus durs, blancs, nacrés, criant sous le scalpel.

L'examen microscopique, fait par M. Robin, donne des cellules cancéreuses.

Le fémur est atteint d'ostéite, ainsi que les condyles du tibia.

Aujourd'hui 10 août 1853, le malade va très-bien.

A. Charrier, *interne du service.*

CLINIQUE CIVILE.

Extraction d'un hameçon. — Ablation d'une tumeur fibro-plastique du maxillaire inférieur,

Par M. le Dr A. Thierry.

1° Extraction d'un hameçon.

On présenta à ma consultation, le 9 de ce mois, un jeune garçon de 15 ans, qui, en faisant quelques recherches dans un magasin peu éclairé, et en saisissant, monté sur une échelle, un objet qu'il croyait être celui dont il avait besoin, s'était enfoncé, dans l'intervalle du second et du troisième métacarpien de la main droite, un de ces hameçons de ligne qui servent à la pêche du gros poisson.

Une fois l'hameçon enfoncé, il s'agissait de le retirer ; or, le crochet qui le terminait était un puissant obstacle à ce qu'on pût en débarrasser la main de l'enfant. Il fallait, pour dégager cette main, la faire traverser de l'hameçon dans le sens de la pointe du crochet. C'est ce que nous avons fait. Mais celui-ci, après avoir traversé toute la largeur de la main, se trouvait encore ne pouvoir sortir, parce qu'une petite pelote, placée à son autre extrémité, était un nouvel obstacle qui nécessitait un débridement ; et ce débridement à la main n'était pas sans inconvénient, vu surtout la grosseur de l'hameçon.

L'hameçon, en effet, était très-volumineux : long d'environ 78 millimètres depuis l'extrémité de la patte jusqu'au coude qu'il formait à l'extrémité opposée, il avait dans toute sa longueur un diamètre d'à peu près 4 millimètres ; sa tige était un fort fil de fer trempé ; quant à la palette elle-même, elle avait 10 millimètres de largeur.

Dans cette occurrence, nous avons fait fortement saisir les deux extrémités de l'hameçon par deux étaux à main, et nous avons essayé, pour le rompre, les diverses cisailles qui sont à notre disposition. La trempe de fer a constamment résisté. Nous nous sommes alors vus obligés d'avoir recours à une lime qui nous permit de diviser l'hameçon. Rien de plus facile ensuite que de le retirer de la main.

Je me permets de citer cette observation, parce que, sans être bien importante en elle-même, elle est à coup sûr curieuse. Elle appartient à cette partie de la chirurgie qui est déterminée uniquement par la nature même de l'accident. Le chirurgien est obligé alors d'improviser ses procédés suivant les cas qui se présentent.

2° Tumeur fibro-plastique du maxillaire inférieur.

(Rédigée par M. Alix.)

Dans les premiers jours de juin 1853, s'est présentée, à la consultation du Dr A. Thierry, la nommée Léger (Marie), demeurant à Séjon, canton de Saint-Sulpice (Haute-Vienne), âgée de 21 ans, non mariée, de taille moyenne, d'une bonne constitution, ayant toujours habité la campagne, qui portait à l'intérieur de la bouche, du côté droit, une tumeur développée sur le bord alvéolaire de l'os maxillaire inférieur. Elle avait déjà consulté un chirurgien de Paris, qui lui avait proposé de faire la résection de toute une portion du maxillaire inférieur.

Quant aux antécédents, voici ce qu'on a pu recueillir :

Il y a trois ans, la malade se fit arracher, en une séance, les trois premières molaires inférieures du côté droit, parce que ces dents étaient cariées et lui causaient de vives douleurs. Un an après, elle s'aperçut qu'il poussait sur le bord de la mâchoire une petite excroissance, et peu à peu cette excroissance atteignit le volume d'un œuf de poule.

M. Thierry crut que cette excroissance tenait de la nature des épulis, et, comme il avait plus d'une fois opéré avec succès des tumeurs de ce genre, il pensa pouvoir appliquer le procédé qui lui réussissait habituellement et qui avait réussi à son père pendant une longue pratique, à savoir : l'ablation de la tumeur et la cautérisation du point d'insertion avec le fer rouge.

Les docteurs Viguès et Alix, invités par lui à examiner la malade, trouvèrent que le bord inférieur du maxillaire paraissait sain, ainsi que la face externe et que la face interne présentait seulement un peu de gonflement près du bord supérieur. Cet examen fait, ils pensèrent que l'on devait au moins ajourner l'idée de réséquer le maxillaire inférieur, sinon la rejeter entièrement, et tenter la cure de l'affection par l'ancien procédé.

Le 13 juin, la tumeur fut enlevée avec la gouge et le maillet ; elle tenait au maxillaire par un pédicule osseux. Lorsque cette tumeur fut enlevée, on aperçut qu'il y en avait une autre plus petite, située plus en arrière et recouverte par elle ; cette petite tumeur fut également enlevée. L'os fut raclé et ruginé. On fit ensuite la cautérisation avec le fer rouge. Une petite artère donna beaucoup de sang qui ne put être arrêté que par des cautérisations profondes et successives. C'est le seul contre-temps que l'on éprouva dans toute l'opération. Trois jours après, la malade était sans fièvre. Au bout de huit jours, elle a pu repartir pour la Haute-Vienne.

L'examen de la tumeur, fait séparément d'un côté par MM. Viguès et Alix, de l'autre par M. Broca, a donné aux uns et aux autres le même résultat, savoir : l'absence d'éléments cancéreux et la présence de nombreux éléments fibro-plastiques. Elle contenait dans son intérieur une trame osseuse compliquée. C'était donc une tumeur intéressant à la fois l'os, les enveloppes de l'os et la membrane buccale, mais ce n'était pas un cancer.

Doit-on continuer de traiter par les anciennes méthodes les tumeurs désignées autrefois sous le nom d'épulis ?

Doit-on faire la résection du maxillaire inférieur pour toutes les tumeurs de nature douteuse développées sur cet os?

N'y a-t-il pas, au contraire, moyen, dans beaucoup de cas, d'éviter cette opération?

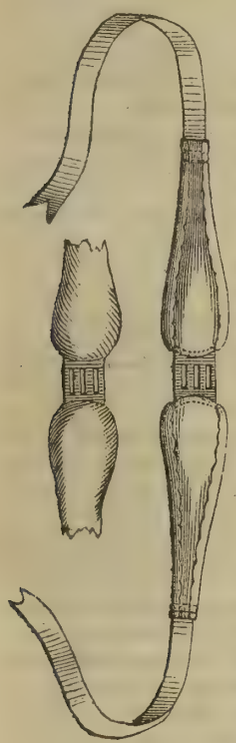
Dans plusieurs mois seulement, nous connaîtrons le résultat définitif, et nous aurons un fait de plus à ajouter au nombre de ceux dont l'ensemble servira un jour à résoudre ces questions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 27 juillet, du 2 et du 9 août.

Présidence de M. Denonvilliers.

Le grand nombre de communications intéressantes que nous avons reçues depuis quelque temps, nous ont mis en retard avec la Société de chirurgie. Nous allons aujourd'hui nous remettre au courant des importants travaux de cette Société, en laissant toutefois de côté les communications relatives au chloroforme qui gagneront à être présentées ensemble.



Bandage unissant.

M. Larrey présente, au nom de M. Apostolidès, d'Athènes, un nouveau modèle de bandage unissant, applicable à toutes les solutions de continuité et spécialement à l'opération du bec-de-lièvre. Ce bandage (*voir la fig.*) se compose tout simplement de deux coussinets en gomme élastique dont les dimensions sont proportionnées à la plaie qu'on veut réunir, et sont unis entre eux par une lame mince de caoutchouc vulcanisé, qui tend sans cesse à rapprocher les coussinets, et qui tient par conséquent les bords de la plaie constamment affrontés.

Ostéosarcôme de la rotule.

M. Michon a présenté une pièce anatomique des plus remarquables (*voir* ci-dessus).

Lit mécanique.

M. Richet a fait manœuvrer devant la Société un modèle très-ingénieux de lit mécanique destiné à rendre de très-grands services. Cet appareil, dont le prix est modeste, a été imaginé et construit par M. Gros. A l'aide de ce lit, on peut changer les malades et leur donner toutes les attitudes sans déranger les appareils qui leur sont appliqués.

Mort survenue pendant une opération.

M. Roux rend compte en quelques mots et avec une visible émotion, d'un cas de mort subite qui est survenue entre entre ses mains; nous ferons connaître ce fait avec les détails nécessaires.

Anévrisme artérioso-veineux.

Une des plus remarquables présentations qui aient été faites depuis longtemps à la Société est celle d'un malade présenté par M. Giraldès, et affecté depuis plus de quatorze ans d'un anévrisme artérioso-veineux, suite d'une plaie faite avec un instrument piquant; immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, la communication établie entres les veine et artère crurale a déterminé des altérations profondes du membre; d'énormes varices le parcourent, une tuméfaction considérable existe sur la jambe, la cuisse et le pied, et le malade ne peut marcher qu'à la condition d'avoir un bandage compressif. Comme phénomène physiologique très-remarquable, nous citerons, en outre de l'accroissement en circonférence du membre, un allongement marqué de chacune de ses sections: ainsi, le pied, la jambe et la cuisse sont bien sensiblement plus longs du côté malade.

Que faut-il faire? Doit-on recourir à une opération qui ne pourrait être que la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la lésion; ou doit-on se contenter de moyens palliatifs? M. Giraldès, après avoir exposé avec soin l'état du malade, avait demandé le concours de ses collègues pour prendre une décision définitive. Une commission nommée a répondu par l'organe de M. Denonvilliers aux questions pratiques soulevées à propos de ce malade.

D'un avis unanime, les commissaires repoussent toute opération. Il y a, il est vrai, tuméfaction, œdème, varices du membre, quelquefois survienent des ulcérations; mais, malgré toutes ces complications, la marche se fait lentement, et en ayant le soin d'entourer le membre d'un bandage compressif, on évite et l'œdème et les ulcérations. Dans ces conditions le malade peut gagner sa vie.

Une opération offrirait de grands dangers: on serait dans l'obligation de lier l'artère immédiatement au niveau du ligament de Fallope, d'abord; puis, plus bas, au-dessous de la lésion. N'y aurait-il pas des collatérales qui aboutissent entre les deux ligatures? C'est dans la crainte de trouver ces collapsus que quelques chirurgiens ont opéré par la méthode ancienne; ils ont ouvert le sac après les ligatures appliquées.

On a reconnu avec juste raison la gravité de la ligature de l'artère au point où il faudrait la lier en haut. Dans une bonne thèse, M. Vignerie, de Toulouse, a démontré, par des recherches faites en commun avec M. Denonvilliers, que, sur trois cents cas, l'artère fémorale profonde naissait deux cents fois à un pouce au moins au-dessous du ligament de Fallope. On comprend alors combien sont grandes les chanches d'hémorrhagies consécutives.

Si une seule ligature est grave, deux présentent encore bien plus de gravité. Aussi est-il prudent, puisqu'il n'y a pas urgence, de s'abstenir d'opérer et de se contenter de recourir à l'emploi des moyens palliatifs. D'autant plus que, comme l'a très-bien fait remarquer M. Chassaignac, une lésion aussi ancienne a dû consécutivement déterminer des altérations telles du tissu artériel que la ligature devrait échouer.

Ligature de la veine crurale.

A propos du fait précédent, M. Roux communique une observation dont le sujet est encore couché dans son service à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une ligature de la veine fémorale pratiquée au-dessus de l'abouchement de la saphène.

Un malade, portant dans la région inguinale une tumeur de nature fibro-plastique récidivée pour la quatrième fois, a été opéré par M. Roux. Pendant qu'il disséquait profondément pour isoler la tumeur, la veine crurale fut entamée presque immédiatement au-dessous du ligament de Fallope.

L'honorable professeur n'hésita pas à entourer le vaisseau d'une ligature au-dessous de la lésion, et l'hémorrhagie cessa. Il y eut immédiatement une coloration violacée du membre, du refroidissement et enfin de l'œdème.

Peu à peu ces accidents disparurent; plus tard survint un érysipèle et un abcès au pied, et néanmoins, au vingt-huitième jour, la guérison est presque complète.

Ce fait nous paraît présenter le plus grand intérêt. Jamais, que nous sachions, on avait lié la veine crurale au-dessus de l'affluent des saphènes, et théoriquement on pouvait prévoir que la gangrène devrait s'emparer du membre; il n'en a rien été et les accidents survenus ont été heureusement conjurés.

Polype de la base du crâne.

M. Guersant présente un malade atteint d'un polype volumineux de la base du crâne et qu'il se propose d'opérer. Nous publierons plus tard l'observation.

Ablation du corps de la mâchoire inférieure et de la totalité de l'os hyoïde, pour un cancer de ces os.

M. Maisonneuve lit l'observation suivante à l'appui de la présentation d'une pièce anatomique:

Derot (Jean), âgé de 55 ans, demeurant à la Villette, fut atteint en 1848 d'un cancroïde à la lèvre inférieure. Cette affection, bornée d'abord à un simple bouton lenticulaire, prit vers la fin de 1850 un accroissement considérable. La tumeur à cette époque présentait le volume d'une grosse noix, elle était ulcérée et donnait lieu à des douleurs extrêmement vives et lancinantes.

C'est alors seulement que le malade eut recours aux conseils d'un médecin. Celui-ci conseilla l'opération qui fut exécutée par excision, dans le mois de juillet 1850, et fut suivie d'une prompte cicatrisation.

Pendant deux ans, la guérison s'est parfaitement maintenue, mais vers le mois de mai 1852, le malade vit apparaître une nouvelle tumeur, vers le bord inférieur gauche du corps de la mâchoire. Lorsqu'il remarqua son existence, cette tumeur avait à peine le volume d'une noisette, elle était petite, arrondie, mobile et non douloureuse; mais on la vit bientôt prendre un accroissement rapide, envahir successivement les parties molles de la région sous-maxillaire, l'os de la mâchoire et s'étendre tant du côté de la langue que vers la région thyroïdienne. En même temps, elle était devenue le siége de douleurs intolérables.

C'est alors que le malade se décida, sur l'avis de plusieurs confrères, à venir se confier à mes soins, et, le 20 juillet, il entra à l'hôpital Cochin.

La tumeur occupait tout le corps de la mâchoire, elle se prolongeait de chaque côté jusque dans les régions parotidiennes, envahissait toute la face inférieure de la langue, l'os hyoïde et descendait même, sur les parties latérales du larynx, jusqu'à la glande thyroïde. Mais, chose remarquable ! au milieu de ce désordre, la lèvre inférieure, qui antérieurement avait été le point de départ de la maladie, était parfaitement intacte. On reconnaissait très-bien l'encoche semi-circulaire résultant de l'ancienne opération, mais la cicatrice était souple et régulière, il en était de même des parties molles voisines de la lèvre et du menton, jusqu'à la naissance du cou. C'est seulement au niveau de l'os hyoïde que les téguments étaient détruits. Il existait même en ce point une ouverture par laquelle le doigt pouvait pénétrer dans une vaste excavation remplie de fongosités saignantes, et d'où suintait continuellement un pus fétide et sanieux. Depuis six mois, cette tumeur était le siége de douleurs atroces qui ne laissaient pas au malade un instant de repos et l'avaient réduit au dernier degré de l'épuisement.

Aucune lésion cependant n'existait dans les organes intérieurs. Les poumons, le cœur, le tube digestif, fonctionnaient régulièrement.

En présence d'une affection de cette étendue et d'une dégénérescence dans laquelle étaient englobés des organes aussi importants, je ne crus pas d'abord pouvoir songer à l'opération. Cependant, pressé par les instances du malade et considérant d'ailleurs que, malgré son énorme développement, la tumeur n'avait point encore envahi la face supérieure de la langue, non plus que le larynx, l'épiglotte, les gros vaisseaux du cou, je crus pouvoir tenter l'opération et j'y procédai le samedi 30 juillet.

Le malade étant soumis au chloroforme, je divisai d'abord sur la ligne médiane la lèvre inférieure et les parties molles du menton, jusqu'à la naissance du cou, puis au moyen de deux incisions semi-elliptiques constituant un ovale par leur réunion, je cernai toute la partie ulcérée de la tumeur qui occupait la partie moyenne de la région cervicale; enfin, je terminai l'incision en la continuant sur la ligne médiane jusqu'auprès du sternum.

Dans un second temps de l'opération, je disséquai rapidement les parties molles, d'une part pour mettre à découvert le corps tout entier de la mâchoire inférieure, et de l'autre part pour isoler la tumeur en avant, en bas et sur les parties latérales. Cette seconde partie de la dissection fut longue et laborieuse; il fallut disséquer dans une étendue de plusieurs centimètres, les artères carotides primitives, carotide externe et les veines jugulaires internes, tant du côté droit que du côté gauche.

Dans un troisième temps, je fis, au moyen de la scie à chaîne, la section du corps de la mâchoire, immédiatement au-devant des muscles masséters. Ce fut l'affaire d'une minute à peine.

Dans un quatrième temps, le plus long et le plus pénible de tous, je détachai la mâchoire et la tumeur de leurs adhérences aux parties voisines. Cette partie de l'opération fut exécutée tout entière avec des ciseaux courbes sur le plat. Ayant fait maintenir la pointe de la langue avec une érigne de Musseux, pendant que je tenais moi-même de la main gauche le corps de la mâchoire, je divisai lentement et à petits coups la muqueuse et les muscles de la face inférieure de la langue, depuis sa pointe jusqu'à sa base. Les glandes sublinguales, sous-maxillaire, les muscles génio-hyoïdien, milo-hyoïdien, le ventre antérieur du digastrique, se trouvaient ainsi compris dans la masse que je laissais adhérent à l'os et que j'enlevais avec lui.

J'arrivai ainsi jusqu'à la face postérieure de l'os hyoïde qui, lui aussi, était englobé dans la dégénérescence. Je dus l'enlever en totalité et avec lui une partie des muscles sterno-hyoïdien, omoplato-hyoïdien, thyro-hyoïdien, mettant ainsi à découvert la face antérieure du cartilage thyroïde et la glande du même nom. Un grand nombre d'artères furent nécessairement ouvertes dans cette dissection laborieuse, j'en dus faire la ligature immédiatement pour éviter une perte de sang trop considérable. Aussi quand l'opération fut terminée, le malade ne se trouva-t-il pas trop affaibli.

Après m'être assuré que tous les tissus envahis par le cancer étaient radicalement enlevés, je procédai à la réunion des parties.

Ce cinquième et dernier temps présenta peu de difficultés. Les lambeaux que j'avais ménagés étaient largement suffisants pour reconstituer la lèvre et le menton, ainsi que pour recouvrir la plaie du cou. Vingt-deux points de suture entortillée furent employés pour maintenir cette réunion. J'eus grand soin de fixer la langue aux parties molles antérieures et de ménager, dans la partie la plus déclive du cou, une petite ouverture pour l'écoulement facile des liquides.

Après cette terrible mutilation dans laquelle la langue avait été privée d'une partie de ses muscles et de ses deux points d'appui principaux, le corps de la mâchoire et l'os hyoïde, on devait redouter une grave perturbation dans les mouvements de déglutition. Il n'en fut rien. Immédiatement après l'opération, le malade put avaler sans trop de difficulté et même articuler des sons assez intelligibles.

Pendant trois jours, les choses se passèrent aussi bien que possible. La déglutition s'opérait bien, le malade se nourrissait de bouillon et de vin. La cicatrisation s'était même opérée par première intention dans toute la partie supérieure de la plaie, lorsque, dans la nuit du quatrième jour, le malade, au lieu d'éprouver la réaction fébrile habituelle dans les grandes lésions traumatiques, tomba dans un affaissement extrême et succomba inopinément.

A l'autopsie qui eut lieu vingt-quatre heures après la mort, je constatai que la réunion de la lèvre inférieure et du menton était complète et solide, que l'état local de la plaie était aussi satisfaisant que possible, et que rien dans ce qui avait rapport à l'opération considérée sous le point de vue anatomique ne pouvait rendre raison de la terminaison fatale.

Les organes intérieurs ne présentaient non plus aucune lésion grave. Il est donc probable que le malade a succombé à une sorte d'épuisement, ainsi que cela s'observe assez souvent chez les personnes âgées qui, accidentellement ou par le fait d'une grande opération, se trouvent affectées d'une lésion traumatique considérable.

Malgré sa terminaison funeste, j'ai pensé que ce fait n'en avait pas moins un certain intérêt, en ce qu'il prouve que l'os hyoïde n'est point aussi indispensable à la déglutition qu'on aurait pu le supposer. Et peut-être aussi pourrait-on en induire que, dans une affection moins avancée, chez un individu plus jeune et surtout moins épuisé par la souffrance, il serait possible d'obtenir un résultat avantageux.

Injections iodées.

Rapport sur un mémoire présenté à la Société de chirurgie par M. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Messieurs, vous avez chargé M. Michon et moi, de vous présenter un rapport sur un travail qui vous a été envoyé par M. Prestat, à l'effet d'obtenir le titre de correspondant de notre Société. Ce travail se compose du simple récit de cinq faits propres à faire apprécier l'utilité des injections iodées dans certaines affections chirurgicales.

La première observation a trait à une ascite survenue à la suite d'une hépatite compliquée de péritonite subaiguë chez un homme de 34 ans. Après avoir inutilement tenté d'obtenir la résorption du liquide, trois ponctions furent faites à un mois d'intervalle; chacune donna issue à douze litres environ de sérosité albumineuse, et l'exploration du ventre, après les ponctions, permit de constater que le foie n'était pas hypertrophié et qu'il n'existait aucune tumeur de l'abdomen.

Après la troisième ponction, comme après les deux premières, le liquide s'était rapidement reproduit; l'état général du malade était devenu fort grave; l'amaigrissement était très-prononcé; la sécrétion urinaire presque nulle; l'oppression était telle, que le malade était obligé de se tenir assis, et que l'ingestion d'une petite quantité d'aliments suffisait pour déterminer une suffocation imminente. Il n'y avait pas de signes d'affection du cœur.

En l'absence de tout signe de maladie organique, et en présence de désordres qui devaient amener une mort prochaine, M. Prestat, de concert avec ses collègues de l'Hôtel-Dieu, se décida à faire une quatrième ponction, suivie de l'injection de 200 grammes d'eau tiède, additionnée de 50 grammes de teinture d'iode. Il soulagea les intestins, maintint le liquide dans l'abdomen pendant cinq minutes, et laissa écouler la moitié, qui entraîna des flocons d'albumine coagulée et retira la canule.

Les accidents immédiats furent terribles : douleur externe, face pâle et décomposée; pouls faible, petit, ralenti; suffocation qui semblait due à ce que la douleur empêchait le diaphragme de se contracter. Au bout de dix minutes, la suffocation fut moindre, le pouls se releva, mais la douleur persista. Quelques heures après, le ventre était aussi volumineux qu'avant l'opération et le malade présentait tous les symptômes d'une péritonite suraiguë, qui s'amenda au bout de quatre jours et disparut le huitième. Une compression méthodique fut alors employée; des potages furent accordés au malade. Le ventre commença à diminuer de volume; les urines devinrent abondantes. Quatre mois après l'opération, le malade quitta l'hôpital, ayant encore le ventre gros et éprouvant beaucoup de gêne pour se redresser et pour se ployer. Quatre mois plus tard, cette gêne avait disparu, et aujourd'hui, trois ans et demi après l'opération, cet homme jouit d'une très-bonne santé et se livre à de rudes travaux sans le moindre inconvénient.

Dans la deuxième observation, il est question d'une femme de 64 ans affectée d'ascite très-volumineuse. Le ventre avait 123 centimètres de circonférence, et une ponction simple avait donné issue à plus de vingt litres de sérosité. On avait constaté, après la ponction, l'existence dans le ventre d'une douzaine de tumeurs mobiles du volume d'une grosse noix à celle d'une petite pomme. La suffocation empêchait la malade de se coucher. Il n'est rien dit de l'observation de l'état du cœur ni des gros vaisseaux.

M. Prestat, après avoir vidé le ventre, injecta une solution de 30 grammes de teinture d'iode dans 220 grammes d'eau, et après avoir soulagé les intestins et laissé séjourner la liqueur pendant cinq minutes, il en retira environ la moitié. Douleur vive surtout à l'épigastre, petitesse et ralentissement du pouls, pâleur de la face, demi-syncope, tels furent les accidents immédiats qui se dissipèrent au bout de huit minutes. Les accidents inflammatoires furent presque nuls; mais le ventre, dès le surlendemain, avait déjà 102 centimètres de circonférence, et deux mois après il avait repris tout son volume.

M. Prestat fit alors une deuxième ponction, qui amena la même quantité de sérosité de même nature que la première fois, sans trace de fausses membranes; il injecta 70 grammes de teinture d'iode dans 220 grammes d'eau; la proportion de teinture qui avait été de 1/7 dans la première opération, fut portée au 1/4. Les phénomènes immédiats furent beaucoup plus caractérisés. Il s'y joignit des vomissements immédiats. Les accidents inflammatoires furent cependant très-modérés. Le ventre, qui huit jours après l'opération mesurait 89 centimetres, n'en mesurait plus que 77 au bout d'un mois. Mais cette amélioration ne persista pas, et au bout de trois mois, le ventre avait repris à peu près le volume qu'il avait primitivement, lorsque la malade mourut subitement en rendant par la bouche un verre de mucus bronchique coloré de sang. L'autopsie ne fut pas faite.

La troisième observation a trait à une plaie contuse du genou par écoulement sans fracture, avec décollement de la peau du jarret. — Il se forma un vaste abcès du jarret qui se vidait par une ouverture supérieure au côté externe de la cuisse. Au bout de six semaines, le foyer s'enflamma, le pus devint séreux, chargé de gaz et le malade fut pris de frissons irréguliers. M. Prestat injecta dans le foyer 16 grammes de teinture d'iode mêlés à la même quantité d'eau, et maintint le liquide en place pendant 24 heures, au moyen d'une bandelette agglutinative appliquée sur l'ouverture. La réaction et la douleur furent presque nuls; au bout de cinq jours, le pus était crémeux, peu abondant; l'état général excellent. L'injection fut renouvellée trois fois de six jours en six jours; à chaque fois, la quantité qui pénétrait était moindre; dix jours après la dernière injection, la cicatrisation était achevée. Le malade conserva une ankylose incomplète du genou, qui, malgré un traitement énergique, n'était pas complétement dissipée au bout de quatre mois et demi. Si l'on rapproche de ce fait une circonstance que M. Prestat a observée au moment de l'accident, savoir l'écoulement de la synovie par la plaie, écoulement qu'il attribua à la déchirure de la gaîne tendineuse du biceps, on sera porté à croire que M. Prestat a eu affaire à une lésion beaucoup plus grave que celle qu'il indique, c'est-à-dire que l'articulation du genou a été ouverte, et qu'elle communiquait avec ce foyer qui existait dans le creux du genou.

La quatrième observation a pour objet un petit kyste purulent développé à la mâchoire supérieure au-dessus de la racine d'une première molaire laissée en place lors de l'extraction de cette dent. L'ouverture de ce kyste, faite par le bistouri, était restée fistuleuse. Des injections de teinture d'iode pure, pendant six semaines, tous les quatre jours, guérirent cette affection qui durait depuis dix-huit mois.

Le cinquième fait est celui d'un abcès froid de la cuisse chez une enfant de 11 ans, scrofuleuse. L'abcès, vidé au moyen d'un trocart, fut lavé avec une collection de 30 grammes de teinture d'iode pure dans 60 grammes d'eau. L'ouverture resta fistuleuse, et M. Prestat fit tous les dix jours une injection de teinture d'iode pure. La tumeur disparut au bout de six semaines, laissant un peu d'empâtement du tissu cellulaire. Un traitement général fut en même temps dirigé contre l'état scrofuleux.

Tels sont les cinq faits que M. Prestat a présentés à la Société de chirurgie, laissant à celle-ci le soin de les apprécier et de les commenter. Vous avez vu qu'il s'agit de deux faits d'injections iodées dans le péritoine, et de trois faits d'injections iodées dans un abcès froid, dans un foyer purulent, suite de plaie contuse qui prenait un mauvais aspect, et dans un vieux kyste purulent.

Les injections iodées ont été l'objet de nombreux travaux depuis ces dernières années, et la Société de chirurgie a contribué à ces travaux pour une large part. Deux questions principales sont à l'étude : les injections iodées ont été employées pour la guérison des collections séreuses, et pour la guérison des suppurations, soit aiguës, soit chroniques.

La première question est élucidée par des faits assez nombreux pour que l'utilité des injections iodées, pour la guérison des hydropisies et les kystes, ne puisse plus être contestée, mais que de points de pratique encore indécis : dans quels cas sont-elles indiquées? quelle doit être la composition et la quantité du liquide? combien de temps doit-on le laisser séjourner? Le praticien est encore sans guide, et, si on consulte les faits publiés, on voit que la manière de faire a beaucoup varié. Le moment n'est pas encore venu où l'on puisse tracer des regles fixes pour le traitement des collections séreuses par les injections iodées; les faits ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir peser comparativement la valeur des divers modes employés. Il faut enregistrer avec soin tous les faits nouveaux qui se présentent, et, sous ce rapport, on doit savoir gré à M. Prestat des éléments qu'il apporte à la solution de la question par les deux faits d'injection péritonéale dont je vous ai présenté l'analyse. Examinons ces deux faits, et voyons si la conduite de M. Prestat est préférable à celle qui a été suivie dans d'autres cas semblables.

Dans la première observation, il s'agit d'une hydropisie essentielle, suite d'une péritonite qui avait résisté à tous les moyens tentés par M. Prestat. L'état général était des plus fâcheux; le liquide se reproduisait rapidement après les ponctions faites pour l'évacuer. L'injection iodée a évidemment guéri le malade, mais il faut avouer qu'il s'en est fallu de peu qu'elle n'ait produit un résultat tout opposé. Nous pensons que les dangers si grands courus par le malade tiennent en partie au procédé suivi par M. Prestat.

Ce chirurgien a employé un liquide plus fort que celui dont on avait généralement fait usage avant lui : M. Griffon a injecté 150 grammes d'eau tenant en dissolution 25 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium; M. Boinet a mêlé 30 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium à 180 grammes d'eau. La solution de M Griffon contient 1/71 d'iode et un peu plus de 1/6 d'alcool; la solution de M. Boinet contient 1/72 d'iode et un peu plus de 1/6 d'alcool; celle de M. Prestat contient 1/50 d'iode et 1/4 d'alcool. En outre, M. Prestat a supprimé l'iodure de potassium qui entre pour 1/75 et 1/90 dans les liquides employés par MM. Griffon et Boinet. Enfin, M. Prestat a employé une quantité plus considérable de liquide, et il a, à dessein, laissé dans le péritoine la 1/2 du liquide injecté. Il a produit ainsi une péritonite suraiguë à laquelle le malade a failli succomber, et qui s'est terminée par des adhérences à des douleurs qu'a éprouvées pendant longtemps le malade lorsqu'il voulait se redresser. Nous pensons que M. Prestat eût pu guérir son malade sans lui faire courir tant de dangers. A en juger par les faits connus, il n'est pas prudent de dépasser d'emblée la proportion de 1/70 d'iode et de 1/16 d'alcool, et il faut y associer de 1/70 à 1/80 d'iodure de potassium. Après quelques minutes employées à laver le péritoine, il faut évacuer le plus de liquide possible. Dans ces limites, la péritonite semble peu à craindre; on a plutôt à redouter un insuccès, faute de réaction suffisante, et c'est alors qu'on pourra, dans des injections subséquentes, employer un liquide plus fort, c'est ce qu'a pu faire avec succès l'un de nous qui, après avoir échoué dans un cas, en employant le liquide ordinaire, a réussi au moyen d'une solution contenant 1/40 d'iode et d'iodure et 1/4 d'alcool. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce cas. — Il est à notre connaissance que, dans deux autres cas, la solution de Guibourt qui contient un 1/20 d'iode et d'iodure et 1/2 d'alcool a été involontairement poussée dans le péritoine; dans l'un de ces cas, on croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire : il survint une péritonite rapidement mortelle. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire qui avait été injecté une première fois sans succès avec une solution faible, et qu'on voulait injecter de nouveau avec la solution de Guibourt; après l'évacuation de la sérosité, la canule ayant été enfoncée davantage, se trouva dégagée de l'intérieur du kyste, soit que son extrémité ait perforé la paroi du kyste, soit que le plissement de celui-ci, ou quelque mouvement de la malade, aient déterminé le retrait du liquide au delà du bout de la canule. Quoi qu'il en soit, une douleur aiguë, qui suivit l'injection de la première seringuée, avertit le chirurgien qu'il se passait quelque chose d'insolite, car l'introduction de la solution de Guibourt dans un kyste de l'ovaire ne cause aucune douleur. Il tâcha de faire écouler le liquide, mais sans succès, et injecta immédiatement deux seringuées d'eau tiède; le tout resta dans le péritoine. Il survint des accidents de péritonite assez graves, mais qui se dissipèrent au bout de deux jours. De ces différents faits résulte pour nous la règle, que, dans les injections péritonéales, les limites indiquées plus haut, pour la force du liquide, ne doivent être dépassées que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Dans la seconde observation de M. Prestat, il s'agit d'une ascite compliquée des nombreuses tumeurs sur la nature desquelles M. Prestat ne s'explique pas; une première injection faible n'ayant produit aucun résultat, une seconde plus forte fut tentée, mais également sans succès, et la malade était revenue à son état ordinaire lorsqu'elle mourut subitement trois mois après la seconde opération. Nous nous sommes demandé si la présence de ces tumeurs n'aurait pas dû contre-indiquer toute sensation de guérison de l'ascite; fallait-il, comme dans les cas où l'ascite n'est qu'un symptôme d'une affection organique du cœur ou du foie, renoncer à toute tentation de guérison? Nous ne le pensons pas, et, sous ce rapport, nous approuvons la conduite tenue par M. Prestat dans ce cas difficile. En effet, quoiqu'il y eût tout lieu de croire que l'ascite était liée à la présence de ces tumeurs, cependant on voit si souvent le ventre rempli de ces tumeurs sans ascite, que M. Prestat pouvait encore espérer de débarrasser la malade de cette complication qui, pareillement, devenait une cause d'accidents graves. Si ces tumeurs avaient été de nature cancéreuse, il aurait fallu sans doute abandonner la maladie à son cours nécessairement fatale;

mais il nous paraît évident qu'il s'agissait de ces tumeurs fibreuses qui ne gênent les malades que par leur volume et leur poids, lorsque leur siége ne trouble pas les fonctions des organes abdominaux, et qui n'empêche pas les malades d'atteindre une vieillesse avancée. L'un de nous a cru devoir agir comme M. Prestat dans deux cas analogues, et n'a eu qu'à se louer de sa détermination. Consulté par une dame, qui, comme la malade de M. Prestat, avait une ascite considérable compliquée de la présence dans l'abdomen de plusieurs tumeurs mobiles et indolentes, il conseilla l'injection iodée. M. Récamier avait antérieurement évacué la sérosité en ouvrant l'abdomen au moyen de la potasse caustique, et le liquide s'était reproduit. L'injection fut pratiquée avec le liquide employé par M. Boinet; les accidents furent presque nuls. Six mois après, le liquide ne s'était pas encore reproduit, et la malade ne s'était pas représentée; il y a lieu d'espérer que la guérison s'est maintenue. Le second fait est encore plus remarquable, c'est celui dont nous avons déjà fait mention, et sur lequel nous croyons devoir appeler un moment votre attention.

Madame C...., Anglaise, âgée de 30 ans, mère de deux enfants, était affectée d'un prolapsus de l'utérus, suite d'une déchirure du périnée à sa première couche, et d'une tumeur de l'ovaire gauche. Étant grosse de trois mois, elle fit une chute dans un escalier, et le ventre fut fortement contus.

Y eut-il rupture d'un kyste de l'ovaire, ou seulement péritonite par le fait de la contusion, nous ne saurions le dire, mais le fait est que le lendemain le ventre avait pris un développement considérable, que pendant cinq jours il y eut des vomissements continuels, qu'il s'ensuivit un avortement, et qu'il en résulta un ascite si considérable, que, trois mois après, M. Velpeau tira par la ponction dix-sept litres de sérosité, et constata la présence d'une tumeur solide de l'ovaire du volume des deux poings.

La collection se renouvela rapidement, et trois mois après la première ponction, une seconde évacuation de la même quantité de liquide fut faite. Cette fois, une injection iodée fut pratiquée avec 180 grammes d'eau, 30 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium. Le ventre fut comprimé par du coton et un bandage de corps en flanelle. Les accidents immédiats furent assez intenses, mais se calmèrent au bout de douze heures. Quelques jours après, la compression fut exercée par une ceinture élastique de M. Gariel, et l'utérus fut maintenu par un appareil ingénieux du même auteur. La sérosité se reproduisit, mais plus lentement, et quatre mois après, sans attendre que le ventre eût pris tout son développement, une ponction fut faite qui n'amena que 12 livres de sérosité, et une deuxième injection fut pratiquée avec le même liquide que la première fois; les accidents furent moins intenses qu'à la première opération, et les meilleures précautions furent prises.

Le résultat fut plus satisfaisant; le liquide se reproduisit plus lentement, et un peu plus de quatre mois après, la ponction n'amena que 7 litres d'eau. Une injection fut faite avec le liquide suivant :

Eau	2,50	grammes.
Alcool	60	—
Iode	6,25	—
Iodure de potassium		

Le liquide fut, comme les deux premières fois, évacué aussi complétement que possible, après avoir été maintenu pendant quelques minutes. Les accidents immédiats furent très-intenses. Les vomissements durèrent quatre jours, avec des douleurs très-vives; puis, tout rentra dans l'ordre. Il y a aujourd'hui plus de dix-huit mois que cette dernière opération a été pratiquée; on sent au palper la tumeur de l'ovaire et quelques traces de liquide dans le péritoine. La malade se considère comme guérie, et se félicite d'autant plus du résultat que l'utérus, n'étant plus repoussé par cette énorme masse de liquide, et ayant peut-être contracté quelques adhérences, reste maintenant en place. Elle continue l'usage de la ceinture de M. Gariel.

Les deux faits que nous venons de vous rapporter viennent à l'appui de la conduite tenue par M. Prestat, et nous paraissent légitimer l'espérance qu'il avait de guérir sa malade malgré la complication qui existait chez elle.

Quant aux trois dernières observations qui sont rapportées dans le mémoire de M. Prestat, elles ont trait, comme nous l'avons dit, à des injections iodées pour les cas de suppuration chronique. Les succès obtenus par ce traitement, dans les cas de cette nature, sont tellement nombreux qu'il n'est plus permis de révoquer en doute l'efficacité de ces injections, et les trois faits de M. Prestat ajoutent encore à ce que nous savions déjà à cet égard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Société de tempérance.* — On lit dans le *Manchester Guardian*, les détails suivants sur le banquet qui a eu lieu en commémoration du sixième anniversaire de la *Société du régime végétal* :

« Le sixième banquet annuel de la *Société du régime végétal* a eu lieu dans Townhall, à Salford, hier au soir. Les convives étaient nombreux. (Il est à regretter que l'on n'ait pas le menu de ce curieux banquet, d'où toute espèce de viande et de substance animale a été rigoureusement proscrite.) On a bu à la santé de la reine avec de l'eau pure.

« La salle du banquet avait été décorée avec des guirlandes de vert feuillage, encadrant des citations tirées de la Bible et des œuvres de Cuvier. Les bustes de Milton et de Shakspeare figuraient avec honneur dans l'ornementation de la salle. Au-dessous de ces bustes étaient des citations des grands poëtes recommandant l'abstinence de la viande. Le banquet a été présidé par M. James Simpson, qui a exposé tous les avantages du régime végétal, et les puissantes raisons qui militent en sa faveur, s'appuyant sur les opinions de Linné, de Cuvier, de Monbaddo et d'Owen.

« Ce qui prouve que ce régime est bon pour la santé, a-t-il dit, c'est que beaucoup de membres de la Société l'ont adopté et s'en trouvent parfaitement; leurs figures en font foi. (Rires.) Vous voyez à cette table huit membres de la Société qui, en réunissant leurs âges et leurs années d'alimentation végétale, représentent 338 ans, moyenne pour chacun, environ 42 ans.

« Ces résultats sont encourageants, et contre de tels faits le ridicule ne prouve rien. Il est certain, au contraire, que la petite-vérole et les affections pulmonaires sont transmises à l'homme par les animaux. Tous les vices de l'humanité se rencontrent plus chez les hommes qui se nourrissent de substances animales que chez ceux qui ne vivent que de légumes. Les partisans du régime animal soutiennent que l'homme n'étant ni herbivore ni carnivore, est un animal intermédiaire qui doit se nourrir à la fois de viande et de légumes.

« Ce raisonnement est aussi peu logique que celui consistant, par exemple, à dire que, parce que la ville de Salford n'est ni celle de Manchester, ni celle de Pendleton, elle est pareille aux deux. Les médecins recommandent la nourriture animale; mais on sait que les médecins n'ont pas toujours raison. (Écoutez!) Ils ne sont pas infaillibles. (On rit.)

« M. Beck (de Boston) prétend que la prospérité nationale n'existera réellement que lorsque les hommes cesseront de saigner et de tuer les animaux.

« *M. W. Ward,* de Cambridge : Les nombreuses démonstrations en faveur de la réforme, et surtout de notre régime végétal, sont pour moi le plus sûr garant que nous touchons à l'époque où l'amour présidera aux actions des hommes et où l'égoïsme et la cruauté seront à jamais bannis de la terre. (Applaudissements.)

« Après quelques observations de M. John Noble, de Boston, et de M. Bormond d'Halifax, en faveur des légumes, l'assemblée vote des remercîments à son président et boit de l'eau claire à sa santé. »

Plusieurs de nos lecteurs pourront trouver que les assertions et les raisonnements du joyeux président du banquet auraient besoin de quelques preuves pour passer sans contestation, et nous sommes de leur avis. Cependant, puisqu'il s'est trouvé en Angleterre au moins huit hommes pour entreprendre une expérience aussi originale que celle de l'alimentation exclusivement végétale, il serait à désirer que les résultats de cette expérience pussent être scientifiquement observés, et que celui de nos confrères qui se chargerait de cette tâche s'assurât bien surtout qu'aucun des associés ne fait des infractions aux règles de l'ordre. Cette investigation, convenablement faite, aurait un véritable intérêt pour la physiologie et pour l'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLES PUBLICATIONS.

Chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 23, ancien n° 4.

Cours d'Hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Mode de publication. Le *Cours d'hygiène* de M. le docteur Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit-texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'*un fort demi-volume* in-8 en caractères ordinaires, est fixé à 2 francs.

La quatrième livraison vient de paraître. Elle traite des cimetières, de la distribution des eaux, de l'éclairage public et privé, des habitations privées et publiques, du chauffage, des établissements industriels, de l'endémie, de l'épidémie et des constitutions médicales, de la contagion miasmatique, des lois sanitaires. Elle renferme ce qu'on ne trouve dans aucun traité d'hygiène : le classement des établissements industriels et la convention sanitaire internationale. La *cinquième livraison* est sous presse et paraîtra du 1er au 15 novembre; elle terminera le premier volume et l'histoire des modificateurs *cosmiques, astronomiques, physiques et chimiques.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 98. 1re année. Mardi 16 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 30 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Fœtus monstrueux, par M. le Dr Bouteillier. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Du traitement des exostoses par la fracture de leur pédicule, etc., par M. Chassaignac. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : De la rétention du placenta sans résultats fâcheux pour la mère, etc., par le Dr Giovanni Melchiori. — **HYGIÈNE** : Consommation de la bière à Paris, par M. E. Yung. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES**. — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 13 août 1853.

Description d'un fœtus monstrueux d'une espèce nouvelle,

Par M. le Dr Jules Bouteillier, *de Rouen.*

Notre estimable confrère, M. Jules Bouteillier, de Rouen, a fait présenter à la Société anatomique, dont il est membre titulaire, un moule en plâtre et un squelette provenant d'un fœtus monstrueux qu'il est bien difficile de faire rentrer dans les divisions connues. L'importance et la singularité de ce fait, qui semble unique jusqu'ici, nous ont fait penser que nos lecteurs liraient avec intérêt les détails suivants, que nous empruntons au manuscrit de M. Bouteillier. Nous pouvons garantir la scrupuleuse exactitude des dessins, qui ont été exécutés sous nos yeux par M. Vien, jeune dessinateur plein de zèle et d'habileté.

Détails relatifs à la naissance du fœtus. — Madame Martine, sage-femme à Auffay, fut appelée, le 25 janvier 1852, à Hengleville-sur-Scie (arrondissement de Dieppe, Seine-Inférieure) auprès d'une ouvrière, Eléonore-Julie Quesnel, âgée de 28 ans, qui était en mal d'enfant. Cette femme était dans la dernière misère : elle appartient à la classe des ouvrières de fabrique qui vont de pays en pays pour chercher de l'ouvrage. Pendant sa grossesse, elle a nourri un de ses enfants et a éprouvé de nombreuses et de grandes privations. Elle n'a jamais porté de corset. Nous ne savons rien sur les parents de cette femme et nous ne pouvons dire si quelques-uns d'entre eux ont présenté des difformités plus ou moins utiles à connaître, pour le cas actuel. Quant à elle, examinée avec soin par madame Martine, elle fut trouvée bien conformée ; son bassin présentait les dimensions normales. Elle n'a eu que deux enfants qui sont bien portants et d'une conformation naturelle. Le père, Martin (Jean-Marie), âgé de 27 ans, est fileur et n'est pas difforme.

Le dernier accouchement, celui qui s'est terminé par la sortie du monstre qui nous occupe, s'est fait à huit mois et demi et a été très-facile ; les douleurs n'ont duré que deux heures.

Le fœtus, dont les mouvements avaient été sentis jusqu'aux deux derniers jours exclusivement, est sorti la tête la première. Il était vivant, au dire des personnes présentes ; la sage-femme qui avait touché la mère, au début du travail, était absente au moment de la naissance ; toutefois, à son retour, elle a constaté que l'enfant, qui était déjà mort, était tellement ferme, vermeil et chaud, qu'elle croit volontiers qu'il est venu au monde vivant, ainsi qu'on le lui a rapporté. — La délivrance s'est faite comme de coutume, et les couches ont été fort heureuses.

Le fœtus fut conservé par madame Martine dans un liquide dont j'ignore la nature. Ce liquide n'avait malheureusement pas de propriétés conservatrices suffisantes, car lorsque le petit monstre me fut envoyé, plus d'une année après, quelques-uns de ses viscères étaient déjà en partie corrompus. Du reste, la peau et les formes extérieures étaient assez bien conservées. Avant de procéder à la dissection, je fis exécuter un modèle en plâtre que j'envoie à la Société anatomique.

Planche I.

La grande figure représente la conformation extérieure du monstre vu de trois quarts, et réduit à demi-nature. La petite figure représente la face postérieure du corps.

Conformation générale du fœtus. — Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est la réunion de la tête et du tronc, sans qu'il y ait entre ces deux parties rien qui ressemble à un cou : c'est ensuite la direction de la tête qui, immobile au-dessus du tronc, est légèrement rejetée en arrière. C'est enfin la petite étendue de la partie postérieure du tronc ; mais un examen attentif fait découvrir une foule de détails qu'il est utile de décrire avec précision.

Pour cette description, je supposerai toujours le sujet placé dans la position verticale.

Sa hauteur est de 25 centimètres ; du menton à l'ombilic, qui est le point le plus bas du tronc, il y a 9 centimètres et demi ; de l'ombilic à l'extrémité des pieds, 8 centimètres ; enfin du menton au point le plus élevé de la tête, 8 centimètres.

La tête moins développée que celle d'un enfant à terme présente une circonférence moyenne de 29 centimètres. La face dont les traits sont assez réguliers, regarde légèrement en haut et en avant. Le pavillon de l'oreille ouvert en avant est situé beaucoup plus bas que de coutume ; il est presque sur le même plan que le moignon de l'épaule, qui n'est éloigné de lui que de 1 centimètre et demi ; il en résulte un aspect fort bizarre. De l'un à l'autre conduit auditif externe se voit, sur le moule en plâtre que j'ai envoyé à la société, une rainure assez marquée, mais cette rainure est artificielle ; elle est le résultat du mode de suspension que l'on adopte pour conserver le fœtus dans une préparation plus ou moins alcoolique.

A la partie postérieure, un peu à droite, au niveau de la jonction de la tête et du tronc, se trouve un petit cephalamatome de la grosseur d'une aveline, la dissection a montré plus tard que l'épanchement sanguin n'est pas en contact avec la table externe de l'os ; il en est séparé par une membrane contiguë au périoste.

Le cou est remplacé par une rainure à peine sensible entre la tête et le tronc. Encore cette dépression n'existe-t-elle pas entre le menton et la fourchette sternale ; la peau est tendue de l'un à l'autre ; la distance qui sépare ces deux points n'est pas beaucoup augmentée quoique la tête fortement renversée en arrière.

Le tronc est extrêmement bizarre ; il a à peu près la forme d'un cube dont la face supérieure supporte la tête, et ne peut être vue sans dissection. La face antérieure, aplatie, mesure 6 centimètres et demi environ en largeur et 7 centimètres en hauteur ; elle comprend le plastron de la poitrine et la partie de l'abdomen qui s'étend depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. La face inférieure est convexe, peu étendue ; on y voit d'avant en arrière : 1° l'ombilic ; 2° la partie inférieure de l'abdomen, dont la direction est oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; 3° la vulve. Le point le plus bas est l'ombilic, de telle sorte qu'un plan horizontal passant à ce niveau viendrait couper les deux cuisses à leur partie moyenne. Les faces latérales du tronc, légèrement convexes, sont aussi étendues en hauteur que la face antérieure, mais de moitié moins larges qu'elle. Enfin, la face postérieure, ayant à peine 5 centimètres en tous sens, s'étend depuis la rainure dont j'ai déjà parlé jusqu'à la commissure postérieure du vagin. Elle a la forme d'un petit quadrilatère à peu près carré, dont les angles inférieurs sont occupés par la moitié supérieure de chaque cuisse ; en un mot, il n'y a pour ainsi dire pas de tronc en arrière ; absence de cou, absence de dos, absence de lombes et présence du bassin seulement. C'est dans cette face et non pas à la face inférieure du tronc que se rencontre l'anus, à 4 centimètres et demi de la tête.

Les membres thoraciques n'offrent rien de bien particulier à signaler. La longueur du membre droit est de 15 centimètres et demi, en mesurant du moignon de l'épaule à l'extrémité des doigts. Le membre gauche a 17 centimètres ; tous deux sont d'une grosseur proportionnée au volume de la tête. Les bras ont 7 centimètres de circonférence.

Les épaules sont un peu portées en avant, par suite de la position de la tête. Les bras sont appliqués contre le tronc, et les avant-bras fléchis reposent sur la partie antérieure et supérieure de l'abdomen.

Les membres abdominaux, par suite d'une légère flexion des jambes sur les cuisses, forment un lozange par le rapprochement des deux talons, qui sont portés en dedans et en haut ; les orteils sont dirigés en bas et la face plantaire des pieds regarde en avant et en haut. Leur bord péronéal est devenu inférieur, et leur bord tibial, supérieur. Ce sont deux pieds-bots varus très-prononcés.

On sait qu'il n'y a rien de plus commun que le pied bot chez les monstres, ce qui est contraire à la théorie du pied bot congénial, expliqué par une position vicieuse.

La longueur générale de chaque membre pelvien est de 15 centimètres et demi.

Ces membres sont grêles, la jambe n'est pas plus grosse que le doigt auriculaire d'un adulte.

Le poids total du fœtus m'est inconnu ; comme on l'a vu plus haut, il n'a été en ma possession que longtemps après la naissance et le peser à cette époque eût été chercher un document erroné.

Après avoir étudié le monstre à l'extérieur, j'ai procédé à la dissection avec le plus grand soin. Je n'ai préparé le squelette qu'en dernier lieu. C'est pourtant par là que je commencerai ma description. (*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Du traitement des exostoses par la fracture de leur pédicule, avec énucléation consécutive de la tumeur osseuse,

Par M. Chassaignac, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

L'idée qui se trouve énoncée dans le titre qu'on vient de lire nous a paru d'abord fort étrange et n'a point été encore réalisée dans la pratique. Elle soulève plusieurs questions qui sont loin encore d'être résolues. Mais si nous devons rester dans les termes d'une extrême circonspection quand il s'agit de passer à une application directe, nous avons pensé qu'il n'est pas inutile de faire connaître aux chirurgiens les circonstances qui nous en avaient fait concevoir la praticabilité. C'est à un singulier hasard que nous avons dû d'être mis sur la voie d'une méthode thérapeutique à laquelle nous avons donné un commencement d'exécution qui n'a pas abouti, parce que nous n'y avions pas l'esprit suffisamment préparé, mais qui peut renfermer, tout imparfait qu'il est, des indices précieux pour l'avenir.

Un infirmier de l'hôpital Saint-Antoine rentre un soir dans un état complet d'ivresse. Pour ne pas troubler l'ordre de la maison et le sommeil des personnes qui couchent dans la même salle que lui, on le fait entrer, par persuasion ou par contrainte (ce doute n'a pu être éclairci) dans un cabinet attenant à la salle de consultation. On l'y enferme et il y reste seul. Au milieu de la nuit, cris aigus. L'interne de garde accourt et constate une fracture siégeant à trois travers de doigt de l'extrémité inférieure du fémur. Il place l'appareil ordinaire des fractures de cuisse. Le lendemain à la visite, je défais l'appareil, je constate de nouveau avec mes internes, MM. Marcé et Bucquoy, les signes non douteux d'une fracture sus-condylienne déjà reconnue la veille, par M. Surmay, interne fort distingué, et nous constatons de plus qu'à cinq travers de doigt à peu près, au-dessus de la ligne articulaire, se trouve une tumeur osseuse, ayant les apparences d'un gros fragment de l'extrémité inférieure du fémur, détaché du reste de l'os et jouissant d'une assez grande mobilité. Il y avait peut-être quelque irréflexion de notre part à caractériser de fragment du fémur une portion osseuse aussi considérable, puisque nous aurions dû trouver, dans cette supposition, le trou que devait laisser le déplacement d'une pièce aussi volumineuse. Mais si l'on considère que la crépitation très-large (en sac de noix), suivant une expression reçue, nous conduisait à penser qu'il y avait une espèce d'écrasement de l'extrémité inférieure du fémur ; que l'articulation du genou était le siége d'un épanchement considérable ; et qu'enfin une circonstance complète-

ment ignorée jusqu'alors, qui ne nous a été révélée que plus tard, nous conduisait pour ainsi dire fatalement à l'erreur, on comprendra qu'il nous eût été difficile de l'éviter. Voyant que la fracture ne présentait, du reste, aucune tendance au déplacement, nous appliquons l'appareil ordinaire des fractures de cuisse. Lorsque, au quinzième jour de la fracture, nous examinâmes de nouveau l'état des parties, nous ne fûmes pas peu surpris de trouver cette tumeur osseuse, mollette, qui, à la manière d'un énorme sésamoïde, pouvait être mise en mouvement sur la face interne du fémur. C'est alors seulement que le malade daigne nous apprendre qu'il porte cette tumeur depuis longues années, qu'il nous produit même un certificat de deux médecins des hôpitaux, attestant, sans autres détails, l'existence de la tumeur (seulement elle n'était pas mobile). Tout alors devient clair pour nous, et lorsque, au bout de cinq semaines, nous trouvons à côté du fémur, entièrement consolidé et dont l'accroissement de volume en cet endroit annonce l'existence d'un travail de consolidation récemment formé, nous n'hésitons plus à dire qu'il y a eu chez cet homme fracture simultanée du fémur et du pédicule de la tumeur osseuse devenue mobile.

Cette tumeur, conservant encore de la mobilité, une déduction pratique se présente à nous, celle de lui conserver ce caractère d'isolement qu'elle a acquis accidentellement, afin de l'utiliser plus tard dans un but de thérapeutique.

Pendant huit ou dix jours, sous l'influence de mouvements quotidiennement reproduits et d'une fracture nouvelle très-distinctement provoquée par nos efforts dans le pédicule de la tumeur qui avait repris racine, nous parvenons à maintenir sa mobilité. Nous cherchons, au moyen de sondes et de compresses, à la retenir à distance de son lieu d'implantation. Mais enfin, malgré nos efforts de chaque jour, elle finit par se réimplanter d'une manière tellement solide, que toute idée de persévérer dans le plan primitivement conçu nous est bientôt enlevée.

Nous avons dû nous demander si la pratique n'aurait point un jour à tirer quelque profit de ce fait que le hasard nous avait présenté, et si l'on ne pouvait pas volontairement chercher à produire, dans certains cas, la fracture d'une exostose pédiculée, afin d'en pratiquer ultérieurement l'ablation, alors que le lieu de la fracture serait cicatrisé depuis un temps plus ou moins long.

Cette idée nous paraît réalisable. Il est même à désirer, pour le bien des malades et pour leur éviter les dangers habituellement inhérents à toute ablation d'exostose, qu'elle se réalise; mais ce ne peut être qu'à certaines conditions, sur lesquelles nous allons indiquer quelques aperçus que nous soumettons à la critique des chirurgiens.

Il faudrait d'abord que le pédicule de la tumeur osseuse fût très-mince, autrement on serait exposé, en brisant le pédicule, à fracturer en même temps l'os sur lequel il est implanté, ainsi que cela s'est effectué par l'intermédiaire d'une cause aveugle dans l'observation que nous avons rapportée. Nous admettons donc la nécessité d'un pédicule mince.

Quel serait maintenant le mode de fragmentation? Il nous semble qu'une percussion latérale, vive et sèche, après l'emploi de moyens protuteurs destinés à prévenir le froissement de la peau, serait le moyen le plus convenable. On se servirait, par exemple, de l'espèce de carré en bois qui est employé par les tonneliers pour cercler les barriques. L'extrémité de ce carré, répondant à la peau, serait emmaillottée de plusieurs doubles de linge ou d'une pièce de chamois, tandis qu'on percuterait sur l'autre extrémité du carré au moyen d'un maillet.

Nous mettrions pour troisième condition, qu'il n'y eût dans le voisinage aucune artère importante susceptible d'être déchirée par la surface inégale du pédicule brisé.

Enfin, il faudrait songer aux moyens efficaces et certains de prévenir le retour de la tumeur à sa place primitive. Dans ce but, on pourrait recourir à une compression bien faite, ou bien à l'usage de ces griffes ou de ces pointes aiguës dont M. Malgaigne a introduit l'usage dans le traitement des fractures. Ces instruments seraient implantés à travers la peau dans le tissu de l'exostose déplacée.

Il resterait à faire une dernière opération : ce serait celle qui aurait pour but d'arracher l'exostose de l'espèce de nid celluleux qui ne manquerait pas de se former autour d'elle.

Malgré la répugnance que soulève, au premier abord, l'idée de fracturer à travers la peau une tumeur osseuse, on comprend, d'après l'expérience vulgaire qui se fait chaque jour sous nos yeux, dans la production d'un grand nombre de fractures, que des causes directes peuvent briser des os extrêmement solides, bien qu'en agissant à travers la peau et sans altérer celle-ci.

On conçoit, du reste, que nous ne puissions présenter ces idées qu'avec une certaine défiance. Il s'agit d'un terrain encore neuf, et nous n'avons par devers nous qu'un commencement d'expérience, simple fruit du hasard. Nous croyons toutefois que les vues qui précèdent, appliquées avec opportunité par des chirurgiens habiles, pourraient introduire dans la pratique quelques éléments nouveaux et qui ne seraient pas dénués d'utilité.

Les seuls détails importants de l'observation ayant été consignés plus haut, nous nous bornerons à faire connaître, en terminant, le nom et l'âge du malade, qui a repris ses occupations actives dans l'intérieur de l'hôpital Saint-Antoine, où il se trouve encore. C'est le nommé Miette (Pierre), garçon de salle, âgé de 52 ans, et qui avait été placé dans le service de chirurgie le 26 novembre 1852.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la rétention du placenta sans résultats fâcheux pour la mère, à la suite de l'avortement, et considérations pratiques sur ce sujet,

Par le Dr Giovanni Melchiori.

Traduit de l'italien par le Dr Vignolo.

1re *Observation.* — La femme C. C..., de moyenne stature, âgée de 27 ans, fileuse de soie, déjà mère d'un enfant né à terme, et arrivée au sixième mois d'une nouvelle grossesse, après avoir éprouvé pendant quelques jours des douleurs dans la région lombaire, accompagnées d'un sentiment incommode de pesanteur au fond du bassin qui lui rendait pénible la position assise pendant toute une journée, avorta, le 5 août 1844, à la suite de vives douleurs, en rendant, avec le fœtus, une énorme quantité de sang. Arrivé au moment où l'hémorrhagie continuait encore, et trouvant, à l'exploration, le placenta adhérent à l'intérieur de la matrice, ce qu'il fut possible de constater, vu que le col de l'utérus était encore assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt, je cherchai à faciliter sur-le-champ la rétraction de cet organe dans le double but d'arrêter l'hémorrhagie et de provoquer l'expulsion de l'arrière-faix. Je fis faire, à cet effet, des applications froides sur la région pubienne et à la partie supérieure des cuisses; je fis en même temps de légères frictions avec la main sur le globe utérin. L'utérus se contracta, en effet, l'hémorrhagie s'arrêta, mais le placenta resta à l'intérieur.

Le soir même, je cherchai à introduire de nouveau le doigt dans le col et à le franchir, mais il était tellement contracté qu'il fut impossible de l'y faire pénétrer. Je dus dès lors me borner à ne point perdre de vue la femme, et me tenir prêt à parer à tout accident qui pourrait provenir de la rétention du placenta : toutefois, il n'arriva rien de fâcheux.

Le surlendemain 7, l'écoulement des lochies avait lieu, et avec elles quelques caillots de sang. Le 8, elles devinrent un peu fétides, puis l'écoulement prit une coloration moins foncée en rouge, et il finit par devenir tout à fait muqueux. Il n'y eut jamais ni fièvre, ni la moindre irritation à la matrice. La femme se rétablit promptement, et, dès le 20 du même mois, elle retourna à son travail.

Je puis assurer que j'ai mis tout le soin possible à rechercher si le placenta n'aurait pas été expulsé avec les lochies, ou confondu avec les caillots de sang; examinant moi-même tous les linges et alèzes qui avaient servi à la malade, ainsi que le vase où elle rendait ses urines et ses déjections alvines, avec la présomption que le placenta aurait pu, peut-être, sortir inaperçu du vagin avec des caillots sanguins, pendant une évacuation. Je ne trouvai jamais rien qui pût me mettre à cet égard dans le

moindre doute, et me faire soupçonner, dans les matières rendues, la présence de fragments du placenta.

Pendant plus de deux ans, je n'ai pas perdu de vue cette malade, et dans tout cet espace de temps elle n'a jamais été indisposée. Ses règles ont reparu comme auparavant, jamais elle n'a éprouvé aucun trouble du côté de l'utérus, et n'est plus jamais redevenue enceinte.

2e *Observation.* — Madame A. P...., âgée de 28 ans, d'un tempérament sanguin et irritable, déjà mère de cinq enfants qu'elle avait tous portés jusqu'au terme naturel de la grossesse, et dont elle était accouchée sans aucune maladie consécutive, étant de nouveau devenue enceinte, et à peine arrivée au bout du sixième mois de sa grossesse, accoucha, le 26 septembre 1844, d'un fœtus dont l'expulsion fut accompagnée d'une hémorrhagie avec rétention du placenta, qui ne fut expulsé que trois jours après et dans toute son intégrité. A cet avortement, succéda une gastro-entérite grave, à caractère typhoïde, et compliquée d'éruption miliaire. L'utérus lui-même ne fut pas exempt d'inflammation.

Convalescente de cette maladie dangereuse, elle devint encore enceinte, et ne cessa d'éprouver, pendant sa grossesse, de grands malaises et des symptômes évidents de métite. Pendant quelque temps, elle fut fidèle à suivre les conseils de la médecine, mais, fatiguée de tous les ménagements auxquels elle était soumise, elle s'en écarta vers la fin de février de l'année suivante, en ne s'observant plus dans son alimentation, et en se livrant sans retenue aux occupations domestiques. Aussi s'ensuivit-il, dans la nuit du dernier jour de février, un avortement à trois mois et demi. Le fœtus fut expulsé seul, avec une hémorrhagie si foudroyante que le pouls devint insensible. L'orifice utérin s'était resserré sur le cordon ombilical qui s'en échappait et qui tenait au placenta retenu dans l'utérus. Le vagin fut tamponé; des applications froides furent faites à l'extérieur, et on s'occupa en même temps de faire revenir la malade à elle-même par les moyens indiqués en pareille circonstance.

Ce premier danger passé, on ne retira que le surlendemain le tampon dont la présence dans le vagin était devenue importune et désagréable à la malade, et, en le retirant, on amena le cordon ombilical, qui s'était détaché du placenta. Le col de l'utérus était complétement resserré, il s'en écoulait un peu de sérosité sanguinolente. Le corps de cet organe était contracté et d'une sensibilité excessive, sans aucun symptôme toutefois d'inflammation grave. Les lochies, d'abord sanguines, devinrent fétides, et avec elles s'échappèrent des caillots de sang; puis l'écoulement devint simplement muqueux, sans avoir jamais offert le moindre vestige de placenta. Peu à peu le volume de l'utérus alla en diminuant, et l'organe devint complétement insensible. Le 17, la malade se plaignit d'une douleur dans l'aine gauche, douleur qui s'étendit le long du trajet des veines jusqu'au mollet, et qui disparut au bout de dix jours, à la suite d'application de sangsues, de cataplasmes émollients et d'embrocations avec une pommade belladonée.

Le 1er avril, toute espèce d'écoulement lochial ayant cessé depuis quelques jours, il s'échappa d'un seul trait, du vagin, environ trois cuillerées d'un mucus inodore mêlé de quelques filaments d'une substance membraniforme noirâtre. Le 24, le retour des règles eut lieu naturellement et sans souffrances; elles durèrent trois jours et se renouvelèrent ensuite régulièrement de mois en mois, en devenant successivement plus abondantes à mesure que madame A. P.... reprit ses forces.

Vers la mi-août de la même année, on trouva dans le sang des règles un fragment membraniforme, réticulé, de la largeur d'une pièce de cinq francs, brunâtre, très-friable, épais de 2 à 3 lignes, et dépourvu d'odeur. Était-ce un reliquat du placenta, ou bien une pseudo-membrane provenant de la surface interne de l'utérus?

Depuis lors, madame A. P.... a eu trois autres grossesses, et toujours elle est accouchée à terme. Je l'ai assistée dans toutes ses couches, et j'ai toujours eu la précaution d'examiner avec soin le placenta, qui ne m'a jamais paru différent de l'état normal. Je dois dire, en outre, que jamais, à la suite de ces accouchements, il n'y a eu d'expulsion d'aucune substance qui pût être considérée comme un vestige du placenta, précédemment retenu dans l'utérus.

3e *Observation.* — La nommée A. C...., sage-femme patentée, âgée de 36 ans, d'une constitution forte et robuste, déjà mère de dix enfants, avait dépassé le quatrième mois de sa onzième grossesse, lorsqu'elle éprouva les symptômes d'une pléthore générale. Le grand nombre de ses occupations lui fit négliger de se faire saigner. Il s'ensuivit, dans la nuit du 20 novembre 1846, alors qu'elle touchait à la fin de son cinquième mois, un avortement accompagné d'une abondante perte de sang. N'ayant près d'elle personne pour lui venir en aide, elle voulut, après la sortie du fœtus, se délivrer elle-même, en exerçant des tractions sur le cordon pour faciliter le détachement et l'expulsion du placenta; loin de là, le cordon se rompit. Elle se fit alors elle-même des applications froides sur le bas-ventre, et garda la position horizontale, couchée sur le dos. L'écoulement du sang n'en continua pas moins. Appelé auprès d'elle, je trouvai le globe utérin très-distendu : du col entr'ouvert, s'échappaient des lambeaux de membranes de l'œuf. A l'aide de deux doigts introduits dans son orifice, j'exerçai sur eux quelques tractions, mais ils se déchirèrent, me restèrent entre les mains et le placenta ne vint pas. J'administrai alors cinquante grains de seigle ergoté, divisés en quatre doses qui furent prises dans l'espace de quarante minutes. L'utérus ne tarda pas à se contracter, quelques caillots de sang furent expulsés, et l'hémorrhagie s'arrêta; mais le placenta resta dans l'utérus. L'orifice du col se referma ensuite en laissant seulement écouler les lochies formées d'un écoulement sanguin d'abord, qui devint ensuite fétide, et puis muqueux pendant une quinzaine de jours. Comme dans le cas précédent, l'utérus diminua progressivement de volume, et devint insensible. La malade se rétablit, prit de la nourriture et des forces, et put sortir le 9 décembre de chez elle.

N'ignorant pas que le placenta n'avait point été extrait, et connaissant tous les inconvénients qui pouvaient résulter de sa présence dans la matrice, cette femme vécut pendant quelque temps dans une grande anxiété, craignant de voir survenir plus tard quelque affection utérine; mais le 12 janvier 1847, elle vit reparaître ses règles qui se sont régulièrement renouvelées depuis aux époques mensuelles; aussi s'est-elle avec juste raison tranquillisée, n'ayant jamais plus souffert de ce côté. En 1851, la cessation naturelle de la menstruation s'est effectuée sans crise, et depuis lors, elle a pris beaucoup d'embonpoint.

Les trois observations qui précèdent sont pour moi, vu l'exactitude des soins que j'ai donnés aux femmes qui en font le sujet, autant de preuves irréfragables que, dans certaines conditions, le placenta peut rester complétement dans l'utérus, et que sa rétention peut n'être suivie d'aucun accident pour cet organe, ni d'aucun danger pour la santé de la femme.

Comme les observations qui précèdent et celles que je vais citer encore ci-après se rapportent à des avortements survenus dans les six premiers mois de la gestation, ce que j'aurai à dire sur le placenta se rapportera seulement aussi à cette période de la grossesse.

Sans chercher, pour le moment, à déterminer ce que devient le placenta dans les cas dont il est ici question, il me paraît surtout important de fixer l'attention des praticiens sur la conduite qu'il faut tenir en pareille circonstance, attendu que, dans ces cas exceptionnels, en ne secondant pas les efforts naturels d'expulsion, tout se termine comme on l'a vu dans les observations qui précèdent; tandis qu'en cherchant par des manœuvres à les seconder, au lieu d'un secours on s'expose à provoquer de sérieux accidents.

Ces cas sont en effet exceptionnels, vu que, d'une part le placenta ne se sépare pas de l'utérus, comme cela arrive ordinairement dans l'accouchement à terme, et que, d'un autre côté, il peut rester sans danger dans la cavité de la matrice; mais pour cela, deux conditions sont indispensables : la première, c'est que le placenta soit entièrement sain, qu'il n'ait éprouvé aucune lésion, ni contusion, ni déchirure; qu'il ne se soit pas détaché en partie; qu'il n'ait enfin éprouvé aucune altération quelconque dans son parenchyme. La seconde, c'est qu'il faut que les adhérences qui unissent ce corps à l'utérus soient assez solides et de telle nature, qu'elles ne puissent céder sous l'influence des contractions utérines, ni sous le retrait consécutif et graduel de l'utérus, tel qu'il a lieu d'ordinaire après l'issue des derniers restes de l'œuf.

A vrai dire, ce ne sera pas chose facile de déterminer les cas dans lesquels se rencontreront ces deux conditions pendant le travail de parturition, mais l'accoucheur aura lieu de penser qu'elles existent lorsqu'il aura constaté que le placenta adhère en totalité, qu'il n'aura exercé sur lui aucune traction manuelle violente, lorsque enfin il aura vu que des contractions utérines fortes et répétées ont été insuffisantes pour détruire les adhérences qui s'unissent aux parois internes de l'utérus. Cela étant, il y a de fortes probabilités que le placenta ne pourra se détacher et qu'il pourra, par contre, continuer à rester dans la matrice. Dans ce cas, l'accoucheur devra s'abstenir d'en tenter la séparation et l'extraction forcée, attendu qu'après les efforts inutiles faits par l'utérus pour s'en débarrasser, le chirurgien n'en viendrait pas à bout, ou du moins il n'y parviendrait qu'in-

complétement, et jamais sans inconvénient pour l'organe gestateur, surtout si l'on s'obstinait à l'arracher en totalité. Il est, en effet, un fait souvent constaté par les accoucheurs, à savoir que le placenta est quelquefois tellement adhérent, qu'il est tout à fait impossible de l'extraire en totalité, et qu'en voulant insister, au lieu de voir céder l'adhérence, on entame, par des tractions inconsidérées, la paroi interne de l'uterus, ou bien celui-ci se déchire.

Je crois devoir rapporter ici les deux cas suivants qui se sont présentés à moi, dans l'intérêt des considérations qui vont suivre.

4e *Observation.* — Dans les premiers temps où je m'adonnai à la chirurgie, j'assistai, avec un vieux praticien justement renommé, une dame de 35 ans, déjà mère de cinq enfants, laquelle avait fait le jour même une fausse couche, au commencement du sixième mois de sa grossesse. Il y avait hémorrhagie, et le placenta était encore dans la matrice. Je constatai par l'exploration que toute la masse placentaire était adhérente à la paroi postérieure de l'utérus, et j'en fis part à mon confrère. Celui-ci, redoutant les accidents qui pouvaient être à craindre dans cette circonstance, introduisit les doigts pour en opérer l'extraction, et malgré des tentatives qui durèrent environ une demi-heure, il ne parvint à en arracher que des fragments, et encore en provoquant beaucoup de souffrance. Toutefois, nous fûmes obligés de recourir à des applications froides pour arrêter l'hémorrhagie. Il s'ensuivit une métro-péritonite des plus graves qui enleva au bout de six jours la malade.

A l'autopsie, je trouvai le placenta encore adhérent dans toute l'étendue de sa face utérine, déchiré en différents sens, mortifié dans sa plus grande partie. Dans les portions gangrénées, il y avait des points qui conservaient encore l'organisation propre à ce corps, et dans lesquels la vitalité du tissu avait continué tant que la femme avait vécu : points qui, si la vie de la femme se fût prolongée, se seraient débarrassés des portions contiguës gangrénées, ne se seraient point détachés, et auraient continué de vivre en même temps que les moyens d'union qui les faisaient adhérer à la paroi utérine, en formant un seul et même tissu avec cette paroi.

5e *Observation.* — Le 2 juillet 1844, je fus appelé auprès d'une femme de 30 ans, maigre, qui trois jours avant avait avorté. Déjà, l'année précédente, elle avait fait une autre fausse couche. La grossesse était double et à son sixième mois. Un des deux enfants avait déjà été expulsé en entier par les contractions utérines : du second, le fœtus seulement était sorti. Il y avait rétention du placenta et hémorrhagie. Le chirurgien de l'endroit, pour arrêter l'écoulement du sang, avait d'abord cherché à attirer l'arrière-faix, en tirant sur le cordon ; puis il s'était livré à différentes tentatives avec la main, mais sans succès. Il s'ensuivit une métrite légère. A ma visite, il y avrit écoulement d'un liquide sanguinolent, fétide, et la femme était dans un état d'agitation marquée. Plus tard, il s'échappa par la vulve des fragments de placenta gangrénés. La métrite fut traitée par des moyens convenables, et des injections émollientes furent faites dans le vagin ; mais bientôt des symptômes de résorption purulente se manifestèrent, auxquels succomba la malade le 26 du même mois.

A l'autopsie, je trouvai encore dans l'utérus de petits lambeaux gangrénés de placenta ; mais une bonne partie de ce corps conservait encore son organisation naturelle, c'est-à-dire qu'elle formait une couche inégale adhérente à l'utérus dont je ne pus la séparer qu'à l'aide d'une macération de quelques jours.

On voit, d'après ces deux dernières observations, d'une part, l'insuffisance de la main à opérer ce que n'ont pu accomplir les contractions et la rétraction ultérieure de la matrice, et de l'autre, les dommages qu'occasionnent à l'utérus les différentes manœuvres exercées par des tentatives manuelles ; si bien qu'il peut en résulter des accidents subitement mortels ; et enfin les altérations que la main détermine dans le tissu même du placenta qui se mortifie dans les points où il a été lésé, tandis que le reste continue à vivre en rapport avec le tissu utérin. Et pourquoi dans ces cas exceptionnels voudrions-nous recourir de vive force à la séparation et à l'extraction du placenta, quand elle est impossible, puisque nous voyons que, même au prix de nombreuses altérations produites dans cet organe, on n'a pu vaincre ses adhérences avec l'utérus, lesquelles ont maintenu l'organisation et la vie dans les portions qui sont restées? Ne devons-nous pas voir, au contraire, en pareille circonstance, que la nature a des ressources admirables et extraordinaires, et que si elle s'est pour ainsi dire méprise, dans ce cas, en établissant des adhérences entre l'utérus et le placenta, elle doit pourvoir à ces conjonctures exceptionnelles, et user d'un procédé particulier pour protéger et assurer la conservation commune des deux organes? Pour mon compte, il n'y a aucun doute à cet égard, et les trois premières observations en sont une preuve irréfragable.

Je ne prétends pas cependant soutenir que toutes les fois que le placenta est retenu dans la cavité utérine par des adhérences qui dans le travail de l'accouchement n'ont pas été vaincues par les contractions utérines, et alors qu'il n'y a eu aucune tentative opérée au moyen de la main, on doive le regarder comme tout à fait placé dans les conditions exceptionnelles notées ci-dessus; l'expérience montre, au contraire, la rareté de ces cas. En effet, on voit que les adhérences peuvent être surmontées plusieurs jours après les couches par l'énergie seule de la matrice, car l'on a vu le placenta expulsé en entier, au quatrième, sixième, huitième jour, se détachant à peine, alors, des parois utérines.

6e *Observation.* — Dans la matinée du 4 juin 1852, une femme de 30 ans, d'un tempérament sanguin, accouchait au sixième mois de sa grossesse. Le placenta était resté dans l'utérus. Il y avait en même temps une perte de sang abondante. J'introduisis sans peine la main, et je trouvai l'arrière-faix entièrement implanté sur la paroi gauche de la matrice. Au lieu de chercher à le détacher et à l'extraire, je me contentai de faire extérieurement des frictions sur le globe utérin, suivies d'applications froides pour faciliter les contractions utérines. L'hémorrhagie cessa. Je recommandai à la malade le repos absolu sans plus. La femme ne ressentit les jours suivants aucune douleur ; il s'écoula des parties génitales une sérosité sanguinolente, et l'utérus alla en diminuant successivement de volume.

Le 9, vers le soir, un peu de sang rouge parut, et cet écoulement devint plus abondant dans la nuit, accompagné de quelques douleurs lombaires.

Le 10, la malade expulsa d'un seul trait une masse charnue qui n'était autre que le placenta entier, à la face utérine duquel adhéraient des caillots de sang. Son état de fraîcheur et sa coloration indiquaient du reste suffisamment que sa séparation d'avec l'utérus était récente.

Dans le cas suivant, la nature seule vint à bout de vaincre les adhérences utéro-placentaires, alors qu'au début la main avait été impuissante à atteindre ce but.

7e *Observation.* — Une femme de 33 ans, assez maigre, avortait le 21 juillet 1849, vers la fin de son sixième mois. Il y avait rétention du placenta et hémorrhagie sérieuse. A l'aide de la main introduite dans l'utérus, je constatai que le placenta était adhérent dans sa plus grande partie ; un lambeau seulement était décollé. Je saisis ce lambeau et le tirai, espérant pouvoir amener la totalité ; mais, au lieu de ce résultat, la partie décollée se déchira, et j'abandonnai alors le reste dans l'utérus. Je provoquai en même temps les contractions utérines par les moyens ordinaires, et l'hémorrhagie s'arrêta. Il n'arriva rien jusqu'au soir du 25 ; alors s'écoula par la vulve du sang vif ; quelques tranchées utérines suivirent, et le placenta descendit dans le vagin. Comme dans l'observation précédente, il venait d'être récemment détaché de son point d'insertion à la matrice.

Il arrive d'autres fois que l'état du maladie d'un placenta adhérent, ou bien les atteintes profondes qu'il a reçues de la part de l'utérus même, pendant le travail de l'accouchement, s'opposent à ce qu'il continue de jouir dans sa totalité de la vie organique : Dans ce cas, tout en demeurant implanté à l'utérus, il tombe en gangrène, et est à peu près expulsé par couches putréfiées.

Les maladies du placenta sont suffisamment connues pour qu'on puisse les signaler au nombre des causes qui peuvent favoriser son décollement. Il est vrai de dire cependant que la compression exercée sur le placenta et le retrait qu'il doit nécessairement subir de la part des contractions utérines peuvent contribuer à ce résultat. D'un autre côté, ces contractions peuvent, par elles seules, altérer certains points du placenta le plus sain, sans toutefois que celui-ci soit décollé de l'utérus.

De ce qui précède, on juge du sort réservé au placenta qui reste adhérent pendant le travail puerpéral : ou bien il peut continuer, sans qu'il en résulte d'inconvénient, à adhérer et à vivre dans la cavité utérine ; ou bien il peut se décoller, et être entièrement expulsé quelque temps après l'accouchement, pendant la période puerpérale ; ou bien, enfin, tout en restant adhérent, il

peut se mortifier et sortir dans cet état, par lambeaux, en totalité ou en partie (1).

La rétention définitive et permanente du placenta, sans qu'il en soit résulté d'accident d'aucun genre, est un fait rare. Cependant on l'observe, et il est permis au chirurgien de compter sur cet heureux résultat. Bien plus, il doit bien se garder, dans l'occasion, de contrarier par des manœuvres impudentes la marche naturelle des choses. Que ferait-il, en effet, en agissant dans ce cas? Il se livrerait, comme nous l'avons vu, à des efforts inutiles et même dangereux. Il faut donc que son assistance se borne à se tenir en garde contre les accidents graves qui peuvent accompagner la rétention du placenta, à être prêt à y parer, à favoriser, à aider même les efforts d'expulsion auxquels se livre l'utérus, mais à ne jamais endommager directement le placenta, de manière à ce qu'il puisse en résulter une atteinte de son parenchyme.

C'est contre l'hémorrhagie surtout qu'il faut se tenir en garde dans les cas de la nature de ceux dont il est question, c'est surtout contre elle qu'il faut agir, quand elle se manifes, puisqu'elle peut devenir dangereuse et qui plus est, mortelle pour la femme, même dans les six premiers mois de la grossesse. La première pensée qui se présente alors est tout naturellement d'extraire le placenta, puisqu'en mettant par là l'utérus à même de se contracter, la perte s'arrête alors d'elle-même : mais si le placenta n'est pas décollé en totalité ou du moins en grande partie, on ne devra jamais agir ainsi. Au contraire, il faudra se comporter comme dans les cas où une hémorrhagie se déclare sans que l'introduction de la main soit possible, à cause du défaut de dilatation du col. Dans ce cas, sans s'inquiéter du placenta, on se contente de favoriser le plus possible les contractions utérines, et si cela ne suffit point, on oppose à l'hémorrhagie le tamponnement du vagin, et les autres moyens indiqués en pareils cas.

En agissant ainsi, on pare au danger de l'hémorrhagie ; et alors, ou il arrive que le placenta se décolle sous l'influence des contractions utérines, ou bien il reste adhérent, et, dans ce dernier cas, il reste précisément dans les conditions voulues pour continuer à vivre. Mais s'il vient à se modifier tout en demeurant adhérent, on se trouve alors dans la même situation où l'on se trouverait si le chirurgien, par des manœuvres obstinées, l'avait déchiré ou contus, moins cependant les lésions qu'aurait eu à subir l'utérus à la suite de ces tentatives.

Je ne pense pas que ce soit ici le cas d'employer la méthode de Mojon, l'injection d'un liquide dans la veine ombilicale : en effet, soit que le liquide parvienne, par ses propriétés irritantes, à faire contracter l'utérus, ou qu'il agisse simplement d'une manière mécanique par la distension que produit son injection forcée dans les vaisseaux placentaires, distension qui les force à vaincre les anhérences avec la face interne de l'utérus, l'altération produite par ce liquide dans le parenchyme placentaire serait telle que, loin d'atteindre le but de l'opération, il résulterait que ce parenchyme devrait nécessairement tomber en gangrène. Ce but, du reste, peut n'être pas atteint, de même qu'on voit échouer les contractions utérines provoquées par d'autres moyens lorsqu'on rencontre de fortes adhérences. Aussi je doute fort que ces dernières puissent être complétement vaincues par la distension artificielle des vaisseaux. Si, néanmoins, dans la pratique ce moyen réussissait infailliblement, on comprend qu'alors la question ne serait plus douteuse.

J'ai discouru jusqu'à présent sur la possibilité qu'a le placenta entièrement adhérent à la matrice de continuer à vivre pendant un temps indéterminé après l'accouchement : je vais rapporter maintenant l'observation d'un cas dans lequel une partie du placenta seulement restée dans la matrice eut le même sort, sans qu'il soit survenu d'accident. Ce fait peut même servir de règle de conduite dans la pratique.

(1) L'auteur ne mentionne pas ici la destruction de la masse placentaire par l'action des vaisseaux absorbants de l'utérus ; c'est pourtant un fait acquis à la science que l'absorption totale du placenta. (*Note du traducteur.*)

8e *Observation.* — Une femme de 28 ans, forte et pléthorique, enceinte de quatre mois, éprouva le 19 octobre 1844 les premiers symptômes d'un avortement, avec une forte hémorrhagie à la suite d'un long et pénible voyage. En la voyant pour la première fois, je la trouvai faible, s'évanouissant à chaque instant. Le col de l'utérus était entr'ouvert et les membranes rompues. Le fœtus se présentait à l'orifice, mais aucune contraction utérine n'ayant lieu, il ne descendait pas, et, d'un autre côté, le col n'était pas assez dilaté pour que je puisse aller le saisir et l'extraire. Je fis faire des applications froides à l'extérieur, et je donnai cinquante grains de seigle ergoté, divisés en trois doses, que la malade prit dans l'espace d'une demi-heure. L'hémorrhagie s'arrêta, l'utérus revint sur lui-même, le fœtus fut expulsé, et à l'instant se présenta à l'orifice de l'utérus une portion du placenta. Aussi, croyant cet organe entièrement détaché et ne pouvant introduire la main, je l'atteignis avec deux doigts, en tirant simultanément sur cette portion et sur le cordon ombilical. Pendant que ceci m'occupait, la femme, par un mouvement brusque, nécessairement partagé par le bassin, changea rapidement de position, et ne pouvant suivre moi-même ce mouvement, une portion de placenta, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, me resta entre les mains, et avec elle le cordon qui s'était rompu dans l'intérieur de l'utérus. Le reste du placenta resta adhérent ; je l'abandonnai à lui-même. Il ne se manifesta plus d'hémorrhagie et la femme se rétablit sans aucun trouble ni accident pour l'utérus.

Pendant les quatre premiers jours, il s'écoula de la sérosité sanguinolente avec des caillots de sang ; puis les lochies devinrent sanieuses, fétides et enfin muqueuses, mais jamais il n'y eut expulsion d'aucun corps qui ait pu seulement me donner l'idée que ce put être le placenta. J'ai eu postérieurement l'assurance de la femme elle-même que rien n'a été expulsé postérieurement ; aussi a-t-elle éprouvé pendant longtemps une grande anxiété, gardant beaucoup de ménagement, dans la crainte qu'il ne survînt dans la suite du temps quelque maladie de matrice. Deux mois après elle commença à revoir régulièrement ses règles. Elle a vécu encore deux ans, sans être redevenue grosse, et a succombé à une fièvre typhoïde. L'autopsie n'a pu malheureusement être faite.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HYGIÈNE.

Consommation de la bière à Paris.

Un journal publie les détails suivants que ne liront pas sans intérêt tous ceux qui s'intéressent aux grandes questions d'hygiène publique.

La consommation de la bière dans Paris a augmenté depuis trois ans dans une progression continue. Autrefois elle variait suivant la chaleur de l'été et la cherté du vin ; mais, à partir de 1849, quoique l'été ait disparu du nombre des saisons et que le prix du vin ait singulièrement diminué, la moyenne d'augmentation annuelle a été de 18,772 hectolitres. Ce chiffre, sans être considérable, est pourtant significatif. Il prouve que l'usage de la bière tend à s'établir dans la population parisienne et cesse d'être accidentel. Au point de vue de l'économie, on ne peut que se féliciter, si la fabrication gagne en qualité comme en quantité ; mais on a beaucoup à faire, car l'industrie de la bière, dans notre pays, est encore au-dessous de ce qu'elle devrait être.

Cette infériorité tient surtout à la mauvaise qualité des matières premières, et à la faiblesse des capitaux engagés dans les brasseries.

En Angleterre, où l'on fait la bière avec de l'orge et du houblon, on augmente ou on diminue à volonté cette dernière substance, destinée à conserver et à parfumer la bière, mais l'orge en est toujours la base indispensable. La loi interdit même formellement l'emploi des substances sucrées, autres que celles provenant des céréales, car l'impôt sur la bière a pour base l'augmentation de volume que l'orge éprouve par le mouillage. En France, il n'en est pas ainsi : l'impôt est établi sur le volume du *mout ;* on permet l'emploi des matières sucrées, telles que la mélasse, la fécule, la glucose, etc., et nos brasseurs, abusant des facilités offertes par ces dispositions réglementaires, ont fini par faire de la bière où il n'entre pas un seul grain d'orge.

C'est ce qu'il arrive en particulier pour les bières de table, double et simple, dites bières de Paris, dans lesquelles on remplace le *malt* ou orge germée par du sirop de fécule ; ce sirop, presque aussi bon marché que le malt, étant plus commode à employer et présentant beaucoup moins de chances de détérioration. La bière, ainsi préparée, a un goût douceâtre et nauséabond ; au lieu d'être rafraîchissante et agréable à boire, elle s'aigrit facilement au contact de l'air ; on ne peut la conserver plus d'un mois ou six semaines sans y ajouter, pour la rendre potable, des substances nuisibles à la santé, et si l'on continue à en faire, c'est parce que, grâce à la promptitude de fabrication, on peut la soustraire plus facilement que toute autre au contrôle des employés de l'octroi.

Cette drogue malsaine, plus capable de faire perdre l'habitude de la bière que de la donner, a longtemps déshonoré et déshonore encore la brasserie parisienne, et il est probable que la consommation, au lieu d'augmenter, aurait singulièrement diminué, si, il y a quelques années, on n'était pas revenu aux vrais principes en adoptant le mode de fabrication usité en Allemagne. On a débuté par la bière de Strasbourg, qui, beaucoup plus claire, plus capiteuse et plus saine que la bière de Paris, a été tout d'abord accueillie avec faveur, et dont l'usage s'est rapidement généralisé. Si, comme toutes les denrées alimentaires, elle n'est pas toujours exempte de falsification, elle a du moins pour éléments principaux l'orge et le houblon.

Bien qu'elle ne fût pas parfaite, le débit en fut considérable et décida nos brasseurs à faire un nouvel effort en fabriquant la bière dite de Bavière. Celle-ci est plus riche en alcool, plus parfumée et d'un goût très-supérieur. Elle exige seulement beaucoup de soin, de propreté et des matières premières d'excellente qualité.

Il est évident que, pour faire de la bonne bière, les procédés sont très-simples et aussi bien connus aujourd'hui à Paris qu'à Londres ou à Munich, et pourtant, sauf de très-rares exceptions, nous en buvons d'assez médiocre, et nous la payons un prix élevé, parce que presque toutes nos brasseries sont établies dans des proportions très-restreintes. Aucune ne peut se comparer, même de loin, à celles des pays étrangers. En Angleterre, par exemple, où la bière se fabrique sur une échelle immense, le maltage est une industrie tout à fait séparée, qui s'exerce généralement loin des villes, dans les pays riches en céréales. Le malt arrive tout préparé dans les brasseries, où l'on n'a plus qu'à procéder à la fabrication proprement dite de la bière.

On a tenté, il y a quelques années, d'établir à Paris ce commerce tout spécial ; mais il n'a pu s'y maintenir faute de débouchés suffisants. Nos brasseurs continuent à préparer eux-mêmes le malt, et cette opération, la plus importante et la plus délicate de leur industrie, ne peut être faite par eux avec autant de perfection et de régularité que chez ceux qui s'en occupent exclusivement. Cette multiplicité de manipulations, faites dans des locaux peu étendus, est d'autant plus nuisible à la bière qu'elle ne permet pas de prendre toutes les précautions nécessaires à un liquide aussi susceptible de détérioration.

La bière, comme le vin, ne se bonifie qu'en vieillissant, et nos brasseries, trop petites pour qu'il soit possible d'en faire en grande quantité, ne peuvent la garder longtemps faute d'emplacements assez considérables. Aussitôt que la fermentation est terminée, on expédie la bière chez le consommateur ; mais cette bière, obtenue par une fermentation trop rapide, contenant en suspension des matières étrangères qui la rendent trouble, il faut la clarifier immédiatement avec de la colle de poisson, mélange aussi répugnant que peu hygiénique.

A Londres, dans la préparation des bières fortes, qui doivent se garder longtemps, comme le porter, on n'agit pas de même. Au sortir des caves d'épuration, la bière est pompée dans les cuves de réserve, où il s'établit une fermentation très-lente que l'on continue pendant une période considérable, et qui va quelquefois jusqu'à dix-huit mois. Pendant ce temps, la plus grande partie du sucre qui restait se change en alcool, la bière augmente de force spiritueuse, et la clarification spontanée se produit sans qu'on ait besoin de recourir à la colle de poisson. Pour renfermer les tonnes de garde, il faut, il est vrai, de très-grands celliers situés au-dessous du sol, à l'abri des changements de température, des vibrations des voitures, et en général de tout ce qui pourrait entraver la tranquille fermentation de la bière ; mais c'est un sacrifice indispensable, pour lequel les carrières abandonnées des environs de Paris peuvent être d'une grande utilité.

Pour notre compte, nous souhaitons vivement de voir les brasseurs surmonter les légères difficultés qui, jusqu'ici, les ont empêchés d'améliorer leurs produits, car les chiffres démontrent que la meilleure bière de toutes celles fabriquées a Paris, la plus saine, la plus agréable, la plus fortifiante, la bière de Bavière, peut être livrée au consommateur à domicile ou au détaillant pour 28 ou 30 francs l'hectolitre, c'est-à-dire 30 c. le litre.

Il est facile de comprendre quelle précieuse ressource ce serait pour la classe ouvrière, que l'on empoisonne depuis si longtemps avec du vin frelaté, malsain et coûtant fort cher. E. Yung.

Parmi les détails pleins d'intérêt que donne l'auteur dans l'article précédent, il en est plusieurs qui ont besoin d'être confirmés ou développés ; c'est ce à quoi nous allons nous appliquer, et nous croyons être en mesure avant peu d'informer nos lecteurs du résultat de nos recherches.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'apparition de notre journal le lendemain d'un jour de fête où tous les ateliers doivent être fermés, nous oblige à entrer dans une explication que nous allons donner une fois pour toutes.

Lorsqu'un journal paraît tous les jours et que ce journal, comme c'est le cas pour les feuilles politiques, doit renfermer les nouvelles qui arrivent, par d'autres journaux, le jour même où se fait la composition, on comprend que ce journal ne puisse paraître le lendemain du jour ou tous les ateliers sont fermés. Mais lorsqu'un journal ne paraît que tous les deux jours, et qu'en outre, ce journal ne renferme jamais de nouvelles dont la publication est absolument nécessaire à heure fixe, comme il arrive pour tous les recueils scientifiques, rien n'exige qu'on fasse subir à sa publication une interruption qui n'a d'autre cause qu'une mesquine économie (si ce mot est bien celui qui convient), faite au dépens de la bourse des lecteurs. En conséquence, quoique les ateliers de notre imprimerie doivent être fermés lundi, le *Moniteur* sera composé aujourd'hui samedi, pour paraître, comme de coutume, mardi prochain.

— *La profession de dentiste bannie de la rue.* — *L'électricité et les cabaretiers.* — La circulaire suivante que nos lecteurs liront sans aucun doute avec un vif sentiment de satisfaction, vient d'être adressée par M. le préfet de police aux commissaires de police de Paris et aux maires des communes rurales des départements de la Seine et de Seine-et-Oise :

Messieurs, Paris, le 6 juillet 1853.

Mon attention vient d'être appelée sur les graves abus et sur les accidents auxquels donne lieu l'exercice de la profession de dentiste sur la voie publique, et sur l'usage du chloroforme employé par des dentistes qui ne sont pas médecins.

Je vous invite, en conséquence, messieurs, à vous opposer à ce que tout individu prenant le titre d'opérateur dentiste se livre à l'extraction des dents et fasse usage du chloroforme sur les places publiques, les marchés, les carrefours et sur quelque point que ce soit de la voie publique de vos sections ou communes respectives, et se livre enfin à aucune pratique chirurgicale ou médicale.

En ce qui concerne les dentistes exerçant à domicile, l'administration ne peut, en présence de la jurisprudence établie a cet égard, exiger la justification d'un diplôme d'officier de santé ou de médecin, mais elle peut interdire à ceux qui ne sont munis d'aucun de ces titres d'administrer des remèdes ou des préparations dont l'emploi maladroitement appliqué peut entraîner de graves accidents. Je citerai notamment le chloroforme, l'éthérisation, etc,

Je vous invite, en conséquence, à faire une notification dans ce sens aux dentistes qui ne pourront vous justifier d'aucun titre, et à vous assurer, autant qu'il sera possible, qu'ils se conforment à cette notification.

Je recommande à tous vos soins les instructions qui précèdent.

Recevez, etc. *Le Préfet de police*, Piétri.

— Puisque M. le préfet témoigne, par des mesures aussi dignes d'approbation, sa sollicitude pour la santé publique, il n'est peut-être pas inutile de signaler à son attention un nouveau genre d'industrie imaginé et mis en pratique depuis quelque temps par les cabaretiers. Cette industrie consiste dans l'exploitation de l'électricité. La foule qui se porte dans certains des établissements pour y prendre du cassis, de l'anisette, des chinois ou autres produits, peut y demander en même temps pour 5, 10 centimes ou plus d'électricité. Dans les comptoirs sont placées des piles électriques avec les conducteurs desquelles le marchand de liqueurs met les clients en relation en les électrisant plus ou moins fortement selon leur désir.

On dit que quelques personnes soumises à l'action de ces piles ont été fortement impressionnées, que d'autres ont été incommodées et même véritablement malades, ce qui est facile à comprendre. Dans quelques établissements, l'électricité n'est pas seulement distribuée comme amusement, mais encore comme traitement.

Il existe des comptoirs électriques rue Saint-Martin, rue du Faubourg-Saint-Martin, rue du Temple, rue du Four-Saint-Germain, etc., etc.

Institut médical de Valence (Espagne). — Programme des prix pour 1854.

Question de médecine. — Doit-on considérer la phlébite utérine comme maladie primitive ou comme consécutive de la métrite puerpérale? Décrire les causes générales et spéciales qui la rendent épidémique, ainsi que ses symptômes pathognomoniques, son diagnostic différentiel et son anatomie pathologique; en dernier lieu, exposer les moyens thérapeutiques les plus rationnels, ainsi que les meilleures précautions prophylactiques pour éviter et prévenir les épidémies.

Question de chirurgie. — Les productions accidentelles nommées tissu squirrheux, tissu encéphaloïde, tissu calloïde et la mélanose, sont-elles d'une même nature, ou diffèrent-elles entre elles? Donner l'étiologie spéciale de chacune d'elles, faire la description de leurs symptômes pathognomoniques, de leur anatomie pathologique, de leur composition chimie-organique, de leurs éléments microscopiques et de leur thérapeutique médicale la plus rationnelle.

Question de pharmacie. — Les extraits obtenus jusqu'ici par les moyens ordinaires conservent-ils les propriétés des plantes auxquelles ils appartiennent? Quels seraient les moyens d'obtenir toutes les vertus propres de ces végétaux?

Question de sciences naturelles. — Décrire les progrès des sciences naturelles obtenus pendant le siècle précédent, ainsi que les avantages que, par eux-mêmes, ils ont apportés à la science de guérir.

Pour la résolution de chacune des précédentes questions, on offre deux prix; le premier consiste en une médaille d'or sur la face de laquelle sera gravé le sceau de l'Institut, et sur le revers on lira : « Au mérite de D. N. N. » ou soit le nom et prénom du lauréat; la légende sera : Anniversaire de 1854; en outre, on recevra le titre de membre de mérite, le second prix obtiendra le diplôme de membre de mérite. Il sera constaté sur les diplômes le fait pour lequel ils seront délivrés.

Les mémoires pour le concours pourront être écrits en espagnol, en latin, en français, en portugais, en anglais ou en italien; la signature et le lieu du domicile des auteurs se mettront sous pli fermé, sur l'adresse duquel on lira la pareille légende que l'on mettra à la tête de chaque manuscrit; l'auteur qui, directement ou indirectement, se ferait connaître, ne serait pas admis; les secrétaires de la corporation (1) recevront les manuscrits, francs de port, jusqu'au 1er décembre inclusivement de l'année actuelle, jour de la fermeture du concours.

Tous médecins, espagnols ou étrangers, les membres résidents de l'Institut exceptés, peuvent concourir pour ces prix.

Une fois le concours fermé, une commission spéciale fera son rapport à l'assemblée générale sur le mérite absolu des mémoires présentés, et après être censurés par l'Institut, on ouvrira les plis correspondants aux manuscrits qui auront obtenu les prix, et l'on brûlera en même temps tous les autres mémoires.

Les médecins qui auront obtenu les prix, seront avertis à temps afin de venir eux-mêmes ou d'envoyer une personne dûment autorisée à la session publique, 14e anniversaire, qui sera célébré le 31 mars 1854, époque à laquelle on distribuera les prix respectifs.

Valencia, 31 mars 1853.

Le président, D. Joaquin Casan.
Le secrétaire, D. Antonio Navarra.

(1) Le Dr Antonio Navarra, calle del Mar, n° 78.
Le secrétaire de la correspondance, D. Jose Maria Velazquez, demeure calle de Caballeros, n° 43.

— Il ne sera peut-être pas sans intérêt de mentionner, à titre de renseignement, l'apostille suivante annexée à une demande à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pour obtenir l'autorisation d'exploiter un remède secret, et transmise par M. le ministre à l'Académie de médecine.

« J'ai l'honneur de recommander particulièrement à mon honorable collègue, Son Excellence le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, la pétition ci-contre. Je connais les bons effets du remède dont il est question ici; l'efficacité en est incontestable.

« La commission de l'Académie de médecine qui refuserait d'entendre les explications que l'inventeur s'offre à donner *auraient* à se reprocher la mort d'un grand nombre d'enfants. » Ch. X.

L'orthographe du mot *auraient* semble bien indiquer que l'honorable sénateur ne pensait pas trop à ce qu'il écrivait en rédigeant son apostille; mais une telle recommandation ne laisse pas que d'avoir son importance, car il est évident que d'après les termes dans lesquels elle est conçue, elle renferme une injonction à l'Académie d'approuver le remède en question. Ce n'est pas, en effet, *en entendant* les explications de l'inventeur que l'Académie pourrait cesser d'avoir à se reprocher la mort d'un grand nombre d'enfants; c'est *en adoptant* ces explications, c'est-à-dire en approuvant le remède. La logique de M. le sénateur X.... l'a sans doute compris ainsi, quoique sa plume ne l'ait point ainsi exprimé. Reste donc à savoir si l'Académie adoptera cette logique.

— On nous informe que M. Anastase G. Leukias, professeur distingué de la Faculté de médecine d'Athènes, vient de mourir.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE PUBLICATION.

Chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine,
rue de l'Ecole-de-Médecine, 23, ancien n° 4.

Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre, par le docteur J.-E. Reybard. — Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, qui lui a décerné, en 1852, le grand prix d'Argenteuil (12 mille francs). — 1 vol. in-8, avec planches (1853). — Prix : 7 fr. 50 c.

Hydrothérapie générale. — Du véritable mode d'action des eaux de mer en particulier, *des eaux thermo-minérales, et de l'eau simple en général,* ouvrage dont les deux premiers essais ont été couronnés par la Société impériale de Marseille; par A.-H.-A. Dauvergne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de Mancsque (Basses-Alpes). — 1 vol. in-8, avec planches. — Prix : 6 fr.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 99. 1re année. Jeudi 18 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. GENDRIN. Leçons cliniques sur l'hystérie, par M. le Dr A.-H. Margerie. (*Suite.*) — CLINIQUE ÉTRANGÈRE : De la rétention du placenta sans résultats fâcheux pour la mère, à la suite de l'avortement, et considérations pratiques sur ce sujet, par le Dr Giovanni Melchiori. (*Suite et fin.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 17 *août* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

« Un jour viendra où chaque maladie produite par une cause spécifique, aura son remède spécifique qui la neutralisera. » Tel est l'aphorisme, emprunté aux leçons orales de M. Rostan, par lequel un jeune médecin, M. de Wouves, a débuté dans une lecture sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

Quelque confiance que nous ayons (et nous déclarons qu'elle est très-grande) dans les prophéties de notre bien cher maître M. Rostan, nous n'oserions cependant accepter sans réserve son pronostic consolant, et nous croyons que l'espoir dont il nous berce pourrait bien ne se réaliser jamais. Mais ce n'est pas là ce qu'il s'agit de discuter pour le moment. Cet espoir s'est-il réalisé en ce qui concerne la fièvre typhoïde, et le sulfate de quinine est-il réellement le spécifique de cette maladie, bien plus dévastatrice que le choléra? On aurait été tenté de le croire en entendant la lecture de M. de Wouves, faite avec un accent à la fois calme et convaincu qui semblait exclure toute illusion chez l'auteur. Mais, hélas! dès qu'on n'a plus été sous l'influence de la parole convaincue du jeune praticien, il a bien fallu compter, non pas avec ses théories, qui sont fort séduisantes et fort bien exposées, mais avec ses faits, qui sont au nombre de cinq! Or, que peuvent prouver, en faveur d'un traitement quelconque, cinq faits de guérison, alors que la maladie, abandonnée à elle-même, produit à peine un décès sur cinq malades? Évidemment rien ou à peu près.

Certes, les faits invoqués par l'auteur et empruntés au travail de M. Briquet, semblent sinon tout à fait favorables à l'idée d'un spécifique, du moins très-propres à donner quelque crédit au traitement par le sulfate de quinine; mais, parmi les observations le plus rigoureusement recueillies, parmi les travaux les mieux faits sur la question, M. de Wouves n'a oublié que celui d'un médecin, aussi exact observateur que logicien sévère, il n'a oublié que le mémoire publié par M. de Saint-Laurent dans les *Archives de médecine*, mémoire dans lequel la véritable influence du sulfate de quinine est appréciée à sa juste valeur, c'est-à-dire à rien ou peu s'en faut. Les cinq faits de M. de Wouves pèsent bien peu à côté du travail de M. de Saint-Laurent, et nous craignons bien que le savant et judicieux rapporteur du travail de M. de Wouves, M. le professeur Grisolle, ne soit complétement de notre avis.

C'était aujourd'hui le jour des jeunes auteurs : à M. de Wouves a succédé M. Duchaussoy, interne distingué des hôpitaux, qui a lu un mémoire des plus intéressants sur la cause immédiate de la chute du rectum et sur son traitement : la cause immédiate, c'est la paralysie du sphyncter anal; le meilleur traitement, c'est l'application de vésicatoires volants, saupoudrés de strychnine, sur la partie de la peau de la marge de l'anus correspondante au sphyncter. Telle est du moins l'opinion de l'auteur. Les considérations extrêmement ingénieuses et non moins bien exposées sur lesquelles se fonde M. Duchaussoy, pour attribuer la chute du rectum et la paralysie du sphyncter, sont certainement très-séduisantes, et il faut reconnaître que la plus grande partie des faits se rangent sans violence dans la théorie de M. Duchaussoy. Peut-on admettre qu'ils s'y rangeront tous d'une manière également naturelle? C'est ce que nous ne saurions dire sans y avoir plus longuement réfléchi; nous attendrons pour cela le rapport de la commission.

Quant au traitement que préfère M. Duchaussoy, il ne se base encore que sur un seul fait, entouré lui-même, il est vrai, de données physiologiques et pathologiques qui lui donnent une très-grande importance. Dans tous les cas, comme le traitement proposé par M. Duchaussoy est des plus simples, il n'est pas douteux que les praticiens ne le tentent avant de recourir à celui de M. Guersant, quoique ce dernier soit lui-même très-facile à appliquer et assez peu douloureux pour les malades. Nos lecteurs trouveront à notre compte rendu toute la partie pratique du travail de M. Duchaussoy, qui continue avec honneur les bonnes traditions de la belle institution du corps de l'internat.

Deux rapports ont complété la séance; l'un, de M. Leblanc, dans lequel le savant rapporteur exprime avec beaucoup de convenance qu'il n'y avait pas lieu à faire un rapport plus étendu sur une note de M. Liégey, de Rambervilliers, relative au choléra des gallinacés; le second, de M. Collineau, sur l'éducation des idiots. Ce rapport, remarquablement écrit et consciencieusement étudié, avait déjà été lu en partie il y a trois ou quatre mois; l'Aca-

démie l'avait un peu oublié, et la lecture en a été reprise *ab ovo*.

Dans une autre saison, les questions traitées par M. Collineau auraient donné lieu à une discussion non moins prolongée, sinon aussi bruyante, que la question de l'éducation des sourds-muets; aujourd'hui, M. Collineau ayant lu à peu près devant les banquettes, son rapport sera probablement inséré sans tambour ni trompette au *Bulletin* de l'Académie. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les nos* 16, 23, 28, 29, 36, 53, 58, 69, 70, 77, 87.)

Il est des hystériques chez lesquelles on parvient à faire cesser les attaques, en agissant sur une partie du corps dans laquelle l'anesthésie ne pénètre pas profondément et permet ainsi de stimuler l'irritabilité des organes internes. Un grand nombre de femmes sont en proie à une hypéresthésie des viscères contenus dans la cavité abdominale; cette hypéresthésie a particulièrement pour siége la portion supérieure de l'appareil digestif; toutes les fois qu'elle existe, on observe ordinairement un gonflement de la région épigastrique qui provient de l'accumulation de gaz à l'intérieur de l'estomac; si, dans de semblables circonstances, on exerce au niveau de cet organe une pression brusque et énergique, on met fin aux phénomènes de l'accès. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer comment, en enfonçant pour ainsi dire le poing dans l'épigastre, il est possible dans plus d'une occasion de rappeler à la connaissance des femmes hystériques.

La cessation des attaques peut être obtenue d'une autre manière : chez certaines malades, on arrive sans peine à suspendre le cours des accès en faisant pénétrer dans l'œil un rayon lumineux.

Les hystériques qui conservent la sensibilité des organes de la vision, et celles-là forment le plus grand nombre, sont accessibles à l'action des excitants spéciaux de la rétine, même pendant la durée des paroxysmes; lorsque surviennent leurs attaques, la lumière extérieure les offense vivement et détermine un resserrement spasmodique des paupières, si l'on entr'ouvre alors ces voiles membraneux, si on les tient écartés pendant quelque temps, on voit ordinairement les malades revenir à la connaissance ; toutefois il est des femmes chez lesquelles l'accès de la lumière provoque une sensation douloureuse et redouble l'intensité des attaques.

Dans les attaques à forme extatique, les moyens que nous avons indiqués donnent sensiblement les mêmes résultats que dans les attaques à forme convulsive, cependant leur action mérite d'être étudiée sous le rapport des différences qu'elle présente, suivant les cas particuliers. Telle hystérique sortira de son accès sous l'influence d'une odeur quelconque; telle autre, par l'effet de la même odeur, tombera dans une extase plus profonde et plus durable ; il n'est pas rare de rencontrer des malades qui sont fortement impressionnées par une odeur déterminée et demeurent complétement réfractaires à l'action de toutes les autres.

Il est des hystériques qui, dans l'extase, se montrent sensibles à certains sons musicaux et restent étrangères à certains autres; vainement l'on fait retentir à leurs oreilles toutes sortes de bruits, le paroxysme extatique continue pour cesser tout à coup au moment où l'on vient à exécuter un air qui seul a le pouvoir d'ébranler et de réveiller les facultés auditives. On trouve de même des malades qui ont la propriété d'entendre certaines paroles et certaines voix à l'exclusion de toutes les autres ; ce fait est un nouvel exemple des anomalies bizarres qui peuvent survenir dans la perception des phénomènes sonores : comme le précédent, il fournit un moyen facile d'interrompre les accès d'extase.

Il est facile de voir, par tout ce qui précède, que le traitement des attaques cloniques et extatiques de l'hystérie se réduit à rechercher un point du corps, une surface à la faveur desquels des excitations plus ou moins énergiques puissent pénétrer jusqu'au sein de l'organisme, et en même temps à diriger les divers agents susceptibles d'impressionner le système nerveux vers tel ou tel organe, vers telle ou telle voie laissée ouverte à leur influence.

Lorsqu'une hystérique est placée dans des conditions propres à amener l'explosion d'une attaque, et qu'on arrive auprès d'elle armé de moyens assez puissants pour changer en quelque sorte le cours de l'innervation, on parvient souvent à prévenir l'explosion du paroxysme qui se prépare. Une femme vient d'éprouver une émotion morale, elle est sous l'imminence d'une attaque; on la fait brusquement passer sous le coup d'une impression nouvelle, on soustrait le système nerveux aux ébranlements qui s'accomplissent en lui; l'accès qui menaçait d'éclater s'arrête aussitôt.

Le traitement des accidents paroxystiques n'a aucune prise sur la continuité de l'hystérie ; il apporte avec lui un certain degré de soulagement, mais ne guérit nullement la maladie sur laquelle il n'exerce d'autre influence que celle qui résulte de l'interruption plus ou moins prolongée des attaques; sous ce rapport, il constitue une médication indirecte dont l'action a besoin d'être secondée par des moyens thérapeutiques capables de modifier les conditions permanentes et accidentelles, morbides et physiologiques du système nerveux. De l'ensemble de ces moyens thérapeutiques se compose le traitement curatif de l'hystérie.

Le traitement curatif de l'hystérie doit avoir pour objet sinon de faire disparaître, au moins de diminuer la mobilité exagérée et l'irritabilité insolite du système nerveux ; il doit s'adresser non aux phénomènes paroxystiques, mais aux phénomènes continus de la maladie. Sous son influence, les attaques sont destinées à perdre progressivement de leur fréquence et de leur intensité habituelles.

Il existe des médicaments à l'aide desquels on peut réprimer la mobilité exagérée du système nerveux, diminuer l'aptitude aux mouvements convulsifs et rétablir l'équilibre détruit dans la perception des impressions sensitives; au nombre de ces médicaments se trouve l'opium dont les propriétés ont été signalées par Galien.

L'opium a le pouvoir d'émousser l'excès de sensibilité des organes et de remédier ainsi aux désordres et aux anomalies fonctionnelles qu'elle engendre ; lorsqu'on l'administre à l'intérieur, il agit sur l'ensemble de l'organisme et en particulier sur le système nerveux, de telle sorte qu'il tend à suspendre les rapports qui, dans l'état de veille, existent entre le monde intérieur et le monde extérieur : c'est de cette manière qu'il produit le sommeil.

Dans certaines anomalies de l'innervation, il perd en grande partie sa puissance narcotique; aussi les hystériques acquièrent-elles, par le seul fait de leur maladie, la faculté de prendre des quantités considérables d'opium sans ressentir les effets stupéfiants attachés à l'emploi de ce médicament; toutes les fois que chez elles les organes digestifs sont le siége d'un certain degré d'hypéresthésie, les préparations opiacées provoquent des vomissements, même lorsqu'on les administre à de faibles doses. L'action thérapeutique de l'opium, envisagée dans ses résultats immédiats, se réduit donc, en dernière analyse, ou bien à une exagération de sensibilité du tube digestif, ou bien à une tolérance particulière qui préserve les malades du narcotisme.

L'opium ne détermine des vomissements que chez le plus petit nombre des hystériques; dans la plupart des cas, il peut être donné sans inconvénient à des doses élevées. Ce fait remarquable ne se rencontre pas exclusivement dans la maladie qui nous occupe; on l'observe encore dans d'autres affections nerveuses, et notamment dans le tétanos pendant la durée duquel l'ingestion des préparations opiacées, lors même qu'elle dépasse les limites

ordinaires, n'entraîne à sa suite ni effets immédiats, ni effets secondaires.

Entre le degré auquel les malades ressentent avec exagération l'influence des médicaments narcotiques et celui auquel elles demeurent, dans une certaine mesure, entièrement inaccessibles à cette même influence, existe une foule de degrés intermédiaires; de là découle pour le médecin qui entreprend de réprimer la mobilité exagérée du système nerveux, la nécessité de procéder graduellement dans l'administration de l'opium, en vue d'atteindre le point où le médicament produira des effets favorables, et d'éviter en même temps les inconvénients que nous avons signalés.

La première règle à observer, lorsqu'on a recours à la médication narcotique pour combattre l'hystérie, consiste donc à ne prescrire, en premier lieu, qu'une faible dose d'opium, et à augmenter chaque jour cette dose d'une certaine quantité, jusqu'au moment où l'organisme éprouve le degré d'influence auquel il convient de le soumettre. Chez quelques femmes, deux ou trois grains d'extrait thébaïque suffisent. Il est loin d'en être toujours ainsi; nous avons en ce moment dans nos salles une hystérique dont on a pu voir les accidents morbides s'aggraver par le fait d'un simple changement de lieu, à laquelle nous faisons prendre chaque jour 34 grains d'opium, sans susciter aucun phénomène de narcotisme; il existe chez elle une disposition aux nausées qui indique le commencement d'action du médicament. En même temps que cette disposition aux nausées, s'est manifesté le retour de la sensibilité sur les téguments de la face. Du reste, dans un grand nombre de cas, il n'est nullement nécessaire d'employer des doses aussi considérables que celle dont il vient d'être fait mention, pour ramener dans de justes limites la mobilité anormale du système nerveux. A l'aide de 6 grains d'opium par jour, nous avons obtenu des résultats satisfaisants chez une de nos malades de la salle du Rosaire; des prodrômes de typhus nous ont contraint de suspendre le traitement commencé.

Toutes les fois que l'opium n'est pas supporté, il produit des vomissements incoercibles et des douleurs cardialgiques violentes, quel que soit d'ailleurs le mode d'administration mis en usage, lorsqu'on le fait pénétrer dans le torrent de la circulation par la méthode endermique, aussi bien que lorsqu'on le prescrit sous forme de potion, de lavement ou de pilules. Dans de telles conditions, on n'arrive jamais à des effets narcotiques, et la médication par l'opium cesse d'être légitimement applicable.

Dans le plus grand nombre des cas, au moyen de 4, 6 ou 12 grains d'extrait gommeux d'opium, donnés dans les vingt-quatre heures, on obtient une action sédative qu'accompagne une légère tendance aux nausées.

Le traitement dont nous venons d'exposer les particularités et de tracer les règles, lorsqu'il est continué pendant un laps de temps suffisamment prolongé, a le pouvoir, nous ne dirons pas chez toutes les hystériques, mais au moins chez un grand nombre d'entre elles, d'affaiblir lentement et progressivement la mobilité exagérée du système nerveux, et de rétablir l'équilibre entre la perception des impressions et les causes qui produisent ces impressions, ou, en d'autres termes, de mettre les malades en état d'exercer librement et régulièrement leurs facultés sensitives.

Lorsque la sensibilité est revenue à son type normal, et, dans quelques cas plus rares, lorsqu'elle est partiellement rétablie, les accidents paroxystiques disparaissent. Selon toute vraisemblance, la guérison doit être attribuée à la modification que les agents narcotiques impriment au système nerveux en faisant cesser l'excès d'irritabilité inégalement réparti dans les divers points de son étendue.

Dr A.-H. Margerie.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la rétention du placenta sans résultats fâcheux pour la mère, à la suite de l'avortement, et considérations pratiques sur ce sujet,

Par le Dr Giovanni Melchiori.

Traduit de l'italien par le Dr Vignolo.

(Suite et fin. Voir le n° 98.)

Après avoir traité la question de la pratique à suivre dans les cas d'avortement lorsqu'il y a rétention du placenta, examinons ce qui arrive ensuite et ce que devient le placenta expulsé. Je regarde pour mon compte, soit dit en passant, ici, ainsi que je le répète souvent, sa présence dans la cavité de la matrice comme exempte de danger, parce qu'il continue à vivre et qu'il n'entraîne aucune maladie dans cet organe ni aucune altération dans la constitution de la femme.

Le placenta doit naturellement commencer par éprouver des changements de forme et de volume, attendu qu'en se contractant, l'utérus resserre et diminue l'étendue de ses propres parois; en sorte que forcé par ses points d'attache de suivre le même retrait, le placenta doit nécessairement diminuer de surface, se rapetisser, et revêtir la forme d'un segment de sphère. Toutefois il ne doit pas pouvoir beaucoup s'étendre dans le sens de sa hauteur, parce qu'à l'instant où l'utérus se resserre, il se trouve comprimé par la paroi opposée à celle sur laquelle il est implanté. D'autre part, cette forme pourra varier suivant le point de son insertion, point sur lequel il devra nécessairement se modeler, suivant aussi la forme qu'affectera plus tard la cavité utérine.

La fonction du placenta devenue nulle, et les vaisseaux sanguins chargés de l'accomplissement de cette fonction devenus inutiles, ces derniers doivent d'abord se resserrer, s'atrophier insensiblement, et tendre à s'oblitérer de manière à se transformer ensuite en petits cordons solides. La quantité de sang diminuera alors, le tissu du placenta deviendra alors beaucoup plus dense, et il perdra tout à fait sa nature spongieuse.

Ces premiers changements, je les ai trouvés dans les deux placentas des sixième et septième observations. Tous les deux, en effet, étaient diminués de largeur, leur hauteur, au contraire était augmentée, les vaisseaux qui rompent à la face fœtale, d'ordinaire si apparents, étaient vides et contractés. Ces placentas avaient perdu l'aspect spongieux et étaient devenus comme charnus. Leur parenchyme était devenu plus dense, plus résistant, moins gorgé de sang et comme imprégné d'un liquide séreux.

Réduit simplement à végéter, le placenta reste alors fixé à l'utérus qui, allant en diminuant chaque jour de volume jusqu'à ce qu'il ait repris son volume antérieur, reçoit une quantité de sang de moins en moins considérable. La nutrition placentaire suit nécessairement les mêmes phases de décroissance; aussi le placenta doit-il tendre à s'atrophier progressivement par défaut de nutrition, subordonné qu'il est à l'influence de l'utérus lui-même auquel il est intimement lié : en sorte que les vaisseaux absorbants de ce dernier organe peuvent contribuer à le détruire tout à fait, aidés dans cette action par la compression incessante exercée sur la surface par les parois utérines (1).

Ainsi réduit, le placenta ne constituant plus un organe, mais une masse sans destination, peut achever de la dissoudre, et je crois que c'est là le cas le plus commun, ou bien se réduire à un certain volume et le conserver pendant un temps indéterminé, en revêtant un aspect et une contexture plus ou moins dissem-

(1) Comme je l'ai dit dans ma note précédente, l'absorption du placenta, dont l'auteur parle d'une manière dubitative, est un fait acquis à la science. Les observations de Nœgelé, qui, le premier, a fixé l'attention des praticiens sur ce point, celles du docteur Salomon, de Leyde, du professeur Paul Dubois, de M. Gabillot, de Lyon, et de M. Villeneuve, de Marseille, ne laissent aucun doute à cet égard.
(Note du traducteur.)

blables de l'état primitif. Dans cet état, il peut être considéré comme un corps parasite de l'utérus, à la présence duquel celui-ci s'habitue sans que ses propres fonctions en soient le moins du monde troublées. Aussi voit-on la menstruation se rétablir d'une manière régulière. Bien plus, une nouvelle grossesse peut survenir et parcourir toutes ses périodes jusqu'à terme : des faits semblables ne manquent pas dans les annales d'obstétrique.

Il peut cependant se faire que la présence du placenta dans l'utérus, comme celle d'un polype ou d'une tumeur fibreuse des parois de cet organe entretienne un certain degré d'excitation dans la matrice, et par suite une susceptibilité plus grande aux irritations et aux congestions, surtout chez les femmes jeunes d'un tempérament sanguin, sujettes à la pléthore, ou bien qui se trouvent soumises à l'action de quelque autre cause qui influe sur les organes de la génération, en provoquant un plus grand afflux de sang, pouvant troubler les fonctions utérines. Dans ce cas, le placenta, doué déjà d'une vie si faible et si précaire, dont la nutrition est aussi si affaiblie, doit surtout s'en ressentir. Son tissu peut s'altérer par suite d'inflammation, tomber en gangrène, et lui-même se détacher de la paroi utérine à laquelle il adhère.

Nous ferons observer ici que par cela seul le placenta n'a pas été expulsé peu de temps après l'accouchement, il peut être rendu à une époque plus ou moins éloignée, et, dans ce cas, il peut provoquer des affections aiguës ou des accidents d'une certaine gravité. En conséquence, les femmes après l'accouchement desquelles s'observera cette rétention, devront se soustraire, pendant fort longtemps, à toutes les causes capables d'exercer une action stimulante sur l'utérus, comme elles devront apporter la plus grande surveillance et les plus grands ménagements à leurs époques menstruelles. L'observation suivante confirme l'opportunité de ce conseil.

9e *Observation.* — La femme T. C...., d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin et irritable, âgée de 34 ans, déjà mère de cinq enfants, qu'elle a portés jusqu'à terme, a eu en outre un avortement. De nouveau enceinte, et au cinquième mois de sa grossesse, après être restée plusieurs jours debout, et s'être fatiguée outre mesure à repasser du linge, elle avorta le 30 novembre 1852, en perdant, avec les premières douleurs, une énorme quantité de sang, ce qui la fit tomber en syncope. Une autre femme qui l'assistait, en voyant le fœtus hors de la vulve, l'enleva brusquement et rompit le cordon. A mon arrivée, l'hémorrhagie avait cessé sous l'influence d'applications froides faites sur le ventre. L'orifice utérin permettant l'introduction du doigt, je trouvai le placenta adhérent au côté droit de la matrice. Sans essayer de l'extraire, je fis des frictions sur le globe utérin, et j'administrai cinquante grains de seigle ergoté en trois doses dans l'espace de quarante-neuf minutes, ce remède ayant contribué à faire expulser dans son précédent avortement le placenta qui était pareillement adhérent. Cette fois, je n'obtins pas le même résultat. L'utérus revint, en effet, fortement sur lui-même, mais le placenta resta à l'intérieur, sans qu'il soit plus survenu d'hémorrhagie. Les jours suivants se passèrent sans aucun incident ; la malade reprit bientôt ses forces ; les lochies furent d'abord sanguines, puis muqueuses et peu abondantes.

Pressée de se remettre au travail, elle se leva bientôt et s'appliqua à des ouvrages de couture. Je la voyais souvent, et plusieurs fois j'examinai l'utérus, lequel était tout à fait insensible à la pression. Le col s'était refermé, et le fond de l'organe était caché derrière la symphyse du pubis. Le 2 et le 3 janvier 1853, elle fut à peu près constamment debout, occupée à repasser, et, dans la soirée du 3, elle fit un saut de la hauteur de trois marches. Peu d'instants après, elle se mit à table pour souper, lorsqu'elle sentit tout à coup du sang couler sur ses cuisses, et en telle abondance que les personnes présentes en furent épouvantées, et qu'elle-même tomba en syncope. Portée sur son lit et placée dans une position horizontale, on lui fit des applications froides sur le ventre. Mandé immédiatement près d'elle, je la trouvai encore évanouie, pâle, et le pouls à peine sensible. L'hémorrhagie s'était arrêtée. Je voulus explorer l'état de l'utérus, et je trouvai le col fermé ; le doigt même ne pouvait y pénétrer. On lui administra quelques toniques pour la ranimer. Je fis continuer la position horizontale, et on ne cessa pas un seul instant les applications froides, qui furent continuées toute la nuit. L'hémorrhagie ne reparut plus. Le 4, vers le soir, l'utérus devint douloureux, le ventre se météorisa un peu, et il survint de la fièvre. Le 5, même état ; peut-être même un peu plus de fièvre. Dans la soirée, il se manifesta un léger écoulement de sang noirâtre mêlé de sérosité ; les jours suivants, cet écoulement devint sanieux, et fut accompagné de l'expulsion de quelques lambeaux, véritables monceaux de chair corrompue, que je regardai comme des débris du placenta. L'inflammation n'augmenta pas, mais cette matière putrilagineuse continua à s'écouler pendant une huitaine de jours, puis se transforma en mucosités fétides, et enfin en écoulement blanc et inodore vers la fin de janvier. Quelques symptômes d'irritation locale persistaient encore, ils disparurent dans le courant du mois suivant.

Si cette femme n'eût pas commis l'imprudence de rester si longtemps sur ses jambes, et de se livrer sitôt après son accouchement à des fatigues excessives, le placenta aurait pu continuer à vivre sans danger dans la cavité utérine, comme cela avait eu lieu jusqu'alors ; et insensiblement peut-être il eût pu disparaître par l'effet de l'absorption, tandis que, par suite de la congestion survenue dans l'utérus, il s'est détaché probablement en partie, s'est gangrené et a été expulsé par lambeaux.

Une circonstance favorable peut contribuer au décollement et à l'expulsion du placenta, dont la présence a été jusque-là sans danger, c'est le travail d'un accouchement subséquent. On en connaît des exemples. Il semble de prime-abord qu'un placenta adhérent à la surface interne d'un utérus réduit à un petit volume, devrait s'en séparer par l'effet de l'accroissement successif que prend de nouveau cet organe depuis le commencement jusqu'à la fin d'une nouvelle grossesse, accroissement dans lequel il semble, en effet, qu'à cause de la dilatation des parois utérines, les adhérences de l'ancien placenta devraient s'affaiblir graduellement et se déchirer. Cependant, en considérant la transformation nouvelle qu'il a dû revêtir, sous l'influence du retrait de l'utérus, après l'accouchement à la suite duquel il ne s'est pas détaché, on voit que la surface adhérente est excessivement restreinte et circonscrite, à tel point qu'on peut la comparer à celle d'une pièce de monnaie. Aussi ne faut-il pas s'étonner si, vu son peu d'étendue, cette surface peut demeurer adhérente à une semblable partie de la surface utérine qui, elle, s'est développée d'une manière progressive dans de très-grandes proportions et avec un redoublement excessif de vitalité. D'où il suit que les adhérences se fortifient de leur côté, deviennent plus solides, et qu'en se réduisant à un petit nombre de vaisseaux, mais des vaisseaux qui sont devenus très-volumineux, la résistance devient beaucoup plus considérable que s'il s'agissait de nombreux vaisseaux de petit calibre, disséminés sur une surface plus étendue.

Comme un placenta tardivement expulsé perd ses caractères propres de forme et de structure, et qu'on pourrait le confondre avec des productions organiques d'une autre nature ; comme, d'un autre côté, dans les transformations qu'il subit, il ne présente pas toujours des caractères identiques, le chirurgien peut se trouver dans le doute pour déterminer si le corps expulsé est bien réellement le placenta ; cette incertitude sera surtout plus grande lorsque l'expulsion aura lieu à la suite d'un accouchement subséquent, attendu qu'il pourrait être pris pour un môle, produit qui coïncide quelquefois avec une grossesse véritable et qui est loin d'offrir toujours le même aspect. Dans ce cas, si l'examen anatomique est insuffisant pour dissiper le doute et déterminer, d'une manière positive, auquel de ces deux corps il faut rapporter la masse expulsée, les circonstances accessoires viendront en aide et faciliteront la chose. C'est ainsi, par exemple, qu'il y aura une forte présomption qu'on a affaire à un ancien placenta, si l'on sait qu'il y a eu rétention de cet organe dans un précédent accouchement, comme l'observation suivante en fournit l'exemple.

10e *Observation.* — Une jeune couturière âgée de 20 ans, d'une santé délicate, quoique bien portante, se trouvant au neuvième mois d'une seconde grossesse, était arrivée la veille de Nice à Novi sur de mauvaises voitures où elle eut beaucoup à souffrir, et de malaise, et de la longueur de la route.

Dans la nuit du 4 au 5 mars 1852, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et la poche des eaux s'étant rompue, un bras descendit dans le vagin. Arrivé près d'elle bientôt après, j'opérai la version avec beaucoup de facilité ; mais après avoir amené le tronc de l'enfant jusqu'aux aisselles, et avoir dégagé le second bras, la tête n'obéissant point à des tractions

modérées ne pouvait descendre. C'est alors que je m'aperçus de la tension du cordon ombilical. Pour l'amener, je passai deux doigts entre lui et la paroi abdominale ; je le saisis et tirai sur lui avec beaucoup de modération. Il m'arriva tout à coup, à tel point que je crus l'avoir arraché ; mon erreur toutefois fut de courte durée, car à l'instant la tête se dégagea, et, avec elle, sortit à ma grande surprise l'arrière-faix.

Le cordon était entier, mais excessivement court ; il n'avait pas, en effet, plus de 20 centimètres de longueur, en sorte que pour attirer entièrement le fœtus au dehors, il fallait ou couper le cordon ou entraîner le placenta avec lui. Je n'introduisis plus la main dans l'utérus qui revint tout aussitôt sur lui-même ; aucun accident digne d'être remarqué ne survint. Je restai environ trois quarts d'heure auprès de la femme, pour m'occuper des soins que réclamait l'enfant qui était vivant, mais faible ; puis je m'en allai en la laissant tranquille.

Le matin, c'est-à-dire dix heures après, la malade éprouva de l'agitation ; des douleurs utérines se faisaient sentir depuis environ deux heures, accompagnées d'un écoulement abondant de lochies sanguines. Pendant que j'étais occupé à l'examiner, survint une tranchée utérine excessivement douloureuse, et en même temps s'échappa, avec un flot de sang, un corps rond dont la femme sentit parfaitement le passage. Cette expulsion faite, les suites de couche marchèrent d'une manière régulière.

Ce corps était du volume d'une petite orange à surface unie, de couleur rougeâtre, sans déchirure ni éraillure aucune, comme aussi sans aucune poche ou enveloppe membraneuse. Sur un point de sa surface on remarquait une portion arrondie, élevée de quelques lignes, de 3 centimètres de diamètre, rugueuse et inégale, revêtue de grumeaux de sang : c'est par ce point qu'il adhérait à l'utérus. Au centre de ce point, on apercevait béante l'ouverture d'une grosse veine qui, en pénétrant dans la tumeur, se divisait tout de suite en trois branches, lesquelles se divisaient à leur tour en d'autres rameaux que l'œil ne pouvait suivre bien loin. Autour de cette veine étaient d'autres ouvertures de vaisseaux sanguins beaucoup plus petites.

La masse charnue dont il s'agit était consistante, se laissant déchirer par de légers efforts, sans aucune cavité intérieure, d'une coloration rouge de sang et sans aucun épanchement sanguin dans son parenchyme. Après l'avoir fait macérer, on remarquait fort bien de petits cordons ou filaments qui rampaient dans son tissu, surtout vers la périphérie (c'était le gros réseau vasculaire d'où émane le cordon) ; son parenchyme parut alors spongieux, et dans cet état on pouvait reconnaître l'apparence du tissu placentaire.

Les vaisseaux sanguins les plus volumineux occupaient la face opposée à celle où ils se montrent dans un placenta normal. Les vaisseaux propres à la circulation fœtale étaient oblitérés ; mais, en revanche, ceux qui devaient lui fournir les matériaux de sa nutrition avaient pris un grand développement, et l'on voyait qu'ils avaient continué à remplir leur rôle dans les adhérences qui unissaient étroitement le placenta à la face interne de l'utérus.

C'est en me témoignant d'une manière non équivoque sa satisfaction d'avoir rendu cette masse charnue, que la malade m'apprenait que l'année précédente, vers la mi-mai, elle était accouchée à huit mois, avec une forte hémorrhagie par suite de la rétention du placenta, dont elle n'avait pu être délivrée par le chirurgien de la localité qu'elle habitait en Provence, et qui l'assistait. Ne pouvant venir à bout de l'extraire, il l'avait abandonné à lui-même, et jamais, depuis, il n'avait été expulsé. Les suites de cet accouchement avaient marché d'une manière fort régulière ; et, bien plus, elle croyait avoir de nouveau conçu avant l'expiration des trente jours qui suivirent son accouchement.

D'après l'examen anatomique, et d'après le récit de la femme, je ne doutai nullement que ce corps ne fût réellement le placenta de la dernière grossesse, et je suis convaincu que s'il conservait encore les traces d'organisation du tissu placentaire, cela tenait à ce que, par le fait d'une nouvelle grossesse, l'utérus avait repris, au bout de peu de temps, le développement qu'il avait eu précédemment, et qu'en conséquence il n'avait pu éprouver le degré de rapetissement auquel il aurait dû, sans cela, être réduit. D'autre part, la nouvelle fécondation fut pour cet organe une cause d'afflux sanguin et d'énergie vitale considérables qui arrêtèrent la métamorphose que devait subir le placenta, lequel continua à végéter, comme nous l'avons vu, jusqu'au moment où il a été expulsé.

Le cas le plus heureux qui puisse survenir dans un cas de rétention du placenta, c'est, sans contredit, la décomposition de ce corps par suite de son atrophie et de sa résorption, parce qu'alors l'utérus peut revenir à son état physiologique de vacuité, et que toute action directe ou indirecte exercée sur lui par la présence de ce corps, cesse complétement d'avoir lieu. Je présume, pour mon compte, que tel est le résultat qui est arrivé à quelques-unes des femmes qui font le sujet de mes observations. Je ne puis en douter, surtout pour celle qui fait le sujet de la seconde, attendu que dans les accouchements successifs qu'elle a encore eus depuis, elle n'a jamais expulsé aucun corps qui ait pu me faire soupçonner un reliquat du placenta, qui était antérieurement resté dans la cavité utérine. Il y a aussi une grande probabilité pour les autres, chez lesquelles j'ai rencontré dans la suite l'utérus réduit à un si petit volume, que j'ai dû le considérer comme entièrement vide. A mon avis, ce doit être le résultat le plus commun. Je crois encore à ce résultat pour les petites portions placentaires qui restent adhérentes à l'intérieur de l'utérus, en se séparant de la masse du placenta amenée par des tentatives violentes, et qui ne sont point expulsées peu de temps après l'accouchement, soit directement, soit par suite de leur fonte gangreneuse.

11e *Observation.* — Le 5 janvier 1850, je fis l'autopsie d'une femme de la campagne qui était accouchée à terme le 16 décembre précédent. Le placenta étant adhérent, et sa rétraction coïncidant comme d'ordinaire avec une hémorrhagie, on l'arracha de force, mais on en abandonna quelques fragments qui ne purent être extraits. Il ne survint aucun accident, et la malade, comme c'est d'usage chez les villageoises, se leva le sixième jour et se trouva tout à fait rétablie vers le 27. Ce jour-là, quoiqu'il fît très-froid, elle se mit à laver du linge en plein air et à l'eau froide. Par suite de cette imprudence, elle fut atteinte d'une péripneumonie double, très-grave (il est à noter qu'elle en avait déjà eu une qui avait failli l'enlever l'année d'avant), dont elle mourut. L'utérus avait le volume du poing. La cavité présentait trois petites éminences de la grosseur de trois petites châtaignes, situées sur la paroi postérieure, près de l'orifice de la trompe de Fallope droite. Il y en avait d'autres plus petites tout à l'entour. Les restes du placenta qu'on retrouvait faisant ainsi corps avec la matrice, étaient beaucoup moins considérables que la portion de cet organe qu'on avait abandonnée ; peut-être une partie mortifiée était-elle sortie avec l'écoulement lochial. Quant à celle qui adhérait encore à la paroi utérine sous forme d'éminences, elle conservait sa structure propre et avait continué de vivre. Les plus volumineuses de ces éminences touchaient à la paroi utérine opposée à celle d'où elles se détachaient : leur surface était rose comme celle d'une plaie granuleuse recouverte d'un mucus blanchâtre. Incisées, leur tissu paraissait d'autant plus dense et leur couleur plus foncée qu'on s'approchait davantage du point d'insertion à la matrice. En prolongeant l'incision sur la paroi utérine elle-même, il était difficile de préciser une ligne de démarcation bien nette entre les deux tissus utérin et placentaire, tant ils se confondaient entre eux d'une manière intime. Nous noterons aussi que le tissu de la matrice était lui-même sous les points d'implantation de ces cotylédons placentaires, d'une coloration plus foncée, à cause de l'abondance des vaisseaux qui y avaient effacé l'éclat nacré plus apparent à la périphérie que dans le reste de la surface de ces points d'insertion. J'ajouterai enfin qu'en voulant séparer ces deux tissus en les ratissant, il était impossible de le faire d'une manière nette, tant ils étaient identifiés l'un à l'autre.

On voyait là, d'une manière très-distincte, la communication directe des vaisseaux sanguins de l'un à l'autre de ces tissus ; et l'on constatait pour ainsi dire la manière dont l'utérus s'était approprié ces portions restantes du placenta dont l'existence et le mode de nutrition devaient nécessairement se lier et être subordonnés à la manière d'être de l'utérus lui-même. Ainsi, de même que l'utérus était en voie de décroissance pour atteindre le minimum de volume auquel il devait se réduire ; de même, les restes placentaires devaient partager le même sort et finir par se réduire eux-mêmes à rien, par suite de la diminution progressive de l'afflux sanguin d'une part, et des effets de l'absorption de l'autre ; circonstances qui devaient beaucoup plus contribuer à retrancher qu'à apporter les matériaux de leur nutrition et par conséquent rendre inévitable leur disparition complète.

Dans ces cas exceptionnels que j'appellerai, si l'on aime mieux, pathologiques, d'adhérences solides du placenta, peut-il rester quelque doute sur la communication directe des vaisseaux utérins et placentaires ? Un certain nombre d'anatomistes refuse d'admettre cette transition vasculaire ; d'autres dont le nom fait autorité n'osent pas la nier ; et quelques-uns admettent que cela arrive exceptionnellement pour un petit nombre de vaisseaux et dans des cas rares. Avec cette diversité d'opinions et au milieu de l'incertitude qui en résulte, lorsqu'on a la certitude que les liens qui unissent le placenta sont solides, résistants et insurmontables par les seules contractions utérines, et que l'inspection cadavérique a démontré en outre qu'il existe entre les sur-

faces utérine et placentaire une connexion intime avec communication des vaisseaux de l'une à l'autre, faudra-t-il, pour vaincre de pareilles adhérences, pratiquer l'injection du cordon, comme le conseille Mojon, ou se servir de liquides irritants, dans cette opération, comme le proposent certains autres médecins? N'a-t-on pas plutôt à craindre, dans ce cas, que l'injection du liquide passe directement dans les vaisseaux utérins et qu'il en résulte un grand danger? Et ces vaisseaux qui proviennent de l'utérus sont-ils donc étrangers et ne communiquent-ils pas avec l'arbre vasculaire utéro-placentaire?

J'avoue en toute vérité que, pour mon compte, je n'aurai jamais recours en pareille circonstance à de tels moyens. J'aurais tout lieu de craindre, en effet, que le liquide injecté ne passât directement dans les vaisseaux utérins; et je crois mes craintes on ne peut mieux fondées, malgré le respect que je porte aux anatomistes célèbres qui sont d'un avis contraire, car elles reposent sur des faits authentiques incontestables fournis par les observations qui précèdent, et principalement par la dixième, où il s'agit de la rétention d'un placenta remontant à un temps assez reculé, placenta qui offrait béant, sur sa surface d'insertion, les orifices des gros vaisseaux de communication. Je veux bien admettre que ces vaisseaux auront acquis un plus grand volume depuis l'expulsion du fœtus, mais ils n'en existaient pas moins quand, au moment de l'accouchement, le placenta a résisté à l'action des contractions utérines et ensuite à la réduction progressive éprouvée consécutivement par l'utérus. Je crois donc que si l'on eût alors pratiqué une injection dans les vaisseaux du cordon, elle eût pu pénétrer dans l'épaisseur des parois utérines elles-mêmes. J'ajouterai que quelques accoucheurs, en présence de métrites déclarées à la suite d'injections dans la veine ombilicale, ont cru en expliquer la cause en admettant que le liquide poussé dans les veines s'extravasait entre le placenta et l'utérus, et que son absorption déterminait alors l'inflammation de cet organe. Aussi recommandent-ils de ne pousser l'injection qu'avec les plus grands ménagements, afin que les dernières ramifications vasculaires ne puissent se rompre sous l'effort du piston, et qu'il ne puisse en résulter une extravasion dangereuse du liquide. On comprend assurément que cela puisse arriver ainsi; mais ne peut-il pas arriver aussi que le liquide arrive directement dans le tissu des parois utérines?

J'ai appuyé avec une certaine insistance sur ce point, parce que mes assertions reposent sur des faits incontestables. Maintenant c'est aux anatomistes à décider péremptoirement la question. Pour cela, qu'ils ne laissent point échapper les occasions exceptionnelles d'adhérences de placentas qui ont continué à vivre dans la cavité utérine après l'expulsion du fœtus, et qu'ils examinent.

Comme je l'ai dit en commençant, les faits que j'ai observés et les considérations qui les accompagnent sont relatifs à des cas d'avortements survenus dans les six premiers mois de la grossesse. Ce travail n'est donc qu'un travail d'observation qui ne touche que quelques points de l'histoire anatomico-physiologique du placenta. Mais les faits que j'ai exposés pourront servir de matériaux à une histoire plus complète que j'abandonne à de plus courageux et de plus savants que moi. Je ne finirai pas toutefois sans déterminer d'une manière précise les conclusions qui me paraissent résulter de mes observations, et qu'on peut résumer ainsi :

1° Qu'un placenta restant adhérent à l'utérus, après l'accouchement, peut y être retenu sans danger pendant un temps indéterminé;

2° Que l'accoucheur, dans les soins qu'il donne en pareille circonstance, ne doit jamais oublier ce fait, et qu'il doit seconder ce résultat, plutôt que de chercher à arracher le placenta par des manœuvres portées directement sur le placenta lui-même;

3° Qu'il y a une grande probabilité de voir s'accomplir ce résultat, toutes les fois que les contractions utérines auront été insuffisantes à opérer le décollement du placenta;

4° Qu'après la cessation de sa fonction spéciale, le placenta, lorsqu'il reste adhérent, n'est plus réduit qu'à végéter sous la dépendance exclusive de l'utérus; à tel point qu'il peut insensiblement disparaître par défaut de nutrition, d'une part, et par absorption, de l'autre; ou bien encore conserver un certain volume, et demeurer sans danger, pendant un temps indéterminé, dans la cavité de l'utérus;

5° Que, dans ce dernier cas, la circulation s'établit d'une manière directe entre ce dernier organe et le placenta.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Envoi d'une note avec échantillon sur un pain et une farine de gluten propre à alimenter les diabétiques, par M. Martin, pharmacien à Grenelle.

2° Nouvel échantillon de suc de pavot d'Algérie.

3° Rapport sur les épidémies qui ont régné en 1852 dans l'arrondissement de Montauban, par M. le docteur Raynaud.

4° Nouveau mode de traitement du choléra, par M. le docteur Witmack, d'Oldeslœ, près Hambourg.

5° Échantillon de remède contre l'hydrophobie.

6° Un état de vaccinations pour le département de l'Isère.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Inspirations iodées.

M. Chartroule se plaint que M. Danger se soit approprié les idées du traitement de la phthisie par les injections iodées, et qu'il se soit même attribué l'idée d'un appareil que lui, M. Chartroule, lui a fait construire.

Eaux minérales.

M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan, adresse une note sur les eaux minérales de Cauvalat-les-Bains.

Fracture de la mâchoire inférieure.

M. Ancelon, de Dieuze, adresse un fait qu'il croit unique de fracture de la mâchoire inférieure abandonnée à elle-même, et qui s'est compliquée de divers accidents, par suite même du défaut de soins.

RAPPORTS.

M. Leblanc lit un rapport sur une note de M. Liégey, de Rambervilliers, relative à une affection cholériforme des gallinacés. M. le rapporteur conclut que cette note ne renferme pas des détails suffisants pour être l'objet d'un rapport. (Adopté.)

LECTURES.

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

M. le docteur Rézard de Wouves lit un mémoire intitulé : *Emploi du sulfate de quinine comme traitement spécifique de la fièvre dite typhoïde.*

Après avoir pris pour épigraphe une sentence de M. le professeur Rostan, l'auteur se livre à diverses considérations sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde, et termine en rapportant cinq cas de fièvre typhoïde traités tous avec succès par le sulfate de quinine.

Chute du rectum.

M. Duchaussoy, interne des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire sur la cause immédiate et le traitement de la chute du rectum. En voici la partie thérapeutique :

Suffit-il de combattre la diarrhée, la constipation ou l'atonie générale pour guérir les chutes du rectum? Il est certain que des médications appropriées à chacune de ces trois causes, surtout quand on y joint l'emploi de topiques astringents, ont fourni d'heureux résultats aux médecins qui ont pu persévérer longtemps dans leur emploi, et qui ont eu à traiter des enfants placés au milieu de bonnes conditions hygiéniques; mais on ne peut guère y compter à l'hôpital des enfants, comme je pourrais facilement le démontrer par l'histoire de trois malades de la salle Saint-Marcou, qui ont été traités sans succès pendant deux, trois et six mois, par un régime analeptique et des lavements au ratanhia; l'observation de Catherine Aimar, que je rapporterai plus loin, permettra encore de juger les résultats du traitement de la cause éloignée. Dans le petit nombre des cas heureux, il paraît vraisemblable que le traitement a fini par rendre à l'appareil défécateur sa tonicité normale.

Le traitement chirurgical est, sans contredit, beaucoup plus prompt et

plus sûr dans ses effets; pour en bien préciser l'action, je rapporterai à deux chefs les opérations encore usitées de nos jours.

1° *L'excision rayonnée des plis de l'anus*, telle que la pratiquait Dupuytren. Comment cet illustre chirurgien expliquait-il le résultat de son opération? Il pensait que les pertes de substances ovalaires pratiquées de distance en distance, avaient pour effet de froncer l'orifice anal, d'en diminuer l'étendue et de s'opposer ainsi très-efficacement à l'issue de l'intestin. Il est incontestable que ce résultat doit se produire à une certaine époque, celle de la formation du tissu inodulaire, mais on ne peut compter sur ce dernier que longtemps après l'opération; comment donc ce résultat tardif pourrait-il donner raison des cas nombreux dans lesquels la chute de l'intestin cesse bien avant la formation du tissu cicatriciel, quelquefois même un jour ou deux après l'excision? Ce tissu peut bien être un obstacle à la récidive, mais il est évident que la première cessation des accidents ne saurait s'accommoder de l'explication précitée.

M. le professeur Laugier a souvent donné dans ses cliniques une autre explication de la manière dont s'opère la guérison après cette opération; la voici telle qu'elle est contenue dans son *Bulletin chirurgical*, avril 1840 :

« L'explication la plus naturelle, la plus physiologique, doit être tirée de l'usage même des plis rayonnés qui environnent l'anus. Dans le mécanisme de la défécation, on leur reconnaît pour utilité de se prêter en se déployant à la dilatation de l'anus; si telle est leur action, dès que la plus grande partie de la peau de la marge de l'anus a été enlevée, sa dilatation n'est plus favorisée, elle éprouve des obstacles qui sont eux-mêmes une barrière à la sortie de la tumeur.... Il est probable que dans l'état normal, la peau glisse de l'anus vers les régions voisines, en cédant sa place, et comme en *attirant à elle*, par le fait même de la distension du périnée, la muqueuse rectale. Après l'excision, ce glissement de la peau voisine étant gêné ou même supprimé, suivant la quantité de peau enlevée, la défécation a lieu, sans doute, mais la tumeur que formait la chute du rectum n'est plus poussée que dans la direction verticale suivie par les matières elles-mêmes, et elle ne *se déploie* plus. »

On s'explique aisément comment une excision même partielle de la peau de l'anus l'empêche de jouer le rôle qui vient d'être indiqué, on sait que le plus souvent les plaies produites par l'excision des plis s'étendent assez en largeur pour détruire, en se réunissant, la presque totalité de la peau de l'anus.

Mais la cautérisation, pratiquée comme le fait M. Guersant, porte à penser que la destruction de la peau de l'anus n'a pas dans la guérison des chutes du rectum, l'importance que l'explication précédente lui attribue; dans cette opération, en effet, la peau se trouve détruite dans une étendue si petite, que son glissement ne saurait être empêché, et cependant la guérison s'obtient quelquefois *immédiatement après la cautérisation*. Il y a donc là un autre élément de succès que l'explication ingénieuse de M. Laugier ne nous fournit pas.

2° *La cautérisation*. Sans entrer dans le détail des procédés employés pour la pratiquer, je dirai que tous ceux qui se rapprochent de celui de Marc-Aurèle Severini ont un mode d'action bien clair : guérison de la maladie par la destruction de l'organe malade, et ceux-là ne nous occuperont pas davantage.

M. Guersant pratique la cautérisation d'une manière très-simple; il se borne, en effet, à appliquer quatre boutons de feu disposés en croix sur l'anus, au point où la muqueuse et la peau viennent se confondre, et cela suffit presque toujours pour obtenir la guérison. Sur onze enfants cautérisés par lui en 1852, dix ont été guéris à l'aide d'une seule cautérisation; la récidive qu'on observa, pour le onzième, paraît ne devoir être attribuée qu'à ce que la cautérisation avait été trop superficielle; une plus profonde, en effet, amena la guérison comme pour les dix autres.

Quelle explication peut-on donner de la manière d'agir du cautère employé de cette manière?

Évidemment, ici on n'a pas pour but de détruire l'organe malade; on ne peut non plus espérer de modifier toute la surface de la muqueuse entraînée au dehors, car la cautérisation ne porte sur cette muqueuse que dans l'étendue de 2 à 3 millimètres carrés pour chaque bouton de feu, et dans les cas où l'intestin sort de 1 décimètre, comme nous l'avons vu pour un de nos malades, il est incontestable que le cautère ne saurait modifier qu'une très-petite étendue de la muqueuse renversée.

Voici ce que M. Guersant enseigne sur ce point : « En agissant ainsi, dit-il, je provoque une légère inflammation qui modifie le tissu cellulaire sous-muqueux, le resserre, et retient ainsi l'intestin disposé à s'échapper (1). »

Que le cautère agisse ainsi sur le tissu cellulaire, cela est assez vraisemblable; mais cette action ne doit pas s'étendre beaucoup au delà des points cautérisés, et cette légère inflammation doit être un bien faible obstacle à la sortie d'une portion d'intestin longue de 5 à 10 centimètres, surtout si l'on songe qu'il lui faut parfois résister à des efforts tellement puissants que la main d'un homme vigoureux ne peut les vaincre pour réduire l'intestin.

Mais ce que l'on peut constater avec certitude, au contraire, après cette cautérisation, le voici : aussitôt que l'intestin a cessé de sortir, ce qui peut arriver immédiatement après l'opération, *le doigt introduit dans l'anus du malade éprouve, de la part du sphincter, une constriction dont il n'y avait pas de manifestation avant l'application du cautère.*

Le prolapsus cesse, le sphincter a retrouvé sa contractilité, voilà deux faits que nous avons toujours vus se produire simultanément; cette circonstance aurait suffi pour démontrer entre eux une une corrélation étroite, si déjà la physiologie n'avait permis de la pressentir.

Je n'avais pas encore songé à explorer l'anus après la guérison, lorsque j'ai pris l'observation du premier malade, mais chez tous les autres son état a été noté avec soin, et toujours j'ai vu la cessation de la chute accompagnée du retour de la contractilité musculaire. Chez tous alors l'introduction d'un seul doigt provoquait la contraction du sphincter au point d'empêcher la pénétration d'un second doigt. De plus, chez quelques-uns, on voyait ces contractions continuer pendant quelques instants après que le doigt était retiré, et si l'enfant était assez âgé pour rendre compte de ses sensations, il accusait un serrement saccadé à l'anus.

On peut noter aussi que plusieurs malades, dont le rectum présentait, avant la cautérisation, une dilatation remarquable au-dessus du sphincter, avaient perdu beaucoup de l'ampleur de cet intestin après la guérison.

Un malade dont j'ai déjà parlé eut une récidive, après une cautérisation trop superficielle. Eh bien! M. Guersant a pu constater qu'après cette première opération son sphincter anal était resté aussi lâche qu'avant; une seconde cautérisation a été suivie, au contraire, du retour de la contractilité musculaire, la guérison s'en est suivie.

Et certes, cette barrière que le muscle sain ou guéri oppose à la sortie de l'intestin est un obstacle bien puissant, car l'un de nos petits malades, Gaudin Édouard, couché en novembre, au n° 5 de la salle Saint-Côme, et dont le rectum sortait de six centimètres à son entrée, fut pris d'une violente coqueluche peu de jours après avoir été cautérisé, et néanmoins la chute ne s'est pas produite une seule fois après l'opération, bien que la plaie ne se soit cicatrisée que fort tard.

Est-il possible maintenant de saisir le rapport intime qui existe entre la récupération de la contractilité du sphincter et l'application du fer rouge? Voici l'explication qui me paraît la plus vraisemblable : il en est de cet état du sphincter anal comme de ces paralysies musculaires indépendantes de la lésion des centres nerveux, ou même de la lésion appréciable d'un cordon nerveux, telles qu'on en voit quelquefois survenir dans le deltoïde, après un long séjour dans une prison humide; ces paralysies peuvent aussi guérir sous l'influence des raies de feu. Le cautère agit alors à travers une faible épaisseur de parties molles, sur le muscle, en faisant pénétrer jusqu'à lui sa chaleur si considérable; c'est là, on le sait, un des plus puissants excitants du système musculaire.

Si cette interprétation des faits dans la guérison de la chute du rectum est exacte, on peut en déduire le corollaire suivant : tout procédé qui parviendra à faire cesser la paralysie du sphincter, soit en simplifiant la cautérisation, soit même en lui substituant d'autres excitants du système musculaire plus puissants, ou moins désagréables, pourra être regardé comme un progrès dans le traitement de la chute du rectum.

Sans doute, le procédé déjà si simple de M. Guersant est bien fait pour séduire par ses résultats brillants, puisqu'il est presque toujours suivi de la guérison; cependant, il n'est pas encore complétement exempt d'inconvénients sérieux; il faut dire, par exemple, que dans un bon nombre de cas, la brûlure faite sur la muqueuse rectale se convertit en une espèce de fissure qui est souvent fort douloureuse et peut persister longtemps; elle a duré vingt-cinq jours chez quatre malades, un mois chez trois, six semaines chez un seul et neuf semaines chez un autre. Ces fissures s'observent surtout à la partie antérieure de l'anus.

Nous avons vu aussi sur un des derniers opérés, Gaudin, les brûlures se convertir en ulcération circulaire, très-douloureuse, à fond gris, à bords durs, et qui a résisté longtemps à des pansements variés; il est juste de dire que, dans ce cas particulier, l'enfant, sous l'influence de la coqueluche, avait un mauvais état général de santé. Mais, pour plusieurs autres, les brûlures se sont aussi réunies, et leur guérison s'est fait longtemps attendre.

Peut-être que des cautères terminés en pointe, et enfoncés de quelques lignes seulement à travers la peau de l'anus, pourraient remplacer le cautère olivaire.

Une autre déduction de l'explication que j'ai tenté de donner, serait le traitement des chutes du rectum *par l'acupuncture électrique*, ou plus simplement par la foradisation. Je ne connais aucun fait qui puisse soutenir ou infirmer cette proposition; cependant, en réfléchissant aux résultats obtenus par M. Duchesne de Boulogne, il est très-présumable que l'électricité pour-

(1) Voir l'*Union médicale* du 11 septembre 1852.

rait rétablir la contractilité dans un muscle accessible comme le sphincter de l'anus.

Mais voici un autre excitant du système musculaire qui a été expérimenté dans un cas à l'hôpital des Enfants : la strychnine. Suffit-il de l'administrer à l'intérieur ? L'expérience prononcera. Dans l'orbservation suivante, on verra son administration par la méthode endermique, suivie de guérison.

Chute du rectum déterminée par la constipation. — Traitement par les laxatifs. — Persistance de la chute, mais à un degré moindre. — Traitement par la strychnine. — Guérison.

Catherine Aimar, âgée de 11 ans, demeurant rue Saintonge, 16, est couchée au n° 25 de la salle Sainte-Thérèse. Elle est bien constituée et présente cependant quelques glandes engorgées au cou et des croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu. Depuis sa naissance, elle a souvent gardé le lit pour des maladies des voies digestives.

Il y a quatre ans, elle eut une fièvre qui dura cinq semaines, et à la suite de laquelle elle demeura constipée; son rectum commença alors à sortir un peu dans les efforts de la défécation. La constipation devint habituelle, elle ne fut pas combattue, et l'intestin sortit graduellement au point de faire aujourd'hui une saillie de 10 centimètres.

Malgré cette grande longueur, l'enfant le réduit elle-même facilement, et il reste bien réduit. Chaque jour elle fait en vain trois ou quatre efforts pour aller à la selle, et son fondement sort chaque fois; fréquemment cette constipation est accompagnée de céphalalgie et de douleurs à l'épigastre.

Entrée à l'hôpital le 15 novembre, elle n'a pas encore eu de selle.

Le 17, on lui fait prendre 15 grammes d'huile de ricin, ce qui provoque quatre garderobes et quatre chutes du rectum de la longueur du doigt.

Le 18, face vivement colorée, céphalalgie considérable, un peu d'oppression, langue saburrale, pharynx rouge, amygdales tuméfiées, pouls lent et mou. Diète; tisane pectorale; gargarisme acide.

Le 19, ces symptômes ont presque complétement disparu; il y a eu une selle et une chute.

Le lendemain et tous les jours suivants, la malade prend chaque matin trois verres de petit-lait.

État de l'anus. — Mes quatre doigts pénètrent sans occasionner la moindre douleur et n'éprouvent pas de constriction; à 4 centimètres au-dessus de l'anus, il existe une large poche formée par l'intestin dilaté. Quand la malade a les cuisses écartées, son anus est béant et ses bords sont éloignés de 4 millimètres.

Malgré l'emploi du petit-lait, la malade reste constipée les 20, 21 et 22; on lui administre alors plusieurs verres de limonade au citrate de magnésie; il en résulte sept efforts de défécation et sept chutes.

Le 24, une selle et une chute, la malade se plaint d'oppression et de douleurs dans les hypochondres et à l'épigastre; anorexie; pouls, 96; bain.

Le 25, même état.

Le 26, pouls, 100; peau chaude; quelques boutons de varicelle apparaissent; le petit-lait ne peut être toléré par l'estomac.

Le 27, amélioration des symptômes généraux, mais persistance des vomissements quand la malade ingère du petit-lait.

Le 28, on remplace le petit-lait par le lait ordinaire, qui est bien supporté; une selle dans la journée et une chute.

Du 28 novembre au 3 décembre, la malade continue à prendre chaque matin du lait froid, et, dans la journée, du jus de pruneaux ou tout autre laxatif. Pendant cet intervalle, elle a eu régulièrement chaque jour une selle et une chute du fondement. Ce dernier sort d'une longueur moindre qu'à l'entrée de la malade, mais il sort constamment.

Du 3 décembre au 13, la malade a été chaque jour deux fois à la garderobe, et chaque jour sa muqueuse rectale s'est renversée deux fois, les mesures de l'intestin déplacé varient entre 4, 5 et 6 centimètres.

Le 13, au soir, M. Guersant m'autorise à tenter la strychnine. Un petit vésicatoire, produit par une boulette de coton imbibé d'ammoniaque, et maintenue dans un dé à coudre, est placé à la partie supérieure du sillon interfessier, et un autre à la partie interne de la fesse droite, dans le sillon même. Un mélange de 1 centigramme de strychnine et d'un peu de sucre est réparti entre les deux vésicatoires, on recouvre d'un taffetas ciré.

Le 14, ces deux vésicatoires étant encore en bon état, on les saupoudre de 2 centigrammes de strychnine; pas de selle.

Le 15, une selle et une chute, mais ne consistant qu'en un bourrelet muqueux de 1 centimètre de longueur.

Le 16, nouveaux vésicatoires appliqués près des premiers; 2 centigrammes de strychnine; une selle et un bourrelet plus petit encore que la veille.

Le 17, une selle et encore un léger bourrelet; un nouveau vésicatoire est saupoudré de 3 centigrammes de *sulfate de strychnine*, parce que la strychnine de la veille n'a pas été complétement absorbée, bien que le derme fût encore bien dénudé; dans la journée, la malade ressent quelques secousses convulsives dans les cuisses; elle a une selle, et, pour la première fois, il n'y a aucun renversement de la muqueuse.

Le 18, 3 centigrammes de sulfate de strychnine; nouvelles secousses sans gravité; une selle et pas de chute.

A partir de ce jour, on a cessé l'emploi des vésicatoires et de la strychnine, l'enfant a eu chaque jour une ou deux selles, et sa muqueuse rectale ne s'est pas montrée une seule fois. L'enfant est sortie le 30 décembre, c'est-à-dire treize jours après la cessation de sa chute.

RAPPORTS.

Idiots.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Voisin, relatif à l'éducation des sourds-muets.— Renvoi au comité de publication. (Adopté.)

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nominations dans la Légion d'honneur.* — Par divers décrets, ont été nommés officiers de la Légion d'honneur, MM. Conneau, premier médecin de l'empereur; Besuchet de Saunois, auteur du *Traité de la gastrite et des gastralgies*.

Ont été également nommés officiers, MM. Jules Roux, second chirurgien en chef de la marine; Maillot, inspecteur du service de santé des armées, et Laure (Auguste), second médecin en chef à la Guyane.

Ont été nommés chevaliers, MM. Jouvin (Jean-Pierre), pharmacien, professeur de marine à l'École navale; Canolle (Louis-Joseph-Octave), chirurgien de marine de 1re classe; Debry (Jules-Marcelin-Pierre), chirurgien de marine de 2e classe; Fol (Augustin-Armand-Marie), chirurgien de marine de 2e classe; Savina (Benjamin-Clément-Henri-Marie), chirurgien de marine de 2e classe; Lequesne, médecin à Nogent-sur-Seine; Chapuis, chirurgien de la marine à la Martinique; Davasse, chirurgien aide-major au 9e bataillon de la garde nationale de la Seine; Abeille, médecin à l'hôpital du Roule; Pastoret, médecin de Briançon; Frasseto, médecin à l'hôpital d'Ajaccio; Gugelot, médecin major au 60e de ligne; Loyer, médecin major au 49e de ligne; Marchessaux, médecin major au 10e de ligne; Girard, médecin major au 12e chasseurs; Minvielle, médecin major à l'hôpital de Toulon; Delestre, pharmacien major à l'hôpital de Rennes; Raoult, pharmacien major à l'hôpital de Saint-Omer; Goldscheider, pharmacien major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Nous continuerons la nomenclature des décorations dans notre prochain numéro.

— *Longévité humaine.* — En attendant que nous puissions publier une analyse plus complète du livre de M. Van Oven sur la longévité humaine, nous empruntons à un journal les détails suivants qui sont les conclusions de l'auteur:

Aujourd'hui, en Angleterre, la durée de la vie humaine n'atteint plus les proportions auxquelles elle est destinée. Cela vient-il d'un défaut d'organisation, du genre de vie et d'excès trop fréquents?

Il dépend de l'homme d'abréger son existence ou de parvenir à un âge avancé et de prolonger sa vie en suivant de bonnes lois hygiéniques. Je voudrais voir les lois défendre ce qui peut attaquer la santé de la population, empêcher les accumulations des eaux et des matières infectes, punir l'inoculation de la petite vérole, établir partout des conduits et des réservoirs d'eau, car l'eau et l'air pur sont indispensables à la santé, et enfin surveiller avec le plus grand soin l'état sanitaire des denrées et des liquides vendus aux populations.

Si le gouvernement établissait un système complet d'hygiène publique, nous verrions bientôt cesser les maladies pestilentielles et épidémiques; peu à peu les défauts d'organisation diminueraient, et le peuple deviendrait plus sain, plus fort, plus vertueux.

M. Oven cite des cas de longévité extraordinaires; il nous donne une liste de 7,000 personnes ayant atteint l'âge de cent à cent quatre-vingt-cinq ans, et il termine son ouvrage par les réflexions suivantes:

« Il n'y a probablement pas de limites fixées à la vie humaine. Parr est mort à cent cinquante-deux ans, parce qu'il avait changé l'existence sobre et active d'un paysan pour une vie luxueuse et une nourriture excitante. L'autopsie fut faite par le célèbre Harvay, qui trouva ses organes si parfaitement constitués, que, selon lui, Parr, s'il n'avait pas changé son genre de vie, aurait encore pu vivre de longues années. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 100. 1re année. Samedi 20 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Des anesthésiques dans les accouchements, par M. J.-Y. Simpson. — **CLINIQUE DE HOPITAUX** : Hôpital de la Charité. M. Velpeau. Myosite. Inflammation du muscle sterno-mastoïdien, par M. L. Bauchet. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Remarques sur un cas de fièvre pernicieuse cholériforme, et sur la médication quinique dans ces sortes de fièvres, par M. Léon Dufour. — Nouveau traitement des verrues par les frictions avec le sang menstruel, par M. le Dr Médard. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 19 *août* 1853.

Des anesthésiques dans les accouchements.

Lettre à M. le professeur Meigs, *de Philadelphie, sur cette question :*

Est-il convenable, est-il moral d'employer les anesthésiques dans les accouchements simples ou forcés?

Par M. Simpson, *professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg.*

L'importante discussion qui a lieu à la Société de chirurgie de Paris nous engage à compléter, par tous les documents possibles, les éléments de cette discussion ; c'est à ce titre que nous publions aujourd'hui la lettre de M. Simpson, en la dépouillant toutefois des longueurs, des répétitions, des superfluités et de la plupart des ornements de style inutiles au débat dont l'auteur l'a enrichie et qui n'auraient d'ailleurs qu'un très-faible intérêt dans notre langue. Les qualités dominantes du célèbre accoucheur écossais ne sont ni la clarté ni la concision.

Édimbourg, ce 1er août 1848.

Cher monsieur,

En relisant, comme je viens de le faire, votre lettre estimée, je vois que vous basez votre opposition à l'emploi des anesthésiques dans les accouchements sur quatre ou cinq arguments ; je vais consacrer à chacun d'eux un paragraphe particulier : permettez-moi de commencer par l'argument que vous avez placé à la fin de votre lettre.

§ 1. Votre objection à l'emploi des anesthésiques dans les accouchements qui requièrent l'intervention du chirurgien, et spécialement l'application du forceps, est :

Que les sensations éprouvées par les malades sont notre meilleur guide pour l'introduction de cet instrument.

Afin d'introduire le forceps avec le plus de garanties pour la mère, vous dites (ce sont vos propres paroles) : « Le meilleur « guide de l'accoucheur est la réponse de la malade lorsqu'il lui « demande : Souffrez-vous? Dans ce cas, une réponse affirma« tive ou négative vaut mieux qu'un millier de dogmes et de « préceptes. Je ne puis, continuez-vous, me croire justifié en « me privant de mon plus précieux et de mon plus sûr moyen « de diagnostic, sous le prétexte de supprimer, pendant une « dizaine de minutes, une douleur qui, dans ce cas, est une « douleur physiologique. »

Pour répondre à cette nouvelle objection, je dis que tout homme qui se hasarde à appliquer le forceps doit connaître l'anatomie des régions qu'il explore mille fois mieux que vous ne le supposez. Vous voudriez que l'accoucheur guidât son instrument moins par ses propres connaissances anatomiques que par les sensations de la malade. Dans ce point, comme dans d'autres points relatifs à des questions nouvelles en pratique, il me semble que nous devons établir la solidité de nos raisons sur l'examen des opinions qui ont cours dans la science dans des circonstances analogues. Or, que penserait, je vous prie, le monde chirurgical, d'un opérateur qui, faisant une ligature sur une grosse artère, sur l'artère humérale, par exemple, placerait ses chances de distinguer le nerf satellite du vaisseau sanguin, qu'il doit lier, non en faisant appel à ses connaissances anatomiques, mais aux sensations du malade auquel il demanderait : Souffrez-vous ou ne souffrez-vous pas? Est-il convenable, est-il moral qu'un chirurgien refuse à ses malades les avantages de l'anesthésie, parce que leurs sensations et leurs souffrances doivent suppléer à ses connaissances anatomiques?

Je suis bien sûr que vous-même, lorsque vous employez le forceps, vous dédaignez de recourir à la règle que vous posez, et que, en réalité, cette règle est une arrière-pensée que vous n'avez eue que lorsqu'on a proposé les anesthésiques dans la pratique des accouchements ; car, en se reportant aux excellents préceptes que vous avez donnés pour l'emploi du forceps, dans l'estimable ouvrage que vous avez publié sur les accouchements, il y a quelques années (*Philadelphia, prætice of Midwifery*), je n'en retrouve ni trace ni mention, non plus d'ailleurs que dans aucun autre ouvrage, quoique ce soit, comme vous le dites, le guide le plus sûr, pendant le manuel opératoire, vous l'auriez certainement indiqué, ou au moins vous y auriez fait allusion, et, dans les préceptes que vous donnez, vous n'auriez assurément pas oublié une règle *préférable*, dites-vous, *à mille dogmes et préceptes*. Ajoutons que ce qui vous imposait encore plus le devoir de poser cette règle, c'est qu'aucun auteur ne l'avait mentionnée.

Je suis assuré que lorsque vous voudrez réfléchir sans passion, vous reconnaîtrez que l'emploi des anesthésiques, au lieu d'entraver l'application du forceps, *la facilite d'une façon remarquable*. Les anesthésiques vous mettent à même de guider le forceps avec plus d'innocuité jusqu'au point qu'il doit atteindre, parce qu'ils vous permettent, sans douleur pour la malade, d'introduire vos doigts entre la tête de l'enfant et les parois de l'utérus plus profondément que vous ne pourriez le faire si la malade jouissait de sa sensibilité physiologique. Dans votre ouvrage que j'ai cité plus haut, vous dites vous-même qu'il

faut avoir soin de guider l'extrémité du forceps avec les doigts, aussi loin qu'on peut atteindre (p. 300); vous ajoutez : « S'il se « présente quelque difficulté pour introduire la seconde branche « du forceps assez profondément, les deux doigts qui guident « l'instrument serviront à placer son extrémité dans la position « la plus convenable. »

Eh bien ! je dis encore que l'emploi des anesthésiques, ainsi que je l'ai souvent observé, vous met à même de donner à ces règles et à d'autres plus importantes, une extension à laquelle on ne serait jamais arrivé, et je suis sûr que vous en viendrez à trouver ces règles plus certaines que les *mille* dogmes et préceptes qui dérivent des sensations propres de la malade.

A la page 302 de votre ouvrage sur les accouchements, vous déclarez que pendant les manœuvres obstétricales pour l'application du forceps, l'état moral de la malade dénote un état de grande anxiété. « Son esprit, dites-vous, est soumis à la tension « la plus considérable par la pensée qu'elle est soumise à une « opération. » Maintenant, mettant de côté pour un moment l'avantage que nous avons de pouvoir éviter à nos malades les souffrances physiques, inséparables de tout accouchement forcé, permettez-moi de vous demander si notre droit, notre devoir comme médecins n'est pas de les soustraire, comme cela nous est si facile, à cet état horrible d'anxiété morale?

Dans le plus grand nombre des cas, la malade aura été en proie à d'atroces douleurs pendant plusieurs heures. Pourquoi alors, sans nécessité, l'abandonner en même temps à ses souffrances morales et physiques, dans un moment où ses forces physiques et morales seront peut-être hors d'état de supporter un surcroît de douleurs; et, par-dessus tout, lorsque les ressources de notre art nous offrent un moyen aussi simple que certain de la garantir complétement?

Mais, dans les accouchements forcés, l'emploi des anesthésiques ne se borne pas à faciliter grandement l'application du forceps et à soustraire la malade aux douleurs du manuel opératoire, il lui évite en grande partie, du moins c'est notre opinion, le retentissement que toute opération produit sur l'organisme, et lui donne ainsi plus de chances de guérison. En négligeant de nous servir des anesthésiques, nous nous privons non-seulement d'un moyen propre à supprimer les souffrances pendant l'opération, mais d'un moyen propre à éloigner les dangers consécutifs. En février 1847, dans mon premier travail sur l'emploi des anesthésiques dans les accouchements, j'ai publié une ou deux observations sur ce point, observations que les statistiques chirurgicales subséquentes ont pleinement confirmées. Faisant allusion à quelques cas d'accouchements forcés que je me rappelais, j'ajoutais : « Les cas que je rapporte prouvent surabondamment la va- « leur et l'innocuité des anesthésiques dans les accouchements « forcés; et ici, comme dans tout cas chirurgical, leur utilité « n'est pas limitée à la suspension complète et à la suppression de « la douleur morale, quelque grande qu'elle soit, mais elle pro- « duit l'effet le plus salutaire en évitant à la malade le retentisse- « ment que détermine nécessairement toute douleur violente. »

§ 2. Votre seconde objection contre l'emploi des anesthésiques dans les accouchements naturels dérive de cette pensée que :

Dans ces cas, la douleur ne doit pas être supprimée, et qu'elle est calculée dans l'intérêt de la mère.

Vous professez que la douleur, dans un accouchement naturel, est un état auquel on ne doit tâcher de soustraire les malades par aucun moyen, « *la douleur du travail étant,* c'est vous « qui le déclarez, *la manifestation la plus désirable* de la « conservation des forces de la malade. »

Dans les expressions que je viens de rapporter, vous ne faites aucune distinction entre les deux éléments bien distincts de ce qu'on appelle les douleurs de l'enfantement, savoir : 1° les contractions de l'utérus, et 2° la douleur résultant de ces contractions. Si, dans ce que vous avez dit, vous avez entendu parler du premier de ces éléments, les contractions utérines (contractions sur lesquelles les anesthésiques n'ont aucun effet), je suis entièrement de votre avis. Mais si vous voulez parler des douleurs sympathiques produites par les contractions utérines, douleurs que les anesthésiques suppriment, mon opinion diffère complétement de la vôtre.

Dans votre *Traité sur les accouchements,* vous faites justement l'importante distinction que je viens d'établir. Vous dites (p. 148) : « Que l'accouchement est le résultat des violents et « douloureux efforts de la femme, » et vous ajoutez que « l'élé- « ment essentiel du travail est la contraction des fibres muscu- « laires de l'utérus. » A la page 303, en parlant de l'énergie de ces contractions utérines, vous faites observer que « la puissance « expulsive de l'utérus est énorme. »

Dans plus d'un endroit de votre ouvrage, vous faites allusion à l'intensité des douleurs (ces angoisses, cette agonie du travail, comme vous les appelez p. 165); et page 153, vous dites que les *sensations douloureuses* de la mère dans la dernière partie du travail ne peuvent se décrire et ne sont comparables à aucune autre souffrance. Dans votre dernier ouvrage sur les *Maladies des femmes,* en parlant de ces douleurs, — les douleurs de l'accouchement, — vous faites observer que « les hommes ne « pourraient supporter les mêmes douleurs que les femmes, » et vous ajoutez : « Qu'appelez-vous douleurs de l'accouchement? « Il n'y a pas d'autre nom à leur donner que le nom d'agonie « (*Females and their diseases,* p. 49). »

Les *contractions musculaires de l'utérus* forment, dites-vous, l'*élément essentiel* du travail. Sur ce point, nous n'aurons point de discussion. Nous sommes encore d'accord, quand vous dites un peu plus loin qu'elles ne peuvent être avantageusement diminuées ni empêchées dans l'accouchement naturel, et quand vous admettez qu'elles ne sont ni empêchées ni diminuées par l'usage du chloroforme.

Mais quant au second élément, la douleur, celui-ci n'est pas un élément essentiel du travail, il n'est pas essentiel parce que 1° le travail (c'est-à-dire les contractions utérines) se termine par la sortie de l'enfant, quelquefois, quoique rarement, il est vrai, sans qu'il y ait eu de fortes douleurs, il est même des cas où ces douleurs n'ont pas existé; 2° parce que, si nous en croyons diverses autorités, les douleurs de l'enfantement sont comparativement très-légères, sinon même tout à fait nulles chez quelques variétés de l'espèce humaine, en particulier chez quelques tribus de la race noire; et 3° des milliers de femmes ont aujourd'hui été délivrées sans préjudice pour leur santé *quoique sans douleurs,* parce qu'elles ont été soumises aux agents anesthésiques.

Je regarde la douleur comme *non essentielle,* et je proteste de nouveau contre l'exactitude de votre assertion que *la douleur du travail naturel* est « un état qu'on ne doit empêcher par aucun moyen. » Je maintiens, au contraire, que nous ne remplissons pas les devoirs de notre profession, lorsque nous oublions l'axiome de Bacon : « C'est le devoir du médecin non-seulement « de guérir les maladies, mais d'adoucir les souffrances et les « douleurs. » Et si, comme médecins, nous sommes appelés à soulager les douleurs de notre prochain, à coup sûr nous sommes appelés à calmer les douleurs que vous appelez vous-mêmes « les « angoises et l'agonie du travail. »

Dans votre pratique, permettez-moi de vous le demander, n'employez-vous pas tous les moyens possibles pour soulager les douleurs de tête, les coliques, la sciatique, la pleurodynie, la goutte, le rhumatisme et toutes les douleurs innombrables auxquelles notre machine est exposée?

Or, si vous regardez comme un devoir de soulager ces douleurs, pourquoi ne regarderiez pas comme un devoir aussi de soulager celles qui accompagnent l'accouchement? Je ne puis comprendre d'après quels principes de philosophie, de moralité ou d'humanité un médecin pourrait se croire obligé de soulager, de supprimer même, quand cela lui est possible, les souffrances les plus légères, et regarderait en même temps comme inconvenant, comme immoral, de soulager, de supprimer même, quand cela lui est possible, des douleurs d'une telle intensité, que vous-même vous les déclarez indescriptibles, et ne pouvez les comparer qu'à l'agonie?

§ 3. Votre troisième objection à l'emploi des anesthésiques

dans le travail naturel est que la souffrance, dans ce cas, vous paraît être une « *souffrance physiologique.* »

« Dans le travail, la sensation de la douleur, dites-vous, est « une sensation physiologique qui donne la mesure des forces « somatiques de la femme. »

Par les raisons que j'ai indiquées plus haut, j'ai lieu de douter que nous devions regarder les douleurs atroces supportées par nos malades comme des douleurs *véritablement physiologiques*, car, comme je l'ai déjà dit, avec raison je crois, elles ne sont pas essentielles au mécanisme et à l'accomplissement du travail chez tous les individus de la race blanche, et elles sont singulièrement atténuées dans la race noire. Leur intensité pourrait, je pense, s'expliquer aisément par l'état de civilisation, et aussi par la raison que, dans cet état, la tête de l'enfant est plus volumineuse. L'accouchement est toujours physiologique *dans son objet*, mais non dans quelques-uns des phénomènes qui dérivent de la civilisation.

Mais, abandonnant ce point, permettez-moi de vous dire que, même en vous accordant que les douleurs atroces de l'accouchement sont des douleurs *physiologiques*, je ne puis concevoir pour quelles raisons nous consentirions à laisser souffrir les femmes. De ce que la nature a façonné une fonction physiologique d'une manière particulière, ce n'est pas une raison, il me semble, pour que la science et l'art ne fassent pas tous leurs efforts pour la modifier avantageusement.

Ici l'auteur fait observer qu'en admettant ce principe, il n'y aurait pas de raison pour ne pas abandonner l'usage des chapeaux, des vêtements, des lunettes, etc., sous prétexte que tous ces objets changent les conditions physiologiques établies par la nature; puis il continue :

J'ai devant moi une lettre sur l'emploi des anesthésiques dans les accouchements; cette lettre, signée par le professeur d'accouchements de Dublin qui jouit d'une réputation si haute et si méritée, et datée de la fin de 1847, contient les passages suivants : « Je ne pense pas que personne à Dublin ait encore em- « ployé l'éther dans les accouchements; il y a une opposition « énergique contre l'emploi de ce moyen dans les cas normaux, « lorsqu'il s'agit de supprimer la somme ordinaire de souffrances « qu'a imposées le Tout-Puissant, — avec la plus grande sagesse, « sans aucun doute, — pendant le travail de l'accouchement « naturel; et c'est du plus profond du cœur que je me range à « cet avis. »

Cet argument, si bien présenté par mon ami d'Irlande, est celui qu'on a le plus souvent mis en avant et répété; c'est celui auquel on a donné le plus de poids et d'importance. Pour ma part, je dois avouer que je ne lui trouve pas une grande valeur, Appliquez-le à d'autres pratiques dont l'usage est ancien et bien établi, et vous en verrez alors les véritables conséquences. Supposons, par exemple, qu'il s'agisse de l'adoption des voitures; nous verrions donc écrites des phrases comme celles-ci : « Je ne pense pas que personne à Dublin se soit encore servi de voiture; il y a une opposition énergique contre l'adoption de ce moyen de transport qui aurait pour but de diminuer la dose de fatigue que le Tout-Puissant,— avec la plus grande sagesse, sans doute,— nous a imposée lorsque nous voulons marcher, et c'est du plus profond du cœur que je me range à cet avis.

L'auteur ajoute, à l'exemple des voitures, celui de l'invention des chapeaux, des fourchettes, des chemins de fer, l'établissement d'un canal dans l'isthme de Panama, et continue :

Dans un passage que j'ai déjà cité, vous dites que les souffrances qui accompagnent l'application du forceps sont même « une souffrance physiologique. » J'avoue que je ne puis comprendre comment les souffrances produites par l'emploi du forceps, lorsque la tête est arrêtée au passage par une cause, quelle qu'en soit la nature, peuvent être considérées comme des souffrances « physiologiques; » elles ne le sont pas plus que les souffrances produites par l'emploi du cathéter, lorsqu'il y a obstacle à l'émission de l'urine, par suite d'un engorgement de la prostate ou de tout autre état pathologique.

§ 4. Votre quatrième objection à l'emploi des anesthésiques pendant le travail, est fondée sur ce que la mère, *délivrée des atroces douleurs du travail,* peut, dans quelques cas rares, courir des dangers pour sa vie.

« Si je supprimais la douleur, dites-vous, chez mille femmes « en travail, uniquement dans le but de supprimer *une douleur* « *physiologique* et sans autre motif, et si en agissant ainsi, je « causais la mort d'une seule de mes malades, je me couvrirais « le corps d'un cilice et la tête de cendres pour le reste de mes « jours. Quel motif plausible ai-je de risquer la vie d'une « femme sur mille, dans l'intention contestable de changer une « des conditions générales de l'homme?» Permettez-moi d'ajouter que j'ai vu cet argument reproduit depuis que votre lettre a paru, et qu'il est un des principaux motifs de l'opposition des adversaires des anesthésiques dans ce pays.

Et, en vérité, dans une pratique nouvelle comme l'est celle de l'anesthésie, pratique avec laquelle l'esprit n'est pas encore familiarisé, l'argument précédent est un de ceux qui ont le plus de force en apparence, un de ceux auxquels il est impossible de répondre directement, un de ceux enfin qu'on ne peut combattre, comme je l'ai déjà dit, qu'en prenant un exemple semblable dans les faits avec lesquels notre esprit est familiarisé. Laissez-moi donc, pour un moment, continuer la comparaison que j'ai faite à la fin du paragraphe précédent entre les fonctions physiologiques de l'accouchement et de la marche. Supposons donc que vous et moi, nous sommes à Philadelphie, le jour de l'ouverture du chemin-de-fer de Baltimore ou de New-York; j'engage les passagers pour ces destinations ou pour les destinations intermédiaires à prendre place; mais comme le président Jefferson, vous m'opposez avec eux que « la marche est le point culminant « des forces corporelles de l'homme, que la marche est un exer- « cice salutaire qui conserve les forces et est utile à la vie, » et que la marche étant une fonction physiologique et la fatigue une souffrance physiologique, ils ont l'intention d'aller à pied. Je réponds : Placez-vous dans un wagon, et vous éviterez ainsi les fatigues extrêmes et l'épuisement qui succède à un voyage à pied; c'est alors que viennent la réponse et l'argument que j'ai reproduit plus haut : « Mais, monsieur, si en faisant « prendre le chemin-de-fer j'évite la fatigue à un millier de « voyageurs dans l'intention de leur épargner une fatigue et un « épuisement physiologique et pas pour une autre cause, et si, « en conséquence, j'ai causé la mort d'un seul d'entre eux, je « n'hésiterai pas à me couvrir le corps d'un cilice et la tête de « cendres pour le reste de mes jours. Quel motif raisonnable « puis-je avoir de risquer la mort d'une personne sur mille en « voulant abroger une des conditions générales de l'homme? »

Je ne m'arrêterai pas à rechercher si parmi les dames passagères ou malades (non endurcies pour la plupart aux longues souffrances et aux longues marches), il n'y en aurait pas plus d'une sur mille qui périraient en faisant le voyage à pied. Je crois qu'on trouverait une proportion moins forte, si l'on mettait en parallèle les dangers d'un voyage en chemin-de-fer; et la marche forcée endommagerait temporairement aussi bien que d'une manière permanente, plus de constitutions que le voyage en chemin-de-fer. J'ai la ferme conviction que sur une grande échelle on trouverait que la vie et la santé de l'homme sont mieux assurées lorsqu'on se sert des moyens inventés par l'art, que des moyens fournis par la nature, et je pense aussi fermement que l'on trouverait la même différence, si l'on mettait en parallèle les femmes abandonnées pendant le travail aux angoisses et à l'agonie physiologiques, et celles que l'on soustrait à ces angoisses et à cette agonie.

Dans la grande loi de la nature, la maladie et la mort sont parmi les plus certaines « conditions générales de l'homme. » Si votre théorie était vraie, la pratique de la médecine elle-même serait, je le crains bien, abandonnée une bonne foi et sans autre examen, car c'est peut-être, comme vous le dites vous-même, le meilleur moyen d'abroger une des conditions générales de l'homme, la tendance à la maladie et à la mort, et je suis sûr que vous ne me démentirez pas, lorsque je dirai que les malades

meurent souvent par les méprises, l'inaction, le manque de connaissances ou de dextérité du médecin. En Angleterre et dans le royaume de Galles, en 1840, environ cent personnes ont été publiquement et officiellement déclarées sur le *registraar-general* mortes à la suite de l'administration d'un seul médicament, l'opium. Mais alors, il faudrait abandonner en médecine l'usage de l'opium, le médicament peut-être le plus précieux en lui-même de notre pharmacopée ? Y aurait-il un argument plausible pour refuser de soulager, par une dose d'opium, les malades qui vous appellent? ou bien, parce que le chloroforme ou l'éther produisent, dans quelques cas rares, des effets désastreux, refuserez-vous d'améliorer les douleurs, les angoisses d'un millier d'autres personnes en vous en servant?

Dans la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire, vous citez quelques passages tirés du célèbre ouvrage de Raynald, *Birth of mankinde,* le premier livre sur les accouchements imprimé en anglais. Reportez-vous à l'avant-propos de cet ouvrage, il se rapporte merveilleusement au point que nous discutons, à savoir si les rares accidents provenant d'abus ou de toute autre cause qui suivent quelquefois l'emploi d'un bon moyen doivent y faire renoncer généralement parlant. « Il n'y a rien, dit « Raynald, de si absolu et de si parfait qui ne puisse, par abus et de temps à autre, être préjudiciable. » Il cite pour exemple le feu et l'eau, « les deux éléments les plus nécessaires à l'homme, « sans lesquels il ne pourrait vivre, » quoique cependant, de temps en temps, « le feu ait dévoré des villes et des contrées en- « tières, et que l'eau ait englouti un nombre incalculable « d'hommes, de vaisseaux, etc. » Il ajoute : « Manger et boire « modérément entretient la vie, et, au contraire, dévorer comme « des gloutons amène le dégoût, la maladie, et enfin la mort.... « Mais, à cause de ces inconvénients, et pour les raisons men- « tionnées plus haut, faut-il se condamner à ne plus se servir du « feu et de l'eau, et se priver de manger et de boire? Non, *ce « serait folie que de raisonner ainsi.* »

Avant de commencer l'examen des dangers que vous attribuez à l'emploi des anesthésiques, permettez-moi de vous faire deux remarques :

1re *Remarque.* Je pense que, administrés sans précaution et chez quelques sujets prédisposés, l'éther et le chloroforme peuvent être nuisibles, et même causer la mort, comme le font d'ailleurs l'opium, le calomel, l'antimoine et d'autres médicaments énergiques. Boire froid peut quelquefois causer la mort. « Tout « le monde sait, dit le docteur Taylor dans son excellent ouvrage « sur la jurisprudence médicale, que, dans certains cas, l'eau « froide, prise en grande quantité dans un état d'excitation gé- « nérale, peut amener la mort (p. 8). » Est-ce une raison pour ne jamais étancher notre soif avec de l'eau froide? Que peuvent dire de cela les disciples du père Mathieu?

2e *Remarque.* Vous avez, ainsi que d'autres, une peur gratuite et exagérée de l'éther et du chloroforme, c'est ce que prouvera manifestement l'avenir, lorsqu'on maniera ces agents avec expérience. Mais on a eu la même peur des autres médicaments lorsqu'ils ont été introduits dans la science médicale ; il n'y a pas jusqu'aux innovations de linge dont on se soit fait un monstre. Reprenons notre comparaison des différentes manières de voyager. Cavendish, secrétaire du cardinal Wolsey, nous dit, dans la vie de ce prélat, que lorsque le cardinal fut envoyé en exil de Londres à York, par son maître Henri VIII, plusieurs des domestiques du cardinal refusèrent de faire un voyage aussi énorme, car, dit Cavendish, « ils avaient de la répugnance à quitter leur « pays natal, leurs parents, leurs femmes et leurs enfants. » Ce voyage, que nous faisons aujourd'hui en six heures, pouvait alors être parfaitement considéré comme un exil. Nous allons maintenant de Londres à Édimbourg (environ 400 milles) en douze ou quatorze heures. Il y a un siècle, la voiture mettait douze ou quatorze jours. Et dans la vie de lord Loughborough, lord John Campbell nous dit que lorsque lui, le biographe, fit le voyage d'Édimbourg à Londres dans la malle, l'on n'était plus que trois nuits et deux jours en route ; mais il ajoute que la rapidité du voyage, entre les deux capitales de l'Écosse et de l'Angleterre, était chose surprenante, « et j'ai suivi, continue lord John, le « sage conseil que l'on m'a donné de m'arrêter un jour à York ; « quelques passagers, qui firent la route tout d'un trait, mou- « rurent d'apoplexie, suite de la rapidité du mouvement. » (*Lives of the lord Chancellors.*)

Soyez assuré que bon nombre de cas d'apoplexie, présumés provenir de l'emploi des anesthésiques, ont une étiologie aussi véritable que cette apoplexie due à un mouvement rapide, et que, dans quelques années, nous serons aussi bien éclairés sur ce point que nous le sommes aujourd'hui sur une apoplexie survenant chez une personne qui fait dix milles à l'heure. Et quant aux dangers moraux et physiques que l'on attribue à l'emploi des anesthésiques, on ne tardera pas, j'espère, à les ranger sur le même niveau que les grands dangers physiques et moraux que l'on attribuait à l'emploi des diligences, dangers décrits de bonne foi par Taylor, il y a deux ou trois siècles, lorsque l'usage des voitures fut introduit à Londres. Dans sa satire contre les voitures, Taylor engage ses contemporains à ne pas s'en servir ; autrement (je cite ses propres paroles), « ils auront le corps « secoué, bouleversé, contusionné sans merci. La voiture, dit- « il, est couverte par hypocrisie ; sa couverture lui a été mise « par malice ; les voyageurs y sont ballotés comme des malheu- « reux surpris par des pirates, et, en outre, les hommes y ont « l'air d'écrevisses de mer ballotées d'un côté à l'autre ; enfin, « c'est une manière de voyager dangereuse pour la santé. » Il va jusqu'à appeler les voitures « des chariots de l'enfer, » et leur trouve quantité d'inconvénients de la même nature de ceux que l'on attribue aujourd'hui aux anesthésiques.

Dans le cours de vos remarques, vous semblez faire une autre objection à l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement, quoique vous ne soyez pas explicite à cet égard. Vous dites :

§ 5. *Vous regardez les anesthésiques comme contre-indiqués pendant le travail, parce que vous ne réfléchissez pas que la mère court danger de la santé ou de la vie en souffrant ces douleurs.*

« J'ai été habitué, dites-vous, à regarder la sensation de la « douleur, pendant le travail, comme une sensation physiolo- « gique qui donne la mesure des forces de la femme, et comme « le signe le plus désirable, le plus salutaire, et qui dénote le « mieux la conservation des forces vitales. »

Si vous pensez, comme vos paroles semblent le vouloir dire, que la sensation de la douleur, même lorsque, comme pendant le travail, la violence de cette douleur *est au-dessus de toute expression,* n'a aucune influence fâcheuse sur la santé de celles qui l'endurent, je diffère complétement d'opinion avec vous. Au contraire, je suis convaincu que la constitution de l'homme ne lui permet pas de souffrir, surtout lorsque la souffrance est violente et de longue durée, sans qu'elle s'en ressente plus ou moins.

J'ai toujours vu, dans les auteurs qui se sont occupés d'obstétrique, depuis Ambroise Paré jusqu'à Travers, Gooch, Alison, Burns, que la douleur était, *en elle-même,* délétère et destructive, donnait lieu à la syncope, et même, lorsqu'elle était en excès, produisait quelquefois la mort subite. Mais jusqu'à la découverte, dans notre pays, de la possibilité d'assimiler les douleurs des opérations chirurgicales par l'inhalation de l'éther, je ne connais pas d'auteur en médecine, en chirurgie ou en accouchements, qui ait avancé que la douleur, *même la plus indescriptible,* était une circonstance indifférente pour la vie ou la santé du malade, et que nous devions la laisser substituer, même en ayant le pouvoir de la supprimer.

Si la simple douleur du travail était, comme vous le dites, *la manifestation désirable, salutaire des forces vitales,* la douleur prolongée, aggravée, doit être plus favorable à la malade que la douleur dont la durée est courte.

Quelque chose de salutaire à la constitution doit évidemment agir favorablement en raison de sa durée, et être d'autant plus dangereuse que cette durée est plus courte. Pour ce qui regarde la vie et la santé de la mère, c'est tout à fait le contraire : les chances favorables augmentent en raison directe de la gravité des douleurs. A l'hôpital de Dublin, lorsque les femmes étaient

six ou huit heures en travail, la mort s'ensuivait trois fois plus souvent que lorsque le travail n'avait duré que deux heures ; lorsque le travail s'était prolongé vingt ou vingt-quatre heures, la mort survenait cinq fois plus souvent que lorsque le travail n'avait duré que quatre à six heures, et ainsi de suite dans une progression régulière. Plus se prolongeait cette manifestation de la conservation des forces vitales qui vous paraît salutaire, plus augmentaient les chances de mortalité, de telle façon que, chez les femmes dont le travail avait duré plus de trente-six heures, ces chances étaient cinquante fois plus nombreuses que chez celles qui étaient accouchées au bout de deux heures de travail.

Il y a quelque temps, j'ai publié une longue série de statistiques tendant à prouver que, sur un grand nombre d'observations de la même opération (l'amputation des membres) faite avec ou sans le secours des anesthésiques, les malades opérés sous l'influence de ces moyens, ceux par conséquent qu'on avait soustraits aux douleurs, guérissaient dans une plus grande proportion que ceux qu'on n'avait pas soumis à ces mêmes moyens, et qui avaient ressenti les douleurs inséparables de l'action de l'instrument tranchant.

Le même résultat, selon moi, a lieu dans les accouchements. Protégez la constitution de la mère, par les anesthésiques naturels ou artificiels, et vous augmenterez les chances de salut. Chez les Indiens rouges et les autres nations non civilisées, les femmes n'endurent pas la même dose de souffrances que dans la race blanche ; c'est pour cela qu'elles sont rétablies plus promptement après leurs accouchements, dont la mort est très-rarement la suite.

Chez les malades accouchées en Ecosse sous l'influence des anesthésiques, la rapidité de la convalescence a surpris les malades elles-mêmes autant que la circonstance d'être accouchées sans douleurs. Plusieurs de mes confrères ont fait la même remarque. En effet, en se réveillant après sa délivrance, la malade n'éprouve pas la sensation de l'épuisement habituel. Quelques-unes m'ont dit qu'elles semblaient sortir d'un sommeil rafraîchissant, et lorsque nous considérons quelles atroces douleurs supportent, dans notre état de civilisation, les femmes que vous et moi avons à soigner, l'emploi des anesthésiques paraîtra encore plus indispensable. Peu habituées par leur genre de vie à la grande fatigue et la douleur, les malades des rangs élevés de la société ne peuvent souffrir impunément comme les femmes dans l'état de nature, ou même que les femmes du peuple, et, de là, vient cette plus grande nécessité pour le médecin d'employer tous les moyens pour leur épargner des souffrances. Pour prouver ce fait, laissez-moi reprendre la comparaison de la marche et de l'accouchement. Comparons, pour un moment, les effets de la fatigue de la marche et la douleur de l'accouchement sur la constitution de la femme; et, certainement, la comparaison nous viendra en aide pour prouver ce que nous avançons, autant qu'on peut établir un rapport entre la fatigue et la douleur physiques. Car il est évident que les effets de la douleur, « d'une « *douleur qu'on ne peut décrire*, » seront plus funestes à la constitution qu'une simple fatigue musculaire. Supposons donc que nos malades, à la fin du neuvième mois de leur grossesse, doivent faire à pied une marche d'une, deux, trois, six ou douze heures ou même plus, c'est-à-dire une marche de cinq, dix, vingt ou trente milles ou plus, *au lieu* d'avoir à supporter les douleurs du travail pendant le même laps de temps, douleurs devenant de plus en plus fortes, et devenant, à la fin, « absolument « indescriptibles et comparables à quelque autre souffrance que « ce soit, » quel sera le résultat d'un voyage sur un nombre donné de dames de la haute société? Quelques-unes supporteront assez bien ce voyage; d'autres, faibles peut-être en commençant, le supporteront moins bien. Le plus grand nombre demanderont à ne pas continuer un peu plus tôt ou un peu plus tard, et vous supplieront, si vous êtes leur médecin, de leur épargner toute fatigue ultérieure, en les faisant monter dans une voiture pour le reste de la route. Croyez-vous que vous leur feriez bien plaisir en leur disant qu'après tout, la marche est la manifestation de la conservation des forces vitales, et qu'elle est exempte de dangers : ou bien prendriez-vous le parti opposé, et leur procureriez-vous les moyens de terminer leur voyage en voiture? Je suis bien sûr que vous auriez recours au second moyen, car vous craindriez les conséquences de la fatigue sur la constitution délicate de vos malades. Et, je le répète, les effets de la douleur prolongée sont plus désastreux encore pour la constitution que les effets de la fatigue. Mais si vous faites continuer en voiture le voyage à vos malades, au lieu de les faire aller à pied sans nécessité, vous leur éviterez ce que vous appelez les angoisses, l'agonie du travail en leur administrant le chloroforme ou d'autres anesthésiques pendant le travail.

Vous dites : « Je n'ai pas cédé aux sollicitations que m'ont fai- « tes plusieurs malades de leur administrer les anesthésiques. » Si, vous trouvant sur la grande route, vous rencontriez une de vos belles malades à quelques milles de Philadelphie, revenant chez elle, mais si fatiguée que toutes les cinq ou dix minutes elle fût forcée de s'arrêter, se plaignant d'une fatigue si grande qu'elle ne pût la comparer à aucune autre fatigue, je suis sûr que même, en ne consultant que la seule humanité, vous vous regarderiez comme obligé de céder à leurs sollicitations, d'être ramenées chez elles dans votre voiture, et d'être ainsi délivrées de leurs souffrances actuelles (je ne parle même pas ici des conséquences fâcheuses que peuvent avoir ces souffrances). Et je ne puis comprendre comment en agissant ainsi (et pourriez-vous faire autrement), si vous consentez à éviter une fatigue à votre malade, vous refuseriez de la secourir lorsqu'elle est menacée de ces angoisses, de cette agonie du travail que vous déclarez vous-même être douloureuse au delà de toute expression?

« Peut-être, direz-vous, que je suis cruel en traitant ce sujet « d'un point de vue si impartial. » Je me garderai de porter le même jugement sur vous. Mais j'ai à considérer que vous et moi, ainsi que les médecins chargés d'enseigner l'art des accouchements, nous sommes dans une position où nous avons une bien plus grande responsabilité que les autre praticiens. Que les praticiens qui s'occupent d'accouchements laissent souffrir leurs malades ou leur évitent des souffrances, ils n'agissent pas dans un cadre très-étroit; mais vous et moi, comme professeurs d'accouchements, nous sommes appelés, par l'intermédiaire de nos élèves, à faire subsister ou à faire cesser les douleurs de toutes les femmes. Si vous persistiez encore pendant quelques années dans votre opinion, vous seriez cause que des milliers de vos contemporains seraient condamnés à des souffrance qui, dans ma manière de voir, peuvent leur être évitées. Si vous changez d'avis, ce que je désire bien vivement, et si vous vous éclairez sur la valeur de l'administration du chloroforme pendant le travail, vous aurez contribué par votre heureuse influence à supprimer les souffrances humaines dans une grande proportion.

J.-Y. Simpson.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Myosite. — Inflammation du muscle sterno-mastoïdien.

Il y a peu de temps, je donnais dans ce journal une leçon de M. Velpeau sur la myosite, à propos d'une semblable affection, observée dans nos salles, ayant son point de départ dans le muscle grand pectoral.

Cette maladie, peu étudiée encore dans ses symptômes, dans sa marche, dans sa terminaison, a fait le sujet de la thèse inaugurale d'un ancien interne de M. Velpeau, M. Dionis. Je suis entré dans quelques détails historiques, à propos du fait que j'ai rappelé quelques lignes plus haut. Aujourd'hui, je me bornerai à rapporter l'observation telle qu'elle a été recueillie dans nos salles, et à la faire suivre de quelques réflexions qui en découlent naturellement. Ce fait est curieux à plus d'un titre, ainsi que chacun pourra le voir.

Le 20 juin 1853, est entré dans la salle Sainte-Vierge, au n° 1,

un homme âgé de 41 ans, ouvrier brasseur, malade depuis trois jours. Il présente à la région cervicale antérieure, dans la portion sus et sous-hyoïdienne, une tuméfaction assez considérable, avec tension, chaleur, rougeur, etc. Voici ce qu'il raconte.

Son état exige qu'il travaille beaucoup, qu'il porte sur l'épaule, très-souvent, de lourds fardeaux, des pièces de bière. La traverse de bois, qui supporte les petits tonneaux, est presque constamment appuyée sur l'épaule gauche et sur le même côté du cou. Depuis une dizaine de jours surtout, il a dû plus souvent porter, descendre dans les caves ces pièces de bière. Dans ces derniers jours, il s'est fatigué encore davantage. Or, il y a trois jours, en s'éveillant, il a senti de la gêne, du tiraillement dans le côté gauche du cou. Il s'est aperçu que cette partie de la région cervicale était tuméfiée, dure, douloureuse, que les mouvements de latéralité de la tête exaspéraient encore cette douleur. La peau était rouge déjà. Il a continué néanmoins son travail, qu'il a dû interrompre le soir. Malaise général, inappétence, céphalalgie. Le lendemain, malgré le repos et des cataplasmes appliqués sur le cou, les symptômes généraux et locaux s'aggravent; la douleur augmente à la pression et au moindre mouvement. Il se décide à entrer à l'hôpital.

C'est un homme grand, fort, vigoureusement constitué, au visage coloré et qui dit n'avoir jamais été malade.

État actuel. 21 *juin.* Toute la moitié gauche du cou est occupée par une tuméfaction large, assez considérable, mal limitée. En haut, elle remonte, en se dirigeant un peu en dehors et en arrière, jusque vers l'apophyse mastoïde. En bas, elle gagne l'extrémité interne de la clavicule, en s'allongeant en dedans et en avant. En avant, elle s'étale vers le larynx jusque vers la ligne médiane, surtout à la partie inférieure du cou. En arrière, elle se perd insensiblement dans la région latérale et postérieure du cou. La partie la plus saillante se trouve suivant une ligne qui, partant de l'apophyse mastoïde, se dirige vers l'articulation sterno-claviculaire, suivant la direction du sterno-mastoïdien. La peau est chaude, rouge, tendue. Point de bosselures, d'inégalités. Sous la peau, on sent manifestement le muscle sterno-mastoïdien dur, tendu, gonflé, très-douloureux à la pression. Cette douleur est exaspérée dans tous les mouvements que l'on imprime à la tête, et surtout dans ceux qui ont pour effet de tendre ce muscle. Pas de ramollissement dans aucun point, pas de fluctuation. Symptômes généraux très-marqués; pouls fréquent, plein, dur; soif vive; inappétence; céphalalgie; langue rouge, etc.

20 sangsues; cataplasmes; calomel, 0,40 centigrammes.

22 *juin.* Même état; pas de fluctuation; tension tout aussi grande; rougeur, chaleur tout aussi vives.

Large vésicatoire volant.

23 *juin.* Le cou est encore plus douloureux depuis que le vésicatoire est levé; inappétence; état saburral de la langue; céphalalgie; légère teinte ictérique.

Une bouteille d'eau de Sedlitz; cataplasmes.

26 *juin.* L'état général est satisfaisant; la langue se nettoie, l'appétit commence à revenir; la soif est peu vive; le pouls est plus lent; la céphalalgie a disparu.

La tuméfaction du cou est bien diminuée; elle est mieux limitée, elle se présente sous la forme d'une grosse corde faisant relief sur les téguments, mais elle est plus dure; elle est parfaitement bornée aux faisceaux du sterno-mastoïdien, que l'on sent roide, tendu, comme ligneux, douloureux encore, mais moins que les jours précédents, à la pression et dans les mouvements de la tête. La peau est rouge, d'un rouge un peu violacé. Les ganglions sous-maxillaires sont un peu tuméfiés et douloureux au toucher, au dire du malade.

Frictions mercurielles; cataplasmes; bouillons; potages.

29 *juin.* L'état général est si satisfaisant que le malade demande à retourner chez lui. Mais la tuméfaction, quoique moins considérable, persiste; mais le muscle sterno-mastoïdien est toujours dur, rigide, douloureux.

Même traitement; une portion.

1er *juillet.* Je ne parle plus de l'état général, qui est on ne peut plus satisfaisant; la tuméfaction est encore diminuée; la rougeur a presque complétement disparu, mais on sent mieux encore le sterno-mastoïdien dur, tendu, presque inextensible; 2 portions; frictions; bain.

3 *juillet.* Le malade insiste tant pour s'en aller qu'on lui donne sa sortie. La guérison n'est pas encore tout à fait complète; mais il n'y a presque plus de tuméfaction; plus de rougeur. Le sterno-mastoïdien est moins dur, moins tendu, plus souple, plus extensible. Les mouvements de la tête, un peu gênés, ne sont plus douloureux. Le malade, du reste, se lève et se promène depuis plusieurs jours. On lui recommande de continuer les frictions avec l'onguent mercuriel, l'usage de quelques bains, et surtout de ne pas s'exposer à la fatigue pendant six à huit jours au moins.

Telle est l'observation de ce cas de myosite. Le malade, entré le 20 juin, est sorti le 3 juillet. Il est resté, en conséquence, dans nos salles, treize jours.

Je viens d'écrire *l'observation de ce cas de myosite;* il s'agit bien ici, en effet, d'une inflammation du sterno-mastoïdien.

Un phlegmon du cou n'aurait pas offert une tuméfaction aussi limitée, une dureté, un empâtement aussi uniforme; la suppuration s'y serait presque fatalement établie, quand on songe que le malade n'est entré dans nos salles que trois jours au moins après le début de l'inflammation.

Je m'arrête là dans ces considérations sur la non-existence du phlegmon. Une myosite, en effet, étant admise, tout est clair, tous les phénomènes s'expliquent naturellement.

La cause de cette phlegmasie est bien simple : les tiraillements, peut-être la déchirure de quelques fibres ou de quelques fibrilles musculaires occasionnés par les fardeaux que le malade portait sur l'épaule et sur le cou, la fatigue plus grande dans les quelques jours qui ont précédé son invasion. Et si l'on songe aux faits relatés dans la thèse de M. Dionis, dans lesquels on voit chez certains animaux une myosite, dans les fessiers, à la suite d'une longue marche, on est peu surpris d'observer une semblable affection chez ce malade, et l'on en a vite découvert la cause. Si, au début, ou plutôt quelques jours après qu'ont paru les premiers symptômes, la tuméfaction n'est pas bornée au muscle sterno-mastoïdien; si elle s'étale sur les bords, si elle gagne en dedans, en avant, en arrière, c'est que l'inflammation, partie du muscle, a retenti dans le tissu cellulaire; c'est que, si elle n'avait pas rétrogradé, elle allait provoquer le développement d'un phlegmon.

Mais la phlegmasie s'est limitée; et, à ce propos, je reviens encore sur l'efficacité du vésicatoire dans les phlegmasies. J'ai déjà plusieurs fois insisté sur son usage; j'ai déjà souvent rappelé que M. Velpeau a obtenu de son application les effets les plus remarquables. L'inflammation est-elle au début? Souvent le vésicatoire la fait avorter. Est-elle arrivée à cette période où elle est incertaine si elle produira ou non la suppuration? Le vésicatoire agit ou comme résolutif ou comme maturatif. Mais, pour arriver à ce résultat, il faut employer un vésicatoire assez large, d'une largeur proportionnée à l'étendue de la maladie, plus large que la rougeur, plus grand que la partie enflammée qu'il doit recouvrir, et dont il doit dépasser les limites. Ce vésicatoire est utile dans les phlegmons, plus utile encore il sera dans la myosite : cette dernière, en effet, marche moins vite, moins franchement vers la suppuration.

La phlegmasie, arrêtée dans sa marche croissante, l'induration du tissu cellulaire disparaît; le muscle seul reste malade. Aussi, l'inflammation marche lentement. Plus de dix jours après, le muscle est encore dur, épaissi, rigide. C'est bien ainsi que se comporte la myosite, quand elle va en se terminant.

Du reste, début, forme et direction de la tuméfaction, marche, symptômes fonctionnels, etc., tout vient confirmer le diagnostic.

Je n'insiste pas davantage sur ce fait. Les réflexions qu'il m'a suggérées sont simples, faciles, ressortent de l'observation elle-même. D'autres encore se présenteront naturellement à l'esprit

du lecteur. J'ai voulu faire connaître un cas de myosite de plus, et surtout un cas de myosite du sterno-mastoïdien.

L. Bauchet.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Remarques sur un cas de fièvre pernicieuse cholériforme, et sur la médication quinique dans ces sortes de fièvres,

Par M. Léon Dufour, *de Saint-Sever* (*Landes*).

Dans une pratique médicale qui ne compte pas moins de quarante-sept années d'exercice, c'est le troisième cas de cette espèce de fièvre que j'ai eu l'occasion d'observer. Donnons-en d'abord l'histoire sommaire, nous l'accompagnerons ensuite de quelques réflexions.

Observation. — Jeanne Lapierre, cuisinière à Saint-Sever, âgée de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle, ayant franchi depuis cinq ans, et sans orage, le temps critique, fut inopinément prise, le 8 février 1853, vers une heure de l'après-midi, de déjections alvines d'une excessive fréquence, d'abord stercorales, puis séreuses, semblables à de l'eau, suivant le dire de la malade et des assistants; mais si abondantes qu'on les évaluait à douze litres au moins dans l'espace de deux heures qu'elles durèrent. On eût dit l'évacuation continue et involontaire d'un lavement. Nulle douleur ne les accompagnait; seulement, il y avait des menaces de défaillance. Un vomissement simultané d'un liquide analogue à celui des évacuations alvines accompagnait celles-ci. Bientôt se déclarèrent des crampes très-douloureuses, dans les jambes surtout. Un froid général coïncidait avec ces symptômes, et vers trois heures la malade, qui avait inondé tous les lieux de son passage, fut obligée de s'aliter; on ne manqua pas de crier au choléra, et la population s'en émut.

C'est alors que je fus appelé. J'avais avec moi mes deux fils, jeunes docteurs récemment arrivés, et je les rendis témoins de ce cas. Voici l'état de la malade à ma visite :

Décubitus en supination, peau froide, voix voilée, tout à fait cholérique, pouls entièrement nul, suppression de l'urine, crampes aux jambes et aux bras, arrachant des cris, roideur des doigts. Ces symptômes graves qui d'abord nous effrayèrent, surtout par l'absence complète du pouls, étaient contre-balancés, atténués par les signes négatifs suivants : facies peu altéré, nullement cholérique; intégrité des fonctions de l'entendement et des sens, parole libre, respiration aisée, battement de cœur et des carotides bien perçus par l'auscultation, abdomen souple et insensible au palper le moins circonspect, langue nette, molle, nullement froide. Malgré l'abaissement de la température de l'universalité de la peau, le froid n'était pourtant pas glacial comme dans la période algide du choléra asiatique. Les évacuations avaient cessé.

Les moyens de caléfaction, tels que serviettes chaudes, frictions sèches répétées, sinapismes volants, furent mis en usage. La cessation du pouls persista jusqu'à huit heures du soir, c'est-à-dire pendant sept heures environ. Alors une consolante réaction se manifesta; la chaleur revint peu à peu, et le pouls se fit enfin sentir. Vers dix heures, le battement de l'artère radiale et l'élévation progressive de la température mirent en évidence le caractère décidément fébrile. Ils vinrent imprimer à cet ensemble de symptômes son cachet nosologique de *fièvre pernicieuse cholériforme*, et ranimer ma confiance thérapeutique par le souvenir des deux cas analogues de vingt années de date que je mentionnerai tout à l'heure. Dès le déclin du paroxisme, je fis administrer un gramme de sulfate de quinine en pilules de 10 centigrammes chacune, prises de quart d'heure en quart d'heure. Là se borna tout le traitement.

Le lendemain et le surlendemain se passèrent sans le moindre symptôme morbide; la sécrétion urinaire se rétablit; la chaleur de la peau et le pouls étaient rentrés dans l'état normal : six jours après, la malade avait repris ses occupations culinaires, et depuis lors il n'y a pas eu la plus légère récidive.

Réflexions. — Dans l'automne de 1832, j'avais eu à traiter, ainsi que je l'ai déjà insinué, deux cas d'une semblable maladie, et je leur avais opposé, avec un égal succès, la même médication. J'en publiai l'histoire *in extenso*, dans le *Journal hebdomadaire de médecine*, etc., tome 12, 1833; mais alors l'épidémie de choléra asiatique exerçait ses ravages sur divers points de la France; elle s'était avancée jusqu'à Bordeaux, où je m'étais empressé d'aller l'étudier; elle fit même plusieurs victimes aux pieds de nos Pyrénées. Cependant, à cette époque, lorsque je pouvais être préoccupé, et à juste titre, de quelque ressemblance de ces deux cas avec le hideux choléra, je me prononçai formellement sur leur nature, et par ma dénomination j'assignai, en quelque sorte, la place de cette affection dans le cadre nosologique.

Je cherchai vainement alors, comme aujourd'hui, dans mes livres tant anciens que modernes, un exemple d'une semblable maladie; je n'y en ai trouvé aucun. La fièvre pernicieuse *cholérique* de Torti caractérisée par un débordement de bile par haut et par bas, tel qu'on l'observe parfois en été dans nos contrées, ne saurait avoir avec notre fièvre pernicieuse *cholériforme* qu'une analogie illusoire d'épithète.

Dans les réflexions qui suivirent l'exposé des deux cas de cette fièvre en 1833, je m'efforçai d'établir leur traits spécifiques différentiels avec le choléra asiatique légitime et avec la fièvre pernicieuse cholérique de Torti. Ces traits sont pour le premier, sinon le type intermittent, du moins l'intermission, et pour la seconde la nature séro-floconneuse des évacuations.

Cependant M. le professeur Bouillaud, un des corédacteurs du Journal hebdomadaire précité, ne partagea pas mes idées nosologiques sur ce point, et, dans une note insérée à la suite de mes observations, « il considéra ces deux cas comme rentrant réellement dans quelqu'une des catégories du vrai choléra-morbus. » Si le savant professeur avait à se prononcer aujourd'hui sur ce troisième cas manifesté en dehors de toute influence rationnelle de choléra asiatique, il modifierait sans doute sa manière de voir. A mes yeux, le cas actuel vient puissamment justifier le nom de *cholériforme* donné à une espèce nosologique qui trouve naturellement sa place dans la série des fièvres pernicieuses des auteurs.

Je n'ignore point que l'on peut rigoureusement me contester l'existence d'une fièvre intermittente, puisque je n'ai pas attendu un second accès. J'avais prévu et combattu cette objection dans mes observations de 1833. Qu'on me permette d'en citer ce passage : « Je me contenterai d'en appeler sur ce point à la pratique éclairée de mes confrères. Lorsqu'une maladie fébrile débute *ex abrupto* par une période de froid qui se prolonge au delà du terme ordinaire, en s'accompagnant de symptômes insolites et graves; lorsque ceux-ci, après huit à dix heures, déclinent, puis cessent entièrement pour faire place à un état apyrétique complet, je le demande, n'est-il pas plus que probable que cet ensemble de symptômes ne demeurera pas isolé, et qu'il se renouvellera, au contraire, le surlendemain du jour de son apparition? Lorsque nous possédons un médicament dont la propriété anté-périodique est devenue une vérité incontestable, un médecin pénétré de ses devoirs peut-il demeurer observateur passif de la marche de la maladie et attendre, comme au temps d'Hippocrate, qu'un autre accès, peut être mortel, vienne lui révéler le type intermittent tierce? « Et quel praticien à longue expérience n'a pas vu, dans sa clientèle ou dans celle de ses confrères, la mort survenir en effet au second accès d'une fièvre pernicieuse grave, lorsque des documents insuffisants ou tardifs n'ont pas permis d'être fixé sur la nature du mal! Hélas! j'en ai cité, dans mes observations de 1833, un exemple bien remarquable, bien douloureux, survenu dans la famille d'un estimable confrère.

Dans le cas actuel de fièvre pernicieuse cholériforme, le lecteur aura sans doute remarqué que, malgré sa gravité, je me suis borné à une seule dose de sulfate de quinine, et en cela ma

thérapeutique s'éloigne des habitudes ordinaires et même de celle que j'employais il y a quelques années. Je tiens à justifier ma pratique à cet endroit.

Avant la découverte de la quinine, on sait que le quinquina en substance et en poudre était employé contre les fièvres intermittentes, et après qu'on avait fait *sauter* l'accès, on poursuivait l'administration du fébrifuge à doses fractionnées ou décroissantes pour détruire, disait-on, le génie du mal jusque dans ses racines. Moi, qui suis du vieux temps, de l'école des Pinel, des Corvisart, etc., je suivais *in verbo magistri,* ces mêmes errements. Alors, comme aujourd'hui, ces fièvres étaient récidives, surtout quand on ne pouvait pas fuir le foyer du mal. Il fallait donc revenir et aux doses principales et aux doses auxiliaires de quina.

Depuis l'heureuse inauguration du sulfate de quinine, je continuais aussi l'administration de ce sel à petites doses décroissantes, après m'être rendu maître de l'accès. On peut se convaincre que dans les deux cas cholériformes de 1833, je suivais encore cette marche.

Plus tard, frappé du retour des récidives, malgré la médication fractionnée, je me méfiai de ma pratique routinière. En réfléchissant à la propriété, consacrée par l'expérience, de la quinine comme médicament antipériodique, je compris qu'il fallait cette condition du périodisme pour justifier tant soit peu logiquement son administration. Or, quand un paroxisme a été dompté, enlevé, il n'existe plus de périodisme. A quoi bon alors les doses décroissantes, et l'on peut ajouter insignifiantes, de quinine? J'y renonçais donc, dans l'intime conviction qu'elles ne faisaient de bien qu'à celui qui les vend. J'y voyais en définitive une économie qui, au point de vue général, avait bien quelque valeur. Voilà quinze ans environ que j'ai abandonné cette pratique, et je ne me suis point aperçu que les récidives aient été ni plus ni moins fréquentes. D'après ce principe, confirmé par une longue expérience, je me suis abstenu, dans ce cas grave de fièvre pernicieuse cholériforme actuelle, de répéter les doses auxiliaires de quinine. Or, près de trois mois se sont écoulés depuis ce traitement, et, je me plais à le répéter, il n'y a pas eu l'ombre d'une récidive.

Mais en médecine, les préceptes absolus sont rares. Pour prévenir les objections que l'on pourrait adresser à ce semblant d'absolutisme de ma thérapeutique, je viens déclarer que lorsque les fièvres intermittentes récidivent, soit au premier, soit au second septénaire, le moindre symptôme de ce retour me trouve armé de la quinine, et en l'administrant à une dose médiocrement élevée à la chute de l'accès initial, j'étouffe dans son germe l'explosion paroxystique. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Nouveau traitement des verrues par les frictions avec le sang menstruel,

Par le Dr MÉDARD, *de Fresnes-en-Voëvre* (*Meuse*).

Tous les praticiens savent combien il est difficile de détruire ces végétations sessiles ou pédiculées qui prennent naissance sur diverses régions de la peau, et que l'on nomme verrues. La cautérisation, l'excision, la ligature, ne sont guères praticables que quand ces excroissances dermiques sont peu nombreuses, et encore arrive-t-il souvent qu'une fois détruites, chez certaines personnes, elles repullulent avec une surprenante rapidité. Mais il n'est pas rare de les rencontrer, principalement aux mains, en si grand nombre que celles-ci en sont littéralement recouvertes au point de devenir difformes. Dans ces cas, la plupart des individus qui en sont atteints réclament impérieusement un traitement efficace, et il est évident que les procédés indiqués sont insuffisants. Comment, en effet, cautériser, exciser ou lier un si grand nombre de verrues sans transformer la main en une vaste plaie suppurante, qui sera peut-être la source d'une éruption nouvelle et plus considérable, ou la recouvrir d'une masse de ligatures qui exigeront un temps infini pour leur application, et encore sans qu'il soit possible d'atteindre avec les fils les verrues sessiles à large base? Les procédés de M. Neucourt, de Lisfranc, de M. Combes, ne paraissent pas plus efficaces que les précédents, et n'en sont d'ailleurs que des modifications.

Voici un moyen bien simple qui m'a été indiqué par une bonne femme et qui a parfaitement réussi à quatre personnes auxquelles je l'ai conseillé, après avoir employé vainement les autres procédés. Il consiste à faire matin et soir sur les portions de peau recouvertes de verrues des frictions avec du sang menstruel : au bout de trois à cinq jours, ces végétations se sont exfoliées et détachées, laissant à leur place une tache rouge cicatricielle, qui devint blanche au bout de quelques mois et finit par disparaître. Depuis trois ans, il n'y a pas eu de récidive. La bonne femme prétend que le sang des vierges est le meilleur, mais cette allégation, outre qu'elle paraît peu raisonnable, est dénuée de toute espèce de preuve ; néanmoins, les quatre personnes que j'ai traitées, se sont frictionnées avec du sang de filles.

Reste maintenant à savoir si le sang provenant d'une autre source ne produirait pas le même effet, si même du sang d'animal ne suffirait pas; je n'ai pas eu l'occasion de faire ces expériences qui ne manqueraient pas d'intérêt sous le rapport pratique. Je me borne à attirer l'attention des médecins sur un fait qui me paraît suffisamment démontré, à savoir que les frictions avec le sang menstruel sont, jusqu'à présent, le moyen le plus prompt et le plus sûr pour détruire les verrues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nominations dans la Légion d'honneur.* — Aux nominations dans la Légion d'honneur que nous avons données hier, il faut ajouter celles de M. Longet, comme officier; et comme chevaliers, celles de MM. Labric, médecin de l'hospice des Ménages, à Paris; Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Henoque, médecin à Paris; Delabarre, médecin; Chargé, docteur en médecine : services importants rendus à la classe ouvrière et pendant les diverses épidémies du choléra (on sait que M. Chargé a traité M. le ministre de la guerre dans sa dernière maladie); Lozes, chirurgien militaire : Greslou, médecin en chef de l'hospice de Chartres; Rennes, médecin à Bergerac (Dordogne); Delanglard, médecin à Paris; Lafond, chirurgien en chef des hospices de Nantes; Courthille de Saint-Avit, médecin-major au 6e régiment de cuirassiers; Picard, chirurgien-major en retraite; Barthélemy, chirurgien-major en retraite; Masson (François-Isaac), infirmier-major.

— M. Guinier a été nommé chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. La même Faculté a présenté à M. le ministre les listes suivantes des candidats aux emplois de conservateur du Muséum et de sous-bibliothécaire.

Pour la place de conservateur :

Au 1er rang, M. Quissac.
Au 2e — M. Golfin fils.
Au 3e — M. Bourely.

Pour la place de sous-bibliothécaire :

Au 1er rang, M. Piron.
Au 2e — M. Saurel.
Au 3e — M. Dufours.

— Nous pouvons assurer aujourd'hui que l'accident dont M. Giraldès a été victime n'aura pas de suites graves quant à la vie de notre savant confrère; mais tout espoir est perdu de sauver la vue et l'œil qui a été atteint.

— M. le docteur Berlioz, doyen du corps médical lyonnais, est mort à l'âge de 85 ans.

— *Nouvelles du choléra.* — Le choléra continue à sévir, mais avec une moindre intensité, dans le nord de l'Allemagne, dans le Danemark, et, en Russie, dans les gouvernements de Kiew et de Volyn.

Sur la foi de certains journaux politiques, un journal scientifique sérieux a annoncé que le fléau régnait avec une grande intensité à New-York. Des informations directes nous permettent d'affirmer que c'est une erreur. Jusqu'à présent la Louisiane est le seul des états de l'Union qui ait été envahi par l'épidémie qui, à la vérité, y a acquis une assez grande intensité, ainsi qu'à la Havane.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 101. 1re année. Mardi 23 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Description d'un fœtus monstrueux, par M. le Dr Jules Bouteillier. (*Suite.*) — **CLINIQUE DE HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par M. le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE** : De l'iritis syphilitique chez les enfants, par M. James Dixon. — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 22 août 1853.

Description d'un fœtus monstrueux d'une espèce nouvelle,

Par M. le Dr Jules Bouteillier, *de Rouen.*

(*Suite. Voir le n° 98.*)

2° *Dissection du fœtus.* — On vient de voir que, dans sa configuration extérieure, notre fœtus présente des singularités remarquables. La dissection, tout en expliquant en grande partie ces singularités, révèle une conformation étrange et vraiment inattendue.

A. État du squelette. — Considéré d'une manière générale, le squelette offre au premier abord une apparence des plus insolites. Il semble que la colonne vertébrale manque complétement et que les os du bassin s'articulent directement avec l'occiput. Une étude plus attentive montre bientôt qu'il n'en est rien; que la colonne vertébrale existe, mais qu'elle est tellement déformée, tellement modifiée, qu'elle remplit un rôle tout à fait différent de son rôle ordinaire.

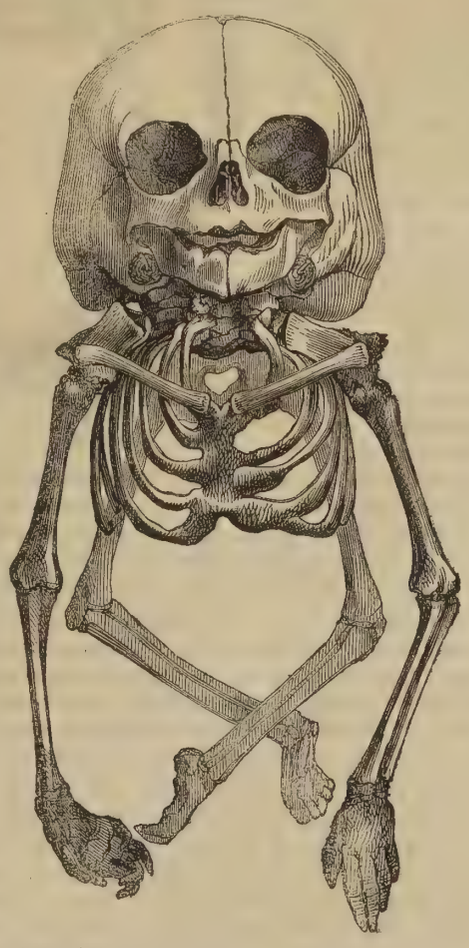
Tête et colonne vertébrale. — Les os de la face sont assez bien conformés. Le squelette de la tête, examiné en avant, ne diffère de l'état normal que par la situation des cercles tympanaux (*voir planche II*). Ceux-ci regardent en avant au lieu de regarder en dehors; de plus, ils sont rapprochés de la ligne médiane; on les aperçoit au-dessous des arcades zygomatiques, immédiatement en dehors des branches du maxillaire inférieur.

Les os du crâne sont bien conformés en avant. Les pariétaux, les frontaux, l'ethmoïde, le sphénoïde, ne laissent rien à désirer; les temporaux sont presque dans le même cas; toutefois, ils ont subi en arrière un certain degré d'écartement qui s'expliquera mieux tout à l'heure, et qui, dès maintenant, nous explique pourquoi la direction des cercles tympanaux est changée.

Somme toute, parmi les os du crâne, il n'en est qu'un seul qui présente de graves désordres; c'est l'occipital. Mais avant de décrire l'état de cet os, il est nécessaire de rappeler certains détails d'ostéogénie normale.

Au moment de la naissance, l'occipital se compose de quatre pièces distinctes, unies par une substance cartilagineuse. Ce sont : 1° en avant et en bas, l'*os basilaire* ou *sous-occipital* (1), étendu depuis le corps du sphénoïde jusqu'au trou occipital dont il limite le bord antérieur; 2° en arrière et en haut, l'*écaille occipitale* ou *sur-occipital*, étendu de la fontanelle postérieure jusqu'au trou occipital dont il limite le bord postérieur; 3° sur les côtés, enfin, les deux *occipitaux externes* ou *ex-occipitaux*, formant à droite et à gauche la limite latérale du trou occipital, unissant de chaque côté l'os basilaire à l'écaille occipitale, supportant les condyles et s'articulant en dehors avec les rochers, en bas avec les masses latérales de l'atlas.

Planche II.



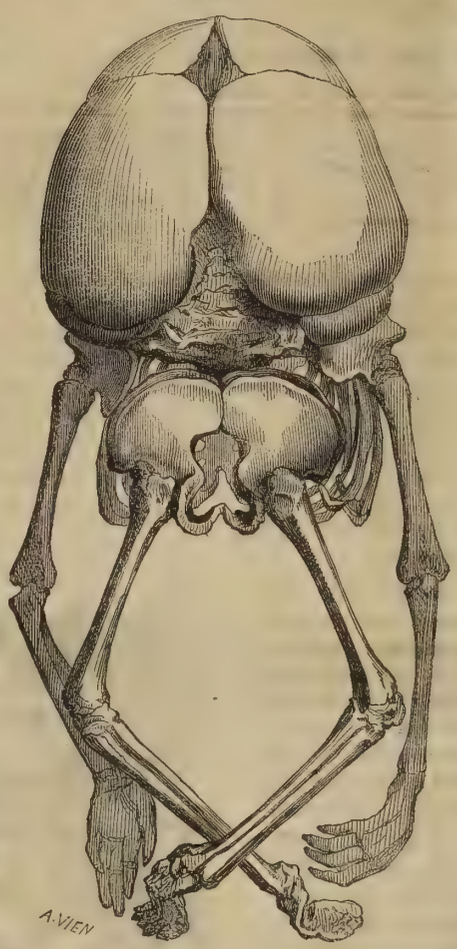
Telles sont les quatre pièces qui constituent l'occipital, et qui sont très-distinctes encore au moment de la naissance. Mais ce n'est point tout; l'écaille elle-même se développe par plusieurs points osseux dont la fusion très-précoce ne laisse bientôt d'autre trace de son existence que la crête médiane et les gouttières latérales de l'occipital. On pourra lire, dans le passage sus-mentionné de G. Saint-Hilaire, les discussions qui ont été soulevées par ce point d'ostéogénie. On y verra en même temps que la plupart des observateurs s'accordent à reconnaître que l'écaille occipitale est formée de deux moitiés symétriques, toujours confondues de très-bonne heure dans le développement régulier, mais susceptibles, en cas d'anomalie, de rester à jamais distinctes l'une de l'autre. Lorsqu'il en est ainsi, l'occipital se compose, non plus seulement de quatre pièces, mais bien de cinq pièces distinctes.

Ces détails vont nous permettre de comprendre l'état de l'occipital sur notre fœtus monstrueux, et, pour le dire dès maintenant, nous allons voir que cet os, par suite d'un obstacle ou

(1) Pour plus de détails sur cette question, *voyez* Geoffroy Saint-Hilaire le père, *Philosophie anatomique*, 1823, in-8°, t. 2,

d'un accident survenu dans son évolution, est resté composé de cinq pièces qui sont de bas en haut et d'avant en arrière : l'os basilaire placé sur la ligne médiane; les deux occipitaux externes placés comme toujours sur les côtés du trou occipital, ou de ce qui en tient lieu; enfin, les deux sur-occipitaux, c'est-à-dire les deux moitiés de l'écaille occipitale, écartées l'une de l'autre au lieu d'être confondues en une seule pièce comme cela a lieu à l'état normal (*voir la planche III*).

Planche III.



En suivant d'avant en arrière la suture sagittale, on arrive à une fontanelle qui occupe la situation, et qui représente assez bien la forme de la fontanelle postérieure; elle est limitée latéralement par les bords obliques des pariétaux, et inférieurement par un ensemble de pièces osseuses qui a pris la place de l'écaille occipitale. Comme elle, en effet, cet ensemble de pièces osseuses a la forme d'un triangle dont le sommet aboutit à la fontanelle postérieure, et dont la base s'étend jusqu'à la base du crâne. Quant à l'écaille occipitale elle-même, il semble au premier abord qu'elle n'existe pas; mais une étude plus approfondie montre que cette première appréciation est inexacte. On peut voir sur la planche III, à la partie la plus inférieure et la plus externe de la boîte crânienne, en dehors de la surface triangulaire précédemment indiquée, au-dessous des pariétaux, en dehors et en arrière des temporaux (*comparez avec la pl. IV*), on peut voir, dis-je, en ce point, de chaque côté de la ligne médiane, une bosse assez saillante correspondant à chacune des moitiés de l'écaille occipitale. Cette interprétation est rendue évidente par une coupe transversale de la voûte du crâne, permettant d'étudier la surface interne de la boîte crânienne. Voici ce qu'on aperçoit alors :

La base du crâne est très-bien conformée en avant, jusqu'au niveau d'une ligne transversale passant par les deux rochers. A partir de ce point, elle offre les plus étranges anomalies.

Le trou occipital n'existe pas à sa place, et, derrière le lieu qu'il devrait occuper, se trouve une fosse profonde, médiane, dont le fond est constitué par un grand nombre de petits os qui sont autant de vertèbres, comme on le verra tout à l'heure. Cette fosse, étroite en bas et en avant, où elle est limitée par l'os basilaire, s'élargit peu à peu d'avant en arrière, puis de bas en haut, jusqu'au niveau de la nuque, après quoi elle se rétrécit graduellement de bas en haut jusqu'à la fontanelle postérieure, qu'elle concourt à former. Au niveau de cette grande fosse médiane, la boîte crânienne est constituée par un grand nombre de segments osseux, à direction transversale, parallèle les uns aux autres et exactement juxtaposés; ce sont les éléments de la colonne vertébrale, disposés et recourbés de telle sorte, que l'atlas correspond à l'os basilaire, et que le sacrum et le coccyx viennent prendre part à la formation de la fontanelle postérieure.

Cette portion vertébrale de la boîte crânienne est parfaitement symétrique et peut être comparée à un losange dont le grand axe est médian, et s'étend de l'os basilaire à la fontanelle postérieure, et dans le petit axe transversalement placé au niveau de la nuque, à environ 4 centimètres 1/2 de longueur.

C'est sur les bords de cette portion vertébrale du crâne que nous allons retrouver tous les éléments de l'occipital.

1° En avant et en bas, dans l'intervalle qui sépare les sommets des deux rochers, on aperçoit l'*os basilaire* dont la forme est peu altérée et dont les connexions sont normales. Le bord postérieur de cet os est libre et limite brusquement la dépression qui a pris la place du trou occipital; et son bord inférieur s'articule avec l'arc antérieur de l'atlas, comme cela a lieu dans la disposition la plus régulière.

2° En arrière et en dehors, cet os basilaire se continue de chaque côté avec un segment osseux de la nature des os courts, qui représente manifestement l'*occipital externe*. Ce segment, en effet, limite latéralement la fosse qui occupe la situation du trou occipital. Il s'articule en avant avec le bord postérieur du rocher correspondant; en bas, avec la masse latérale de l'atlas, par l'intermédiaire des condyles occipitaux; il n'est donc pas douteux que ce segment ne représente de chaque côté l'occipital externe.

3° Enfin, cet occipital externe, par son extrémité externe et postérieure, se continue par l'intermédiaire d'une substance cartilagineuse avec un autre segment osseux de la nature des os plats. C'est ce dernier segment qui forme les deux bosses latérales et postérieures dont il a été question plus haut, et qu'on aperçoit sur la planche III. Il concourt à limiter l'espace losangique qui occupe la place du trou occipital; en dehors, il s'articule de bas en haut avec le temporal et avec le pariétal; il présente donc la structure et les connexions de l'*écaille occipitale*, et il est certain que cette écaille est formée, sur notre fœtus, de deux moitiés latérales qui, au lieu de s'unir sur la ligne médiane, sont restées écartées de plusieurs centimètres, séparées l'une de l'autre par l'appareil vertébral.

Les os du crâne sont donc au grand complet; l'anomalie n'est pas constituée par l'absence de quelques-uns de ces os; mais, bien au contraire, par la présence d'un grand nombre d'os qui forment ordinairement la colonne vertébrale, et qui prennent part ici à la formation de la boîte crânienne (*voir planche IV*).

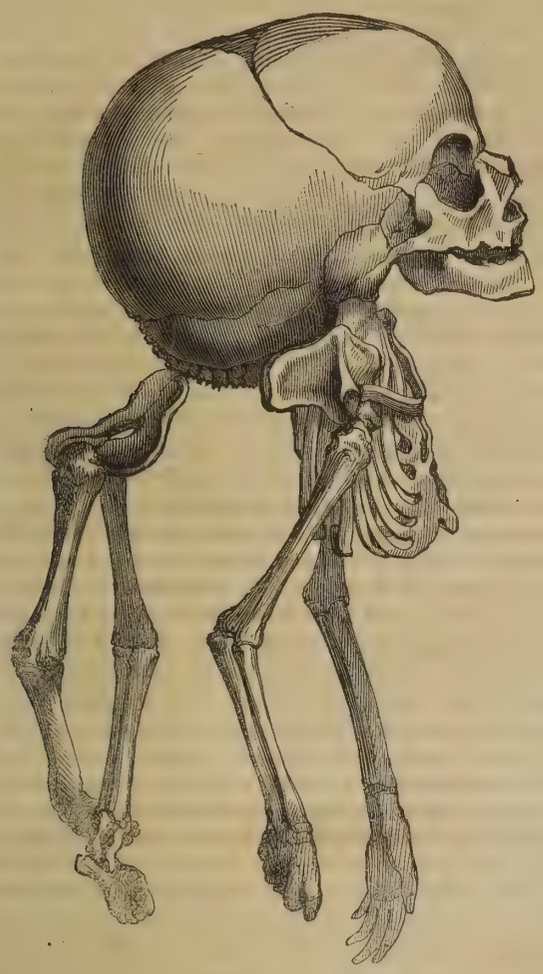
Voici ce qu'on constate lorsqu'on étudie les os du crâne, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Précisons davantage maintenant la description de la colonne vertébrale, et parlons d'abord de sa configuration extérieure.

La colonne cervicale, étudiée par sa face antérieure (*pl. II*), descend verticalement derrière le maxillaire inférieur; elle se compose de plusieurs petites vertèbres larges et minces, dont il n'est pas facile de préciser le nombre, attendu que les vertèbres les plus supérieures, très-atrophiées dans le sens de la hauteur, se sont en partie confondues les unes avec les autres par suite de la dessication. Les vertèbres inférieures sont un peu plus développées, et la dernière en particulier, celle qui correspond à la septième, puisqu'elle précède immédiatement la première vertèbre dorsale, présente des dimensions assez notables. Elle est située un peu au-dessous du niveau du menton. La distance qui la sépare de l'os basilaire est un peu moindre que 2 centimètres.

La portion dorsale de la colonne vertébrale change brusquement de direction. Elle est horizontale, sa face thoracique regardant en bas et sa face spinale était dirigée en haut. Les vertèbres qui la constituent sont au nombre de douze. Elles donnent insertion à des côtes dont la direction relative est conforme au type normal, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe de la colonne dorsale, mais dont la direction absolue est anormale; par suite, en effet, de la déviation de cette colonne, les côtes sont devenues verticales. Ces côtes, très-grêles, sont au nombre de douze du côté droit, de onze seulement du côté gauche; elles constituent une cage thoracique fort peu spacieuse, que complète en avant un sternum assez régulier.

Au delà de la dernière côte commence la portion lombo-sacrée de la colonne vertébrale. Ici l'atrophie devient de plus en

Planche IV.



plus forte, et il devient de plus en plus difficile de déterminer le nombre des pièces osseuses. La direction de la colonne vertébrale change de nouveau et d'une manière assez brusque. Cette colonne se recourbe pour la deuxième fois et redevient verticale, ou, pour mieux dire, ascendante; il en résulte que la face antérieure de la colonne vertébrale, après avoir regardé en avant dans la région cervicale, puis en bas dans la région dorsale, regarde maintenant en arrière dans la région lombo-sacrée. Il en résulte encore que le sacrum et le coccyx, au lieu de constituer la partie la plus inférieure de cette colonne, se dirigent maintenant en haut, constituent la région de la nuque, et vont enfin aboutir à la fontanelle postérieure qu'ils concourent à former.

Dans toute cette partie de la colonne vertébrale qui s'étend du thorax au coccyx, ou, si on veut, de la dernière côte à la fontanelle postérieure, les vertèbres, très-atrophiées dans le sens de leur épaisseur, sont difficiles à distinguer de leurs voisines. Toutefois, on peut sentir sur la ligne médiane, au niveau de chaque corps vertébral, une petite saillie transversale qu'il faut bien se garder de prendre pour une apophyse épineuse, et dont on pourra se faire une idée sur la planche IV.

Ainsi, on n'aperçoit à l'extérieur que la face thoraco-abdominale de la colonne vertébrale. La face spinale de cette colonne ne peut être aperçue, par suite du reploiement qu'elle a subi; pour savoir ce qu'elle est devenue, il est nécessaire d'examiner l'intérieur de la boîte encéphalo-rachidienne.

C'est dans cette grande fosse médiane, qui tient la place du trou occipital et de l'écaille occipitale, que nous retrouverons la face postérieure des corps vertébraux. Là, en effet, on voit une série de lames osseuses transversales et légères imbriquées l'une sur l'autre. Mais on cherche en vain les arcs postérieurs des vertèbres et leurs apophyses épineuses; ces parties, comme dans le *spina-bifida*, semblent ne pas exister. Il n'y a pas non plus de canal rachidien, ou plutôt ce canal ne forme plus qu'une large gouttière qui fait partie de la boîte crânienne. Les vertèbres, au lieu d'intercepter des anneaux, ne constituent que des arcs dont la convexité est seule apparente à l'extérieur, et dont la concavité regarde vers l'intérieur de la cavité unique qui loge la totalité de l'appareil nerveux central. Quant aux extrémités de ces arcs vertébraux, elles viennent s'insérer sur les os du crâne, auxquels elles sont unies par une substance membraneuse fort résistante. Les arcs cervicaux aboutissent aux bords de l'occipital externe; les arcs dorsaux reposent sur les bords de l'écaille occipitale; enfin, les arcs lombaires et sacrés sont unis aux bords des pariétaux par l'intermédiaire de la membrane fibreuse qui constitue la fontanelle postérieure.

Veut-on se faire une idée approximative de cette étrange conformation, prenez un embryon bien conformé; supposez que le crâne et la colonne vertébrale soient fendus, comme par un coup de hache, depuis la suture sagittale jusqu'à l'extrémité du coccyx; écartez par la pensée les bords de cette division, de manière à convertir le canal rachidien en une simple gouttière, puis recourbez la colonne vertébrale et élevez le coccyx jusqu'au niveau des pariétaux, de manière à combler, au moyen des arcs vertébraux, le vaste hiatus qui existe sur la ligne médiane du crâne; supposez, enfin, que cet état de choses se produise à une époque assez peu avancée de la vie intra-utérine, pour que les os puissent s'unir les uns aux autres dans leur nouvelle position, et s'accommoder ensuite, par leur développement ultérieur, aux conditions nouvelles auxquelles ils sont soumis, et vous aurez ainsi, non pas l'explication, mais au moins la représentation grossière de ce qui s'est passé chez notre fœtus monstrueux.

Il serait très-possible, du reste, que cette fusion des cavités crânienne et vertébrale eût reconnu une semblable origine, et qu'elle fût la conséquence d'un spina-bifida gigantesque commençant à la suture sagittale, passant par le trou occipital et se terminant au coccyx.

Membres. — Le reste du squelette offre beaucoup moins d'intérêt; les os du membre thoracique sont bien conformés et d'un volume normal. Il n'y a à noter que la position spéciale des omoplates par rapport à la cage thoracique, position dont on se fera une idée en jetant les yeux sur les planches, et qu'il n'est pas nécessaire de décrire, parce qu'elle est simplement la conséquence de la déformation du thorax.

J'insisterai davantage sur la disposition des membres inférieurs. Les os de ces membres sont assez grêles; leur longueur est moindre que ne le comporterait le volume du fœtus. La direction des genoux, celle des pieds, qui présentent la forme *varus* la mieux caractérisée, ont déjà été indiquées plus haut, et je n'y reviendrai pas, parce que la dissection ne m'a rien montré de nouveau sur ces divers points.

Mais je m'arrêterai davantage sur la constitution et les connexions du bassin.

Les os iliaques sont considérablement déformés. La portion pubienne et la portion ischiatique sont très-peu développées; la portion iliaque, au contraire, est volumineuse et constitue la presque totalité de l'os. Elle forme une sorte de valve aplatie et planiforme, très-différente de la disposition inégale et accidentée qu'on observe à l'état normal. A proprement parler, il n'y a pas de cavité pelvienne. Les deux os iliaques, unis en avant et unis aussi en arrière, interceptent un simple anneau qu'on ne peut en aucune façon comparer à un bassin. Cet anneau osseux n'est formé que par les deux os iliaques; le sacrum, le coccyx, n'y prennent aucune part. Toutefois, il existe entre l'anneau pelvien et la région sacrée de la colonne vertébrale, une connexion importante qui a exercé sur la forme extérieure du monstre une influence considérable. De la symphyse iliaque postérieure se détache un ligament gros et court qui va s'attacher au sacrum (*voy. pl. IV*); or, ce dernier os, on ne l'a pas oublié, occupe la région de la nuque, immédiatement au-dessous de la fontanelle postérieure; de telle sorte que les membres inférieurs semblent se détacher de la partie postérieure du crâne.

Nous avons dû longuement insister sur l'état du squelette, parce que nous y trouvons pour ainsi dire la clef des bizarreries étranges qu'on observe sur ce fœtus monstrueux. Nous serons beaucoup plus bref sur la description des autres appareils.

(La fin à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(Suite. Voir les nos 23, 26, 32, 48, 72, 80.)

DU CANCER ENCÉPHALOÏDE DE LA MAMELLE (*suite*).

Diagnostic. — Lorsque le cancer encéphaloïde de la mamelle est arrivé à sa seconde ou troisième période, qu'il est le siége des douleurs lancinantes bien caractérisées, qu'à sa surface apparaissent des bosselures dont les unes sont molles et fluctuantes, et les autres élastiques ; quand les veines mammaires deviennent variqueuses, quand les ganglions de l'aisselle sont engorgés, quand surtout la peau s'ulcère ou se couvre de petits tubercules développés dans l'épaisseur du derme, il ne peut rester aucun doute sur la nature du mal ; mais il s'en faut beaucoup que ces symptômes soient toujours réunis ; nous dirons même que dans la première période de développement de la maladie, le plus grand nombre fait défaut. C'est alors surtout que le diagnostic présente souvent de l'incertitude, et le cancer encéphaloïde peut être confondu avec des affections bien différentes, telles que les tumeurs adénoïdes, les kystes, les tumeurs fibro-plastiques, etc.

Ce n'est même souvent qu'après l'extirpation et par l'examen anatomo-pathologique que le diagnostic peut être porté d'une manière certaine, encore est-il nécessaire de recourir au microscope. Lorsque l'on rassemble, pour les comparer, les erreurs de diagnostic relatives à cette espèce de cancer, on est frappé de ce que, dans ces erreurs, c'est presque toujours le cancer encéphaloïde que l'on a méconnu en le prenant pour une tumeur d'une autre nature, tandis que pour le squirrhe, c'est principalement l'inverse, c'est-à-dire que l'on est exposé à prendre pour une tumeur squirrheuse une affection bénigne qui n'avait rien de commun avec le cancer. Ce n'est pas seulement à l'état de tumeur enkystée que le cancer encéphaloïde du sein a été méconnu, il existe des exemples qui prouvent que, même à l'état de tumeur volumineuse, de semblables erreurs ont été commises par des praticiens consommés. Nous avons entendu raconter à Auguste Bérard un fait remarquable qui prouve combien le diagnostic peut présenter parfois des difficultés. Une jeune dame de 25 ans environ, blonde lymphatique d'un embonpoint modéré, était accouchée depuis un an, elle n'avait point nourri, les suites de couches n'avaient rien offert de particulier, les règles avaient reparu deux mois après la parturition, elles étaient revenues régulièrement. Seulement, aux deux dernières époques, il y avait eu quelque retard. Un jour, la malade s'aperçut d'un léger gonflement de la glande mammaire gauche, au-dessus du mamelon ; malgré plusieurs applications de sangsues, la tuméfaction fit des progrès rapides, et bientôt envahit la totalité de la mamelle.

Marjolin, consulté à cette époque, conseilla la compression à l'extérieur, et à l'intérieur les préparations iodées. Ces moyens n'arrêtèrent pas les progrès de la tumeur, et, à chaque époque menstruelle, le gonflement prenait une plus grande extension. La mamelle, trois fois plus grosse que celle du côté opposé, égalait alors le volume de la tête d'un enfant à terme. Sa surface, lisse et régulière, était dilatée par des veines nombreuses, le toucher faisait reconnaître de petites bosselures semblables à celles que l'on observe dans l'hypertrophie des lobules glanduleux, la peau n'était point adhérente, le mamelon un peu déprimé laissait suinter, à la pression, quelques gouttelettes d'un liquide analogue à du lait. La tumeur, complétement indolente, n'était même pas sensible au toucher.

La base de la mamelle était parfaitement mobile, aucune glande engorgée n'existait dans l'aisselle. Tous ces phénomènes se rapportaient évidemment bien plus à l'hypertrophie mammaire qu'au cancer encéphaloïde ; cependant, la malade, inquiète de sa position, désirait vivement être débarrassée de sa tumeur, et c'est seulement sur sa demande réitérée qu'on se décida à en faire l'ablation. Or, cette tumeur, sur la nature de laquelle avaient plané tant d'incertitude, n'était autre qu'un cancer encéphaloïde, dont le centre était complétement ramolli : et quelques mois après, la malade succombait à une affection du même genre qui se manifesta dans le sein du côté opposé, et pour laquelle on ne crut pas devoir pratiquer une nouvelle opération.

Le cancer encéphaloïde du sein se complique quelquefois de certaines affections aiguës ou chroniques, dont les symptômes peuvent masquer ceux de la maladie principale. C'est ainsi qu'un abcès phlegmoneux, développé au-devant d'une masse encéphaloïde a pu faire croire à un des plus illustres praticiens de notre époque, que la maladie n'offrait aucun danger et qu'une opération simple en amènerait la guérison radicale, alors que le mal était déjà au-dessus des ressources de l'art, ainsi que l'événement ne tarda pas à le prouver. Une autre fois, c'est un kyste séreux qui, développé dans le centre d'une masse cancéreuse, en impose à Dupuytren lui-même, et l'arrête au milieu d'une opération qu'il avait commencée en lui faisant croire à une erreur de diagnostic qui n'était point réelle, il est beaucoup plus rare de voir prendre pour un cancer véritable des tumeurs bénignes. Il en existe cependant plus d'un exemple dans la science. C'est ainsi qu'une tumeur du sein, du poids de 15 livres, amputée par M. le professeur Cloquet, comme un encéphaloïde des mieux caractérisés, se trouva n'être à l'examen anatomique, qu'un composé d'énormes tubercules du tissu fibreux et lardacé entouré d'une membrane séro-osseuse mince et résistante. Cette tumeur ne présentait aucune trace du cancer véritable, aussi son extirpation fut elle suivie d'une guérison radicale et définitive. Je puis citer aussi, à cette occasion, un des faits les plus curieux de tumeur du sein et de l'aisselle, considérée par les chirurgiens les plus éminents comme un encéphaloïde incurable, et qui guérit cependant en quelques mois, sans l'intervention d'un traitement ; il s'agissait tout simplement d'une énorme tumeur veineuse, qui s'étant enflammée, donnait lieu à des douleurs lancinantes, présentait une consistance élastique, des bosselures semi-fluctuantes, sur laquelle la peau tendue, amincie et violacée était parcourue par des veines volumineuses : tout ce formidable appareil de symptômes disparut, comme par enchantement, lorsque, ainsi que cela s'observe dans les tumeurs variqueuses enflammées, au travail d'oblitération des canaux veineux, succéda le travail de résorption.

Pronostic. — Quelle que soit la forme qu'il présente, le cancer encéphaloïde du sein est une des maladies les plus terribles, parmi celles qui peuvent affecter la glande mammaire : cette funeste prérogative tient à plusieurs circonstances.

A. Tandis que le cancer squirrheux ne se développe, en général, que chez les femmes arrivées à la dernière période de l'âge adulte, ou même à la vieillesse, le cancer encéphaloïde du sein peut se manifester à l'époque où la vie est encore dans toute sa puissance. On comprend qu'alors les malades qui en sont atteints se trouvent frappés dans leur existence quand ils pourraient encore espérer de longs jours.

B. D'une autre part, le cancer encéphaloïde parcourt, en général, ses périodes avec plus de rapidité que le squirrhe et amène plus promptement la terminaison fatale. A cet égard cependant, il existe des variétés nombreuses, et la proposition précédente ne doit pas être prise dans un sens trop absolu. En effet, il n'est pas rare de voir des tumeurs encéphaloïdes enkystées rester stationnaires pendant plusieurs années, et tromper même par leur bénignité apparente les malades et le médecin. C'est ainsi que plusieurs fois j'ai vu, dit M. Maisonneuve, de ces tumeurs rester quatre ou cinq ans à l'état d'indolence parfaite, et ne ré-

véler leur nature maligne que sous l'influence de causes tout à fait accidentelles. D'autres fois, au contraire, le mal s'annonce dès son début par des symptômes terribles, et sa marche peut être comparée à celle d'une affection aiguë.

C. Sous le point de vue des souffrances qu'il occasionne, le cancer encéphaloïde le cède fréquemment au squirrhe. Ses premières périodes, en effet, sont assez souvent indolentes, nous l'avons vu même acquérir des dimensions énormes sans déterminer autre chose que de la gêne, mais quand survient l'ulcération de la peau, on voit souvent la scène changer brusquement et les douleurs lancinantes acquérir une extrême intensité : néanmoins, la période douloureuse est toujours plus courte que dans le squirrhe, parce que la terminaison fatale est beaucoup plus rapide.

DU CANCER COLLOÏDE, MÉLANIQUE, ET DES TUMEURS COMPOSÉES DE LA MAMELLE.

Le squirre et l'encéphaloïde forment certainement la base de presque toutes les tumeurs cancéreuses du sein ; cependant, les autres variétés du cancer ne sont pas absolument étrangères à cet organe ; aussi croyons-nous devoir, pour compléter l'histoire de cette affection, dire un mot du cancer colloïde, du cancer mélanique et surtout des tumeurs composées.

1° *Cancer colloïde.* — Assez fréquent dans les organes digestifs, et surtout dans l'estomac, le cancer colloïde n'a été observé qu'un très-petit nombre de fois dans la mamelle. C'est à peine si la science en possède quelques exemples. Est-ce plutôt le tissu cellulaire sous-jacent à la glande que la glande elle-même qui en était le siége ? Cette forme du cancer peut se manifester aussi bien dans l'âge adulte que dans la vieillesse. Les causes qui président à son développement nous sont complétement inconnues. Son début est toujours fort obscur et son évolution très-lente. M. Lebert cite une femme âgée de 42 ans, chez laquelle la tumeur avait mis douze années à parcourir toutes ses périodes.

Les phénomènes de cette affection n'ont rien de caractéristique ; ils consistent dans l'apparition d'une tumeur tantôt lisse et régulière, d'autres fois inégale et bosselée, presque toujours circonscrite à son début, et présentant tous les caractères des tumeurs enkystées. La peau qui la recouvre reste très-longtemps intacte ; mais les ganglions lymphatiques participent assez promptement à la dégénérescence. Les douleurs lancinantes, si fréquentes dans les autres variétés de cancer, sont ici fort rares, ou même presque nulles, à moins que le cancer colloïde ne se trouve mélangé avec de la matière cérébriforme, ainsi qu'il en existe quelques exemples.

Malgré l'absence des symptômes les plus habituels et les plus saillants des affections cancéreuses, le cancer colloïde du sein n'en poursuit pas moins sa marche dans les tissus profonds ; en même temps il infecte l'économie et détermine tous les phénomènes de la cachexie. Il envahit successivement les muscles pectoraux, les côtes, la plèvre et les poumons eux-mêmes. L'ulcération extérieure n'arrive en général que dans la période ultime.

Diagnostic. — Dans les cas peu nombreux où le cancer colloïde de la mamelle a été observé, le diagnostic précis n'a pu être porté pendant la vie des malades. Au début, les tumeurs ont presque toujours été prises pour des affections bénignes, telles que des kystes, des tumeurs hypertrophiques.

Lorsque, plus tard, la marche sans cesse envahissante de la maladie révélait sa nature maligne, les chirurgiens, tout en reconnaissant l'existence d'un cancer, restaient indécis sur l'espèce de dégénérescence qui le constituait ; disons, toutefois, que cette difficulté du diagnostic provient bien moins de l'absence de symptômes caractéristiques que de l'extrême rareté de cette affection.

Nul doute que si les occasions nous étaient offertes plus souvent d'observer cette maladie, on n'arrivât à l'étude analytique des symptômes qu'elle présente, et même à pouvoir la diagnostiquer avec une certaine précision.

Anatomie pathologique. — Dans les tumeurs colloïdes de la mamelle, dont on a pu faire l'examen anatomique, la matière gélatineuse a été trouvée quelquefois disposée en petites masses arrondies, du volume d'une lentille ou d'une noisette, renfermées dans des aréoles d'un tissu blanchâtre fibreux, à mailles régulières ; d'autres fois, cette matière gélatineuse semblait comme infiltrée dans une trame cellulo-fibreuse disposée en lames d'une épaisseur variable. La tumeur tout entière était ordinairement parcourue par des vaisseaux assez distincts, et dans quelques cas on y a même trouvé des foyers hémorrhagiques assez considérables. A l'examen microscopique, le tissu colloïde de la mamelle semble constitué par une charpente fibreuse résultant de l'entrelacement de fibres rigides disposées en faisceaux, et laissant entre elles des interstices irrégulièrement sphériques ; au milieu de cette trame fibreuse, le microscope fait reconnaître des espèces de globes vitriformes, renfermant : 1° des utricules analogues aux cellules-mères ; 2° des cellules à noyaux en nombre considérable ; 3° enfin un certain nombre de noyaux libres.

De la mélanose. — Nous ne mentionnons ici que pour mémoire le cancer mélané du sein ; nous n'en connaissons jusqu'à présent aucune observation.

Tumeurs composées. — On rencontre souvent dans la mamelle des tumeurs formées par la combinaison ou l'association de plusieurs productions morbides de natures diverses. C'est ainsi que les différentes espèces de cancers, squirrhe, encéphaloïde et colloïde ont été rencontrés dans une même tumeur, ou bien dans autant de tumeurs distinctes, appartenant à une même glande mammaire. D'autres fois, le cancer, sous ses différentes formes, a été trouvé réuni dans une même tumeur, aux tubercules, à des productions hypertrophiques, des kystes, des abcès, des productions fibreuses, fibro-cartilagineuse, etc.

On comprend qu'il n'est pas possible de donner une description régulière de tumeurs renfermant des éléments si variés, ni d'assigner des symptômes constants à une forme pathologique aussi complète ; nous nous bornerons donc à quelques remarques générales.

Ces tumeurs sont ordinairement assez volumineuses et quand elles contiennent un grand nombre de productions accidentelles, on les a vues quelquefois parvenir à des dimensions monstrueuses ; en s'accroissant, elles restent bien plus longtemps mobiles sur le grand pectoral, que les tumeurs exclusivement cancéreuses. Elles affectent moins promptement la constitution, elles donnent lieu moins souvent à l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle ; presque toujours elles sont enveloppées d'un kyste qui les isole des parties environnantes ; après leur extirpation, elles se reproduisent moins fréquemment que le cancer simple.

Quant aux autres caractères locaux, ils varient dans les différents points de leur surface.

Ici des saillies, là des enfoncements plus ou moins profonds, de la dureté dans un point, de la molesse dans un autre, de la fluctuation évidente dans d'autres places. Ces signes, joints à la mobilité de la tumeur, à l'absence de cachexie cancéreuse, alors que cependant existent des douleurs lancinantes, donnent de fortes raisons de croire que la tumeur est composée et qu'elle n'est ni tout à fait cancéreuse, ni uniquement formée de productions bénignes.

Dr Alexis Favrot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De l'iritis syphilitique chez les enfants.

Par M. James Dixon, *chirurgien à l'hôpital royal ophthalmique de Londres.*

Traduit par A. Testelin, *docteur en médecine de la Faculté de Paris.*

L'inflammation de l'iris est une forme que la syphilis revêt rarement chez les enfants ; néanmoins, elle s'est quelquefois présentée aux chirurgiens qui ont fréquemment l'occasion d'observer des maladies oculaires chez les pauvres ; aussi en est-il fait mention dans les œuvres de MM. Lawrence, Jacob et Walker.

Le premier de ces écrivains ne donne que de courts détails sur les cas qu'il a rencontrés.

« Un malade avait environ 1 an et demi quand l'iritis survint; celle-ci « fut très-modérée : l'iritis perdit son brillant et prit une teinte sombre; « la pupille était un peu contractée; il y avait un peu de rougeur de la « sclérotique et de la paupière supérieure, et une légère photophobie. »

La tendance à la formation de concrétions fibrineuses, qui constitue le principal symptôme de l'iritis syphilitique chez l'adulte, paraît avoir manqué. Chez l'autre malade, une éruption se montra peu de temps après la naissance, et quelques semaines plus tard, il survint une inflammation considérable des yeux. Le mercure fit cesser cette inflammation ainsi que l'éruption. A quelques semaines de là, les deux pupilles étaient fixes et légèrement contractées. On apercevait derrière l'une d'elles un corps opaque qui n'était point une cataracte; l'autre était nette. La vision était nulle des deux côtés.

M. Walker, dans son *Oculist's Vade-mecum*, mentionne brièvement l'existence de l'iritis syphilitique chez les enfants; mais, plus tard, dans le *Provincial Medical and surgical Journal,* il avance qu'il a rencontré six cas d'iritis chez l'enfant, et cela dans l'espace de six ans; il ne dit point cependant expressément qu'aucun de ces cas eût une origine vénérienne. Il rapporte tout au long deux de ces cas; j'aurai occasion d'y revenir en parlant du traitement de cette maladie. MM. Evanson et Maunsell, qui ont vu tant d'enfants malades, n'ont rencontré qu'un seul cas d'iritis syphilitique sur un enfant d'un an. Le père seul était l'auteur de l'affection, car la mère était saine. Le docteur Taylor a rencontré récemment chez l'enfant un cas d'iritis, mais il le considère comme le résultat de la dentition.

Un cas bien prononcé d'iritis syphilitique sur un enfant de quatre mois s'est présenté au *London Ophthalmic Hospital;* j'en ai observé un autre cas sur un enfant de quatre ans, chez lequel il ne manquait que l'aveu de la mère pour établir d'une manière positive la nature spécifique de l'affection.

1re *Observation.* — Wm. F. J., âgé de quatre mois, fut apporté à l'hôpital le 19 février 1852. C'est un enfant bien venant, vif, prenant bien le sein, et ayant, au rapport de sa mère, toujours été tel depuis sa naissance. Il y a huit jours elle a remarqué que la sclérotique de l'œil droit devenait *rouge œillet.* et que l'enfant semblait fuir la lumière. Ces deux symptômes s'étaient dissipés lorsque je le vis, et l'absence de rougeur de la sclérotique contrastait avec l'étendue de l'épanchement fibrineux qui se montrait dans la chambre antérieure. La cornée était transparente; la moitié supérieure de l'iris, de couleur grise, ne présentait aucune altération de structure; la moitié inférieure était complétement cachée par le dépôt d'une masse irrégulière, d'une teinte jaune de Naples pâle, qui arrivait jusqu'au contact de la cornée et remplissait complétement la chambre antérieure jusqu'au niveau du centre de la pupille; celle-ci, plutôt dilatée que contractée, était déformée, insensible à la lumière, et une pellicule d'une substance semi-fluide qui empiétait sur la capsule rendait son contour peu distinct.

A cette époque, rien ne nous indiquait l'existence de la syphilis chez la mère ou l'enfant; l'absence de rougeur sur la sclérotique et la conjonctive me porta à considérer le dépôt de la chambre antérieure comme étant de nature scrofuleuse. L'état des intestins paraissait satisfaisant; on se borna à prescrire, lors de cette première visite, cinq gouttes de liqueur de quinquina de Battley, répétés deux fois par jour, et des fomentations sur l'œil en cas d'irritation et de rougeur.

23 *février.* L'œil est pis aujourd'hui, la partie supérieure de l'iris qui paraissait saine a pris une teinte sale, on ne la voit qu'à travers une humeur aqueuse trouble et comme contenant de la fibrine récemment épanchée, ce qui rend la forme de la pupille presque impossible à reconnaître; la pupille gauche est devenue aussi un peu irrégulière, et l'humeur aqueuse a pris, quoique à un moindre degré, la teinte trouble si remarquable de celle du côté opposé; néanmoins, il y a à peine de la rougeur sur l'une ou l'autre sclérotique.

Cette fois, la mère, qui est une jeune femme jouissant à présent d'une excellente santé, me raconte que six semaines avant qu'elle devînt enceinte de cet enfant, son mari lui a communiqué la maladie vénérienne. Elle a eu des ulcères avec gonflement des glandes de l'aine. Elle a suivi pendant cinq semaines la consultation externe d'un hôpital, et vers cette époque, il lui est survenu une éruption de boutons à la face et aux bras. Les ulcères et les boutons ont cédé à un traitement mercuriel modéré. Elle affirme n'avoir point eu de mal à la gorge; on n'aperçoit, en effet, aucune cicatrice sur les amygdales ou le voile du palais. Son enfant, un mois après sa naissance, a eu tout le corps couvert d'une éruption rouge sombre et humide. Un médecin consulté administra à l'enfant des poudres (probablement le mercure à la chaux), et cinq semaines après, l'éruption disparut, et une grande desquamation de l'épiderme se produisit.

La tendance à l'augmentation du dépôt dans l'œil droit, l'extension de la maladie à l'œil gauche, jointes aux renseignements que nous avions obtenus de la mère, prouvaient qu'il n'y avait pas de temps à perdre pour administrer le mercure. En conséquence, on prescrit 1 grain de mercure à la chaux, à prendre matin et soir; continuation de la liqueur au quinquina.

Le 26, pas d'augmentation de la maladie dans l'œil gauche; s'il y a quelque chose à noter, c'est plutôt un peu moins de trouble de l'humeur aqueuse; dans l'œil droit, le dépôt jaune ne forme plus une masse agglomérée à la partie inférieure de la chambre antérieure, il paraît s'amollir et se dissoudre dans l'humeur aqueuse, de telle sorte qu'on peut à peine distinguer la position de la pupille à travers ce milieu rendu trouble. La santé de l'enfant est toujours bonne et il tette bien.

1er *mars.* Moins de dépôt dans la chambre antérieure droite; la grande circonférence de l'iris s'aperçoit plus aisément, la fibrine s'étant rassemblée en masse plus dense vers la pupille qui est encore plus obscurcie qu'à la dernière visite; la pupille gauche s'éclaircit rapidement, et son contour devient plus régulier.

4 *mars.* Les choses se sont améliorées depuis trois jours; la circonférence externe de l'iris droit devient de plus en plus apparente, la partie la plus dense de la fibrine se voit flottante dans la pupille; l'œil gauche est presque complétement bien.

11 *mars.* L'iris a repris sa couleur et sa texture naturelles, excepté en haut, près du bord externe de la pupille, où l'on aperçoit quelques veines dilatées et un petit caillot sanguin extravasé dans les fibres de l'iris; la marge pupillaire est dentelée et adhérente dans toute son étendue à la capsule qui est recouverte d'une couche opaque de fibrine d'un jaune pâle; au centre, ce dépôt forme un petit noyau saillant; l'œil gauche est bien, la pupille claire et circulaire, la vue bonne.

25 *mars.* L'œil gauche est toujours parfaitement sain et il est survenu de grands changements à droite; une grande partie de la fibrine qui obstruait la pupille est absorbée, il n'en reste plus au-devant de la capsule qu'une couche très-mince et unie; l'ouverture pupillaire a perdu son aspect frangé; le cristallin est projeté en avant, de manière à diminuer l'étendue de la chambre antérieure; les veines de l'iris sont encore visibles çà et là; la santé générale est très-bonne, et la peau perd la teinte sombre qu'elle offrait au début du traitement. Continuation du mercure à la chaux, 1 grain deux fois par jour.

2e *Observation.* — Mary Ann W...., âgée de 3 mois, me fut amenée de Croydon, le 13 novembre 1848. A sa naissance, cette enfant paraissait robuste et bien portante; mais sept semaines plus tard, une éruption écailleuse d'un rouge brun apparut sur la plus grande partie du corps; le médecin que l'on consulta la considéra comme syphilitique et prescrivit le mercure à la chaux et un dixième de grain d'iodure de potassium deux fois par jour.

Quinze jours environ après la manifestation de cette éruption, la mère remarqua que son enfant qui, jusque-là, avait bien vu, paraissait aveugle et que ses deux pupilles offraient une couleur gris de perle. Voici dans quel état je la trouvai : les deux yeux sont en mouvement et roulent légèrement d'un côté à l'autre. Il n'y a pas de rougeur de la sclérotique; tous les cils sont tombés. L'iris gauche (gris) est parsemé dans toute sa moitié inférieure de petites masses d'un blanc grisâtre semblables à des grains de sable épais; la portion interne de cette membrane est striée de lignes verticales de même couleur, comme si de la fibrine avait coulé sur ce point en laissant des traces après soi. La pupille est contractée et bordée de franges de la même nature que celle du dépôt de la face antérieure de l'iris; le bord pupillaire paraît adhérent à la capsule, du moins l'atropine, qui a dilaté la pupille droite, ne produit point d'effet à gauche. Le cristallin paraît un peu nuageux.

L'iris droit semble sain et le cristallin transparent; mais sa capsule présente une tache blanche en forme de croissant qui borde l'ouverture pupillaire; il n'y a cependant point là d'adhérence, car l'atropine dilate la pupille et alors son bord s'éloigne de la tache.

L'enfant a des aphthes dans la bouche, et une éruption écailleuse à la face.

Les membres inférieurs jusqu'aux genoux, et la partie inférieure du ventre, sont couverts de taches cuivrées avec desquamation de l'épiderme.

Bien que les parents niassent tous deux avoir eu la maladie vénérienne, l'état de l'enfant ne me laissa aucun doute; j'ordonnai deux grains de mercure à la chaux à prendre, l'un le matin, l'autre le soir.

20 *novembre*. L'éruption a presque disparu, plus d'aphthes dans la bouche; les points blancs de l'iris gauche et la tache de la capsule droite paraissent diminuer. Deux grains de mercure à la chaux chaque soir et cinq gouttes de la liqueur de quinquina dans du lait.

27 *novembre*. Plus d'éruption; l'enfant prend bien le sein, l'aspect général s'est amélioré; les points et les lignes grises de l'iris gauche ont entièrement disparu, et la ligne blanche, trace de l'adhérence du bord pupillaire à la capsule, ne s'aperçoit qu'en haut et en dehors; à droite, la tache crayeuse est réduite à deux petits points indiquant les cornes du croissant.

4 *décembre*. Santé excellente; la pupille droite dilatée à l'aide de l'atropine est légèrement irrégulière, ce qui est dû probablement à une petite adhérence de son bord externe à la capsule. Toute trace de la tache blanche qu'elle offrait a disparu, et la pupille est noire et claire; l'iris gauche paraît maintenant sain, néanmoins la pupille est irrégulière et immobile, insensible à l'action de l'atropine, et le cristallin conserve une légère teinte laiteuse. L'enfant paraît avoir récupéré la vue à droite, et suit les objets blancs, comme une plume, du papier, qu'on agite devant lui.

1^er^ *janvier* 1849. Deux grains de mercure à la chaux ont été pris chaque soir jusqu'à ce jour. La pupille gauche paraît encore plus petite que la droite, mais il n'y a point de traces de synéchie. L'enfant se porte bien et distingue bien les objets, mais elle paraît se servir plus de l'œil droit que du gauche. Les cils ont repoussé plus abondants que jamais. Continuation à doses décroissantes des médicaments pendant trois semaines.

25 *mars* 1850. L'enfant est bien venante et pleine de santé; point de traces de synéchie dans aucun des yeux; le seul reste de la maladie est un léger trouble dans le cristallin gauche.

La prompte amélioration produite par l'usage du mercure, sans déplétion locale, sans contre-stimulant, me paraît confirmer la nature syphilitique de ces deux iritis. Dans la deuxième observation, il manque bien l'aveu de la mère; mais tous ceux qui ont eu à traiter des affections syphilitiques savent le peu de cas qu'il faut faire des dénégations des malades en présence des symptômes les moins douteux.

Au début de cet article, j'ai parlé de la rareté de l'iritis comme symptôme de la syphilis chez les enfants. En 1841, M. Lawrence écrivait : « J'ai vu une multitude d'enfants atteints de syphilis, « et je n'ai observé chez eux que deux cas d'iritis. »

Pendant les neuf années que j'ai été attaché au *London ophthalmic Hospital*, le nombre des malades de la consultation externe s'est augmenté progressivement de 6,000 à 11,000 par année, et cependant les deux cas que je viens de rapporter sont les deux seuls où j'ai observé l'iritis syphilitique chez les enfants.

Le peu de rougeur qui se développe en pareil cas sur la sclérotique des enfants est un fait qui n'a point échappé à M. le docteur Jacob.

Dans ma première observation, il paraît y avoir eu au début un peu de rougeur du globe de l'œil; mais à l'époque où a commencé l'épanchement fibrineux, la sclérotique avait son aspect naturel; et, dans le second cas, c'est l'opacité du cristallin et la diminution de la vision, et non la rougeur de l'œil, qui ont éveillé l'attention de la mère. Cependant, malgré cette apparence d'inflammation peu développée, la fibrine déposée paraissait marcher rapidement vers l'organisation d'adhérence entre l'iris et la capsule du cristallin.

M. Walker, au contraire, avance que l'iritis, chez les enfants, s'accompagne d'une photophobie intense et de beaucoup de larmoiement. Il conseille comme utiles, dans la plupart des cas, les sangsues aux paupières appliquées en aussi grand nombre que le comportent l'âge et la constitution de l'enfant. La constitution des enfants malades qu'on apporte aux hôpitaux de nos grandes villes est rarement assez robuste pour qu'on puisse impunément leur tirer du sang, et l'application de deux ou trois sangsues aux paupières, comme le conseille M. Walker, ne pourrait agir sur les tissus profondément situés, comme l'iris, la choroïde et la rétine, de manière à diminuer la disposition qu'ont leurs vaisseaux à exsuder de la fibrine. Il conseille de plus les purgatifs administrés largement au début et même les médicaments nauséeux. Il est évident qu'il ne faut pas permettre aux matières de s'accumuler dans l'intestin; mais quant à l'usage de médicaments nauséeux, propres à empêcher l'estomac de conserver la nourriture, il me paraît nuisible. C'est en effet chez les malades les plus affaiblis qu'on observe le plus fréquemment des dépôts fibrineux sur l'iris et dans la chambre antérieure.

M. Walker propose ensuite l'usage du mercure : « De petites « doses de calomel ou de mercure à la chaux doivent être admi- « nistrées sans délai, et continuées jusqu'à ce que la maladie « soit enrayée ou que les symptômes annoncent que toute la « constitution est sous l'influence de ce puissant agent. » Je partage tout à fait cette opinion; mais voyons ce que cet écrivain appelle de petites doses.

Dans sa 1^re^ observation, un enfant de 7 mois prend deux grains de calomel deux fois par jour pendant cinq semaines; puis une fois par jour pendant deux mois; on revient ensuite à la première dose. Quel est le résultat obtenu ? « Après ce temps, on « n'observe aucun changement dans l'œil, la pupille reste con- « stamment contractée, et la capsule opaque. » C'est-à-dire, en d'autres termes, que l'œil était perdu. Ce malade n'avait présenté aucune éruption ni aucun symptôme qui pût faire croire que l'iritis fût syphilitique; cependant, on lui administra cette énorme dose de calomel. Dans la 2^e^ observation, où un enfant de 6 mois, outre une iritis montrant autant de tendance que la première à l'épanchement fibrineux, avait une éruption supposée vénérienne, on n'emploie que de petites doses de mercure à la chaux, deux grains matin et soir. « Après moins de trois semaines de ce trai- « tement, toute inflammation a cessé; la pupille est modérément « dilatée et paraît immobile; l'iris est paresseux, mais les tuber- « cules (fibrine) de sa surface ont disparu, et les pustules du « front sont diminuées; l'action des intestins est plus régulière, « et la santé générale meilleure. » De sorte que sur deux cas en apparence tout à fait semblables, celui traité à petites doses s'est trouvé beaucoup mieux que celui qui avait pris des doses énormes de calomel.

Quelques mots en terminant sur l'usage de la belladone. M. Walker dit, et pareil conseil est donné par la plupart des ophthalmologues en parlant de l'iritis : « Il faut appliquer lar- « gement la belladone autour de l'orbite, afin de maintenir, si « cela se peut, la pupille dilatée; » il ajoute : « La belladone est « le remède local par excellence. » J'ai démontré déjà l'inutilité « de la belladone dans les cas où l'iris est le siége d'une inflammation aiguë. L'iris en cet état ne cède point à l'action de la belladone. Les mouvements naturels de cette membrane, dans l'état de santé, sont d'une nature très-délicate; ils exigent, pour s'accomplir, un certain équilibre dans la pression des humeurs de l'œil. Excès d'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, perte considérable de l'humeur vitrée, saillie inusitée du cristallin en avant : voilà toutes causes qui arrêtent les mouvements de l'iris, même lorsque son tissu est sain; mais lorsqu'il est enflammé, que ses veines sont distendues, son tissu infiltré de fibrine, aucune application de belladone ne saurait faire varier les dimensions de la pupille à un degré un peu considérable. C'est là un fait que peut vérifier tout médecin ayant à traiter une iritis aiguë; et quand la pupille est une fois obstruée par la fibrine épanchée, sa dilatation, fût-elle même possible, ne servirait à rien, à moins qu'on n'eût modifié le sang du malade de telle façon que la tendance à l'effusion de la fibrine soit remplacée par une tendance à l'absorption de celle déjà épanchée. L'iritis (non accompagnée de l'inflammation de la choroïde ou de la rétine) détruit la vision, non parce que la pupille devient plus petite ou parce que son bord contracte çà et là des adhérences avec la capsule du cristallin; de telles adhérences n'influeraient que sur les variations de grandeur de cette ouverture : ce que nous devons craindre dans l'iritis, c'est que l'aire entière de la pupille ne s'emplisse de fibrine et ne se transforme en une membrane solide, opaque, bouchant complétement cette ouverture.

Voyons maintenant si les résultats obtenus par M. Walker ne viennent pas à l'appui de mes assertions. Dans le premier cas on a fait usage de la belladone pendant plus de quatre mois, « et « la pupille reste contractée d'une manière permanente, et la « capsule opaque. » Dans le second cas, lorsqu'on vit le malade

pour la première fois, « la pupille était circulaire et fort con- « tractée ; » on fait usage de la belladone pendant plus d'un mois, et au bout de ce temps on décrit la pupille « modérément dilatée (ce qui équivaut presque à fort contractée) et paraissant « immobile. »

Ce qui a attiré mon attention sur l'inefficacité de la belladone dans l'iritis aiguë, c'est ce fait que je n'ai jamais rencontré quelqu'un ayant eu cette affection et chez qui il fût survenu une synéchie dans les conditions d'une dilatation permanente de la pupille ; et cependant cela devrait se voir si la belladone avait l'efficacité que lui attribuent ceux qui la prônent. Tout indispensable que soit cet agent pour la constatation des changements morbides des parties situées derrière l'iris, je considère son emploi dans les cas d'inflammation de cette membrane non-seulement comme inutile, mais comme propre jusqu'à un certain point à détourner l'attention du chirurgien du seul agent connu, le mercure, comme pouvant arrêter dans l'œil les désordres inflammatoires compris sous le nom d'iritis.

(*Annales d'oculistique.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 8 et 16 août. — Présidence de M. Roux.

Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans l'eau de pluie recueillie loin des villes.

M. Boussingault adresse à l'Académie la lettre suivante :

« J'ai continué, à la campagne, les recherches dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans la séance du 9 mai dernier. Les résultats que j'ai obtenus, dans les deux mois qui viennent de s'écouler, paraîtraient établir que la pluie tombée dans les champs renferme notablement moins d'ammoniaque que la pluie recueillie dans une ville.

« Du 26 mai au 5 août, j'ai eu l'occasion de faire dix-sept opérations, et si l'on en excepte la pluie du 5 août, aucune des eaux examinées n'a contenu, à beaucoup près, 1 milligramme d'ammoniaque par litre. Or, la quantité d'ammoniaque constatée dans les eaux de pluie mesurées à l'Observatoire de Paris, s'élève à une moyenne de $3^{mg},35$ par litre, et cette proportion a varié de $1^{mg},08$ à $5^{mg},45$.

« Je suis d'autant plus disposé à croire que la différence que je signale est bien réelle, que, dans les dix-sept opérations mentionnées ci-dessus, il en est quatre qui coïncident avec les expériences faites au Conservatoire impérial des Arts et Métiers, par M. Houzeau ; ce sont celles du 27 mai, du 19 au 25 juillet, du 25 juillet, du 28 au 30 juillet. Il n'y aurait, au reste, rien de surprenant à ce que la pluie qui lave l'atmosphère d'une grande cité contînt plus d'ammoniaque. Paris, sous le rapport des émanations, peut être comparé à un amas de fumier d'une étendue considérable.

« L'ancien monastère du Liebfrauenberg, où les eaux examinées ont été recueillies, est sur le versant oriental de la chaîne des Vosges à l'extrémité de la vallée de la Sauër, et sur la lisière de forêts qui s'étendent jusqu'en Bavière.

	Ammoniaque dans 1 litre d'eau. mg.
27 mai, pluie continue	0,31
A Paris, pluie tombée le 27 mai	1,70
28 mai, pluie	0,51
29 mai, pluie d'orage	0,35
30 au 31 mai, pluie continue	0,25
2 juin, pluie continue	0,25
5 juin, pluie non interrompue pendant vingt-quatre heures.	0,49
21 au 24 juin, pluie continue	0,61
30 juin, pluie mêlée de pluie d'orage	0,43
1er au 2 juillet, pluie continue	0,58
13 juillet, pluie tombée de 9 à 10 heures du soir ; violent orage	0,68
16 juillet, pluie tombée à 9 heures du soir, pendant un orage ; il a été impossible de *constater* la présence de l'ammoniaque	»
25 juillet, à 1 heure de l'après-midi ; orage des plus violents ; il est tombé beaucoup de grêle dans la plaine. Au Liebfrauenberg, la pluie tombait par torrent, mais sans grêlons	0,45
— A $9^h,30^m$ du soir, pluie abondante, mais de peu de durée.	0,06
A Paris, pluie tombée du 19 au 25 juillet	1,82
A Paris, pluie recueillie le 25 juillet	1,56
28 juillet, pluie tombée à 6 heures du matin	0,69
29 juillet, pendant un orage, à 4 heures du matin	0,15
A Paris, pluie recueillie du 28 au 30 juillet	2,00
5 août, à 8 heures du matin, pluie	2,48

« Les résultats fournis par l'examen de l'eau des rivières de la vallée du Rhin approchent beaucoup de ceux qui sont consignés dans la première partie de mon Mémoire. En voici quelques-uns :

	Ammoniaque dans 1 litre d'eau.
Eau du Rhin, prise près Lauterbourg (en juin)	0,49
Eau du Rhin, prise près de Lauterbourg (en août)	0,43
Eau de de la Moder, prise à Haguenau (en juin)	0,20
Eau de la Seltz, prise à Merkwiller	0,13
Eau de la Sauër, employée à l'irrigation de nos prairies	0,13
Eau de la source de la Seltzbach, sortant du grès vosgien	0,03
Eeau de la source du Liebfrauenberg, sortant du grès vosgien	0,03
Eau de la Lauter, prise à Wissembourg (en juillet)	0,31
Eau de la Lauter, prise près Lauterbourg (en août)	0,37
Eau d'un puits d'une ferme près de Haguenau	3,45

Scarificateur de l'urètre.

M. Leroy (d'Étiolles) adresse une pièce imprimée constatant la date à laquelle son *scarificateur prostatique* lui a été fourni par M. Charrière.

Exostose de l'ethmoïde.

M. Maisonneuve communique à l'Académie l'observation que nous avons déjà publiée à propos du compte rendu de l'Académie de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— A propos d'une affaire qui a eu lieu entre MM. Charrière et Leroy (d'Étiolles), le tribunal civil de la Seine a décidé, ainsi qu'il suit, une question qui peut intéresser une foule d'inventeurs, chirurgiens et autres :

« *Un fabricant est-il tenu de donner communication de ses livres et registres pour constater et vérifier les dates de l'exécution d'une invention?*

« *Oui, en ce qui concerne les commandes faites par la personne qui requiert la communication des registres.*

« *Non, en ce qui concerne les commandes faites par d'autres personnes si elles se refusent à l'autoriser.* »

— Les journaux politiques publient aujourd'hui l'observation de trois frères qui, tous les trois, ont montré du penchant au suicide et à la monomanie homicide. La monomanie homicide ne fait point une exception parmi les diverses variétés de folie dans lesquelles l'hérédité joue un grand rôle ; il n'y a donc dans cet exemple nouveau rien qui ne soit parfaitement connu de tous ceux qui sont au courant de l'état de la science.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales. Thèse de concours, par M. L. Figuier, agrégé à l'École de pharmacie. — Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Traitement des maladies nerveuses, des convulsions de l'enfance, des crampes des cholériques, etc., par les applications métalliques, par M. le docteur Burq. — Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 102. 1re ANNÉE. Jeudi 25 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 22, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DE HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, par le Dr Racle. (*Suite.*) — HÔPITAL COCHIN : M. MAISONNEUVE. Haricot introduit depuis trois mois dans l'intérieur de la vessie. Extraction au moyen de l'instrument lithotriteur, par M. le Dr Alexis Favrot. — De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement, par M. le Dr Alex. Mayer. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur,

Rédigées par le Dr RACLE, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite. Voir les nos* 44, 51, 56, 71, 74, 93, 95.)

Nous avons encore à signaler un symptôme que nous avons rencontré depuis quelques années, que nous avons décrit le premier, et qui est un signe d'endocardite en ce sens qu'il est le résultat de quelques-unes des lésions consécutives à cette inflammation; nous voulons parler des *triples* ou des *quadruples* bruits du cœur. On rencontre quelquefois, en effet, au lieu du tic-tac normal, au lieu des bruits de souffle, de râpe, etc., trois et même quatre bruits distincts et formés pendant un seul temps ou une seule révolution du cœur. Lorsque ce phénomène fut indiqué pour la première fois, on le nia, on le méconnut comme beaucoup d'autres; les observateurs en France et en Angleterre n'en admirent pas la possibilité, et cela se conçoit à la rigueur, puisque en 1834, nous n'en citions nous-même qu'un seul exemple dans la première édition du *Traité des maladies du cœur*. Mais depuis, dans notre deuxième édition, nous en avons cité un si grand nombre, que l'on n'a pu nier plus longtemps la réalité du fait, et tous les observateurs ont eu depuis bien des occasions de vérifier nos assertions à cet égard.

Le *triple* bruit, plus commun que l'autre, se compose ordinairement d'un premier bruit, suivi d'un silence plus ou moins long, auquel succèdent deux nouveaux bruits très-rapprochés; ce mode de succession ou ce rhythme rappelle la cadence du dactyle; c'est-à-dire *une syllabe longue et deux brèves*, ou le retentissement du marteau sur l'enclume; nous l'appelons par abréviation bruit d'*enclume* ou *dactyle*, quelquefois, mais plus rarement, l'inverse a lieu; les deux premiers bruits sont très-rapprochés et le troisième plus éloigné et plus long, de manière à imiter le bruit du *rappel* ou le galop d'un cheval; ce dernier pourrait être noté tic-tic-tac, et le premier tic-tac-tac.

Des quadruples bruits sont beaucoup plus rares que les précédents, mais non moins réels.

Dans tous les cas, ils se rattachent au fond à des lésions semblables et reconnaissent des causes toujours identiques. Dans les premiers temps, nous avons pu être embarrassé pour déterminer leur cause matérielle, mais il ne nous reste aujourd'hui aucun doute à cet égard; ces bruits coïncident toujours avec des lésions valvulaires plus ou moins prononcées et qui ont déterminé d'une façon ou de l'autre des rétrécissements des orifices, des insuffisances ou les deux altérations à la fois. Nous n'avons jamais rencontré de triples ou de quadruples bruits sans avoir pu constater, soit par les autres symptômes, soit par l'examen microscopique, l'une quelconque des lésions que nous signalons.

Quant à l'explication de leur mode de production, on pourrait, à la rigueur, s'en passer, car elle ne peut être, quelle qu'elle soit, de nature à ajouter ni à ôter à la valeur diagnostique du phénomène. Cependant, on peut essayer l'une ou l'autre des hypothèses suivantes. Peut-être ces bruits multiples doivent-ils être rattachés à des contractions très-rapides et rapprochées, et de façon que les cavités se dilatent et se contractent à deux reprises dans le temps ordinaire d'une contraction. Peut-être aussi et plus probablement doit-on supposer un défaut d'isochronisme entre les mouvements des cavités droites et ceux des cavités gauches; on comprend, en effet, que s'il existe un obstacle à l'un des orifices, le ventricule correspondant éprouvera du retard dans ses mouvements de systole et de diastole, et que les claquements de ses valvules ne correspondront plus à ceux des valvules du côté sain.

Quoiqu'il en soit de l'explication, il n'en est pas moins vrai que ce phénomène a une grande valeur, puisque nous l'avons toujours vu coïncider avec des lésions bien déterminées et que nous avons rappelées.

Causes de l'endocardite. — Elles sont multiples comme les causes de la plupart des affections inflammatoires, mais il y en a toujours une prédominante, et à laquelle on peut rapporter la majorité des cas observés; sous ce rapport, l'endocardite se rapproche de la plupart des phlegmasies des membranes ou des parenchymes.

Nous avons établi une division de l'endocardite en deux espèces : l'une est l'endocardite franche, que nous pourrions comparer au phlegmon et nommons phlegmoneuse; c'est l'endocardite rhumatismale; l'autre, est une forme moins accusée, mais non moins réelle, et qui accompagne les fièvres graves, les fièvres éruptives et que l'on nomme fièvre thyphoïde; cette dernière est plus superficielle et participe des caractères de l'érythème ou de l'érysipèle; nous ne nous en occuperons pas ici et nous fixerons particulièrement notre attention sur la première.

Les causes de l'endocardite que nous nommons franche ou phlegmoneuse sont peu nombreuses; on peut les multiplier aisément en les imaginant; mais, dans la réalité, et en restant dans les limites de l'observation, il est impossible d'en trouver une nombreuse série. Il est certain que les actions traumatiques peuvent être une cause déterminante de cette affection, mais en laissant de côté cette influence incontestable. Nous ne connaissons qu'une seule cause d'endocardite véritablement appréciable; c'est le refroidissement, particulièrement lorsque le corps est en

sueur; c'est, ainsi qu'on le voit, la même cause qui donne naissance aux inflammations des parenchymes. La preuve serait très-difficile à donner, si l'on n'avait affaire ordinairement qu'à des cas d'endocardites simples et dégagées, et toutes autres circonstances accessoires; mais il n'en est presque jamais ainsi: l'endocardite se développe presque constamment avec d'autres affections qui reconnaissent le froid pour cause, et dès lors la démonstration de notre proposition devient facile. Les cas d'endocardite simple, isolée, sont excessivement rares, et nous ne nous rappelons d'en avoir observé qu'un seul exemple. Nous n'entrerons pas de nouveau dans les détails donnés à l'occasion de la péricardite, mais nous rappellerons encore que l'endocardite coïncide, dans son développement avec le rhumatisme, avec la pneumonie et la pleurésie; le plus ordinairement, elle accompagne les pleurésies ou les pneumonies du côté gauche; mais cependant on la voit aussi dans les pleurésies et pneumonies droites. Il est digne de remarque que, dans ces derniers cas, elle affecte de préférence les cavités droites du cœur.

Nous avons dit, à propos de la péricardite, que c'est le hasard et non un parti pris d'avance qui nous a conduit à trouver cette loi de coïncidence. Nous n'en sommes plus au temps où on pouvait la nier; mais enfin, s'il nous fallait la démontrer de nouveau, nous dirions que trois ordres de preuves peuvent être invoqués: 1° les ouvertures cadavériques qui démontrent chez les rhumatismes, à une époque plus ou moins éloignée du début du rhumatisme, toutes les lésions inflammatoires de l'endocardite que nous avons décrites; 2° les phénomènes physiologiques et physiques que nous avons signalés et qui démontrent, pendant le cours du rhumatisme, la part que le cœur prend à la maladie; 3° enfin ce fait que chez les malades atteints de ces affections chroniques organiques du cœur, qui sont la conséquence de l'endocardite, il a existé, à une époque antérieure, un rhumatisme, une pleurésie ou une pneumonie. Ce dernier fait est si vrai que, lorsqu'un malade se présente à vous avec une de ces affections cardiaques, vous pouvez, sans avoir eu aucun renseignement à cet égard, et sans crainte de vous tromper, lui dire que vous reconnaissez qu'il a eu, avant le début des accidents du côté du cœur, l'une des affections que nous venons de mentionner.

Rien n'est donc mieux démontré que cette loi de coïncidence. Or, ces prémisses posées, il est évident que la véritable cause de l'endocardite est celle du rhumatisme, de la pleurésie, de la pneumonie.

Quelle est donc cette cause? C'est le froid assurément; c'est bien la seule et unique cause de ces affections, de l'aveu général; la plupart des malades la signalent spontanément. Il y en a bien, il est vrai, quelques-uns qui assurent n'y avoir pas été soumis; nous le voulons bien. Mais ne rencontre-t-on pas aussi des malades qui méconnaissent des causes bien plus évidentes, bien plus nécessaires, si nous pouvons ainsi dire? Et d'ailleurs, un observateur non médecin est toujours suspect; il n'y a de valables que les remarques faites par un médecin éclairé. Enfin, s'il le fallait, nous invoquerions le témoignage de tous les médecins, depuis l'antiquité: Hippocrate, Sydenham, Stoll, Broussais, Laennec, ont tous reconnu dans le froid la cause du rhumatisme.

Notre proposition, ainsi expérimentalement et rationnellement démontrée, il resterait à établir le mode d'action de cette cause. On peut, en effet, se demander comment une cause aussi générale que le froid, qui agit sur toute la surface extérieure du corps et à l'intérieur de l'appareil respiratoire, peut produire des effets aussi localisés. Pourquoi le froid produit-il des inflammations des articulations des poumons ou des membranes séreuses de la poitrine et du cœur? Il faut tenir compte des circonstances particulières où se trouvent les individus chez lesquels ces affections se développent. Qu'on remarque que ces maladies sévissent particulièrement chez les ouvriers, et l'on cessera d'être surpris. Qui ne sait, en effet, que ces hommes ont l'habitude de se découvrir en travaillant, soit les bras ou les jambes, soit le devant de la poitrine, le col, etc., et d'exposer ainsi au froid les points où siégent le plus habituellement les inflammations dont il est question? Chez d'autres, au contraire, quelques parties sont soumises à un excès d'action, les jointures, par exemple, et c'est là que le froid portera son influence, comme sur des points plus impressionnables que d'autres.

D'ailleurs, nous ne sommes pas convaincu que le froid ait une action aussi localisée qu'on veut bien le dire, et pour n'en citer qu'un exemple, nous croyons que beaucoup d'affections des reins, et en particulier l'affection dite *Maladie de Bright*, n'ont souvent pas d'autre origine qu'un refroidissement de la surface extérieure du corps; nous avons vu bien des exemples de maladies de cette espèce se développer en même temps qu'un rhumatisme articulaire aigu.

Cela démontré, nous possédons maintenant tous les éléments nécessaires pour résoudre une grave question relative au mode de production des maladies chroniques et organiques du cœur. Il ne faut pas se perdre dans un grand nombre d'hypothèses pour trouver les causes de la plupart de ces affections. D'après ce que nous venons de dire, on comprendra facilement que nous puissions hautement affirmer que Corvisart n'en a jamais connu une seule. Il s'était fermé à lui-même le chemin de la vérité, en déclarant que le cœur est inaccessible aux influences atmosphériques; dès lors il s'était trouvé dans la nécessité d'avoir recours à deux ordres de causes entièrement hypothétiques et non démontrables; il était arrivé à attribuer toutes les affections du cœur à des causes morales ou mécaniques. Comment aurait-il pu d'ailleurs faire autrement, ayant méconnu la seule et unique influence qui préside au développement de ces maladies? Corvisart, il est vrai, pouvait admettre les influences morales qui, nous ne le nions pas, avaient dû, à l'époque de la grande révolution, jouer un rôle important dans la production des maladies; mais cette influence, pour être admissible, n'est pas démontrée; si cela était, les maladies organiques du cœur seraient moins nombreuses aujourd'hui qu'à cette époque, et, d'une autre part, nous pourrions encore de temps à autre voir sous nos yeux naître et grandir sous cette influence des maladies de cette sorte. Or, c'est ce qui n'a pas lieu, c'est ce qu'on ne voit pas, c'est ce qui n'est susceptible d'aucune démonstration rigoureuse.

Aussi, pensons-nous que si la révolution de 1789 n'était pas coupable d'autre chose que de la production de ces prétendues lésions du cœur, on pourrait aisément lui faire grâce. Nous en disons autant des causes mécaniques. Nous avions aussi, pendant un temps, admis cette autre influence, mais nous avons dû y renoncer, par suite de l'impossibilité de la démontrer, et pressé d'un autre côté par la toute-puissance de la vérité.

Il est vrai qu'on trouve particulièrement des exemples de maladies du cœur chez les ouvriers qui se livrent aux professions pénibles, fatigantes, et qui exigent un déploiement continuel de la force musculaire; mais ce ne sont pas les efforts eux-mêmes qui sont la cause directe des maladies du cœur, ils n'en sont que l'occasion, la cause indirecte; l'échauffement du corps par les efforts et les refroidissements, qui en sont la conséquence si habituelle, voilà la véritable cause première de ces affections.

Ainsi, et pour nous résumer, il n'y a qu'une cause, mais une cause évidente pour un bon nombre d'affections chroniques organiques du cœur. Les émotions morales, les causes mécaniques qui, jusqu'ici, avaient fait les frais de l'étiologie, n'ont aucune influence réelle. Nous portons le défi qu'on cite un seul cas où cette action soit démontrée, et nous faisons plus, nous portons le défi qu'on en trouve un seul exemple *dans l'avenir!*

Pronostic. — Avons-nous besoin de répéter ce que nous avons dit tant de fois des suites si funestes de l'endocardite; une fois qu'elles sont formées, on les constate, mais on ne les guérit pas. *Hæret latini lethalis armido* est la désolante épigraphe que Corvisart a inscrite sur la première page de son Essai sur les maladies *organiques* du cœur. Ce qui était vrai de son temps ne l'est pas moins aujourd'hui, et cela nous montre qu'il faut faire tous ses efforts pour prévenir le développement de ces lésions en arrêtant dans sa marche l'endocardite, leur cause première. Nous ne faisons que rappeler la différence considérable qui existe entre les suites de la péricardite et celles de

l'endocardite, et que nous avons exposées à l'occasion de la première.

Traitement. — De même qu'il n'y a qu'une cause de l'endocardite, de même il n'y a qu'un seul traitement qui convienne à cette maladie ; et la preuve, c'est qu'on voit employer, par tous les autres médecins, la série innombrable des remèdes proposés pour le rhumatisme et ses complications, et qu'on voit toujours affluer, dans tous les services d'hôpitaux, les maladies organiques du cœur.

Nous mettons en usage le traitement que nous avons formulé et indiqué à propos de la péricardite, et que nous approprions, que nous mesurons selon les cas, ainsi que nous l'avons fait comprendre. Ce traitement est d'ailleurs parfaitement bien indiqué, puisqu'il convient aussi aux autres affections concomitantes, rhumatisme, pleurésie, pleuro-pneumonie. Nous avons dit que nous n'avions observé qu'un seul exemple d'endocardite isolée. Le malade couché au n° 15 de la salle des Hommes présente un exemple des plus frappants de la rapidité avec laquelle ce traitement peut faire justice d'une endo-péricardite. Ce n'est qu'en arrêtant l'endocardite dans sa marche que nous pourrons prévenir les altérations des valvules et des orifices, et la formation de ces obstacles mécaniques si funestes à la circulation. Il est bien vrai qu'il reste toujours, à la suite de cette affection, de légers épaississements, quelques opacités, quelques plaques laiteuses du péricarde, mais ce sont des choses qu'on ne peut éviter, ou il aurait fallu que la maladie n'existât pas du tout ; ce sont des restes nécessaires, des cicatrices si l'on veut, mais elles ne constituent pas des lésions dignes de fixer l'attention. Si on veut en faire des maladies, nous ne nous y opposons pas, mais alors ce seront des maladies au même titre que les adhérences des plèvres, c'est-à-dire des résultats, des reliquats morbides sans aucune importance.

Ce qu'il y a de singulier et d'heureux à la fois, c'est que le traitement qui convient à un rhumatisme simple n'a pas besoin d'être plus énergique pour un rhumatisme compliqué d'endocardite. C'est une chose heureuse, disons-nous, car si l'on devait augmenter la force d'action du traitement à mesure que la maladie se complique, il faudrait y renoncer. La mesure habituelle des évacuations sanguines dans un rhumatisme est de quatre saignées de 4 à 500 grammes dans les premières vingt-quatre heures, et de une, deux ou trois nouvelles saignées au plus les jours suivants ; cette dose n'a jamais été dépassée dans les cas compliqués d'endocardite ou d'endo-péricardite ; nous tirons tout au plus 6 livres de sang, et seulement chez les sujets assez forts pour supporter une pareille spoliation sanguine. Nous n'avons jamais tiré jusqu'à 12 et même 13 livres de sang comme l'ont fait des médecins qui nous ont accusé de manques de mesure.

Il est rare que la convalescence ne commence pas dès le troisième jour, si la maladie est prise à temps ; si les malades entrent tardivement à l'hôpital, un quatrième jour est nécessaire, mais nous n'avons pas mémoire d'un seul cas où nous ayons été obligé d'agir activement passé cette période.

Nous avons retiré les plus grands avantages des grands vésicatoires volants, que nous employons presque en même temps que les émissions sanguines. Ils sont surtout utiles chez les sujets faibles et chlorotiques chez lesquels on ne doit pas prodiguer les émissions sanguines. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'ils n'augmentent en aucune façon l'état fébrile, comme on l'a dit ; ils déterminent à la vérité du malaise, de l'agitation, du ténesme rectal et vésical, et des douleurs en urinant, quand il survient de la cystite canthardienne, mais tout cela sans fièvre, c'est-à-dire sans accélération du pouls et sans augmentation de la température.

Dans les cas exceptionnels où l'on se trouve dans l'impossibilité de mettre en usage ce traitement, on voit survenir toutes les lésions chroniques indiquées, et il ne faut pour cela que quelques mois.

Le résultat de notre traitement peut se formuler en ces termes : la guérison est la règle et la mort l'exception. On a cité le cas d'un malade, mort à l'Hôtel-Dieu, d'un rhumatisme compliqué d'endocardite, et qui avait été saigné. Mais c'est un cas qui ne nous appartient pas et que nous renions ; le malade avait été soumis à des saignées abominables, à des saignées de 30 onces ! Ces saignées avaient été multipliées au delà de toute limite, et des doses considérables d'opium avaient été données. Nous n'appelons pas cela un traitement méthodique et formulé ; nous n'avons jamais manqué de mesure à ce point.

Si l'on n'emploie pas notre traitement, est-ce à dire que les malades mourront de leur endocardite? Non, assurément ; ils guériront pour la plupart en un, deux ou trois mois, si l'on peut appeler cela une guérison ; ils guériront, non par le traitement que l'on aura employé, mais malgré ce traitement, et ils emporteront avec eux tous les éléments d'une lésion organique qui, dans un temps rapproché, finira par les tuer.

Nous bornons ici cette étude des maladies du cœur. On a pu voir comment ces maladies s'enchaînent, et que le lien qui les unit est tel, qu'en décrivant seulement les deux principales, nous avons été amené à présenter presque le tableau de toutes les autres. (*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Haricot introduit depuis trois mois dans l'intérieur de la vessie. — Extraction au moyen de l'instrument lithotriteur.

On sait à quelles excentricités l'onanisme peut conduire les individus qui s'adonnent à cette funeste habitude.

La science possède déjà un assez grand nombre d'exemples de corps étrangers de diverse nature introduits dans l'urètre dans le but de titiller la membrane muqueuse de cet organe, et souvent la chirurgie a dû intervenir pour opérer l'extraction, lors surtout que les corps avaient été poussés jusque dans la vessie, où ils ne tardent pas à se couvrir de concrétions salines et deviennent ainsi le noyau de véritables calculs.

C'est ainsi que des brins de paille, des épis de blé, des cure-oreilles, des aiguilles à tricoter, des épingles à cheveux, des tuyaux de pipes, etc., ont été plusieurs fois extraits par l'opération de la taille.

Dernièrement, un chirurgien distingué de Blois, M. le docteur Baschet, a présenté à la Société de chirurgie une tige de pinus pinea encore munie de ses follicules, qu'il avait extraite de l'urètre, chez un homme de la campagne.

M. Civiale a vu un haricot qui formait le noyau central d'un calcul volumineux.

Nous venons d'observer un fait analogue dans le service de M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin ; seulement, dans cette circonstance, le corps étranger, récemment introduit, offrait cette particularité qu'il était flottant dans l'urine et par conséquent beaucoup plus difficile à saisir.

M. X...., âge de 27 ans, adonné depuis longtemps à l'onanisme, et chez lequel l'abus des excitations extérieures avait émoussé la sensibilité du gland, imagina, pour réveiller des sensations éteintes, de s'introduire dans l'urètre un haricot (dit *haricot flageolet*), en poussant et repoussant dans la partie antérieure du canal ce singulier instrument de plaisir, il était parvenu plusieurs fois déjà à solliciter l'éjaculation spermatique, mais cet artifice lui-même vint bientôt à perdre son efficacité, et chaque jour il fallait l'introduire plus profondément pour en obtenir un résultat. Enfin, un moment il le refoula si bien que le haricot tomba dans la vessie.

A dater de cette époque, le malade fut en proie à de vives inquiétudes que vinrent bientôt augmenter divers accidents qu'il ressentit du côté de la vessie. Le corps étranger flottant dans cet organe venait parfois se présenter au col de la vessie, au moment de l'excrétion des urines qui se trouvaient ainsi brusquement arrêtées. Les violents efforts auxquels il se livrait dans le but de

provoquer l'expulsion de ce corps étranger, finirent par déterminer un engorgement inflammatoire du testicule.

C'est alors que le malade consulta M. le docteur Porre, son médecin ordinaire, et lui avoua toute la vérité. Trois mois se passèrent sans qu'on fît aucune tentative d'extraction, espérant toujours que le haricot finirait par être expulsé spontanément. Mais enfin, convaincu de l'inutilité d'une plus longue attente, le malade, d'après l'avis de son médecin, se décida à réclamer les secours de la chirurgie et vint consulter M. Maisonneuve, le 28 juillet 1853.

A cette époque, cet homme accusait des sensations douloureuses à l'extrémité du gland, il se plaignait d'une gêne notable dans l'excrétion des urines, d'une douleur vague dans la vessie, et l'épididyme du côté gauche présentait un léger engorgement. Une exploration attentive de la cavité vésicale fit reconnaître à M. Maisonneuve l'existence d'un corps étranger très-petit et flottant au milieu de l'urine. L'opération dès lors ayant été jugée indispensable, le malade se décida à entrer à l'hôpital Cochin.

Le 31 juillet, M. Maisonneuve, en présence des nombreux élèves qui assistaient à sa clinique, procéda à l'extraction de la manière suivante :

Le malade étant couché horizontalement sur le dos, le chirurgien introduit dans la vessie un instrument lithotriteur à mors concaves, et, par une exploration délicate, parvint à reconnaître le corps étranger qui flottait au milieu du liquide, à la manière d'un bouchon de liége.

Dans ces conditions exceptionnelles, il fallut toute la dextérité de l'habile chirurgien pour saisir à la volée ce corps étranger qui flottait au milieu de l'urine et que le moindre contact de l'instrument déplaçait immédiatement; quelques minutes cependant lui suffirent pour saisir ce calcul de nouvelle espèce et pour l'attirer au dehors.

Cette opération délicate fut exécutée avec un tel bonheur, que le haricot fut extrait en entier sans avoir subi presque aucune déformation, ce qui permet de constater toutes les particularités qu'il présentait.

Ce haricot appartenait bien évidemment à l'espèce dite *haricot flageolet;* son germe avait acquis un développement assez considérable et présentait plus de 1 centimètre et demi de longueur, il formait un angle droit avec le corps de la graine, les cotylédons de celle-ci étaient enveloppés d'une couche très-mince de sel ammoniaco-magnésien, qui ne se prolongeait pas sur le germe.

Une petite portion du corps étranger qui avait été détaché par les mors de l'instrument s'engagea spontanément le lendemain dans le canal et vint s'arrêter au méat urinaire, où il fut facile de la saisir avec de petites pinces à anneaux.

Le malade se trouva dès lors complétement débarrassé de ses inquiétudes et des accidents légers que ce corps étranger avait occasionnés.

Dr Alexis Favrot.

De la spécificité (1) dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement,

Par le Dr Alex. Mayer.

J'ai pris pour habitude de placer en tête de mes principales publications les motifs qui me les ont suggérées. C'est une espèce de justification à laquelle je me crois obligé, quand il m'arrive d'écrire sur un sujet déjà traité par d'autres et de plus aptes que moi.

S'il est vrai qu'un mauvais livre soit pire qu'une mauvaise action, j'estime pour mon compte qu'un livre inutile n'est pas non plus exempt de blâme; car, outre qu'il expose le lecteur à une perte de temps, il surcharge la littérature, déjà si encombrée, d'un produit qui n'ajoute rien à sa richesse.

Un médecin, moins que tout autre, devrait donner dans ce travers, parce que ses loisirs sont trop chers et qu'il les doit tout entiers à des intérêts sérieux. Si donc il lui arrive comme à moi aujourd'hui, de prendre la plume sur une question qui touche de si près aux régions les plus élevées de la pathologie, et sur laquelle se sont exercés les maîtres de la science, il faut qu'il ait la conscience de pouvoir y apporter quelque lumière nouvelle, soit en ajoutant aux observations de ses devanciers des faits qui les corroborent ou les invalident, soit en présentant sous une forme plus lucide des doctrines encore obscures ou contestées.

Je dirai donc à quelles circonstances cet opuscule doit son origine :

1° Je venais tout récemment de guérir un enfant atteint de croup pseudo-membraneux. Je racontais le cas à un de mes confrères, et en me félicitant du résultat que j'avais obtenu, je me permis de l'attribuer à ce que, pour la première fois dans ma pratique je m'étais abstenu de toute émission sanguine; mon traitement s'étant borné à l'emploi de l'émétique et des préparations mercurielles à haute dose. Je fis tous mes efforts pour expliquer le plus clairement que je pus ma manière de voir sur la nocuité des saignées en pareil cas. J'insistai surtout sur les inconvénients de la prostration, dans une affection morbide dont la nature phlegmasique n'est rien moins que démontrée et dans le cours de laquelle le pauvre patient a besoin de toutes ses forces pour résister à l'imminence de l'asphyxie. Mais mon contradicteur m'objectait sans cesse le mot *inflammation* pour conclure à la nécessité de la saignée. En vain voulus-je invoquer la *spécificité* de cette inflammation; je dus renoncer à me faire comprendre. Mon confrère ne voyait plus en moi qu'un théoricien nébuleux, un rêveur en d'autres termes.

C'est ce qui arrive toujours à notre époque d'anarchie et de scepticisme scientifique, quand on veut s'élever au-dessus du fait matériel, visible et tangible pour tous.

2° Un empoisonnement par les cantharides venait de se produire, et si je n'ai pas été témoin du fait, j'ai pu du moins en acquérir une connaissance exacte de la bouche même de l'un des médecins traitants. Les renseignements que j'en ai recueillis m'ont vivement frappé. On va en juger :

La victime présentait tous les signes de l'intoxication générale. La faiblesse augmentait à vue d'œil et le malade annonçait sa fin prochaine. Les effets *dynamiques* du poison se déroulaient avec une rapidité et une intensité effrayantes. Tout enfin décelait la profonde atteinte portée aux forces vitales. Le praticien à qui ce cas vint à échoir, imbu des doctrines étroites du Val-de-Grâce, ne vit dans cet ensemble de symptômes si peu équivoques, qu'une violente *gastro-entérite* et ordonna *in extremis* une copieuse application de sangsues. Le malade mourut.

A Dieu ne plaise que je veuille attribuer l'issue funeste au traitement employé, et prétendre qu'on eût obtenu un autre résultat au moyen d'une médication tout opposée et à mon avis plus rationnelle! Tout ce que je tiens à établir, c'est qu'en agissant dans l'espèce autrement qu'on ne l'a fait, on n'aurait pas du moins à se demander aujourd'hui si, par la conduite qu'on a suivie, on ne serait pas venu en aide à la maladie plutôt qu'au malade.

Voilà comment il se fait que ceux-là même qui prétendent le plus s'affranchir du joug des théories et le proclament bien haut, sacrifient à leur insu aux systèmes les plus dangereux, parce

(1) On s'élevera peut-être contre l'extension que je donne à la *spécificité*, malgré la signification restreinte que lui attribuent les classiques. Mais je n'avais le choix qu'entre ces deux mots *spécificité* et *spécialité*, et j'ai préféré le premier comme plus conforme à l'expression de ma pensée et au langage scientifique. Je l'ai donc adopté, sauf à faire mes réserves et sans y attacher une plus grande importance.

Au demeurant, qu'entend-on ordinairement par *causes spécifiques?*

On appelle ainsi les causes dont l'action est toute spéciale et dont l'influence détermine dans l'économie des effets constants et constamment identiques (Dubois, d'Amiens).

En y regardant de près, on verra que ma généralisation ne s'éloigne pas trop de l'orthodoxie.

qu'ils sont les plus absolus! N'est-ce pas, en effet, substituer audacieusement une induction personnelle et toute gratuite, à l'inflexible témoignage de la vérité et du fait expérimental, que d'intituler l'observation dont je n'ai rapporté ci-dessus que le symptôme culminant, *gastro-entérite suite de l'ingestion de poudre de cantharides,* au lieu de dire sans rien préjuger : *empoisonnement par les cantharides?*

Pour quiconque veut y réfléchir, l'importance de cette distinction paraîtra capitale, car :

1° En supposant la gastro-entérite, le traitement antiphlogistique suivra immédiatement comme l'ombre suit le corps;

2° En se contentant, au contraire, d'énoncer le fait empiriquement et sans commentaire fallacieux, le praticien conserve sa liberté d'action, et ne pouvant neutraliser le poison, tentera du moins d'en combattre les effets, c'est-à-dire les éléments morbides.

Eh bien! par une singulière contradiction, c'est le médecin physiologiste, l'adepte de l'organicisme, le systématique de la pire espèce, qui se rit de son confrère le naturiste, l'hippocratiste, et le considère comme un thaumaturge.

N'est-ce pas l'éternelle histoire de la poutre et du fétu!

Je viens de rapporter les *causes occasionnelles* qui m'ont engagé à publier ce petit travail, comme une protestation nouvelle au nom de cette ancienne médecine que les siècles nous ont transmise; de cette médecine hippocratique qui sera éternellement vraie, parce qu'elle ne préjuge rien et qu'elle peut s'assimiler toutes les découvertes modernes, sans dommage pour la pérennité de ses fondements.

Mon intention n'est pas d'écrire ici un traité didactique de l'inflammation avec toutes ses variétés : je me réserve de donner à ce sujet les développements qu'il comporte dans un ouvrage de plus longue haleine qui verra le jour bientôt (1). En attendant, j'ai voulu formuler quelques principes généraux touchant les modifications que doit subir la thérapeutique des phlegmasies, selon qu'elles sont pures ou entachées d'une solidarité quelconque avec une autre maladie, *totius substantiæ;* condition importante que j'ai *synthétisée* sous l'appellation de *spécificité.*

—

L'inflammation est l'exagération de l'action vitale dans un point plus ou moins étendu de l'organisme. Elle est caractérisée *par l'accroissement de l'irritabilité dans les vaisseaux, de la sensibilité dans les nerfs et de la plasticité dans le sang* (Hufeland, *Manuel de méd. prat.*).

A un autre point de vue, et d'après une définition toute récente de M. Lebert (*Mém. sur les changements vasculaires que provoque la localisation inflammatoire; Gaz. méd. de Paris*, 1852). « L'inflammation consiste en une hyperémie avec « gêne circulatoire, suivie de l'exsudation d'un liquide non nu« tritif ou d'un suc nutritif très-modifié, qui n'est pas organi« sable au delà du tissu fibroïde. »

Le type de l'inflammation *franche* est le phlegmon.

Néanmoins, on peut étendre cette qualification :

1° A toute inflammation *directement* déterminée par une cause vulnérante, ou par un agent irritant appliqué à la surface des téguments soit externe, soit interne, tels que l'insolation, l'action du calorique artificiel accumulé, certains corps chimiques. Telle encore est l'action des cantharides et des sucs de quelques plantes âcres.

2° A toutes celles qui se sont produites sous l'influence d'une cause matérielle, née au sein de l'organisme, comme les calculs vésicaux, rénaux ou biliaires, les helminthes, certaines sécrétions morbides gastro-intestinales, etc.

On pourrait rapprocher de cette espèce d'inflammation celle que provoque le prurit autour des pustules de la gale et de toutes les dermatoses non fébriles.

(1) *Traité des cachexies*, selon les doctrines hippocratiques.

Il est deux autres espèces d'inflammations franches ou normales :

1° Celles que la nature suscite sur les limites d'une partie mortifiée ou d'un corps étranger accidentellement introduit ou spontanément produit dans nos tissus; par exemple : un projectile laissé dans une plaie, une esquille détachée d'un os, un caillot suite d'une hémorrhagie parenchymateuse, un tubercule, une masse d'hydatides, etc., c'est l'inflammation *éliminatrice.*

2° Celles qui se développent secondairement et par voie de continuité des tissus. On la nomme *sympathique.* Ainsi, dans les brûlures de la peau, on observe presque toujours, pour peu qu'elles soient profondes, l'extension aux muqueuses de l'inflammation cutanée.

Toutes les autres inflammations, sans exception aucune, sont de nature spécifique.

Elles peuvent être divisées en trois classes, eu égard à leurs causes :

1° Celles qui tiennent à des modifications déterminées de l'organisme;

2° Celles qui sont sous la dépendance de certaines conditions atmosphériques;

3° Celles qui succèdent à l'absorption de *virus.*

Dans la première classe se trouvent :

a. Les inflammations *goutteuses,*
b. *d°* *scrofuleuses,* } dues à un vice de nutrition.
c. Les inflammations *puerpérales,* dues à un trouble profond de l'innervation et de la circulation.

Dans la deuxième classe se rangent :

a. Les inflammations *rhumatismales* et *catarrhales,* qui ont pour cause la prédominance du froid humide.
b. Les inflammations *exanthématiques* (variole, rougeole et scarlatine), qui sont dues à des miasmes.
c. Les inflammations *diphtéritiques, gangréneuses* et *couenneuses,* qui sont sous la dépendance de causes générales extérieures, inconnues dans leur essence.

Dans la troisième classe sont :

a. Les inflammations *syphilitiques,*
b. L'inflammation *vaccinale,*
c. *d°* *blennorrhagique,* } produites par des *virus.*

Tableau synoptique des inflammations spécifiqaes.

1re CLASSE.	Tenant à des états particuliers et anormaux de l'organisme.	Vices de nutrition.	Sur-animalisation. — Goutte. Sous-animalisation. — Scrofule.
		Troubles de la circulation et de l'innervation.	Puerpéralité.
2e CLASSE.	Sous la dépendance de modifications atmosphériques.	Génie catarrhal.	Rhumatismes et catarrhes.
		Miasmes.	Exanthèmes fébriles.
		Encore inconnues.	Diphtérite, affections gangréneuses et couenneuses.
3e CLASSE.	Ayant pour causes les virus	Syphilitique.	Chancres, bubons, ostéites, etc.
		Vaccinal.	Pustules vaccinales.
		Blennorrhagique.	Urétrite, ophthalmie, etc.

Traitement. — Mon but n'est pas de m'étendre longuement sur le traitement de l'inflammation *simple,* ce serait répéter en vain des préceptes qu'on trouve exposés dans tous les ouvrages classiques. Je veux seulement rappeler ici quelles sont les indications *générales* auxquelles il y a à satisfaire dans les cas dégagés de toute complication, et les moyens à l'aide desquels le praticien peut espérer obtenir la terminaison la plus favorable, c'est-à-dire la *résolution,* s'il est requis à temps pour cela. Je dois dire tout d'abord que je n'aurai en vue, dans la suite de ce travail, que l'inflammation à l'*état aigu.*

La première et la plus urgente, sans contredit, des indications à remplir, est de soustraire la cause de l'affection morbide, l'*épine inflammatoire,* — comme dit l'École, — quand il est possible de l'atteindre. Par exemple : en procurant l'évacuation d'âcretés gastro-intestinales; en expulsant ou en neutralisant un poison irritant récemment ingéré; en tuant ou en chassant

des vers intestinaux ; en extrayant un calcul vésical, une balle arrêtée dans les tissus, etc., etc.

Dans ces diverses intentions on aura recours : aux vomitifs, aux purgatifs, aux vermifuges, aux antidotes, et aux opérations variées de la chirurgie.

La seconde indication est de combattre la *douleur* consécutive à l'impression produite par le corps irritant, la lésion traumatique ou la compression résultant de l'afflux et de la stase du sang dans la partie enflammée ; puis, de soutirer le calorique en excès qui constitue le principal symptôme de la phlegmasie.

Les réfrigérants, les anesthésiques et les émissions sanguines sont appropriés à ces différentes circonstances. Enfin, il y a lieu quelquefois d'agir directement contre la tuméfaction et les accidents auxquels elle expose. Les moyens employés en pareils cas sont : les émissions sanguines locales et générales, les débridements, les topiques anti-plastiques, les répercussifs, etc.

Tel est le résumé sommaire de la thérapeutique applicable à l'inflammation franche. Pour l'étendre aux inflammations spécifiques, le problème à résoudre est de combiner ces moyens synthétiques avec d'autres agents médicamenteux réclamés par chaque individualité morbide, de telle sorte et dans telle mesure qu'ils s'adaptent à chacun des états qui déterminent la spécificité.

Si parfois la même médication répond avec un égal bonheur au double élément de la maladie, soit au fond et à la forme, souvent aussi des indications contradictoires se rencontrent, dont la satisfaction n'exige pas moins qu'une sagacité profonde et le tact le plus exquis. C'est à l'examen des modifications qu'imprime la spécificité à la thérapeutique de l'inflammation que va être consacrée la suite de ce mémoire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 août 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Une lettre du Ministre de l'Instruction publique qui transmet l'ampliation de l'élection de M. Chatin comme membre de l'Académie impériale de médecine ;

2° Du Ministre de l'Instruction publique et des cultes qui transmet des croûtes de vaccin prises sur le pis d'une vache par M. Latour, à Saint-Bertrand, arrondissement de Saint-Gaudens ;

3° Du Ministre de l'agriculture et du commerce, relative à des remèdes secrets ;

4° Du même ministre, relative aux eaux sulfureuses de Gazost (Hautes-Pyrénées) ;

5° Les états de vaccinations des départements du Gers, de l'Eure, de l'Aude, de la Meurthe et du Nord, pour 1852.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une note de M. le docteur Eug. Grellois, médecin major à l'hôpital militaire de Metz, qui envoie le résultat des études qu'il a faites sur les eaux minérales de la province de Constantine, qui ont été récemment l'objet d'un rapport. (Renvoi à la commission des eaux minérales.)

2° Une note de M. le docteur Larue, de Bergerac, sur l'emploi des feuilles de frêne dans le traitement du rhumatisme et de la goutte. (Comm. MM. Grisolle et Requin.)

3° Un mémoire de M. le docteur Leriche, de Lyon, sur les injections iodées contre les hydropisies des grandes cavités closes. (Comm. MM. Velpeau, Larrey et Requin.)

4° Un mémoire de M. le docteur Plouvier, de Lille, intitulé : *Nouvelle méthode de traitement contre les flueurs blanches utérines et contre les pertes sanguines hors l'état de grossesse, chez les femmes qui ont eu des enfants.* (Comm. MM. Mélier, Gibert et Huguier.)

5° Un paquet cacheté déposé par M. le docteur Rézard de Wouves.

RAPPORTS.

M. Londe donne lecture d'un rapport sur un mémoire relatif au traitement des gâteux dans les asiles consacrés aux aliénés. Nous donnerons dans notre prochain numéro un extrait de ce travail et les conclusions de la commission.

M. Piorry lit le rapport suivant sur un mémoire de M. le docteur Lecadre, du Havre, relatif aux *névralgies intercostales*.

M. Lecadre vous a adressé un rapport relatif aux névralgies intercostales, affections dont l'étude est d'une utilité pratique extrême, et qui, cependant, sont encore fort incomplétement connues.

Il y a vingt ans, M. le professeur Fouquier examinant la poitrine de l'un des membres de l'Académie, M. le docteur Chantourelle, atteint d'une pleurite grave, palpait le bord inférieur des côtes, de façon à me faire croire que, dès lors, il connaissait les névralgies intercostales.

J'ai publié ce que je lui avais vu faire. C'est sans doute d'après cette citation que plusieurs écrivains et M. Lecadre rapportent à M. Fouquier l'étude des affections dont il s'agit.

L'honorable médecin de la Charité n'a, que je sache, publié sur ce sujet qu'un très-petit nombre d'observations isolées. Notre honorable collègue, le docteur Jolly, en a parlé dans plusieurs mémoires, et notamment dans le *Dictionnaire de Médecine pratique*. C'est principalement M. Bassereau, alors élève interne dans mon service, qui livra à la publicité des faits relatifs aux névralgies intercostales.

La connaissance de ces faits était, de l'aveu de M. Bassereau lui-même, la conséquence forcée de mes travaux sur la névralgie brachio-thoracique que j'avais insérés dans divers écrits, et notamment dans le *Traité de Diagnostic*. Auparavant, on rapportait les accidents qui caractérisent cette souffrance nerveuse à une névralgie du cœur, à des ossifications des artères cardiaques, etc., etc.

Quoi qu'il en soit de cette petite discussion de priorité, dont la science s'occupe peu, M. Lecadre a évidemment observé par lui-même ; car, tout en donnant des éloges à un ouvrage récent sur les névralgies, il déclare, ce qui est conforme à mon observation personnelle, n'avoir point rencontré ces points douloureux que l'on a dit être surtout fixés à telle ou telle partie du nerf malade. Il a constaté aussi que, le plus fréquemment, ce même nerf souffrait dans toute son étendue.

M. Lecadre admet que, dans les névralgies intercostales, se déclarent parfois des syncopes et des accidents hystériques, et il les a seulement observés chez les femmes. Ces lypothimies sont en définitive assez rares.

L'auteur n'en recherche pas la raison anatomique et physiologique qui paraît être l'extension de l'état névropatique des parois thoraciques, non pas aux poumons, comme il le croit, mais aux nerfs pneumo-gastriques et cardiaques.

Cette extension du mal, aux nerfs du cœur, donne parfois une extrême gravité à la névralgie thoraco-brachiale dite *angine de poitrine*, et semble être la cause de ces morts subites dont on a parlé et dont je crois avoir vu trois exemples.

M. Bassereau, alors que nous étudiions conjointement à la Pitié les névralgies intercostales, en rapportait le plus souvent la cause à l'attitude que prenaient ceux qui les éprouvaient et qui faisait que le corps, étant penché en avant, les nerfs intercostaux, à leur origine, étaient tiraillés. Or, il résulte d'observations recueillies auparavant et depuis, que, dans la très-grande majorité des cas, la souffrance de ces nerfs est liée à la souffrance de l'appareil génital de la femme, appareil qui, en nomenclature, a reçu le nom d'*angiove* ou vaisseau de l'œuf.

Depuis lors, une multitude de faits sont venus démontrer l'exactitude des propositions suivantes :

1° La névralgie intercostale est parfois le résultat d'une lésion persistante existant dans le nerf qui en est le siége. Il en arrive peut-être de même pour certains cas dans lesquels ce nerf a été tiraillé ou comprimé à l'occasion de certaines lésions du corps et dans la flexion du tronc en avant. Dans d'autres cas encore, ainsi que l'a si bien remarqué M. Bouillaud, une phlegmasie existant dans la plèvre s'est étendue aux filets nerveaux situés au-dessous des côtes.

Votre rapporteur n'a pas vu jusqu'à présent que des névromes, aient donné lieu aux névralgies intercostales, etc. Tout au contraire, des souffrances très-vives dans les nerfs situés au-dessous des côtes ont été les symptômes de carcinomes mammaires ou des ganglions situés dans l'aisselle.

2° Le plus ordinairement, les douleurs dans un nerf sont dues à des modifications momentanées survenues dans son état moléculaire, et cela à l'occasion de quelques lésions anatomiques plus ou moins persistantes existant ailleurs.

C'est ainsi qu'elle est parfois produite par la compression d'un nerf dorsal exercée à sa sortie du canal vertébral par une rachiso-cœlie, ou encore par quelque souffrance de la moelle et de ses membranes. C'est encore ainsi que des tumeurs de l'aorte, déformant les vertèbres, peuvent donner lieu à de telles douleurs nerveuses.

3° Sur 100 cas de névralgie intercostale, il y en a peut-être 90 qui sont liés aux affections des ovaires ou ovaries ;

4° C'est le plus souvent à gauche que la maladie de l'ovaire et des nerfs intercostaux a lieu ;

5° Les névralgies intercostales sont surtout très-fréquentes aux approches de l'évacuation périodique et dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent.

On les observe encore dans le cas où le col de l'utérus est ulcéré, dévié, carcinomateux, etc.

6° Chez l'homme, bien que rarement, à la suite d'excès vénériens et de spermatorrhée, on voit survenir de pareilles douleurs. Il résulte de tout ceci, que l'existence d'une névralgie intercostale doit tout d'abord conduire à chercher s'il n'existe pas quelque affection du côté de l'appareil génital. Un autre fait non moins remarquable, c'est la coïncidence, disons même le rapport de cause à effet existant, d'une part entre les lésions des viscères thoraciques et abdominaux, et de l'autre les névralgies intercostales ou dorso-lombaires.

MM. Jolly et Brachet, de Lyon, s'étaient déjà occupés utilement de ces faits.

Chose remarquable, on observe souvent qu'une névralgie intercostale correspond à la même hauteur qu'une organopathie profonde.

Il semble qu'il y ait alors une sorte d'extension de cette souffrance, à partir du viscère malade vers les ganglions de la moelle, puis une propagation par action dite réflexe, aux nerfs pariétaux.

Dès 1832, et dans mes mémoires sur l'irisalgie, les névralgies et les névroses, bien avant les travaux de Marshall, j'avais établi l'existence de névropathies, s'étendant par des anastomoses des ganglions et sans passer par les centres nerveux, d'une extrémité d'un nerf à un autre nerf.

Ce fait est d'une haute importance en pathologie et en diagnose; il donne raison de deux séries de phénomenes, dont sans sa connaissance on se rendrait difficilement compte.

A gauche, par exemple, et à la hauteur de la rate, s'il existe une névralgie intercostale, on observe une fièvre intermittente que dans un seul cas j'ai remarqué être tierce, et qui, dans une multitude d'autres, était quotidienne et quelquefois erratique. Cette pyrexie était moins bien dessinée que la fièvre intermittente due à une splénopathie et surtout à l'hypérémie survenue récemment dans la rate, à la suite de l'action des miasmes marécageux (iléo-spilosie de la nomenclature). Quelquefois il y avait de la chaleur, de la sueur et parfois de petits frissons plus appréciables pour le malade pour que le médecin.

Quand une névralgie intercostale à droite se déclare à la hauteur du foie et de la vésicule du fiel (cystichole), il se manifeste souvent des douleurs excessives sur la région hépatique, des dérangements de digestion, des vomissements, de sorte que les observateurs superficiels prennent souvent de tels cas pour des coliques hépatiques, ou pour mieux dire, des souffrances des conduits biliaires, consécutives à la présence de calculs. Il serait facile de citer des cas où des hommes, d'ailleurs habiles, ont commis de telles méprises. Le dessin plessimétrique du foie et de la vésicule du fiel, prouve du reste que ces organes ne sont pas altérés dans leur volume, et l'absence de cholémie ou jaunisse, démontre que les voies biliaires sont libres.

Les phénomènes dont il vient d'être parlé et qui consistent dans l'extension évidente d'une douleur, à partir d'un rameau nerveux vers un autre, ne peuvent guère être expliqués que par des oscillations, des vibrations morbides propagées dans la continuité du névro-système. C'est là ce que j'ai désigné sous le nom de névropallie prosasique ou extensive.

J'aurai plus tard l'honneur de soumettre à l'Académie quelques recherches sur ce sujet.

L'extension de la névropallie dont il s'agit, semble se faire à partir des neuvième, dixième, onzième et douzième nerfs intercostaux, vers les plexus profonds, par les filets qui réunissent les nerfs dorsaux au grand sympathique. Les filets splanchniques seraient ici les agents de communication, puisqu'ils prennent leur origine dans les dixième, onzième et douzième paires rachidiennes, et vont se distribuer en partie au plexus solaire et en partie aux plexus rénaux, et par conséquent à gauche au plexus splénique, et à droite au plexus hépatique, qui l'un et l'autre ne peuvent guère être distingués des plexus rénaux.

M. Récamier et moi-même, nous avons étudié depuis bien des années les névrodermalgies; celles-ci surviennent trop fréquemment à la suite du zona (ou, pour être plus exact, à la suite de l'hémizona). Elles sont ici la conséquence d'un état organopathique persistant, dont il est en pratique très-utile de tenir compte. J'ai actuellement un bien remarquable exemple d'un tel fait et dans lequel des cicatrices de vésicatoires, d'incision, de cautères employés dans l'intention de guérir, sont devenues excessivement douloureuses. Il est possible, chez la personne qui en est atteinte, de constater par la délinéation des parties les plus endolories, que c'est précisément sur le trajet des deux nerfs intercostaux que les souffrances sont les plus vives.

M. Bassereau attribue les douleurs de la peau qui suivent l'hémizona à des névralgies intercostales, ce que n'admet pas M. Lecadre; dissidence qui me paraît résulter de ce que souvent ces deux affections coexistent et ailleurs sont indépendantes l'une de l'autre.

L'hypéresthésie se rencontre assez souvent dans les téguments abdominaux et dans ceux des membres, ce qui prouve que les nerfs intercortaux ne sont pas les seuls qui soient susceptibles de donner lieu à la névrodermalgie. Il en était ainsi dans cette affection singulière dite acrodynie ou épidémie de Paris, et dans laquelle les pieds étaient le siége d'une très-vive souffrance.

Comme dans l'hémizôna, il y avait alors coexistence de dermite. Ailleurs, rien de semblable ne se voit. Chez les femmes hystériques, par exemple, les névropathies auxquelles elles sont sujettes et qui parcourent si fréquemment diverses parties de l'arbre nerveux, se fixent à la peau et y causent des douleurs atroces qu'exalte encore la moindre pression. Cet accident ayant son siége dans les téguments de l'abdomen et qui est souvent lié à des névralgies lombo-abdominales, a été fréquemment pris, par des médecins peu attentifs, pour des péritonites, de même que la névralgie thoraco-brachiale est souvent prise, et bien à tort, pour une maladie du cœur.

M. Lecadre cherche à établir une diagnose positive entre les névralgies intercostales et plusieurs affections thoraciques; la pleurodynie, par exemple. Or, on se demande tout d'abord ce qu'il faut entendre par pleurodynie, si l'auteur veut parler de douleur musculaire (myosalgie), de douleur dans les os (ostéalgie), de néxralgies intercostales autres que celles dont les nerfs pariétaux sont le siége, de pleuralgies et même d'entéralgie, alors que des gaz distendent l'intestin qui s'élève dans ce cas sous les côtes? Le mot pleurodynie est tout à fait vague; aussi les caractères de diagnose n'ont-ils ici rien de précis. Les caractères fournis par la percussion médiate et l'auscultation, jointes à une palpation attentive et à l'étude des circonstances commémoratives, permettent seuls de caractériser avec certitude le siége des accidents. Il arrivera un temps, et ce temps est proche, où les praticiens comprendront qu'il faut abandonner les expressions vagues, comme l'est le mot pleurodynie, qui se rapportent à plusieurs états organopathiques exigeant des traitements opposés ou du moins divers, et qu'il est indispensable de les remplacer par des termes aussi nombreux que les circonstances anatomiques qu'il s'agit de reconnaître et de combattre.

Toutes les fois qu'une douleur existe dans l'un des côtés du thorax, le premier soin doit être de constater, au moyen des caractères anatomiques de diagnose, quel est l'état matériel des organes sous-jacents (poumons, plèvre, rate, foie, intestins, etc.). On doit donc chercher au moyen de l'inspection, de la palpation, de la pression, du plessimétrisme et de l'auscultation, si la peau, les muscles, les nerfs intercostaux, les os, les viscères profonds, etc., ne sont pas les parties où la douleur existe. Quand ces renseignements sont recueillis, il est facile, par les documents relatifs aux circonstances de causalité et à la marche des accidents, d'élucider les questions relatives au siége et parfois à la nature de la souffrance dont le malade se plaint.

L'auteur cherche à distinguer les névralgies intercostales des douleurs causées par les cancers du sein. Cette distinction serait souvent bien difficile, car fréquemment cette dernière souffrance a pour siége quelques rameaux nerveux du thorax dépendant des branches intercostales et constituant de véritables névrocostalgies.

Les cancers, par eux-mêmes, sont, en effet, indolents ou presque indolents, et les vives douleurs auxquelles ils donnent lieu sont dues, soit à la compression, à la destruction des organes qui circonscrivent les tissus carcinomateux, soit aux contractions des fibres musculaires des viscères creux, dont les orifices viennent à se rétrécir par des productions squirrheusesou encéphaloïdiques. Il n'est pas possible non plus de séparer nettement en diagnose les névralgies intercostales des maladies de la moelle rachidienne accompagnées de douleurs thoraciques; car ces dernières souffrances ont ordinairement lieu dans les nerfs intercostaux. C'est ici une coïncidence de deux états organopathiques, dont l'un est la conséquence de l'autre. Il ne s'agit donc pas de les distinguer, mais bien de déterminer si l'une de ces deux lésions organiques, myélopathie, névrocostalgie, existe isolément, simultanément, ou d'une façon corrélative.

Sans doute, c'est par une simple faute de rédaction que M. Lecadre parle d'un principe nevralgique, car tout porte à croire que ce médecin judicieux ne croit pas le moins du monde qu'un agent spécial unitaire latent serait la cause spéciale des névralgies. Une telle hypothèse dépasserait le vague où tombent ceux qui supposent l'existence d'un être spécial, nommé rhumatisme, être incompris qui présiderait à la production des lésions les plus nombreuses et les plus dissemblables. Il n'y a pas de principe névralgique, il n'y a que des nerfs devenus douloureux sous l'influence de divers états organopathiques.

Enfin, M. Lecadre indique le traitement applicable aux névralgies intercostales, croyant à l'utilité des vésicatoires placés sur les points douloureux, il n'a pas vu que les pansements avec le chlorhydrate de morphine

soient suivis de résultats avantageux. Il parle des cautères comme de moyens utiles. Le sulfate de quinine est, dans son opinion, un médicament de premier ordre, et il en est ainsi, comme je l'ai établi en 1832 dans un Mémoire sur ce sujet, dans toute névralgie qui présente dans ses accès une périodicité marquée.

L'auteur rappelle combien sont nombreux les moyens par lesquels on a cherché à combattre les accidents dont il s'agit, et, parmi ceux-ci, il cite le musc, le camphre, la valériane, l'oxyde de zinc, l'assa-fœtida, l'opium, la belladone, etc.

Il paraît n'avoir, et je le crois avec raison, que peu de confiance dans l'emploi de tels moyens, mais il en accorde davantage aux procédés thérapeutiques qui ont reçu le nom de révulsifs.

On serait à vrai dire fort embarrassé de bien préciser ce qu'on entend par révulsion, car cette expression surannée, dont l'origine remonte à des temps antérieurs à la découverte de la grande circulation, se rapporte à des médications variées dont l'action ne peut être expliquée, dans tous les cas, d'une manière semblable. Il serait impossible et déplacé ici d'entrer dans les détails que ce grave sujet pourrait comporter.

M. Lecadre insiste beaucoup sur l'emploi des moyens hygiéniques, et, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, il fait preuve d'un excellent esprit.

Permettez-moi, messieurs, de vous exposer ici les résultats de mes propres observations sur l'action des agents thérapeutiques qui réussissent le mieux dans les névralgies intercostales.

1° Il faut remédier aux circonstances ou aux états morbides qui peuvent avoir été les causes directes ou indirectes de ces douleurs de nerfs; c'est dire qu'il faut, d'une part, rechercher avec soin les lésions dont l'appareil génital de la femme, et même de l'homme, peuvent être le siége; et, de l'autre, s'enquérir d'abord s'il n'existe pas quelque affection de la moelle vertébrale, du rachis (au moyen de la palpation, de la percussion et d'une délinéation soignées), de la plèvre ou des viscères abdominaux, qui aient été les points de départ des phénomènes observés, et faire ensuite cesser, autant que possible, l'action de cet état organopathique, c'est-à-dire encore que l'on doit éviter les mouvements, les attitudes, etc., qui, très-souvent, chez les individus débiles, donnent lieu aux névralgies intercostales. Il est même indispensable de rechercher s'il n'existe pas quelque névropathie, qui, ayant pour siége l'ovaire, la rate, la cinquième paire, ait pu se déplacer et déterminer la névrocostalgie. On ne parvient, en effet, à guérir radicalement celle-ci que si l'on est parvenu à remédier à ces diverses souffrances.

C'est lorsque l'on aura mis, ou que l'on mettra à exécution ces premiers préceptes, qu'il conviendra de combattre directement le mal. Ce serait un grand tort en pratique que d'agir autrement, et tel qui le ferait emploierait souvent sans utilité une foule de moyens qu'une médication rationnelle aurait permis d'éviter.

2° On peut essayer de quelques frictions avec des liniments opiacés ou du chloroforme; rarement, bien rarement, ces moyens réussissent.

3° Un bien grand nombre de fois, j'ai fait appliquer des saignées et des sangsues sur le trajet du nerf malade, et presque constamment je ne les ai pas vues réussir.

Ces moyens n'ont guère été utiles que dans les cas où le mal avait été consécutif à une pleurite, à des lésions traumatiques; en un mot, dans des circonstances où tout portait à croire que les nerfs intercostaux étaient véritablement enflammés, et certes, le plus souvent, il n'en arrive pas ainsi.

4° Les vésicatoires placés sur les points douloureux, sont, comme l'a vu M. Lecadre, éminemment utiles. Il suffit que l'effet rubéfiant et vésicant soit produit pour soulager le malade. La suppuration de la surface dénudée ne m'a pas paru avoir d'effet avantageux; elle ne fait pas cesser la névralgie, alors, comme cela arrive trop souvent que le mal a résisté à la simple rubéfaction de la peau.

Les cautères, les sétons, les moxas, dans les cas où j'y ai eu recours, n'ont pas mieux réussi, et j'ai même vu les cicatrices auxquelles ils donnent lieu être, dans de tels cas et à la suite d'un hémizôna, le siége d'excessives douleurs.

5° Mais ce qui calme presque constamment les souffrances, ce qui les guérit très-fréquemment, alors que l'on a remédié aux circonstances organiques qui les déterminaient ou les entretenaient, c'est à coup sûr le chlorhydrate de morphine appliqué à la dose de 2 à 3 centigrammes sur la surface dermique récemment dénudée, par l'ammoniaque très-concentrée ou par les emplâtaes cantharidiques. Il suffit que la petite plaie produite par ces moyens ait un ou deux centimètres de largeur pour qu'un résultat avantageux soit obtenu. Presque toujours, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'application dont il s'agit, il y a une amélioration marquée, et cette amélioration persiste, alors que l'on a le soin de persister dans l'emploi des sels de morphine et de renouveler les applications de vésicatoires.

La dose de la morphine ne doit jamais être portée très-haut pour un seul pansement; car, à 3 ou 4 centigrammes, je l'ai vue produire une intoxication assez marquée. Il est difficile de concevoir comment il se fait que M. Lecadre n'ait pas eu à se louer de l'emploi du chlorhydrate de morphine administré par la méthode endermique; car, dans une multitude de faits observés à la Pitié, à la Charité ou en ville, ce médicament a bien rarement trompé l'espérance du praticien.

6° Chez quelques malades, l'application, pendant plusieurs minutes, de coton imbibé de chloroforme et recouvert d'une petite cloche, sur la partie douloureuse, a paru avoir de l'avantage, mais moins souvent qu'on ne l'a dit. J'ai rarement employé l'électricité et l'électro-magnétisme qui, théoriquement, devraient avoir de l'utilité; mais ce qui présente, comme palliation, un avantage réel, c'est un disque de ouate de coton disposé en couche épaisse et déprimé au centre, dont on recouvre la région affectée, de telle sorte que le centre correspond aux points où la douleur a lieu, tandis que la circonférence, formant un véritable bourrelet, est placée sur les parties saines et protége les points les plus malades.

Ce petit procédé a pour but de protéger les nerfs douloureux contre le contact des corps extérieurs, de l'air froid et humide qui, dans toutes les névralgies, exaspèrent les accidents.

Un édredon, recouvert de soie, rend encore moins possible, dans le cas de névrodermalgie, le contact des vêtements et du froid.

Les médicaments dits antispasmodiques, narcotiques, etc., administrés à un grand nombre de malades atteints de névralgies intercostales, n'ont pas produit d'effets palliatifs ou curatifs.

Le sous-carbonate de fer, dans quelques cas, a semblé réussir à la longue, mais non pas dans les premières semaines qui ont suivi son administration, et il n'en est arrivé ainsi que dans les cas d'hydrémie, coïncidant avec les névralgies dont il s'agit.

C'est en remédiant à l'état du sang coexistant et non pas en modifiant directement la souffrance nerveuse, que ce moyen possède une utile action.

De tous les médicaments internes, le seul qui ait une influence marquée sur les névralgies intercostales, c'est, alors qu'elles se déclarent d'une manière périodique, la quinine en dissolution dans l'alcool, ou dans l'eau aiguisée d'acide sulfurique; sous son influence, alors qu'elle est administrée à hautes doses, parfois les accès s'éloignent et se calment; mais il faut l'avouer, elle ne remédie en rien au mal lui-même, parce qu'elle ne détruit pas ses causes organiques locales ou éloignées. Aussi, après quelques jours, voit-on fréquemment des accès d'abord calmés se reproduire avec la même violence qu'auparavant.

Bien plus, les fièvres quotidiennes à stades peu marqués et qui sont en rapport, non pas avec une spléno-mégalie ou une splénite, mais bien avec une névralgie intercostale à gauche, ne se dissipent pas sous l'influence de hautes doses de quinine. Elles sont à peine calmées pendant quelques jours, et ne disparaissent que sous l'influence, soit d'applications d'hydrochlorate de morphine sur la peau dénudée, soit des moyens thérapeutiques dirigés contre les affections de l'angiove ou appareil génital de la femme, dont ces névropathies sont si fréquemment les symptômes.

Il faut même le dire, trop souvent la cure des névralgies intercostales n'est pas le moins du monde absolue et radicale. On les voit céder à la quinine pendant une, deux ou trois semaines; le mal paraîtrait ne plus exister; mais voici qu'à l'occasion de l'utérêmie, qui suit les règles, l'affection névralgique des parois thoraciques reparaît avec une intensité nouvelle; c'est que la raison anatomique du mal, l'utéropathie, ou mieux l'angiovie, reparaît de nouveau et détermine l'affection névralgique qui en est la conséquence.

J'ai cru devoir, messieurs, à l'occasion de ce mémoire, esquisser à grands traits quelques aperçus sur le traitement des névralgies intercostales, parce qu'elles sont encore trop souvent méconnues et que l'on ne me paraît pas avoir suffisamment établi leur pathologie et leur traitement.

Les considérations qui précèdent ne diminuent en rien le mérite du travail de M. Lecadre, travail qui dénote, dans son auteur, une instruction solide.

Nous vous proposons, messieurs, de renvoyer ce mémoire à votre comité de rédaction, pour être publié par extraits dans le *Bulletin*, d'adresser des remerciements à l'auteur et de l'inscrire au nombre des candidats aux places de correspondants nationaux.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. le docteur Prunelle, ancien député, vient de mourir à l'âge de 74 ans, frappé d'une attaque d'apoplexie.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro l'appréciation de la séance de l'Académie de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 103. 1re année. Samedi 27 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

Le Rédacteur en chef reçoit chez lui, rue de l'Odéon, 12, les lundi, mercredi et vendredi, de 11 à 3 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Note sur les flux urinaires et en particulier sur la polydypsie et la polyurie, par M. A. Becquerel. — De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement, par M. le Dr Alex. Mayer. (*Suite.*) — **TOXICOLOGIE** : Études des moyens propres à combattre les effets du bichromate de potasse ou à l'empêcher d'agir, par M. Jaillard. — Addition à la séance de l'Académie de médecine du 23 août. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 26 août 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'amélioration importante entrevue par plusieurs médecins, et réalisée d'une manière à peu près complète par un aliéniste distingué, M. le docteur Archambault, prouve jusqu'à quel point la connaissance des habitudes de l'homme, de ses besoins physiologiques, de ses fonctions en un mot, peut être importante pour l'administrateur, peut être pour lui féconde en applications.

C'est moins, en effet, une réforme médicale que M. Archambault a introduite dans l'asile de Charenton, qu'une réforme administrative, mais une réforme administrative basée sur la physiologie des fonctions intestinales. Partant de cette donnée si simple, que les malheureux aliénés gâteux restent, sous le rapport de la digestion, dans les conditions des autres aliénés, et de tous les hommes en général, M. Archambault a pensé qu'en provoquant à heures fixes dans la journée l'accomplissement de la défécation, on pourrait arriver à soustraire la plupart des malheureux gâteux à cet état d'abjection immonde qui ravale à un degré si bas la nature humaine. Un succès à peu près complet a répondu à l'espoir du médecin administrateur, et sans parler du changement qui s'est produit dans l'aspect de l'établissement, et même dans sa situation hygiénique, une importante économie a été réalisée.

Après l'intéressant rapport de M. Londe, un rapport ou plutôt un mémoire non moins intéressant, quoique peut-être un peu trop louangeux, a été lu par M. Piorry. L'excès de la louange n'est pas toutefois ce que nous trouvons de plus criticable dans le travail du savant professeur : ce que nous trouvons à y reprendre, c'est la philosophie médicale, ce sont les principes généraux qui servent de base à la doctrine que M. Piorry y a défendue. Quoique l'honorable professeur se soit défendu avec beaucoup de talent, il nous paraît avoir été attaqué victorieusement par M. Requin, qui a défendu non pas précisément la doctrine qui admet un principe rhumatismal, car il a jugé, non sans raison, que cette doctrine était assez bien assise pour n'avoir pas besoin d'être défendue; mais il a combattu la logique dont M. Piorry s'était étayé pour repousser l'existence du principe rhumatismal, logique qui est celle-ci : tout ce qu'on ne peut ni voir ni sentir (et le principe rhumatismal est dans ce cas) doit être considéré comme imaginaire. D'après cette logique, heureusement abandonnée depuis Aristote et Bacon, ainsi que l'a fait observer avec tant de raison M. Requin, d'après cette logique, il faudrait rejeter l'existence d'un principe morveux, d'un principe syphilitique, de l'agent électrique, voire de certains corps parfaitement matériels, comme le fluor qu'aucun chimiste encore n'a jamais pu voir ni sentir, et dont personne cependant ne met en doute l'existence. D'ailleurs, et M. Requin l'a fait remarquer encore avec non moins de raison, l'explication que M. Piorry veut substituer au principe rhumatismal, et qui admet l'existence d'*oscillations nerveuses*, cette explication repose sur un phénomène que personne n'a jamais ni vu ni senti. L'honorable professeur ne s'est donc pas montré très-conséquent à sa propre doctrine, et en cela nous ne pouvons que l'approuver; il nous a montré que la force de la vérité était quelquefois plus puissante que la logique vicieuse.

L'erreur de M. Piorry, nous le croyons, vient d'un mot qui a trompé bien d'autres esprits, et c'est là l'argument le plus original, le plus capital de M. Requin : beaucoup de médecins, et M. Piorry paraît être du nombre, pensent désigner quelque chose de défini quand ils disent : principe rhumatismal, principe dartreux, etc. C'est là l'erreur; ils ne font qu'indiquer quelque chose d'inconnu, une véritable cause occulte, mais une cause qui se manifeste par des effets semblables, ou du moins de même ordre, et qui, par conséquent, toujours d'après la logique d'Aristote, doit être considérée comme identique à elle-même. Voilà le véritable raisonnement qui doit servir de base aux doctrines médicales, comme à toutes les doctrines qui veulent avoir pour base la raison humaine, et quand notre savant maître, M. Piorry, voudra adopter cette logique, nous ne doutons pas qu'il n'adopte aussi l'opinion qui admet l'existence d'un principe rhumatismal.

H. de Castelnau.

Note sur les flux urinaires et en particulier sur la polydypsie et la polyurie.

Par A. Becquerel, *agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.*

La plupart des auteurs ont établi trois espèces de flux urinaires, qui sont les suivants : la polydypsie, le diabète insipide et le diabète sucré. On trouve de plus quelquefois mentionnée la polyurie; mais en examinant le sens qu'on a attaché à ce mot, on ne tarde pas à reconnaître que les idées médicales ne sont pas encore bien arrêtées à cet égard, et qu'on a confondu sous le titre de polyurie des cas de polydypsie et des cas de diabète insipide.

Le but que je me propose dans ce travail, c'est de montrer les différences qui existent entre ces diverses espèces de flux, en accordant quelques développements à la polydypsie et à la polyurie, et en rapportant deux exemples bien remarquables de ces affections.

Pour simplifier la question que nous avons l'intention de traiter, nous établirons d'abord une première différence, suivant qu'il s'agit d'un flux d'urine contenant du sucre, et d'un flux d'urine ne contenant pas de sucre.

1re espèce. — *Flux d'urine contenant du sucre.* — D'après tous les auteurs, les urines qui contiennent du sucre sont plus abondantes qu'à l'ordinaire, et elles se présentent sous deux formes particulières, qui constituent le diabète sucré et le diabète non sucré ou insipide.

(*a*) *Diabète sucré.* — Ce sont les urines diabétiques proprement dites. Elles contiennent du sucre que l'on peut apprécier par le goût, par la fermentation, ou bien à l'aide de réactifs particuliers, tels que le liquide de Frommerz ou de Barreswill, la potasse caustique, etc.

Cette question ne présente aucune difficulté, et n'ayant rien de nouveau à en dire ici, nous ne nous en occuperons pas.

(*b*) *Diabète non sucré* ou *insipide.* — Depuis qu'on s'occupe des diabètes, on décrit ces diabètes insipides. Dans de telles urines il y a toujours du sucre; seulement il n'est pas appréciable au goût, mais il est capable de fermenter et donne aux réactifs que nous venons de mentionner des résultats semblables à ceux du sucre sapide. Il est donc facile de le reconnaître, attendu qu'il n'y a que la saveur qui le différencie du précédent. On doit à M. Bouchardat d'avoir reconnu la cause de la perte de cette saveur, et de l'insipidité de telles urines. D'après lui, ce résultat est dû à ce que la substance considérée comme sucre insipide n'est qu'un mélange de sucre de fécule ordinaire, de lactate d'urée, de lactate de soude, de chlorure de sodium et de matières extractives de l'urine.

2e espèce. — *Flux d'urines ne contenant pas de sucre.* — Après avoir ainsi séparé nettement les flux urinaires dans lesquels l'analyse permet de signaler la présence du sucre, je vais tracer l'histoire des flux urinaires proprement dits, et dans lesquels il n'y a de modifiée que la quantité des éléments qui constituent normalement le produit de la sécrétion urinaire.

Considérés sous ce rapport, on doit d'abord établir qu'on ne peut étudier les flux urinaires qu'en considérant le produit de la sécrétion rénale obtenu dans l'espace de vingt-quatre heures, ou, pour plus d'exactitude encore, dans plusieurs séries de fois vingt-quatre heures. On saura dans un instant le parti que l'on peut tirer de cette manière d'étudier les urines.

En partant de ce principe, on peut établir qu'il existe deux variétés de flux urinaires bien distinctes l'une de l'autre, et qui diffèrent aussi bien sous le rapport de la cause, de l'expression symptomatique, que sous celui du traitement.

Dans la première variété, que je nommerai *flux urinaire par augmentation de la quantité d'eau des urines*, l'eau seule est augmentée, tandis que la somme des parties solides normalement contenue dans ce liquide n'est point modifiée; elle est seulement étendue dans une proportion d'eau plus considérable.

Considérés sous le rapport de leurs causes, ces flux aqueux sont loin de se ressembler.

D'abord, dans l'état physiologique, ils peuvent exister d'une manière continue ou accidentelle, et cela souvent sans qu'on puisse en donner la raison.

Dans l'état physiologique, la somme des matières solides contenues dans les urines de vingt-quatre heures varie de 30 à 40 g., et la quantité d'eau qui dissout ces matières varie de 1,000 à 1,500 g.

Eh bien! il peut se faire, et il y a des individus qui urinent habituellement 2,000, 3,000 g. de liquide même, sans que leur santé en éprouve aucune atteinte. Dans cette quantité d'urines la somme des matières solides ne varie pas, tandis que l'eau est le seul principe qui ait augmenté de quantité. Quelquefois ces flux aqueux sont accidentels et dus à l'ingurgitation d'une quantité anormale de boissons, à un excès de table, au refroidissement subit de l'atmosphère, etc., etc.

Sous l'influence de l'introduction d'une quantité anormale de boissons dans l'organisme, la quantité d'eau qui y a ainsi pénétré doit être éliminée par les reins; de là un flux aqueux accidentel, et qui disparaît avec la cause qui lui a donné naissance.

La plupart des diurétiques agissent de cette manière, et en analysant les urines de certaines diurèses, j'ai pu m'assurer que presque toujours la quantité d'eau était seule augmentée, tandis que la somme des matériaux solides ne variait pas sensiblement. Cette proposition, du reste, n'est pas absolue, et il peut se faire qu'il y ait de véritables diurétiques, c'est-à-dire qui produisent de véritables polyuries sans introduire une quantité anormale d'eau dans les urines. C'est encore une question qui n'est pas élucidée.

Sous l'influence de certaines névroses, et en particulier de névroses hystériformes, d'attaques hystériques, de crises nerveuses, il n'est pas rare de voir un flux abondant d'urines claires, limpides, aqueuses, à peine colorées, et qu'on a comparées à de l'eau de roche. Ces urines sont peu denses, peu acides, et contiennent une bien faible proportion de parties solides. C'est là un flux aqueux, mais accidentel, et qui ne se montre guère que sous l'influence de la névrose qui l'a produit, pour disparaître assez rapidement avec elle. On le voit quelquefois durer plusieurs heures, et parfois même prolonger sa durée pendant l'espace d'un ou deux jours. Enfin, j'ai observé quelquefois à la suite de pareils flux aqueux, les urines devenir momentanément peu abondantes, denses, acides et même sédimenteuses, comme s'il s'établissait là un véritable balancement de sécrétion.

J'arrive maintenant à un flux plus intéressant à étudier sous le rapport de la thérapeutique, et qui est la conséquence de la maladie à laquelle on a donné le nom de polydypsie.

Dans ce cas comme dans les précédents, le flux urinaire n'est qu'un symptôme, qu'une conséquence; il ne constitue pas toute la maladie, et il est entièrement subordonné au fait primitif, c'est-à-dire à l'aberration du sentiment de la soif.

La quantité d'eau qui est introduite dans l'estomac doit, après avoir été absorbée, être éliminée par les reins; de là l'origine du flux. Aussi vient-on à analyser les urines, on ne tarde pas à reconnaître que la quantité d'eau seule est augmentée, tandis que la somme des matières solides reste toujours à peu près normale, ou bien n'est que très-légèrement augmentée.

La conséquence de ces faits, c'est que la polydypsie et le flux urinaire qu'elle entraîne constituent plutôt une incommodité, une infirmité qu'une maladie réelle; qu'elle n'amène pas le dépérissement et ne conduit pas à une terminaison fatale. Je n'ignore pas que plusieurs médecins qui se sont occupés de ce sujet ne partagent pas cette opinion; cela tient à ce qu'ils ont confondu la polydypsie avec la polyurie, dont il sera question plus tard. J'ai observé deux cas de polydypsie qui sont de nature à prouver les propositions que je viens d'avancer.

La première observation est consignée dans le *Traité de séméiotique des urines*. Elle est relative à une jeune fille chlorotique qui présentait une polydypsie des plus caractérisées, et qui guérit sous l'influence des ferrugineux et de l'obligation qu'elle s'imposa de ne point toujours obéir au sentiment de la soif.

Le deuxième fait est plus curieux; il a été observé récemment dans le service de M. Cruveilhier, dont je m'étais provisoirement chargé; c'est M. Géry, interne dans le service, qui a recueilli cette observation, dont je ne donne ici que le résumé :

Saseret (Joseph-François), cordonnier, âgé de 35 ans, est entré à l'hôpital de la Charité le 10 avril 1853.

Cet homme a encore son père, sa mère, des frères et sœurs qui jouissent d'une excellente santé; lui-même s'est toujours bien porté. Il a été militaire (ouvrier d'administration), et pendant son séjour en Afrique il a seulement eu deux ou trois attaques de fièvres intermittentes qui ont cédé au sulfate de quinine. Il y a trois ans, il a été atteint d'une orchite pour laquelle il a été soigné à la Pitié dans le service de M. Piedagnel; c'est là qu'il parle pour la première fois de sa polydypsie. Enfin, la dernière indisposition qu'il a eue a été un point de côté, il y a un an, point de côté qui céda à une application de ventouses.

Jusqu'à l'âge de 9 ans, cet homme n'a rien accusé d'extraordinaire dans la soif. C'est à partir de cette époque que, sans cause connue, il l'a vue progressivement augmenter. Il s'aperçut d'abord qu'il buvait davantage à l'école et sortait fréquemment de classe pour boire. Ses parents crurent à une manie, à une mauvaise habitude de sa part et le battirent; il en était réduit à voler de l'eau.

Placé plus tard en apprentissage chez un cordonnier, il en était également réduit à voler de l'eau pour apaiser sa soif; il raconte avoir été quelquefois jusqu'à boire des urines; il buvait en général de 15 à 20 litres d'eau dans les 24 heures. Entré au service, on le laissait toujours à la chambre, parce qu'il lui aurait fallu quitter les rangs pour boire et pour uriner.

Revenu à Paris et logeant dans les garnis, ce malheureux en était fréquemment expulsé par les habitants qu'il dérangeait continuellement dans leur sommeil. Il prend alors le parti de se marier et épouse une femme hydropique; il en a eu deux enfants qui vivent encore. Sa femme meurt de son hydropisie ou plutôt de la cause qui y avait donné naissance; il se maria une seconde fois et perdit encore sa femme, dont il n'eut pas, du reste, d'enfants.

Il boit, en moyenne, 20 litres d'eau; une fois cependant, à la Pitié, il but 32 litres : il urine une égale quantité de liquide.

Il a eu quelques intermittences dans cette soif immodérée. C'est ainsi qu'elle sembla céder pendant sa fièvre intermittente, mais elle revint ensuite; il en fut de même pendant son point de côté. Hormis ces temps d'arrêt, il eut toujours la même soif et urina la même quantité, il a remarqué seulement qu'il buvait un peu moins l'été que l'hiver.

Toutes les autres fonctions de l'économie s'exécutent bien, il travaille de son état de cordonnier aussi bien qu'un autre, l'appétit est bon, les digestions régulières; il n'a pas même habituellement la bouche sèche; il n'est pas adonné à la boisson et s'enivre à peine trois ou quatre fois l'an.

Il n'accuse aucun excès de femmes, pas de veilles prolongées; il a été placé dans des conditions hygiéniques assez satisfaisantes et n'a jamais habité de chambres humides; il est assez intelligent et répond bien à toutes les questions qu'on lui adresse; il rend donc très-bien compte de son état; il n'a jamais suivi de traitement actif.

Entré depuis 15 jours à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour un abcès de la face dorsale du pied, causé par des bottes trop étroites, il a guéri au bout de quelques jours.

On l'a fait passer dans le service de M. Cruveilhier pour guérir ce qu'il appelle son infirmité et dont il désire se débarrasser. C'est alors que je l'ai trouvé dans le service. Ainsi que cela a été dit plus haut, tous les organes sont dans un parfait état d'intégrité. Il n'accuse aucune souffrance; le seul phénomène, c'est la soif qu'il est absolument obligé de satisfaire; elle est si impérieuse qu'il y a pour lui impossibilité absolue d'y résister; il buvait à peu près 20 litres par jour.

Les urines sont en proportion; elles sont très-abondantes; en mesurant plusieurs jours, elles ont varié de 15 à 20 litres; elles sont claires, presque décolorées, limpides, à peine acides, sans dépôt et d'une densité de 1,002.

Elles contiennent pour une moyenne de 15 litres, l'expérience a été faite, 45 à 48 grammes de parties solides, ce qui diffère bien peu de l'état normal; cette légère augmentation s'explique facilement, elle est due à ce que l'eau ne traverse pas les reins comme un simple filtre inerte, et, qu'étant sécrétée, elle entraîne toujours une petite quantité de matières solides.

Voici le traitement que j'employai pendant les six semaines que je fus chargé du service.

Je l'engageai d'abord à essayer de perdre son habitude, à résister à son envie de boire et à tromper sa soif en suçant des oranges; il prit jusqu'à sept ou huit oranges par jour.

Je lui ordonnai une alimentation substantielle et je lui accordai un litre de vin par jour.

En même temps, je lui administrai l'extrait d'opium à doses progressivement croissantes et j'atteignis 0,20 centigr. par jour.

Sous l'influence de ce traitement, il put ne boire que 8 à 10 litres par jour et à uriner autant; mais l'amélioration en resta là et il ne put jamais descendre au-dessous.

Il quitta, du reste, l'hôpital quelque temps après mon départ et à peu près dans le même état qu'il y était entré. M. Géry l'a revu il y a quelques jours et il est tout à fait retombé. Il lui a promis de revenir se faire soigner.

Le sujet dont je viens de tracer l'histoire est intéressant sous plusieurs rapports. Il est la preuve de la proposition que j'ai avancée, c'est-à-dire que, dans la polydypsie, l'eau seule est augmentée, tandis que les matières solides restent dans leurs rapports normaux ou bien n'éprouvent qu'une très-légère augmentation; il démontre la conservation de la santé et du bon état général des sujets atteints de polydypsie; il montre, enfin, la difficulté d'agir par un traitement énergique sur cette infirmité, comme l'appelait très-justement notre malade.

2e VARIÉTÉ. — *Polyurie.* — La maladie à laquelle on peut donner le nom de polyurie est tout autre chose, et dans l'état actuel de la science, de même que pour la polydypsie, on ne peut s'en faire une idée bien satisfaisante qu'en étudiant l'urine des vingt-quatre heures chez les individus qu'on en suppose atteints.

La polyurie est le véritable flux urinaire : elle consiste dans la sécrétion d'une quantité d'urines ayant leur composition normale et fortement augmentées en quantité. L'eau et les matières solides sont simultanément augmentées de quantité; par conséquent les rapports respectifs de ces éléments sont conservés. La maladie consiste primitivement dans un trouble de la sécrétion des reins et lorsqu'il survient consécutivement de la soif, ce qui ne manque jamais d'arriver, cette soif est la conséquence du flux urinaire et non pas son point de départ.

On peut voir d'un seul coup d'œil la différence qui existe entre la polydypsie et la polyurie.

Dans la polydypsie, c'est l'aberration du sentiment de la soif qui est le fait primitif et le flux urinaire le phénomène consécutif; il est destiné à éliminer l'eau introduite dans l'organisme par suite de l'existence de cette maladie.

Dans la polyurie, au contraire, c'est le flux urinaire qui est le fait primitif, qui constitue toute la maladie, tandis que la soif est le phénomène consécutif.

Une autre différence non moins importante découle de la comparaison de ces deux états morbides. C'est que, tandis que la polydipsie existe sans porter aucune atteinte à la santé, sans épuiser les sujets et sans affaiblir l'organisme, la polyurie, au contraire, ne manque pas de produire, au bout d'un certain temps, ces effets; il en résulte un état d'épuisement et un état de

marasme plus ou moins considérable des sujets qui la présentent; on pourrait presque donner, à cette espèce de flux urinaire, le nom d'urines colliquatives.

Nous allons maintenant essayer de rechercher dans quelles circonstances on peut rencontrer la polyurie. Cette étude sera bien incomplète, car, faute d'avoir établi la distinction que j'ai plusieurs fois invoquée, et qui est basée sur l'étude de l'urine des 24 heures, on a probablement presque toujours confondu la polyurie et la polydypsie.

La polyurie peut-elle être la conséquence de l'emploi de certains médicaments diurétiques introduits dans l'organisme sans être accompagnés d'une certaine quantité d'eau? S'il existait de véritables diurétiques, ce sont ceux qui agiraient ainsi que je viens de le dire. Eh bien! dans l'état actuel de la science, il n'y a pas de faits positifs qui prouvent que la scille, la digitale, ou d'autres médicaments de ce genre, soient capables de produire la diurèse, lorsqu'ils sont simplement administrés à l'état solide et sans être accompagnés d'une certaine quantité d'eau. Cela est possible, cela est même probable; mais, pour l'admettre, il faut que des expériences soient instituées dans ce sens et viennent les démontrer.

La polyurie peut-elle constituer une crise? On sait qu'il est généralement admis, bien que selon moi le fait ne soit pas démontré d'une manière positive, que certains états morbides, tels que des diarrhées, des flux, des hydropisies, et d'autres encore, guérissent quelquefois rapidement lorsqu'il s'établit un flux urinaire, ou plutôt une véritable polyurie qui sert de phénomène critique. Si le fait pathologique est réel, il est nécessaire que le flux soit celui de la polyurie, c'est-à-dire qu'il soit constitué par une augmentation considérable et proportionnelle de la quantité d'eau et de la somme des matières solides.

C'est donc là encore un problème à résoudre, ce qui appelle de nouvelles observations à faire sur la quantité d'urines sécrétées pendant 24 heures, ou plusieurs fois 24 heures, par des sujets considérés comme atteints de flux urinaires critiques.

J'ai recueilli, il y a deux ans, un fait de polyurie bien curieux, qui peut éclairer cette question et montrer l'influence de ce flux urinaire sur la santé générale.

M...., âgée de 48 ans, d'une constitution assez délicate, est établie à Paris depuis plus de vingt ans. Elle s'occupe d'un commerce assez prospère, et par conséquent elle est placée dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle jouit habituellement d'une bonne santé, bien qu'elle soit cependant assez sujette à s'enrhumer. Au mois d'octobre 1851, cette dame fait demander M. Cruveilhier, qui constate l'existence d'une pleurésie aiguë qui pouvait remonter à cinq, six ou sept jours. M. Cruveilhier lui donna des soins pendant une quinzaine de jours. Il employa saignées, ventouses, vésicatoires, etc., et la période aiguë passée, il me chargea de continuer à lui donner des soins pour combattre l'épanchement qui persistait. Lorsque je la vis pour la première fois, elle présentait les signes d'un épanchement assez considérable à droite. Il existait encore de la fièvre, mais aucun autre trouble fonctionnel particulier. Le traitement auquel je la soumis consista en vésicatoires et mixtures purgatives. Environ cinq semaines après le commencement de la maladie, et trois semaines après que je l'eus vue pour la première fois, l'épanchement était alors peu considérable et en partie résorbé. Elle commença à se plaindre de la soif et à uriner beaucoup plus que d'habitude; je fis d'abord peu d'attention à ce que me disait à ce sujet la malade, que je ne voyais, du reste, que tous les deux ou trois jours. Cependant, sous l'influence de ce flux urinaire, le reste de l'épanchement pleurétique se résorba rapidement, et huit jours après le début de cette exagération de la soif, il ne restait plus que des fausses membranes et qu'un bruit de frottement qui finit lui même par disparaître. La fièvre avait cessée depuis longtemps, et cependant, sans qu'il y eût de la chaleur à la peau, le pouls avait conservé un certain degré de fréquence; il battait de 84 à 92 fois par minute.

Dès lors, la scène était changée pour notre malade; il n'y avait plus que deux symptômes qui l'affectaient péniblement : le flux urinaire considérable et la soif incessante.

Elle buvait de 6 à 10 litres de liquide par jour. J'essayai successivement l'eau pure, l'eau glacée, l'eau gazeuse, l'eau de Spa, la chicorée sauvage, le houblon, l'eau rougie, l'eau et la bière. Aucune de ces boissons ne fut capable de modérer la soif. Cette malheureuse femme se plaignait presque constamment de sécheresse de la bouche. Elle buvait peu à la fois, mais à chaque instant. Son appétit était faible et il diminua lentement, mais d'une manière à peu près constante, jusqu'à l'époque de la terminaison fatale. La digestion s'accomplissait assez bien. Elle était habituellement constipée.

L'appareil respiratoire était sain; toute trace de l'épanchement avait disparu; il ne restait plus qu'un peu de diminution du murmure respiratoire à droite. La malade ne toussait pas; il n'existait aucun signe de tubercule. Le cœur était à l'état normal, le sommeil presque constamment mauvais et souvent nul. La malade était éveillée par la sécheresse de la bouche, et se hâtait de boire.

La quantité d'urine était toujours considérable; elle ne s'est jamais tombée au-dessous de 4 litres, et ne s'est pas élevée au-dessus de 10. Sa densité variait de 1015 à 1020; elle était de couleur citrine médiocrement foncée, acide, claire, sans dépôt sédimenteux. Elle ne contint jamais ni albumine ni sucre, et l'analyse en a été bien souvent faite par moi. La quantité de principes solides a varié de 110 à 300 gr. par chaque série de vingt-quatre heures, ce qui est beaucoup, puisque la moyenne physiologique est de 30 à 40. On voit quelle énorme cause de déperdition et d'épuisement.

Je vis la malade pendant les mois de janvier, février, mars et moitié d'avril 1852. Pendant ce laps de temps, rien ne changea dans le besoin de la soif. Elle s'affaiblit de plus en plus, sans qu'aucun organe se prît; elle était sans fièvre. J'essayai les ferrugineux, les toniques, l'opium; les ventouses, les vésicatoires et des cautères sur la région des reins. Vers le milieu d'avril, sa famille me demanda de la conduire à la campagne, à quelques lieues de Paris. J'y consentis volontiers. Elle y resta un mois, au bout duquel elle s'éteignit lentement.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre; elle offre l'exemple d'une polyurie servant de flux critique qui, en s'établissant d'une manière définitive, amène le dépérissement, le marasme, et finalement la mort de la malade.

Nous résumerons, sous forme de propositions, les faits contenus dans ce mémoire :

1° Il existe trois espèces bien distinctes de flux urinaires : les flux diabétiques, le flux aqueux et le flux proprement dit ou polyurie.

2° Les flux diabétiques sont de deux sortes : le diabète sucré, dans lequel rien ne s'oppose à la manifestation des propriétés saccharines du sucre tenu en dissolution; le diabète insipide, dans lequel les propriétés saccharines sont masquées par une combinaison spéciale de sucre avec l'urée et les sels.

3° Les flux aqueux, qui consistent dans la simple augmentation de la quantité d'eau des urines, la somme des matières variant très-peu; ces flux sont toujours symptomatiques et la conséquence de l'introduction d'une quantité d'eau anormale dans l'organisme. La polydypsie est la cause la plus fréquente de ces flux aqueux.

4° Les flux urinaires proprement dits ou la polyurie, qui consiste dans une augmentation plus ou moins considérable du produit de la sécrétion urinaire; les rapports entre l'eau et les parties solides n'étant pas changés. Ces flux constituent toute la maladie; ils finissent par amener l'affaiblissement du malade, l'épuisement de l'organisme, le marasme et quelquefois même la mort. La soif vive qui les accompagne est un phénomène consécutif, une cause et non un effet.

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement,

Par le Dr Alex. Mayer.

(*Suite. Voir le n° 102.*)

Traitement des inflammations spécifiques.

1re classe.

Inflammations tenant à des états particuliers et anormaux de l'organisme.

a. Inflammation goutteuse. — La goutte a pour cause prochaine une lésion de la nutrition, d'où résulte une modification dans les principes constituants du sang, telle que la proportion de soude normale est en quantité moindre, et qu'il y a dans l'économie une tendance insolite à l'acidité et à la production des sels à base alcaline.

Ces sels en excès sont la cause déterminante des accidents dont l'ensemble constitue les attaques de goutte et dont la fin est le transport et le dépôt de ces produits morbides sur les surfaces articulaires. Chaque attaque peut donc être considérée comme une crise de la maladie générale, leur répétition coïncidant avec une sur-saturation des humeurs par la matière goutteuse.

Lorsque la goutte est encore à l'état aigu, les intervalles qui séparent les attaques laissent au malade tous les attributs de la santé la plus florissante, parce qu'ordinairement le travail épuratoire a été complet et que l'économie est momentanément allégée du principe morbifique, source du désordre des fonctions.

Une attaque de goutte se subdivise elle-même en une série d'*accès* qui laissent entre eux, sinon une rémission complète, du moins un peu de calme dont la durée varie depuis quelques heures à deux ou trois jours. La fin de chacun de ces paroxysmes est signalée d'habitude par un dépôt plus abondant de sédiment dans l'urine, par une diaphorèse générale et souvent aussi par une sorte d'exsudation visqueuse et d'une odeur particulière qui se fait autour des articulations envahies. C'est par ces divers émonctoires que se jugent les attaques de goutte.

Mais il n'en est plus de même lorsque la maladie commence à revêtir la forme chronique. On voit alors survenir une marche insidieuse dans les manifestations phénoménales que je viens de décrire. Non-seulement on n'observe plus la même régularité dans les symptômes, mais les crises elles-mêmes deviennent incomplètes. De là, des douleurs articulaires presque permanentes et des troubles digestifs incessants. On ne distingue bientôt plus les attaques qui se confondent entre elles, à plus forte raison les accès ne peuvent-ils plus être démêlés dans la scène de douleurs et d'infirmités qui vont assaillir le pauvre podagre.

De l'insuffisance des crises, résulte le dépôt et la rétention dans les jointures de ces concrétions tophacées qui finissent à la longue par faire du goutteux un squelette immobile, sans compter une multitude de désordres locaux, auxquels donne lieu parfois l'accumulation excessive de ces sels alcalins.

Mais revenons à la goutte aiguë, puisqu'aussi bien c'est d'elle seule qu'il doit être question ici.

Bien qu'il importe dans ces cas de se rappeler qu'on a affaire à une phlegmasie de nature spéciale et qu'il ne faut pas chercher à éteindre le mal localement, par une médication énergiquement antiphlogistique; malgré aussi la lumière qu'apporte au traitement la notion du but à poursuivre, qui doit être uniquement de modérer la violence des symptômes, on peut sans inconvénient, on doit même, quand l'inflammation dépasse certaines limites qu'il faut savoir apprécier, chercher à la ramener en deçà au moyen des émissions sanguines locales, des topiques émollients narcotiques et antiplastiques, et plus rarement par la phlébotomie; à moins qu'une idiosyncrasie pléthorique n'en fasse une indication précise. Les boissons rafraîchissantes prises en grande quantité, en vue d'introduire dans le sang un élément qui le délaie, seront un adjuvant utile au traitement que complétera une diète rigoureuse et exclusivement végétale.

Je ne mentionne pas les moyens généraux dirigés contre la diathèse goutteuse. Leur opportunité est moindre durant les attaques que dans l'intervalle qui les sépare. Il y a pourtant une exception à faire en faveur d'un médicament qui jouit depuis longtemps déjà d'une vogue bien méritée. Je veux parler du colchique et principalement d'une préparation connue sous le nom de *pilules de Lartigue*. C'est surtout pendant les accès que ce remède manifeste sa merveilleuse efficacité en les abrégeant et en les rendant plus tolérables.

Quoique tombées dans le domaine public, ces pilules composées selon la formule connue, sont loin de valoir celles que prépare le dépositaire de Paris et qui sont d'un prix exorbitant. Cette remarque, que j'ai faite bien souvent, est importante à signaler.

Contre la douleur, j'ai fréquemment constaté l'heureuse influence de la ouate dont on entoure l'articulation malade. On voit bientôt la sueur suinter sous cette enveloppe, et une détente manisfeste s'opérer *loco dolenti*.

Le bain russe, pris au début d'une attaque de goutte, en abrége quelquefois singulièrement la durée et l'intensité. Comme pratique hygiénique, je considère ce moyen comme le plus propre à prévenir les déterminations arthritiques, par l'activité qu'il imprime aux fonctions de la peau.

Quel est, en effet, dans cette conjoncture, la mission du thérapeutiste? Sachant que les manifestations locales ne sont que le résultat d'une cause interne et généralisée, pénétré de cette idée féconde qu'il s'agit d'une fonction pathologique éminemment salutaire, il se gardera d'intervenir activement pour en troubler le cours, quand il pourra s'abstenir sans danger. Ce serait d'ailleurs s'acharner en vain contre une ombre. La réalité qu'il est urgent d'attaquer est plus loin, et pour l'atteindre, ce ne sont pas des jours qu'il faut, mais des mois et des années.

Qu'on respecte donc l'inflammation goutteuse comme un mal nécessaire, et qu'on cherche seulement à le rendre supportable; qu'on se souvienne qu'en débilitant outre mesure l'organisme ou la partie sur laquelle tend à s'épuiser le travail éliminatoire, on court le risque d'entraver les efforts de la nature vers une terminaison heureuse, et d'exposer le malade à une métastase funeste; car il pourrait arriver que le principe goutteux, déplacé d'une articulation, vînt à se concentrer sur un organe noble et essentiel à la vie : ce qu'il faut éviter avant tout.

En résumé, il est assez facile, dans le traitement de l'inflammation goutteuse, de combiner les indications qui ressortent, d'une part de l'élément phlogistique, et de l'autre du caractère spécifique de la goutte. Toute la difficulté consiste dans la pondération exacte des moyens à mettre en œuvre pour dominer la phlegmasie, sans nuire à l'élaboration arthritique.

b. De l'inflammation scrofuleuse. — La scrofule peut être considérée comme l'*antinomie* de la goutte. Celle-ci tient primitivement a la sur-animalisation du sang, et représente une modalité exagérée de la vie. Celle-là, au contraire, est due à une prédominance des fluides blancs et rapproche les individus qui en sont affectés des animaux d'un rang inférieur dans l'échelle zoologique (zoophytes, mollusques, crustacés, insectes).

Habituellement héréditaire et transmise en germe avec la vie, la scrofule peut encore se développer accidentellement sous l'influence de certaines conditions, dont les principales sont : l'insuffisance d'air et de lumière, une mauvaise alimentation tirée surtout du règne végétal, le défaut d'exercice, la malpropreté, l'abus des préparations mercurielles, etc.

On serait tenté, *à priori*, de conclure à l'incompatibilité entre un tel état organique et l'inflammation; et pourtant rien n'est plus commun que leur co-existence.

Chaque jour, nous voyons des ganglionites, des ostéites, des ophthalmies, etc., de nature scrofuleuse et néanmoins entourées de l'appareil inflammatoire le moins contestable.

Est-ce à dire, pour cela, qu'il soit sage de satisfaire sans réserve à des indications en apparence si tranchées, nonobstant

le vice scrofuleux qui domine cette phénoménalité externe, de toute la hauteur dont la cause domine l'effet? En vérité, non; il importe au plus haut point ici de faire la part et une part large à la spécificité de l'inflammation, sous peine d'aboutir aux plus fâcheux résultats.

Dans aucun cas, la saignée générale n'est de mise chez un scrofuleux, à moins que ce ne soit pour combattre une phlegmasie parenchymateuse grave, et où il s'agisse avant tout de sauver la vie, même au risque d'aggraver l'état cachectique.

L'indication des saignées capillaires est moins rare; mais encore est-il de la plus grande urgence de peser attentivement les avantages et les inconvénients attachés à cette médication, avant de s'y déterminer.

Il est incontestable que la violence des symptômes est quelquefois telle que l'hésitation même n'est pas permise, et qu'il faut de toute nécessité recourir à la méthode antiphlogistique, en lui empruntant ses principaux moyens.

Ainsi, en présence d'une ostéite ou d'une ophthalmie à un degré d'intensité considérable, où il y a à redouter, d'un côté la suppuration de l'os, et de l'autre la perte de la vue, il n'y a pas à balancer. Les saignées locales, poussées aussi loin qu'il sera nécessaire, le mercure *intùs* et *extrà*, à titre d'altérant, et d'autres agents médicamenteux propres à concourir au même résultat, seront mis en usage; mais qu'on craigne toujours de dépasser le but, car voici le revers de la médaille :

Pour me servir encore des deux exemples que j'ai choisis plus haut, l'ostéite et l'ophthalmie, il arrivera infailliblement, si l'on débilite outre mesure la partie affectée, que la fluxion s'y éternisera sous la forme chronique, et qu'il sera fort difficile d'en avoir raison ; car d'active qu'elle était, elle sera devenue passive, et le danger qu'on aura voulu conjurer, pour avoir changé de nature, n'aura rien perdu de sa gravité. En effet, l'os engorgé et tuméfié conservera sa tendance à la suppuration et y parviendra dans un temps plus ou moins éloigné, si l'on n'a soin de faire intervenir assez tôt les toniques, les fondants, tant locaux que généraux. L'œil cessera d'être enflammé, mais la congestion y persistant, ne menacera pas moins d'altération les membranes et les humeurs qui pourront perdre leur perméabilité à la lumière, si l'irritabilité physiologique y est affaiblie au point que les liquides y demeurent stagnants et s'y concrètent. Il importe donc d'apporter les plus grands ménagements dans l'application des moyens débilitants, et de se hâter de rappeler la vitalité de l'organe par des mesures appropriées, dès qu'on s'aperçoit que l'injection vasculaire persiste, malgré les déplétions sanguines. On emploie alors avec avantage les dérivatifs sur le tube intestinal, les toniques astringents, et par-dessus tout le nitrate d'argent à dose caustique en collyres; les mercuriaux à l'intérieur, et enfin les révulsifs cutanés.

Pour ce qui est de l'inflammation des ganglions lymphatiques, il ne faut jamais perdre de vue qu'elle emprunte ses principaux caractères à la constitution strumeuse elle-même. Ainsi, ce sont les vaisseaux blancs qui les parcourent qui sont les premiers affectés. L'élément sanguin n'y joue qu'un rôle tout à fait secondaire. L'indication culminante est d'en obtenir la résolution, qui ne s'opère presque jamais sous les seuls efforts de la nature. Abandonnées à elles-mêmes, ces sortes de tumeurs ont une tendance manifeste, soit à s'abcéder, soit à s'indurer. Évidemment, cette dernière terminaison est la plus fâcheuse, et il vaudrait mieux, ne pouvant espérer la résolution, favoriser le passage à la suppuration; parce que les malades préféreront toujours le désagrément de porter quelques cicatrices plus ou moins faciles à dissimuler, à celui d'être défigurés par des chapelets de glandes dont ils ne peuvent plus être débarrassés que par l'extirpation, qui n'est pas toujours sans danger.

La conduite à suivre sera donc à peu près celle-ci :

Si l'inflammation ganglionnaire est fort vive, et si surtout elle paraît envahir les tissus environnants, une émission sanguine locale pourra ramener la phlogose dans des limites convenables. Mais il vaut mieux employer tout d'un coup un assez grand nombre de sangsues pour obtenir un dégorgement suffisant, que d'en appliquer une trop petite quantité avec l'intention d'y revenir. Par ce dernier procédé, on arrive rarement au but qu'on se propose.

Dès qu'on aura satisfait à l'indication des déplétions sanguines, on couvrira la partie de cataplasmes émollients, après l'avoir enduite au préalable d'une couche d'onguent napolitain. On répétera ce pansement deux ou trois fois par jour. Si, dans un espace de temps très-court, l'inflammation ne s'est pas notablement amendée sous l'influence des moyens précédents, il est assez ordinaire de rencontrer, par une exploration attentive, quelque point fluctuant plus ou moins profondément situé. Il ne faut pas se presser d'y porter l'instrument tranchant; mieux vaut dans ce cas favoriser la suppuration de la glande et attendre que le pus se soit réuni en foyer pour lui donner une issue.

Je ne veux pas discuter la question de savoir quel est le procédé qui mérite la préférence, de la ponction de l'abcès ou de son ouverture par le caustique. Pour moi, je préfère ce dernier mode comme plus propre à prévenir d'interminables trajets fistuleux.

Mais, je le répète, à quelque procédé qu'on s'arrête, il faut se garder, sous prétexte d'évacuer quelques gouttes de pus, de faire une ouverture prématurée, car on risque de voir le ganglion enflammé passer à l'état d'induration ou d'hypertrophie, et faire hernie à travers la plaie agrandie par l'ulcération.

Si, au contraire, après un traitement antiphlogistique bien conduit, l'inflammation est tombée et que rien n'annonce encore la formation du pus, on cherchera la résolution de la tumeur par les frictions mercurielles, iodurées, ou des emplâtres fondants.

On pourrait aussi, en pareil cas, employer le vésicatoire sur le ganglion même, soit qu'on le laisse sécher rapidement pour le renouveler, soit qu'on veuille s'en servir comme voie d'absorption pour l'iode, d'après la méthode de M. Bonnet (de Lyon).

Enfin, la compression, combinée ou non avec les ressources précédemment indiquées, concourra avec avantage au succès du traitement.

Pour terminer ce qui a trait à l'inflammation scrofuleuse, je rappellerai que le médecin se trouve souvent dans cette perplexité d'avoir à combattre un état local et accidentel qui exige l'emploi de certains moyens que repousse d'un autre côté la constitution du malade. En thèse générale, on peut dire que les scrofuleux ne supportent pas sans dommage de grandes spoliations sanguines. Il faut donc s'en souvenir lorsqu'on a à instituer le traitement d'une inflammation chez cette espèce d'individus, non pour proscrire systématiquement les agents qui constituent la méthode antiphlogistique, mais pour les appliquer dans une juste mesure, et de telle sorte que l'affection intercurrente, une fois éteinte, il reste le moins de traces que possible des effets de la médication dans l'état général du sujet.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TOXICOLOGIE.

Étude des moyens propres à combattre les effets du bichromate de potasse ou à l'empêcher d'agir,

Par M. JAILLARD.

Nous avons vu que le bichromate de potasse était essentiellement vomitif, et par ce fait il est déjà pour lui un véritable antidote.

Mais il peut arriver qu'il ne détermine pas de vomissements : quelle sera alors la conduite de l'homme de l'art? Devra-t-il s'empresser, par tous les moyens possibles, de déterminer l'expulsion des matières renfermées dans l'estomac? Nous ne le pensons point; car le bichromate de potasse introduit dans l'estomac, agissant comme caustique par son excès d'acide, devra être aussitôt neutralisé, et par conséquent la première indication consistera à donner des sels alcalins, de manière à trans-

former ce sel acide en chromate neutre. Puis alors on s'efforcera de faire vomir le malade, soit en titillant la luette, soit en chatouillant le gosier, soit en administrant de grandes quantités d'huile ou d'eau tiède.

On nous objectera peut-être que le chromate neutre de potasse est lui-même un poison; les expériences nombreuses que Gmelin publia, dans le *Journal de chimie médicale* (1825), sur l'action toxique de ce sel, ne nous permettent pas d'en douter; mais il résulte aussi de ces mêmes expériences que le chromate jaune a une action beaucoup moins énergique que le chromate rouge, puisque $0^{gr},30$, $0^{gr}60$ et $1^{gr},50$ de ce sel ont pu être donnés à des chiens sans autres accidents consécutifs que des vomituritions et des vomissements. Douze grains administrés à un lapin n'ont amené aucun accident.

En comparant ces résultats à ceux que nous avons obtenus, il devient évident que le bichromate de potasse est un poison beaucoup plus énergique que le chromate neutre, d'où l'indication déjà donnée de neutraliser l'acide chromique en excès par un alcali ou par un carbonate alcalin.

On prescrira alors une solution de bicarbonate de soude, puis on emploiera les moyens que nous avons indiqués pour amener le vomissement.

Dans le cas où l'on n'aurait point de bicarbonate de soude, on peut administrer de la magnésie ou même une solution savonneuse.

Étude des procédés à suivre pour constater sa présence soit avant, soit après la mort.

PREMIER CAS. — *L'individu est vivant; on peut agir sur les restes du poison.* — Si la substance que l'on examine est à l'état solide et d'une couleur rouge orange; si, en la mettant en petite quantité sur une perle d'acide borique, et en l'exposant à la flamme du chalumeau, on obtient une coloration verte; si, dissoute dans l'eau distillée et traitée par les sels de baryte, on a un précipité jaune-paille; par les sels de bismuth, un précipité jaune-serin; par ceux de plomb, un précipité jaune; par les protosels de mercure, un précipité rouge-brique; par les sels d'argent, un précipité d'un rouge de sang veineux; si enfin, dissoute en présence d'un acide minéral alcoolisé, et traitée par les alcalis ou les carbonates alcalins, on détermine un précipité vert sale, on pourra, d'une manière certaine, conclure à la présence du bichromate de potasse.

Nous avons supposé que la substance était sans mélange, il peut arriver qu'elle soit immiscée à des sels minéraux ou à des matières organiques :

Dans le premier cas, il sera facile de déterminer la présence du chrome en suivant les procédés ordinaires de l'analyse qualitative; il serait trop long de passer en revue le manuel opératoire, qui mènerait à un résultat positif dans toutes les suppositions possibles;

Dans le second cas, pour déceler le poison, on suivra le procédé que nous donnerons dans le quatrième cas.

DEUXIÈME CAS. — *L'individu est vivant; tout le poison est avalé; on peut agir sur la matière des vomissements.* — De toutes les substances vénéneuses, il n'en est aucune qui colore les matieres vomies d'une manière aussi frappante que le bichromate de potasse.

Cependant, le caractère fourni par la coloration ne doit pas être considéré comme un caractère de première valeur pour reconnaître la présence de ce sel, car de simples vomissements bilieux peuvent présenter le même aspect, et ainsi induire en erreur celui qui ne se tiendrait pas sur ses gardes.

Si les matières vomies sont tout à la fois solides et liquides, on les fait passer à travers un linge fin, et l'on agit sur la portion filtrée comme nous allons le dire; c'est de cette manière qu'on agirait sur les matières vomies si seulement elles étaient liquides.

On les traite d'abord par les sels minéraux, qui donnent avec elles des précipités si apparents.

Mais lorsque la quantité de bichromate est faible, les réactions sont masquées, et ce moyen direct ne donne que des résultats peu certains.

Il faut alors s'occuper uniquement de rechercher le chrome, ce à quoi l'on arrive facilement par le procédé que nous donnons dans le quatrième cas.

TROISIÈME CAS. — *L'individu est vivant; tout le poison est avalé; on ne peut pas se procurer la matière des vomissements.* — La chimie ne peut éclairer en aucune manière ce cas difficile et embarrassant.

QUATRIÈME CAS. — *L'individu est mort.* — On enlève avec soin les matières qui se trouvent dans le tube digestif; on en constate les caractères physiques; on détermine quelle est leur action sur les réactifs colorés; puis on les passe à travers un linge fin; on lave la partie solide qui reste sur le linge, et l'on essaie le liquide obtenu par les sels de plomb, de bismuth, d'argent ou de mercure; ensuite on l'évapore à siccité; on en mêle le résidu à un excès de nitrate de potasse; on jette ce mélange par portions dans un creuset de platine chauffé au rouge; on brûle ainsi la substances organique, et il ne reste qu'une masse de sels inorganiques.

Le produit ainsi obtenu est repris par l'eau distillée, qui, filtrée, tient en solution les sels alcalins, carbonate, azotite, azotate, chromate, sulfate. En ajoutant à la liqueur de l'acide chlorhydrique, alcoolisé par petites portions, afin d'éviter un dégagement trop considérable d'acide carbonique et d'acide azoteux, et en opérant ainsi à la faveur d'une température de 50 à 60 degrés centigrades, cette liqueur, qui, auparavant, était jaunâtre par la présence du chromate de potasse, prend une coloration vert clair, et si l'on vient à la traiter par l'ammoniaque, il se produit un précipité vert sale dont la formation se fait d'autant mieux que l'on soumet ensuite à l'ébullition.

Il s'agit maintenant de prouver que ce précipité est bien l'oxyde de chrome que nous recherchons. Pour cela, on le jette sur un filtre, on le lave avec soin, on le fait sécher à l'étuve; puis on l'essaie au chalumeau sur une perle d'acide borique fondu qu'il colore aussitôt en vert; ensuite on le dissout dans l'acide chlorhydrique; on obtient ainsi une solution de sesquichlorure de chrome, qui, traitée par les alcalis et les carbonates alcalins, donne un précipité vert sale Cr^2O^3, soluble dans un excès de réactif; par le phosphate de soude, un précipité vert, soluble dans un excès de réactif; par le sulfhydrate d'ammoniaque, un précipité d'hydrate de sesquioxyde de chrome.

Conclusions. — Si les matières présentent une coloration jaune; si, après filtration, le liquide obtenu précipite en jaune par les sels de plomb, en jaune par les sels de bismuth, en rouge par les sels d'argent, en rouge brique par les protosels de mercure; si enfin le précipité vert sale obtenu par l'ammoniaque donne une perle verte avec l'acide borique, et si, dissous dans l'acide chlorhydrique, il donne lieu aux mêmes réactions que les sels de sesquioxyde de chrome, on pourra conclure, d'une manière certaine, qu'il existait dans les matières vomies un sel à acide chromique.

Si l'on veut rechercher le toxique dans les viscères, le foie par exemple, on le coupera en morceaux ténus, on le desséchera et on le mélangera avec un excès de nitrate de potasse, on brûlera la matière organique comme dans le cas précédent, on reprendra par l'eau distillée le resídu salin, et l'on opérera absolument comme il a été dit pour les matières vomies.

C'est en suivant ce procédé que j'ai pu, dans les vomissements des sujets de la première et de la deuxième expérience, déceler la présence d'un sel à acide chromique, et, dans le foie du chien de la septième expérience, découvrir des traces de chrome.

Dans le service de M. Ricord, à l'hôpital du Midi, j'ai pu me procurer des urines de vénériens soumis au traitement par le bichromate de potasse; et dans tous les essais que je fis, en suivant le procédé que j'indique, j'y ai manifestement démontré la présence du chrome, alors même que ces individus ne prenaient que de $0^{gr},02$ à $0^{gr},05$ de bichromate de potasse par jour, et que

je n'opérais que sur 800 grammes d'urine, la moitié environ de ce qu'ils rendaient en vingt-quatre heures.

Nous concluons donc que le bichromate de potasse étant un poison très-énergique, pouvant amener la mort chez des chiens de moyenne taille, à la dose de 0gr,25, en l'espace de deux à six jours, ne devrait pas être livré à tout venant sans aucune garantie, mais que sa vente devrait être soumise aux mêmes exigences que les substances arsenicales et les sels mercuriels, ce qui est loin d'avoir lieu, puisque nous avons pu nous procurer des quantités assez considérables de ce toxique, sans aucune difficulté, chez les marchands de couleurs, les droguistes, et même les pharmaciens. (*Journ. de Pharm.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 23 AOUT.

De la suppression du quartier des gâteux dans les asiles d'aliénés.

Voici l'extrait du rapport de M. Londe sur une note de M. le docteur Archambault, ancien médecin en chef du service des hommes à la Maison impériale de Charenton, aujourd'hui directeur d'un établissement privé important d'aliénés.

Dans la séance du 24 juin 1851, dit M. Londe, M. Archambault a entretenu l'Académie d'une amélioration qu'il venait de réaliser dans la Maison des aliénés de Charenton. On se rappelle que M. Archambault, partant de cette observation qne, sauf des circonstances exceptionnelles, les exonérations intestinales n'ont lieu qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures, et avec les caractères ordinaires, chez les aliénés désignés sous le nom de gâteux, et que ces malades ne gâtent que faute d'intelligence pour les diriger dans les habitudes ordinaires de la vie, et non par suite d'un changement dans leur état organique, a conçu l'idée de substituer à l'intelligence absente des malades l'intelligence active du personnel de service, et que c'est par l'application de cette idée simple, c'est-à-dire en conduisant les malades matin et soir à la garde-robe, et en leur faisant présenter plusieurs fois par jour l'urinoir, qu'il est parvenu à ramener ces malheureux à l'état de propreté et aux conditions communes des autres aliénés, et à supprimer entièrement la division des gâteux.

Les tentatives de M. Archambault ont commencé le 1er mai, et le succès a dépassé ses espérances ; les draps, la literie, les vêtements ont cessé d'être souillés, et, depuis le 20 mai, tous les aliénés gâteux de la Maison de Charenton ont repris les vêtements usuels que chacun d'eux avait quittés.

Aujourd'hui, dans le service de M. Archambault, les gâteux, dit M. le rapporteur, n'ont rien dans les vêtements qui les distingue des autres malades; ils occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis sur des sièges et des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoir, en un mot, dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse les distinguer des autres divisions de la maison.

Ainsi, dans l'intervalle de vingt jours, a été tentée et exécutée, avec un succès qui ne s'est point démenti, une mesure d'hygiène destinée à faire disparaître une des plaies les plus humiliantes et les plus affligeantes de l'humanité.

La commission a été mise en demeure de se prononcer sur une question de priorité. En effet, depuis la lecture du travail de M. Archambault, plusieurs lettres ont été adressées pour réclamer la priorité de l'idée et du succès. Ces lettres sont de M. Renaudin, directeur de l'asile de Maréville; de M. Girard, médecin de l'asile d'Auxerre; et de M. Morel, médecin des aliénés de Maréville.

M. le rapporteur, après avoir examiné attentivement les motifs de ces diverses réclamations, résume le jugement de la commission en ces termes :

De tout ce qui précède, il résulte que l'amélioration de la position des gâteux, cette plaie qui semblait la plus incurable des établissements d'aliénés, occupe depuis longtemps les médecins éclairés et consciencieux qui dirigent ces établissements; qu'avant M. Archambault, beaucoup de moyens analogues à ceux qu'il mentionne ont été conseillés, beaucoup d'efforts même ont été tentés, mais sans produire autre chose qu'un palliatif au mal existant ; qu'en aucun lieu, on n'est arrivé à le couper dans sa racine, et qu'enfin c'est à M. Archambault qu'appartient l'honneur d'avoir obtenu un résultat complet, entièrement satisfaisant, et d'avoir, en un mot, fait totalement disparaître des établissements d'aliénés le quartier des gâteux.

La commission propose, en conséquence, d'adresser des remerciements à M. Archambault, et, pour consacrer la date d'une réforme importante, d'ordonner le renvoi de son mémoire au comité de publication. Ces conclusions sont adoptées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Une lettre particulière nous informe de la mort du célèbre chirurgien anglais, M. Bransby Cooper, chirurgien de Guy's Hospital, fils aîné de Lovick Cooper, et neveu de l'illustre Astley Cooper. Bransby Cooper est mort subitement, le jeudi 18 août, dans l'Atheneum-club. Il souffrait depuis quelque temps d'une affection de la gorge ; mais il se trouvait beaucoup mieux pendant les deux jours qui ont précédé sa mort, et le jour même de l'événement fatal on l'avait vu se promener dans Lincoln's in Fields. Bransby Cooper était né à Great-Yarmouth, le 2 septembre 1792, et était par conséquent âgé de 61 ans.

— *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* — La première séance du concours pour la place de chef des travaux anatomiques a eu lieu le mardi 16 août. M. Gerdy, absent pour cause de maladie, a été remplacé, comme nous l'avions prévu, par M. Nélaton, qui était premier suppléant. Des cinq compétiteurs, deux se sont retirés, MM. Fano et Giraldès, ce dernier à cause de l'accident dont nous avons entretenu nos lecteurs. La première épreuve (préparations sèches) doit répondre à cette question : *Anatomie de l'urètre de l'homme.*

— Un journal nous apporte la relation suivante d'un nouvel exemple de contagion de la morve du cheval à l'homme :

Un douloureux événement est arrivé dans notre ville : un malheureux palefrenier, qui soignait des chevaux atteints de la morve, est mort de cette affreuse maladie.

Trois médecins ont fait l'autopsie du corps de cet homme, et, par une grande fatalité, tous trois se sont légèrement coupés pendant cette opération. Une cautérisation très-prompte a prévenu les dangers de ce dernier accident. (*Journal de Rouen.*)

— Nous recevons trop tard pour l'insérer le discours prononcé par M. Durand-Fardel aux obsèques de M. Prunelle; ce sera pour le prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

Iconographie ophthalmologique, ou Description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'Anatomie pathotogique, la Pathologie et la Thdrapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin oculiste des maisons d'éducation et de la Légion d'honneur. — Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons composées chacune de 28 pages de texte grand in-4° et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin. — Une livraison paraîtra toutes les six semaines. — Les livraisons 1 à 6 sont en vente. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.— Prix de chaque livraison : 7 fr. 50 c.

Des Granulations Méningiennes. Thèse de la Faculté de Paris, par M. le docteur Ern. Faivre, ancien élève des hôpitaux civils de Paris. — Au Bureau du Journal. — Prix : 2 fr.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS, — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 104. 1re année. Mardi 30 Août 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Un officier de santé peut-il exercer dans un département autre que celui où il a été reçu, lorsqu'il y est autorisé par le ministre et que l'autorisation est mentionnée sur son diplôme ? — Séance de la Société de chirurgie du 4 août. — Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses, par M. le Dr Abeille. — De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement, par M. le Dr Alex. Mayer. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON.**

Paris, le 29 août 1853.

Un officier de santé peut-il exercer dans un département autre que celui où il a été reçu, lorsqu'il y est autorisé par le ministre et que l'autorisation est mentionnée sur son diplôme ?

Nous avons été consulté un grand nombre de fois sur la question de savoir si un officier de santé pouvait exceptionnellement exercer ailleurs que dans le département où il a été reçu ; aux questions qu'on nous a adressées à cet égard nous avons toujours répondu négativement, dans une correspondance privée. La loi, en effet, est si formelle, la question s'est présentée un si grand nombre de fois devant les tribunaux, qu'un article général sur cette question n'aurait pu avoir aucun intérêt. Aujourd'hui, un honorable confrère nous la pose sous une forme en apparence plus compliquée, et qui, pour cette raison, pourra peut-être intéresser quelques-uns de nos lecteurs. Un officier de santé, dit notre honorable correspondant, peut-il exercer dans un département où il n'a pas été reçu, lorsque le libellé de son diplôme porte ces mots : « pour exercer dans le département de . . . . » Nous disons que la question ainsi posée n'est compliquée qu'en apparence. En effet, les termes de la loi sont tellement absolus qu'il n'y a aucune exception possible. « Les officiers de santé, dit-elle, ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury. »

Cette loi, il faut le reconnaître, et un de nos écrivains les plus distingués, M. Al. Mayer, l'a surabondamment démontré dans une série d'articles, publiés dans la *Presse médicale*, sur les intérêts professionnels, cette loi ne saurait être justifiée par aucune raison solide, pas plus pour les officiers de santé que pour les pharmaciens reçus par un jury. Mais enfin, telle qu'elle est, c'est la loi, et il faut la respecter jusqu'à ce que le législateur en ait autrement décidé.

A diverses reprises, les ministres, les préfets mêmes, se basant sur des considérations plus ou moins fondées, quelquefois très-justes, ont donné par écrit des autorisations contraires à la prescription de la loi de ventôse

FEUILLETON.

Mes devanciers ont tracé une voie que je me propose de suivre. L'abondance des matériaux que renferment aujourd'hui nos bulletins ne permet plus de faire mention, dans le compte rendu, de toutes les pièces, de toutes les communications, de toutes les discussions qui rendent nos séances si instructives.

Je serai obligé de me restreindre à une analyse raisonnée de vos travaux les plus importants, de ceux surtout qui ont mis en lumière des faits rares, des vues nouvelles, des déductions originales.

I.

Anatomie et physiologie normales.

L'anatomie et la physiologie normale tiennent, cette année, une place importante dans nos bulletins. Les communications de ce genre, qui nous ont été faites, sont relatives à la forme de l'utérus aux différents âges, à celle de l'estomac pendant les diverses périodes de la digestion, à l'anatomie des bourses muqueuses, enfin à l'étude de l'ossification du squelette.

Utérus. — Vous n'avez pas oublié la discussion mémorable que souleva, il y a quelques années, devant l'Académie de médecine, la question des engorgements de l'utérus. M. Velpeau soutint que ces prétendus engorgements sont presque toujours des déviations. L'assertion du professeur de la Charité parut d'abord fort étrange, parce que les déviations de l'utérus hors de l'état de grossesse étaient alors considérées comme des affections très-rares, tandis qu'il est très-commun d'observer les symptômes attribués à l'engorgement utérin.

L'idée émise par M. Velpeau ne fit donc pas fortune à l'Académie, mais l'attention était éveillée. On examina sur le vivant, on chercha sur le cadavre, et on reconnut que les déviations utérines, loin d'être aussi rares qu'on le pensait, étaient au contraire extrêmement fréquentes. Vous connaissez les travaux récents qui ont été faits sur cette question, et les heureuses modifications qui ont été introduites, depuis quelques années, dans la thérapeutique des affections utérines. Mais il restait encore un point à élucider. L'origine et la nature de ces déviations avaient besoin d'être précisées. C'est dans ce sens que notre habile collègue, M. Boullard a entrepris ses recherches.

L'étude de l'utérus aux divers âges de la vie l'a conduit à des résultats d'une haute importance. L'antéflexion de l'utérus, considérée d'abord comme très-rare, puis comme très-fréquente, était rangée, en tout cas, au nombre des états pathologiques. Eh bien ! messieurs, c'était une erreur. Elle existe constamment sur les petites filles au moment de la naissance ; elle persiste jusqu'à la puberté, jusqu'à l'âge adulte, et ne s'efface dans l'état ordinaire des choses, que chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants.

Ce résultat était tellement inattendu, que plusieurs d'entre nous refusèrent d'abord d'y croire ; mais il fallut bien se rendre à l'évidence matérielle, et toutes les hésitations disparurent le jour où M. Verneuil (1), au milieu d'une discussion que cette question avait soulevée, pratiqua, séance tenante, l'autopsie d'une

(1) *Bulletin*, p. 250.

an XI; mais toujours ces autorisations ont été annulées par les tribunaux, quand des contestations se sont élevées touchant leur validité. Nous nous rappelons, entre autres exemples, celui d'un officier de santé reçu à Paris et autorisé, en 1847, par M. le Ministre de l'instruction publique, à exercer dans le département de l'Eure. M. le procureur du roi ayant néanmoins poursuivi l'officier de santé, le tribunal annula l'autorisation ministérielle, et condamna celui pour lequel elle était faite.

Au reste, depuis trois ans, M. le Ministre, de même que tous les fonctionnaires administratifs, s'est fait une règle absolue de ne jamais délivrer des autorisations contraires à l'art. 29 de la loi du 19 ventôse, autorisations qui ont été très-fréquentes pendant les trente dernières années. Il est donc bien reconnu aujourd'hui que l'interdiction prononcée par cet article est absolue, et que nulle autorité ne peut la lever. Nous ajoutons que les autorisations mentionnées sur le libellé même des diplômes n'ont jamais été accordées par le jury de réception ou sur sa recommandation, mais bien par l'autorité administrative.

Séance de la Société de chirurgie du 4 août.

(Affection cancéreuse développée sur le maxillaire supérieur. — Résection partielle de l'os. — Guérison rapide.)

Quand la chirurgie s'attaqua aux affections siégeant sur les os de la face, elle ne put beaucoup oser que graduellement, elle ne s'aventura dans ce nouveau champ que lorsque des connaissances anatomiques plus appronfondies, une dogmatisation rationnelle des faits fournis par le hasard eurent démontré la possibilité et l'innocuité de ces vastes mutilations devant lesquelles il ne reste actuellement presque plus de limites. Ainsi, voyons-nous maintenant se régulariser et rentrer dans le domaine le plus commun de la chirurgie opératoire, la résection de toutes les parties du squelette de la face. Les faits de résection d'un des des deux maxillaires supérieurs ne se comptent plus, et dans une récente discussion de la Société de chirurgie, M. Robert a pu dire que déjà quinze fois il avait enlevé le maxillaire supérieur, et cela sans avoir jamais éprouvé de revers. Quand il fut bien démontré combien il était possible de réséquer de grandes portions des os de la face, on s'efforça alors de diminuer les pertes de substances, en ménageant avec soin les parties saines, en ne retranchent bien strictement que les parties malades. De cette disposition conservatrice, sont nés de nombreux sous-procédés qui dans cette région, en apparence si restreinte, mais en réalité si riche en maladies, trouvent de nombreuses applications.

Ainsi, quand le fait de Flaubert, relatif à une affection inattaquable par les procédés ordinaires eut prouvé que le chirurgien pouvait oser, pour atteindre un polype fixé à la base du crâne, enlever l'os maxillaire, on dut ensuite se demander s'il était toujours bien nécessaire de s'ouvrir un aussi grand chemin pour mener l'opération à bonne fin; on voulut alors, et suivant les besoins, ménager telle ou telle partie de l'os; tantôt on arrivait dans le pharynx, en laissant en place toute la voûte palatine; tantôt cette voûte palatine seule sautait, l'orbite conservant ainsi son plancher, et nous avons entendu notre habile confrère, M. Nélaton, dire qu'il avait déjà imaginé et appliqué une dizaine de procédés divers de résections partielles du maxillaire supérieur.

Un jeune chirurgien, notre excellent ami M. A. Guérin, vient d'exécuter à la maison de santé du faubourg Saint-Denis, une résection qui nous a paru donner les plus heureux résultats comme rapidité d'exécution et comme cicatrice. Nous pensons être utile en publiant ce fait avec le détail exact du manuel opératoire.

Un homme d'une forte et robuste constitution, âgé de 55 ans, fut admis à la Maison de santé, dans le service de M. Monod, pour y être traité d'une affection de mauvaise nature ayant envahi le maxillaire supérieur droit.

Cet homme est né de parents sains, et lui-même a toujours joui d'une parfaite santé; il est cultivateur. Au mois de novembre dernier il éprouva pour la première fois, nous dit-il, un sentiment de cuisson pénible dans la région palatine contre le rebord alvéolaire. Cette sensation, qui d'abord n'était appréciable que pendant l'acte de la mastication, devint peu à peu constante, en même temps se montrait du gonflement.

En janvier, cette partie devint le siége d'une ulcération douloureuse, saignante, toujours bornée à la partie droite de la voûte palatine, laissant les dents solides et non douloureuses. Ce malade supporta péniblement ces accidents, qui allèrent en s'aggravant. La bouche était remplie d'une sanie purulente, fétide. Après avoir en vain employé plusieurs traitements, ce malade se décida à venir à Paris; ce fut alors qu'il entra à la maison de santé. M. Nélaton l'avait vu avant son entrée, et il fut d'avis que l'affection de mauvaise nature ayant envahi la voûte palatine devait être enlevée. M. Guérin, remplissant par intérim les fonctions de M. Monod, fut aussi de cet avis; mais en raison de la

---

petite fille à terme, qu'un de nos collègues avait portée à la Société dans un autre but.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer, messieurs, combien est important l'élément nouveau que la découverte de M. Boullard vient d'apporter dans la question des affections utérines. Je n'entrerai pas, à cet égard, dans tous les développements que le sujet comporterait, parce que notre collègue en a fait l'objet de sa dissertation inaugurale (1).

Estomac. — Digestion. — La forme de l'estomac, aux divers temps de la digestion, a donné lieu à une communication de M. Broca. Everard Home avait déjà remarqué que chez les animaux tués pendant le travail de la digestion, l'estomac prenait une forme biloculaire. A l'appui de cette assertion, M. Bérard a rapporté le fait d'un ouvrier mort quelques heures après avoir mangé. L'estomac était divisé en deux par une sorte d'étranglement (2). Le *Bulletin* de l'année dernière contient un fait analogue recueilli par M. Labat (3). Une femme meurt subitement pendant un repas, dans un accès de suffocation. A l'autopsie, l'estomac était tellement resserré à sa partie moyenne que le présentateur crut à l'existence d'un étranglement de cause organique. M. Deville n'eut pas de peine à démontrer qu'il n'en était rien. Il introduisit les doigts dans la portion rétrécie, et par une traction légère, il rendit aussitôt à l'organe sa forme la plus normale. Enfin, messieurs, dans le cours de cette année, M. Broca vous a montré la même disposition sur l'estomac d'un supplicié; il y a joint un dessin exécuté par M. Beau, et représentant l'estomac d'une femme décapitée l'année dernière (1). Dans les deux cas, il y avait en premier lieu une striction circulaire considérable séparant la grosse tubérosité du reste de l'estomac, et de plus, dans la portion pylorique, on apercevait un autre étranglement beaucoup moins prononcé que l'autre. Les matières alimentaires remplissaient le grand cul-de-sac, et le reste de l'estomac n'en contenait qu'une quantité insignifiante. On sait que les suppliciés font, en général, un repas au moment de marcher à l'échafaud.

Pour expliquer cette forme biloculaire de l'estomac, dans les premiers instants qui suivent l'ingestion des aliments, notre collègue invoque la contraction d'une anse musculaire très-prononcée, qui fait suite aux fibres longitudinales de l'œsophage, et qui embrasse l'estomac en dedans de la grosse tubérosité. De ces faits, il est juste de conclure qu'au début du travail de la digestion les matières ne se répandent pas uniformément dans tout l'estomac, et qu'elles s'arrêtent d'abord dans le grand cul-de-sac qui est alors séparé du reste de l'organe par une striction circulaire; mais il faut remarquer aussi que les faits connus jusqu'ici ont été recueillis sur des personnes mortes de mort violente.

Cette condition paraît nécessaire pour que l'estomac reste dans l'état de contraction où il se trouve au moment de la mort.

Ce serait ici le lieu de vous entretenir des recherches de M. Broca sur l'ostéogénie, et de celles de M. Verneuil sur les bourses muqueuses de la région cervicale; mais, comme les faits découverts par nos deux collègues ont immédiatement

---

(1) Boullard, Quelques mots sur l'utérus (*thèse inaug.*, Paris, 1853).

(2) Gérard, *Cours de phys.*, t. II, p. 61.

(3) *Bulletin* de 1851, p. 87.

(1) *Bulletin* de 1852.

délimitation très-manifeste du mal, il pensa que la résection simple de la voûte palatine suffirait pour extirper la totalité du mal.

Voici le procédé auquel il s'arrêta.

L'opération fut pratiquée le 1er août en présence de M. Nélaton et de plusieurs chirurgiens.

M. Guérin voulut, pour l'incision des parties molles, suivre le procédé qui, sans aucun doute et avant peu, sera préféré par tous les chirurgiens, c'est-à-dire qu'il fit marcher son bistouri dans l'une des lignes des fractures normales de la face. Un bistouri pointu, plongé de bas en haut par la face interne de la joue, vint ressortir à la partie supérieure du sillon nazo-labiale à son point de convergence avec la partie supérieure du sillon qui dessine la narine. Ce repli, qui, chez les sujets d'un certain âge, est profondément marqué, descend obliquement en dehors, venant finir à environ un demi-centimètre en dehors de la commissure labiale, et sur le même plan qu'elle. Le bistouri suivit régulièrement cette ligne.

Cette première incision, rapidement faite, fut conduite par une petite section arrondie jusqu'à la commissure : le tout sans que le bistouri ait abandonné la plaie. Il fut alors facile de relever les deux lambeaux et de les disséquer pour mettre à nu toute l'étendue de la partie de l'os qui devait être sacrifiée.

Les dents avaient été arrachées préalablement. Alors commença la section des os, qui fut faite de la manière suivante :

Un trait de scie dirigé de haut en bas divisa l'apophyse molaire du maxillaire supérieur; puis, le voile du palais étant coupé transversalement au niveau de son bord adhérent, la partie horizontale de l'os maxillaire supérieur, fut coupée d'avant en arrière par une pince de Liston portée le long de la cloison des fosses nasales.

Cette cisaille, étant ensuite introduite dans la narine, coupa transversalement l'apophyse montante du maxillaire supérieur et divisa les parois du sinus maxillaire jusqu'à la rencontre du trait de scie fait sur l'apophyse molaire.

L'os a été divisé transversalement immédiatement au-dessous du trou sous-orbitaire, et la partie circonscrite par les sections de la scie et de la cisaille de Liston est tombée sans qu'on ait eu besoin d'exercer ces tractions qui ajoutent si souvent aux douleurs inséparables d'une semblable opération.

Le malade supporta avec un grand courage tous ces temps de l'opération. Il perdit une assez grande quantité de sang, néanmoins une seule artère volumineuse fut liée, c'était une des labiales.

Le pansement se fit avec une extrême simplicité. Les lambeaux, coupés un peu obliquement, se trouvaient avoir des lèvres taillées en biseau, de telle façon que le lambeau interne dont la coupe en biseau était faite aux dépens de sa face interne s'appliqua avec une régularité parfaite sur le lambeau externe dont la base offrait la disposition inverse. Quatre points de suture et une serre-fine suffirent pour bien réunir la plaie.

Une petite hémorrhagie en nappe, sourdissant des surfaces saigeantes, fut immédiatement réprimée à l'aide d'un pinceau imprégné d'une solution de perchlorure de fer.

L'examen attentif de l'os enlevé et de la plaie démontra que le chirurgien avait complétement isolé et enlevé les parties malades. Les suites de cette opération furent aussi simples que possible. La cicatrice de la peau parfaite reste à peine perceptible, et quinze jours après le malade était présenté à la Société de chirurgie.

Le procédé suivi par M. Guérin nous paraît très-bon. L'incision des parties molles, faite suivant les lignes naturelles du visage, assure un résultat aussi avantageux que possible. Comme nous le disions, cette méthode ne peut manquer de se généraliser. Nous avons vu récemment à la Société de chirurgie une jeune fille ayant subi l'ablation de la totalité du mamillaire supérieur. M. Gerdy avait fait son incision suivant cette méthode. Ainsi elle longeait le nez, contournait la narine et venait ensuite rejoindre et suivre le sillon médian de la lèvre supérieure. La cicatrice était à peine visible ; ajoutons, quant à la facilité pour le chirurgien d'atteindre l'os à enlever, que ces exemples démontrent l'inutilité dans la presque totalité des cas, des incisions transversales, qui ont le double inconvénient de laisser une cicatrice plus apparente et quelquefois de déterminer des accidents dus à la lésion du canal de Stenon ou à la proximité de cet organe. La manière dont M. Guérin a reconnu la partie d'os à scarifier, est d'une exécution facile et rapide autant que sûre.

Nous signalerons enfin en terminant l'avantageuse application de la solution de perchlorure de fer pour arrêter ces hémorrhagies en nappe qui quelquefois nécessitent l'emploi du cautère actuel.

P. S. La pièce pathologique, examinée au microscope par M. Follin, ne parut contenir aucune trace de cellules cancéreuses.

Après un discours de M. Roux sur le chloroforme, nous signalerons : 1° la lecture d'un bon rapport M. Morel-Lavallée sur une observation de hernie traumatique du poumon, suivie de guérison communiquée par M. Gustave Dufour, médecin aide-major au 3e régiment de Spahis.

2° Un rapport de M. Follin sur un cas de cancer de la lèvre supérieure enlevé, et sur la réparation de la perte de substance par le procédé de A. Bérard, observation communiquée par M. Combe.

---

reçu leur application et ont servi à éclairer l'histoire du rachitisme et celle des kystes du cou, je préfère la réserver pour le chapitre de l'anatomie pathologique.

II.

Anomalies et monstruosités.

De nombreuses communications nous ont été faites cette année sur ce sujet. Plusieurs d'entre elles sont intéressantes par elles-mêmes, à cause de leur rareté ; d'autres présentent un intérêt d'un autre genre, en ce sens qu'elles infirment certaines théories relatives aux vices congéniaux de conformation.

Avant d'aborder ce dernier point, permettez-moi de vous exposer en abrégé les principaux faits de tératologie qui vous ont été soumis. Sacrifiant aux usages reçus, je diviserai ces faits en trois groupes : les anomalies par excès, les anomalies par défaut et les anomalies par écart.

1° *Anomalies par excès.* — Deux monstres doubles nous ont été présentés cette année. Quoiqu'ils rentrent dans les faits connus, ils méritent d'être cités.

Le premier surtout offre quelques particularités dignes de fixer votre attention.

Vous savez tous, messieurs, que le génie de Geoffroy-Saint-Hilaire osa tenter un jour de mettre de l'ordre jusque dans ces apparents désordres de la nature qu'on appelle des monstruosités. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, s'inspirant des travaux de son père, a mis la dernière main à son œuvre. Il n'est pas de cas aujourd'hui qui ne rentre dans le cadre qu'il a du même coup si bien tracé et si bien rempli.

Parmi les monstres doubles, en laissant de côté ceux qu'il nomme à bon droit parasitaires, il reconnaît trois grands groupes :

1° Ceux qui, développés dans toutes leurs parties, sont réunis seulement par une portion limitée de leur corps;

2° Ceux qui, complétement développés dans la partie inférieure du corps, tendent à se confondre vers l'extrémité céphalique ;

3° Ceux qui, libres par l'extrémité céphalique, tendent à se confondre vers les parties inférieures.

Des deux cas qui ont été présentés cette année, l'un rentre dans le premier groupe et l'autre dans le troisième.

Le premier, en effet, a été présenté par M. Bucquoy (1) sous le nom de *diplogénèse, monstre homœadelphe, à corps et à tête doubles.*

Voici le fait :

Une femme avorte à trois mois d'un fœtus double; les deux embryons sont complets et unis, depuis la partie supérieure du cou jusqu'au niveau de l'ombilic, par les faces latérales du cou, du thorax et de l'abdomen; ces deux rachis sont très-rapprochés en arrière, et, en avant; un sternum commun unit les côtes droites de l'un des fœtus aux côtes gauches de l'autre. Les membres sont au nombre de quatre pour chaque fœtus, et ne présentent aucun vice de conformation. Il n'y a qu'un seul cordon ombilical. Les organes internes offrent la disposition suivante : derrière le sternum commun, on trouve un cœur unique contenu dans son péricarde entre deux poumons bien développés, dont l'un appartient au fœtus droit et l'autre au fœtus gauche. En arrière du cœur, on voit deux autres poumons, mais on cherche vainement un second cœur. Le diaphragme est très-dis-

(1) Page 495.

Dans notre prochain numéro, nous donnerons la suite de la discussion sur le chloroforme. E. L.

Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses,

Par M. le Dr Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

A-t-on guéri des abcès par congestion à l'aide des injections iodées? quelle est, en définitive, la part qui revient à ces injections dans les cures obtenues pour les cas connus? Peut-on les instituer comme une méthode générale de traitement ayant la prétention de guérir l'altération osseuse et la poche purulente, tous les autres moyens mis en usage ne venant que sur un plan secondaire comme accessoires essentiellement utiles, mais non absolument indispensables, ou bien doit-on faire de ce nouveau traitement un simple procédé de plus ajouté aux méthodes généralement en vigueur, mais un procédé tellement important qu'il serait regrettable de ne pas le voir mettre à exécution?

Nous nous sommes posé ces diverses questions avec la ferme conviction de pouvoir les résoudre à l'aide des faits qui se sont produits dans ces derniers temps. Il y aurait quelque chose de mieux à faire pour juger plus rigoureusement la valeur de ce nouveau procédé : ce serait d'établir la proportion des succès et des insuccès et itérativement de comparer les résultats avec ceux fournis par les autres méthodes.

Mais un tel relevé ne peut fournir que des données approximatives. On peut supposer, en effet, qu'on n'a peut-être pas publié tous les cas où les injections d'iode ont été essayées, et que, parmi ceux restés dans les cartons des opérateurs, le plus grand nombre constituent peut-être des non-réussites.

Quoi qu'il en soit, nous essayerons de remplir cette tâche avec les éléments qui existent.

Il serait impossible d'arriver à une solution quelque peu satisfaisante, si nous ne cherchions à débrouiller dès à présent cette confuse interprétation donnée au mot abcès par congestion. Les débats de la Société de chirurgie, composée d'hommes qui représentent sous tous rapports l'état actuel de la science, nous ont fourni plus d'une fois l'occasion de constater combien est grande pour les uns l'extensibilité de ce mot, tandis que d'autres lui imposent une restriction que ne justifie point la logique des faits.

Sous le nom d'abcès par congestion, les anciens désignaient les collections purulentes qui se forment sans avoir été précédées par un travail phlegmasique local. Cette définition était évidemment erronée, puisqu'elle confondait des affections essentiellement distinctes, les abcès froids proprement dits et les abcès symptomatiques ou avec altération osseuse.

Ce sont les chirurgiens du siècle dernier qui ont restreint d'abord la signification de ce mot, en ne l'employant que pour désigner les amas de pus, qui, ayant pour point de départ une lésion d'os, viennent se montrer dans une région plus ou moins éloignée de leur source. Beaucoup de nos chirurgiens contemporains s'en tiennent encore à cette acception, tout attaquable qu'elle est.

M. Nélaton ne donne pas d'autre définition de l'abcès par congestion dans son traité devenu classique.

Boyer, dont les opinions imposent encore le respect à plus d'un titre, a proposé de ne dénommer ainsi que les abcès causés par la carie du corps des vertèbres, ou d'une grande articulation comme celle du fémur avec le bassin; ce grand chirurgien voulait cependant établir une distinction toute pratique quand il dit: «Toutes les caries de la colonne vertébrale ne sont pas accompagnées d'abcès par congestion. L'ouverture d'un grand nombre de personnes mortes de cette maladie, m'a fourni l'occasion de remarquer que, quand la carie est superficielle, elle est suivie d'un abcès par congestion, et que, lorsqu'elle attaque profondément le corps des vertèbres, dont elle change la substance en une espèce de putrilage, elle donne lieu à la courbure de l'épine, et constitue l'affection qu'on appelle mal vertébral de Pott (Tome 1er, page 86 de son *Traité de Chirurgie.*) »

Ainsi, pour Bayer, l'abcès par congestion et le mal de Pott étaient deux affections distinctes. Il faut bien avouer que s'il n'était pas absolument dans le vrai, il avait raison cependant en partie. Ne voit-on pas, en effet, et assez souvent, le mal de Pott exister sans abcès, ni sessile, ni migrateur? Et, quand il est suivi d'abcès, celui-ci n'est-il pas quelquefois, nous dirions presque dans les cas les plus graves, situé sur la lésion osseuse même, ce qui l'éloignerait de la définition donnée par les chirurgiens du siècle dernier et acceptée par beaucoup de contemporains?

Voyons, en effet, comment Dupuytren définit l'abcès par congestion : C'est, dit-il, dans son article Abcès du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie,* une collection purulente symptomatique amassée loin de l'altération osseuse.

Or, en prenant cette définition dans son sens rigoureux, n'exclue-t-elle pas immédiatement les abcès sessiles ou situés sur place qui suivent le mal de Pott? et pourtant, aussi bien à cause de la gravité que du genre d'altération osseuse et des conséquences pratiques pour le traitement, ces derniers ne méritent-ils pas de prendre place parmi les abcès par congestion?

M. Velpeau regarde comme abcès par congestion tous ceux

---

tinct et paraît unique. On ne trouve qu'un foie. Le tube intestinal est simple dans sa moitié supérieure et bifurqué dans la moitié inférieure du tronc. Des deux côtés de chaque colonne vertébrale, on aperçoit trois corps superposés, qui sont le rein, le corps de Wolf et le testicule; les deux embryons sont mâles.

Dans les monstres de cet ordre, l'union peut se faire au-dessous de l'ombilic, de bassin à bassin, ou au-dessus de l'ombilic, et alors, en partant toujours de la région ombilicale, elle peut remonter à une hauteur variable, tantôt seulement jusqu'à l'épigastre, tantôt jusqu'à la poitrine, tantôt enfin jusqu'au niveau des cavités buccales, qui se confondent en une seule. Toujours, en pareil cas, c'est par les organes homologues que s'effectue la réunion des deux embryons. A ces différents degrés de fusion, correspondent autant de genres. Le fait qui nous occupe trouve sa place entre les *ectopages* (1), qui sont réunis depuis l'ombilic jusqu'au sommet du thorax, et les *hémipages,* chez lesquels la réunion remonte jusqu'à la cavité buccale. Nous avons vu, en effet, que les deux embryons étaient accolés jusqu'à la partie supérieure du cou, mais que les deux têtes et les deux faces étaient indépendantes. Outre cette première particularité, qui établit pour ainsi dire une transition entre les deux derniers genres de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, nous noterons l'existence exceptionnelle d'un cœur unique et la fusion de la partie supérieure des tubes intestinaux, fusion qui ne s'est pas rencontrée jusqu'ici dans les cas analogues.

Le second fait, avons-nous dit, rentre dans le troisième groupe. Il a été présenté par M. Depaul (1). Un fœtus de deux mois environ présente deux têtes portées par un tronc unique.

Les deux têtes sont reconnaissables et offrent chacune une bouche et deux yeux. En arrière, le crâne est peu développé; il est remplacé par deux poches parfaitement distinctes pour chaque tête. Il n'y a pas de substance cérébrale dans leur intérieur. Ce cas appartient à l'ordre des *monosomiens*, c'est-à-dire qu'il y a confusion complète des deux corps, y compris le cou, et au genre des *opodymes*, ce qui signifie que la réunion se fait entre les deux faces au niveau de la région oculaire.

2° *Anomalies par défaut.* — Je ne ferai que vous rappeler un fait présenté par M. Béchet (2). L'absence de la partie inférieure du rectum nécessita l'établissement d'un anus artificiel qui fut pratiqué sans succès par la méthode de Littre.

J'insisterai davantage sur l'absence de certains membres ou de certaines portions de membres; plusieurs faits de ce genre, importants à plus d'un titre, nous ont été montrés. Permettez-moi de vous en donner une courte analyse.

M. Louis Blin (3) nous a montré les quatre membres d'un homme chez lequel une phalange manquait au cinquième doigt de chaque main et au cinquième orteil de chaque pied; en même temps les deux derniers os du métacarpe ou du métatarse étaient, sur les quatre membres, soudés par leur partie postérieure. Il existait, en outre, plusieurs anomalies musculaires sur les mains et les avant-bras, les pieds

(1) Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, *Tératologie,* t. III, p. 99.

(1) Page 45.
(2) Page 171.
(3) Page 376.

qui sont symptomatiques d'une altération vertébrale. Cette acception est trop large ou trop restreinte; trop restreinte, parce qu'elle tendrait à exclure les abcès symptomatiques des lésions des grandes articulations; trop large, parce qu'elle groupe sur la même ligne les abcès distants et sur place qui accompagnent les lésions vertébrales.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* ne font que perpétuer la définition de Dupuytren. Les abcès par congestion, disent-ils, sont des collections purulentes qui, fournies par les os malades, se forment sans douleur, sans chaleur, sans rougeur et font saillie à la peau à une certaine distance du lieu où le pus s'est formé. Ils appartiennent à la catégorie des abcès froids symptomatiques.

On voit que de toutes les définitions que nous venons de citer il n'en est aucune qui satisfasse pleinement l'esprit et permette de s'entendre complétement, quand il s'agit de discussion sur un traitement nouvellement établi. Ce qui est un abcès par congestion pour l'un, ne l'est pas pour l'autre; il n'y a ensuite aucune parité à établir entre un abcès par congestion causée par une lésion superficielle du corps des vertèbres, avec celui qui résulte d'une lésion profonde; la nature elle-même des lésions implique nécessairement des différences à établir.

M. Gerdy a envisagé le sujet d'une manière plus large. Il établit, parmi les abcès symptomatiques d'altérations osseuses, une distinction importante et qui permet au moins de s'entendre, quand il les sépare en sessiles et en migrateurs : les premiers, situés sur la lésion osseuse même; les seconds, situés plus ou moins loin.

Avec une semblable division, on ne préjuge rien sur la nature de l'altération osseuse, sur son étendue et partant sur la gravité de l'abcès; elle laisse la faculté, au contraire, de grouper sur divers plans les divers cas traités, et de pouvoir établir d'une manière à peu près sûre les conditions qui se prêtent le mieux au succès du traitement.

Il est, en effet, bien prouvé que le genre d'altération osseuse, son étendue et sa situation ont, ainsi que les conditions individuelles, une large part sur l'issue définitive des abcès dits par congestion.

En ce qui concerne ceux qui sont liés à une lésion des vertèbres, n'est-il pas de la dernière évidence que si cette lésion est superficielle, due simplement a une ostéite qui se termine par l'exfoliation des parties nécrosées, ils sont beaucoup moins graves que s'il s'agit d'une lésion profonde et surtout d'une lésion de nature tuberculeuse? Une lésion de peu d'étendue, bien circonscrite, suscite un abcès qui, toutes choses égales, a plus de chances de curabilité que quand il y a une altération étendue occupant plusieurs corps de vertèbres, susceptible de s'accroître encore par la nature du mal qui tend sans cesse à gagner; et pourtant, dans chacun de ces cas, on est autorisé à dire qu'il y a abcès par congestion, tant cette expression est vague et prête à l'élasticité. D'autre part, si on voulait, à l'exemple de quelques rares chirurgiens, ne dénommer ainsi que les collections purulentes liées au mal vertébral de Pott, on tomberait dans une exagération opposée, car bien qu'il n'y ait pas d'incurvation vertébrale dans certains cas, la lésion est d'une énorme gravité et entraîne presque fatalement la perte des sujets.

Pour tous ces motifs, nous accepterons la division établie par le professeur Gerdy, et nous récapitulerons, en nous y conformant, tous les faits où on a mis en pratique les injections iodées. Ce travail aura un côté réellement pratique et permettra d'asseoir un jugement définitif sur la question qui nous occupe.

Un mot encore avant de citer les observations. Quels étaient les résultats obtenus par les méthodes ordinaires, avant qu'on eût introduit dans la pratique les injections d'iode comme nouveau procédé de traitement?

Il est certain, d'après l'aveu de tous les auteurs, que l'issue des abcès par congestion était très-exceptionnellement heureuse. Il est même des hommes du plus haut mérite qui n'ont pas craint de proclamer l'impuissance absolue de l'art, et qui, en présence des accidents formidables qui accompagnent fréquemment leur ouverture, ont presque conseillé d'en confier le soin à la nature, ou de ne s'y résoudre que quand les téguments menacent de se dilacérer.

Il convient de dire, toutefois, que ce pronostic ne doit point s'appliquer, dans leur pensée, à toute une série d'abcès qu'à bon droit on peut appeler par congestion, lorsque d'autres leur refusent cette dénomination; et nous ne serions pas étonné que ce soit, grâce à cette confusion de langage, que les uns regardent à peu près comme chose impossible de guérir, tandis que d'autres plus réservés considèrent la guérison, non-seulement comme possible, mais encore comme assez fréquente.

Faisons remarquer encore, après avoir admis cette gravité plus prononcée dans certains cas que dans d'autres, qu'en dehors de la lésion osseuse même, il est des circonstances qui ajoutent au danger existant, et sont susceptibles d'abréger notablement les jours déjà sérieusement compromis des malades.

Quand MM. Velpeau et Nélaton se refusèrent presque à ouvrir le sac purulent, c'est qu'ils ont été frappés de la fréquence des accidents qui accompagnent cette opération. Ceci est cependant tout à fait en dehors de la lésion osseuse. Ainsi, inflammation

---

et les jambes. Enfin, les deux mains avaient conservé leur direction normale; les deux pieds, au contraire, étaient déviés et offraient tous les caractères des pieds-bots varus equins. Ce cas est extraordinaire par la présence simultanée des mêmes lésions sur les quatre membres.

Celui de M. Rombeau (1) n'offre pas cette particularité; l'anomalie ne frappe que l'un des deux membres supérieurs, seulement elle est plus étendue. Le radius à l'avant-bras, le scaphoïde et le trapèze au poignet, le premier métacarpien et le pouce tout entier à la main, manquent complétement. Les muscles du bras, de l'avant-bras, de la main, offrent les uns des insertions irrégulières, les autres une forme et une direction inaccoutumées. Quelques-uns manquent tout à fait. Enfin, la main qui n'a que quatre doigts est coudée sur son bord radial et en pronation forcée; elle offre, par conséquent, les caractères de la maint-bot radiale.

Un fait bien plus intéressant encore a été recueilli par M. Broca sur un Ecossais nommé Lodgewood. Le soin extrême avec lequel l'observation a été rédigée et les remarques ingénieuses qui l'accompagnent en rendent la lecture très-attrayante (2). Permettez-moi de vous la rappeler en quelques mots :

Lodgewood est âgé de 52 ans. Il est issu d'une famille dans laquelle, en remontant au moins jusqu'à la troisième génération, personne n'a jamais présenté de difformité. Il est d'une bonne santé, fort, vigoureux, intelligent. Il lui manque les deux membres supérieurs, l'un des membres inférieurs et même un orteil dans celui qui lui reste. Le bras gauche est remplacé par un moignon qui se termine en pointe au-dessus du coude; du côté droit le membre s'arrête seulement au-dessous du coude, dont l'articulation a conservé une certaine mobilité. La cuisse gauche aboutit également à un moignon dans lequel on retrouve les traces de l'articulation du genou. A la face interne de ces trois moignons existe une saillie charnue, de forme hémisphérique et dont la signification n'est pas bien déterminée. Le membre inférieur droit, qui est à peu près complet, ne présente, comme nous l'avons dit, que quatre orteils dont les deux premiers sont extraordinairement développés et dépassent de beaucoup les autres. Le gros orteil atteint une longueur de sept centimètres.

Voilà un être bien informe. Cet être cependant marche, s'habille, se rase, charge un pistolet et le fait partir en tirant juste, écrit d'une belle écriture anglaise, ramasse une aiguille sur un parquet ciré. Il fait arme de tout: ses orteils et sa langue sont ses organes de tact, et d'un tact exquis; son pied et ses dents sont devenus pour lui des organes de préhension. Les articulations se sont assouplies : il se sert de son pied comme nous de la main. C'est avec lui qu'il gesticule quand il est animé, qu'il se frappe le front quand il est pensif, qu'il joue avec les boutons de son gilet ou les bouts de sa cravate quand il est distrait, sur lui qu'il pose sa figure quand il s'endort. Je n'entrerai pas dans le détail des différents tours de force ou d'adresse qu'il accomplit, je n'en rapporterai qu'un exemple qui donnera une idée de tous les autres. Quand il veut enfiler une aiguille, il la saisit avec son pied, introduit le fil entre ses lèvres, approche l'aiguille de ses lèvres, et comme il ne peut voir le chas de l'aiguille dans cette position, il va à sa recherche avec le bout de sa langue et dirige ainsi le fil à coup sûr. Ce serait à ne pas y croire, si nous ne l'avions tous vu de nos propres yeux et si la science ne possédait pas plusieurs faits analogues.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Page 414.
(2) Pages 275 à 294.

prompte du sac, fétidité de la suppuration, infection purulente consécutive qui entraîne rapidement une issue funeste; tout cela tient bien moins à cette lésion qu'à la poche elle-même. Ajoutons enfin que la lésion osseuse étant en voie de guérison, quelquefois même guérie, l'abondance comme le mauvais caractère de la suppuration fournie par le sac, dont les parois restent éminemment aptes à sécréter, suffisent pour entraîner la mort d'un sujet déjà épuisé d'ailleurs. Il ne faut pas avoir une pratique bien vaste pour observer quelque cas pareil. C'est donc sous ces divers points de vue que la question des injections iodées doit être étudiée et jugée dans le traitement des abcès symptomatiques, et non pas seulement au point de vue bien plus restreint de la cure radicale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement,

Par le Dr Alex. Mayer.

(*Suite. Voir les nos* 102, 103.)

c. De l'inflammation puerpérale. — L'état puerpéral communique une sorte de cachet commun à toutes les maladies des femmes en couches; c'est une proclivité singulière à la pyogénie.

Ce qui constitue l'essence même de la *puerpéralité*, c'est la modification profonde que vient d'éprouver l'organisme tout entier par le fait de la parturition. Peut-être aussi le temps de la gestation, pendant lequel la femme s'est trouvée placée dans des conditions physiologiques si spéciales, doit-il être aussi compté pour une grande part, comme cause dans cet ensemble de phénomènes qui caractérisent l'état puerpéral.

Si nous cherchons à analyser toutes ces influences, nous comprendrons facilement leur efficacité à réaliser parfois un état morbide grave. Et si quelque chose nous étonne encore, c'est plutôt la rareté que la fréquence des maladies des femmes en couches.

En effet, durant les neuf mois de grossesse, une transformation très-notable s'est opérée chez la femme, en vue de la fonction nouvelle qui lui est dévolue, la reproduction. Ainsi, indépendamment des changements qu'elle subit dans la circulation générale, ceux non moins importants dont le système nerveux devient le siége, et qui sont révélés par des symptômes que tout le monde connaît, il en est d'autres et de plus faciles à constater qui atteignent la crase du sang; par exemple: « Un certain nombre de femmes enceintes deviennent pléthoriques. A une certaine période, on trouve de la kystéine dans les urines, d'autres fois de l'albumine, et toujours une diminution du phosphate de chaux. Très-fréquemment, la prédominance de l'élément séreux y est telle, qu'il en résulte ce qu'on a appelé la *diathèse séreuse*, véritable état morbide sur lequel le meilleur de mes amis, le docteur C.-F. Thiéry, trop tôt enlevé à la science, a écrit une excellente thèse (Strasb. 1845). »

Chez beaucoup de femmes, la grossesse donne lieu à une exubérance de fluides plastiques qui leur procure une rapide augmentation d'embonpoint; d'autres, au contraire, paraissent apauvries de la direction que prend le sang du côté du fœtus, et s'amaigrissent principalement vers le terme de la gestation (Michel Lévy, *Traité d'Hygiène publique et privée*, t. 1er, p. 124).

MM. Andral et Gavarret ont noté l'influence qu'exerce la grossesse sur l'exhalation de l'acide carbonique par les voies respiratoires. Ils ont reconnu, sur quatre femmes arrivées à différentes périodes de la gestation, que la quantité de carbone fournie en une heure s'est élevée en moyenne à 8 grammes; tandis qu'en dehors de l'état de grossesse, les femmes bien menstruées ne consomment par la respiration que 6 grammes 4 dans le même laps de temps. Une différence si grande doit nécessairement exercer une certaine influence sur le produit de l'hématose.

Examinons maintenant les phénomènes qui accompagnent l'acte de la parturition.

Le rôle du cerveau, dans cette opération physiologique, est immense. Les contractions si énergiques et si souvent répétées de tous les muscles, surtout quand le travail est long, peuvent facilement épuiser ou irriter les centres nerveux. A cette cause de trouble de l'innervation s'en joint une autre non moins puissante, c'est la violence des douleurs.

La circulation générale va de son côté éprouver des changements non moins profonds qu'instantanés. La compression exercée tout à l'heure sur tout le système vasculaire, par la réplétion de l'utérus, fait place tout à coup à un relâchement considérable. Les gros troncs nerveux, naguère comprimés avec violence, sont en un clin d'œil soustraits à cette espèce d'étau qui les étreignait. Les viscères du ventre et de la poitrine, qui avaient été forcés de s'habituer en quelque sorte à l'espace étroit que leur laissait le développement énorme de la matrice, sont obligés, sans nul ménagement dans la transition, de s'accommoder *ex abrupto* aux nouvelles conditions que leur fait le vide immense opéré autour d'eux.

Ajoutons à toutes ces causes éminemment perturbatrices de l'économie tout entière, le côté traumatique de l'accouchement le plus simple, et remontons aux dilacérations, aux contusions, aux violences de toutes sortes qu'entraînent certains cas de dystocie, et alors se trouvera justifiée ma proposition émise au commencement de ce chapitre en ces termes :

« Si nous cherchons à analyser toutes ces influences, — celles « de la grossesse et de la parturition, — nous comprendrons « facilement leur efficacité à réaliser parfois un état morbide « grave. »

Voilà donc un état — la puerpéralité — qui, s'il n'est point une maladie, constitue au moins une prédisposition flagrante à la maladie; c'est-à-dire une *imminence morbide*.

Diverses circonstances vont décider la question de savoir, si la nouvelle accouchée sortira ou non, indemne de cette situation à la vérité normale, mais si précaire, qu'un rien peut la faire entrer dans le cadre pathologique.

C'est du côté de l'utérus qu'éclatent habituellement les accidents puerpéraux, auxquels le péritoine ne tarde pas à s'associer pour produire la *métro-péritonite*. Toutes les complications de l'accouchement en sont les causes déterminantes.

Les causes prédisposantes de cette inflammation spécifique sont : un génie épidémique, une grossesse traversée par quelque maladie, une altération actuelle de la santé.

Il est évident que si, sous l'action d'un traumatisme simple, exercé sur un utérus dans l'état de vacuité, il surgissait une phlegmasie, quelle que fût son intensité, elle pourrait revêtir les caractères de l'inflammation franche; mais on concevra aisément qu'il ne doit pas en être de même, quand le support d'une semblable inflammation est un organisme placé dans les conditions d'un accouchement récent, dont je viens de tracer le tableau. Il y aura donc dans l'affection locale un caractère spécifique dans le sens de l'état général de la femme; état que les auteurs désignent sous le nom de *puerpéralité*.

Quelle sera donc la conduite à tenir dans le traitement de la métro-péritonite puerpérale (1)? On sait que les inflammations des membranes séreuses et des organes parenchymateux sont celles qui réclament d'habitude le plus impérieusement les émissions sanguines, locales et générales. Par analogie, la métro-péritonite devrait donc être *jugulée*. Or, cette conséquence légitime, s'il s'agissait d'une phlegmasie franche, doit être notablement modifiée ici, par la considération de la spécificité. Disons tout de suite que la saignée générale ne doit être pratiquée qu'avec les plus grands ménagements, alors même que certains symptômes d'une grande acuité paraîtraient en justifier l'emploi. On a vu

(1) Je dois faire observer que le cadre de ce travail ne me permet pas de traiter de la *fièvre puerpérale*. Je n'entends étudier ici que la métro-péritonite, suite de l'accouchement.

fréquemment la prostration en être la suite et les malades ne s'en relever qu'avec peine quand ils n'y succombaient pas. Une application de sangsues sur l'abdomen, plus ou moins copieuse selon l'indication individuelle, peut être tentée au début et renouvelée au besoin, si la première a paru avantageuse; mais, dans le cas contraire, il ne faut pas hésiter à recourir à un autre ordre de moyens.

Parmi ces derniers, qu'on trouvera longuement indiqués dans tous les traités de pathologie, il en est quelques-uns que je me bornerai à énumérer, comme réunissant en leur faveur les plus nombreux témoignages :

1° Les préparations mercurielles : calomel à l'intérieur, onguent napolitain en frictions sur le ventre;

2° L'ipécacuanha selon diverses formules;

3° L'alcoolature d'aconit tant vantée par M. Tessier (*Gaz. méd.*, mars 1846).

Dans cette maladie, l'altération du sang est souvent si profonde, qu'on trouve ce liquide épanché dans la cavité péritonéale, avec des caractères tout particuliers de coloration et de consistance.

M. Bouchut l'a rencontré pâle, fluide, parfois jaunâtre et mélangé de globules de pus. Celui qu'on retire de la veine est le plus fréquemment diffluent, et s'il se recouvre d'une couenne par le repos, elle est rarement consistante. De plus, on observe, au bout de très-peu de temps, des symptômes adynamiques qui éclaireraient trop tard, sur la véritable nature de la maladie, le praticien qui l'aurait méconnue au début et aurait abusé des émissions sanguines.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Discours prononcé, le 22 août 1853, aux obsèques de M. Prunelle, médecin inspecteur honoraire de l'établissement thermal de Vichy, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc., par le docteur Max. DURAND-FARDEL.

Nous ne pouvions laisser s'éloigner de nous les restes de M. Prunelle, sans leur rendre un dernier hommage. Vous venez d'entendre des paroles éloquentes et dictées par le cœur. Bien d'autres voix, plus dignes que la mienne, auraient pu lui adresser aussi cet adieu solennel! Combien d'autres, parmi ceux qui se pressent autour de ce cercueil, pourraient aussi élever la voix et redire, ou les longues vicissitudes d'une carrière portée sur tant de théâtres divers, et toujours honorée, ou les souvenirs d'un enseignement qui, malgré son éclat, fut jadis si violemment brisé, ou les services rendus par le médecin charitable et dévoué, ou les péripéties d'une vie politique, qui compte ici même d'anciens compagnons : combien surtout pourraient redire ce que cette organisation extraordinaire renfermait de sciences acquises et d'aptitudes innées : reconnaissance, amitié, souvenirs de luttes communes, admiration pour une des plus rares intelligences qu'il nous ait été donné de contempler, tant de sentiments divers ne pouvaient manquer, dans cet entourage, de dignes interprètes et de sympathiques échos. Mais c'est à l'un de ses plus humbles collègues que revenait aussi, au nom des sentiments de gratitude et d'affection qui l'unissaient à M. Prunelle, le devoir de prononcer, avant une éternelle séparation, quelques paroles d'un adieu suprême et douloureux.

C'est qu'en effet cet homme, que sa destinée devait arrêter quelques instants sur tant de terrains divers, c'est en médecin qu'il était entré dans la vie active, c'est en médecin qu'il en est sorti : vous le savez vous tous qui vous pressiez auprès de lui vivant, et qui vous pressez encore autour de lui mort. Il y a deux jours à peine, il vous prêtait les conseils de sa profonde expérience, il vous charmait par sa parole intelligente, il vous touchait par la constance de ses souvenirs; et le lendemain, quand vous vîntes frapper à sa porte, il était enveloppé déjà du linceul, et ceux qui l'attendaient auprès de leur lit, s'étonnaient d'un retard inaccoutumé.

C'est donc une existence bien remplie que celle qui vient de s'éteindre sous nos yeux : je ne puis la louer dignement ni la reproduire. Singulièrement unie à tous les événements qui, depuis 50 ans, ont fait notre histoire, il ne lui a manqué peut-être pour y marquer une place durable et glorieuse, que plus de certitude dans la volonté et de suite dans la direction. Mais n'est-ce pas l'écueil de ces organisations que la nature a créées propres à tant de choses, de s'épandre çà et là, et d'épuiser sur tant de sillons inutiles des facultés qui, mieux dirigées, eussent germé dans leur force et leur abondance? La providence n'a-t-elle pas assigné à chacun son rôle Simples ouvriers ou puissants inventeurs, à chacun notre part de travail et notre but à poursuivre.

C'est dès avant le commencement de ce siècle que M. Prunelle s'est trouvé mêlé, bien jeune encore, aux grandes scènes dont nos pères ont été les acteurs et les témoins. Chirurgien militaire, il faisait partie de l'expédition d'Égypte, et la première période de sa carrière s'est écoulée parmi les hasards et les vicissitudes de la vie des armées. Mais, savez-vous comment il occupait alors les loisirs de la garnison et les oisivetés du bivouac? Un jour (c'est un des derniers récits qu'il nous ait faits), un jour qu'il s'écartait un livre à la main de la foule inoccupée de ses camarades, il se heurte contre un officier d'artillerie qui, lui aussi, marchait en lisant. Le premier mouvement des deux jeunes gens fut une expression d'impatience et d'humeur; le second fut de se jeter dans les bras l'un de l'autre : ils s'étaient reconnus; tous deux lisaient Homère, et le lisaient en grec. L'officier d'artillerie, c'était Paul-Louis Courier, et de cette rencontre de hasard date uune amitié que la mort seule put briser.

Mais ce n'était pas seulement dans les trésors d'une muette érudition que M. Prunelle cherchait un aliment à son ardente imagination et à son étonnante aptitude. Les arts, la musique, la peinture et ses écoles diverses, l'architecture surtout, depuis son langage technique jusqu'à l'intelligence de ses productions les plus élevées, avaient successivement occupé et charmé son esprit; les sciences que le génie des Lavoisier, des Fourcroy, des Laplace, régénérait alors, n'avaient pas moins d'attraits pour lui, et nous avons vu la chimie, la chimie de ce temps, car il consentait rarement à se faire l'homme d'aujourd'hui, consoler ses vieux jours.

Mais un théâtre plus élevé s'offrit à son activité : M. Prunelle fut nommé professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, dont il était élève. Parmi toutes les passions que les arts ou les sciences avaient allumées en lui, une dominait toutes les autres : nous voulons parler de la passion des livres. Lorsqu'il parcourait, à la suite des armées, les villes de la France ou de l'étranger, c'était aux bibliothèques qu'il courait d'abord, et là s'introduisaient, dans sa mémoire phénoménale tous les trésors de l'érudition des livres : habile à découvrir les plus rares, à deviner les plus ignorés, il rapportait, indéfiniment gravés dans son esprit, et le titre, et la date, et la place même ou des manuscrits ou des éditions précieuses qu'il avait rencontrés. Ce fut pendant son professorat à Montpellier qu'il put donner un libre essor à cette passion pleine de joies, et d'ardentes recherches. La Faculté de Montpellier se rappelle encore avec reconnaissance ce que sa bibliothèque, la plus riche peut-être de nos bibliothèques scientifiques, doit à ses investigations et d'artiste et d'érudit.

Mais cette carrière élevée, et qui promettait de se développer avec éclat, ne devait pas avoir une longue durée. La restauration survint. L'esprit d'indépendance que M. Prunelle avait reçu de la nature et de l'éducation, fut mis à l'épreuve des exigences d'alors : il en sortit victorieux, et donnant un exemple qui trouvera toujours peu d'imitateurs, sa destitution fut le prix de son courage et de sa fermeté.

Cette circonstance, qui honore à un haut degré le caractère de l'homme que nous pleurons, le jeta sur un terrain nouveau. Fixé dans la seconde ville de France, aujourd'hui encore pleine de son souvenir, M. Prunelle ne tarda pas à y acquérir un grand renom de praticien, de praticien consultant surtout, car il avait recueilli et conservé précieusement les saines traditions de la médecine d'autrefois, que l'on aimait à aller interroger en lui.

Mais cette remarquable personnalité que 75 ans de vie n'ont pu altérer en rien, cette immense intelligence, cette connaissance de tout, cette aptitude en quelque sorte universelle, cette parole abondante, claire, ardente, incisive, appelaient autre chose que la vie, modeste encore dans son plus grand éclat, du médecin praticien. L'opposition d'alors s'empara de M. Prunelle et le porta à la chambre des députés.

La révolution de juillet éclata.

Le nom de M. Prunelle se trouve fort mêlé à la politique de ce temps. Si son fait n'était pas la tribune et ce qu'elle exige d'un orateur, son influence n'en était pas moins grande. Maire de la ville de Lyon, il sut administrer en des temps pleins de périls et d'écueils.

Au biographe seul de M. Prunelle il appartient de raconter comment, il y a vingt ans, sa carrière politique s'arrêta tout à coup, et comment il vint succéder à M. Lucas, comme inspecteur de l'établissement thermal de Vichy. Depuis lors, la vie de Prunelle appartient à Vichy. Tel il était aux premières années de son séjour ici, tel il était encore la veille de sa mort. Modèle d'exactitude et de probité médicale, c'est-à-dire, de dévouement à ses devoirs, à ses clients, aux pauvres comme aux riches, infatigable et accessible à toute heure de la nuit et du jour, on était sûr de trouver auprès de lui, le malade un conseil salutaire, l'ami, et tous ses anciens clients étaient ses amis, les soins les plus désintéressés, le pauvre une aumône abondante, l'homme du monde, tout ce que la conversation a de charmes et d'attraits. En un mot, oubliant à cette heure, le lustre que la vie politique, comme les autres scènes, ajoute toujours au nom d'un homme, oubliant

cette incomparable originalité, cette exquise intelligence, cette mémoire unique ; nous dirons que M. Pronelle était de ces hommes qui élèvent haut une profession. Nous nous sentions honorés d'être ses confrères, car nous pensions qu'une partie de la dignité dont il revêtait l'exercice de son art rejaillissait sur nous.

Eh bien, cette extrême considération qui l'environnait, cette conscience d'une supériorité intellectuelle reconnue et acceptée par tant de ceux qui l'approchaient, cet empressement du monde, cette fortune légitimement acquise, ces loisirs que lui créait la nature de ses occupations, la recherche de tant d'hommes éminents, de tant de femmes distinguées, qui tenaient à honneur d'être ses clients et ses amis, tout cela n'a pu couronner de quelques heures heureuses la longue et laborieuse carrière de M. Prunelle.

Au fond, l'isolement régnait autour de cette existence si entourée; le vide s'était fait autour de cet homme qui avait tant occupé ses jours et sa pensée. M. Prunelle avait une compagne dont l'esprit élevé était digne de s'associer au sien : mais leur union n'avait pas porté de fruits heureux. L'enfant qu'ils avaient eu, ils l'avaient perdu. Puis, une cruelle maladie était venue frapper madame Prunelle dans l'usage de ses membres d'abord, puis dans ses sens, puis enfin dans son esprit, comme d'une mort anticipée. Nous ne saurions vous peindre l'attachement, l'amour dont M. Prunelle couvrait cette pauvre créature devenue insensible autant qu'immobile : c'était son enfant, et son soin de tous les jours.

Cependant, la Providence lui avait inspiré une bonne action, qui fut, pendant les longues années d'agonie de sa femme, son aide et sa consolation. M. Prunelle avait été l'ami d'un savant illustre et d'un homme de bien, de Chaptal qui, ministre naguère, était mort sans fortune, laissant pour tout héritage à ses enfants, un nom célèbre et une mémoire honorée. M. Prunelle avait adopté une de ses jeunes filles, et celle-ci servit d'enfant à la femme de son bienfaiteur. Mais quand ces soins sacrés n'eurent plus d'objet, M. Prunelle compléta son œuvre de dévouement, et maria sa fille adoptive : cette fois encore il restait sans enfant.

Mais ses amis, ses amis d'autrefois, les compagnons de son enfance, les émules de sa jeunesse, les témoins de son âge mûr, avaient presque tous disparu. Chaque année lui arrachait un souvenir, lui dérobait une affection : il est un âge où l'on perd ses amis. mais où l'on n'en fait plus de nouveaux. Chaque année, sans doute, lui renvoyait en échange ici, à Vichy, de chauds empressements, d'illustres sympathies, des témoignages dévoués; mais si son cœur de médecin était toujours aussi jeune, son cœur d'homme avait vieilli.

Et qui de nous sait, d'ailleurs, depuis tant d'années qu'il s'était confiné à Vichy, aujourd'hui bruyante réunion, demain morne solitude, qui sait, dans ces longues journées d'hiver, dans ces soirées plus longues encore, quand il avait relu ces vieilles pages, toujours les mêmes, quand il avait, dans ce laboratoire construit avec amour, répété les mêmes expériences, qui sait tout ce qu'il devait rouler de tristesse dans la tête de cet homme, à qui tous les dons de l'intelligence avaient été prodigués, à qui la scène n'avait jamais manqué pour les produire, à qui il semblait qu'aucun obstacle fût jamais venu barrer le chemin, et qui se trouvait vieux, souffrant parfois, et seul, seul au monde, sans un petit enfant pour retrouver un avenir, sans un vieil ami pour revivre dans le passé, privé même de ce cercle d'indifférents, dont l'habitude nous crée dans le monde une sorte de famille bâtarde, et trompe l'isolement des derniers jours.

Aussi le trouvait-on souvent morose et inégal; et sur cette tête qui n'avait pas changé depuis bien des années, où le sourire avait tant de charme et l'esprit tant de séduction, car la beauté de l'homme est insaisissable et comme immatérielle, le regard et la parole prenaient souvent un caractère de dureté qui éloignait au premier abord, bien qu'il sût aisément vous ramener s'il le voulait bien. Mais pourquoi nous en étonner? Chacun de nous a rencontré, sur le sentier qu'il suit, l'envie, la bassesse, la calomnie, et, tout en les écrasant de notre pied et de notre mépris, nous croyons qu'ailleurs il n'en est pas ainsi, et que le monde où nous ne vivons pas a moins de boues à balayer et moins de plaies à nettoyer : mais lui, M. Prunelle, triste privilége de ces vastes intelligences, et suite obligée de ces larges existences qui ont trempé partout, où donc pouvait-il réfugier ses illusions, où donc ses croyances, où donc sa foi? Partout où il avait posé, la méchanceté l'avait touché de son aile, et ces sortes de taches, le temps seul les essuie.

Aussi a-t-il fini sa vie triste et seul : mais il est à tout des compensations. A sa verte vieillesse et qu'aucune infirmité n'avait atteinte, bien qu'aucun chagrin ne l'eût épargnée, il était réservé une fin soudaine et presque sans douleurs. Il a eu le temps de ramasser son courage, et son âme était aussi vigoureusement trempée que son corps, et de donner a la religion sa dernière action, comme son aspiration dernière; puis il a fermé les yeux, et nous avons pu croire que les horreurs d'une longue agonie étaient épargnées à son esprit endormi.

A cette heure, il s'est réveillé. Et quand nous aurons salué ces tristes restes, que la terre engloutira bientôt, pour en cacher à nos yeux la destruction suprême, levons le regard au ciel : s'il est une place pour les nobles intelligences, pour les grands esprits, pour les âmes d'élite, c'est là qu'elle est allée se faire couronner cette vie si pleine, et jusqu'à ses derniers instants, si fidèle à la destinée de l'homme sur la terre, le travail et la pensée.

— On écrit de Gœttingue (Hanovre), le 22 août :

Jeudi dernier, le doyen d'âge des professeurs de l'Université de Gœttingue, M. le docteur Conradi, a célébré le 50e anniversaire du jour où il fut nommé professeur agrégé de médecine à cette Université. Deux ans plus tard, en 1805, M. Conradi obtint la chaire de pathologie de thérapeutique, qu'il a toujours occupée et qu'il occupe encore avec une haute distinction.

M. Conradi, né en 1780, à Marbourg, est actuellement âgé de 73 ans. Il a publié un grand nombre d'ouvrages, parmi lesquels on remarque un traité de médecine légale. Nous pourrions offrir à l'Allemagne un pendant du professeur Conradi, au moins quant à l'ancienneté du professorat. Nous ne connaissons pas assez les travaux du professeur de Gœttingue, pour dire si le parallèle pourrait être poussé plus loin.

— Le congrès scientifique de France qui, le 22 août, a ouvert, à Arras, la vingtième session annuelle, a nommé pour son président M. le baron de Stassart, président de l'Académie de Belgique, et pour vice-présidents MM. le docteur de Caumont, directeur de l'Institut des provinces ; Berté, membre de la chambre des représentants du Piémont ; le comte Félix de Mérode, ministre d'État de Belgique ; Reischemperger, membre de la chambre des députés de Prusse ; Péligot, membre de l'Institut ; le docteur Roux, président de la Société médicale de Marseille.

— Un médecin jouissant d'une certaine autorité, correspondant de l'Académie de médecine, M. le docteur James, vient de subir une des opérations les plus graves de la chirurgie, l'amputation presque complète de la langue. Cette opération a été pratiquée à la maison de santé de M. le docteur Pinel, par M. Maisonneuve, en présence de MM. Larrey, Ricord, Richard, Dumotet, Langlebert et Alexis Favrot. L'opéré, arrivé au sixième jour de l'opération, va parfaitement bien. Nous espérons pouvoir donner plus tard quelques détails intéressants sur la nature de la maladie, sur le manuel opératoire et sur les suites de l'opération.

— Par sa décision du 20 août, M. le Ministre a confirmé le choix de la Faculté, en nommant M. Quissac conservateur du Muséum, et M. Piron sous-bibliothécaire. Nous applaudissons de grand cœur à cette juste récompense donnée à des médecins laborieux et honorables.

(*Ann. de cliniq. de Montp.*)

— Le compte rendu de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, l'une de nos trop rares associations de province, a été lu en assemblée annuelle, le 7 juillet 1853, par M. le docteur Schaaff. Nous y constatons les résultats suivants, bien faits, quoique assez bornés encore, pour encourager tous les médecins de France à suivre le fécond exemple donné par le corps médical de Paris.

Tableau de la situation de la caisse de l'Association, du 1er juillet 1852 à pareille époque en 1853.

Recettes.

Solde en caisse au 1er juillet 1852.	273 f.	55 c.
Droits d'entrée, au nombre de 29.	290	»
Cotisations annuelles courantes et arriérées.	845	»
Intérêts des fonds déposés à la caisse d'épargne	78	55
Rente sur l'État jusqu'au 22 mars 1853.	136	30
Total.	1,623	40

Dépenses.

Secours à un ancien officier de santé de l'armée.	15 f.	» c.
Secours à un autre.	50	»
Secours à la veuve d'un ancien sociétaire.	100	»
Secours à la famille d'un sociétaire fondateur décédé. . .	100	»
Frais de bureau, ports de lettres, imprimés, etc. . . .	4	»
Au collecteur, pour deux tournées dans le département et autres couses.	109	»
Frais de la demande comme établissement d'utilité publique.	103	»
Intérêts laissés à la caisse d'épargne.	78	55
Total.	1,160	55

L'Association possède aujourd'hui une fortune totale, tant en rentes sur l'État qu'en dépôts à la caisse d'épargne et dans sa propre caisse, de 4,606 fr. 56 c.

PARIS, — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 105. 1re année. Jeudi 1er Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 22 août. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL SAINT-ANTOINE. M. CHASSAIGNAC. Luxation de l'épaule. Réduction par le procédé du talon. Luxation du coude. Réduction par le procédé de M. Chassaignac. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CORRESPONDANCE** : Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, par M. le Dr Rézard de Wouves.

Paris, le 31 août 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Rien de charmant comme la naïveté, surtout quand on l'observe chez les gens d'esprit. Aussi M. Baillarger a-t-il provoqué une explosion de la plus franche gaieté quand il a débuté, en parlant du rapport de M. Loude, lu dans la précédente séance : « *J'avais espéré que le rapport ne serait pas lu sitôt.* » Le travail qui faisait l'objet du rapport avait été communiqué à l'Académie en 1850 ! Mais puisqu'il est convenu qu'on ne doit abuser de rien, peut-être trouvera-t-on que M. Baillarger a, dans cette occurrence, un peu abusé de la naïveté, quelque charmante qu'elle soit. Il y a une autre chose dont il nous paraît avoir abusé un tant soit peu, c'est du droit contestable de venir discuter un rapport après que les conclusions en avaient été adoptées, après qu'il l'avait lui-même au moins approuvé, sinon revêtu de sa signature. Il nous semble que l'Académie devrait abolir en principe ces discussions posthumes qui viennent remettre sur la sellette un rapporteur dont le travail a déjà été lu, discuté et adopté; il serait par trop commode de s'en aller jouir des douceurs de la villégiature pendant que quelques collègues zélés composent des rapports, puis de venir un beau jour tout exprès pour argumenter ceux qui ont consacré une partie de leur temps à leurs devoirs académiques. Il y a une autre chose que l'Académie devrait faire cesser : c'est ce vain simulacre de rapports préparés et rédigés par de prétendus commissaires, dont quelques-uns ne manquent jamais ou de venir attaquer le travail du rapporteur ou d'y nier leur participation. Pour son compte, M. Baillarger vient de donner deux exemples en deux mois d'une pareille anarchie. Nous ne lui en faisons pas un reproche, puisque le fait semble être passé dans les mœurs académiques; mais au moins que l'on détruise un pareil désordre en déclarant qu'à l'avenir les commissions se composent du rapporteur, ou bien qu'on fasse mieux encore et qu'on établisse en droit ce qui est établi en fait, c'est-à-dire qu'on ne désigne à l'avenir qu'un seul membre pour examiner les travaux adressés à l'Académie.

Tout ce qui précède étant dit sans préjudice de toute l'estime que nous avons pour le talent de M. Baillarger, et de tout le bien que nous pensons des bonnes choses qu'il a exposées, passons à d'autres épisodes de la séance d'hier, laquelle ne s'est en rien ressentie, si ce n'est par le petit nombre des membres présents, du début des vacances.

— Disons d'abord un mot, mais un mot seulement, de l'intéressante lettre de M. Marchal, de Calvi, qui, malgré la grave autorité de M. le professeur Bérard et de beaucoup d'autres physiologistes, ne veut pas, non plus que M. Piorry, qu'on déshérite les ganglions du grand sympathique du pouvoir de réfléchir les sensations éprouvées par les cordons nerveux. M. Bérard devant faire lui-même le rapport, ou si l'on aime mieux, la réfutation de l'opinion de M. Marchal, nous chercherons, à propos de ce rapport, à apprécier de quel côté se trouve la vérité, autant du moins que nous le permettront nos faibles lumières sur cette matière.

— Parmi le nombre de rapports officiels sur des remèdes secrets ou nouveaux, lus par M. Robinet et auxquels le talent du savant académicien a su donner un véritable intérêt, nous devons mentionner celui qui concerne une nouvelle formule de pilules de proto-iodure de fer, ce médicament précieux qui est appelé à tenir une si large place dans la thérapeutique. M. Robinet s'est borné à dire que l'idée de M. Chapoteaut, de mêler de la limaille de fer à l'iodure, n'avait rien de nouveau; il aurait dû ajouter que cette idée, ou du moins ce qu'elle produit est très-défectueux. En effet, M. Chapoteaut, de même que M. Blancart, veut offrir à l'affinité de l'iode qui abandonne le fer une nouvelle quantité de métal pour le ramener à l'état d'iodure; mais la réussite de ce procédé est pour le moins fort douteuse, et, dans tous les cas, la recomposition ne saurait se faire avec une suffisante régularité pour que le praticien puisse être assuré de la quantité réelle d'iodure qu'il administre. Il n'y a qu'un moyen qui puisse lui donner cette sécurité, c'est celui qui conserve l'iodure absolument inaltérable, et ce moyen c'est celui qu'a proposé M. Gille et qu'il a mis en pratique avec un succès complet dans ses dragées d'iodure de fer. Ce qui reste à chercher, ce n'est donc pas une préparation pour administrer l'iodure ferreux sous forme solide, mais bien une préparation pour l'administrer sous forme liquide; car même les dragées de M. Gille, pas plus que des pilules, ne sauraient suffire à toutes les indications pratiques; c'est là le seul *desideratum* que M. Robinet aurait dû indiquer.

— Nous ne ferons que mentionner ici les deux rapports fort bien pensés de M. Patissier, adoptés sans discussion, pour arriver à la discussion pratique soulevée par la lecture, d'un style un peu trop hasardé, faite par M. Priou, de Nantes.

L'honorable correspondant de l'Académie voudrait qu'on eût recours à des tiges rigides introduites dans le rectum pour réduire cet accident grave qui vient rarement, très-rarement, compliquer la grossesse, la rétroversion utérine. M. Moreau a rappelé à l'auteur que le moyen qu'il propose, d'ailleurs d'un mérite fort contestable, avait été employé par Evrat il y a plus de trente ans; M. Cazeaux a fait observer que l'introduction de la main entière dans le vagin, aidée de la position de la femme (station sur les genoux et sur les coudes, le bassin étant le plus élevé possible), suffit pour réduire l'utérus rétroversé, et que ce procédé lui a réussi une fois; enfin, M. Depaul, résumant les opinions de ses collègues, a fait remarquer avec beaucoup de raison qu'il serait peu rationnel de vouloir établir des règles générales pour le traitement d'un accident aussi rare que la rétroversion, et dont tous les accoucheurs présents pouvaient à peine citer ensemble six exemples; quant à lui, dans le seul cas qu'il ait eu à traiter, l'introduction de deux doigts dans le vagin et de deux autres doigts dans le rectum lui a parfaitement réussi avec l'aide, bien entendu, de la position classique donnée à la patiente. Il a donc conclu que, dans un cas pareil, le praticien devait d'abord recourir aux moyens les plus simples, et ne se décider à employer des instruments qu'après l'insuccès des manœuvres ordinaires. M. Moreau a, du reste, donné son approbation à ces préceptes. Cette courte discussion s'est terminée par la remarque judicieuse de M. Danyau, que la rétroversion utérine était toujours aggravée et même quelquefois causée par la rétention d'urine, d'après les observations de Ramsbotham, et que le premier soin de l'acccoucheur, avant de tenter aucune manœuvre directe sur l'utérus, devait être d'évacuer d'abord la vessie; le simple cathétérisme a suffi, dans quelques circonstances, pour que l'organe déplacé reprît sa situation normale.

La séance a été clause par deux intéressantes communications de MM. Leroy (d'Étiolles) et Aug. Mercier: l'une sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, l'autre sur la section des valvules du col vésical.

Séance de l'Académie des sciences du 22 août.

Une communication était surtout de nature à nous intéresser parmi celles qui ont été faites dans cette séance: c'est celle de M. Ripault, de Dijon. Malheureusement, d'après la sobriété des détails donnés par le *compte rendu officiel* que nous ne pouvons que reproduire, il est fort difficile de juger, même approximativement, si le moyen auquel M. Ripault a eu recours a été réellement de quelque utilité. Voilà donc une observation qui peut avoir un grand intérêt et qui est à jamais enfouie dans les oubliettes de l'Académie (à l'Académie des sciences, tout le monde sait qu'on n'y fait guère de rapports de médecine), c'est-à-dire complétement perdue pour la science. Il en sera toujours ainsi quand les auteurs ne prendront pas la peine d'adresser leurs communications à la presse en même temps qu'à l'Académie.

Une seconde communication méritait aussi notre attention, car la culture des plantes alimentaires est une partie intégrante, et la partie la plus belle et la plus utile de la science hygiénique. Mais ce que nous aurions à dire sur cette intéressante communication se trouve trop bien exposé dans un rapport lu par notre savant confrère, M. Robinet, à la Société impériale d'agriculture, pour que nous ne laissions pas la parole à l'habile et laborieux académicien.

G. Dumont.

Lorsque l'altération connue sous le nom de maladie des pommes de terre, a fait son apparition il y a envion douze ans, on a cru d'abord que ce phénomène n'acquerrait jamais un caractère de généralité. Plus tard, lorsqu'il fut reconnu qu'aucune contrée de l'Europe ne pourrait s'y soustraire, on espéra que, semblable aux grandes épidémies qui de temps à autre frappent les hommes ou les animaux, le fléau disparaîtrait sinon tout à coup, du moins dans un court espace de temps. Toutes ces prévisions, toutes ces espérances ont été trompées. Le mal n'a fait que s'étendre, et en s'étendant il s'est accru; de telle façon que la culture du précieux tubercule est de plus en plus compromise, et avec elle toutes les industries qui trouvent dans ce produit admirable du sol un aliment ou une ressource.

En présence d'une si grande calamité que ne fera point oublier celle qui menace nos vignes, des milliers d'observateurs se sont mis à l'œuvre et ont recherché, tantôt à dévoiler les causes secrètes du fléau, tantôt à lui opposer des moyens préservatifs ou curatifs.

On ne le sait que trop: ces tentatives, quelque nombreuses qu'elles aient été; quelque talent, quelque patience qu'on leur ait consacré, n'ont donné jusqu'à ce moment que des résultats à peu près insignifiants.

Sans doute, tout espoir n'est pas perdu. L'histoire de l'humanité et de la science sont là; elles nous apprennent que ce fléau, comme tant d'autres, n'est pas nouveau; qu'il a déjà sévi plus d'une fois, et qu'il a disparu chaque fois, puisqu'au moment où il a été signalé dans ces derniers temps, on l'a pris pour un phénomène inconnu; la tradition vulgaire n'en avait pas conservé la mémoire. Mais il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui le terme des maux qu'il traîne avec lui ne saurait être prévu et qu'il y a urgence à s'en occuper. Quelques personnes, découragées par des tentatives infructueuses ayant pour but la guérison du mal, ont imaginé d'y appliquer un remède tout différent. Elles se sont mises à la recherche de racines, de tubercules, de bulbes capables de remplacer la pomme de terre, du moins dans une partie des usages auxquels elle est propre.

C'est dans cette voie qu'est entré M. Basset, après avoir vainement parcouru la première. Il s'est demandé si une plante féculente quelconque, d'une culture facile, ne pourrait pas suppléer la pomme de terre dans la plupart de ses applications industrielles.

M. Basset savait que la fécule, quelle que soit son origine, présente, à très-peu de chose près, la même insipidité, la même blancheur, les mêmes caractères en présence de l'eau, des acides, de la dextrine, etc. C'est en se livrant à ces recherches qu'il a rencontré la fritillaire impériale (*fritillaria imperialis*), plante de la famille des liliacées, dont les bulbes volumineux lui ont présenté tout d'abord la plupart des caractères d'une source féconde d'amidon. Il s'est hâté d'en faire une analyse sommaire et industrielle, c'est-à-dire que d'un poids donné de bulbes de deux ans, il a extrait l'amidon et s'est assuré que sa proportion n'était pas moindre que dans la pomme de terre de la meilleure qualité.

M. Basset devait aussi déterminer la proportion de matière sèche et d'eau; mais surtout il avait à prouver que la fécule, d'abord odorante et amère, pouvait être dépouillée de ses deux caractères et se confondre bientôt avec la fécule, sans odeur et sans saveur de la pomme de terre et des céréales. C'est ce qu'il a fait, et des échantillons mis sous les yeux de nos honorables

collègues, dans la séance du 3 août, ne paraissaient devoir laisser aucun doute sur un fait que la théorie permettait d'ailleurs de prévoir.

M. Basset, pour remplir le but qu'il s'était proposé, devait encore présenter des détails sur la culture de la fritillaire, sur le produit d'une surface donnée de terrain et sur les frais d'exploitation. C'est ce qu'il a fait dans le Mémoire que nous avons eu à examiner. Mais M. Basset reconnaît que les essais qu'il a tentés dans cette voie n'ont pu être exécutés que sur une trop petite échelle pour permettre des déductions rigoureuses. La commission pense aussi qu'il y a lieu de répéter les expériences de culture.

Mais sa tâche n'eût été qu'imparfaitement remplie si elle n'avait pas, autant qu'il était en elle, répété les expériences de M. Basset et vérifié ses résultats. C'est ce qu'elle a fait à plusieurs reprises, et notamment dans un essai qui a porté sur un kilogramme de bulbes de fritillaire ayant séjourné deux ans dans le sol, et que M. Louis Vilmorin s'est empressé de mettre à notre disposition.

Ce kilogramme de bulbe se trouvait formé de sept de ces produits. Ils pesaient donc en moyenne plus de 140 grammes. Les auteurs disent qu'ils ont, en général, le volume du poing. M. Basset pense que leur poids moyen serait, dans une culture en grand, de 90 grammes.

Notre premier soin a été de faire sécher au soleil des tranches minces de bulbe de fritillaire. Par ce simple essai, nous avons pu nous assurer que les bulbes contenaient, comme les tubercules de pommes de terre, 70 pour 100 d'eau susceptible de s'évaporer à cette température.

Le kilogramme de bulbes a été râpé, et on a séparé la fécule par les procédés connus. Séchée au soleil, cette matière pesait 230 grammes. Le bulbe en donne donc 23 pour 100 de leur poids; c'est plus que la pomme de terre, qui fournit 20 pour 100.

La fécule, bien lavée dans plusieurs eaux, n'avait conservé aucune odeur. Nous en avons fait préparer un gâteau que chacun des membres présents dans la dernière séance a pu goûter. La fécule avait évidemment conservé une très-légère amertume; mais M. Basset nous a assuré qu'avec quelques lavages, un peu plus prolongés, cette amertume aurait disparu; nous en sommes parfaitement convaincus.

La matière parenchymateuse ou celluleuse provenant du kilogramme de bulbes a été séchée au soleil; elle pesait alors 40 grammes, et représentait 4 pour 100 des bulbes frais.

Au moyen de ces éléments, il nous a été facile de déduire la composition suivante des bulbes frais que nous avions eus à notre disposition.

Bulbes de fritillaire.

Fécule sèche	23
Résidu sec	4
Matières solubles	3
Eau	70
	100

Les auteurs que nous avons consultés donnent la composition suivante pour les tubercules de pommes de terre.

Pommes de terre.

Fécule sèche	20
Résidu sec	6
Matières solubles	4
Eau	70
	100

Ainsi donc, les bulbes de fritillaire sont plus riches en fécule que les tubercules de la pomme de terre, et nous pouvons dire que le seul aspect de ces bulbes, soit frais, soit séchés en tranches, devait le faire pressentir; il semble qu'ils ne sont formés que d'amidon.

Il est évident que M. Basset a trouvé, dans la fritillaire impériale, une source de fécule que l'industrie pourra exploiter tôt ou tard, si l'expérience démontre que la culture en grand de cette plante n'offre pas de difficultés. En effet, elle n'est atteinte actuellement par aucune maladie, et il est bien probable qu'elle en sera exempte longtemps, tandis que la culture de la pomme de terre est devenue tellement éventuelle que beaucoup de cultivateurs y ont déjà renoncé.

M. Basset pensait d'abord que la fécule de fritillaire pourrait surtout remplacer celle de pommes de terre dans les usages purement industriels. Par exemple, pour l'apprêt des étoffes, la fabrication de l'alcool et autres usages. Mais comme il nous paraît démontré que l'on peut facilement obtenir la fécule de fritillaire entièrement pure, nous ne voyons pas pourquoi elle ne viendrait pas concourir à l'alimentation dans tous les cas où celle de pommes de terre est usitée. ROBINET.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — M. CHASSAIGNAC.

Luxation de l'épaule. — Réduction par le procédé du talon. — Luxation du coude. — Réduction par le procédé de M. Chassaignac.

La merveilleuse facilité avec laquelle se réduisent la plupart des luxations récentes, chez les sujets assoupis par le chloroforme, a fait naître une singulière illusion. Peu s'en est fallu que des esprits, plus confiants que réfléchis, ne fissent bon marché de tous les procédés de réduction qui supposent le déploiement d'une certaine énergie.

Certainement, la face de la thérapeutique des luxations récentes a été profondément modifiée du jour où les agents anesthésiques ont été introduits dans la pratique de la chirurgie. C'est un bienfait dont il faut reconnaître toute la portée. Mais de là à proscrire, ou seulement à dédaigner les procédés qui multiplient la force du chirurgien, et à le laisser désarmé de ses méthodes les plus efficaces en face des cas difficiles, il y a loin.

Il faut donc rappeler à ceux qui l'auraient oublié que l'emploi du chloroforme ne dispense nullement le chirurgien d'être toujours en mesure d'appliquer, quand les besoins du moment l'exigent, des méthodes de réduction douées d'une grande puissance intrinsèque.

Où en serions-nous si, dans le traitement des luxations anciennes, où il faut vaincre des résistances quelquefois énormes, nous n'avions que le secours des anesthésiques, assistés de procédés sans force et sans vigueur?

D'ailleurs, le chloroforme lui-même peut manquer à tel moment donné, et surtout dans le traitement, parfois tout extemporané d'un accident qui surprend à la fois le malade et le chirurgien. Ensuite, le chloroforme peut être contre-indiqué par suite de circonstances propres à l'individu sur lequel on veut réduire une luxation. On peut trouver de la résistance à l'emploi de ce moyen de la part des convictions du malade, qui peut en avoir été détourné par des récits ou par des conseils propres à lui inspirer de la défiance. Alors même qu'on aurait carte blanche de la part du malade, on peut n'avoir pas sous la main du chloroforme éprouvé, ou même n'en avoir pas du tout. Enfin, un certain nombre de praticiens redoutent et interdisent même de plonger les sujets dans cet état de résolution profonde, qui, pour le succès de la réduction, est la condition la plus favorable, mais qui peut avoir ses dangers si on le prolonge pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du procédé. On conçoit dès lors que plus l'action chirurgicale sera décisive et puissante, moins elle laissera à faire à des agents dont l'usage inspire des craintes plus ou moins fondées, et dont elle abrégera, dans tous les cas, la durée d'application.

Toutes ces considérations échappent nécessairement aux esprits superficiels, qui trouvent commode de n'envisager chaque question que par une de ses faces; mais elles sont de nature à faire impression sur le praticien consciencieux qui veut

approfondir ses motifs d'action, et n'entend pas se lancer témérairement dans des tentatives suivies d'échec pour lui ou de danger pour le malade.

C'est pour satisfaire, sous ce rapport, aux justes exigences d'une pratique bien entendue, que M. Chassaignac adopte les procédés de réduction qui, tout en s'aidant du précieux concours des anesthésiques, assurent à l'action chirurgicale le plus de force et de simplicité; dans cette classe, se rangent : 1° la méthode du talon pour la réduction des luxations de l'épaule; 2° le procédé du talon de la main pour les luxations du coude. C'est en agissant ainsi qu'il a pu réduire des luxations déjà anciennes et qui avaient résisté aux tentatives de chirurgiens aussi habiles qu'expérimentés.

Il faut encore tenir un grand compte de la diminution du nombre des aides dans la réduction des luxations. Souvent, en effet, le chirurgien est réduit presque à ses propres forces, à raison soit des circonstances, soit de l'entourage du malade au moment où l'intervention chirurgicale est réclamée. Or, l'expérience a prouvé que les luxations, aussi bien que les fractures, se réduisent d'autant plus difficilement qu'on s'éloigne davantage du moment où l'accident a eu lieu, et le temps qu'on perd a envoyer quérir les aides dont on se fait besoin, aggrave les difficultés de la réduction. Il faut donc familiariser le chirurgien avec des méthodes qui puissent le mettre à même d'arriver, par ses seules forces, au but qu'il veut atteindre. Sous ce rapport, il n'en est aucune peut-être qui puisse être comparée à la méthode du talon.

Il est bien digne de remarque que ces méthodes si énergiques, si simples et si faciles dans leur emploi, aient tant de peine à se naturaliser en France. Le procédé du talon, qui est une méthode rendue en quelque sorte anglaise, par l'usage qu'en a fait A. Cooper, mais qui a été employée avec tout le succès qu'elle comporte, non-seulement en Angleterre, mais encore en Italie, ainsi que cela résulte d'un mémoire de M. Paolo Cumano, ne compte encore, parmi les chirurgiens français, que peu de partisans. Depuis plus de dix ans que M. Chassaignac l'emploie comme méthode générale et qu'il en a signalé les avantages, tant à la Société de chirurgie que dans diverses publications, son exemple n'a été suivi que par un bien petit nombre de chirurgiens. Il est donc nécessaire de faire connaître et le *modus faciendi* qu'il emploi, et les résultats qu'il en a obtenus. C'est dans ce but que nous publions ces lignes.

Voici comment M. Chassaignac procède à l'application de la méthode du talon. Commençons par la luxation de l'épaule.

Dans tous les cas, le malade est couché sur le dos, soit par terre sur une ou deux couvertures, si le chirurgien veut agir dans la position assise, soit sur un lit peu élevé et très-ferme, s'il veut agir dans la position debout, ce qui augmente encore son énergie d'action.

Dans le premier cas, le chirurgien s'assied sur une chaise qu'on place, non pas à côté du malade, mais de manière à encadrer ses hanches entre les quatre piliers de celle-ci; c'est sur cette chaise, ainsi placée, que s'assied le chirurgien, tourné vers la face du patient. Une petite alèze qu'on a toujours soin de mouiller, surtout à sa partie moyenne, est tordue autour de l'extrémité inférieure du bras luxé. On pourrait l'y fixer avec le secours d'une bande, mais quand elle est bien tordue, les tractions qu'on exerce sur elle tendent à rendre son étreinte de plus en plus solide, et elle ne déraye pas. Le pied droit du chirurgien, s'il s'agit de l'humérus gauche, est alors inséré en quelque sorte dans l'aisselle du malade, et c'est sur ce point d'appui, tout naturellement matelassé, et qui, par sa forme arrondie, ne saurait exercer de pression fâcheuse, que s'exécute à la fois l'action de bascule qui reporte en dehors la tête de l'humérus et le mouvement d'extension qui ramène la tête de cet os dans la cavité glénoïde.

Dans les cas difficiles, M. Chassaignac combine la méthode du talon avec celle qui a été désignée sous le nom de méthode à extension en haut, et qui avait été employée par White avant que Mothe de Lyon n'en eût fait une étude spéciale et que M. Malgaigne n'eût rappelé avec tant de succès l'attention des chirurgiens sur les avantages de cette manière d'agir. Pour approprier au procédé du talon ce mode d'extension, le malade étant couché, M. Chassaignac se place derrière la tête de celui-ci, applique le pied sur la voûte acromio-coracoïdienne et ramène le bras malade comme on le ferait dans une élévation forcée.

Voici un exemple de l'application du procédé dans une luxation récente :

Dubuet (Lazare), 36 ans, boulanger, homme d'une constitution athlétique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 30 mars 1853 pour une luxation en avant de l'humérus gauche. La saillie anguleuse de la voûte acromienne, la dépression et l'enfoncement par la pression des doigts dans la région deltoïdienne, la position de la tête sous le grand pectoral, l'attitude générale du membre, ses mouvements limités ou douloureux : tout indique une luxation au côté interne et antérieur de la cavité glénoïde.

L'accident a eu lieu dans une rixe, pendant l'état d'ivresse, de telle sorte qu'il est impossible de savoir au juste si la luxation est le résultat d'un coup ou d'une chute.

Deux couvertures sont étendues sur le plancher, le malade s'y couche, la tête soutenue par un oreiller peu épais, le chirurgien prend la position assise, place la plante du pied dans l'aisselle du malade, le lacq mouillé et tordu est appliqué au-dessus des condyles de l'humérus. Au bout de quelques tentatives infructueuses, on reconnaît que le secours des anesthésiques est réclamé par suite de la grande énergie musculaire du sujet. On lui fait respirer le chloroforme en maintenant le membre dans l'attitude de la réduction, et aussitôt que la résistance musculaire a un peu fléchi, un effort brusque et vigoureux fait rentrer sur-le-champ la tête de l'os dans sa position normale.

Le procédé de M. Chassaignac pour la réduction des luxations du coude, consiste à se servir du talon de la main pour refouler l'olécrane en avant, tandis qu'avec l'autre main on se cramponne fortement à la partie antérieure de l'humérus sur lequel on prend un contre-appui très-solide. Par ce procédé, le chirurgien peut, en quelque sorte, se passer d'aide. Lorsque la réduction présente de trop grandes difficultés et quand le chirurgien n'est assisté que par un seul aide, voici de quelle manière il peut retirer du concours de celui-ci le plus grand parti possible, dans l'intérêt du mode de réduction dont nous parlons; c'est de la même manière qu'étant seul, il pourrait encore employer cette manœuvre; le malade sera couché sur le dos et un lacq mouillé étant tordu autour du poignet de l'avant-bras luxé, le chirurgien, placé du côté opposé à la luxation, appuie le pied contre la face antérieure de l'humérus, pendant qu'avec ses deux mains il tire de toute sa force sur l'avant-bras qu'il ramène à l'angle droit.

On comprend aussi que ces deux manœuvres, *l'imposition du pied* contre l'humérus et la *pression olécranienne par le talon de la main*, peuvent être combinées de manière à se prêter un mutuel secours, mais alors c'est à la condition que deux personnes concourront à la fois à l'acte de la réduction. Quand le chirurgien n'a point d'aides, il peut opter entre l'une ou l'autre des deux combinaisons, il peut les employer l'une après l'autre, mais il n'en peut faire usage simultanément.

Dans l'observation qui va suivre, on a eu recours au procédé pur et simple du talon de la main, combiné avec des tractions exécutées par les aides au moyen de lacqs extenseurs et contre-extenseurs.

Egasse (Jules), 33 ans, menuisier, doué d'une constitution robuste, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 30 mars 1853.

La luxation s'est produite dans les circonstances suivantes :

Cet homme était monté sur une charrette qu'il chargeait de planches. Elles s'élevaient déjà à une certaine hauteur lorsqu'elles viennent tout à coup à s'ébouler et l'entraînent avec elles, de manière à le précipiter par-dessus les ridelles de la voiture, c'est-à-dire d'une hauteur d'à peu près deux mètres. La chute s'effectue de telle sorte qu'il tombe sur les genoux et sur les mains; il

éprouve une vive douleur dans le coude gauche, ne peut plus mouvoir son avant-bras librement, et nous est amené à l'hôpital en voiture et le bras en écharpe.

M. Chassaignac fait constater aux médecins qui assistent à la visite tous les signes d'une luxation de l'avant-bras en avant. Les renseignements très-nets et très-positifs du malade ne permettent pas de douter que, dans cette circonstance, c'est bien par une chute sur la paume de la main que la luxation a été produite.

Les signes manifestes de la luxation, chez ce malade, se tirent : 1° de la facilité avec laquelle on peut, en déprimant la peau, placer l'extrémité du doigt dans la cupule du radius; 2° de la saillie considérable de l'olécrane en arrière; 3° de la dépression marquée qui existe immédiatement au-dessus de cette apophyse; 4° de la possibilité d'imprimer à l'avant-bras, sur le bras, des mouvements de latéralité tout à fait impossibles dans les conditions normales du ginglyme huméro-cubital; 5° de l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur de l'articulation; 6° de la saillie que forme en avant et un peu en dedans la surface de la trochlée humérale; 7° du raccourcissement très-marqué de l'avant-bras examiné par sa partie antérieure; 8° de l'égale impossibilité d'étendre ou de fléchir complétement l'avant-bras sur le bras.

Il existe une vaste ecchymose, principalement à la partie postérieure interne de l'avant-bras et du bras. Nous nous assurons aussi que les battements artériels persistent, tant à l'humérale, au pli du coude, qu'à la radiale, vers l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Un lacq mouillé et tordu autour du poignet est confié aux aides qui font l'extension, tandis qu'un autre lacq, portant à plat sur la partie inférieure du bras, sert à faire la contre-extension. Préalablement aux manœuvres extensives, l'avant-bras est ramené à tout le degré de flexion qu'il peut permettre. Pendant que les aides exécutent la manœuvre commandée, M. Chassaignac prenant un point d'appui en forme de crampon, au moyen de la main droite placée en avant du lacq contre-extenseur, sur la moitié antérieure inférieure de l'humérus, pousse fortement l'olécrane en avant avec le talon de la main gauche. A la deuxième tentative, on entend un craquement. La luxation est réduite. Ce malade n'avait pas été soumis à l'action du chloroforme.

Chaque opérateur est assez disposé à s'exagérer les avantages des méthodes qu'il affectionne ou dont il a le plus l'habitude. Il faut faire la part de ces préférences, qui n'ont rien de blâmable quand elles ne sont pas trop injustement exclusives. Mais celui qui n'a point encore un parti pris, exige, pour se décider dans son choix, qu'on lui fasse connaître des résultats positifs. A cet égard, nous rappellerons que par les procédés ci-dessus décrits, M. Chassaignac a obtenu des réductions de luxations de l'épaule datant de six semaines, de deux mois; des réductions de luxations du coude datant de sept semaines, etc. (*voyez* les *Bulletins de la Société de chirurgie*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 *août* 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le ministre donne ampliation de l'arrêté qui approuve la modification faite par l'Académie à l'art. 45 de son règlement, ainsi conçu : « Les sections et les commissions présentent trois candidats au moins et « six au plus par chaque place. »

Modification adoptée :

« Toutefois, si dix membres au moins proposent d'autres candidats, « l'Académie consultée pourra également en admettre la présentation « après discussion. »

2° Échantillons de remèdes secrets.

3° Rapports sur les épidémies qui ont régné dans le Pas-de-Calais pendant les six derniers mois de 1852 et les six premiers mois de 1853, par les divers médecins des épidémies.

4° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Action réflexe.

M. Marchal, de Calvi, adresse à M. le président de l'Académie, à propos de ce que M. Bérard a dit dans la dernière séance sur l'action réflexe, une lettre dont voici un long extrait :

J'admets une action réflexe, normale et morbide à travers les ganglions nerveux. Vous niez cela et vous soutenez, en bonne compagnie, qu'il n'y a d'action réflexe quelconque, normale ou morbide, qu'à travers l'axe cérébro-spinal. Selon moi, les ganglions sont le foyer d'un grand nombre de mouvements instinctifs; selon vous, il n'est pas de mouvements dans l'économie qui ne se produise par suite d'une impulsion émanée du centre nerveux pròprement dit, ou centre cérébro-spinal. Je vois dans les ganglions de petits cerveaux, ne différant du véritable cerveau qu'en ce que les perceptions n'y deviennent point des idées; vous ne voyez dans ces mêmes ganglions qu'une série d'énigmes indéchiffrables.

Je vais dire (pour la galerie, car vous le savez déja), comment j'ai été conduit à admettre une action réflexe à travers les ganglions ou plutôt à travers un ganglion (le ganglion ophthalmique); mais si le fait est prouvé pour un ganglion, il l'est au moment même pour tous. C'est là le grand intérêt de la question, qui devient ainsi l'une des plus grandes questions et des plus intéressantes, tant de la pathologie que de la physiologie.

J'ai, le premier, observé plusieurs cas dans lesquels une paralysie complète de la troisième paire des nerfs crâniens (moteur oculaire commun) avec blépharoptose et strabisme externe, s'était produite à la suite d'une névralgie de la cinquième paire (trijumeau). Si, dans tous les cas, la double affection nerveuse s'était manifestée sans cause externe, et, comme on dit, spontanément, on pourrait élever des doutes sur la subordination de l'affection paralytique ou de la troisième paire, à l'affection douloureuse ou de la cinquième, et supposer que toutes deux reconnaissaient ou pouvaient reconnaître pour cause prochaine une commune affection du centre encéphalique, ayant agi sur une paire, puis sur l'autre. Mais il n'en est point ainsi, et j'ai vu le nerf moteur oculaire commun se paralyser à la suite d'une névralgie *traumatique* de la cinquième paire (branche frontale), sans qu'il y eût lieu, sans qu'il fût même possible de faire intervenir une lésion cérébrale.

Cela étant, j'ai dû me demander comment l'affection morbide peut se propager du nerf de sensibilité, dans lequel elle s'exprime par la douleur, au nerf du mouvement, dans lequel elle s'exprime par la paralysie; et j'ai été conduit à penser que cette propagation s'opère par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique, auquel les deux nerfs fournissent chacun une racine. Ainsi, dans mon cas de névralgie frontale traumatique, ayant déterminé la paralysie de la troisième paire, l'affection aurait retrogradé des rameaux frontaux à travers le nerf frontal, jusqu'au nerf nasal, et là, changeant de direction, elle aurait gagné la longue racine du ganglion ophthalmique, puis ce ganglion, et se serait enfin étendue, par la courte racine de ce petit centre, au tronc tout entier du nerf moteur oculaire commun. Voilà l'hérésie, car vous n'avez pas dit le mot; mais il est facile de l'apercevoir à travers une réticence académique.

Vous soutenez qu'en pareil cas l'action réflexe s'exerce à travers l'encéphale.

Mais on ne peut donner que ce qu'on a : comment le cerveau communiquerait-il une affection dont il n'offre aucun signe? Quoi donc! l'affection de la cinquième paire se communiquerait à l'encéphale, pour passer de là à un autre nerf, et l'encéphale ne s'en ressentirait pas? Ce serait donc une chose inerte que l'encéphale, et de toutes les choses la plus inerte, la plus passive? Est-ce qu'une maison voisine d'une maison qui brûle peut propager l'incendie sans brûler elle-même? Est-ce qu'un mur peut renvoyer un boulet sans en être endommagé?

Non, l'action morbide dans le cas dont il s'agit ne se propage pas jusqu'au cerveau.

Cette propagation de l'action morbide d'un nerf affecté au centre cérébral est possible cependant; elle a même été observée nombre de fois. Mais alors on voit se manifester des troubles généraux qui attestent bien la souveraine importance du centre auquel l'action morbide a abouti.

L'auteur cite plusieurs faits dans lesquels l'action morbide s'est bien positivement propagée jusqu'au cerveau, et s'est révélée alors par les troubles les plus graves et les plus étendus, puis il ajoute :

Ainsi, lorsque la propagation de l'action morbide à travers les nerfs s'étend jusqu'à l'encéphale, il en résulte par réflexion des troubles généraux; et quand ces troubles n'existent pas, il faut mettre de côté, comme impossible et chimérique, l'action réflexe à travers l'encéphale.

Il y a, reprend l'auteur, ou du moins il me semble y avoir deux sortes d'actions réflexes centrales : l'action réflexe cérébro-spinale et l'action

réflexe ganglionnaire. Je les appelle centrales, parce qu'il existe (au moins dans l'état morbide) une action réflexe périférique, qui s'exerce de rameau à rameau, de branche à branche, de paire à paire. Mais laissons de côté, pour le moment, cette dernière espèce d'action réflexe. J'ai bien assez à faire de démontrer l'existence de l'action réflexe ganglionnaire.

Ici l'auteur discute les objections qui ont été faites à la doctrine de l'action réflexe ganglionnaire.

Voici ces objections et l'argumentation de l'auteur.

« 1° La section du nerf optique dans le crâne détermine la dilatation de la pupille, qui ne se contracte plus ensuite, quelque vive que puisse être la lumière. »

Cela ne prouve rien contre l'action réflexe ganglionnaire, et il résulte seulement que la section du nerf optique paralyse la rétine, laquelle n'éprouvant plus l'impression de la lumière, ne peut plus, par conséquent, réagir sur le ganglion ophthalmique, et par suite sur les filets moteurs iriens.

« 2° La section du nerf trijumeau dans le crâne n'apporte aucun changement dans les mouvements de l'iris. Les irritations mécaniques de la cinquième paire n'exercent aucune influence sur la pupille. »

Cela ne prouve rien contre l'action réflexe à travers le ganglion ophthalmique ; mais cela prouve qu'il ne faut accepter qu'avec la plus grande circonspection les données des vivisections, au lieu d'y voir tout de suite d'infaillibles oracles. En effet, les irritations mécaniques et chimiques des nerfs de sensibilité spéciale, sur les animaux, ne produisent pas de douleurs ; il s'ensuivrait, s'il fallait s'en rapporter toujours aux expériences, que les nerfs de sensibilité spéciale sont privés de sensibilité générale. Or, ces nerfs révèlent une sensibilité propre, autre que la sensibilité spéciale, dans l'état pathologique. Donc, par analogie de ce que « les irritations mécaniques de la cinquième paire n'exercent aucune influence sur la pupille, *dans les expériences,* on ne peut pas conclure qu'en réalité, chez l'homme, il n'y ait point de relation entre la cinquième paire et l'iris. Cette relation, bien au contraire, est établie anatomiquement : par le filet de Tiedemann, qui va du ganglion ophthalmique à la rétine, et qu'il faut considérer comme une émanation de la cinquième paire ; par le ganglion ophthalmique ; enfin par les filets iriens qui émergent de ce petit centre. Quant à cette proposition que « la section du nerf trijumeau dans le crâne n'apporte aucun changement dans les mouvements de l'iris, » je n'ai pas de peine à l'admettre, et je n'y vois pas une objection à la doctrine que je soutiens. Le nerf trijumeau étant coupé dans le crâne, le filet de Tiedemann est paralysé, et le ganglion n'agit plus, ne recevant plus l'impression en retour, mais le cerveau le supplée ; la grande action réflexe se substitue à la petite, comme on va le voir dans le paragraphe suivant. En pathologie, l'influence de la cinquième paire sur l'iris se démontre péremptoirement par les cas nombreux dans lesquels une affection morbide du trijumeau a donné lieu à la mydriase, et par l'efficacité tant des vésicatoires que de l'électricité, appliqués sur le trajet des rameaux de ce nerf, dans le traitement de cette paralysie.

« 3° Quand on coupe le nerf optique dans le crâne d'un lapin, immédiatement après la décapitation, et qu'on irrite la portion unie à l'œil, la pupille ne subit aucun changement ; mais si l'action mécanique porte sur la partie du nerf qui tient au cerveau, la pupille se rétrécit, tout comme si le nerf optique n'avait point été coupé. »

Il faut discuter séparément les deux termes de cette proposition.

Premièrement, si la pupille ne subit aucun changement lorsqu'on irrite la portion du nerf optique unie à l'œil, cela veut dire tout simplement que la rétine, paralysée, ne peut plus réagir sur le ganglion ophthalmique, et, par suite, sur les filets moteurs iriens qui en émanent.

Secondement, si la pupille se rétrécit quand on irrite le bout central du nerf optique divisé, cela prouve une seule chose, c'est que, pour me servir d'une locution vulgaire, le ceveau fait lui-même ses affaires quand il ne peut plus compter sur le ganglion ophthalmique. De ce que les relations fonctionnelles de l'iris et de la rétine sont subordonnées au ganglion ophthalmique, il ne s'ensuit pas du tout qu'elles soient indépendantes de l'encéphale. C'est Bichat qui l'a dit : Lorsque la sensibilité organique s'élève au-dessus du type normal, elle devient sensibilité animale ; ce qui signifie qu'elle franchit les ganglions et arrive au cerveau qui la perçoit sous forme de douleur. Le cerveau peut donc s'ajouter aux ganglions, et de même il peut les suppléer ; il les supplée, lorsque, comme dans l'expérience de Mayo, ceux-ci sont mis dans l'impossibilité d'agir. La petite action réflexe n'exclut pas la grande, pas plus que, si je puis me permettre cette comparaison, l'autorité locale, dans un département, n'exclut l'autorité centrale.

« 4° Dans le cas d'amaurose ou de paralysie de la rétine, l'iris de l'œil atteint n'est plus susceptible de se mouvoir, lorsque la lumière tombe sur ce dernier, tandis qu'elle se meut quand la lumière frappe l'autre œil. »

Qu'est-ce que cela prouve encore? Que les deux yeux sont unis intimement dans le cerveau, en sorte que l'impression du côté droit peut passer du côté gauche, où elle peut produire la grande action réflexe, comme dans le cas précédent, la paralysie de la rétine équivalant, dans le fait pathologique, à la section du nerf optique dans l'expérience, et le ganglion ophthalmique étant mis hors de la possibilité d'agir, dans les deux cas.

Il résulte pour moi de cette discussion, à laquelle j'aurais voulu pouvoir donner plus de développement, qu'il n'existe pas une seule observation valable contre l'action réflexe ganglionnaire ; et je m'en félicite, car cette action explique merveilleusement une foule de phénomènes dont le mécanisme serait impénétrable autrement.

Ai-je tort? Je le crois, puisque je suis en opposition avec vous. Si vous le démontrez, j'y gagnerai de renoncer définitivement à une erreur, et ce ne sera pas sans un autre profit, car il est telle défaite dont on se sent honoré, vu le mérite du vainqueur.

Vaccine.

M. Clauzure adresse un Mémoire sur la vaccine et *la nécessité des revaccinations*. (Commission de vaccine.)

Suppression du quartier des gâteux dans les asiles d'aliénés.

M. Baillarger entre, relativement au rapport de M. Londe, dans quelques développements que nous publierons dans notre prochain numéro.

RAPPORTS.

Lit mécanique.

M. Londe lit un rapport sur un lit mécanique présenté par M. Langlois. Le rapporteur conclut que ce lit pourra rendre des services réels dans certains cas. (Adopté.)

Métastase tuberculeuse.

M. Patissier lit un rapport sur une observation de M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, intitulée : *Affection tuberculeuse métastatique de l'encéphale.* M. le rapporteur conclut à des remerciements, après avoir fait remarquer que rien dans l'observation ne dénote l'existence d'une métastase. (Adopté.)

Eaux minérales.

Le même membre lit un rapport sur une question adressée à l'Académie par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, à savoir s'il y aurait avantage à ce que les rapports sur les eaux minérales arrivassent à des époques déterminées. M. le rapporteur conclut « qu'il serait, en effet, avantageux d'établir une règle uniforme pour l'envoi des rapports des médecins inspecteurs, et que ces fonctionnaires ne doivent être tenus à cet envoi que *dix-huit* mois après la saison thermale. » (Adopté.)

REMÈDES SECRETS.

M. Robinet lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets ou nouveaux : le suivant, relatif à une nouvelle formule d'iodure de fer est le seul qui puisse nous intéresser :

M. Chapoteaut, pharmacien dans le département de la Nièvre, propose la formule suivante pour l'administration du proto-iodure de fer :

Iodure de potassium pur.....	5,70
Proto-sulfate de fer pur.....	7,70
Limaille de fer porphyrisée.....	4,00
Miel et poudre de réglisse q. s.	
F. s. a. 100 pilules.	

Après avoir fait observer que l'idée d'ajouter de la limaille de fer n'est pas nouvelle, M. le rapporteur se demande si les proportions adoptées par l'auteur donneront un résultat meilleur que celui déjà obtenu par d'autres formules ; il en doute et engage simplement l'auteur à publier sa formule dans les recueils scientifiques.

LECTURES.

Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

M. Priou, correspondant de l'Académie à Nantes, lit un travail sur la rétroversion utérine pendant la grossesse, et sur la réduction de ce déplacement par l'introduction dans le rectum d'une tige en bois ou autre substance pour agir sur le fond de l'utérus, tandis que deux doigts placés dans le vagin agissent sur le col de l'utérus. Il rapporte deux cas où ce procédé lui a réussi.

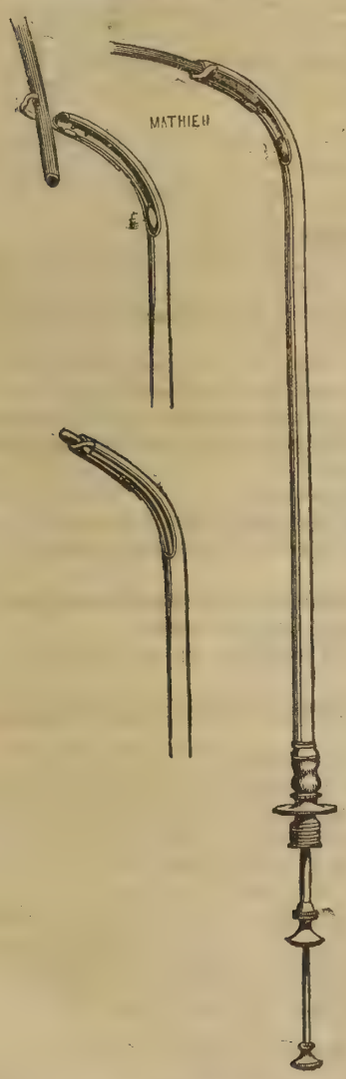
Après une discussion à laquelle prennent part MM. Moreau, Cazeaux, Depaul et Danyau, l'Académie continue son ordre du jour.

Corps étrangers de la vessie.

M. Leroy (d'Étiolles) lit sur ce sujet un Mémoire dans lequel, après des considérations générales sur la diversité de forme et de nature de ces corps sur les instruments extracteurs qui opèrent d'après deux principes d'action en ployant les tiges assez flexibles et assez minces pour sortir en double par l'urètre ou à travers un tube, et en faisant pivoter, pour les placer

dans la direction du canal, les corps trop rigides pour se ployer, et trop volumineux pour passer en double ; après avoir indiqué les différents mécanismes qu'il a mis en usage pour produire ces effets ; après avoir rappelé la part que lui ont faite les rapports des académies, dans la création de ce nouveau rameau de la science, ce chirurgien décrit les perfectionnements récents apportés à ses procédés, et il raconte des faits qui lui paraissent en démontrer l'efficacité. Il cite entre autres quatre extractions de sonde ou bougies de gutta-percha. Opérées par lui depuis moins de six mois, l'une d'elles a eu lieu sur un général, qui, en se sondant, avait rompu dans son urètre une grosse bougie de gutta percha, de laquelle s'était détachée une portion longue de 10 centimètres environ. Une quarantaine de tentatives avaient été faites, dans lesquels un des plus célèbres chirurgiens uropathes avait détaché quelques parcelles ; on songeait à pratiquer l'opération de la taille, mais on voulut auparavant avoir l'avis de M. Leroy (d'Étiolles), qui jugea l'extraction possible au moyen d'une modification de l'un de ses instruments. Ses intentions furent comprises et exécutées par M. Mathieu, et dès la première application, le corps étranger fut amené au dehors, en présence de M. le professeur Gavarret.

Une nouvelle extraction de sonde a été opérée au moyen de cet instrument par M. Leroy (d'Étiolles), sur un médecin de la Bourgogne affecté d'une rétention d'urine. Une sonde de gutta-percha, dont il s'était servi par mégarde, se rompit vers le tiers de la longueur ; il prit aussitôt le chemin de fer et se rendit à Paris. Le bout de la sonde était encore engagé dans l'urètre, M. Leroy (d'Étiolles) le saisit facilement à la hauteur des bulles avec une pince urétrale, mais le corps était tellement friable, que toute la portion qui proéminait dans la vessie se détacha. Le chirurgien eut recours à son nouvel instrument, et du premier coup, sans tâtonnement, le fragment de sonde fut saisi et extrait en présence de M. Baume, professeur de chirurgie à Gœttingue.



Le nouvel extracteur de M. Leroy (d'Étiolles), représenté dans la figure, a le même principe d'action que l'un de ses premiers instruments qui fait basculer les corps étrangers sur le bord d'une échancrure en gouttière pratiquée à l'extrémité d'un tube ; mais ici le mécanisme n'est plus le même et produit des effets plus certains.

Sur l'un des bords de la gouttière est une rainure dans laquelle glisse une demi-bague formant crochet qui, poussée par une tige se prolongeant à l'extérieur, peut dépasser le bord du tube de 2 centimètres environ ; le fragment de soude est engagé dans cet espace, le crochet semi-annulaire est ramené en arrière, il fait basculer le corps étranger sur le bord de l'échancrure, le couche dans la gouttière et l'y maintient pendant la sortie. Un cône métallique, mû par une seconde tige, fait l'office d'embout pendant l'introduction ; on le retire en arrière pour laisser la gouttière libre ; la figure représente les trois positions du crochet semi-annulaire, du corps étranger et de l'embout. Dans les trois temps de la manœuvre opératoire, manœuvre que tout le monde, ajoute M. Leroy (d'Étiolles), exécutera aussi facilement que lui.

Ce chirurgien termine sa communication en racontant l'histoire inédite de deux blessés de février et de juin 1848, dont le bassin fut traversé par des balles qui détachèrent et poussèrent dans la vessie des esquilles d'os, lesquelles devinrent des noyaux de pierre. M. Leroy (d'Étiolles) écrasa les concrétions lithiques et coupa les portions d'os avec un instrument dont il s'était déjà servi avec succès à l'Hôtel-Dieu, en 1835, pour morceler un éclat de bois qui avait pénétré dans la vessie à travers le périnée ; puis, quelques années après, pour diviser un manche en buis d'une cuiller de moutardier introduit par l'urètre dans la vessie d'une femme. Ce dernier fait a été communiqué à l'Académie des sciences.

Rétrécissements de l'urètre.

M. A. Mercier présente un instrument propre à inciser les valvules du col de la vessie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 août 1853. — Présidence de M. Combes.

Insufflation pulmonaire.

M. Ripault, médecin à Dijon, soumet au jugement de l'Académie une note sur l'emploi thérapeutique de l'*insufflation pulmonaire* dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu. A l'appui de cette note, l'auteur donne l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique. L'observation, recueillie par *M. Maréchal*, de Censerey, élève de l'École préparatoire de médecine de Dijon, est intitulée : « Péripneumonie droite compliquée d'aphtes sur la voûte palatine, terminée par des accès d'apnée survenus subitement, et combattus avec succès, pendant douze heures et demie de soins, par l'insufflation pulmonaire. »

Le sujet de cette observation, un enfant âgé de vingt-six jours, a été ranimé plusieurs fois, au moment où la vie était sur le point de s'éteindre, par le moyen de l'insufflation pulmonaire pratiquée avec un soufflet. Les accès d'apnée avaient complétement cessé quatre heures avant la mort de l'enfant. M. Ripault ne doute point que, dans des circonstances moins défavorables, on ne pût, par l'emploi de ce moyen, sauver des malades qui autrement mourraient asphyxiés.

Nouvel aliment.

M. Payen donne connaissance d'une lettre que lui a écrite M. Basset sur la culture de la fritillaire impériale. Le rapport de M. Robinet que nous publions ci-dessus, donnera une idée plus complète que la lettre de M. Basset, de ce qu'on peut espérer de cette nouvelle culture.

CORRESPONDANCE.

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

Paris, 27 août 1853.

A Monsieur le rédacteur du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai sous les yeux votre article du 18 courant, et je vous adresse un double remerciement, tant pour ce que vous avez bien voulu dire sur moi, que contre mon traitement spécifique de la fièvre dite typhoïde par le sulfate de quinine.

Pour toute lutte, tendant à confirmer ou infirmer *un fait*, je n'admets qu'une chose : la preuve du fait même.

J'ai avancé un fait, que je le prouve : si je ne je puis, l'aréopage médical est assez haut placé pour condamner le médecin assez osé pour avancer un fait erroné.

Merci de ce que vous avez dit de ma conviction. Elle atteint un degré que nul ne peut connaître encore, mais qui le sera au lit du malade, à l'épreuve que j'ai demandée. Si j'ai cru devoir la taire, dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie le 16 août, c'est qu'elle est de ces choses qui sont si fortes, qu'elles renversent ce que l'imagination incrédule et sceptique repousse comme ne pouvant exister.

Ne voulant pas vous bercer d'un vain espoir, vous repoussez la possibilité de la découverte d'un spécifique contre la fièvre dite typhoïde, et croyez qu'elle ne se réalisera jamais. A l'appui de votre consciencieuse incrédulité, vous citez le travail publié par M. le docteur de Saint-Laurent, en me reprochant « de n'avoir oublié que celui de ce médecin, aussi exact « observateur que logicien sévère, dans lequel mémoire, dites-vous, l'in- « fluence du sulfate de quinine est appréciée à sa juste valeur, c'est-à-dire « *à rien ou peu s'en faut.* » Je ne connaissais pas ce travail.

Mais, monsieur, dès 1850, je lisais (t. 13, p. 1006 ; 1847-48, *Bulletin* de l'Académie, rapport de M. Martin-Solon) « qu'on avait déjà constaté « l'*insuffisance* ou *le danger* du *sulfate de quinine* dans la fièvre ty- « phoïde. »

Ceci est plus grave, et alors même que j'eusse connu le travail que vous opposez à un fait, je n'en aurais pas parlé.

Et pourtant, le 8 février 1850, j'employai de mon propre chef ce médicament qui, après huit jours, triomphait de cette cruelle maladie et rendait à la vie M. A Garnier de la Roche, en présence de plusieurs internes de la Charité (M. Billioud et autres, aujourd'hui docteurs en médecine), et demeurant alors, ainsi que ce jeune homme, n° 1, rue des Beaux-Arts. M. Rostan peut le dire; M. G. de la Roche et son fils sont à Paris, n° 5, rue Saint-Georges, et peuvent l'affirmer.

Devant cet arrêt porté contre le sulfate de quinine, emp'oyé sans direction, sans données motivées, un fait si patent, si positif pouvait-il être infirmé? Le médicament qui agit efficacement le vingt-cinquième jour d'une maladie, ne doit-il pas mieux agir dès le début, alors qu'elle n'est pas jointe à une médication sans portée, faite au hasard? La réponse n'était pas douteuse. Et lorsque le 4 septembre 1850, je fus appelé par M. Empaire (15, rue du Hâvre, aujourd'hui, 52, rue Paradis-Poissonnière), pour soigner sa fille, dans les quarante-huit heures la maladie était enrayée. Lors des deux rechutes, je refusais une consultation qui m'était démandée, vu la gravité de la maladie, répondant que dans vingt-quatre heures elle serait hors de danger; ce qui eut lieu.

Pour la cinquième observation, dont le fils de M. de Laville, chef d'escadron d'état-major, fait le sujet (7, rue d'Isly), je lui déclarai que je n'agirais « que lorsque la maladie se serait aggravée, car elle pouvait se dissiper « du douzième au quatorzième jour sans traitement. » Je n'agis que lorsque le côma, succédant au délire, se joignit aux selles involontaires. Le résultat fut le même. Une rechute eut lieu le 14 mai et fut si grave, que le père me demanda une consultation, en présence de M. Estienne, chez de bataillon, et M. le comte de la Laurencie, parents de l'enfant (12, rue Greffulhe); je la refusai, promettant dans vingt-quatre heures de le remettre hors de danger; ce qui eut lieu. Onze jours après, l'enfant était levé.

Je vous sais gré, monsieur le rédacteur, d'avoir cité M. de Saint-Laurent et de l'avoir posé comme maître, et vous me rendrez un grand service en amassant, contre ma conviction, tous les faits et leurs auteurs les plus puissants dans la science; plus j'aurai à convaincre et plus vous porterez haut la spécificité du sulfate de quinine.

Sûr de ce que j'avance : spécificité du médicament; marche de la maladie; certitude de l'enrayer;

J'établis un autre fait, écrasant pour toutes les méthodes pratiquées aujourd'hui : c'est que ceux qui les emploient ne savent ce qu'ils font, ne savent ce qu'ils ont à combattre; que le traitement le plus salutaire de tous les leurs, est celui qui consiste à ne rien faire. Il est le plus rationnel; dans le doute abstiens-toi.

J'établis : 1° que la fièvre dite typhoïde peut se dissiper du dixième au quatorzième jour, quel que soit son caractère au début, sans aucun traitement. Plus de dix observations recueillies par moi me le prouvent.

2° J'établis : que si les praticiens disent perdre un malade soit sur cinq, six ou sept, les cinq, six ou sept qui se guérissent, se guériraient sans eux et se guérissent malgré eux.

Car pourquoi guérissent-ils une moyenne égale avec tous les traitements? Pourquoi la moyenne de la mort est-elle égale pour tous?

S'ils *guérissent* par leurs traitements quinze malades sur vingts, pourquoi ne peuvent-ils donc guérir les cinq qui meurent? car ils les prennent au début et ont le temps d'agir pour ceux-ci comme pour ceux-là. Diront-ils que la maladie a été plus grave? Je répondrai que les autres ne l'avaient pas ou l'avaient à un degré tel, qu'elle se serait guérie sans eux.

Car moi, je déclare que toutes doivent être guéries.

Vous m'avez cité M. de Saint-Laurent; vous ne repousserez pas Dance, car je le crois compétent. Il parle des traitements et déclare (vol. XXIV, page 7, *Archives générales de médecine*, 1830) : « Que la médecine ex- « pectante hygiénique est la meilleure et qu'aucune ne lui est préférable; » Et vol. XXV, page 201, 1831, dans ses conclusions basées d'après de nombreuses observations, il dit : « Mais nous avançons hardiment que, si « par cette médication on perd des malades, on les aurait perdus égale- « ment par les autres traitements (toniques, saignées, purgations), et que « si on les guérit, on ne les aurait pas toujours sauvés par ces autres trai- « tements. »

Il y a vingt-deux ans que c'est publié; est-ce clair, est-ce formel?

Ne suis-je pas alors en droit de dire, ils combattent une maladie inconnue pour eux. Elle se guérit sans eux et malgré eux.

Vous dites que je n'ai que cinq faits qui pèsent bien peu. Vous avez omis les deux rechutes de la deuxième observation, qui représentent sept guérisons, non pas prises au début, mais alors que la maladie, pour M. de la Roche, était arrivée au vingt-cinquième jour et aux portes de la mort, et pour les autres à un état très-grave.

Lorsque je suis près d'un malade atteint de la fièvre dite typhoïde, la première chose que je fais, — *est de ne rien faire,* — et j'ai mes raisons. Je dis aux parents que, pouvant se guérir seule, j'attendrai une aggravation pour agir, et que, dans vingt-quatre heures, elle sera enrayée.

Que les praticiens, qui *jugulent* la maladie avec leurs méthodes, attendent cette période pour en dire autant, et qu'ils emploient saignées, purgations, affusions froides, mercuriaux et *tutti quanti,* et qu'ils publient leur résultat.

S'ils *guérissent* au début, pourquoi ne les guérissent-ils pas toutes?

Si leurs traitements sont bons, pourquoi l'arrêtent-ils lorsque la maladie marche vers la mort?

Si leurs méthodes sont traitements, pourquoi ne sont-ils bons que pour le début? Pourquoi ne pas les continuer jusqu'à ce qu'ils aient mis le malade sur pieds?

On me fait le reproche de n'avoir donné ni la marche de la maladie, ni celle du traitement, et l'on me dit déjà : Comment voulez-vous que nous fassions?

Ile sont médecins, je leur donne le médicament, qu'ils agissent. S'ils ne le peuvent, qu'ils me laissent agir.

Car, quelle foi peuvent-ils avoir pour agir? N'ont-ils pas porté leur jugement? N'ont-ils pas en leur croyance la première cause d'insuccès, le doute?

Lorsqu'il faudra frapper, auront-ils le courage, basé sur la conviction, pour le faire?

Le doute étant dans l'âme, le courage leur manquera; n'ayant pas la conviction pour s'appuyer, l'hésitation leur viendra; ils feront comme le soldat qui jette son arme et fuit, et la mort frappera le malade.

Et l'on dira : Le médicament est mauvais! se gardant bien de dire : Je n'ai pas su l'employer.

Pensez-vous, monsieur le rédacteur, que pour arriver à ce degré de conviction, de certitude d'action, je n'ai pas eu a lutter, à souffrir? Croyez-vous que, homme d'honneur, il ne faille pas être sûr de ce que l'on fait pour dire à des familles : Je repousse toute consultation, et dans vingt-quatre heures le malade sera sauvé?

Comment, j'aurai le courage d'assumer sur ma responsabilité la vie d'un malade, et je n'aurais pas celui de dire au monde médical : Vous êtes dans l'erreur?

Quoi, j'aurai le courage de dire à des parents : Je n'agirai que lorsque cette maladie sera aggravée, car elle peut se guérir seule, et je n'aurais pas assez d'énergie, de conviction, pour le dire à une académie et demander à le prouver?

Ceci ne peut être admis; j'ai dû le faire.

Vous dites, monsieur le rédacteur, « qu'à côté du travail de M. de « Saint-Laurent, *mes cinq faits pèsent bien peu,* et que vous craignez bien « que le savant et judicieux rapporteur, M. le professeur Grisolle, ne soit « complétement de notre avis. »

D'abord, vous, monsieur, comme n'importe qui, peut-il s'attribuer le droit de préjuger d'un fait qu'il ne connaît pas? D'un fait qui n'est ni soumis à votre appréciation, ni à celle de l'Académie même, qui l'ignore tout comme vous, et que l'auteur demande *à prouver au lit du malade par des faits cliniques,* et non par des théories?

Je conteste ce droit à vous comme à tous.

Vous dites « que mes faits pèsent bien peu à côté du travail de M. de Saint-Laurent. » Ne croyez-vous pas que les théories pèsent moins qu'un fait?

Et qui vous affirme : 1° que le mémoire de M. de Saint-Laurent, quelque mérite que vous lui attribuiez, quel que soit son poids;

2° Que l'avis du savant et judicieux rapporteur, M. le professeur Grisolle;

3° Que votre avis ne péseront pas bien peu devant des faits établissant *le fait?*

Je me charge de le prouver au lit du malade.

Je n'ai pas demandé à l'Académie de médecine de nommer une commission devant déclarer si ce que je fais est bon ou mauvais. J'ai eu l'honneur de lui demander à me faciliter les moyens, dans les hôpitaux, de prouver devant une commission, et au lit du malade, *un fait,* la spécificité du sulfate de quinine pour la fièvre dite typhoïde, contre laquelle vous vous trouvez sans armes, et qui, pour tous, est encore inconnue, et que vous-même proclamez plus dévastatrice que le choléra! J'attends.

Veuillez, monsieur le rédacteur, consentir à insérer cette lettre dans votre journal. Votre impartialité me fait l'espérer, et comme il s'agit d'une question humanitaire, elle trouvera place dans vos colonnes.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments.

Votre très-dévoué,

Dr Rézard de Wouves, 7, *rue d'Isly.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 106. 1re année. Samedi 3 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses, par M. le Dr Abeille. (*Suite.*) — Contagion de la syphilis constitutionnelle, par M. Schnepf. — Emploi du carbonate de magnésie contre les verrues, par M. le Dr Rodriguez y Espinosa. — Addition à la séance de l'Académie de médecine du 30 août. — CORRESPONDANCE. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses,

Par M. le Dr Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir le n° 104.*)

1re catégorie. — Observations d'abcès symptomatiques sessiles traités par les injections d'iode.

(Nous énumérons ces observations d'après leur date.)

1re *Observation.* — Elle nous est propre ; elle est rapportée dans notre *Mémoire sur les injections d'iode*, pages 71 et suivantes, mémoire couronné en mai 1849.

Jeune homme de 16 ans, éminemment scrofuleux, ayant subi, en 1846, la résection d'une portion de l'os de la pommette droite ; atteint, dans le courant de mai suivant, de douleurs sourdes au pied gauche, bientôt suivies d'un gonflement œdémateux. Pendant quatre mois, traitement avec les préparations de fer et d'iode, l'huile de foie de morue, la tisane de feuilles de noyer à l'intérieur, les frictions résolutives, les vésicatoires, les cautères sur le pied malade. Atrophie progressive de la jambe et de la cuisse du même côté.

Au cinquième mois, ouverture spontanée de l'abcès sur les faces dorsale et plantaire du pied, donnant issue à une quantité de pus séreux, mal lié. Un stylet, introduit par l'orifice fistuleux de la fesse dorsale, arrive sur le dernier cunéiforme dénudé dans une certaine étendue, et par celui de la face plantaire, sur les deux autres cunéiformes également dénudés.

Le même traitement interne est continué pendant deux nouveaux mois, et le malade est soumis aux pédiluves iodés et à divers pansements. — Il maigrit d'une manière prononcée pendant ce temps ; la jambe et la cuisse sont moitié moins volumineuses que celles de l'autre côté. On pense alors sérieusement à l'amputation.

Au commencement du huitième mois, injections iodées par les deux ouvertures fistuleuses, une fois par jour pendant trois semaines, à parties égales de teinture et d'eau, compresses iodées sur le pied. — Durant un mois et demi ensuite, injections iodées aux mêmes proportions, tous les deux jours, et pédiluve iodé le jour où on ne fait pas d'injection.

Dès le deuxième mois de ce nouveau traitement, il y avait une très-grande diminution du suintement ichoreux qui avait lieu par les fistules ; le pied lui-même, considérablement tuméfié d'abord, se trouvait diminué de volume.

Au deuxième mois et demi, le malade pouvait marcher, ce qu'il n'avait fait depuis plus de sept mois, et les trajets fistuleux étaient complétement oblitérés. — Continuation du traitement interne pendant quatre mois encore.

Le malade, revu de temps en temps pendant dix-huit mois, n'avait plus éprouvé d'accident et continuait à bien se servir de son membre. — La cure était définitive.

2e *Observation* due à M. le docteur Boinet. — Abcès symptomatique (dénudation considérable du sacrum). — Situé au dessus de l'intervalle qui sépare les deux fesses. — En 1848, traitement général et injec-

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. Denucé, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Faculté* (1).

(*Suite. Voir le n° 104.*)

Un peintre hollandais, Ketel, cité par Camper, était privé de ses deux bras, et de nos jours, un autre peintre dont le nom est honorablement connu dans les arts, M. Ducornet, n'a jamais tenu ses pinceaux qu'avec le pied.

3° *Anomalies par écart.* — M. Leudet nous en a fourni un exemple remarquable en nous montrant un cas dans lequel la veine-cave était double (2). Ce fait est rare ; on en rencontre cependant quelques exemples. M. Broca, dont l'érudition ne nous fait jamais défaut, en a cité deux exemples, l'un dû à Zagorski, l'autre rapporté par Wilde. M. Cruveilhier en a également mentionné un dans son Traité d'anatomie.

De ces faits divers, il résulte que cette anomalie représente la réunion tardive des deux veines iliaques primitives ; et les cas que nous venons d'indiquer montrent l'anomalie à ses divers degrés, c'est-à-dire la réunion se faisant à différentes hauteurs.

Dans tous les cas, la veine iliaque gauche monte à gauche de l'aorte et passe au-devant d'elle pour aller rejoindre la droite qui occupe la position normale de la veine-cave. La jonction se fait pour le cas de Jagorski et celui de M. Cruveilhier au niveau des reins et de la première vertèbre lombaire ; et pour les cas de M. Leudet et Wilde, au niveau du foie. Dans tous, excepté dans celui de Wilde, la veine gauche reçoit les collatérales de son côté avant sa jonction, dans celui de Wilde, au contraire, les collatérales, les veines rénales entre autres, vont, comme d'habitude, se jeter dans la veine droite, tandis que la gauche remonte le long de l'aorte et va s'aboucher avec la veine droite sans avoir reçu aucune collatérale.

Réflexions générales sur les monstruosités. — Je viens de vous rapporter, messieurs, plusieurs cas de monstruosités et d'anomalies congénitales. Permettez-moi de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les différentes causes auxquelles elles peuvent être rapportées. Je ne sortirai pas de mon sujet, car la plupart des opinions émises ont été agitées par leurs présentateurs ou par leurs rapporteurs à l'occasion des divers cas qu'ils ont fait passer devant vos yeux (1).

(1) Ce titre a été omis par erreur dans le Feuilleton du n° 104 du *Moniteur*.
(2) Page 474.

(1) Voyez surtout le rapport remarquable de M. Broca sur l'observation de M. Blui, p. 390, et son observation de Ledjewood, p. 275.

tions iodées (huit en six mois). — Guérison définitive. — Pas d'accident. (*Société de chirurgie,* séance du 10 septembre 1850.)

3e *Observation* due à M. le docteur Boinet. — Abcès symptomatique d'une carie de l'articulation coxo-fémorale. — Traitement général : injections iodées (huit en huit mois). — Pas d'accident. — Guérison définitive. (*Société de chirurgie,* 10 septembre 1850.)

4e *Observation* due à M. Bocamy (*Gazette des hôpitaux,* 17 décembre 1850). — Abcès symptomatique de carie de fémur. — Injections iodées sans traitement général ; oblitération de la poche purulente en deux mois par deux injections. — Quelque temps après, formation d'une nouvelle poche à la même place. — Cette fois, traitement général par l'iodure de potassium, injections iodées. — Guérison radicale au bout de deux mois.

5e *Observation* due à M. Bocamy (*Gazette des hôpitaux,* 17 décembre 1850). — Abcès symptomatique de carie d'une côte. — Pas de traitement général. — Oblitération complète de la poche purulente en dix jours et quatre injections iodées. — Quelque temps après, nouvel abcès situé au-dessus du précédent. — Traitement général cette fois par l'iodure de potassium et injections d'iode. — Cure définitive.

Ces deux observations sont éminemment instructives. Dans l'une comme dans l'autre, la poche purulente s'oblitère promptement sous l'influence des injections iodées sans que la lésion osseuse soit guérie ; mais bientôt reparaît une nouvelle collection. Cette fois, notre confrère, mieux avisé, administre pendant deux mois l'iodure de potassium à l'intérieur, concurremment avec les injections iodées, et obtient une cure définitive et sans récidive. Pour qu'il n'y ait plus eu récidive, il faut nécessairement qu'il y ait eu guérison de l'os malade. On devine aisément que le traitement général a joué un très-grand rôle dans ce dernier résultat.

6e *Observation,* non publiée. — Double abcès symptomatique de carie d'une côte. Cette observation constitue un insuccès de la part des injections iodées.

Dans le service des blessés de l'hôpital militaire d'Ajaccio, confié à M. le chirurgien principal Besson, un malade offrait une double poche purulente située à la partie latérale droite du dos. En décembre 1850, ce chirurgien avait ouvert cette double poche qui donna issue à une quantité de pus séreux. Pendant quatre mois, il chercha en vain et par tous les moyens à en obtenir la cicatrisation.

Le 27 janvier 1851, M. Besson nous présentait ce malade pour savoir s'il était dans des conditions favorables pour essayer les injections iodées. Le sujet était pâle, amaigri ; il avait en ce moment deux trajet fistuleux situés à distance d'un pouce et demi l'un de l'autre dans le septième espace intercostal, et aboutissant séparément en haut à une portion cariée de la sixième côte. M. Besson avait plusieurs fois exploré avec un stylet ces trajets fistuleux et constaté la carie osseuse. La même manœuvre nous donna le même résultat. Les trajets fistuleux se rapprochaient supérieurement, de façon à n'être séparés que de 2 à 3 centimètres ; les téguments conservaient une intermiscence prononcée sur le point correspondant à la carie. Ces fistules étaient encore le siége d'un écoulement considérable de pus ichoreux qui semblait épuiser le malade. Celui-ci avait en outre, autour du col, plusieurs cicatrices qui indiquaient l'existence antérieure d'abcès froids liés aux scrofules ; il n'avait pas de mouvement fébrile, et sa poitrine explorée avec soin ne laissait rien percevoir qui pût légitimer la crainte de tubercules pulmonaires.

Il fut convenu qu'on le soumettrait à un traitement général par l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, la tisane de feuilles de noyer et qu'on pratiquerait des injections d'iode d'abord à moitié, ensuite avec de la teinture pure tous les trois ou quatre jours, si elles ne déterminaient pas d'accident.

Le malade devait être nourri convenablement.

De janvier au mois de juin suivant, c'est-à-dire pendant cinq mois, le traitement institué fut rigoureusement suivi, et les injections furent exécutées comme il était convenu, sans qu'il s'ensuivît jamais le plus petit accident.

Le seul bénéfice obtenu à la fin de juin, fut une amélioration prononcée dans l'état général du malade, qui avait repris des forces et de l'embonpoint, la diminution de la tuméfaction des parties molles sur le point carié, et une diminution très-notable de l'écoulement purulent par les trajets fistuleux ; ceux-ci existaient toujours et permettaient de constater encore avec un stylet la persistance de la carie osseuse. Le malade a été réformé dans le courant de juillet, et est retourné dans ses foyers.

7e *Observation* propre à l'auteur et non publiée. — Abcès symptomatique de carie de côte chez un tuberculeux.

Un jeune militaire, d'origine corse, servant depuis plus de trois ans dans le 21e léger, le nommé Paol...., âgé de 25 ans, entre le 4 septembre 1851 à l'hôpital militaire d'Ajaccio.

Ce militaire, d'une constitution faible primitivement, est en ce moment dans un état de détérioration grave. Il a déjà fait plusieurs entrées dans les hôpitaux pour des maladies de poitrine ; il a eu de fréquents crachements de sang et s'enrhume avec la plus grande facilité. Depuis une quinzaine de jours, il tousse plus que jamais, éprouve régulièrement un accès de fièvre quotidien qu'il rapporte à l'infection marématique. Il y a déjà longtemps qu'il éprouve des sueurs nocturnes sur toute la face antérieure du thorax : elles sont maintenant plus abondantes et couvrent toute la surface du corps.

L'examen direct de la poitrine révèle une agglomération tuberculeuse en voie de ramollissement au sommet droit.

Ce n'est pas là la seule affection qui a amené ce jeune malade à l'hôpital.

Il est atteint aussi d'une tumeur molle, fluctuante, sans chaleur ni changement de couleur à la peau, du volume d'une grosse pomme, bien circonscrite et située sur le sixième espace intercostal qu'elle déborde en bas, à environ 5 à 6 centimètres de l'articulation costo-vertébrale.

Il y a à peu près quatre mois que cette tumeur a débuté ; elle s'est développée ensuite graduellement et insensiblement.

Bien longtemps avant son apparition, le malade éprouvait une certaine douleur sur la portion articulaire de la côte supérieure, douleur qui, pour

---

Toutes les anomalies ou monstruosités, quelles qu'elles soient, ont été rapportées à trois ordres de causes :

1° *La défectuosités des germes.*
2° *La formation vicieuse.*
3° *Les lésions physiques et les maladies du fœtus.*

Chacune de ses opinions a eu ses défenseurs, et, il faut le dire, chacune d'elles repose sur un certain nombre de faits. C'est qu'en effet, messieurs, il ne faut pas être exclusif. L'unité, si longtemps cherchée, recule à mesure qu'on la poursuit, et il faut bien s'habituer à cette idée que des résultats analogues, rapprochés par nos classifications artificielles, peuvent procéder de causes très-différentes.

Depuis les travaux de Needham, de Wolf, de Blumembach, depuis que la doctrine de l'épigénèse et de la postformation l'a définitivement emporté sur celle de la préexistence, il ne peut plus être question de la défectuosité des germes, telle que l'entendait Winslow (1). Seulement, le germe, considéré au moment où il se produit par la rencontre des deux substances mâle et femelle, peut tenir héréditairement de l'une ou de l'autre certaines propriétés, qui se traduisent ordinairement par de simples ressemblances d'organisation, mais qui peuvent aller jusqu'à la transmission de certaines difformités. Dans cette limite, la défectuosité des germes, qui peut prendre plus justement le titre de *transmission héréditaire,* peut et doit être acceptée.

Mais une pareille cause ne rend compte que d'un petit nombre de faits. La plupart des anomalies ne sont pas héréditaires, et dès lors on est conduit à chercher si elles sont dues à une aberration de la force formatrice ou à une lésion accidentelle qui aurait altéré consécutivement des portions primitivement régulières. En d'autres termes, on peut se demander si les faits de la tératologie sont le résultat d'une *malformation* ou d'une *déformation.*

Cette dernière doctrine, qui attribue les anomalies et les monstruosités à des lésions physiques ou à des maladies de l'embryon, est fort séduisante pour l'esprit, car on aime à aller du connu à l'inconnu, et à expliquer les choses qu'on ne peut voir par leur analogie supposée avec celles qui frappent souvent nos yeux. Lorsqu'on voit, par exemple, une affection articulaire, survenue sur un jeune enfant, entraver considérablement le développement de son membre et en modifier la forme à un haut degré ; lorsqu'au bout de quelques années, sur cet enfant devenu adulte, on constate l'inégalité la plus choquante entre le membre sain et le membre qui fut malade ; lorsqu'en d'autres termes, on voit une maladie produire des résultats différents, suivant qu'elle atteint nos parties avant ou après leur complet développement, il est bien permis de se demander si les vices de conformation que certains êtres présentent en venant au monde ne seraient pas dus à des affections intra-utérines, semblables quant à leur nature, mais non quant à leurs effets, à celles qui peuvent frapper l'animal après sa naissance. Cette idée ingénieuse et féconde, émise par Lemery, au commencement du siècle dernier, n'avait et ne pouvait avoir alors que la valeur d'une hypothèse ; mais elle a pris une consistance réelle, depuis que les anatomopathologistes modernes ont constaté sur le fœtus un grand nombre de lésions analogues à celles qu'on trouve sur l'adulte, et surtout depuis qu'on a eu l'occasion de prendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait.

(1) Mém. Acad. des sciences, 1733 à 1739

le gêner un peu, ne l'avait jamais forcé de suspendre son service. Une fois, dans l'une de ses entrées à l'hôpital, il s'en était plaint; on lui avait appliqué deux ventouses scarifiées qui avaient semblé le soulager.

Après le développement de la tumeur, cette douleur est disparue; cependant, si on presse sur la sixième côte, depuis le point où la tumeur semble prendre racine jusqu'à la portion articulaire, on éveille une sensibilité anormale; les téguments présentent un relief sensible qui fait suite à la tumeur, comme s'il en était un prolongement.

Le malade est soumis aux préparations de fer et d'iode; il prend en même temps du sulfate de quinine pour amoindrir les accès de fièvre liés plutôt à la tuberculisation pulmonaire qu'à l'infection paludéenne. Régime tonique.

6 *septembre*. Ponction de la tumeur en présence de MM. Besson, chirurgien principal, Bonocarci, médecin aide-major au 21e de ligne, et les sous-aides de l'hôpital; issue d'environ 120 grammes de pus séreux, jaune verdâtre mêlé de quelque peu de sang à la fin.

Injection de 100 grammes de solution iodée au tiers, avec addition de 1 gramme d'iodure de potassium; douleur médiocre sur le moment; les deux tiers du liquide sont laissés à demeure. Douleur plus forte dans la nuit qu'au moment de l'opération.

A la visite du 7, les douleurs ont cessé; un peu de chaleur à la peau sans aucune trace de rougeur.

Quinze jours après (22 septembre), nouvelle réplétion de la poche. Ponction et issue de 100 grammes de séro-pus, ayant une coloration iodée. Injection iodée dans les mêmes proportions; la moitié du liquide est laissée à demeure. Pas de douleurs; aucun accident consécutif.

7 *octobre*. Reproduction de la tumeur, avec un volume moindre cependant et sans trace d'inflammation à la peau; douleur continue sur la partie correspondante à l'altération osseuse.

Ponction directe cette fois; évacuation de 60 grammes environ de pus ayant encore une légère teinte iodique. Un stylet introduit dans la plaie peut arriver jusque sous le bord inférieur et la face externe de la sixième côte dénudée dans une certaine étendue au voisinage de son articulation. Troisième injection iodée aux mêmes proportions; un tiers laissé à demeure.

Le 12, nous donnons issue au liquide; c'est un mélange de pus et de teinture d'iode; il n'en sort guère qu'une quarantaine de grammes. Injection iodée à moitié, séjour du liquide pendant un quart d'heure, évacuation libre ensuite; pansement à plat.

Le 17, il s'est établi un trajet fistuleux par lequel s'écoule continuellement du séro-pus. Injection iodée à moitié.

Jusqu'au 27, cinq nouvelles injections sans qu'il survienne d'accident.

Le 27, on constate une induration dans la plus grande partie de l'étendue occupée par la poche; il y a en même temps dépression des tissus. L'écoulement purulent a diminué d'une manière très-notable; les injections sont continuées tous les quatre et cinq jours.

1er *décembre*. Le malade part en convalescence dans son village; il nous l'a demandé avec tant d'instance, que nous sommes obligé d'accéder à ses désirs : du reste, l'état de sa poitrine ne laisse rien espérer. Au moment du départ, l'orifice fistuleux externe était déprimé dans l'espace intercostal, avec renversement des bords en dedans; il ne s'écoulait qu'une petite quantité de pus d'assez bonne nature, mais le stylet arrivait encore sur la portion osseuse dénudée.

Cinq mois plus tard, le malade succombait à la tuberculisation pulmonaire. Nous avons appris que l'orifice fistuleux ne s'était jamais complétement oblitéré.

Voilà encore une observation qui constate un insuccès de la part des injections iodées. Il est permis de croire, cependant, que le mauvais état du malade a mis obstacle à l'action du traitement général, et nous avons le malheur de penser que les injections iodées ne peuvent à elles seules guérir l'abcès et la lésion osseuse.

8e *Observation* propre à l'auteur et non publiée. — Abcès symptomatique de carie du sternum.

Un jeune vicaire de la commune d'Olmeto (Corse) se présentait à nous le 31 mai 1851, pour nous consulter sur une tumeur de six mois de date, développée insensiblement, sans douleur préalable, et siégeant au-dessous du sein droit.

Dès l'origine du mal, l'abbé avait consulté des médecins. Divers traitements lui avaient été prescrits. Celui qui fut suivi avec le plus de persévérance consistait dans les préparations d'iode à l'intérieur, les purgations répétées, et des frictions avec une pommade à base iodique.

Ce jeune prêtre, d'une assez bonne constitution, avait éprouvé, vers le deuxième mois de l'apparition de la tumeur, une pleurésie subaiguë du même côté, qu'il avait combattue assez activement. Il restait cependant sujet à une certaine gêne de la respiration, bien que toute douleur eût cessé depuis longtemps. Il attribuait cette gêne à l'accroissement de la tumeur; elle n'était que le résultat d'un reste d'épanchement pleural limité aux tiers inférieurs et révélé par l'examen direct.

La tumeur en question, peu proéminente, mal circonscrite, ayant de six à sept centimètres de diamètre, sans changement de couleur et sans chaleur à la peau, laissait percevoir une fluctuation profonde; elle était évidemment sous-aponévrotique. Une pression un peu forte y déterminait de la douleur, surtout en se rapprochant du sternum.

Le malade n'avait jamais reçu de coup, ni fait de chute à laquelle on pût rattacher l'existence du mal : la pleurite avec épanchement était postérieure à son apparition. Il n'existait sur aucun point du corps d'engorgement glanduleux, de signes de strumes. Quelque bien dirigée que fût la pression que nous exercions, nous ne parvenions point à faire rentrer cette tumeur : elle n'était le siége d'aucune pulsation, d'aucun bruit; elle devait appartenir évidemment à la catégorie des abcès froids, et l'endolorissement sternal, à la pression, pouvait laisser craindre qu'elle ne fût symptomatique d'une lésion osseuse.

Le traitement fut d'abord dirigé contre le reste d'épanchement pleural, remettant à la résolution complète de celui-ci la ponction de l'abcès. Le malade devait prendre en outre l'iodure de potassium et le sous-carbonate de fer tous les jours.

Le 17 août suivant, la tumeur était un peu plus saillante, mais la peau n'avait subi aucun amincissement.

Ponction directe avec un trois-quarts à hydrocèle, issue d'une centaine de grammes de pus séreux, jaunâtre. Un stylet introduit après l'évacuation du liquide dirigé en haut, en arrière du bord externe du sternum,

---

Nous sommes obligé, aujourd'hui, d'admettre l'existence de vices congéniaux de formation dus à de semblables causes. Ces monstruosités *accidentelles*, comme disait Lemery, peuvent dépendre de l'embryon lui-même, ou de ses relations avec les enveloppes, avec la mère et même avec les objets extérieurs.

Je ne saurais me proposer ici, messieurs, de passer en revue toute la tératologie, et si je me suis livré à quelques réflexions générales sur ce sujet, c'était pour faire ressortir l'importance des communications de ce genre qui ont été faites dans ces derniers temps à la Société anatomique.

Nous ne pouvons plus nier l'influence des maladies du fœtus sur les productions de certaines difformités, depuis que M. Broca nous a montré une luxation congéniale en voie de formation. L'articulation coxo-fémorale du fœtus qu'il nous a présenté, était le siége d'un arthrite chronique avec fausses membranes; certains ligaments étaient ramollis et déchirés, et ces circonstances, jointes au peu de profondeur de la cavité cotyloïde à cette époque de la vie, rendaient imminente la production de la luxation (1). Certes, ce fait n'est pas sans analogue dans la science; mais j'ai dû vous le signaler à cause de sa rareté. Du reste, l'auteur de cette communication est loin de considérer cette cause comme étant celle de toutes les luxations congéniales.

Les connexions vicieuses de l'embryon, avec les membranes, ont été invoquées par Geoffroy-Saint-Hilaire comme la cause la plus fréquente des monstruosités. Les adhérences du fœtus avec la poche amniotique occupaient à ses yeux le premier rang dans cette étiologie toute mécanique. Depuis lors, M. Lallemand a cité quelques faits de striction circulaire, et même de section des membres par l'enroulement du cordon ombilical. Enfin, et surtout Montgomery, a démontré, par des exemples concluants, que des brides placentaires pouvaient étreindre certaines parties du fœtus, les couper d'une manière complète, et c'est à cette cause exclusivement que cet observateur a cru devoir rapporter, sous le nom d'*amputations spontanées*, tous les cas où il y a absence congéniale d'un membre.

Nous n'avons pas besoin, messieurs, de sortir de la collection de nos bulletins pour trouver des faits conformes à la théorie de Montgomery. Il y a quelques années, M. Alexis Moreau nous a présenté (1) un enfant sur lequel « on constatait l'absence des dernières phalanges des doigts médius et annulaire de la main « gauche; les mêmes phalanges manquaient aussi aux deuxième et troisième orteil « de chaque pied; on remarquait encore aux deux jambes un étranglement cutané sus-maléolaire beaucoup plus prononcé à gauche qu'à droite; il en existait « un autre tout à fait semblable au niveau de la première phalange du gros orteil « droit. Le placenta, à sa surface amniotique, près de l'insertion du cordon ombilical, offrait plusieurs prolongements filiformes, dont les uns avaient une « extrémité libre, tandis que les autres étaient fixés à leurs deux extrémités comme « une corde tendue. »

L'année dernière, M. Broca (2) a mis sous nos yeux une bride formée par un appendice des membranes, et serrant, comme un lien, le membre supérieur gauche d'un fœtus de cinq à six mois; l'extrémité du bras était aplatie et atro-

(1) Page 10.

(1) *Bulletin de* 1847, page 395.

(2) 1851, page 250.

s'arrête sur un point osseux dénudé dans une étendue qu'on peut évaluer à la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Cette dénudation n'offre point, au choc du stylet, une résistance analogue à celle d'un os nécrosé, mais bien celle d'un os ramolli. Il s'agit probablement d'un point de carie.

Injection de 60 grammes de liquide iodique au tiers : vives douleurs qui font défaillir un instant le malade. La moitié du liquide est laissée à demeure. Obturation de la plaie cutanée.

Le 18, le malade retourne à Olmeto. Il ne souffre plus et il n'y a aucune trace de rougeur à la peau. Il devra continuer l'usage de l'iodure de potassium et du fer, bien se nourrir, faire usage de bon vin.

Le 5 septembre, le malade vient nous revoir. Il s'est écoulé une abondante quantité de pus séreux dans la nuit du 26 au 27. Il existe maintenant un orifice fistuleux par lequel se fait un suintement continu. Le malade n'a pas éprouvé, du reste, le moindre accident, et le pus n'est pas fétide. Deuxième injection avec 30 grammes de liquide iodé à moitié.

Cette fois, les douleurs sont presque nulles. Continuation du même régime et du même traitement général.

Le 18 septembre, le suintement purulent a diminué de plus de moitié; on remarque une dépression prononcée à la place occupée autrefois par la tumeur. Au lieu d'une poche, il ne reste qu'un simple trajet fistuleux qui ne peut contenir le liquide iodique injecté avec une seringue d'Anel. Le malade devra faire lui-même une injection tous les trois jours, et cette fois avec de la teinture à l'état de pureté.

Jusqu'au 8 décembre suivant, nous n'avons plus de nouvelles de notre jeune vicaire. Il vient nous revoir à cette date, et c'est pour nous annoncer sa guérison. Le trajet fistuleux est, en effet, complétement oblitéré. On voit une dépression en entonnoir, avec induration cicatricielle sur le point où existait l'orifice externe. Depuis plus de trois semaines il ne s'est plus écoulé une seule goutte de liquide de quelque nature que ce soit.

Le traitement général devra continuer pendant trois ou quatre mois encore.

Cinq mois plus tard nous pouvions nous assurer, avant de quitter Ajaccio, que cette cure était radicale.

9e *Observation.* — Abcès symptomatique à la région lombaire (mal de Pott). M. Robert, séance de la *Société de chirurgie*, 12 mai 1852.

Paraplégie antérieure à l'abcès, traitée et guérie par l'iodure de potassium. Plusieurs mois après, gibbosité et abcès sur place. Traitement par les injections iodées. A la suite de la dernière, gangrène des parois du foyer. A l'autopsie, on constate une large poche à la région lombaire, communiquant, par un trajet large, avec le foyer du mal qui correspond aux dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales et premières lombaires, profondément altérées par des tubercules. Épaississement des méninges spinales sur ce point.

10e. — Cinq observations dues à M. Guersant (séance de la *Société de chirurgie*, 21 avril 1852).

M. Guersant a employé les injections iodées dans cinq cas d'abcès symptomatiques articulaires. Traitement général préalable par les préparations iodées. Succès complet dans trois cas; accidents graves dans les deux autres. Pour ces derniers, il s'agissait une fois de coxalgie compliquée d'un vaste foyer occupant la moitié de la cuisse : dès le premier jour il survint des accidents graves qui nécessitèrent un débridement le lendemain. Mort au septième jour. A l'autopsie, carie de la cavité cotyloïde.

Quel est cet accident fort grave qui nécessite un débridement le lendemain? C'est probablement un engorgement inflammatoire. Cet engorgement eût pu passer au sphacèle; c'est sans doute sous l'impression de cette crainte que l'opérateur a débridé. Mais n'y avait-il pas, en dehors de l'injection iodée elle-même, des circonstances qui peuvent avoir favorisé cet engorgement? Et, par exemple, n'a-t-on pas observé le même accident, et avec autant de promptitude, dans d'autres cas analogues où une grande articulation suppurée, communiquant avec une immense poche, se trouve, par l'ouverture de celle-ci et l'évacuation du pus, subitement changée dans ses rapports et dans ses conditions? Quoi qu'il en soit, nous ne voulons rien pallier; cet accident restera bien et dûment sur le compte de l'injection iodée.

Chez le second malade, la gravité des accidents survenus dès la première injection a dû empêcher d'y recourir de nouveau. Ici, nous aurions désiré connaître la nature de ces accidents graves. Dans un cas à nous appartenant, et dont on aura bientôt l'histoire, nous avons eu aussi des accidents sérieux, qu'on peut en partie attribuer à l'injection iodée; mais, pour avoir retardé l'usage des injections, ces accidents ne les ont point empêchées ultérieurement; à un moment donné, elles sont même devenues un correctif de la fétidité de la suppuration, capable de donner lieu à l'infection purulente.

11e *Observation.* — Propre à l'auteur et non publiée.

Mademoiselle Dug..., modiste en robes, aujourd'hui rue Pigale, éprouvait, depuis quatre à cinq mois, des douleurs variables à la partie inférieure du sacrum, entre les deux fesses. Elle ne se rappelait pas avoir fait de chute, et attribuait ses douleurs à la position assise nécessitée par son état. A chaque époque menstruelle, ces douleurs acquéraient plus d'intensité. Dans les premiers jours de décembre 1852, impossibilité absolue de s'asseoir, et apparition d'une tumeur dans le point indiqué. Pendant quinze jours, cataplasmes de farine de graines de lin.

La tumeur devint plus volumineuse et plus saillante. Un médecin, appelé, fit diverses prescriptions sans résultat avantageux. Le 8 janvier 1853, on a recouru à nous. La malade a beaucoup maigri depuis plus de deux mois qu'elle ne sort plus; elle a perdu l'appétit; elle est fort chagrine sur sa position; elle éprouve un peu de chaleur toutes les nuits; elle a perdu le sommeil.

Nous constatons une excellente constitution primitive, un très-bon état de la poitrine, l'absence de toute maladie antérieure. La jeune personne a 19 ans. A la partie inférieure de la région sacrée, il existe une tuméfaction assez considérable se prolongeant en dedans de la fesse gauche et en bas, presque jusqu'à la marge de l'anus. Cette tumeur est sans changement de couleur à la peau, excepté sur le point le plus élevé, où il y a un peu de rougeur. Il y a une fluctuation profonde, sous-aponévrotique. En pressant immédiatement au-dessus de la tumeur, vers la partie inférieure du sacrum, il y a douleur vive, et cette douleur se reproduit dans toute son étendue. Traitement général par l'iodure de potassium, le fer et les amers. Ponction avec un bistouri sur le point le plus saillant, la partie

---

phiée. M. Follin a cité, à propos de ce fait, un cas qu'il a vu dans la collection de M. Coste, et dans lequel l'amputation spontanée a été bien évidemment produite par une bride. Il est donc difficile de mettre en doute la réalité de ce mécanisme, mais il est plus difficile peut-être encore de l'admettre sans réserve. Quand on voit, comme dans l'observation de Ledgewood, rapportée par M. Broca, l'amputation porter sur trois membres à la fois; quand on voit surtout manquer en même temps le quatrième orteil et son métatarsien, on a de fortes raisons de supposer que la difformité tient à une cause plus profonde, plus générale, que la présence accidentelle de quelques brides fibreuses.

Vous voyez ainsi avec quelles réserves il faut accepter les explications mécaniques dans les théories des monstruosités. Des faits précis ont établi l'existence des amputations spontanées; il était bien simple, bien naturel, de rapporter à des causes de ce genre tous les cas d'absence de membres, et pourtant le fait de Ledgewood prouve qu'on se tromperait en agissant ainsi.

Il reste une dernière catégorie de lésions physiques subies par le fœtus; je veux parler de fausses positions des diverses parties du corps pendant le séjour dans la cavité utérine. Cette doctrine, déjà ancienne, fut reprise dans les temps modernes par M. Cruveilhier, et généralisée plus tard par M. Ferd. Martin. Votre honorable président a cru pouvoir attribuer à une cause de ce genre le cas de main-bot radiale qui nous a été présenté par M. Rombeau (1). Tous les os qui manquaient dans ce fait intéressant, depuis le radius jusqu'au squelette du pouce, étaient précisément situés dans les points sur lesquels la main déviée pouvait exercer une pression fâcheuse. Mais M. Broca (1) se demanda si cette explication n'intervertissait pas les éléments du problème, si la déviation de la main, considérée par les uns comme une cause, n'était pas plutôt un effet, et si l'absence de certaines parties du squelette, loin d'être consécutive, n'aurait pas été, au contraire, l'élément initial de la difformité.

Quoi qu'il en soit de ce dernier aperçu, il reste établi, par les faits que nous avons vus, que les vices congéniaux de conformation peuvent quelquefois reconnaître pour cause des accidents survenus pendant la vie intra-utérine; mais je ne crains pas de dire que, depuis quelques années, les pièces présentées à la Société anatomique ont de la tendance à prouver que les cas de ce genre sont bien moins nombreux qu'on ne l'a dit.

Déjà nous avons pu voir, dans l'intéressant compte rendu de M. Leudet, mon prédécesseur, que la théorie des pieds-bots par rétraction musculaire intra-utérine avait été sapée dans sa base par les pièces sans nombre qui nous ont été présentées. Cette année, l'histoire de Ledgewood, le fait de M. Blin, peut-être aussi celui de M. Rombeau sont venus nous offrir de nouvelles exceptions à cette théorie exclusive, et nous sommes autorisés à admettre que, dans la grande majorité des cas, les monstruosités sont dues à des vices primordiaux de formation et non à des accidents plus tardifs ayant pour résultat de défigurer ou de faire disparaître des organes déjà complétement formés.

Mais ces vices primordiaux de formation eux-mêmes, pourrons-nous en apprécier la nature, en expliquer le mécanisme, ou du moins en découvrir l'élément initial?

(1) Page 414.

(1) Page 398

supérieure où existe un peu de rougeur. Issue d'un verre environ de pus extrêmement fétide, mal lié, d'un gris verdâtre. En explorant avec un stylet boutonné, nous trouvons inférieurement un vaste décollement qu va aboutir à l'intestin rectum. Cette circonstance, et la fétidité de la suppuration, nous font penser à un abcès stercoral. Malgré toutes nos manœuvres, nous ne trouvons point de pertuis dans l'intestin. Supérieurement, il existe aussi un décollement moins large, sinueux. Après plusieurs tâtonnements, la pointe du stylet tombe sur un point osseux dénudé appartenant à l'arête du sacrum.

Contre-ouverture inférieure, en dedans de la fesse, pour donner un écoulement plus libre et plus naturel au pus. Deux jours après, elle est oblitérée.

10 *janvier*. — La suppuration continue à être fétide ; l'ouverture supérieure est convertie en orifice fistuleux à demi oblitéré par un bourrelet graisseux qui fait saillie au-dehors. Injection iodée au tiers; très-vive douleur ; un peu de fièvre la nuit ; pas d'accident consécutif.

17 *janvier*. — La suppuration est très-abondante, moins fétide. Le vaste décollement inférieur semble un peu diminué. Supérieurement, on arrive encore sur la portion dénudéede l'os.

Du 17 au 30 janvier, trois nouvelles injections sans accident, mais sans amélioration bien tranchée. Introduction d'éponge préparée dans l'orifice fistuleux, pour l'agrandir et pouvoir aller explorer, avec le doigt, la lésion osseuse qu'il serait peut-être possible d'emporter avec l'instrument tranchant, ou de cautériser avec le fer rouge.

Pendant quatre jours, l'éponge est successivement remplacée par un morceau plus gros. Sa présence fait horriblement souffrir.

Le 4 février, l'ouverture permet l'introduction du petit doigt qui peut aller toucher avec beaucoup de peine une petite portion d'os dénudée, du volume d'un petit pois, et proéminente. Injection d'iode pure. Le liquide est maintenu dans la poche quinze minutes, au moyen du pouce appliqué sur l'ouverture ; douleur excessivement vive. La malade est couchée sur le ventre. Quand nous retirons le doigt, un peu plus de la moitié du liquide injecté s'écoule. Pansement simple avec un plumasseau cératé. La malade devra rester dans cette position autant que possible. Toute la nuit se passe dans l'insomnie et la souffrance.

Le 5, pas de suppuration ; calme complet; on ne touche pas au pansement.

Le 6 et le 7, on ne touche pas à l'appareil, qui n'est que très-peu mouillé.

Le 9, l'appareil est enlevé, l'ouverture fistuleuse est oblitérée. A la place du vaste décollement inférieur, on perçoit une induration sans douleur à la pression, et cette induration se poursuit jusque sur la lésion osseuse. Plumasseau cératé sur l'ouverture oblitérée.

Le 15, nous revoyons la malade ; elle est levée ; elle s'est promenée sans douleur aucune. Quand elle s'asseoit, la pression cause un peu de douleur ; elle ne saurait rester longtemps dans cette position. L'ouverture est bien cicatrisée ; elle ne donne pas lieu au plus petit suintement.

Cette guérison s'est maintenue. Nous avons revu la malade il y a une huitaine de jours : depuis plus de cinq mois qu'elle est guérie, elle a pu reprendre ses occupations, et la cicatrisation est parfaite.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Contagion de la syphilis constitutionnelle.

Il y a dix mois environ que l'Académie de médecine de Paris, condamnant les excès auxquels a conduit l'inoculation de la syphilis, a remis en question la transmissibilité des accidents constitutionnels. L'école de Hunter prétendait non-seulement avoir résolu cette question d'une manière négative, mais encore posséder, pour la solution de toutes les autres, des lois invariables et même inexorables, comme si l'instabilité des connaissances humaines pouvait avoir des limites. L'intolérance était arrivée à un point tel, que les partisans de cette école ne souffraient plus de contradictions : tout était prévu, tout devait rentrer dans le cadre tracé par eux.

Des faits basés sur une expérimentation insuffisante, inadmissible et inutile, on tire des conséquences illogiques et inexactes. De ce que les accidents constitutionnels de la syphilis ne se transmettent pas toujours, par voie d'inoculation, d'un malade à un autre malade, on conclut, non-seulement que cela n'a jamais lieu sous cette condition, mais même que l'homme sain ne peut être condaminé par les produits secondaires de la syphilis. Les annales de la science renferment cependant des cas nombreux de transmission non artificielle, des formes constitutionnelles de la vérole. Puis, et c'est Wallace qui, le premier, a produit cet argument, n'est-ce pas sous la forme constitutionnelle que les parents transmettent la syphilis à leurs enfants? Toutefois, l'expérience directe a été interrogée aussi et elle a constaté, d'une manière barbare et inhumaine, mais décisive et irrévocable, entre les mains du professeur de Dublin que je viens de nommer, et entre celles de M. Waller, de Prague, que la syphilis, sous la forme constitutionnelle, peut être communiquée de l'homme malade à l'homme sain (1). Les résultats obtenus par MM. Waller, Vidal, Richet, par M. Bouley et nous, prouvent d'ailleurs expérimentalement qu'un malade peut transmettre à un autre malade des accidents constitutionnels de syphilis que celui-ci n'a pas. Il est à remarquer, toutefois, avec Wallace, qu'une économie infectée par la vérole n'est condaminable que par les produits d'une forme moins modifiée, moins éloignée du type primitif. C'est pourquoi le chancre, dans sa première période, peut être implanté sur presque la totalité des malades atteints de syphilis. C'est pourquoi nous avons pu, avec M. Bouley, transmettre à une malade de Lourcine, atteinte de la forme dite tertiaire, des tubercules, des accidents appartenant à cette forme de syphilis moins modifiés qu'on appelle secondaire.

(1) Voir *Syphilidologie* de Behrend, et *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, octobre 1851.

Il faut bien l'avouer, messieurs, les théories les plus ingénieuses et les plus célèbres sont venues se briser cette année sur les faits qui nous ont été soumis.

Vous savez, et ce n'est pas sans doute son moindre mérite, que le microscope, en permettant d'étudier l'évolution de l'œuf, a fait justice de certaines lois au moins prétentieuses. La loi de formation centripète, la loi qui subordonne l'évolution des organes à celle du système sanguin ou du système nerveux, etc., sont tombées devant ce fait que, dans un blastème commun, on voit l'embryon se développer de toutes pièces et dans toutes ses parties à la fois ; seulement, on conçoit que certaines causes incidentes puissent apporter des modifications dans le développement de chacune de ces parties : l'affaiblir ou l'exagérer, l'arrêter à un moment donné ou l'empêcher même dès l'origine, le rendre irrégulier ou le confondre avec celui d'une autre partie, de telle sorte que deux organes destinés à être distincts soient réunis en un seul.

Ces causes qui interrompent la régularité du développement, avouons-le, nous ne les connaissons pas. Et comment les connaîtrions-nous? Avant de chercher pourquoi un organe ne se développe pas ou se développe mal, pouvons-nous dire seulement pourquoi il se développe? Tout est mystère dans ce premier travail de l'œuf qui se change en embryon ; mais derrière ce mystère il y a des faits, et ces faits nous avons le droit de les enregistrer. Nous ignorons la cause de l'évolution embryonnaire, mais nous savons qu'elle a lieu et comment elle a lieu; nous savons enfin que, dans certaines circonstances, elle subit diverses modifications, et que celles-ci impriment à l'organisme une manière nouvelle d'être qui se perpétue pour constituer les difformités congéniales.

Les modifications du développement normal ont été ramenées à cinq chefs qui sont ; la *faiblesse*, l'*arrêt*, le *défaut*, l'*exagération* et la *fusion*. Toutes ont été invoquées par les auteurs qui ont eu le double tort de les confondre avec les causes mystérieuses dont elles sont le résultat, et de les admettre le plus souvent les unes à l'exclusion des autres. Considérées comme les manifestations visibles des troubles qui viennent frapper le développement embryonnaire, toutes peuvent, à la rigueur, être acceptées dans certains cas ; mais combien n'a-t-on pas exagéré l'importance et la fréquence de chacune d'elles! Et, pour ne parler que de la plus célèbre, combien de difformités congéniales n'a-t-on pas faussement attribuées à des arrêts de développement ! Hélas, messieurs, il suffit d'analyser les faits un peu complexes pour reconnaître l'inanité de toutes ces théories générales. Relisez le travail de M. Blin et le rapport qui l'accompagne, et vous serez convaincus qu'aucune des hypothèses émises jusqu'ici ne peut rendre compte des irrégularités multiples que le hasard avait accumulées sur le sujet de cette observation.

Nous nous garderons bien, à notre tour, de vous proposer une théorie nouvelle, applicable peut-être à ce fait particulier, mais exposée à recevoir à la prochaine occasion le plus cruel démenti. La science, messieurs, doit savoir s'arrêter devant certaines questions de causalité. Lorsque les embryologistes nous auront appris pourquoi les organes se forment bien, alors seulement il sera temps de chercher pourquoi ils se forment mal. D'ici là, sachons nous contenter de constater les phénomènes ; disons que la plupart des anomalies et des monstruosités sont dues à un développement irrégulier, à une *malformation*, et surtout n'employons ce dernier mot que comme une abréviation destinée à rendre le langage plus rapide, et non comme l'expression d'une théorie qui, je le répète, ne saurait encore exister.

(*La suite à un prochain numéro.*)

C'est pourquoi M. Richet a également obtenu un résultat positif, et c'est pourquoi, enfin, tous les expérimentateurs, placés dans d'autres conditions, n'ont obtenu que des résultats négatifs.

Ainsi, l'Académie pouvait motiver, sur des faits cliniques et sur des résultats obtenus par voie d'expérimentation directe, des conclusions auxquelles tout observateur sérieux et non prévenu était amené logiquement; mais il ne fallait pas moins que la vaste érudition du professeur Velpeau pour conduire la docte Compagnie dans le sanctuaire de l'école de Hunter et pour lui dévoiler tout le faux échafaudage sur lequel elle est étayée. Il résume, dans une série de propositions, les erreurs capitales sur lesquelles cette école a formulé des lois, et termine par ces mots : « Pour faire voir l'inanité de ces prétendues lois, il faudrait les discuter une à une et y consacrer beaucoup de temps. *Nous nous en occuperons une autre fois.* »

C'est là à peu près l'issue des débats soulevés devant l'Académie de médecine :

« *Grammatici certant, et adhuc sub judice lis est.* »

Des faits nouveaux sont, par conséquent, réclamés à l'observation; nous empruntons les suivantes au travail que le professeur Rinecker a fait connaître à la Société physico-médicale de Würzbourg, et que nous trouvons reproduit dans les archives de Schmidt (1) :

1re *Observation.* — Le 9 juin 1851, entre à l'hôpital *Julius* (Julius spital) la fille B...., âgée de 28 ans, arrivée au quatrième mois de la gestation, portant de l'acné syphilitique aux ailes du nez et sur le menton, ayant des condylômes larges et humides sur les grosses lèvres de même que dans la région anale, tachant son linge par suite d'une leucorrhée abondante. L'examen attentif ne découvre *nulle trace d'ulcère primitif.* Le 7 juillet suivant, elle est renvoyée guérie.

B.... se porte bien jusqu'à l'époque de ses couches, qui arrivent le 17 novembre. L'enfant, du sexe féminin, paraît être venu à terme; elle est parfaitement saine, seulement d'une constitution un peu faible. Elle est confiée à une femme et élevée au biberon.

La mère continue à jouir d'une bonne santé jusqu'au 18 mars 1852, alors qu'elle est de nouveau mise en traitement pour un ulcère phagédénique primitif et des bubons supposés, dont la nature virulente est constatée au moyen de l'inoculation.

2e *Observation.* — L'enfant, déjà amaigrie, entre, pour de la diarrhée, au traitement de la clinique le 9 décembre 1851. Le 13, apparaissent des condylômes aux parties génitales et sur la face interne des cuisses, puis se montrent des plaques muqueuses sur les lèvres et sur la langue. Bientôt après, la face se couvre d'une éruption de syphilides lenticulaires; des nodi et de l'onychia se montrent aux mains et aux pieds. Cette enfant, tourmentée aussi par une toux violente, tombée dans un état cachectique extrême, meurt le 12 janvier 1852.

3e *Observation.* — La femme à laquelle l'enfant avait été confiée d'abord étant tombée malade au bout de quelques jours, charge une domestique de s'occuper exclusivement des soins de la petite fille.

Dans les premiers jours de janvier déjà se montrent aux commissures des lèvres de la bouche des tubercules qui s'élèvent rapidement, se transforment en rhagades et se recouvrent de croûtes minces. L'affection s'étend, sous la forme de *plaques muqueuses,* de la commissure droite sur la face interne de la joue *dans une grande étendue.* Cette malade, *examinée avec le plus grand soin, ne présente, sur aucune autre partie du corps, de trace d'accidents syphilitiques.* Elle avait l'habitude de porter la cuiller avec laquelle elle faisait manger l'enfant, de la bouche de celle-ci dans la sienne propre; et, comme la petite fille pleurait sans cesse, elle cherchait à la tranquilliser en l'embrassant sur la bouche et sur la figure indistinctement. On défend à la malade d'avoir des attouchements avec l'enfant, on la soumet à un traitement local, qui consite dans des onctions avec la pommade suivante :

℞ Merc-bijodat.....	(5 gram.)	25 centigr.
Axonge.....	(1/2 once)	16 grammes.

Elle guérit en quelques semaines. Revue plusieurs fois pendant les mois suivants, cette fille n'a pas présenté d'autres symptômes.

(1) Uber die Anstechsks, der constitutionallen syphilis, von prof. Rinecker. Schmidtz Jahrsb. Juni 1853.

1re *inoculation.* — Le docteur R...., âgé de 24 ans, n'ayant jamais été atteint de syphilis sous une forme quelconque, s'offre pour cette première expérimentation. On lui applique, le 5 janvier 1852, un petit vésicatoire sur le bras gauche; le lendemain, on crève la vésicule, laisse écouler la sérosité et on porte sous l'épiderme un peu de pus recueilli dans les pustules d'acné que l'enfant qui fait le sujet de la deuxième observation portait alors sur la face. Le pansement est fait avec une compresse neuve, et une bande appliquée circulairement le maintient.

Le 10 janvier, la plaie est guérie; il ne reste à la place du vésicatoire qu'un peu de rougeur et une légère desquammation. Une éruption papuleuse se fait sur le bras gauche, et disparaît d'elle-même bientôt après.

Le 2 février, la place du vésicatoire se distingue nettement des téguments environnants par sa coloration de rouge sombre, cuivrée; la peau, dans toute son étendue, donne une sensation d'âpreté et de rudesse.

Le 10, toute l'étendue occupée par le vésicatoire est couverte de tubercules durs, d'une couleur rouge-brun; la plupart ont leur surface couverte de squammes; d'autres, ceux qui ont apparu les premiers, sont couverts de croûtes pâles, qui sont la conséquence d'une exsudation purulente.

Le 15, quelques tubercules sont plus saillants que les autres et d'une forme conique, résultant de la superposition de couches solides, de couches stratifiées qui leur donnent tout à fait l'apparence de celles de Rupia; sous ces croûtes existe une suppuration évidente. Il y a un peu de sensibilité anormale le long des vaisseaux lymphatiques du bras et quelques-uns des ganglions de l'aisselle correspondante sont engorgés et douloureux.

L'usage de la pommade à l'iodure de mercure améliore l'affection locale au point que, après quinze jours de traitement, il n'y a d'apparent que les plus gros tubercules. Alors on suspend la pommade pour quelque temps; mais les tubercules secs prennent une étendue plus grande et deviennent plus gros que jamais. Une pâte caustique, faite d'oxyde de zinc et d'amidon, par parties égales, est appliquée sur les tubercules sous forme d'une couche épaisse d'une ligne. Les croûtes tombent et laissent à nu une surface suppurante qui se couvre de bourgeons charnus et qui se cicatrise rapidement.

Le 12 juin, cent cinquante-neuf jours après l'inoculation, cent trente jours après la première manifestation locale, le docteur R.... est pris subitement d'un malaise général, l'appétit se perd, et il survient en même temps de la céphalée et de l'insomnie.

Huit jours plus tard, il se montre sur les amygdales et sur les piliers antérieurs du voile du palais, de la rougeur sous forme de macules; elle engendre une exsudation granuleuse d'un gris blanchâtre et elle est bientôt remplacée par des ulcérations superficielles. Une exsudation semblable existe sur la face interne de la lèvre supérieure et sur le frein de la langue; en même temps, on trouve les ganglions cervicaux tuméfiés. Quelques jours après, le scrotum est envahi par des rhagades.

Alors seulement est institué un traitement mercuriel général par le sublimé; et, en quelques semaines, le docteur R.... est guéri. Depuis, il ne s'est pas montré chez lui d'accident de syphilis constitutionnelle.

2e *inoculation.* — Le 13 février est pratiquée sur le bras droit du docteur W...., comme dans le cas précédent, l'inoculation du pus recueilli sous les croûtes des tubercules que le docteur R.... portait alors sur le bras gauche. Le docteur W...., qui auparavant n'a jamais été atteint de syphilis, a subi volontairement, dans les six semaines antérieures encore de la syphilisation, treize inoculations de chancres qu'il a toujours cautérisés le cinquième jour après l'inoculation.

La surface sur laquelle le pus des tubercules a été appliqué se comporte absolument comme dans le cas précédent. Les phénomènes se succèdent dans le même ordre et atteignent la plus grande intensité trente-cinq jours après l'inoculation et treize jours après la première apparition d'accidents locaux.

La pommade à l'iodure de mercure est aussi employée dans ce cas, et, en trois semaines, toute lésion locale a disparu.

Le quatre-vingtième jour après l'inoculation, se montrent des symptômes sérieux d'un trouble général. Presque aussitôt il se fait sur le corps une éruption de syphilides lenticulaires; puis après se montre de l'angine syphilitique, et enfin, de larges condylomes humides sur le scrotum, le périnée et la face interne et supérieure des cuisses.

Après avoir suivi *pendant plusieurs semaines,* dans une calme expectation, le développement de ces phénomènes syphilitiques, le docteur W.... se soumit enfin au traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et la pommade d'iodure de mercure à l'extérieur. Il parvint à une guérison complète.

Les observations cliniques et les résultats d'expérimentation que nous venons de rapporter ont pour but de constater des faits qu'il n'est au pouvoir de nulle autorité d'empêcher d'être; et ils sont tels, qu'ils se soient présentés en Allemagne, en Angleterre, en France, en Italie ou dans n'importe quel pays, et qu'ils soient

traduits dans n'importe quelle langue, ils bravent le sophisme le plus subtil : rien ne fera que le vrai ne devienne vérité. Arrière donc les doctrines des écoles, ces formules de la vanité humaine. Interrogeons la nature, laissons parler les faits :

Une enfant, née d'une mère atteinte de syphilis, est envahie, le vingt-sixième jour de la vie extra-utérine, d'éruptions syphilitiques cutanées et muqueuses. Elle meurt dans une cachexie syphilitique le cinquante-huitième jour. La femme qui en a soin, qui la fait manger, qui se sert de la même cuiller pour elle et pour l'enfant, qui l'embrasse souvent sur la bouche, sur les joues couvertes de pustules syphilitiques, cette femme contracte une affection semblable. Un médecin, un professeur de pathologie, voit apparaître des tubercules dans les commissures de la bouche, il les voit se transformer en rhagades (gerçures), puis celles-ci se couvrir de croûtes ; il constate en même temps l'existence de plaques muqueuses sur la face interne des joues ; l'examen le plus minutieux ne lui fait découvrir aucune autre lésion syphilitique sur les autres parties du corps.

Deux docteurs en médecine se sont spontanément offerts comme sujets d'expérimentation. L'un, le docteur R....., qui n'a jamais souffert d'aucun accident syphilitique, est inoculé au bras gauche, par la méthode du vésicatoire, avec du pus tiré de pustules de syphilides que l'enfant portait sur le visage. Cinq jours après, le vésicatoire était sec ; à sa place se montre une rougeur cuivrée. Le vingt-septième jour après l'inoculation, et le trente-cinquième, des tubercules remplacent cette rougeur. Le quarantième jour, les tubercules sont couverts de croûtes coniques qui simulent le rupia ; les ganglions de l'aisselle correspondante sont douloureux et engorgés ; le traitement local par l'iodure de mercure ne peut arrêter l'envahissement des tubercules, mais un caustique au chlorure de zinc en triomphe. Cent soixante-sept jours après l'inoculation apparaissent, après huit jours d'insomnie, de céphalie et de malaise général, des ulcérations syphilitiques sur les amygdales, les piliers du voile du palais, puis des rhagades sur le scrotum. Un traitement mercuriel en amène promptement la guérison.

Le docteur W.... avait cherché à se syphiliser; en six semaines il avait subi treize inoculations de chancre ; il les cautérisait toujours le cinquième jour, et ne portait aucun accident syphilitique, lorsqu'il fut inoculé au bras droit avec du pus pris sous les croûtes des tubercules que le docteur R.... portait alors sur le bras gauche. Le trente-cinquième jour après l'inoculation se montrent des tubercules au point où l'inoculation a été faite ; le quatre-vingtième jour le corps se couvre d'une syphilide lenticulaire, et le patient souffre d'une angine syphilitique, de condylômes au scrotum, sur les cuisses et le périnée. Un traitement spécifique le guérit.

Le fait d'observation clinique précédent prouve une fois de plus que l'enfant atteint d'une syphilis congénitale peut la transmettre aux personnes qui le soignent ; il vient à l'appui de ceux que les auteurs, et notamment M. Cazenave (1), ont rapportés et qu'il serait trop long d'énumérer. Ce fait n'est pas seulement une preuve clinique, mais il est encore une preuve expérimentale par la transmission de la syphilis, à l'aide de l'inoculation aux deux médecins R.... et W.... qui sont devenus victimes de leur dévouement à la science. Est-ce témérité ? est-ce incrédulité ? Dans les deux hypothèses, nous les blâmons plus que nous les plaignons.

B. Schnepf, *interne des hôpitaux, lauréat* (médaille d'or) *de la Faculté de médecine de Paris,* etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Emploi du carbonate de magnésie contre les verrues,

Par le Dr Rodriguez y Espinosa.

J'ai lu dans un journal, que le docteur Lambert, de Haguenau, avait observé, pour la première fois et par hasard, que le carbonate de magnésie, pris intérieurement, jouit d'une propriété spécifique pour détruire les végétations épidermoïdes, connues sous le nom de *verrues*.

Ce que le praticien français avait trouvé par une heureuse coïncidence, je viens de l'observer aussi.

Mademoiselle Mermejo, âgée de 17 ans, d'un tempérament robuste, et parfaitement développée, me pria de lui donner mes soins pour détruire les nombreuses et anciennes verrues qui déformaient ses mains. Alors, je me suis rappelé du carbonate de magnésie, préconisé par M. Lambert, et immédiatement j'ai résolu de mettre à l'épreuve cette médication. J'ai ordonné de prendre, matin et soir, une petite cuillerée de carbonate de magnésie délayée dans un verre d'eau. Ce traitement fut continué depuis le 7 du mois de juillet jusqu'au 24 du même mois, et le résultat a été la chute de toutes les verrues. Pendant ce temps, la malade avait pris en tout un peu plus d'une once de l'agent thérapeutique.

Ennemi des explications hypothétiques, je dirai seulement que le carbonate de magnésie détruit complétement les verrues de la même manière que le mercure combat la syphilis, et le quinquina les fièvres intermittentes. (*Heraldo medico.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 30 AOUT 1853.

Suppression du quartier des gâteux dans les asiles d'aliénés.

Nous rétablissons ici, sans préjudice de la correspondance qu'on lira plus loin, les paroles prononcées par M. Baillarger dans la dernière séance de l'Académie.

M. Baillarger demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Membre de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Archambault sur la suppression des gâteux, je regrette, dit-il, de n'avoir pas assisté à la lecture du rapport de M. Londe et de ne pas connaître les modifications que ce rapport a subies.

Voici d'ailleurs quelques-uns des points sur lesquels je désirais appeler l'attention de l'Académie :

On se souvient qu'immédiatement après la lecture de M. Archambault, trois ou quatre réclamations de priorité surgirent tout à coup ; parmi ces réclamations se trouve surtout celle de M. Girard, médecin en chef, directeur de l'asile d'Auxerre, lequel, depuis longtemps, avait indiqué dans les *Annales médico-psychologiques* les moyens si heureusement employés par M. Archambault, à Charenton. Ces moyens, M. Girard ne les a pas seulement indiqués, il les a encore mis à exécution avec le plus grand succès dans l'établissement modèle qu'il a créé.

C'est donc à ce médecin qu'appartient la priorité des mesures employées pour diminuer le nombre des aliénés gâteux, et j'ai regretté que ce fait n'eût pas été signalé dans le rapport tel qu'il a été soumis à la commission.

M. Londe s'est arrêté à une objection qui n'a pas, à mon avis, la valeur qu'on lui attribue. Elle repose, en effet, sur un malentendu facile à expliquer. On reproche à M. Girard d'avoir signalé jusque dans ces derniers temps, un certain nombre de gâteux dans son asile, cela est vrai ; mais il en est de même à Charenton.

Dans le mémoire de M. Archambault et dans le rapport de M. Londe, en parlant de la suppression des gâteux, on n'a en vue que les gâteux valides ; M. Girard, au contraire, comprend tous les gâteux sans exception. A Bicêtre et à Charenton, les paralytiques prennent presque un tiers de la population ; or, ces malades parcourent plus ou moins lentement la troisième période, celle dans laquelle ils ne peuvent pas se soutenir sur leurs jambes et gardent le lit. Ces aliénés non valides ont été comptés par M. Girard et ne l'ont pas été par M. Archambault. En un mot, à Charenton, il n'est question que des *quartiers* des gâteux. A Auxerre, on comprend les quartiers et les infirmeries. Cette distinction entre les quartiers et les infirmeries, importante peut-être, eût-elle dû trouver place dans le rapport?

Il y a un autre point non moins utile à signaler, à Charenton. Les essais n'ont réussi que chez les hommes. M. Calmeil a essayé, mais à peu près sans succès, la même réforme chez les femmes. Si le nombre des *gâteux* a diminué à Charenton, celui des gâteuses est resté à peu près le même. A Auxerre, M. Girard a, par parties égales, des hommes et des femmes, et cela expliquerait peut-être encore l'objection qui lui a été faite.

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1851.

Cette objection n'est donc pas fondée, et c'est à ce médecin distingué que revient l'honneur d'avoir le premier indiqué et mis en pratique les mesures à l'aide desquelles on peut diminuer le nombre des gâteux. Je sais que M. Londe attache peu d'importance à la question de priorité pour le fait dont il s'agit. Mais il suffit que la réforme des quartiers de gâteux ait une incontestable utilité pour que l'on comprenne l'insistance de M. Girard à établir ses droits.

Au reste, je dois dire que M. Parchappe, de son côté, se proposait, s'il eût été présent, de réclamer en faveur d'un pauvre infirmier de l'hospice de Rouen, nommé Nicou, que j'ai interrogé il y a quelques jours. Cet homme faisait depuis plus de vingt ans, pour les malades gâteux qui lui étaient confiés, ce que l'on a fait depuis à Auxerre et à Charenton. Il se levait la nuit pour les faire uriner et les mettait plusieurs fois chaque jour sur le siége pour éviter que les vêtements ne fussent salis. Cette pratique avait d'ailleurs lieu à Charenton et surtout pour les malades confiés à un domestique particulier. La réforme actuelle consiste donc surtout dans l'extension qui en a été faite aux malades soignés en commun.

Quant aux moyens employés, ils méritent aussi d'être examinés avec soin. Les infirmiers de Charenton ont reçu une subvention spéciale pour les encourager à surveiller la malpropreté de leurs malades; ils se sont aussi trouvés directement intéressés à faire réussir la réforme qui était tentée. L'un d'eux, qui continuait à avoir des gâteux en plus grande quantité, a été renvoyé. Ces encouragements, cette sévérité, ont assurément un bon côté, mais tout le monde a pensé que peut-être il y avait aussi à craindre de voir les infirmiers dissimuler, autant que possible, les accidents. M. Girard, d'Auxerre, qui ne donnait que des éloges et point d'argent, y a été trompé. Que serait-ce donc s'il y avait eu un intérêt pécuniaire? Je ne dis pas assurément que cela ait eu lieu à Charenton; mais je dis que l'on sera exposé à des erreurs dès que l'on se relâchera de la plus extrême surveillance.

Un dernier point beaucoup plus important et qui se lie au précédent, c'est que jusqu'à présent nous n'avons que des résultats généraux et point d'observations particulières. Et cependant qui ne comprend que c'est par là qu'il eût fallu commencer. Un malade gâteux arrive dans l'établissement, vous allez tenter de l'amener à des habitudes de propreté, prenez à ce point de vue son observation pendant un mois, dites-nous combien de fois on est obligé de le mettre chaque jour sur le siége, combien de temps on l'y laisse, combien de fois surtout il faut le réveiller la nuit; enfin, indiquer le temps nécessaire pour arriver au but, le nombre des petites rechutes qui doivent revenir de temps en temps, alors nous serons fixés d'une manière plus complète et nous saurons à quel prix on obtient la réforme désirée. En faisant ces objections, mon intention n'est pas assurément de jeter la moindre défaveur sur la réforme obtenue par M. Girard à Auxerre, et par M. Archambault à Charenton. Mon seul but, c'est que l'on se garde de toute exagération, c'est que ces mesures ne soient pas poursuivies avec une telle insistance, et que, dans quelques cas, le remède ne devienne pas pire que le mal. C'est ce qui arriverait s'il fallait, en hiver par exemple, laisser les malades plusieurs heures sur le siége, les réveiller plusieurs fois la nuit, etc., et c'est peut-être ce qui serait à craindre quand les infirmiers sont si directement intéressés à prévenir tout accident.

A part ces quelques remarques, je ne puis que m'associer pleinement aux justes éloges que M. Londe a donnés à M. Archambault. Par ses soins, on a vu, à Charenton, diminuer considérablement le nombre des gâteux dans la section des hommes; ces longues blouses en toile dont les malheureux étaient revêtus, les fauteuils percés et tout cet attirail de malpropreté a disparu. C'est là une réforme d'une circonstance insolite et à laquelle tout le monde ne peut qu'applaudir.

Nouveau sécateur des valvules du col de la vessie.

Nous croyons devoir également ajouter les détails suivants sur la communication faite par M. A. Mercier, relativement à un nouvel instrument propre à couper les valvules du col de la vessie.

Cet instrument est destiné à diviser ces valvules dans des cas où son sécateur ne peut être introduit. Ce dernier a la forme d'une sonde à courbure brusque et dont le bec n'aurait pas plus de dix centimètres et demi de longueur. Mais il arrive parfois qu'il est difficile de l'introduire à cause de la brièveté de son bec, et cela pour deux raisons: tantôt l'obstacle existant au bord postérieur du col de la vessie fait une saillie abrupte et considérable en avant, tantôt le ligament suspenseur de la verge est si court, qu'on ne peut abaisser assez l'extrémité externe de l'instrument pour que son extrémité interne franchisse l'orifice de la vessie; quand ces deux circonstances sont réunies, les difficultés sont invincibles. Pour en triompher, il suffirait d'allonger le bec du sécateur; mais comme pour agir il faut tourner ce bec vers le bas-fond, il se trouverait arrêté par la paroi postérieure de la vessie.

M. Mercier a donc imaginé de renfermer cet instrument dans une gaîne ayant la forme d'une sonde ordinaire. La paroi de celle-ci manque dans un tiers de sa circonférence sur toute la longueur de sa portion droite, du côté de la convexité. Il en résulte une espèce de gouttière profonde qui se prolonge sur le dos du bec, dans une étendue égale à la longueur du bec du sécateur qui doit être logé. Quand les diverses pièces de l'instrument sont assemblées, elles représentent une sonde de forme ordinaire; mais quand on a pénétré dans la vessie, il suffit de pousser la tige du sécateur d'un centimètre pour dégager son bec de celui de la gaîne. On peut alors le tourner en arrière, l'abaisser sur le bord postérieur du col vésical et diviser celui-ci comme avec un sécateur simple. Cela fait, on suit une marche inverse, c'est-à-dire qu'on repousse la tige en haut, qu'on la fait tourner de manière à reporter le bec en avant, et enfin qu'on ramène celui-ci dans la gouttière du bec de la gaîne. Un mécanisme de baïonnette placé à l'extrémité externe, règle tous ces mouvements et leur donne la plus grande précision.

On retire enfin le tout comme on retirerait une algalie.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de notre excellent confrère, M. Baillarger, la réclamation suivante que nous sommes heureux de publier immédiatement, non pas seulement parce qu'elle justifie le savant académicien du léger reproche de naïveté, ce dont il n'avait guère besoin, mais bien parce qu'elle prouve que la commission dont M. Londe était le rapporteur, au lieu d'avoir suivi la voie commune que nous avons signalée dans notre dernier article, avait au contraire pris ses devoirs au sérieux comme devraient le faire toutes les commissions. Le seul regret que nous ayons à exprimer, c'est que M. Baillarger n'ait pas jugé à propos de donner, dans la séance même de l'Académie, les explications qu'il nous transmet aujourd'hui, car, au lieu d'un faible reproche, nous n'aurions eu que des éloges à décerner à la commission dont il faisait partie.

Mon cher confrère,

Dans votre compte-rendu de l'Académie de mardi dernier, vous faites remarquer que le mémoire de M. Archambault a été envoyé à l'Académie il y a plus de deux ans, et vous trouvez étrange et par trop naïve cette phrase par laquelle j'ai commencé ma réclamation : « *J'avais espéré que le rapport ne serait pas lu sitôt.* » Au risque de vous paraître encore plus naïf, je dois dire que si j'ai quelque chose à regretter, c'est de ne pas avoir manifesté mon étonnement de la précipitation avec laquelle ce rapport a été fait.

Trois semaines auparavant j'ai eu, dans la bibliothèque de l'Académie, avec mon honorable collègue M. Londe, une conférence à la suite de laquelle je lui proposai deux choses :

1° De faire adjoindre un quatrième membre à la commission.

2° De renvoyer la lecture du rapport au mois de novembre.

Ces deux propositions ont été *acceptées*.

J'appuyais ces demandes sur les motifs suivants :

1° L'un des membres de la commission croyait devoir s'abstenir de signer le rapport.

2° Un nouveau mémoire sur la suppression des quartiers des gâteux avait été adressé à l'Académie et par suite à la commission, et ce mémoire était peut-être de nature à modifier le rapport.

3° Plusieurs des membres de l'Académie, plus particulièrement compétents dans la question de l'hygiène des aliénés, étaient alors absents, et ne pourraient par conséquent prendre part à la discussion.

C'est par ces motifs que M. Grisolles a été adjoint à la commission, et que M. Londe a consenti au renvoi du rapport au mois de novembre, convention qu'il a sans doute oubliée.

Voilà, mon cher confrère, pourquoi j'ai pu être étonné en apprenant, dix minutes avant l'ouverture de la séance, que le rapport avait été fait.

Agréez, etc. BAILLLARGER.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique ; par J.-F. MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. *Sixième édition, corrigée et augmentée.* — Un volume grand in-18, 1853. Prix : 7 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 107. 1re année. Mardi 6 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX.

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses, par M. le Dr Abeille. (*Suite.*) — HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON. M. BOUCHACOURT. Développement anormal des deux reins chez un fœtus, faisant obstacle à l'accouchement, étudié au point de vue obstétrical et anatomo-pathologique, par MM. A. Gailleton et L. Ollier. — Contagion de la syphilis constitutionnelle, par M. Schnepf. (*Suite et fin.*) — **FEUILLETON.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses,

Par M. le Dr ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106.)

2e catégorie. — Abcès symptomatiques migrateurs.

1re *Observation* propre à l'auteur, remontant au mois de mars 1849, reproduite par M. BOINET, en 1850, devant la Société de chirurgie. — Double abcès migrateur rapporté à une lésion des apophyses épineuses des troisième, quatrième, cinquième vertèbres cervicales et de l'apophyse transverse de la quatrième. — Constitution profondément détériorée. — Traitement général par l'iode et le fer. Injections iodées. Guérison complète après soixante-trois jours de l'usage des injections (1).

2e *Observation* due à M. le docteur BOINET; elle a été présentée à la Société de chirurgie, le 10 septembre 1850. Le même malade a été présenté le 30 septembre 1851 à l'Académie de médecine.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, ayant une carie de la colonne vertébrale

(1) A l'occasion de notre dernière polémique avec notre confrère M. Boinet, nous avons pris des renseignements sur la malade qui fait le sujet de cette observation. Il résulte des diverses nouvelles qui nous sont parvenues, qu'elle est morte dans le courant d'avril dernier, c'est-à-dire quatre ans après l'opération. Elle a succombé à la phthisie pulmonaire. La cicatrisation de la double poche s'est maintenue jusqu'à la fin et il ne s'est formé aucune autre poche nouvelle. Le col s'était incurvé insensiblement à gauche et en avant après la guérison du double abcès, et les mouvements y étaient devenus à peu près impossibles.

Nous devons une courte réponse à deux objections qui nous ont été faites au sujet de cette observation.

Comment, nous a-t-on dit, peut-on soutenir que la teinture d'iode n'arrive pas jusque sur la lésion osseuse lorsqu'une sonde y est arrivée? Comment peut-on exercer le cathétérisme après une ponction sous-cutanée?

Si ces objections n'avaient été faites par un homme sérieux, nous les aurions laissées dans l'oubli, tant elles sont peu fondées.

Quand on fait une ponction à la base d'un pli à la peau, si l'on vide la poche en maintenant ce pli, rien de plus facile, une fois la canule évacuatrice retirée, que d'introduire une bougie en caoutchouc sans s'exposer à la pénétration de l'air. Il ne s'agit que d'un peu de dextérité. Voilà la réponse à la dernière objection.

Pour être flexible, une bougie en caoutchouc présente cependant une certaine résistance. Si, dans son parcours, elle ne rencontre que du liquide ou des grumeaux qui emplissent le canal dans lequel elle est engagée, elle se fraye aisément un passage, ce qui ne serait plus de même pour une injection d'iode. Dans le cas actuel, cette injection n'aurait pu remonter à coup sûr vers le point osseux lésé, la malade ayant toujours été opérée dans la position assise.

Nous n'avons jamais dit que la sonde fût arrivée sur l'os malade, nous avons dit, au contraire, à un pouce ou un pouce et demi, ce qui est bien différent.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir le* n° 104, 106.)

III.

Anatomie pathologique.

MALADIES DES OS.

Les affections du tissu osseux sont si communes, qu'il ne se passe pour ainsi dire pas de séance sans qu'on ne nous en présente des exemples. Je ne saurais donc avoir la prétention de vous les rappeler tous. Cet article sera fort long néanmoins, car c'est là un sujet sur lequel plusieurs de nos collègues les plus laborieux ont concentré leur attention et sur lequel la Société a reçu cette année plusieurs travaux originaux de la plus haute importance.

Fractures. — Nous devons à M. Trélat d'intéressantes communications sur les fractures du crâne. Ce sujet, qui semblait épuisé au commencement de ce siècle, demande aujourd'hui à être presque entièrement repris. L'Académie de chirurgie nous a transmis à cet égard une doctrine séduisante par sa simplicité, mais peu en harmonie avec les faits que les modernes ont recueillis.

Notre collègue nous a présenté une collection de fractures du crâne.

Les cas qu'elle renferme viennent en général à l'appui des opinions émises par M. Aran. M. Trélat repousse complétement la possibilité des fractures par contre-coup; cette opinion, un peu trop exclusive, a trouvé un contradicteur dans M. Broca qui a cité plusieurs faits où évidemment la fracture ne s'était pas produite au point d'application de la force; une idée très-ingénieuse a été émise par M. Trélat sur la valeur, comme signe diagnostique des écoulements de sang ou de sérosité par l'oreille. Pour que l'écoulement séreux se produise, il faut que les cavités de l'oreille soient en communication entre elles et avec le confluent de liquide encéphalo-rachidien qui se trouve en rapport avec le rocher, ce qui arrive dans les fractures parallèles à l'axe de cet os; l'écoulement sanguin dépend au contraire de la brisure des cellules mastoïdiennes, et correspond ordinairement à une division du rocher perpendiculaire à l'axe de l'os; cette double proposition a besoin d'être confirmée par des recherches ultérieures.

Le mécanisme des fractures de l'extrémité inférieure du radius a beaucoup occupé M. Foucher (1). Profitant d'un cas très-remarquable qu'il a pu observer sur un homme mort quelques instants après son accident, M. Foucher a présenté, sur le mécanisme de ces fractures et sur les déplacements qui les accompagnent, quelques considérations qui ne sont pas dépourvues d'originalité. M. Foucher se met en opposition avec cette idée un peu théorique de M. Voillemier,

(1) Page 189.

avec gibbosité et un vaste abcès migrateur. Cet enfant avait été soumis à des traitements nombreux et appropriés pendant longtemps; sa santé était très-compromise. Traitement par les injections d'iode. — Guérison radicale de l'abcès après cinq injections. Amélioration de la santé. — Deux ans plus tard, ce malade succombait dans le service de M. Guersant (Hôpital des Enfants) à un abcès par congestion dans le côté opposé.

Dans cette observation, l'altération osseuse n'a pas été guérie par les injections d'iode : elles n'ont fait que provoquer l'oblitération du sac : à mesure que celui-ci se cicatrisait, le pus fourni par l'os malade prenait une autre direction et allait former une nouvelle poche sur le côté opposé. Le temps qu'a mis cette dernière à paraître au dehors et à donner lieu aux accidents qui ont ensuite enlevé le jeune malade, a pu être très-long, si on en juge par celui qui s'écoule entre le point de départ d'un abcès par congestion et le moment ou il nécessite son ouverture.

3e *Observation* due à M. Bocamy (*Gazette des Hôpitaux*, 17 décembre 1850).

Homme de 27 ans. Abcès migrateur situé à la partie supérieure interne de la cuisse, gibbosité à la région lombaire. — Détérioration profonde de la constitution; pas de traitement général. Deux injections iodées. Le seizième jour, à la sortie de l'hôpital, oblitération partielle de la poche. Le malade n'est plus revu après.

On ne saurait voir dans cette observation autre chose qu'une amélioration dans la poche purulente, à la suite de deux injections seulement. Sans aucun doute, l'altération osseuse n'a été influencée en rien.

4e *Observation* due à M. Fleury, de Clermont (*Gazette Médicale* de Paris, 1850, p. 733).

Soldat de 27 ans. Abcès migrateur dans la fosse iliaque gauche, symptomatique de lésion des deux dernières vertèbres lombaires. — Deux cautères aux lombes, pas de traitement général. Deux injections iodées au tiers en cinq semaines. Accidents graves, fièvre, langue rouge et dure, peau terreuse, amaigrissement quelque temps après.

A l'autopsie, carie des deux vertèbres lombaires.

5e *Observation* due à M. Fleury, de Clermont (*Gazette médicale* de Paris, 1850, p. 734).

Soldat de 26 ans. Abcès migrateur dans le flanc gauche, symptomatique de lésion vertébrale. Quatre ventouses et deux cautères à la région lombaire, pas de traitement général; une injection iodée. Trois jours après, inflammation assez vive, léger mouvement fébrile. Pendant cinq semaines, on croit le malade guéri. Nouvelle collection; ponction et traitement de M. Jules Guérin. Craintes très-sérieuses. L'observation reste incomplète.

6e *Observation* due à M. Boinet (le malade a été présenté à l'Académie de médecine les 22 juillet et 30 septembre 1851).

Homme de 39 ans. Abcès migrateur à la région inguinale, symptomatique de lésion vertébrale, signes de phthisie pulmonaire. Moxas, long traitement général par l'iodure de potassium, l'iodure de fer, etc. Trois injections iodées en un mois et demi. Guérison radicale.

7e *Observation* due à M. Bonnafont (Académie de médecine, séance du 22 septembre 1852).

Militaire de 27 ans. Abcès migrateur dans la fosse iliaque droite, symptomatique de lésion vertébrale. Traitement général; ponction et manœuvres qui suscitent ou sont suivies d'accidents graves; fétidité de la suppuration; injections iodées nombreuses; disparition de la fétidité du pus; grande amélioration du sac. Mort quelque temps après.

A l'autopsie on trouve trois abcès : un dans dans chaque fosse iliaque, un dans le petit bassin, provenant de la carie des deuxième et troisième vertèbres lombaires, et s'abouchant par un canal distinct avec la lésion osseuse. Les parois de celui soumis aux injections d'iode sont polies et présentent tous les caractères d'un trajet fistuleux marchant vers la guérison. Les tissus adjacents sont sains. Les deux autres, de formation plus récente, ont détruit à une profondeur très-grande tous les organes circonvoisins.

8e *Observation*, propre à l'auteur, communiquée à la Société de chirurgie en 1851.

Grenadier de 25 ans. — Abcès migrateur dans la fosse iliaque gauche, symptomatique de lésion vertébrale. — Vésicatoires et cautères nombreux à la région lombaire. — Très-long traitement général par l'iodure de potassium, le fer, l'huile de foie de morue, l'eau de Sedlitz tous les trois jours. — Détérioration profonde et sueurs nocturnes. — Deux ponctions par M. Guérin sans résultats avantageux. — Troisième ponction suivie d'injection iodée (600 grammes de liquide au tiers). — La canule plate de M. Guérin ne permet pas de retirer le liquide injecté, obstruée qu'elle est par des grumeaux, du pus concrété, etc. En retirant la canule, issue, par le trajet sous-cutané, de matières coagulées, de grumeaux. — Le liquide injecté est évacué, moins un dixième, par une autre ponction.

Les jours suivants, ces deux ouvertures restent béantes et donnent lieu à un écoulement continuel de pus. — Compression. — Quelques jours après, flegmon sur les parois du ventre correspondantes au sac, fièvre; ouverture de ce foyer dans les deux trajets fistuleux, puis escarre au niveau de l'épine iliaque antérieure-supérieure. — Suppuration fétide. — Nouvelles injections iodées qui corrigent la fétidité du pus. — Mort au septième mois à partir de la première injection.

A l'autopsie, décollement en dedans de l'epine iliaque : l'abcès primitif est réduit à un canal qui permet l'introduction de l'index. — Second abcès en forme de besace sur le côté opposé : son grand cul-de-sac aboutit au triangle de Scarpa; sa capacité est énorme. — Lésion probablement de nature tuberculeuse de la deuxième vertèbre lombaire et des cartilages qui la séparent de la première et troisième. — Tubercules pulmonaires.

9e *Observation* due à M. Robert. (Société de chirurgie, séance du 21 avril 1852.)

Homme de 27 ans. — Abcès migrateur à l'aine droite et symptomatique de lésion vertébrale. — Vésicatoires, cautères aux lombes, pas de traitement général. — Quatre injections iodées en un mois; elles corrigent la fétidité du pus. — Huit jours après, pleurésie purulente; mort.

A l'autopsie, l'abcès a le volume d'une petite noix. Il communique en avant avec l'air extérieur par deux points de la grosseur d'une tête d'épingle, en arrière avec un long trajet se prolongeant dans la gaîne du psoas.

---

que, lorsque l'on tombe sur la paume de la main, la première rangée du carpe se redresse exactement à angle droit sur la seconde qui lui donne un point d'appui, de telle sorte que le radius se trouvant directement pressé entre elle et le poids du corps transmis par l'humérus, se fracture dans l'endroit le plus faible. Pour M. Foucher, la fracture se produit le plus souvent dans l'extension forcée de la main; l'avant-bras porte alors plus ou moins obliquement sur les surfaces articulaires du carpe, et le radius, recevant par en haut le poids du corps, a de la tendance à basculer et à s'échapper en avant. La luxation du carpe en arrière semble dès lors devoir s'accomplir; elle aurait lieu, en effet, si les ligaments antérieurs n'offraient pas une résistance suffisante; cette résistance ne peut exister sans transmettre une forte traction à la partie antérieure et inférieure du radius. Plus la force qui agit sur le radius est vive, plus cette traction est considérable, et elle peut arriver ainsi au point de produire un véritable arrachement. Cet arrachement détermine d'abord une division transversale de l'os en avant; puis, au moment où l'os cède ainsi, l'extrémité supérieure du radius trouvant une issue dans la direction où elle est poussée, tend à glisser en bas et en avant. De ce double mouvement résulte la direction suivant laquelle s'accomplit la fracture et la position respective des fragments. La fracture est, en effet, généralement oblique de haut en bas et d'arrière en avant dans ses deux tiers postérieurs, et à peu près transversale dans son tiers antérieur. Le fragment inférieur a subi un mouvement de bascule qui le rend oblique de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que son bord articulaire est situé sur un plan postérieur à celui de son bord supérieur qui vient former un angle rentrant avec le fragment supérieur. Ce mouvement de bascule du fragment inférieur explique encore la forme particulière du poignet dans ces sortes de fractures, forme que l'on a comparée à un Z ouvert ou au talon d'une fourchette. Il en résulte en outre, dans l'articulation radio-cubitale inférieure, une torsion qui produit généralement la rupture du ligament triangulaire ou la fracture de l'apophyse styloïde. La cavité sigmoïde du radius ne s'emboîte plus avec la petite tête du cubitus, et n'est plus en rapport avec elle que par ses bords. De là l'écartement des deux os et le rejet du fragment inférieur en dehors, et avec lui de toute la main. Enfin, par suite de la saillie en avant du fragment supérieur, de la saillie en arrière et en dehors du fragment inférieur, de la saillie en dedans du cubitus, les fléchisseurs, les radiaux et les cubitaux sont tiraillés, ce qui produit une flexion légère des doigts, une corde tendineuse très-marquée en dehors, correspondant aux gaînes radiales et une véritable abduction du bord interne de la main.

Il résulte des détails dans lesquels nous venons d'entrer, que le mode de traitement le plus propre à remplir toutes les indications, consiste à maintenir la main dans une flexion forcée sur l'avant-bras.

Ramollissement des os par suite de l'immobilité. — J'arrive maintenant aux altérations spontanées du tissu osseux, et je passe sous silence les faits relatifs à la carie, à la nécrose, aux tubercules, pour m'occuper des conditions dans lesquelles la consistance du tissu osseux est diminuée, par suite d'une nutrition vicieuse, et sans qu'on puisse invoquer l'intervention d'un travail inflammatoire. Les faits de ce genre sont très-communs, et les communications importantes que nous avons reçues cette année nous ont prouvé qu'il y avait là un vaste sujet de recherches.

Deux tumeurs blanches du genou, présentées par M. Titon (1), ont ramené

(1) Page 86 et page 106.

— On ne peut introduire une sonde de femme dans ce trajet, qui va aboutir à la partie latérale droite et inférieure du corps de la onzième vertèbre dorsale, au niveau du trou de conjugaison. Son ouverture supérieure est si étroite qu'on ne peut la trouver qu'avec l'extrémité d'un petit stylet. Elle est séparée de l'altération osseuse par un petit foyer du volume d'une aveline, dont les parois sont constituées par un tissu cellulaire dense, adhérent aux côtes et aux vertèbres voisines, et, en avant, au feuillet pariétal de la plèvre épaissie.

Le corps de la onzième vertèbre présente sur toute sa partie droite des crêtes rugueuses en forme de stalactites osseuses. Il est rougeâtre, ainsi que ceux des dixième, neuvième et huitième vertèbres dorsales. Le disque intervertébral a complétement disparu. Il en est de même entre les huitième et neuvième vertèbres. La tête de la douzième côte est nécrosée.

Dans cette observation, les injections ont eu un bénéfice évident et momentané, celui de corriger la fétidité du pus, et d'entraîner en partie l'oblitération de la poche, puisqu'à l'autopsie on la trouve du volume d'une petite noix.

Nous ne comprenons pas trop comment ces injections auraient pu susciter directement la pleurésie purulente qui a enlevé le malade. Il est bien constant, d'après la description du canal purulent, que le liquide n'a pu remonter jusqu'à la portion d'os altérée et par conséquent n'a pu se trouver en contact avec la plèvre.

Serait-ce par voie d'absorption que l'injection aurait déterminé cette pleurésie? Ceci est évidemment inadmissible. On comprendrait des accidents sur place : il n'y en a pas eu; l'état du sac et des parties environnantes en témoigne.

Voudrait-on rattacher la pleurite suppurée à une infection purulente? Mais il y a eu absence de tous les autres phénomènes qui accompagnent cette terrible complication.

Pour nous, la pleurite ne serait qu'une de ces coïncidences malheureuses dont on voit des exemples à la suite de beaucoup d'opérations, et qui tiennent plutôt à un refroidissement inaperçu, dans un moment où le malade se trouve dans de mauvaises conditions, qu'à l'opération elle-même. Il serait peu logique de vouloir la rattacher, dans le cas actuel, à la dernière injection iodée, comme l'a prétendu M. Robert.

10e *Observation* due à M. Deguise fils (séance de la *Société de chirur.*, 21 av. 1852. — Abès migrateur ancien, symptomatique de lésion vertébrale. Très-long traitement général par les préparations iodées. Injections iodées pendant six mois, d'abord tous les quinze jours, puis tous les huit et trois jours. Pas de modification heureuse ni dans l'état général ni dans la sécrétion purulente. Mort par suite d'épuisement.

11e *Observation* due à M. Boinet (*Académie de médec.*, séance du 30 sept. 1854). — Enorme abcès s'étendant à la partie supérieure externe et postérieure de la cuisse et dans toute la région iliaque gauche, symptomatique d'une carie de l'os des îles. Traitement général prolongé. Quatre injections iodées; cure radicale (1).

Dans la même séance de l'Académie de médecine, M. Boinet annonçait trois autres cas où les injections auraient été couronnées de plein succès. Dans l'un, il s'agit d'une malade que lui avait confiée M. Londe, membre de l'Académie; l'autre est un abcès symptomatique d'une coxalgie, traité dans le service de M. Maisonneuve; le troisième enfin appartient à M. Demarquay et a trait à une jeune fille de onze à douze ans.

Nous ne pourrons tenir compte de ces trois nouveaux faits qu'au point de vue du résultat final. Mais, pour être juste autant que possible, nous placerons après eux trois cas également non publiés, mais simplement énoncés dans des articles de polémique ou à la *Société de chirurgie*, et qui représentent trois insuccès complets.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hospice de la Charité de Lyon. — M. Bouchacourt, chirurgien en chef.

Développement anormal des deux reins chez un fœtus, faisant obstacle à l'accouchement, étudié au point de vue obstétrical et anatomo-pathologique.

Par MM. A. Gailleton, *interne de la Maternité, et* L. Ollier, *interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

Dans les traités classiques d'accouchements, les tumeurs du rein, considérées comme cause de dystocie, occupent une place bien minime. Les uns les passent complétement sous silence, les autres se bornent à poser quelques vagues indications.

M. Bouchacourt publia un travail inséré dans la *Gazette médicale* de Paris (an 1845, p. 65), où furent rassemblés les divers cas connus dans la science. Ce Mémoire renferme sept observations de tumeurs du rein, dont deux seulement ont été considérées au point de vue obstétrical. Chez la malade d'Osiander (7e *Obs.*), l'accouchement fut long et difficile, mais put encore s'effectuer par les seules forces de la nature; chez celle de Nichet (6e *Obs.*), on fut obligé de perforer d'abord, et de vider ensuite la cavité abdominale du fœtus (2).

(1) Le malade a été opéré par M. Boinet, dans le service de M. Velpeau, à la Charité.

(2) Voyez Jacquemier, *Manuel d'accouchements*, t. II, p. 138.

---

l'attention de la Société sur un phénomène que M. Broca nous avait déjà signalé depuis plusieurs années.

Lorsqu'on examine un membre amputé pour cause des tumeurs blanches, on trouve sur tous les os qui le composent une diminution considérable de consistance. Le périoste se décolle avec facilité, et les surfaces de l'os ainsi dénudées laissent suinter une rosée sanguine. La pression exercée sur les os courts et sur les extrémités spongieuses des os longs, montre que le tissu osseux est devenu flexible; cette pression fait souvent sourdre un suc huileux par les ouvertures des canalicules dilatés. La diminution de consistance est telle, qu'il suffit du plus mauvais scalpel pour pratiquer des coupes dans les os du tarse et du carpe; un trait de scie longitudinal montre que le tissu compacte des os longs est aminci, décomposé en lamelles, que le tissu spongieux est très-raréfié, qu'enfin le suc médullaire est rouge et gorgé de sang. Cet état du squelette s'observe, je le répète, sur tous les os du membre amputé, que l'amputation ait été pratiquée pour une tumeur blanche du genou ou du coude, ou pour une affection du poignet ou du coude-pied. Il est juste d'ajouter, toutefois, qu'il est bien moins prononcé sur les phalanges des doigts et des orteils que sur les autres os des membres.

Lorsque, il y a trois ans, M. Broca nous fit sur ce sujet sa première communication (1), il se demanda quelle pouvait être la nature de ce travail pathologique; il resta indécis entre deux explications : la propagation de l'inflammation le long du squelette ou le défaut de nutrition produit par l'immobilité du membre, et dès cette époque, il se promit d'étudier l'état des os sur des membres condamnés par la paralysie à un repos prolongé.

Les pièces de M. Titon ayant de nouveau remis cette question à l'ordre du jour, M. Broca chercha et finit par trouver l'occasion de faire l'autopsie d'un paraplégique (1). La paralysie était complète et datait de 12 ans. Tous les os des deux membres inférieurs étaient dans un état de ramollissement extrême. Une fracture du col et une fracture du corps du fémur s'étaient même produites pendant la vie avec la plus grande facilité.

L'altération du tissu osseux était exactement semblable à celle qui se produit dans les cas de tumeurs blanches. Cette dernière doit donc être, comme la première, mise sur le compte de l'immobilité et de l'insuffisance de nutrition qui en est la conséquence.

Mais il est un point qui avait échappé à M. Broca, et que votre secrétaire, éclairé par plusieurs autopsies, a cru devoir faire ressortir : c'est que le ramollissement du tissu osseux n'est pas limité aux os situés au-dessous de la tumeur blanche; il frappe aussi les os situés au-dessus. Toutefois, des recherches ultérieures m'ont montré que ce ramollissement porte d'une manière absolue sur tous les os placés au-dessous, tandis qu'il n'atteint en général au-dessus que les os les plus voisins, et avec une intensité qui va en décroissant à mesure qu'on s'éloigne de l'articulation malade.

On conçoit sans peine la production de cette altération des os. La nutrition des tissus ne s'effectue régulièrement que dans les parties fonctionnant. L'inaction prolongée détermine l'émaciation, l'atrophie des parties molles : pareille chose se

(1) *Bulletin* de 1850, p. 231-234.

(1) *Bulletin* de 1852, p. 119.

Nous considérerons le cas curieux qu'il nous a été donné d'observer à la Maternité de Lyon : 1° au point de vue obstétrical; 2° au point de vue de l'anatomie du fœtus.

I.

Observation. — Madame G..., âgée de 33 ans, entre à l'hospice de la Charité, le 2 juillet 1853, à deux heures du matin. Cette femme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, a eu quatre grossesses antérieures qui n'ont été troublées par aucun accident; ses couches furent toujours très-heureuses. Elle habite la campagne dans les environs de Lyon.

Enceinte une cinquième fois, elle a vu ses règles se supprimer le 4 novembre dernier. La grossesse a été bonne, et n'a rien présenté de particulier qu'une constipation modérée pendant les six premiers mois, de plus en plus opiniâtre, du sixième au neuvième, sans incommoder beaucoup la malade. Une seule circonstance l'étonnait, c'était le développement progressivement énorme de son ventre, qui avait acquis un volume beaucoup plus considérable que dans les grossesses précédentes. Les urines ont toujours été abondantes. Les mouvements actifs et passifs ont été perçus, au dire de la mère, jusqu'au jour de l'accouchement.

Le 1er juillet, à trois heures du matin, dans les efforts violents que la malade faisait pour aller à la selle, elle sentit un corps glisser dans le vagin, et, en femme expérimentée, elle reconnut bientôt un pied se présentant à l'extérieur. La sage-femme, appelée à ce moment, reconnut la présentation d'un enfant vivant, l'ondoya, et se mit à la recherche de l'autre pied. Ne pouvant l'amener, elle demanda le secours d'un accoucheur.

M. le docteur Aillaud, qui arriva à neuf heures du matin, après quelques tentatives inutiles, jugea prudent de laisser agir la nature. Mais la famille, impatiente de voir finir le travail, pressait avec instances le médecin d'agir.

Sur son refus, on fit appeler un autre accoucheur et une seconde sage-femme. Ces derniers, nous dit-on, voulant extraire de suite le fœtus, essayèrent de dégager le pied qui ne sortait pas; en vain tirèrent-ils sur celui qui paraissait à la vulve, et sur l'autre cuisse encore renfermée dans la matrice. Après deux heures de tentatives, ils renoncèrent à ces tractions, car les cuisses, violemment tiraillées, s'étaient détachées du tronc. Une légère hémorrhagie eut lieu à cette période du travail. Dans cet état, la femme est conduite à la Maternité. A son arrivée, il est facile de reconnaître par le toucher la présentation du siége, ainsi qu'une tumeur dure, volumineuse, peu élastique sur la paroi antérieure de l'abdomen du fœtus.

Était-ce un kyste, était-ce une ascite? la sensation perçue par le doigt pouvait difficilement le faire présumer. Était-ce une de ces rares tumeurs décrites dans l'histoire de l'art? A cause de cette rareté même, on était peu fondé à la soupçonner. Quelle était enfin la conduite à tenir? Sur ces entrefaites, et pendant que l'on réfléchissait sur le plus ou moins de difficulté et de gravité du cas, la malade fut prise de vives douleurs et accoucha naturellement, un quart d'heure après son entrée, d'un fœtus mort-né en deuxième position du siége. L'enfant était extrêmement volumineux (le ventre avait 50 centimètres de circonférence). La délivrance fut naturelle, vingt minutes après l'accouchement.

Suites de couches; 3 et 4 juillet. — Légères coliques, lochies abondantes et de bonne nature. Pouls fort, donnant 86 pulsations (cataplasmes arrosés d'huile de morphine, potion laudanisée).

5 *juillet.* — Pouls à 96. Face rouge, injectée, céphalalgie intense, langue couverte d'un enduit blanchâtre, douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Les seins sont durs et douloureux. (Potion huileuse avec 15 gouttes de laudanum; 10 sangsues sur le ventre, au niveau du point douloureux. Cataplasmes de farine de lin et onctions avec l'onguent napolitain. Diète absolue.)

6 *juillet.* Sous l'influence de cette médication, les symptômes s'amendent. Les seins se dégorgent. Même prescription, moins les sangsues. Diète.

7 *juillet.* Le malade ayant fait un léger écart de régime, nouvelle recrudescence des symptômes du côté de l'abdomen. Les extrémités sont froides, la face est grippée. Ventre tendu, très-douloureux, diarrhée intense. Coton cardé aux jambes, dix sangsues sur le ventre, lavement avec 30 grammes d'huile de ricin. Onctions mercurielles continuées.

8 *juillet.* Mieux. Persistance de la diarrhée. Continuation des cataplasmes, des onctions; légers potages.

Du 9 au 13 juillet. Le mieux se continue; la malade reprend peu à peu ses forces abattues. La face redevient naturelle.

Le 13, se trouvant dans l'état le plus satisfaisant et pressée de rentrer chez elle, elle demande avec instance sa sortie qui lui est accordée.

Réflexions. Avant d'examiner les points curieux que va nous présenter l'étude anatomique du fœtus, considérons le fait sous le rapport obstétrical.

Le commencement du travail s'est accompli sans douleur; la dilatation du col s'est faite sans souffrance, les eaux s'écoulent et la malade n'en a pas même conscience. Les contractions utérines sont si peu vives, que la femme est stupéfaite de voir paraître un pied.

En présence de ces faits, quelle est pour l'accoucheur la conduite à tenir? Le bassin de la femme est bien conformé, plutôt grand que petit. Quatre accouchements antérieurs naturels sont là pour le prouver. La cause de dystocie ne venait donc pas de la mère, mais bien de l'enfant. Fallait-il donc agir sur ce dernier pour l'extraire violemment? Le triste résultat obtenu par cette manœuvre vient nous éclairer à ce sujet. De deux choses l'une, ou l'obstacle était insurmontable, et alors à quoi bon tirer sur les pieds? c'est s'exposer inutilement à mutiler le fœtus, et se priver pour plus tard d'une ressource qui pourra devenir précieuse. La nature pouvait-elle, par des efforts un peu lents, mais sûrs, expulser le fœtus? C'est en soutenant ses forces, en l'aidant graduellement, que l'on sera plus certain de lui prêter un secours intelligent.

La fin de l'observation nous prouve combien, dans un cas pareil, cette pratique serait préférable. Cette femme, amenée dans

---

produit sur le squelette. Les molécules osseuses, entraînées par le mouvement de la décomposition organique, ne sont pas remplacées d'une manière suffisante; l'os se raréfie et perd de sa consistance. L'inaction n'est sans doute pas la seule cause déterminante de cet état : les maladies chroniques, les fièvres hectiques, les longues et abondantes suppurations, doivent quelquefois agir d'une manière analogue. C'est là un point qui demande de nouvelles recherches. En attendant, je mentionnerai un cas inséré par M. Marmy dans nos *Bulletins* (1).

A la suite d'une tumeur blanche qui avait duré dix-huit mois, et d'une suppuration qui n'allait pas à moins de deux litres par jour, non-seulement les os voisins, mais tous les os du squelette offraient un degré prononcé de légèreté et de spongiosité. J'ai dû insister, messieurs, sur cet état des os, parce qu'il peut amener des résultats qu'il est utile de connaître. D'une part, il constitue une cause prédisposante des fractures, témoin le paraplégique de M. Broca; d'autre part, il explique bien des insuccès à la suite des amputations pratiquées pour des tumeurs blanches, surtout lorsque l'extrémité du moignon cicatrisé vient à fournir un point d'appui pour la station et la marche. L'os ramolli cède, en effet, sous les pressions répétées qu'il éprouve : il ne tarde pas à s'enflammer et ramène en peu de temps un état de maladie analogue à celui qui avait nécessité l'amputation.

Rachitisme. — Le rachitisme est une autre forme de ramollissement des os.

Nous avons eu cette année un important travail de M. Broca sur ce sujet (2). Je vais tâcher de vous en signaler les points principaux. Il est des cas, messieurs, où l'anatomie normale et l'anatomie pathologique ont des relations si intimes qu'on est obligé de faire marcher leur étude de front; c'est ce qu'a fait M. Broca. Notre collègue a reconnu que l'anatomie et la physiologie normales pouvaient seules donner la clef des phénomènes du rachitisme. Il s'est donc attaché, en premier lieu, à l'étude de l'ostéogénie. Vous n'ignorez pas que lorsqu'un os se développe, l'apparition de la trame osseuse peut s'effectuer de deux manières différentes.

Tantôt une masse cartilagineuse, depuis longtemps formée, s'imprègne peu à peu de sels calcaires, change de structure, et acquiert peu à peu l'organisation osseuse; c'est ce qu'on appelle l'ossification *par substitution*.

Tantôt, au contraire, les molécules osseuses paraissent se former de toutes pièces sans passer par l'état cartilagineux; ou, pour parler plus exactement, sans être précédées par un tissu cartilagineux véritable. L'os qui s'accroît ainsi semble envahir insensiblement les tissus qui l'environnent; c'est pourquoi on dit que l'ossification a lieu *par envahissement*.

L'accroissement par substitution s'effectue partout où une masse osseuse est en continuité avec une masse cartilagineuse, et nous savons que cette disposition existe surtout à l'extrémité des diaphyses des os longs. C'est sur ce point que M. Broca a concentré toute son attention. Se servant tour à tour de l'œil nu et du microscope, il a suivi avec soin les modifications que subit la substance du cartilage épiphysaire, au moment où elle se transforme en os pour faire désormais partie de la diaphyse.

En pratiquant une tranche mince qui passe à la fois par l'épiphyse et par la diaphyse, et en plaçant cette tranche sous le microscope, notre collègue a vu que le passage entre le cartilage et l'os ne s'effectue pas d'une manière brusque, mais

(1) *Bulletin* de 1848, p. 324.

(2) Pages 141-542.

une rude voiture à la Charité, a vu, par les soubresauts auxquels elle fut exposée, le travail se déclarer franchement. Pour la première fois, les douleurs sont survenues, et comme la mère était forte, bien constituée, la nature n'a pas tardé à expulser le fœtus.

Voyons maintenant quels conseils ont été donnés et quelle conduite a été suivie dans des cas semblables par les maîtres de l'art.

La première question que l'on doit se poser est celle du diagnostic. Reconnaître la tuméfaction abdominale, est en général chose facile. Si, dans une présentation du siége, comme chez notre malade, le travail bien engagé se prolonge, si malgré les contractions utérines il n'avance pas, on doit supposer un obstacle, et cet obstacle réside dans l'abdomen du fœtus. Tous les accoucheurs savent combien est facile le passage de cette partie à l'état normal. Si nous avions affaire à une présentation de la tête comme dans le cas d'Osiander, le degagement du corps du fœtus qui ne tarde pas à suivre celui de l'extrémité céphalique, vient nous révéler également un obstacle par la lenteur ou même l'impossibilité de sa sortie. Le toucher, en second lieu, nous fournit des données positives qui ne permettent pas de s'égarer.

Nous pouvons donc à peu près sûrement supposer une tumeur abdominale. Mais quelle est sa nature? est-elle liquide, solide ou gazeuse? Ici, il faut l'avouer, les éléments de diagnostic sont bien incertains et doivent se borner à des présomptions. L'hydropisie est peut-être la plus fréquente, et c'est là la première pensée qui vient à l'esprit.

Le développement de gaz dans l'intestin ne se rencontre pas aussi souvent et ne donne pas lieu d'ailleurs, vu la compressibilité des gaz, à un obstacle aussi sérieux. Il est une circonstance que l'accoucheur doit se rappeler, c'est que la mort du fœtus, pendant le travail, a produit quelquefois, au bout d'un certain temps, et par les progrès de la putréfaction, une énorme accumulation de gaz dans la cavité abdominale. Il y a quelque temps, à la Maternité, qu'un cas semblable s'est présenté à M. Bouchacourt. Le fœtus était mort, et le passage de l'abdomen ne put se faire que péniblement. On en reconnut facilement la cause, en voyant la quantité considérable de gaz accumulé dans le péritoine et les intestins. Quant aux tumeurs solides, elles peuvent céder, s'aplatir et s'allonger par l'effort des contractions utérines. Mais le diagnostic de ces trois espèces de tumeurs est impossible à établir, à moins que l'obstacle insurmontable à l'accouchement ne conduise à pratiquer la ponction.

Voyons quelle était la conduite à tenir dans notre cas et dans d'autres analogues. Un pied se présentait, on est allé à la recherche de l'autre et l'on a essayé de tire. Il nous est impossible d'apprécier quelle fut la force employée, la résistance plus ou moins grande des membres qui se détachèrent. Sa force fut peut-être modérée, la résistance faible.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici la pratique de M. Dubois et suivie à la Maternité de Lyon; c'est qu'il ne faut pas s'inquiéter de l'autre pied, quand on a pu en amener un. Ce précepte est, dans bien des circonstances, de nature à prévenir des accidents, et peut-être ici aurait-il pu empêcher la mutilation du fœtus.

Si nous consultons les auteurs, nous verrons qu'ils donnent le précepte de faire la ponction dans des tumeurs abdominales; ce conseil présente un double avantage, celui d'évacuer le liquide ou les gaz s'ils existent, et ensuite d'éclairer le diagnostic; car il devient évident que l'on a affaire à une tumeur solide dans l'hypothèse où rien n'est sorti de l'abdomen. Si on a reconnu la tumeur solide, on se comporte comme Nichet, qui, après avoir fait la ponction, ouvrit largement le ventre et alla extraire les organes hypertrophiés et dégénérés qu'il put rencontrer. Ainsi, en résumé, on peut poser les indications suivantes:

1° Expectation suffisamment prolongées. On comprend la large part qui doit lui être laissée lorsqu'on a la certitude de la vie du fœtus, et quand même il serait mort, combien est puissante la force de la nature, combien peuvent devenir dangereuses pour la mère les opérations nécessaires pour la mutilation du fœtus;

2° La ponction de l'abdomen;

3° Si la ponction n'a donné issue à aucune matière, il est temps de recourir à cette indication, qui ne doit jamais être remplie avant les deux autres.

Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ici les conclusions de M. Bouchacourt dans le Mémoire déjà cité :

« L'accouchement peut être rendu laborieux par suite du développement extraordinaire des reins, et réclamer la perforation du ventre de l'enfant, l'arrachement des tumeurs, etc., la simple ponction indiquée dans les cas d'ascite demeurant insuffisante.

Cependant, comme il est impossible *à priori* de connaître si le volume de l'abdomen est dû à une simple ascite, ou à la dégénérescence des reins, on devra, après avoir suffisamment attendu et compté sur les efforts de la nature, essayer de pratiquer la ponction, quitte à recourir plus tard à une perforation plus large de l'abdomen, et à l'extraction des tumeurs qui le remplissent.

« Il faut ajouter un nouveau paragraphe des dystocies par le fœtus, une variété fort importante aux tumeurs qui forment obstacle à l'accouchement, et que les auteurs n'ont considérées qu'autant qu'elles s'étaient développées à l'extérieur. »

---

que deux modifications, successives et transitoires, se manifestent dans la trame organique pour la conduire pas à pas de l'état cartilagineux à l'état osseux.

La première de ces modifications donne lieu à un tissu qui renferme encore les éléments du cartilage; seulement ces éléments ont changé de dimension, de forme, et surtout d'arrangement; ils sont disposés en séries parallèles, et, par suite de l'augmentation de leur volume, ils font subir à la gangue, ou substance fondamentale du cartilage, une diminution qui rend moindre, à ce niveau, la consistance du tissu. Ce tissu particulier, qui n'est plus du cartilage, mais ressemble au cartilage, M. Broca le désigne sous le nom de *tissu chondroïde normal*.

Lorsqu'on pousse la préparation et qu'on s'approche de la diaphyse, on voit survenir brusquement une seconde modification. Les sels calcaires, récemment déposés dans la base cartilagineuse, produisent une opacité considérable, et donnent lieu à une apparence qui rappelle celle de l'os. On croit donc, au premier abord, qu'il s'agit déjà du tissu spongieux de la diaphyse; mais en y regardant de plus près, on ne tarde pas à reconnaître que cette appréciation est inexacte, que les éléments du cartilage existent encore au milieu des dépôts calcaires, et que les corpuscules caractéristiques de l'organisation osseuse manquent d'une manière complète. Il s'agit donc d'un tissu particulier qui ressemble, par son aspect, au tissu spongieux, mais qui en diffère par sa structure; ce tissu, c'est le *tissu spongoïde normal*.

Enfin, il suffit de faire cheminer la préparation d'une quantité minime pour voir paraître le tissu spongieux proprement dit. De telle sorte que, dans l'ossification par substitution, qui constitue principalement l'accroissement des os en longueur, la matière organisée, d'abord cartilagineuse, devient successivement chondroïde, puis spongoïde, avant de passer définitivement à l'état osseux.

Tels sont, messieurs, les résultats de l'examen microscopique. Ces résultats sont constants; à eux seuls ils suffisent pour établir l'existence du tissu chondroïde et du tissu spongoïde. Mais on peut y joindre une démonstration qui aura peut-être plus de valeur pour quelques-uns d'entre vous, en ce sens qu'elle est d'une vérification beaucoup plus facile.

L'activité avec laquelle le tissu chondroïde et le tissu spongoïde se produisent, est proportionnelle à la rapidité avec laquelle l'os s'accroît. Il en résulte que dans les points qui sont actuellement le siége d'une croissance rapide, les deux tissus intermédiaires entre le cartilage et l'os se forment en plus grande quantité, et sont disposés en couches assez épaisses pour être visibles à l'œil nu.

C'est ainsi, par exemple, que sur l'extrémité inférieure du fémur d'un enfant nouveau né, on aperçoit, à la faveur d'une coupe longitudinale, entre l'épiphyse et la diaphyse, une zone assez régulière, dont l'épaisseur est de 1 à 2 millimètres, et dont la couleur bleuâtre, la consistance molle, contrastent avec la teinte et la fermeté bien connues du cartilage proprement dit. Cette zone est formée de tissu chondroïde, et constitue la *couche chondroïde normale*. Au-dessous d'elle, existe une mince couche jaunâtre qui tranche par sa couleur, et sur le ton rouge du tissu spongieux voisin, et sur la teinte bleuâtre de la couche chondroïde adjacente. D'autres caractères, tirés de la friabilité de cette couche jaunâtre et de la disposition de sa trame, établissent de nouvelles différences entre elle et le tissu spongieux. Or, c'est précisément à ce niveau que le microscope constate l'existence du tissu spongoïde normal. Il est juste de dire, par conséquent, qu'entre le cartilage épiphysaire et la diaphyse proprement dite, existent deux couches superposées, qui sont la *couche chondroïde* et la *couche spongoïde*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II.

Description du fœtus. — Autopsie douze heures après la mort. — Examen microscopique. — La longueur du fœtus est égale à celle d'un enfant ordinaire. Né mort, peu de temps avant son expulsion, l'enfant avait donné quelques signes de son existence : ainsi, les mouvements perçus par la mère jusqu'au dernier jour, et le témoignage de l'accoucheuse appelée au début du travail.

A l'époque de la naissance, cette coloration de la peau, spéciale aux nouveau-nés, existait parfaitement ; quelques heures après, elle s'était changée en une teinte générale verdâtre et violacée : commencement de putréfaction.

La tête paraît volumineuse, dépouillée des parties molles ; ses diamètres se rapprochent beaucoup de ceux d'un fœtus ordinaire, quoiqu'un peu agrandis (un centimètre environ dans le diamètre antéro-postérieur et demi dans le transversal).

Le thorax, vu extérieurement, ne présente rien de particulier. Mais le ventre se fait remarquer, dès l'abord, par son volume extraordinaire (cinquante centimètres de circonférence). Il rend un son mat par la percussion sur la presque totalité de son pourtour.

Fracture du fémur gauche, avec arrachement du membre à l'union du col et de la tête qui est restée fixée par son ligament à la cavité cotyloïde. Du côté droit, on n'aperçoit que cette dernière cavité, avec déchirement du sourcil cotyloïdien. Les parties molles sont mâchées, contuses par une violence extrême, les artères fémorales, revenues sur elles-mêmes, occupent la partie supérieure du lambeau des parties molles.

L'ouverture de la cavité abdominale n'amène aucun liquide. Le ventre est occupé entièrement par deux tumeurs énormes partant des côtes et arrivant sur la ligne médiane.

Le foie, déjeté de sa position à droite, repose sur la partie supérieure et médiane. Il est plus petit que dans l'état normal, et il paraît étalé comme s'il eût été fortement aplati.

Voici sa mesure :

La plus grande hauteur est de. . .	5	centimètres.
— . . .	9	—
— . . .	12	—

La rate, très-petite, est cachée derrière la tumeur gauche. Les intestins, pour ainsi dire ratatinés, occupent un très-petit espace dans l'intervalle des deux tumeurs. Le colon descendant est placé sur celle du côté gauche. Le développement si considérable du ventre est donc dû à une augmentation de volume des reins. Ces organes présentent à l'extérieur l'aspect suivant : lisses, polis, d'une couleur blanchâtre, ils offrent peu de résistance au toucher.

Mesurés avec soin, leur épaisseur est de. . .	7	centimètres.	
— leur largeur . . .	10	—	
— leur hauteur . . .	15	—	

Ces dimensions sont les mêmes pour les deux organes. Leur enveloppe extérieure est épaisse, d'une consistance fibreuse assez dense. La section du rein, par le bistouri, se fait sans difficulté. Les calices sont à peu près du même volume que dans l'état normal. Le bassinet présente également une certaine capacité. On aperçoit distinctement la substance mamelonnée. La section du rein laisse apercevoir une surface lisse, polie, diaphane en quelques points ; on dirait d'une multitude de petits kystes renfermés dans son intérieur.

On distingue aisément la couche corticale à son aspect extérieur. L'artère rénale paraît volumineuse ; aussi, quand nous l'avons comparée à celle d'un autre fœtus, l'avons-nous trouvée plus considérable d'un tiers environ.

L'uretère a été suivi, de chaque côté, jusqu'au bas-fond de la vessie ; il a été facile de s'assurer que son calibre était perméable en y introduisant une tige assez mince et flexible. La vessie, d'une capacité ordinaire, était saine également et ne renfermait pas d'urine. Le canal de l'urètre était perméable dans toute sa longueur.

Il n'y avait donc pas arrêt de développement, ni oblitération des canaux de l'urine, ce qui différencie totalement cette observation de celles contenues dans les auteurs. L'on ne pourra donc pas ici, pour expliquer la production du phénomène, invoquer le refoulement de l'urine par l'occlusion des conduits excréteurs.

Nous n'avons trouvé aucune autre altération, soit dans les organes thoraciques, soit dans les centres nerveux.

Le rein n'a pas conservé sa structure normale : vu extérieurement, il n'offre pas l'aspect d'un organe glandulaire ; une membrane fibreuse, ferme et résistante l'enveloppe de toutes parts. Divisé par le scalpel, il présente une teinte rosée dans la plus grande partie de son étendue, et paraît formé d'une substance cellulo-fibreuse renfermant un grand nombre de petites vésicules transparentes. On reconnaît cependant, à la périphérie, une couche jaunâtre, tomenteuse et friable, qui indique une structure glandulaire. La délimitation entre ces deux substances est loin d'être tranchée ; la trame cellulo-fibreuse disparaît insensiblement à mesure que l'on s'approche de la surface de l'organe. Mais, vers la scissure, le caractère fibreux est plus marqué, l'aspect en est lamelleux et nacré, la consistance plus grande. En la déchirant avec des pinces, on voit qu'elle intercepte plusieurs petites masses homogènes.

De même couleur que la substance corticale, et qui, soit par leur position, soit par la nature de leur tissu, semblent représenter les pyramides de Malpighi. Elles se continuent évidemment avec la couche périphérique ; car, au point où la trame aréolaire cellulo-fibreuse est le plus marquée, on reconnaît entre les vésicules des traces de la substance que nous avons soupçonnée de nature glandulaire.

Les petites cavités, comprises dans la trame aréolaire, renferment chacune une vésicule transparente de 1 à 3 millimètres de diamètre. Cette vésicule n'est pas complétement libre dans la loge qui les contient ; en l'énucléant avec soin, on arrive souvent à retirer un pédicule filiforme qui indique les rapports de dépendance qui la lient aux tissus voisins. Le microscope seul pouvait déterminer, d'une manière rigoureuse, la nature de ces divers éléments ; malheureusement, à cause des sections diverses faites pour connaître l'intérieur du rein, nous n'avons pu l'injecter ; nous espérons cependant arriver à des conclusions qui établissent nettement la nature de cette altération.

Or, voici ce que l'emploi de l'instrument grossissant nous a permis de reconnaître :

La couche corticale ne présente au microscope que des tubes urinifères ayant des caractères bien tranchés. Il sont cependant plus granuleux qu'à l'état normal, plus irréguliers et bosselés en divers sens.

En les comparant aux tubes corticaux d'un rein non altéré, ils paraissent d'un diamètre peut-être un peu moindre. Ils renferment un épithélium sphérique à cellules régulières, mais granuleuses, très-bien limitées en certains points. Elles ne se présentent pas en couche continue, et dans quelques-unes, on en voit sortir quelques gouttelettes huileuses.

Les masses homogènes, disposées près du hile, que nous avons soupçonnées représenter les pyramides de Malpighi, présentent, comme la couche corticale, une structure tubuleuse.

Mais ici les tubes sont plus volumineux, la membrane propre est plus épaisse, le contenu plus granuleux ; cette dernière circonstance ne permet pas d'en distinguer nettement les divers éléments à travers le tube qui les renferme ; mais, en dilacérant un fragment de la substance, on détruit l'enveloppe tubuleuse, et l'on reconnaît des cellules d'épithélium sphériques, des noyaux privés de cellules, des amas de granulations sans forme déterminée, et enfin quelques débris de cristaux. — Quant à la substance intermédiaire, substance cellulo-fibreuse, sa structure est moins simple et ses éléments sont multiples.

L'élément fibro-celluleux, qui en constitue la charpente, est d'un aspect nacré ; il délimite les cavités occupées par les kystes et offre quelque ressemblance avec les cloisons qui séparent entre elles les vésicules ovariennes. Sa composition n'offre rien de particulier ; elle contient des fibres de tissu cellulaire et quelques fibrilles du genre jaune élastique. Ces éléments sont reliés entre eux par une matière amorphe légèrement granuleuse.

Dans les intervalles de ce tissu cellulo-fibreux, se trouve une substance qui nous a paru de même nature que les autres éléments glandulaires, le microscope y découvre, en effet, des tubes urinifères semblables à ceux de la substance corticale.

Reste l'élément vésiculaire, celui qui s'écarte le plus de la structure normale et dont l'interprétation paraît le point capital de la question.

Nous avons déjà dit qu'en enlevant ces vésicules de la loge qui les contient, elles entraînent après elles un petit pédicule filiforme qui leur adhère intimement. A l'œil nu, il est blanchâtre, sans caractères déterminés ; mais, à un faible grossissement, on le voit composé de deux ou trois vaisseaux. Leur nature a pu être reconnue, à défaut d'injection, à leur aspect ramifié, a leur contenu rougeâtre en certains points, et, enfin, à leur ressemblance avec les capillaires du troisième ordre. (Robin.)

La couche des fibrilles du tissu cellulaire qui les entoure, les différencie suffisamment des tubes urinifères. Maintenant, si l'on soumet à divers grossissements le kyste tout entier, on reconnaît une vésicule fermée de toutes parts, offrant une enveloppe propre.

Cette vésicule se distingue facilement des ramifications vasculaires qui la parcourent à son aspect amorphe ou plutôt légèrement fibroïde. Son contenu, vu à travers l'enveloppe, est obscur, granuleux, sans caractères distincts, mais si on la déchire, il s'écoule un liquide assez épais, renfermant quelques noyaux d'épithélium et une grande quantité de granules moléculaires.

Quant aux ramifications qui se dessinent sur le kyste, on ne peut les suivre au delà du pédicule, elles deviennent bientôt imperceptibles, et dans le point où elles sont le plus marquées, il devient impossible de décider si elles sont situées dans l'intérieur de la cavité, ou si elles font partie

de l'enveloppe elle-même. Les vésicules qui avaient de trop grandes dimensions pour être examinées dans leur ensemble, sous le champ du microscope, ne nous ont présenté rien de particulier. Leur contenu était seulement plus fluide, et les granules moléculaires agitées du mouvement Brownien.

En résumant ces détails, nous trouvons, comme éléments principaux, des tubes urinifères et des vésicules closes.

La disposition de la substance tubuleuse varie selon les diverses parties de la tumeur; étalée en couches à la périphérie, elle se réunit en petites masses homogènes près du hile, et se trouve disséminée dans la trame cellulo-fibreuse intermédiaire.

Dans cette dernière seule, nous trouvons des vésicules closes, présentant des rapports de continuité avec le système vasculaire de l'organe et complétement indépendantes des tubes urinifères.

D'une autre part, rappelons-nous la structure normale du rein. Dans les pyramides de Malpighy, élément central, médullaire, nous trouvons des tubes urinifères accolés les uns aux autres, subissant des divisions dichotomiques et se prolongeant dans la substance corticale. Celle-ci, malgré son changement de couleur et de consistance, présente pour élément principal les mêmes tubes urinifères, seulement avec des dimensions un peu moindres et une intrication différente. Elle contient aussi les glomérules de Malpighi, élément indéterminé dans sa nature, mais qui offre des rapports évidents avec le système sanguin. Ces corpuscules ne sont pas disposés également dans toute la substance; d'après Huschke, la couche la plus superficielle ne contiendrait que des tubes urinifères. Nous pouvons donc à présent, malgré les dissemblances qui nous avaient frappé au premier abord, reconnaître une grande analogie entre la structure pathologique et la disposition des éléments normaux.

La distribution spéciale des tubes urinifères se retrouve à travers cette confusion apparente et dans aucun point l'altération n'est assez avancée pour faire méconnaître leur nature. Pour l'élément hydatiforme, ses liens avec l'appareil vasculaire, sa disposition au milieu de la substance corticale le rattachent aux glomérules de Malpighi.

Quant à la présence du tissu cellulo-fibreux, nous ne voyons-là qu'un fait confirmatif de cette loi de physiologie pathologique, d'après laquelle, dans toute production morbide, il y a tendance à la formation d'éléments de tissu cellulaire.

Les raisons sur lesquelles nous avons basé l'interprétation de ces kystes hydatiformes n'ont été qu'énoncées. Nous allons maintenant nous efforcer de légitimer les conclusions que nous avons déjà fait présentir. Deux hypothèses principales se présentent à l'esprit pour expliquer la nature de ses vésicules : 1° Elles sont dues à une production hydatique ;

2° Elles sont le résultat de la dilatation des tubes urinifères, à la suite d'un obstacle entravant les produits sécrétés.

Mais les hydatides sont libres dans la poche qui les contient : nous savons bien qu'à une certaine époque de leur formation, dans les cas où l'on a pu observer un développement par gemmation intérieur, on les voit se continuer avec la surface interne de la paroi qui leur a donné naissance : mais, outre que cette explication n'est pas universellement adoptée, nous ne croyons pas que l'on ait jamais observé un pédicule vasculaire, et surtout exclusivement vasculaire.

Cette première hypothèse écartée, la seconde est encore moins admissible.

La vésicule est close de toutes parts, elle ne se continue donc pas avec les tubes urinifères. D'ailleurs, nous ne trouvons pas les conditions qu'on a notées comme essentielles dans les cas où cette altération a pu être observée; le passage de l'urine était libre, dans aucun point de l'appareil excréteur on n'a pu rencontrer d'obstacle à son écoulement. (On se rappelle la perméabilité des uretères, de l'urètre, le grand volume de l'artère rénale.)

Quant à l'hypothèse d'un développement analogue à celui des kystes formés de toutes pièces dans le tissu cellulaire, nous ne croyons pas devoir nous y arrêter.

Si ces vésicules ne sont pas des hydatides, si elles ne sont pas le résultat de la dilatation des tubes urinifères, à quel élément anatomique doivent-elles se rattacher? Nous avons déjà rappelé que la substance corticale n'était pas uniquement composée de tubes urinifères; qu'à part la couche la plus superficielle qui lui donne cet aspect tomenteux qui lui est particulier, elle renferme un grand nombre de petites granulations rougeâtres, découvertes par Malpighi, et présentant des rapports importants avec le système vasculaire de la glande. Elles furent considérées d'abord comme l'organe important de la sécrétion urinaire. Ruysch reconnut bientôt l'erreur de Malpighi, il les considéra comme des touffes de vaisseaux, et son opinion, quoique n'étant pas l'expression exacte de la vérité, eut le mérite de détruire une erreur.

Dans ces derniers temps, les anatomistes allemands se sont beaucoup occupés de ce point de structure. Les opinions sont divergentes, mais se rattachent plutôt aux idées de Ruysch qu'à celles de Malpighi.

Quelques-uns cependant, et Bowman à leur tête, ont décrit les glomérules comme des dépendances des tubes urinifères; mais les détails minutieux dans lesquels ce dernier anatomiste est entré, et qu'il a invoqués en faveur de son opinion n'ont pu être vérifiés par personne. Cayla avait admis d'après ses recherches sur le cheval et le cochon, que la glomérule se compose d'un globule solide, autour duquel les vaisseaux sanguins se ramifient, Huschke n'a pu apercevoir ce noyau, mais il admettrait volontiers une enveloppe autour de la touffe vasculaire. Ces anatomistes reconnaissent donc autour du glomérule autre chose que des vaisseaux; leur explication a été le point de départ de l'opinion suivante.

Plusieurs micrographes actuels, tout en regardant comme surabondamment démontrée la non continuité des tubes et des glomérules, reconnaissent à ce dernier élément une nature glandulaire. D'après eux, le rein contiendrait deux des formes élémentaires des tissus sécréteurs, le tube et la vésicule close. Ce serait une glande intermédiaire qui tiendrait à la fois de deux formes bien tranchées; les tubes urinifères le rapprocheraient du testicule en même temps que les vésicules closes le rendraient voisin des glandes vasculaires sanguines, thyroïde, rate, etc. (*Société de biologie*, décembre 1852).

Cette opinion est basée sur les résultats fournis par l'anatomie comparée, et, dans le cas qui nous occupe, l'anatomie pathologique vient, ce nous semble, lui prêter un nouvel appui.

La maladie aurait ici isolé des éléments anatomiques plus ou moins confondus à l'état normal; en attaquant les uns et respectant les autres, elle aurait démontré leur indépendance réciproque. L'altération qui nous occupe ne serait donc que l'hypertrophie de l'élément glandulaire des glomérules de Malpighi. Il n'y aurait pas formation d'un produit nouveau, mais exagération d'un élément normal.

Ainsi, en résumé, altération des glomérules, consistant dans le développement de petits kystes manifestement liés avec le système vasculaire du rein et indépendant des tubes urinifères. Nous pouvons donc justifier la dénomination suivante : développement hydatiforme des glomérules de Malpighi. L'expression d'hypertrophie vésiculaire serait peut-être plus appropriée, mais elle aurait l'inconvénient de préjuger un point d'anatomie encore litigieux. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Contagion de la syphilis constitutionnelle.

(*Suite et fin. Voir le n° 106.*)

De tout temps, les praticiens ont rencontré des accidents constitutionnels de la syphilis chez des individus qui n'ont eu d'autre preuve de la maladie ni de près ni de loin; et ce n'est pas une naïveté de voir, avec M. Velpeau, «*qu'on peut avoir la vérole quoiqu'on n'ait point eu de chancre.*»

L'immortel Wallace, qui a doté la thérapeutique syphilitique de l'iodure de potassium, a été conduit déjà, par l'observation clinique, à admettre cette vérité, et il l'a rendue surtout évidente par l'expérience directe, en transmettant à des individus sains la syphilis au moyen de l'inoculation de tubercules, de syphilides, de formes éruptives aiguës quelconques. Les faits cliniques et les résultats de l'expérimentation lui ont fait reconnaître deux types primordiaux de la syphilis (1); l'un est la pustule du chancre et constitue la forme pustuleuse; l'autre comprend les vésicules, les ulcères, les tubercules, etc., et constitue toute la série des affections de la syphilis constitutionnelle, dans laquelle le virus a déjà subi une modification par les liquides de l'économie; c'est la forme exanthémateuse ou la syphilis modifiée. Les accidents qui se rapportent à cette seconde classe sont réunis par Hacker (2) sous la dénomination de syphiloïde. L'une et l'autre forme se présentent à l'état aigu et à l'état chronique. Toutes deux à l'état aigu sont contagieux et se transmettent, soit par le coït, soit autrement.

Pour ce qui est de la forme pustuleuse aiguë, tout le monde est d'accord sur sa transmissibilité. Mais de quelle nature est cette forme? Est-ce une simple affection locale à laquelle la pratique peut opposer une simple curation locale? Non! mille fois non. Voyez plutôt les conséquences de cette triste médication à Paris. On détruit les chancres, les ulcères; on panse la plaie, et on ne se préoccupe pas de la constitution. Le patient se repose dans une quiétude parfaite, sur la garantie du praticien famé

(1) *Siphilidologie*, de Behrend, 1838.

(2) Schmids Jahrb., t. 72.

qu'il a consulté. Mais bientôt, dans un temps plus ou moins éloigné, la diathèse syphilitique se traduit sous les formes variées que chacun reconnaît alors. C'est là une des causes qui font qu'on ne voit presque plus de chancre, tandis que les accidents chroniques consécutifs sont si fréquents.

De même que la pustule de la vaccine est l'indice de la constitution infectée par le virus variolique, de même la pustule du chancre est l'expression d'une constitution infectée par la syphilis. Et nous croyons, avec l'école allemande qui dérive de Wallace, que la pustule du chancre est un symptôme de syphilis constitutionnelle. En effet, il est précédé, comme les accidents constitutionnels reconnus, d'une première phase qui est celle de l'absorption du virus, phénomène encore plein d'obscurité, comme le rédacteur en chef de cette feuille l'a rappelé tout récemment encore au sujet de la vaccine (1). A ce premier phénomène d'infection, succède un état latent qu'on appelle phase d'incubation; elle est de quelques jours dans la forme pustuleuse de la syphilis, tandis qu'elle est beaucoup plus longue dans la forme exanthémateuse, de deux à quatre semaines le plus souvent.

Dans l'une et l'autre forme, l'éruption est annoncée par un ébranlement général de l'économie, et le système lymphatique s'engorge douloureusement; il nous met le plus souvent sur la trace de la lésion qui vient d'apparaître.

La transmission des accidents secondaires, ou de la syphilis modifiée ou de la syphiloïde, n'a pas seulement été constatée par voie d'inoculation artificielle, mais encore par l'observation clinique qui permet d'ajouter aujourd'hui le fait du professeur Rinecker à ceux de Wallace (2), de Waller (3), de Simon (de Hambourg) (4), de M. Cazenave (5), etc., etc.

Le docteur Hacker, de Leipsick (6), a réuni, dans un article très-intéressant, sous le titre de *Transmission des accidents secondaires de la syphilis expliquée par les formes connues de la syphilis modificata,* les nombreux cas de contagion de la syphilis constitutionnelle, que les auteurs ont constatés sur des populations entières, et qu'ils ont décrits sous des noms différents. Il est évident, pour le lecteur qui apprécie ces faits, que la contagion a dû avoir lieu très-rarement par le coït.

Les différentes formes et descriptions que Hacker rassemble sont au nombre de vingt La longueur de cet article ne nous permet de signaler que quelques-unes.

Prehn (7) rapporte l'histoire d'un individu atteint de cachexie syphilitique, habitant successivement six localités différentes qu'il infectait toutes par le simple contact; il transmettait la syphilis tant aux hommes qu'aux femmes et enfants.

Hacker rapproche de ce fait l'observation d'Aliès (8) qui, dans les années 1840 et 1841, compte dans la commune de Luxeil, sur une population de sept cents individus, quatre-vingts syphilitiques ayant tous pour symptômes constants et principaux des tubercules muqueux aux organes génitaux et à l'anus.

Dans la Lithuanie et la Prusse orientale, les docteurs Albers et Schnur (9) ont trouvé le condylôme comme forme presque constante de la syphilis, deux cent trente fois sur deux cent soixante-dix-huit.

En Courlande, Tiling (10) et Bolschwing (11) signalent la prédominance des affections syphilitiques siégeant sur la muqueuse buccale, tonsillaire et pharyngienne.

Rothumel (12) décrit une épidémie de syphiloïde semblable qui a sévi sur les soldats de l'armée hessoise, en 1790.

De même Van Deurs (1) donne la description d'une syphilis modifiée, syphiloïde du Jutland, se propageant dans toute une contrée en dehors du coït et sans présenter d'autres symptômes que ceux de la syphilis constitutionnelle.

La radesyge des Norwégiens, considérée tantôt comme une variété de la lèpre, tantôt comme une forme de la syphilis, est définitivement rangée dans la grande classe des syphiloïdes, surtout depuis les travaux sérieux et importants de Cederschgoeld (2) et de Hüncfeld (3).

Hacker, basant sa croyance sur l'observation de faits rapportés par les plus grandes autorités, cite, comme preuve de la transmission des accidents constitutionnels de la syphilis, la contagion des maladies suivantes : la maladie de Dithmar, décrite par Dührsen, Berndt; le scherlievo (morbus illyricus); la falcadine du village de Falcado (par conséquent pas *facaldine,* comme M. Rayer l'appelle d'après Marcolini); le framboesia (mycosis d'Alibert); la maladie connue sous le nom de sibbens ou sivvens, appelée aussi framboesia scotica et cromwelliana (un grand nombre de soldats de l'armée de Cromwell en ont été atteints); la fungine d'Irlande, mozulus de Wallace, button scurvy de Corrigan; la maladie du Canada, appelée mal de chicot des éboulements, vilain-mauvais-gros-mal et nouvelle syphilis, par Swediaur, la petite vérole d'Amboyne, décrite par Bontius; la maladie de Brün, lues moriviæ, Brunnus Gallicus; la maladie qui, en 1818, a sévi dans la commune de Chavanne, arrondissement de Lure, et décrite par Flamand; le pian de Nérac, par Raulin; la maladie de la commune de Caronate, enfin le spyrokolon, étudié par Wibmer dans la Grèce actuelle.

Nous engageons nos lecteurs, désireux de connaître la symptomatologie et les discussions sur la nature de ces maladies, de recourir au savant travail de Hacker. Nous terminons en concluant avec ce grand syphilographe et avec le professeur Rinecker comme il suit :

1° La transmission des accidents constitutionnels de la syphilis ou de la syphilis modifiée appelée aussi syphiloïde est et reste un fait acquis à la science.

2° La réaction locale spécifique après l'inoculation d'accidents secondaires ne s'annonce jamais avant deux septenaires, et le plus souvent après quatre semaines.

3° L'affection locale qui résulte de l'inoculation consiste le plus souvent en tubercules à marche lente, s'ulcérant quelquefois et produisant l'engorgement des ganglions lymphatiques de la région correspondante.

4° Les symptômes de réaction générale se rapportent au groupe de la syphilis exanthématique de Wallace; leur évolution est plus tardive que celle de la forme pustuleuse ou du chancre.

5° Au point de vue de la cause, de l'origine, du développement, de l'apparition et des conséquences, la pustule du chancre est autant un phénomène de syphilis constitutionnelle que les vésicules, les ulcères, les tubercules, les syphiloïdes en un mot; de là il est bien logique, si l'on reconnaît que l'un des groupes est contagieux, d'admettre que l'autre l'est également.

6° Enfin, la nature syphilitique d'un grand nombre de maladies qui sévissent sur des populations entières, et qui se propagent en dehors des rapports sexuels, en l'absence de la pustule du chancre, ne peut s'expliquer que par la transmissibilité des accidents de la syphilis constitutionnelle.

B. Schnepf, *interne des hôpitaux, lauréat* (médaille d'or) *de la Faculté de médecine de Paris,* etc.

(1) *Moniteur des hôpitaux,* n° 88.
(2) *In syphilidologie,* de Behrend, 1838.
(3) *Prag. viertjsch.*
(4) *Réponse aux lettres sur la syphilis,* par M. Ricord.
(5) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* 1850-1851,
(6) Schmids Jahrb., t. 72.
(7) Pfaffs Mitth., 1833.
(8) *Journal de méd. de Lyon,* 1843.
(9) Pr. med. ver. Ztg., 1836, 1837, 1839, 1841.
(10) Ueber Syphilis und Syphyloïde. Mitth., 1833.
(11) Ueber Syphilis und auss. Dorsal, 1839.
(12) Zeetsch für die gesammte Heilk., 1832.

(1) Jin. of med. of chirg., 1835.
(2) Urartade veneriska synkdomar, 1814.
(3) Scandinav. syphiloïd., 1828.

— Le *Moniteur* d'hier renferme un rapport sur l'alimentation des collèges, suivi d'un arrêté ministériel. Le défaut d'espace nous oblige à en renvoyer la publication à un prochain numéro, ainsi que les remarques dont il devra être l'objet.

G. Dumont.

PARIS, — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 108. 1re année. Jeudi 8 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Note pour servir à l'histoire du diabète, par M. Marchal (de Calvi). — HÔTEL-DIEU DE LYON. M. BARRIER. Rétroversion complète de l'utérus à quatre mois de grossesse. Réduction. Guérison, par M. Félix Bron. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE** : Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, par M. P. Boucher Delavillejosse. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.**

Paris, le 7 septembre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

C'était le jour d'ouverture de la chasse, et la séance s'en est ressentie. Les banquettes, depuis longtemps presque délaissées, laissaient voir des vides plus grands encore. On pouvait présumer que toute discussion grave serait bannie de l'ordre du jour, et, en effet, si n'étaient quelques incidents, nous aurions peine à remplir le cadre de notre compte rendu.

Un instant nous avons craint, en voyant M. Londe prendre encore une fois la parole sur une question que nous croyions épuisée — celle des gâteux — nous avons craint d'assister à l'un de ces débats rétrospectifs dont nous signalions naguère les inconvénients. Heureusement, M. le président, prenant une pause de M. Baillarger pour la fin de son argumentation, a donné la parole à un autre orateur et mis un terme à ce qui s'appelle *une réclamation à l'occasion du procès-verbal.*

M. Velpeau est venu ensuite protester contre l'inaction de la commission du choléra, en présence du danger qui menace de nouveau notre pays. Le fléau se rapproche incessamment et de sinistres rumeurs le disent déjà à Londres. Bien que, jusqu'à présent, rien ne confirme ces nouvelles, accueillies par plusieurs journaux, la prudence commande cependant de se tenir prêt, et de profiter, pour conjurer le fléau, des enseignements peut-être précieux que renferment les documents parvenus à l'Académie. Le savant chirurgien de la Charité demande en conséquence que la commission, ou plutôt que M. Jules Guérin, son rapporteur, soit invité à hâter son travail. Mais M. Guérin objecte qu'un supplément d'enquête qui se poursuit officiellement pourrait apporter à la Compagnie des lumières qui lui manquent encore à l'heure qu'il est, et conclut à une nouvelle temporisation. L'honorable rapporteur fait valoir de plus un argument, dont nous admettrons moins volontiers la valeur, pour motiver l'ajournement qu'il demande. Cet argument consiste à dire qu'il s'exposerait à se contredire lui-même, attendu qu'il cumule les fonctions de rapporteur de la commission académique et de la commission instituée par le Ministre de l'agriculture et du commerce. Il nous semble que cette situation toute per-

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir le n° 104, 106, 107.*)

Pour que ces caractères soient appréciables à l'œil nu, il faut que l'accroissement local de l'extrémité osseuse que l'on examine ait été rapide pendant les derniers temps de la vie, et celui qui veut les constater facilement doit les chercher en certains points du squelette qui varient suivant l'âge auquel le sujet est parvenu.

En effet, messieurs, et ce n'est pas là le point le moins intéressant des recherches de M. Broca, l'accroissement des os en longueur ne s'effectue pas uniformément et simultanément sur toutes les parties du squelette, ni même sur les deux extrémités d'un même os long. Ainsi, par exemple, en étudiant aux divers âges la situation du trou nourricier du fémur, on reconnaît que la croissance de cet os suivant sa longueur, est deux fois plus rapide du côté de son épiphyse inférieure que du côté de son épiphyse supérieure. Une étude détaillée des couches chondroïdes dans les divers points du squelette et aux diverses périodes de la croissance, a conduit notre collègue aux deux propositions suivantes :

1° *Le tissu chondroïde* existe partout où une diaphyse osseuse s'accroît aux dépens d'une masse cartilagineuse adjacente.

2° Le tissu chondroïde forme *une couche visible à l'œil nu*, partout où l'accroissement de la diaphyse s'effectue actuellement avec rapidité, et l'épaisseur de cette couche est proportionnelle sur chaque point à l'activité de l'accroissement local.

Tels sont les faits d'ostéogénie que M. Broca a commencé par établir avant d'aborder définitivement l'étude du rachitisme. Ces notions d'anatomie normale vous semblent peut-être déplacées dans un travail d'anatomie pathologique. Détrompez-vous, car l'histoire des lésions rachitiques est presque tout entière dans ce qui précède.

En effet, messieurs, le rachitisme, suivant notre collègue, est un trouble de nutrition qui a simplement pour conséquence d'entraver le travail de l'ossification et de l'arrêter au moment où le tissu osseux est sur le point d'acquérir son organisation définitive.

A l'état normal, l'évolution du tissu osseux se compose de quatre périodes. Il y a l'état cartilagineux, puis l'état chondroïde et l'état spongoïde qui précède l'ossification proprement dite. Ces deux derniers tissus sont transitoires; ils proviennent du cartilage; ils donnent naissance au tissu osseux. Sans cesse ils se forment, sans cesse ils disparaissent. Voilà pourquoi ils ne constituent, entre le cartilage et l'os, qu'une couche très-mince, tellement mince, qu'elle a échappé jusqu'ici à l'attention des anatomistes. Dans le rachitisme, il n'en est plus de même. Au lieu de parcourir toutes ses périodes, le travail organisateur s'arrête avant d'atteindre son but. Au lieu d'être transitoire, l'état spongoïde devient permanent. Cependant le tissu chondroïde, légèrement altéré, continue à se former dans le cartilage épiphysaire et à engendrer de nouvelles quantités de tissu spongoïde. Celui-ci s'entasse à l'extrémité de la diaphyse, et constitue bientôt une

sonnelle ne devrait pas suspendre les décisions de l'Académie, si d'ailleurs celles-ci pouvaient être assez solidement établies sur les matériaux scientifiques existants. Quoi qu'il en soit, le rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et 1849 pourrait bien se faire attendre longtemps encore, ce qui nous paraît infiniment regrettable. Nous comprenons autant que qui que ce soit, tout ce qu'exige de maturité une étude aussi vaste et aussi ardue; mais toute chose a ses limites, et, en pareille matière, la question d'opportunité a son importance. Supposons, en effet, ce qu'à Dieu ne plaise! que le choléra apparaisse demain sur quelque point de notre territoire, et que l'autorité demande à l'Académie impériale de médecine des instructions à l'usage du peuple ou son avis sur la contagion; que pourrait-elle répondre, si ce n'est répéter ce qu'elle a formulé en 1849? Quels progrès la science a-t-elle réalisés pendant les quatre ans de répit dont nous venons de jouir? Et pourtant il y a là, dans un dossier couvert de poussière, le fruit des longues et laborieuses élucubrations des praticiens qui ont lutté face à face avec le fléau. Qui nous assure que çà et là ne se trouvent pas éparses quelques données fécondes, quelques inspirations ingénieuses? Pourquoi donc ne pas creuser cette mine, pourquoi ne pas chercher à utiliser ces trésors? Au demeurant, que le danger surgisse, et il faudrait bien se résigner à établir un rapport sur les documents que l'on a. On se presserait alors bien davantage. Ne vaudrait-il pas mieux dès lors se mettre à l'œuvre maintenant?

Deux lectures ont été entendues par l'Académie : l'une, du vénérable M. Bally, sur la part qu'a prise aux travaux du Congrès scientifique d'Arras la section de médecine, et nous y reviendrons; l'autre, d'un mémoire de M. Becquerel, qui a trait à un point de thérapeutique plein d'intérêt : *le traitement de la vaginite par les cautérisations avec le nitrate d'argent solide.* Nous ne devancerons pas le jugement de la commission à laquelle a été dévolu l'examen de ce travail. Nous redoutons seulement pour son auteur de nombreuses revendications de priorité.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Note pour servir à l'histoire du diabète,

Par M. Marchal (de Calvi).

(*Communiquée à l'Académie des sciences, séance du 29 août.*)

J'ai eu l'honneur de faire connaître à l'Académie, dans une de ses dernières séances, un cas de gangrène diabétique. Il s'agissait d'un homme de 54 ans, qui portait deux foyers gangréneux à la partie postérieure du tronc et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse à la face externe de la cuisse gauche. En recherchant la cause diabétique ou générale de ces lésions, j'avais été conduit à supposer que cet homme avait du sucre dans les urines, et l'analyse avait confirmé cette supposition. La quantité de sucre était considérable : 95, 78, 64 grammes par litre dans plusieurs analyses successives.

Je donnais mes soins, en même temps, à un homme d'une cinquantaine d'années, amaurotique et paraplégique, ayant toute son intelligence. L'affection, évidemment, avait son siége dans l'axe cérébro-spinal; mais quelle était la cause générale qui régissait cette affection, en d'autres termes, quelle était la maladie? Car il en est des affections internes idiopathiques comme des affections externes, également idiopathiques : elles ne sont jamais que des manifestations d'un état général ou diathèse; et la considérations des maladies, en tant qu'affections locales, sans rapport connu ou à connaître avec un état général antérieur et supérieur, est une conception étroite, fausse et dangereuse.

Je recherchai donc quelle pouvait être la cause générale de l'affection cérébro-spinale, et je m'arrêtai à l'idée d'une double diathèse rhumatismale et dartreuse. Soit dit en passant, ces deux principes, le rhumatismal et le dartreux, se rencontrent souvent ensemble : fait pathologique d'un haut intérêt, que j'espère démontrer bientôt.

Le malade avait éprouvé des douleurs erratiques dans diverses parties du corps : voilà pour la diathèse rhumatismale; quant à la diathèse dartreuse, voici ce qui me la faisait admettre. Il avait, depuis très-longtemps, aux jambes, aux cuisses et sur les épaules, une éruption confluente de pustules qui se succédaient sans cesse; pustules uniformes, sanguinolentes, un peu sanieuses, mais non purulentes, laissant après elles une dépression d'un rouge foncé. Mais, de plus, et c'est ce qui embarrassait le diagnostic, il se produisait continuellement, sur diverses parties du corps, des furoncles, lents à se former, et donnant lieu généralement à une perte considérable de tissu cellulaire; quelques-uns étaient très-volumineux.

---

couche dont l'épaisseur est proportionnelle à l'accroissement que l'os a subi depuis le début de la maladie.

Telle est l'origine de la *couche spongoïde rachitique* qu'on trouve à l'extrémité de la diaphyse des os longs, et de la couche chondroïde qui la surmonte. Cette dernière couche, dans certains cas de rachitisme, est si épaisse et si différente du cartilage normal, qu'on se demande comment elle a pu jusqu'ici échapper à l'attention des observateurs.

Les lésions du rachitisme sont donc la conséquence d'un arrêt de développement du tissu osseux. La période dite de réparation n'est pas une période nouvelle, ou plutôt le travail réparateur n'est pas un travail spécial; c'est la reprise pure et simple du travail d'ossification que le rachitisme avait interrompu; on voit alors le tissu spongoïde enfin pourvu des sels calcaires qu'une nutrition insuffisante lui avait jusqu'alors refusés, se transformer en tissu osseux véritable et rendre à l'os sa solidité.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer, messieurs, que les idées développées par M. Broca sont entièrement neuves. Jusqu'ici, les auteurs avaient discuté sur l'origine et la formation du tissu spongoïde rachitique, sans se douter de l'existence du tissu spongoïde et du tissu chondroïde à l'état normal.

Se plaçant à ce nouveau point de vue, notre collègue a pu reprendre d'un bout à l'autre l'histoire anatomique du rachitisme; étudier l'ordre suivant lequel les lésions se répandent dans les diverses parties du squelette et surtout les modifications de structure et de consistance qui surviennent dans les parties osseuses déjà formées au moment de l'invasion du mal. Guidé par la connaissance des désordres anatomiques, il a pu s'assurer que les lésions du rachitisme sont incomparablement plus communes qu'on ne le croit généralement, et que le rachitisme n'est pas une maladie spéciale, les lésions qu'on lui attribue pouvant être l'effet de toutes les causes qui troublent la nutrition pendant la rapide croissance du jeune âge.

Tels sont, messieurs, les faits contenus dans le travail important de M. Broca. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'une foule de détails, les plus intéressants peut-être, ont dû être négligés dans cette courte analyse. Je vous renvoie donc au travail original; je serai heureux si j'ai pu contribuer à vous donner le désir de le connaître. Quelque étendu qu'il soit, messieurs, ce travail est encore incomplet; il est le produit de recherches très-nombreuses, d'un ordre très-élevé, peut-être inachevées, et que l'auteur n'a pu souvent qu'indiquer en passant. Ce travail, si j'ose ainsi parler, est riche de faits acquis et gros de faits à venir. C'est assez pour piquer notre curiosité, et nous connaissons trop bien l'infatigable zèle de notre collègue pour ne pas espérer de la voir bientôt satisfaite.

Ostéomalacie. — Messieurs, je viens de vous entretenir de deux formes de ramollissement des os. Vous savez qu'il en existe une troisième dont nous n'avons pas eu d'exemple cette année, mais dont deux cas nous ont été soumis, dans le courant de l'année précédente, par MM. Buisson et Dubreuil. Je veux parler de l'ostéomalacie. Je n'en veux point faire l'histoire, mais permettez-moi de vous rappeler qu'au point de vue anatomique, cette maladie, qui ne frappe que les adultes, est caractérisée par une diminution très-sensible des sels calcaires dans les os avec conservation de la trame organique; la diminution porte à la fois sur toutes les parties du squelette, donne au tissu compacte l'apparence du tissu spongieux; à l'os, quand il est desséché, une légèreté extraordinaire; et enfin, dans les cas les plus avancés, provoque une disparition presque complète du tissu osseux. De là des fractures nombreuses dans la première période, et dans la se-

Je prescrivis la médication sulfureuse, qui n'eut d'autre effet que d'améliorer l'état des forces.

Nous en étions là, lorsque je fus appelé auprès du malade dont il est question au commencement de cette Note, et chez lequel je parvins à reconnaître, par induction, l'existence du diabète. Or, ce malade avait été sujet à des furoncles. De même, le sujet de mon premier cas de gangrène diabétique, observé il y a deux ans, avait eu de nombreux furoncles, et, en outre, il avait présenté, aux jambes, une éruption semblable à celle que je voyais actuellement chez mon paraplégique. Je fus frappé tout à coup de ce rapprochement, et j'eus l'idée que ce dernier malade pouvait aussi être diabétique. Sans perdre de temps, je me rendis auprès de lui, et je pris de ses urines, que j'allai examiner chez M. Duroy, pharmacien et chimiste distingué. Je les essayai avec le réactif de Bareswill, et elles donnèrent un précipité, non très-abondant, mais de la plus grande évidence. Voulant accumuler les preuves, dans un cas aussi important, j'allai examiner les urines chez M. Mialhe, dont le témoignage devait être du plus grand poids. Chose étonnante! le résultat de l'épreuve, faite de même avec la liqueur saccharimétrique, fut complétement négatif : il n'y avait pas de sucre dans les urines. Je retournai chez M. Duroy, et son réactif me donna le même résultat qu'à mon premier examen, d'une manière si nette, qu'il était impossible de douter. Je crus pouvoir attribuer le résultat négatif de l'examen fait chez M. Mialhe à ce qu'ici le réactif, probablement ancien, n'offrait plus les conditions requises : c'est ce que j'inférai de l'existence d'un précipité de couleur rougeâtre, assez épais, qui couvrait le fond du flacon dans lequel ce réactif était contenu. (Il semblerait résulter de là que le bi-oxyde de cuivre est susceptible de se réduire spontanément, à la longue, dans la liqueur saccharimétrique.)

Je restai en suspens jusqu'au lendemain, très-impatient de faire un nouvel essai. Je pris des urines que je fis rendre devant moi dans un verre bien lavé et essuyé, et que l'on versa dans une fiole dont je m'étais muni. Je les examinai chez M. Duroy, et il se forma un précipité évident, non pas, j'y insiste, un simple changement de couleur, mais un véritable précipité qui montra, au bout d'une demi-heure de repos, une certaine quantité d'oxyde cuivreux au fond du tube. La réaction devenait plus prononcée par l'addition d'une pastille de potasse caustique. Je me rendis alors, avec le reste des urines, chez M. Mialhe. Je reconnaîtrais bien mal l'obligeance extrême de mon habile et savant collègue de la Faculté, si, dans ce que je vais dire, j'avais un autre mobile que le désir et le devoir de signaler des faits importants pour la science et pour la pratique. Voici ce qui arriva. M. Mialhe commença par déterminer la densité de l'urine, qui était de 1018, densité normale, et déjà, sur ce seul signe, il déclara, avec toute apparence de raison, que le liquide ne pouvait pas contenir de sucre. Il traita ensuite l'urine par la potasse, puis par le réactif de Bareswill; enfin, il l'examina au polarimètre de Soleil, et le résultat fut toujours le même : absence complète de sucre. Je pris, à mon tour, une petite quantité d'urine que je versai dans un tube; j'y ajoutai une bonne proportion de la liqueur saccharimétrique, et je n'obtins rien. Mais alors je fis tomber dans le tube une certaine quantité d'une dissolution de potasse caustique, et, en un instant, la réduction se produisit. M. Mialhe, assez étonné, répéta l'expérience et obtint le même résultat. Il la renouvela, après avoir décoloré l'urine au moyen du noir animal, et la réaction s'opéra de même, avec toute la netteté désirable. Il n'y avait plus de doute : l'urine contenait peu de sucre, mais elle en contenait évidemment.

Comment la réaction était-elle favorisée par l'addition de la potasse caustique à la liqueur saccharimétrique, ou même rendue seulement possible par cette addition? M. Duroy s'est posé cette question, qu'il a résolue d'une manière satisfaisante, je crois, en s'assurant que la présence d'un sel ammoniacal dans l'urine empêche l'effet réducteur. On comprend, de cette manière, que la potasse déplaçant l'ammoniaque, la réaction qui jusque-là ne pouvait se produire, se manifeste aussitôt. Quant à la production d'un composé ammoniacal dans l'urine de notre paraplégique, elle s'explique très-bien par la demi-paralysie de la vessie, laquelle ne se vide jamais en totalité, d'où il suit que l'urine s'y altère, comme elle s'altérerait dans un vase mal entretenu.

Un homme affecté d'amaurose et de paraplégie, présentant, en outre, une éruption pustuleuse et des furoncles successifs, a du sucre dans les urines : tel est, en substance, le fait pathologique nouveau sur lequel j'appelle l'attention. Maintenant, la question est de savoir si le diabète a précédé ou suivi l'affection du système nerveux. Je suis porté à penser que le diabète est antérieur, par la raison que le traitement anti-glucosurique, consistant dans l'usage du bi-carbonate de soude à l'intérieur, des bains alcalins, et d'un régime alimentaire presque exclusivement animal, a produit une amélioration sensible qui se marque notamment par un retour appréciable du mouvement dans les extrémités inférieures, en même temps qu'il a fait disparaître le sucre dans les urines.

Un homme de ma connaissance qui avait l'habitude de manger après son dîner une quantité considérable de sucre de canne, fut pris d'un extrême affaiblissement des membres inférieurs, qui étaient aussi le siége de fourmillements. Il se rétablit lentement. Les urines, malheureusement, ne furent pas examinées. Je me demande si cet homme n'a pas été affecté d'une lésion de

---

conde, des déformations tellement bizarres qu'on n'y croirait pas si l'on n'en connaissait des exemples authentiques.

Permettez-moi, messieurs, d'embrasser rapidement d'un coup d'œil général ces trois formes de ramollissement. Il nous semble qu'ils se rapportent tous à une altération de nutrition du tissu osseux. Or, la nutrition du tissu osseux, grâce aux belles expériences de Duhamel, est à peu près connue. On sait qu'elle se résume en trois actions nutritives bien distinctes :

1° Une action nutritive qui se développe surtout aux extrémités de la diaphyse et détermine l'*accroissement en hauteur*.

2° Une action nutritive périphérique qui détermine le renouvellement incessant de la matière et son *accroissement en épaisseur* par le dépôt successif de couches nouvelles à l'extérieur et la résorption simultanée des couches anciennes à l'intérieur.

3° Une action nutritive moléculaire ou interstitielle qui se développe dans l'épaisseur même de chaque couche et dans leurs interstices; c'est la nutrition proprement dite.

La première et la seconde sont l'apanage exclusif des enfants.

La troisième est commune aux enfants et aux adultes.

Tout acte de nutrition exercé sur les os comprend deux phénomènes : la production d'un tissu organique et celle d'une matière calcaire. Nous avons démontré, avec M. Broca, que le rachitisme était le simple arrêt de cette production de matière calcaire, à une époque où l'os jouit de ses trois modes de nutrition. La formation de la matière organique continue à l'exclusion des sels calcaires; de là, les trois faits qui correspondent aux modes de nutrition : la formation du tissu spongoïde à l'extrémité des diaphyses; la présence de couches molles à leur périphérie; et la raréfaction interstitielle de la matière calcaire.

Eh bien! messieurs, qu'un semblable enrayement se manifeste chez l'adulte dans la formation de la matière calcaire, qu'arrivera-t-il? La matière organique continuera à s'entretenir par la nutrition interstitielle, tandis que la matière calcaire se désassimilera peu à peu, sans être remplacée par une assimilation incessante. Telle est l'ostéomalacie. Cette manière de l'envisager explique suffisamment sa forme, ses caractères pathologiques et les divers états de l'os aux diverses époques. A ce point de vue, l'ostéomalacie ne serait donc que le rachitisme des adultes; c'est-à-dire une maladie due à la même cause que le rachitisme et n'en différant que parce qu'elle s'attaque à des os dont les conditions nutritives ne sont plus les mêmes.

Quant à la troisième forme de ramollissement que nous avons admise, elle diffère des deux autres en ce que l'arrêt ou l'affaiblissement des actes nutritifs porte non-seulement sur la production calcaire, mais à la fois sur la production des parties organiques et inorganiques de l'os. Elle correspond à l'atrophie des autres tissus et s'explique par la même cause. Seulement le tissu osseux ne pouvant revenir sur lui-même comme les tissus mous, l'atrophie ne se manifeste pas par une diminution de volume de l'ensemble, mais par un amincissement de chacune des parties qui le composent, c'est-à-dire des lamelles et des canalicules. De là, la légèreté, la porosité, la fragilité, et, en définitive, le ramollissement de l'os; mais cet état n'est pas un ramollissement, à proprement parler, et il mériterait bien plutôt le nom d'*atrophie interstitielle* des os.

(*La suite à un prochain numéro.*)

la moelle par suite d'une glucosurie d'une espèce particulière. Il convient de rappeler ici que le sucre de canne se change en glucose sous l'influence des acides gastriques.

J'ajoute que mon paraplégique a eu, pendant longtemps avant de devenir malade, l'habitude de faire son repas du milieu du jour avec du pain et du sucre.

Quand on réfléchit à la faiblesse musculaire des diabétiques, portée chez quelques-uns jusqu'à la prostration, on comprend sans peine que la glucosurie puisse conduire à la paraplégie.

Je n'entre pas dans plus de détails quant à présent, n'ayant d'autre objet, dans cette Note, que d'appeler, le plus promptement possible, l'examen sur quelques points que je vais présenter, en terminant, sous forme de propositions :

1° Beaucoup d'individus sont diabétiques, et peuvent l'être pendant de longues années, sans qu'on ait lieu de s'en douter, les signes ordinaires du diabète faisant défaut ou étant très-peu marqués ;

2° Il est essentiel d'examiner les urines des individus qui se plaignent de fatigue habituelle et d'un affaiblissement des extrémités inférieures ;

3° Les urines d'une densité normale peuvent contenir du sucre ; il pourra même arriver, chez des individus épuisés, que l'urine diabétique soit moins dense qu'à l'état normal ;

4° Il semblerait que la liqueur saccharimétrique peut éprouver une altération par suite de laquelle elle devient impropre à déceler une médiocre quantité de sucre contenue dans l'urine ;

5° Il peut exister du sucre dans les urines, en quantité faible, mais suffisante pour constituer le diabète, sans que le polarimètre en indique l'existence ;

6° La présence d'un sel ammoniacal dans les urines diabétiques peut empêcher ou atténuer la réduction du bi-oxyde de cuivre par la glucose (Duroy) ;

7° Dans ce cas, un excès de potasse caustique favorise la réaction, ou même la détermine quand elle était impossible (Deroy) ;

8° Les diabétiques sont sujets à des éruptions pustuleuses et furonculeuses, phénomènes nécrosiques, qui peuvent préluder à la gangrène proprement dite, dont il existe aujourd'hui cinq exemples à ma connaissance ;

9° Il importe essentiellement d'examiner les urines des individus affectés d'éruptions pustuleuses et furonculeuses, et de gangrène dite spontanée ;

10° Il serait possible que la glucosurie pût produire la paraplégie, comme elle produit l'amaurose ; dès lors, il est essentiel d'examiner l'urine des paraplégiques, comme celle des amaurotiques ;

11° Le traitement de la paraplégie glucosurique devrait être, avant tout, celui de la glucosurie ;

12° On a lieu de supposer que l'abus du sucre dans l'alimentation peut devenir une cause de paraplégie et d'amaurose, et il ne serait pas impossible que le nombre croissant des paralysies observées de nos jours dût être attribué, en partie, à cet abus.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Barrier.

Rétroversion complète de l'utérus à quatre mois de grossesse. — Réduction. — Guérison.

Par M. Bron (Félix), *chirurgien interne.*

Après la petite discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie relativement aux divers procédés pour la réduction de la rétroversion, on ne lira pas sans intérêt le fait suivant, qui prouve une fois de plus l'inutilité des baguettes d'Évrat et autres appareils analogues, au moins dans le plus grand nombre de cas, sinon dans tous. Nous ferons observer même à cet égard que la remarque du savant chirurgien de Lyon, qui avait préparé une baguette dans l'éventualité où *la dilatation du sphincter de l'anus ne pourrait permettre l'introduction des doigts,* que cette remarque, ainsi que la précaution qui en est la conséquence, ne nous paraît point fondée : il est toujours possible, en effet, d'introduire au moins les doigts dans le rectum, en procédant convenablement.

Rosalie Chabaud, femme Ferre, âgée de 39 ans, d'un tempément lymphatique, ouvrière en soie, née à Anglefort (Ain), demeure à la Croix-Rousse.

Mariée depuis dix-huit ans, elle a eu cinq enfants dont le dernier a 5 ans. Trois enfants vivent encore, qui se portent bien. Toutes ses couches ont été des plus heureuses ; la présentation a toujours été par la tête.

Pendant toutes ses gestations, la malade n'a éprouvé aucun malaise ; elle dit, au contraire, avoir constamment pris de l'embonpoint.

La matrice n'a jamais réveillé l'attention de cette femme, jamais elle ne s'est aperçue soit d'un abaissement, soit d'une variation dans la direction de la matrice ; jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme qui pût dénoter soit un engorgement de l'utérus, soit un relâchement des ligaments ; son bassin, du reste, est d'une conformation normale, dont les dimensions ne sont pas exagérées.

Il y a une vingtaine de jours environ seulement qu'elle a éprouvé de fortes coliques et une gêne dans l'émission de l'urine. Ces douleurs ont succédé à une fatigue continue, en lavant du linge, et à quelques efforts qu'elle a faits dans la journée en le soulevant. Elle n'a reçu aucun coup ni éprouvé aucune émotion. Elle est enceinte de quatre mois et demi.

Tels sont les renseignements qu'elle donne à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 25 juin 1853.

M. Socquet, dans le service duquel la malade est d'abord placée, dirige son interrogation du côté de la matrice et diagnostique une rétroversion. Il ne fait aucune tentative de réduction, et s'entend avec M. Barrier pour faire passer la malade dans son service, salle Saint-Paul, le 5 juillet 1853.

Le ventre est ballonné, dur et de forme arrondie. Il existe en même temps des coliques violentes et des maux de reins très-forts.

L'émission de l'urine est fréquente, souvent involontaire et jamais abondante. Par la percussion cependant, on trouve que la vessie est distendue et remonte jusqu'à l'ombilic.

Le cathétérisme, du reste, justifie l'examen extérieur ; on retire une quantité considérable d'urine, et dès ce moment il est pratiqué trois fois dans vingt-quatre heures. Il y a de la constipation.

Au toucher, on reconnaît d'abord, à l'entrée du vagin, un bourrelet muqueux, de la grosseur d'une noix, qui n'est autre chose que la paroi postérieure du vagin dans un état de relâchement considérable. La paroi antérieure, au contraire, est lisse, tendue, et le méat urinaire est à 6 centimètres environ de profondeur. Le doigt sent une tumeur arrondie, élastique, d'une consistance médiocre, mais uniforme, d'un volume tel, que tout le petit bassin paraît rempli par elle.

En promenant le doigt à sa surface, on ne sent rien qui ressemble au col de l'utérus, dans quelque point qu'on le cherche. En avant, les doigts peuvent être portés derrière le pubis à une grande hauteur, mais ils sont gênés par la tumeur qui presse contre cet os, et ils ne peuvent pas arriver au cul-de-sac du vagin. Il est donc très-probable que le col de l'utérus est en avant.

En touchant par le rectum, on sent que cet intestin est refoulé et aplati contre le sacrum par la tumeur qui remplit ainsi la face concave du sacrum. Par sa forme, son volume et sa consistance, elle présente les plus grands rapports avec les caractères que doit avoir l'utérus à quatre mois de grossesse et ne ressemble pas à une tumeur fibreuse.

M. Barrier diagnostique, comme M. Socquet, une *rétroversion complète de la matrice.*

Le 7 juillet, en présence de M. Socquet et de M. le docteur Garin, dont les travaux ont jeté un nouveau jour sur cette

maladie rare et dangereuse, M. Barrier procède à la réduction.

La malade est placée dans la position conseillée par Sabatier, de telle sorte que le bassin se trouve à la partie la plus élevée; elle s'appuie antérieurement sur les coudes et postérieurement sur les pieds en même temps qu'elle est soutenue par deux aides. Une baguette garnie d'un tampon à son extrémité devait être l'instrument destiné à réduire l'utérus, si *la dilatation du sphincter de l'anus ne pouvait permettre l'introduction des doigts.*

Le chirurgien en chef introduit progressivement les doigts, puis la main entière dans le rectum pour repousser en avant la tumeur formée par l'utérus. Mais la manœuvre étant gênée par des matières stercorales, celles-ci ont été extraites et la main réintroduite. Après quelques efforts, la tumeur cède brusquement et avec une telle violence, que M. Barrier a cru un moment à la perforation de l'intestin. Tout heureusement s'est trouvé normal, et cette détente subite a été le signal de la réduction. Le doigt, introduit dans le vagin, a rencontré dès ce moment le col utérin à une hauteur normale, ainsi que le méat urétral. Les douleurs sur-le-champ ont disparu, et il n'est resté à la malade qu'un extrême abattement.

Prescription. Tisane de tilleul, potion calmante, lavements huileux dans la journée, un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum le soir.

8 *juillet.* Quelques coliques se sont montrées dans la journée à deux reprises. Elles ont été de courte durée.

La vessie a continué à être distendue par une grande abondance d'urine qui n'a pu, comme avant l'opération, être évacuée que par le cathétérisme. État général très-bon. — Même prescription ; bouillon.

9 *juillet.* Légère indigestion dans la nuit. Abattement considérable. Coliques. La malade accuse quelques mouvements du fœtus.

11 *juillet.* Quelques coliques ont reparu. Les urines commencent à être évacuées sans le cathétérisme. La vessie ne se vide cependant pas complétement encore.

La constipation persiste avec la même opiniâtreté qu'avant l'opération. Purgatif à prendre demain matin.

13 *juillet.* Matières fécales abondantes. Depuis la purgation, la malade va sous elle involontairement.

Lavement : eau, 500 grammes; alun, 8 grammes.

14 *juillet.* Les lavements ne peuvent d'abord être supportés et ressortent immédiatement.

15-17 *juillet.* Amélioration progressive du côté du rectum. Les lavements peuvent être gardés plus facilement. Coliques assez intenses. État général bon.

Les 18 et 24, on suspend les lavements avec l'alun. Quelques coliques assez fortes et intermittentes se montrent encore de temps en temps.

Lavements laudanisés. Les urines et les fèces sont expulsées avec facilité sous l'influence de la volonté.

L'état général s'est toujours maintenu bon.

Sortie le 27 juillet.

Si nous cherchons les causes de cette rétroversion, sans aucun doute il nous faut ranger, en première ligne, le travail pénible qu'a fait la malade, les jours qui ont précédé la première apparition des douleurs; une *fatigue continue,* et des efforts pour soulever le linge, ont bien pu produire la rétroversion.

Il est nécessaire de rechercher ainsi les causes en dehors de la malade qui jamais n'a eu le moindre malaise du côté des organes de la génération. Nous pouvons cependant croire à l'existence d'une légère rétroversion antérieure; car, la fatigue et les efforts en lavant du linge ne semblent pas avoir été assez violents pour amener un tel changement.

Quoi qu'il en soit, en réunissant toutes ces causes chez une femme lymphatique comme l'était notre malade, en invoquant les circonstances qui se sont présentées, on comprendra l'apparition de cette maladie à cette époque de la grossesse. Je dis à cette époque, car elle ne pouvait se montrer à un mois près, ni plus tôt ni plus tard. La matrice, à quatre mois de grossesse, a atteint un volume qui n'est pas encore suffisant pour lui empêcher toute espèce de mouvement et pour qu'elle ne soit pas sujette à des variations de direction; elle est, en outre, assez pesante pour que, cédant à son propre poids, elle bascule sur elle-même.

La constipation qui se montre toujours dans ces cas et la rétention d'urine, sont également ici *cause* et *effet.*

Avant l'apparition de toute douleur abdominale, il y avait difficulté pour aller à la selle. N'est-ce pas là encore une nouvelle cause prédisposante? Et cette constipation ne peut-elle pas avoir préparé de longue main la rétroversion qui s'est montrée après quelques efforts musculaires?

Après l'opération, il est survenu une incontinence des matières fécales, et la rétention d'urine a continué. Ces deux phénomènes reconnaissent évidemment la même cause : paralysie par distension forcée. La vessie depuis longtemps ne se vidait pas ou se vidait incomplétement. Comprimée au niveau du col, entraînée par la matrice, l'urine gênée dans son excrétion s'y était accumulée avec abondance. (Près de trois litres ont été retirés par le cathétérisme avant l'opération.) Quant au rectum fortement distendu, surtout au niveau du sphincter, pour permettre l'introduction de la main, il ne trouvait plus en lui une force suffisante pour retenir les matières fécales.

Dans la situation critique où cette malade s'est présentée, il n'y avait évidemment qu'une opération qui pût l'arracher à la mort.

C'était là tout le traitement, là aussi se trouvait la difficulté, et cette sensation passagère mais terrible de rupture de l'intestin, dernier temps de l'opération, est digne de remarque.

La matrice, cédant à l'impulsion qui lui est donnée, obéissant d'une autre part à la traction qu'exercent sur elle les ligaments distendus, abandonne subitement la place qu'elle occupe. Cette détente, évidemment, ne se produit pas sans des efforts qui amènent toujours par l'anus un écoulement sanguin venant de la déchirure des vaisseaux du rectum. La distension de l'intestin, la pression exercée sur une paroi seulement, le manque subit de point d'appui, l'écoulement de sang...., voilà plusieurs signes menteurs qui tromperaient le praticien si le soulagement immédiat qu'éprouve la malade ne le rassurait aussitôt sur son sort, avant même qu'un examen plus approfondi des parties génitales ne le confirme dans ses espérances.

Nous pouvons donc regarder cette sensation comme *pathognomonique* de la réduction de l'utérus.

Soumis à tant de chocs, l'utérus ne pouvait moins faire que d'avoir des contractions : la nature des douleurs, leur intermittence, leur énergie expulsive, faisaient craindre l'avortement. Il n'en a rien été; le surlendemain de l'opération, la malade a accusé quelques mouvements du fœtus, et l'opération, loin d'avoir été nuisible au produit de la conception, comme on pouvait s'y attendre, a eu le double avantage de sauver la mère et l'enfant.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend les pièces suivantes :

1° Une lettre du Ministre de l'Instruction publique qui rappelle à l'Académie une communication de *M. Ledoré* sur le traitement du croup (comm. MM. Louis Londe et Requin).

2° Une lettre du Ministre de l'Agriculture et du Commerce relative à une source minérale découverte à *Grandrif* près d'Ambert (Puy-de-Dôme) (commission des eaux minérales).

3° Du même Ministre, différentes demandes d'exploitation de remèdes secrets.

4° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Euchenberg (Moselle), par M. le docteur Degen, médecin cantonnal à Rorback (comm. des épidémies).

5° Les états de vaccination des départements de l'Aube, du Cantal, des Côtes-du-Nord, de la Corrèze, de la Gironde, de Saône-et-Loire et de Vaucluse (comité de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite se compose de :

1° Une lettre de M. Plouviez, de Lille, qui communique une nouvelle observation de *compression de l'aorte abdominale dans un cas de perte utérine*, pratiquée avec succès chez la même personne dont il a déjà entretenu l'Académie il y a quelques années.

2° Une note de M. le docteur Wittmach, de Hambourg, à propos du traitement du choléra asiatique (commission du choléra).

3° Une lettre de M. le docteur Jules Conti, d'Aiguillon (Lot-et-Garonne), qui réfute, par des citations d'auteurs et des faits pratiques, les assertions de M. Deswouves sur l'efficacité du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde (comm. MM. Bouillaud, Rostan et Grisolle).

4° Une lettre de M. le docteur de Lignerolles, de Planquery (Calvados), sur un nouveau procédé opératoire pour la *herniotomie* (comm. MM. Malgaigne et Laugier).

5° Une observation d'*étranglement intestinal* présumé, par M. le docteur Goigoux, de Saint-Genès (Puy-de-Dôme) (comm. MM. Malgaigne et Laugier).

6° Une lettre de M. Thomas (de la Nouvelle-Orléans), actuellement à Saint-Pétersbourg, qui fait part des renseignements qu'il a été à même de recueillir sur le choléra qui règne depuis un an dans cette capitale. Le nombre de cas qui se sont produits à dater de l'invasion de l'épidémie, jusqu'au 29 juillet, s'élève à 13,054

Sur lesquels il y a eu	5,333 décès.
Guérisons.	7,255
Restant en traitement	466

D'après cette lettre, le fléau tend à disparaître de Saint-Pétersbourg; mais il exerce actuellement ses ravages à Riga, Moscou et Novogorod où une foire considérable attire en ce moment une foule d'étrangers.

M. Thomas n'a pu encore réunir que des documents sommaires sur les méthodes de traitement usitées en Russie contre le choléra. Mais il promet des détails circonstanciés prochainement (comm. M. Gérardin).

M. Velpeau, à propos de cette communication, demande des nouvelles de la commission du choléra. Le moment, dit-il, serait opportun pour faire le rapport tant attendu; ce n'est pas quand le choléra aura envahi la France qu'on discutera utilement les questions que soulève cette maladie. M. Velpeau propose donc que la commission soit instamment priée de faire son travail le plus promptement possible.

M. Dubois (d'Amiens) répond, en l'absence de M. Jules Guérin, rapporteur de la commission du choléra, que tous les documents sont entre les mains de cet honorable membre, et que la commission sera invitée à hâter ses travaux.

M. Londe, à l'occasion du procès-verbal, tient à prouver qu'il a répondu à toutes les objections de M. Baillarger, au sujet de son rapport sur la *suppression du quartier des gâteux* dans les Établissements d'aliénés; à l'appui de ses assertions, il donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. le directeur de Charenton, qui justifie en tous points le succès de la méthode de M. Archambault.

M. Baillarger. — Le document que M. Londe vient de communiquer à l'Académie n'est point nouveau, et il était au nombre de ceux qui ont servi de base au rapport. C'est toujours un compte de draps à la place d'observations particulières, qui seules, à mon avis, pourraient servir à faire juger la question d'une manière définitive. Je ne conteste point d'ailleurs, je l'ai dit, que le nombre des gâteux n'ait beaucoup diminué à l'asile d'Auxerre et à Charenton; ce que je conteste, c'est qu'on ait obtenu un résultat complet. Une phrase de la lettre que vient de lire M. Londe suffirait pour le prouver. On reconnaît, en effet, que les malades paralytiques, arrivés à la troisième période, celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir, sont encore gâteux. Or, les paralytiques forment presque un tiers de la population des hommes à Charenton, et beaucoup d'entre eux, parcourant lentement cette troisième période, il n'est donc point douteux qu'il n'y ait encore des malades gâtant habituellement. Seulement, ils sont placés dans les infirmeries. Je répète qu'il est regrettable que l'honorable M. Londe n'ait pas cru devoir faire mention de ces *infirmeries des gâteux*. Beaucoup de personnes, en effet, pourront comprendre que la suppression des quartiers de gâteux équivaut à la disparition complète de ces malades, ce qui n'est rien moins qu'exact. Je ne crois pas, d'ailleurs, devoir insister, la question devant se représenter bientôt à l'Académie avec de nouveaux documents.

M. Jules Guérin, qui vient d'entrer dans la salle, explique le retard qu'a éprouvé le rapport dont il est chargé par la commission du choléra. Une commission fonctionne au ministère de l'agriculture et du commerce, dont la mission est la même que celle de la commission nommée au sein de l'Académie. Des documents statistiques ont été demandés aux autorités pour asseoir les conclusions de la commission ministérielle, et, jusqu'à présent, ils ne sont pas encore complets. M. Guérin, qui est rapporteur de l'une et l'autre commission, pense qu'il serait imprudent de prononcer, au nom de l'Académie, un jugement qui pourrait être démenti par le résultat des investigations auxquelles se livre actuellement l'administration, et il est d'avis qu'il convient d'attendre que tous les éléments soient réunis pour rédiger son rapport.

M. Robinet ne comprend pas cette solidarité entre la commission académique et la commission ministérielle. Selon lui, la compagnie, avec les documents qui lui sont parvenus, est en mesure de se prononcer, et ne doit pas se préoccuper de ce qui se fait ailleurs.

LECTURES.

Congrès médical d'Arras.

M. Bally lit une note sur les travaux de la section des sciences médicales. Nous reproduirons ce travail dans un prochain numéro.

Vaginite.

M. Depaul, au nom de M. Becquerel, médecin de l'hôpital de Lourcine, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *du traitement de la vaginite aiguë et chronique, par la cautérisation de la membrane muqueuse du vagin avec le nitrate d'argent solide.*

L'auteur résume ainsi son travail :

« 1° La cautérisation de la membrane muqueuse du vagin, atteinte d'inflammation, est le moyen infaillible de guérir cette inflammation, soit aiguë, soit chronique;

2° Cette cautérisation est effectuée à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent que l'on promène sur toute l'étendue de la membrane muqueuse du vagin, préalablement débarrassée du muco-pus qui la recouvre, par des injections d'eau pure;

3° Le nombre des cautérisations qu'il faut employer varie de trois à six. Il en faut, en général, un moins grand nombre, et, peut-être, d'un peu moins énergiques pour la vaginite aiguë que pour la vaginite chronique;

4° Les effets primitifs sont : la production de la douleur et l'augmentation momentanée de l'écoulement. Ces deux effets n'ont jamais été assez intenses pour s'opposer à l'emploi de la cautérisation; constamment ils ont été suivis d'une amélioration;

5° L'effet consécutif à la cautérisation est une guérison radicale et complète. (Comm. MM. Depaul et Huguier.)

La séance est levée à 4 heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 août 1853. — Présidence de M. COMBES.

De l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques.

M. Jobert (de Lamballe), adresse sur ce sujet un mémoire qu'il résume ainsi :

« Je viens demander à l'Académie des sciences la permission de lui faire connaître des expériences concernant les moyens de combattre les accidents qui peuvent survenir dans l'administration du chloroforme. Ces expériences ont été pratiquées sur différents animaux, tels que chiens, chats ou lapins, etc., que j'ai placés dans les conditions suivantes :

« Tantôt la tête de l'animal a été plongée dans une vessie qui ne renfermait que des vapeurs chloroformiques.

« Tantôt elle a été plongée dans une vessie où la vapeur du chloroforme était mélangée avec une certaine quantité d'air atmosphérique.

« Tantôt, enfin, le chloroforme a été administré au moyen d'une éponge concave que l'on approchait graduellement du museau de l'animal, et que l'on maintenait au-devant des fosses nasales, de manière à ce qu'il s'y introduisît naturellement un libre courant d'air et de chloroforme.

« Dans le premier cas, l'action du chloroforme est instantanée et souvent foudroyante; le cœur et la respiration sont arrêtés subitement.

« Dans le second cas, les mêmes phénomènes se sont reproduits, mais non plus avec la même instantanéité.

« Enfin, dans le troisième mode d'expérimentation, la marche des phénomènes a été lente, comparée à ce qui s'est produit dans les deux autres.

« Dans la première série d'expériences, où la quantité de chloroforme absorbé était considérable, tous les phénomènes se sont pour ainsi dire confondus, tant l'intoxication était rapide; la résolution, l'absence de respiration, et la cessation des contractions du cœur avaient lieu pour ainsi dire en même temps; tandis que ces mêmes phénomènes ont été distincts et faciles à analyser dans les expériences où l'hématose se produisait en même temps que l'anesthésie.

« Lorsque le chloroforme a été administré sans mélange, j'ai pu, malgré

ses effets foudroyants, rappeler à la vie un petit nombre d'animaux dont le cœur se contractait encore, bien qu'on n'en sentît plus les battements.

« Lorsqu'une faible quantité d'air était mêlée au chloroforme, la respiration et les battements du cœur persistaient plus longtemps, et j'ai eu moins de peine à obtenir le même résultat.

« J'appelle plus particulièrement l'attention sur les effets obtenus dans la troisième série d'expériences, où j'ai exactement employé les mêmes moyens que lorsqu'on a à soumettre un malade aux vapeurs anesthésiques.....

« Il ressort clairement de mes expériences que, lorsque le cœur a cessé de fonctionner depuis quelques instants, il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus..... Mais, tant qu'on n'en est pas arrivé là, on doit conserver l'espoir de ranimer l'existence prête à s'éteindre, et pour cela, il n'y a pas de moyen plus énergique que l'emploi de l'électricité ; c'est ce que reconnaîtront, je l'espère, tous ceux qui voudront prendre connaissance des expériences que je rapporte dans ce mémoire.

« Deux méthodes ont été employées pour diriger l'électricité sur les organes animateurs, ou sur les agents qui leur transmettent le mouvement et la sensibilité. Tantôt elle a été mise en jeu à la surface du corps, au moyen d'éponges excitatrices ; tantôt elle a été poussée à travers les organes, à l'aide de l'électro-puncture,....

« L'électricité, malgré son énergie, ne peut, comme je viens de le dire, ranimer les contractions du cœur lorsqu'elles ont été abolies. Mais lorsque la circulation n'est pas encore complétement arrêtée, lorsqu'il existe encore une certaine vitalité chez l'animal, l'électricité, appliquée sur les surfaces muqueuses buccale et rectale, suffit pour ranimer les organes et pour rappeler les fonctions de l'organisme. Dans les cas extrêmes, il conviendra de recourir à l'électro-puncture, qui peut seule offrir assez de puissance pour retirer les organes de leur torpeur et de leur sidération.

« Dans des circonstances aussi périlleuses, le rétablissement de la respiration et de la circulation ne se fera pas immédiatement, et il sera nécessaire de prolonger l'opération pendant un certain laps de temps.

« On n'arrêtera les courants et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris, et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser de doute sur le retour du système nerveux à sa puissance régulatrice, et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions.

« Dans notre mémoire sur l'emploi des anesthésiques, nous avions été conduit à admettre que l'appareil nerveux est directement et exclusivement frappé par le chloroforme ; à l'appui de cette théorie, nous pouvons ajouter maintenant la disparition si complète et si instantanée de la sidération du système nerveux par l'énergique action du fluide électrique. »

Thératologie.

MM. A. Lavocat et N. Joly, professeurs à l'École vétérinaire de Toulouse, adressent une note étendue sur une mule fissipède aux pieds antérieurs. De l'étude attentive de cette disposition thératologique, les auteurs tirent les conséquences suivantes :

« Le sujet que nous avons étudié, solipède aux pieds postérieurs, était fissipède aux pieds antérieurs, l'annulaire et le médius, ordinairement réunis pour former le grand doigt, étaient séparés jusqu'en haut de la deuxième phalange, au pied droit, et jusqu'en haut de la troisième phalange, au pied gauche (1).

« Par conséquent aussi, dans le genre *Equus*, le grand doigt n'est pas simple, mais il représente exactement les deux grands doigts du porc et des ruminants, c'est-à-dire l'annulaire et le médius de l'homme.

« Cette double valeur, attribuée par nous au grand doigt des Équidés, est maintenant, grâce au fait que nous venons de rapporter, une vérité définitivement acquise et incontestable.

« Enfin, si, comme nous croyons l'avoir démontré ailleurs, la châtaigne est le représentant du pouce, et si, comme le prouve encore notre monstre, l'ergot et les stylets des chevaux actuels représentent les deux doigts latéraux (auriculaire et index), parfaitement développés chez les Hipparion (de Cristol), il faut en conclure que, de même que tous les autres mammifères, les Équidés, dits *Monodactyles*, sont réellement pentadactyles. »

Structure de l'encéphale et origine des nerfs crâniens chez les poissons cartilagineux.

MM. les docteurs Philippeaux et Valpian adressent sur ce sujet un mémoire qui se termine par la conclusion suivante :

« L'encéphale des poissons est semblable à celui des autres vertébrés, car il est composé des mêmes parties disposées de même, à très-peu de chose près. »

(1) Ce fait thératologique peut être ainsi caractérisé : pouce et auriculaire à l'état normal ; index portant phalanges ; annulaire et médius séparés dans la région phalangienne.

Diabètes.

M. Marchal (de Calvi), communique une Note sur cette maladie (*voir* ci-dessus).

Iode dans les eaux, les plantes alimentaires et l'atmosphère de la Havane.

M. Casaseca communique une Note qu'il résume ainsi :

« Les belles recherches de M. Chatin sur l'iode contenu dans l'air, dans les eaux douces, dans les plantes terrestres et les terrains arables de la France, de la Suisse, de l'Angleterre et des États sardes, ont dû intéresser tous ceux qui aiment la science, de même qu'elles ont attiré puissamment l'attention du monde savant. Or, il est reconnu qu'à la Havane, et généralement dans toute l'île de Cuba, il n'existe pas de goître primitif ; aussi ai-je dû croire que l'eau de la rivière Almendares, les plantes terrestres et l'atmosphère des tropiques devaient être fort riches en iode, et cependant, comme je vais le démontrer, il n'en est point ainsi. Mes premiers essais sur 20 litres d'eau de la rivière n'ayant donné aucun indice d'iode, je me suis décidé à faire évaporer 500 litres d'eau de l'Almendares, avec addition de 10 grammes de potasse caustique à la chaux, essayée d'avance et ne contenant pas la moindre trace d'iode. J'ai traité le résidu salin obtenu, dont la majeure partie est calcaire et magnésin, par de l'alcool à 90 degrés centésimaux ; j'ai repris le résidu de l'évaporation de la liqueur alcoolique par de l'éther acétique, puis le résidu de l'évaporation de la dissolution éthérée par un peu d'eau, de l'empois d'amidon et quelques gouttes d'acide azotique, et je suis parvenu à obtenir une réaction bleue bien marquée qui, comparée avec celle que m'a donnée 1 centigramme d'iodure de potassium dans le même volume d'eau distillée que celui de la liqueur finale du traitement indiqué, était fort rapprochée de celle-ci, mais un peu moins intense. Or, comme 500 litres représentent 50 millions de centigrammes d'eau, il résulte que l'eau d'Almendares ne contient guère qu'une partie d'iodure de fer sur 50 millions de partie d'eau, ou soit un 1/5 de milligramme sur 10 litres d'eau, qui paraît être la limite inférieure assignée par M. Chatin à la quantité d'iode contenue dans l'eau de pluie à Paris. Une eau comme celle de l'Almendares est donc très-pauvre en iode.

« J'ai examiné scrupuleusement les cendres du bananier, du maïs, ayant eu le soin d'arroser ces plantes avec une faible dissolution de la potasse caustique, avant de les brûler ; je n'y ai pas trouvé d'iode. J'en ai démontré, il est vrai, l'existence, mais par un simple anneau rose dans le traitement des centres obtenues de 1 kylogramme de cresson frais cueilli au bord de l'Almendares ; toutefois je me hâte de dire que de diverses pesées que j'ai faites du cresson frais et desséché, il résulte que le cresson frais ne contient, terme moyen, que 5 pour cent de matière solide fixe et 95 pour cent d'eau et matières volatiles.

« Il était naturel de rechercher l'iode dans l'atmosphère de la Havane. Lors d'une très-forte averse qui tomba le 17 juin dernier, je recueillis, par un temps d'orage, de trois heures de l'après-midi jusqu'à neuf heures du soir, 22 litres d'eau dans une chaudière toute neuve en cuivre étamé, de forme conique, dont la hauteur était de 31 centimètres, le fond de 30 centimètres de diamètre intérieur, et l'ouverture de 46 centimètres, laquelle contenait, étant pleine, $37^{lit},5$ d'eau, ce qui peut fort bien donner une idée de ce que sont ici les averses tropicales (1). J'évaporai 10 litres de cette eau, avec addition de $0^{gr},5$ (de 1 demi-gramme) de potasse caustique. Je traitai le résidu comme il a été dit plus haut pour l'eau de l'Almendares, et je n'y trouvai pas la moindre trace d'iode.

« Il s'ensuit de toutes ces recherches, que les eaux que l'on boit à la Havane sont pauvres en iode ; que les plantes terrestres de l'île de Cuba le sont aussi, et que l'atmosphère tropicale paraît l'être encore davantage. Si, d'ailleurs, nous ajoutons que les causes débilitantes, celles qui affectent le système lymphatique, sont plus fortes ici que partout ailleurs, mauvaise nourriture, transpiration abondante et continuelle, miasmes et causes d'infections, multipliés et reproduits à l'infini, on conviendra avec moi, je pense, qu'il est fort extraordinaire que le goître primitif ne soit pas connu à la Havane, et généralement à l'Ile de Cuba. Quelle en est donc la cause ? Un médecin fort distingué de cette ville, le docteur Dupierris, à qui j'ai communiqué mes observations, croit devoir l'attribuer au déplacement de l'air et au renouvellement continuel des couches atmosphériques par la brise journalière qui règne à la Havane, auxquels nous devons ajouter une cause non moins efficace, la rapide purification de cette atmosphère par une belle et puissante végétation, toujours verdoyante, sous l'influence de l'éclatante lumière du soleil des tropiques. »

Propriétés chimiques de quelques principes immédiats du froment ; leur rôle dans la nutrition des animaux.

M. Mouriès communique des recherches d'où il conclut que « le son de

(1) Je n'ai pas de pluviomètre dans mon laboratoire.

froment, quoique très-azoté, a une très-faible puissance nutritive directe, mais qu'il a une puissance assimilatrice très-remarquable, de laquelle dépendent ses bons effets dans l'alimentation. »

CORRESPONDANCE.

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

A Monsieur le rédacteur du *Moniteur des Hôpitaux*.

Mon cher ami,

Je viens de lire dans votre journal, numéro du 1er septembre, une lettre du docteur Rézard de Wouves, en réponse à votre article du 18 août, article dans lequel vous appréciez la communication de notre confrère à l'Académie de médecine, relativement à l'emploi du sulfate de quinine comme traitement spécifique de la fièvre typhoïde. Vous me permettrez, cher confrère, de m'étonner avec vous de l'assurance avec laquelle M. Rézard résout la question à l'aide de *cinq* observations. Notre confrère semble ignorer que, longtemps avant lui, le sulfate de quinine a été employé dans les cas où il le préconise avec une confiance qui n'admet pas de contradiction. Et cependant, tout le monde peut savoir que l'Académie de médecine a fait, par l'organe de M. Louis, un rapport sur un travail de M. Broqua, de Mirande, relatif au traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. Ce rapport, peu favorable au traitement indiqué, fut très-longuement discuté. M. Rézard peut également consulter les travaux de MM. Rilliet et Barthez, Manoury, Saint-Laurent et autres; les thèses inaugurales de MM. Champeaux et Peyreira, dont nous regrettons la perte prématurée, et, si j'ose me nommer après ces noms, ma thèse inaugurale, qui est le résultat d'une observation de trois années dans le service de M. Kapeler, à l'hôpital Saint-Antoine. Car M. Kapeler a, plus que personne, employé le sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les conclusions de ces divers travaux sont loin d'être identiques. Les plus favorables au sulfate de quinine n'ont rien d'aussi affirmatif que les prétentions thérapeutiques de M. Rézard. Quant à moi, qui puis être, jusqu'à un certain point, compté parmi les partisans du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, j'arrivais en 1846 à cette conclusion motivée : « En résumé, le sulfate de quinine ne me paraît pas devoir « constituer une méthode spéciale de traitement; mais il peut rendre « d'utiles services combiné avec d'autres moyens. »

M. Rézard pourra plus tard se rapprocher de cette opinion, quand il aura observé plus de faits. Il saura qu'il ne faut pas se hâter de conclure trop tôt. Car il y a parfois des séries heureuses, suivies, hélas ! de séries pleines de revers. Il faut donc bien se garder d'accorder légèrement à une médication, ou à un médicament, des résultats souvent dus aux seuls efforts de la nature. Tel malade est dit guéri par le traitement, lorsqu'il serait souvent plus exact de dire guéri malgré le traitement, tant sont grandes les ressources de la nature ! puisqu'elle fait à elle seule les prétendus succès des médecins dits homéopathes. Les esprits sages sont réservés dans leurs affirmations, surtout quand il s'agit d'une maladie aussi protéiforme que la fièvre typhoïde. Et je me garderais bien, dans le traitement de cette terrible affection, de prendre le rôle de Sganarelle dans le *Médecin malgré lui*, et de dire aux familles effrayées : Soyez sans la moindre inquiétude, je vous réponds de tout, mon remède est infaillible, et j'attends votre malade à l'agonie.

Je pense donc avec vous, cher confrère, que le savant rapporteur de l'Académie sera, en connaissance de cause, beaucoup moins convaincu que M. Rézard de la triomphante spécificité du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Recevez l'assurance des sentiments affectueux de votre dévoué confrère,

P. Boucher Delavillejosse.

Paris, ce 2 septembre 1853.

L'article à propos duquel notre bien cher confrère, M. Boucher, nous adresse cette lettre, prouve suffisamment que, jusqu'à nouvelles preuves, nous partageons son opinion. Mais nous n'engageons pas moins nos confrères des hôpitaux à faciliter à M. de Wouves l'expérimentation qu'il réclame avec l'ardeur d'une conviction profonde. Cela leur est d'autant plus facile que M. de Wouves ne demande à expérimenter que dans les cas très-graves, et alors que tous les médecins, revenus de toutes les illusions, n'attendent plus le salut du malade que des ressources de la nature. C'est donc au lit du malade qu'il convient désormais d'en appeler.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'Académie royale de médecine de Madrid, plus heureuse au moins, sous le rapport du couvert, que celle de Paris, vient de prendre possession du local qui lui a été octroyé dans l'ancien couvent de Saint-Martin, édifice de l'État. On va commencer, dans cet édifice, les travaux nécessaires pour que, à la fin des vacances, l'Académie puisse s'y installer complétement. A Madrid comme à Paris, l'Académie a seulement à désirer un budget un peu mieux nourri.

Concours pour 10 places d'élèves internes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux de Lyon.

Le conseil d'administration donne avis :

Que le lundi, 7 novembre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination de dix élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les quatre hôpitaux et hospices civils (l'Hôtel-Dieu, la Charité, l'Antiquaille, à Lyon ; le Perron, à Oullins, près de Lyon).

Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical ; il se composera de trois séances :

Première séance. — Les candidats feront une *préparation anatomique*, qui sera soumise à l'appréciation du jury ; ensuite, ils traiteront verbalement une *question d'anatomie et de physiologie*, tirée au sort, la même pour tous, et qui leur sera successivement communiquée dix minutes avant qu'ils prennent la parole.

Seconde séance. Les candidats traiteront par écrit une *question de pathologie chirurgicale*, tirée au sort, et la même pour tous. Il leur sera accordé trois heures, au plus, pour la composition de leurs Mémoires, dont ils feront eux-mêmes la lecture en séance publique.

Troisième et dernière séance. Chaque candidat sera interrogé publiquement par MM. les jurés sur divers sujets de *pathologie médico-chirurgicale*.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS. — Les candidats devront :

1° Se faire inscrire au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu, au moins quinze jours avant l'ouverture du concours, et produire un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment par le maire du lieu de leur résidence, ou par le chef de l'école où ils ont fait leurs études ;

2° Justifier de huit inscriptions prises soit à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, soit dans une Faculté. Si le candidat est élève de l'École de Lyon, il devra de plus représenter un certificat de stage délivré par le médecin ou le chirurgien chef de service, et visé par l'administrateur-directeur de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat général, du règlement relatif aux élèves internes ; ils seront tenus d'en observer exactement les dispositions en cas de nomination.

SERVICES ET ÉMOLUMENTS. — Les candidats nommés sont élèves internes expectants : ils suppléent les élèves internes titulaires absents ou malades ; ils leur succèdent par rang de nomination, lorsque ceux-ci ont terminé leur service, dont la durée est de trois ans.

Les élèves internes titulaires de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de la Charité ne sont logés et nourris dans ces établissements que pendant les jours de garde. Ils reçoivent un traitement annuel, fixé ainsi qu'il suit : première année d'internat, 650 fr. ; deuxième année, 750 fr. ; troisième année, 850 fr.

Les élèves internes titulaires de l'hospice de l'Antiquaille y sont logés et nourris. Leur traitement est de 50 fr. pour la première année d'internat, de 150 fr. pour la seconde, de 250 fr. pour la troisième.

Les élèves internes titulaires attachés à l'hospice du Perron y ont la table et le logement. Ils reçoivent la première année d'internat 150 fr., la seconde 250 fr., la troisième 350 fr.

Toutefois, l'administration se réserve le droit de maintenir, si elle le juge convenable, les dispositions qui sont encore aujourd'hui en vigueur relativement au traitement des élèves internes dans les quatre hôpitaux et hospices.

Lyon, le 20 juillet 1853.

Les administrateurs des hospices civils :

(Suivent les signatures.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire des maladies de la peau, par Maurice Chausit, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. D'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. le docteur A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 1 vol. in-8 de 450 pages. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille. — Prix : 6 fr. 50 c.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 109. 1re année. Samedi 10 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie des sciences du 29 août. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. BOUILLAUD. Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, par M. le Dr Racle. (*Suite et fin.*) — Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses, par M. le Dr Abeille. (*Suite.*) — Note sur une modification apportée à l'aiguille à succion pour la cataracte, par M. Laugier. — Incontinence d'urine. Administration du sucre vermifuge. Guérison, par M. Henri Serender. — **CORRESPONDANCE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 9 septembre 1853.

Séance de l'Académie des sciences du 29 août.

Puisque notre excellent collaborateur a eu l'indiscrétion de le dire, que d'ailleurs nous avons la conscience de n'avoir jamais abusé des bontés de nos lecteurs, et qu'en outre, notre péché a été partagé et conséquemment atténué par une foule d'immortels, nous avouerons humblement que Saint-Hubert est cause du retard qu'a éprouvé l'appréciation de la séance de l'Académie des sciences. Nous le regrettons d'autant plus que plusieurs communications intéressantes ont été faites dans cette séance, et que deux d'entre elles spécialement exigent que nous nous y arrêtions un instant. Parlons d'abord de celle de M. Marchal.

On sait que ce très-distingué confrère a communiqué le premier à l'Académie une observation de gangrène survenue chez un diabétique. La coexistence de ces deux lésions était-elle due à une simple coïncidence, ou bien, au contraire, était-elle le résultat d'une cause commune, et pouvait-on appliquer à la lésion nécrosique, comme le proposait M. Marchal, le nom de gangrène *diabétique?* Là était la question. Les faits nouveaux que M. Marchal a observés et dont il a rendu compte dans sa nouvelle communication, sont de nature à corroborer ses présomptions premières. Toutefois, sans vouloir contester, ce qui nous paraît au contraire très-probable, que la sécrétion sucrée et la lésion gangréneuse se soient développées sous une même influence dans tous les cas observés par M. Marchal, une question préalable nous semble devoir être élevée sur ce sujet.

Faut-il admettre que toutes les sécrétions sucrées sont dues à une même altération organique, générale, à une même diathèse, pour parler comme M. Marchal, et faut-il désigner sous le nom de *diabète* cette altération? *A priori,* nous serions peu disposé à l'admettre, pas plus que nous n'admettons l'identité de toutes les sécrétions urinaires albumineuses. Il est aujourd'hui généralement reconnu que la présence accidentelle d'un peu d'albumine dans les urines ne saurait constituer la véritable maladie de Bright, et que l'*albuminurie* peut être due à des maladies de nature entièrement différente. A ce point de vue donc, les observations de M. Marchal ouvrent le champ à de nouvelles recherches qui sont d'un grand intérêt pour la pathogénie et qui peuvent avoir d'importantes conséquences pour la pratique.

Entre autres questions que tranche ou soulève l'esprit ingénieux et *initiatif* de M. Marchal, nous devons signaler celle qui se rapporte à la proportion relative des paraplégies à l'époque actuelle et dans le temps passé. M. Marchal se demande si l'on ne trouverait pas, dans l'abus ou du moins dans l'usage plus fréquent de l'alimentation sucrée, la cause du plus grand nombre de paraplégies qu'on observe actuellement? Cette question serait du plus haut intérêt sans doute; mais il faudrait d'abord qu'il fût démontré qu'il existe aujourd'hui un plus grand nombre de paraplégies qu'autrefois. Or, ce fait est encore entièrement à prouver.

— La seconde communication dont nous ayons à nous occuper, est celle de M. Jobert. Elle se rapporte au sujet de la discussion pendante devant la Société de chirurgie, question que la docte Société a laissé languir un peu plus que de droit. Dans ses nouvelles recherches, M. Jobert s'est proposé d'étudier l'influence de l'électricité sur l'intoxication chloroformique portée au point où les accidents anesthésiques peuvent devenir mortels chez l'homme. Deux faits capitaux semblent ressortir de ses recherches nouvelles : 1° le ralentissement des battements du cœur et par conséquent des artères, à mesure que la chloroformisation fait des progrès; 2° le retour *soudain,* sous l'influence de l'électricité, de la respiration et des battements réguliers du cœur, lorsque ces deux actes physiologiques étaient sur le point de se suspendre complétement.

1° En ce qui concerne le premier de ces deux faits, nous disons qu'il *semble* ressortir des observations de M. Jobert; en effet, les détails des expériences ne sont pas décrits d'une manière suffisamment précise pour qu'on soit certain qu'on a évité de confondre le ralentissement qui se manifeste aux approches de la mort de celui qui commencerait à se manifester au commencement de l'éthérisation, pour croître progressivement jusqu'à la sidération complète; la marche de l'éthérisation a été si rapide dans les

expériences de M. Jobert, que, pour établir d'une manière parfaitement nette les différentes phases du ralentissement du pouls et des mouvements du cœur, l'appréciation numérique, à l'aide d'une montre à secondes, n'aurait pas été de trop. Ces expériences, toutefois, doivent être prises en sérieuse considération, et si elles se répétaient avec des résultats aussi constants que ceux obtenus par M. Jobert, elles jetteraient un doute d'une haute gravité sur les observations des praticiens qui ont annoncé que la mort de leurs malades avait été instantanée, et que le pouls avait soudainement passé de l'état de calme à la suspension absolue.

Quant à l'influence de l'électricité, elle n'est pas moins étonnante dans les expériences de M. Jobert que le fait du ralentissement du pouls, et elle paraît encore mieux établie. Ce n'est pas que nous admettions avec l'habile chirurgien, que la distinction qu'il a faite entre les battements complétement suspendus et ceux qui ne le sont qu'*à peu près* complétement, soit aussi fondée qu'il a pu le croire ; non, à cet égard, il n'y a que des présomptions : car d'une part, la main peut cesser de percevoir des battements qui existent encore réellement ; et d'autre part, M. Jobert a vu, en effet, la vie se rétablir dans des cas où les mouvements du cœur avaient cessé d'être appréciables pour la main, et il admet, avec raison, l'impossibilité de rétablir la vie lorsque les battements sont suspendus en réalité, comme MM. Ricord et Maisonneuve ont cru pouvoir en citer des exemples ; mais ce qu'il y a de remarquable dans les expériences de M. Jobert, c'est, pour ainsi dire, l'instantanéité du retour de toutes les fonctions près de s'éteindre, à la suite de la galvanisation. C'est là un fait capital, car évidemment alors qu'on admettrait que la vie aurait persisté chez tous les animaux où l'électricité semble avoir été employée avec succès, on ne peut croire, du moins, qu'ils se fussent ranimés avec une telle rapidité, même alors que l'éthérisation aurait été poussée beaucoup moins loin que ne l'a fait M. Jobert, c'est-à-dire jusqu'à la période de résolution absolue. Il ne faut pas, sans doute, perdre de vue que ces expériences sont faites sur des animaux, et que l'application à l'homme est toujours sujette à quelques hasards ; néanmoins, elles sont plus que suffisantes, surtout si elles viennent à être répétées et à être confirmées par plusieurs observateurs, pour engager le praticien à recourir, au besoin, à un moyen qui se présente sous des auspices aussi favorables. Il est à regretter seulement que ce moyen doive nécessairement rester circonscrit dans un petit nombre de mains.

— Une communication qui nous aurait arrêté longtemps, si elle ne s'était pas bornée à une simple mention, est celle de M. Charlier, qui annonce avoir pratiqué *cent dix-neuf opérations* sans avoir perdu un seul malade. Si ces cent dix-neuf opérations ne sont pas cent dix-neuf saignées, les praticiens auraient évidemment le plus grand intérêt à en connaître les détails, et de tels faits ne peuvent pas être simplement annoncés quand on tient à convaincre et à faire avancer la science.

G. Dumont.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux.

Rédigées par le Dr Racle, *chef de clinique de la Faculté.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 44, 51, 56, 71, 74, 93, 95, 102.)

APPENDICE.

Remarques sur les caractères cliniques du sang. — Messieurs, l'étude *clinique* du sang est de la plus haute importance en pratique, mais elle est malheureusement trop négligée de nos jours ; cependant elle n'exige pas de très-longues études, et l'on peut en une quinzaine de jours se rendre familier avec ce nouveau genre d'observation. Cette étude se résume d'ailleurs en un petit nombre de faits généraux incontestables et invariables, aisés à retenir, et que l'on peut facilement mettre en opposition avec ce grand nombre de formules inexactes, absurdes même, qui ont jusqu'à présent régné sans partage dans la science.

Nous n'entendons pas faire l'étude chimique du sang, c'est-à-dire en séparer, en montrer les éléments. C'est là un mode d'analyse qui a certainement son bon côté, mais qui présente le double défaut d'une imperfection encore assez grande et d'une incontestable difficulté d'application. Nous nous bornons à étudier les qualités anatomiques et physiologiques du sang, cette sorte d'organe liquide ou de chair coulante, lorsque ce sang est retiré par la saignée ou par des applications de ventouses ; et vous verrez qu'il y a beaucoup à dire sous ce double point de vue. Nous employons l'expression d'*organe* en parlant du sang, et, en effet, peut-on refuser ce nom au corps le plus essentiellement vivant de l'économie, à la substance qui fournit tous les matériaux du corps, à cette fibre liquide qui, même hors des vaisseaux, se condense, se solidifie, se transforme en une trame organisable, en un véritable tissu qui, s'il continuait à faire partie de l'économie, se mettrait à vivre de la vie commune.

Eh bien ! messieurs, ce liquide s'altère dans toutes les maladies, mais c'est surtout dans les lésions inflammatoires qu'il présente ses caractères les plus tranchés et ceux qui peuvent surtout servir de terme de comparaison. Nous les étudierons dans les saignées générales et dans les saignées locales.

Saignées générales. — Ici se présente d'abord une de ces formules consacrées par l'usage et dont nous vous signalions l'inexactitude. Le sang inflammatoire, dit-on dans tous les ouvrages classiques, est riche en fibrine et en matière colorante, l'eau est peu abondante, le caillot est large, dense, pesant. Rien de plus faux que tout cela. Voici, en effet, le sang qui provient d'un pneumonique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 17). Que voyez-vous ? Une sérosité abondante, limpide, non colorée par les globules, et un caillot très-petit, rétracté, entièrement détaché des parois du vase ; ce caillot a les bords retroussés en champignon, et il est recouvert d'une croûte blanche, épaisse, que l'on nomme *croûte* ou couenne inflammatoire ; si vous soulevez ce caillot, il s'enlève tout d'une pièce, sans se briser ; si vous l'écrasez entre les doigts, vous n'écrasez que les couches inférieures ; quant à la couenne, elle résiste, et vous pouvez reconnaître qu'elle forme un véritable tissu, une sorte de membrane séro-fibreuse ; elle est élastique et résistante comme une fausse membrane pleurétique. Et comment en serait-il autrement, la pseudo-membrane de la pleurésie n'est-elle pas une espèce de couenne sanguine versée à l'intérieur de la plèvre ? Supposez que cette couenne, au lieu de se former dans un vase, se fût produite dans la plèvre, elle n'aurait pas tardé, soyez-en certains, à se pénétrer de vaisseaux et à présenter tous les éléments d'une organisation plus ou moins avancée. — Voici une seconde saignée provenant du même malade, elle a encore les mêmes caractères. Est-ce là, nous vous le demandons, le sang inflamma-

toire des livres classiques, au caillot volumineux, riche en matière solide, pauvre en sérosité, etc.? Non assurément; mais c'est cependant bien le sang inflammatoire par excellence, puisque nous le prenons sur le fait et dans une maladie dont on songe le moins à contester la nature phlegmasique.

Nous venons de vous donner les véritables et les seuls caractères du sang inflammatoire dont la couenne forme l'élément principal. Arrêtons-nous un instant sur cette couenne, elle en vaut la peine. Si nous vous demandons ce qu'elle est, vous nous répondrez que c'est de la *fibrine*. Au point de vue chimique, au point de vue anatomique, vous aurez raison, du moins jusqu'à un certain point. Mais serez-vous encore précisément dans le vrai, au point de vue physiologique? Nous ne le pensons pas. En effet, vous ne nous indiquez que la nature du produit et non son origine, et c'est cependant là le seul point important de la question, puisque c'est celui qui fournit les indications thérapeutiques. Est-ce que cette couenne ne serait, en effet, qu'une pure et simple augmentation de la fibrine normale? En aucune façon; remarquez, en effet, qu'elle provient de l'intérieur des vaisseaux sanguins, et que ces vaisseaux sont doublés d'une membrane séreuse des mieux caractérisées; remarquez que cette couenne ressemble aux fausses membranes du péritoine, de la plèvre, du péricarde; remarquez enfin qu'elle ne se forme que quand il y a fièvre, c'est-à-dire quand le système circulatoire est violemment surexcité, quand les artères battent avec force, quand les veines sont distendues, quand la chaleur a généralement augmenté de deux ou trois degrés, quand il existe en un mot tous les signes de la fièvre *continue,* dite *inflammatoire;* et quand vous aurez constaté tout cela, pourrez-vous vous refuser à admettre, avec nous, que cette couenne est un produit d'inflammation des vaisseaux, que c'est le *secretum* de leur membrane séreuse qui se mêle au sang dans le torrent de la circulation et qui s'en sépare quand le sang se coagule? Mais cette inflammation ne dépasse pas le degré où elle fournit la matière que Hunter a désignée sous le nom de lymphe plastique ou organisable, laquelle se transforme, *dans des circonstances données,* en des adhérences, et de là le nom d'*inflammation adhésive* sous lequel ce célèbre observateur a décrit cette importante espèce de phlogose qu'il faut bien se garder de confondre avec l'*inflammation suppurative.*

La couenne n'est pas formée d'une manière mystérieuse, extraordinaire, elle a un point de départ, un organe formateur, facile à trouver, et cet organe, c'est la membrane séreuse du système sanguin; ce n'est pas uniquement un élément normal du sang, c'est aussi un élément anormal, accidentel; c'est un produit qui en altère la pureté, c'est en un mot un véritable *corps étranger* dans le sang. C'est un élément nouveau dont on ne peut débarrasser les vaisseaux qu'en tirant une quantité donnée de sang. Pouvez-vous vous étonner maintenant des caractères qu'elle présente sur le caillot d'une saignée? Assurément non. Si elle se concrète sous la forme d'une membrane séro-fibreuse, dense, organisée, c'est qu'elle est constituée par les éléments des fausses membranes elles-mêmes, et, en effet, ne se serait-elle pas déposée dans les vaisseaux sous forme pseudo-membraneuse, si elle n'avait pas été entraînée au moment même de sa sécrétion par le liquide sanguin en circulation? Cette couenne est donc tout à la fois le produit de l'inflammation des vaisseaux, et, pour l'observateur, la démonstration de cet état. Toutes les maladies inflammatoires fébriles la présentent, sauf les modifications qui peuvent être apportées au sang par d'autres éléments de la maladie, comme nous le verrons en parlant du sang dans les fièvres dites typhoïdes. Il y a des maladies où ce point de départ est en quelque sorte palpable, l'érysipèle est de ce genre; cette affection a des variétés dans lesquelles l'inflammation ne peut être localisée ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire, et où on est obligé de l'attribuer aux vaisseaux eux-mêmes; eh bien! dans ces cas, le sang est aussi couenneux que dans la pleurésie la mieux caractérisée; vous en avez eu récemment deux exemples, l'un au n° 10, l'autre au n° 12 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, et, dans le moment actuel, il y en a deux autres, l'un au n° 5 de la salle des Femmes, l'autre au n° 3.

Nous avons enfin, en ce moment même, au n° 15 de la salle des Hommes, un exemple des plus frappants de cette inflammation vasculaire, chez un rhumatisant. Voici, en peu de mots, l'histoire de ce malade. C'est un jeune homme de 18 ans, qui a été pris de douleurs de rhumatisme pour la première fois le 3 de ce mois; le 6, il est entré dans notre service; on ne lui avait encore fait aucun traitement. Une première saignée fut pratiquée le soir. Le 7, au matin, le pouls était à 120, la chaleur très-vive; plusieurs jointures importantes étaient prises, on constatait au cœur plusieurs de ces signes qui indiquent le premier degré d'une péricardite, une matité un peu plus étendue que de coutume, un léger grattement à la pointe du cœur, un frottement au premier temps dans le même endroit, et moins de netteté dans le choc de l'organe et dans les claquements valvulaires. Le lendemain, la matité avait augmenté, l'impulsion était presque nulle, les bruits plus profonds; il n'y avait plus de doute à avoir sur l'existence d'une péricardite avec épanchement. Un traitement énergique a été appliqué; cinq saignées, deux applications de ventouses, l'une sur les jointures les plus douloureuses, l'autre à la région du cœur, ont été mises en pratique. — Aujourd'hui 10 décembre, vous pouvez constater une amélioration extraordinaire. En effet, il n'y a plus aucune douleur articulaire, le malade se tourne et se retourne avec facilité dans son lit, et tous les phénomènes de péricardite ont si complétement disparu, qu'on pourrait presque douter s'il en a existé une. Cependant, l'état normal n'est point encore revenu; la convalescence réelle n'a pas commencé; il y a une fréquence du pouls bien moins grande qu'au début, car il n'y a que 96 pulsations, mais c'est encore trop. C'est incontestablement de la fièvre. Comment expliquez-vous cet état, pouvez-vous vous en rendre compte? Cette fièvre ne provient ni de l'inflammation des articulations dont il ne reste plus de traces, ni de celle de la péricardite qui a complétement disparu, et pourtant il faut bien en trouver la cause. Eh bien! messieurs, cette cause, la voici, elle est palpable et tombe sous vos sens; vous la voyez dans ce vase où l'on a recueilli le sang d'une dernière saignée faite hier au soir : il y a sur le caillot étroit et serré une couenne épaisse, solide, blanche et fibreuse; ne voyez-vous pas que si l'inflammation s'est retirée du cœur, elle persiste encore dans le système vasculaire et plus spécialement peut-être dans les artères? Qui a jamais pu croire que le système circulatoire fût tout entier concentré dans le cœur? Qui a jamais imaginé que l'inflammation du cœur pût et dût toujours se limiter au cœur lui-même? N'est-ce pas une même membrane séreuse qui tapisse toutes les voies de la circulation, et cette membrane ne peut-elle pas, ne doit-elle pas être prise dans toute son étendue aussi bien que dans un point de sa surface? C'est l'inflammation de cette membrane vasculaire qui entretient actuellement la fièvre chez notre malade, et qui l'entretiendra peut-être longtemps encore, car ces inflammations vasculaires généralisées sont très-tenaces quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. N'allez pas croire, d'ailleurs, que ces inflammations soient toujours latentes; quand elles siégent dans l'aorte et les grosses artères, elles ont des signes qui n'échappent pas à l'observation, et nous avons souvent diagnostiqué des artérites de l'aorte et des gros vaisseaux, qui ont été plus tard démontrées par l'autopsie. Ainsi, comme vous le voyez, ce cas vous conduit d'une manière insensible et graduelle à reconnaître le point de départ de la fièvre, et à mettre le doigt sur l'organe formateur de la couenne.

Dans toutes les maladies inflammatoires franches, pures, légitimes, comme on le dit, qu'elles soient localisées dans un organe qui réagit sur tout le système sanguin, de manière à produire la fièvre, ou qu'elles soient, en quelque sorte, d'emblée fixées sur ce grand système, la couenne du sang constitue donc un de leurs caractères constants et vraiment *essentiels.*

Mais existe-t-il, comme Pinel et d'autres l'ont enseigné, des fièvres d'une autre classe et dans lesquelles l'absence de la couenne ci-dessus décrite serait un phénomène *constant,* dis-

tinctif par conséquent des fièvres de cette classe opposées à celles dont il vient d'être question? Nous nous sommes déjà occupé de cette grave question des fièvres dites essentielles (pyrexies de quelques modernes), et nous nous proposons de l'approfondir dans le cours de ces Leçons. Nous nous bornerons, en ce moment, au point posé plus haut, savoir : l'absence de *couenne inflammatoire* dans ces maladies. Or, voici ce que l'examen du sang, répété par nous depuis plus de vingt ans, c'est-à-dire plus de mille fois, nous a donné. Dans la première période des maladies dites *pyrexies,* il se forme une couenne sur le caillot des saignées, lequel éprouve en même temps un certain retrait. Mais ces deux phénomènes ne sont pas aussi tranchés que dans un *rhumatisme articulaire,* une pneumonie, etc., ainsi que vous pouvez le voir sur les caillots placés sous vos yeux, et provenant de sujets atteints de ce qu'on appelle une fièvre typhoïde. Dans la seconde période de ces maladies (fièvre typhoïde, pyrexies, etc.), les phénomènes typhoïdes prédominent sur les phénomènes inflammatoires, et dès lors les caractères du sang ne sont plus ceux que nous avons précédemment exposés. Nous avons pour règle de ne point pratiquer d'émissions sanguines lorsque l'état typhoïde est porté à un très-haut degré. Mais, lorsqu'il ne masque pas, en quelque sorte, les phénomènes inflammatoires, l'expérience nous a démontré que l'on peut encore, avec un avantage très-marqué, employer les émissions sanguines dans une mesure que nous ferons exactement connaître. Alors la couenne peut encore apparaître, mais peu épaisse, molle et colorée çà et là par de la matière rouge du sang, et le retrait du caillot est très-restreint, quelquefois même nul. En comparant entre eux ces divers caillots placés sous vos yeux, les uns provenant de rhumatisme articulaire, de pleuro-pneumonie, les autres de fièvre typhoïde à la période où l'état inflammatoire prédomine, vous voyez, messieurs, que rien n'est plus facile que de les distinguer entre eux, bien que tous offrent une couenne et une rétraction; et cette distinction repose sur la différence de cette couenne et de ce retrait dans les deux ordres de cas que nous étudions.

Nous reviendrons souvent sur cette sorte d'anatomie pathologique *comparée* du sang, et vous l'apprendrez ainsi pour ne l'oublier jamais, car ce qui frappe les sens se grave plus profondément dans l'esprit que les choses qu'on se borne à lire ou à entendre dire.

Saignées locales. — Si l'on tire du sang par les ventouses à un malade affecté de pleurésie, de pneumonie, d'une inflammation incontestable et franche, ce liquide offre les caractères suivants : la sérosité est en quantité assez considérable, non rougie par le mélange des globules; les rondelles sont réunies en un caillot unique, de sorte qu'elles sont à peine distinctes les unes des autres; ce caillot est un peu rétracté, d'une couleur rouge, vermeille, principalement à la surface, quelques points sont presque blancs, et il y a quelquefois une véritable couenne. La masse est résistante et s'enlève quelquefois tout d'une pièce, elle se brise assez difficilement; les doigts sont simplement mouillés de sérosité, mais non colorés par les globules. Le sang provenant des saignées locales, comme celui des saignées générales, offre constamment ces caractères dans les maladies inflammatoires, et si c'était ici le lieu, nous insisterions sur cet argument pour démontrer la nature phlegmasique du rhumatisme articulaire aigu, car il présente tous ces caractères au plus haut degré.

Nous devons ajouter une dernière considération qui se rapporte au sang des saignées locales et surtout à celui des saignées générales. A un certain degré de la diathèse inflammatoire, tel que celui qui existe ordinairement à sa *naissance* et à son *déclin,* le caillot des saignées n'est pas ordinairement couenneux, mais qu'il est rétracté cependant, ferme, résistant, glutineux, d'un rouge rutilant à sa surface, c'est cette espèce que nous désignons sous le nom de *caillot glutineux,* caillot qui, dans son genre, n'est pas moins caractéristique que le caillot couenneux lui-même.

Une chose qui n'a pas dû vous échapper, messieurs, dans l'étude des nombreux échantillons de sang que vous avez eus sous les yeux, c'est l'augmentation proportionnelle du sérum et la diminution concomitante du caillot à mesure qu'on a dû augmenter le nombre des saignées. De là une diminution de la densité du sang, qui a été exactement mesurée autrefois dans ce service, où l'on a en même temps déterminé les rapports de cette diminution de densité avec la production des diverses espèces de bruits de souffle continus ou à double courant dans les artères.

Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses,

Par M. le Dr Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106, 107.)

12e *Observation* propre à l'auteur et non publiée. — Abcès migrateur symptomatique de lésion vertébrale.

Le 15 septembre 1851, entrait dans notre service, à l'hôpital d'Ajaccio, un vieux militaire appartenant à la compagnie des canonniers vétérans de Toulon, qui était évacué de l'établissement thermal de Guagno où il venait de faire usage des eaux pendant deux mois et demi.

Ce militaire, âgé alors de 51 ans, avait éprouvé, en 1849, un violent effort dans les reins en manœuvrant une pièce de siége qu'il était chargé de démonter avec plusieurs autres canonniers. Cet effort avait été accompagné d'une espèce de craquement ressenti dans le bas de la colonne vertébrale. — Première entrée à l'hôpital où on lui fait plusieurs applications de sangsues, de ventouses; puis bains répétés, frictions irritantes, et au bout d'un mois, soulagement tel qu'on crut à une guérison complète.

Pendant trois à quatre mois, ce vieux soldat pouvait marcher; mais, à la moindre inflexion du corps, les douleurs lombaires reparaissaient avec intensité. Il eut recours à une ceinture, à divers baumes conseillés par des commères. Au sixième mois environ, douleurs dans la fesse gauche et tout le long du nerf sciatique. — Deuxième entrée à l'hôpital où on le traite pour une sciatique symptomatique. Sortie un mois après, avec soulagement, mais conservant une faiblesse du membre pelvien gauche et une certaine gêne dans l'articulation coxo-fémorale dans l'extension. Bientôt après, le malade s'aperçoit que la fesse de ce côté est plus grosse que l'autre. — Troisième entrée à l'hôpital en août 1850. On constate alors une tumeur siégeant en dehors du grand trochanter, et en arrière, dans le bas de la fesse. Cette tumeur était profonde, sans fluctuation appréciable, située sous les couches musculaires. — Traitement général par l'iodure de potassium, le fer, etc.

Pendant trois mois, elle se développe graduellement, gagnant au-dessus du grand trochanter et devenant de plus en plus superficielle. En décembre, elle avait le volume de la tête d'un enfant de six mois et était manifestement fluctuante. On soupçonne un abcès par congestion. Application de potasse caustique, pour l'ouvrir ultérieurement. Continuation du traitement par l'iode, le fer et les toniques : le malade était alors bien amaigri et avait de la fièvre tous les soirs. — Six cautères à la région lombaire.

Le 4 janvier 1851, plaque violacée sur le point le plus saillant, à côté de l'escharre, à la partie inférieure externe de la fesse. On fend l'escharre sans arriver dans le sac. Le lendemain matin, ouverture spontanée sur le point violacé, issue d'une très-grande quantité de pus verdâtre. Quinze jours plus tard, nouvelle ouverture sur le lieu de l'escharre déjà détachée.

A partir de ce moment, suppuration fétide, abondante, sueurs nocturnes, fièvre continue. — Les toniques, l'iode, le fer, sont toujours continués; le chlore, la décoction de quinquina, etc., sont employés en pansements.

Le 30 juin, ce militaire était envoyé aux eaux de Guagno. Il ne pouvait ni marcher ni se tenir debout; la suppuration continuait à être abondante quoiqu'ayant perdu un peu de sa fétidité. Il y avait encore de la fièvre tous les soirs et des sueurs la nuit.

Ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'il put faire usage des eaux thermales sous forme de bains. Il en prenait également deux et trois verres par jour à l'intérieur. Les premiers bains étaient de courte durée, le malade y éprouvait des syncopes. Il finit par les supporter, et, au bout de deux mois et demi, le seul bénéfice obtenu était une diminution dans la suppuration et le retour d'un peu d'appétit.

A son arrivée à Ajaccio, il était dans un état voisin du marasme; il éprouvait des sueurs continuelles, avait de la diarrhée, ce qui l'avait fait diriger dans le service des fiévreux. — La fesse gauche offrait quatre ouvertures fistuleuses assez rapprochées les unes des autres, avec décollements considérables au pourtour et teinte livide de la peau. En introduisant une sonde par chacune d'elles, on arrivait dans un foyer commun profondément situé et de dimension considérable. La sonde, dirigée su-

perficiellement sous la peau, allait d'une ouverture à l'autre. Le pus avait repris de la fétidité, à la suite du voyage fatigant de Guagno à Ajaccio. La région lombaire portait les traces d'anciens cautères, semblait un peu incurvée, sans présenter pourtant de gibbosité prononcée; c'était plutôt un effet d'amaigrissement. — La pression un peu forte sur les vertèbres lombaires ne déterminait point de douleur. Le pouls était faible, à 91; la langue rouge et sèche. — Iode à l'intérieur, décoction de quinquina, opiacés en lavement et à l'intérieur, fomentations chaudes et continues sur le ventre, pour combattre le dévoiement.

Le 19, la diarrhée était apaisée. Continuation de l'iode et du quinquina; vin et côtelettes rôties. Première injection iodée au tiers, dirigée dans le sac au moyen d'une sonde en argent, le malade étant couché sur le côté opposé où il reste une heure pour conserver une bonne partie du liquide injecté. Pas de douleur vive au moment de l'injection; mais, quand il se couche sur le dos, quelque peu de teinture arrivant dans les points décollés, il y a de très-vives douleurs pendant quelques minutes; du reste, nul accident.

Du 19 septembre au 23 novembre, injection iodée tous les cinq et six jours.

Fin d'octobre, il ne s'écoule plus qu'une petite quantité de pus mêlé de sérosité trouble, sans odeur. On observe une dépression de la largeur de la main sur la partie externe de la fesse, siége de la tumeur; avec cette dépression, on éprouve la sensation d'une induration de tissus. Des quatre orifices fistuleux, deux sont complétement cicatrisés; la peau reste encore un peu violacée entre les deux orifices restants, et on constate un décollement, en guise de pont, entre eux. — Trois injections iodées à quinze jours d'intervalle, avec une seringue d'Anel, sous le décollement; compression consécutive.

Le 23 novembre, oblitération complète des deux orifices fistuleux restants; depuis plus de quinze jours, ils ne donnaient plus lieu qu'à un faible suintement séreux. Les sueurs nocturnes ont disparu depuis plus d'un mois, ainsi que la fièvre. La peau est devenue fraîche; le malade mange avec appétit et a repris des forces. Il reste à l'hôpital jusqu'au 16 décembre, pour aller rejoindre sa compagnie, à Toulon. Au moment de son départ, la cicatrisation est solide; il y a toujours une dépression considérable à la fesse, et tous les tissus, la peau même, offrent une induration prononcée: celle-ci présente toujours une teinte violacée au pourtour des cicatrices.

13e *Observation* due à M. Hamélius de Louvain (*Moniteur des Hôpitaux*, 28 mai 1853).

Jeune militaire de vingt ans, ayant fait, deux ans avant, un effort violent qui fut suivi d'une douleur subite dans les reins, qui dura un mois. Plus tard, douleurs vives au membre inférieur gauche, qui le force à entrer deux fois à l'hôpital.

Troisième entrée à l'hôpital en décembre 1852. Faiblesse, lassitude dans les membres inférieurs avec fourmillements et parfois douleurs lancinantes le long des nerfs sciatiques et cruraux; état général bon. Trois semaines après, à la région lombaire gauche, tumeur du volume du poing, molle, fluctuante, prise pour un abcès par congestion.

Ponction le 18 janvier. 400 grammes de pus d'assez bonne nature. Injection de 50 grammes de teinture d'iode au tiers. Douleur médiocre, léger mouvement fébrile. Le lendemain, réplétion de la poche. A la levée de l'appareil, écoulement de 100 grammes de pus.

Le 20, nouvelle injection. Douleurs plus fortes que la première fois. Pas d'accident.

Le 23, nouvelle injection. Douleur tellement vive, que le malade prie qu'on les suspende. Inflammation ni étendue ni intense.

Pansement simple les jours suivants : l'ouverture de l'abcès, loin de se fermer, continue à fournir une quantité considérable de pus mal lié.

Plus tard, régime réparateur, iodure de potassium. Le malade s'affaiblit, maigrit insensiblement; la fièvre hectique survient, et il succombe.

L'auteur de l'observation ajoute que les injections furent plus nuisibles qu'avantageuses. L'autopsie va nous prouver combien ce raisonnement est faux.

Autopsie. — Les lésions principales ont leur siége à la dernière vertèbre dorsale et aux quatre premières lombaires.

Le long du côté gauche de la colonne et dans la fosse iliaque, il existe une énorme poche remplie de pus qui envoie des prolongements dans différents sens. L'un de ces derniers contourne extérieurement la masse charnue du sacro-lombaire gauche et communique largement avec l'abcès ouvert. Un autre passe avec les muscles psoas et iliaque dans la gaîne de celui-ci, dans le ligament de Poupart, dans la partie supérieure de la cuisse. Un troisième, enfin, plonge sous l'excavation pelvienne. L'origine de la poche correspond aux insertions du psoas à la colonne vertébrale. Le tiers supérieur est constitué uniquement par la gaîne fibreuse de ce muscle qui est détruit en grande partie, etc. En explorant la partie supérieure du sac, on arrive à plusieurs points de la colonne où l'os est dénudé. Pas d'incurvation vertébrale. La moelle, au niveau de ces lésions, est congestionnée et paraît un peu ramollie dans ses colonnes postérieures.

M. Hamélius n'était point autorisé à conclure que les injections iodées ont été plutôt nuisibles qu'avantageuses. Qu'est-il arrivé après leur emploi? De la douleur, de l'inflammation ni étendue ni intense; il n'y a pas là de quoi regretter leur emploi. Se serait-il basé, par hasard, sur le dépérissement du malade, sur la fièvre hectique ultérieure, sur la mort, enfin, pour émettre un tel jugement?

Mais tout cela n'est-il pas justifié par la présence de cette immense poche purulente à plusieurs compartiments, dont un seul, le moindre et le plus haut placé, a été ouvert! Que devaient donc produire les injections d'iode sur cette poche qui est constamment restée pleine de pus, aux trois quarts au moins, puisqu'elle n'était ouverte qu'à la partie supérieure (région lombaire gauche)? Si M. Hamélius se fût moins pressé d'opérer, la poche située au-dessous du ligament de Poupart aurait fait saillie à la peau, et il l'aurait ponctionnée. Alors, la totalité du pus contenu dans les compartiments du sac aurait été évacuée par cette ouverture déclive, et les injections mises partout en contact des parois, au lieu d'aller se perdre dans le pus, auraient pu modifier celles-ci et diminuer l'abondance de la suppuration. Nous ne craignons pas d'avancer qu'en se hâtant trop d'opérer, ce confrère a manqué complétement le but qu'il devait se proposer. Il a perdu, en outre, tout le bénéfice d'un traitement général applicable d'abord. En tout cas, les injections n'ont suscité aucun accident, et si elles n'ont eu aucune utilité, cela tient, sans contredit, aux conditions de la poche purulente, parfaitement inconnues avant l'autopsie.

Proportion des guérisons sur les insuccès. — Conditions qui semblent se prêter à la réussite ou s'y opposer.

Nous venons de rapporter sommairement ou avec détails vingt-huit observations d'abcès symptomatiques traités par les injections iodées. Quinze appartiennent à la première catégorie ou abcès sessiles, treize à la deuxième ou abcès migrateurs. Nous pouvons grossir ce nombre de six autres cas, pouvant être classés dans la deuxième catégorie : ce sont d'abord les trois énoncés par M. Boinet dans la séance de l'Académie de médecine (30 septembre 1851) et qui constituent trois succès. Ces trois cas n'ont été que mentionnés en dehors des observations que ce confrère présentait à l'appui de son travail. Ensuite trois autres cas énoncés dans les écrits périodiques, mais non connus avec détails : 1° malade adressé en 1850 à M. Boinet par M. Jules Guérin, traité au moyen des injections d'iode par le premier avec un insuccès complet; 2° malade traité d'un abcès migrateur par M. Huguier, à l'hôpital Beaujon; c'est le même que M. Boinet nous conviait naguère à aller voir et qu'il croyait guéri. Nous tenons de M. Huguier que ce malade n'a pas obtenu de guérison, mais simplement une amélioration : il lui reste un trajet fistuleux qui suppure encore assez abondamment. 3e Enfin un malade opéré par M. Chassaignac, et dont ce chirurgien a dit seulement quelques mots dans une des séances de la Société de chirurgie pendant le mois de mai dernier.

Ces six nouveaux cas, les seuls que nous ayons pu trouver dans les annales de la science après les observations que nous avons rapportées, présenteraient, d'après l'énoncé qui en a été fait, autant de succès que d'insuccès. Nous pouvons donc aussi bien en tenir compte que les laisser de côté. De l'une, comme de l'autre façon, ils n'ajouteront rien aux conséquences que nous avons à tirer sous le rapport des résultats obtenus par les injections d'iode. Cependant, nous en tiendrons compte, dans l'espoir que la commission de la Société de chirurgie, mieux renseignée, pourra fixer particulièrement son attention sur eux, et en faire ressortir mieux que nous les conséquences.

Voyons, maintenant, quel est le nombre de guérisons et d'insuccès que présentent nos deux catégories : dans la première, sur quinze cas, il y a dix guérisons (1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 8e et 11e *obs.* et trois des cas de M. Guersant compris dans le n° 10),

et cinq insuccès (6e, 7e, 9e *obs.* et deux des cas de M. Guersant compris dans le n° 10). Il y a donc eu guérison dans les deux tiers des cas d'abcès symptomatiques sessiles, traités par les injections d'iode. Dans la seconde catégorie, la guérison a eu lieu dans cinq cas (1re, 2e, 6e, 11e et 12e *obs.*). Il y a eu, au contraire, insuccès dans les huit autres cas (3e, 4e, 5e, 7e, 8e, 9e, 10e et 13e *obs.*). Il n'y a donc eu guérison que dans un peu plus du tiers des cas.

Si nous joignons à ces onze cas de la deuxième catégorie les six plus haut énoncés, nous trouvons un total de dix-neuf. Comme les guérisons égalent les insuccès dans ces six derniers, nous pouvons établir que, sur dix-neuf cas, il y a eu huit guérisons et onze insuccès. Cela ne change rien aux proportions premières.

Telles sont les données fournies par les faits bruts sous le rapport de la guérison ; mais pour que ces données aient quelque valeur pour la pratique, nous devons tenir compte du genre, de l'étendue de la lésion osseuse, de sa situation, etc.

Pour la première catégorie, la guérison a eu lieu : 1° dans un cas de dénudation de plusieurs points des cunéiformes (1re *obs.*) ; 2° dans deux cas de dénudation d'une partie du sacrum (2e et 11e *obs.*) ; 3° dans une carie de l'articulation coxo-fémorale (3e *obs.*) ; 4° dans une carie du fémur (4e *obs.*) ; 5° dans une carie de côte (5e *obs.*) ; 6° dans une carie du sternum (8e *obs.*). Les trois cas appartenant à M. Guersant ne peuvent être classés faute de détails.

Les cas où il y a eu insuccès ont trait : 1° à une carie de côte liée à une diathèse scrofuleuse une fois, à une diathèse tuberculeuse une autre fois (6e et 7e *obs.*) ; 2° à une affection tuberculeuse des dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales et première lombaire (9e *obs.*). Deux fois nous n'avons pu savoir la nature de la lésion osseuse (deux cas de M. Guersant).

Pour la seconde catégorie, on ne peut, dans les cas de guérison, indiquer avec précision la nature de la lésion osseuse ; il ne saurait y avoir que des présomptions. Dans un cas (1re *obs.*), il s'agit d'une lésion rapportée aux apophyses épineuses de quelques vertèbres cervicales et à une apophyse transverse. L'incurvation ultérieure du col laisserait supposer que le corps des vertèbres ou le disque intervertébral avaient été malades. L'affection était liée à une diathèse tuberculeuse. Dans deux autres cas (2e et 6e *obs.*), il s'agit, suivant toute probabilité, de carie tuberculeuse de vertèbres. L'abcès, après avoir été guéri, a été suivi de l'apparition d'un autre abcès sur le côté opposé, après un laps de temps assez long, dans la 2e observation. Dans un quatrième, nous avons supposé une ostéite des vertèbres lombaires par suite de violences extérieures (12e *obs.*). Enfin, dans le dernier, il y avait carie de l'os des îles (11e *obs.*).

Pour les insuccès, l'autopsie a pu être faite cinq fois. Deux fois il s'agissait d'ostéite affectant plusieurs corps de vertèbres (9e et 13e *obs.*), trois fois de carie vertébrale (4e, 7e et 8e *obs.*), de nature probablement tuberculeuse dans la huitième. Dans ces cinq cas, les lésions osseuses étaient fort étendues.

Si nous tenons compte de l'état général des sujets, au moment où les injections ont été commencées, nous trouvons, pour onze observations bien connues de la première catégorie, une constitution plus ou moins profondément détériorée, sept fois sur onze.

Pour la deuxième catégorie, la constitution est profondément détériorée, 10 fois sur 13.

Il y a donc une certaine corrélation entre la somme des insuccès et la détérioration de la constitution des sujets.

Le nombre des insuccès est dans un rapport assez direct également avec la profondeur et l'étendue de la lésion osseuse ; d'où il suit que les abcès symptomatiques de lésions vertébrales, et surtout de lésions de nature tuberculeuse, sont ceux qui bénéficient le moins des injections iodées. Nous pouvons résoudre avec certitude, maintenant, la première question que nous nous sommes posée : A-t-on guéri des abcès par congestion par les injections iodées? La réponse est toute affirmative, puisque la guérison a eu lieu 10 fois sur 15 pour les abcès sessiles, et 5 fois sur 13 pour les abcès migrateurs. S'il était certain qu'il n'y eût pas dans la pratique d'autres cas que ceux que nous avons mentionnés, cette statistique aurait une grande valeur. Pour notre compte, nous avons rapporté toutes nos observations favorables ou défavorables ; il est à présumer que, depuis le retentissement qu'a acquis cette question, chacun s'est empressé de publier aussi les faits en sa possession.

Quelle est la part active des injections pour la cure des abcès symptomatiques?

Si l'on veut savoir quelle est la part qui revient aux injections d'iode dans la cure des abcès symptomatiques, il faut rechercher s'il y a des cas où ces injections ont guéri à elles seules, à l'exclusion de tout autre traitement, et faire ressortir ceux où la teinture a pu être portée directement sur la lésion osseuse de ceux où il est matériellement impossible qu'elle ait pu y aboutir.

Dans notre première catégorie, il n'y a que 3 cas sur 15 où les injections ont été mises en usage sans traitement rationnel préalable, et ces 3 cas constituent 3 insuccès dont 1 définitif et 2 passagers. Voici, au reste, comment les choses se sont passées :

Dans la 4e observation, injections iodées sans autre traitement ; guérison de la poche purulente en deux mois et demi par deux injections. Mais bientôt survient une récidive aux mêmes lieu et place, parce que la lésion osseuse n'était pas guérie. Le chirurgien met alors en usage un traitement général par l'iodure de potassium, qui dure deux mois, en même temps qu'il emploie les injections : cure radicale et définitive.

Dans la 5e observation, les choses se passent absolument de la même manière.

Dans la 9e observation, le malade avait pris quelque temps de l'iodure de potassium contre une prétendue paraplégie syphilitique qui guérit. Quand le mal de Pott fut soupçonné plus tard, il n'y eut pas de traitement général appliqué, les injections furent employées seules ; l'insuccès est complet.

Dans la deuxième catégorie, nous constatons 5 cas sur 11 où les injections sont employées sans traitement général préalable ; ces 5 cas sont 5 insuccès (ceci est fort remarquable) (3e, 4e, 5e, 9e et 13e *obs.*). Pour les autres 8 cas restants, il y a toujours un traitement général prolongé, et sur ces 8 cas, on constate 5 guérisons.

Nous sommes donc rigoureusement obligé de conclure, d'après ces données, que les injections d'iode n'ont point la vertu de guérir à elles seules, et qu'elles ne deviennent réellement avantageuses que quand elles marchent de pair avec un traitement général par les préparations iodées. C'est ainsi que tout s'explique, quand on prend la peine d'analyser les faits.

Si les injections iodées pouvaient guérir, par le contact du liquide, l'altération osseuse, et subsidiairement la poche purulente, ce serait à coup sûr dans les cas où le liquide arrive et reste à volonté sur l'os malade, c'est-à-dire dans les abcès sessiles. Eh bien ! dans les 3 seuls cas de cette catégorie, où on n'emploie que ces injections, nous voyons que dans 2 la poche purulente guérit pour se reproduire ensuite, ce qui signifie que l'os n'a pas été modifié, et que, dans le 3e, on n'obtient qu'une amélioration de la poche purulente.

Dans les abcès migrateurs, il y a mille raisons, pour une, de suppposer que le liquide injecté n'arrive pas sur l'os malade, quelles que soient les manœuvres qu'on mette en usage. Si le malade est opéré dans la position assise ou le décubitus presque horizontal même, la chose se comprend aisément. La poche d'un abcès migrateur peut être assez bien figurée par une vessie ou une bouteille dont le col se termine par un canal plus ou moins étroit et prolongé, sinueux, quelquefois en zigzag et parfois à branches multiples. La ponction de l'abcès se fait toujours sur le point le plus saillant, c'est-à-dire le plus déclive ordinairement. Eh bien ! qu'on prenne une vessie, qu'on la pose perpendiculairement ou obliquement, qu'on l'injecte ensuite par son point déclive, c'est-à-dire son bas-fond ; quelle que soit la force avec laquelle on pousse l'injection, le liquide se tasse dans la poche de la vessie, et sa quantité surpassât-elle la capacité du réser-

voir, il ne franchirait pas le col, ne parcourrait pas toute l'étendue du canal. On n'a pas besoin de donner d'explications de cela. Les lois d'hydraulique d'une part, la nature et la forme de la poche de l'autre, s'y opposent.

Si la vessie est placée de façon que le col et son canal terminal soient situés déclivement, le liquide dont on la remplit doit nécessairement parcourir tout le trajet de ce canal. S'ensuit-il de là, que, quand on injecte la poche purulente dans une semblable situation, la même chose doive arriver? Nous allons prouver que bien des circonstances s'y opposent.

La partie supérieure de l'abcès se trouve enclavée dans des parties musculaires, tendineuses, aponévrotiques qui exercent sur les parois une certaine pression. Cette partie étant sinueuse le plus souvent, coudée en sens divers, le liquide trouve un obstacle à sa descente dans les coudes formés par le canal, et un obstacle d'autant plus résistant que derrière les parois il y a une portion aponévrotique ou musculaire qui les presse.

Cependant, cet obstacle ne pourrait être que momentané, car, si le pus qui part de l'os ou de ses alentours suit le canal flexueux, et arrive dans la poche principale, le liquide iodique finirait, au bout d'un certain temps, par vaincre ces faibles barrières et parcourir aussi tout le canal.

Il est donc certain que si le canal se trouvait vide et s'abouchait directement à l'os malade, sa teinture d'iode finirait par arriver sur cet os. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Plus le canal se rapproche de l'os, plus il est étroit; ses parois sont tapissées à l'intérieur par des grumeaux, des lambeaux pseudo-membraneux et des flocons albumineux ou purulents; dans son intérieur, se fait un suintement continuel de pus. Supposons donc ce canal renversé; pus, grumeaux, et tout ce qui est susceptible de se mouvoir, suit la pente et rétrocède vers l'os; si le liquide injecté arrive dans ce moment, il refoule nécessairement devant lui ce pus, ces grumeaux. S'il ne faisait que cela, il finirait, en se mêlant à eux, par arriver jusqu'à l'os; mais, outre qu'il refoule le pus et les grumeaux, il les coagule et forme, au moyen d'une sécrétion plastique qu'il provoque sur les parois, une sorte de mastic destiné à rester entre lui et l'os.

Avouons cependant que tout cela ne serait pas un obstacle à l'imbibition de l'os malade par le liquide iodique, s'il n'y avait pas quelque chose qui s'y oppose plus immédiatement encore. Est-ce que l'altération osseuse se trouve, par hasard, parfaitement à découvert, à nu (n'oublions pas qu'il s'agit d'abcès migrateur)? Point. La surface osseuse altérée est le plus souvent tapissée de pus, couverte de grumeaux, de débris pseudo-membraneux. Si le liquide iodique a déjà formé dans son parcours un coagulum, une sorte de mastic, celui-ci, refoulé, vient s'appliquer sur les parties purulentes ou pseudo-membraneuses qui tapissent l'altération osseuse, et le tout forme une barrière infranchissable au passage de ce liquide.

Ajoutons maintenant que parfois il y a, au contact de l'os malade, une autre petite poche, sorte d'ampoule intermédiaire entre l'altération osseuse et l'embouchure du canal, comme dans la neuvième observation de M. Robert, ampoule pleine de pus, et nous aurons la somme d'obstacles qui rendent impossible le contact de la teinture d'iode avec l'os altéré.

Or, si dans les abcès sessiles où la teinture d'iode arrive à volonté sur l'os malade, les injections iodées ne peuvent guérir à elles seules, ce que nous avons mathématiquement prouvé par les faits; comment veut-on qu'elles aient la vertu de guérir l'abcès migrateur en modifiant avantageusement la surface osseuse malade, quand nous démontrons qu'elles ne peuvent arriver sur cette surface, ou n'y arriver qu'en infime quantité? Cette question se trouve toute résolue, et tous les bons esprits l'ont définitivement jugée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Note sur une modification apportée à l'aiguille à succion pour la cataracte,

Par M. Laugier, *professeur à la Faculté de médecine.*

On pourrait faire plusieurs reproches à l'aiguille à succion telle qu'elle était fabriquée jusqu'ici : la tige creuse était trop fine, et par conséquent son calibre trop étroit; elle était inutilement trop longue; j'ai donné plus de volume à la tige, et par suite plus de diamètre à son calibre; une partie de sa longueur est remplacée par un petit réservoir ovoïde en verre assez large pour loger une cataracte molle et qui permet de voir pendant l'opération ce qui a été absorbé par la succion; celle-ci est toujours faite au moyen du vide opéré dans le corps de pompe formé lui-même par un tube de verre, renflé à son extrémité libre; un robinet fait communiquer ce tube avec le réservoir de l'aiguille, mais cette communication est ouverte ou fermée à volonté au moyen du coulant A, de sorte que l'opérateur modère à son gré l'effet de la succion dans le réservoir de l'aiguille.

Le vide est fait dans le tube qui sert de manche avec la bouche, et le robinet E sert à rendre le vide permanent. Le robinet BC restant fermé avant l'opération, l'aiguille plongée dans l'œil, au milieu de la partie molle ou liquide qu'il s'agit d'aspirer, le coulant A ouvre le robinet BC, et le vide s'opère. L'air contenu dans la tige et le réservoir de l'aiguille, ainsi que les parties absorbables, sont aspirées. Le vide pourrait être fait dans le tube avec une petite pompe aspirante; mais il n'en est pas de meilleure que la bouche, et la pompe aspirante serait une complication de l'instrument.

Le seul perfectionnement qu'il me soit aujourd'hui possible d'entrevoir dans cette aiguille à cataracte, qui peut d'ailleurs servir à d'autres usages, même sans sortir de l'œil, est relatif au volume de la tige de l'aiguille : plus le calibre de sa cavité sera large, plus il sera facile d'y faire passer les fragments de la cataracte; il y a donc avantage à donner à la tige de l'aiguille le plus grand diamètre possible, afin d'obtenir le plus gros calibre de sa cavité. Mais quel est le volume compatible avec la facilité de l'introduction de l'instrument et l'innocuité relative de l'opération, et jusqu'où peut-on le porter impunément? C'est là ce qui reste à déterminer; ce n'est que par des essais sur les animaux et sur l'homme que l'on peut répondre à ces questions. Toutefois, telle qu'elle est aujourd'hui, l'aiguille à cataracte absorbera avec facilité les cataractes liquides et demi-molles.

Fig. 2. Fig. 1.

Explication du dessin.

Fig. 1.— G. Ouverture de l'aiguille un peu évasé pour faciliter l'absorption. — F. Réservoir de l'aiguille en verre. — BC. Robinet qui fait communiquer le réservoir F avec le tube qui sert de manche. — A. Coulant qui ouvre le robinet et se meut par un petit corps de bièle. — D. Tube et renflement du tube comme lui en verre. — E. Robinet du tube que l'on referme après l'opération faite avec bouche.

Fig. 2. — Elle montre le robinet de communication BC ouvert.

Cet instrument a été fabriqué par M. Mathieu.

Incontinence d'urine. — Administration du sucre vermifuge. — Guérison.

Par Henri Serender.

Quoique n'étant pas tout à fait sans exemple, l'observation suivante rappelle cependant des faits assez importants, au point

de vue thérapeutique, pour que les praticiens puissent trouver quelque intérêt à la lire.

Il y a près d'une année, je fus appelé pour soigner un enfant âgé de 10 ans, affecté d'une incontinence d'urine contre laquelle on avait employé inutilement la plupart des traitements connus. On avait successivement expérimenté, sans plus de succès dans un cas que dans l'autre, les antiphlogistiques et les émollients, les toniques et les astringents, la méthode Raspail et l'homéopathie.

Le petit malade s'offrit à mes yeux dans l'état suivant :

La taille était en rapport avec son âge, sa couleur pâle, sa constitution chétive, ses chairs molles. Il était blond et avait les yeux bleus ; les pupilles étaient dilatées et les paupières légèrement œdémateuses ; les lèvres, comme le reste de la face, avaient cet aspect spécial aux tempéraments lymphatiques. Toutes les fonctions, excepté celles relatives à l'appareil urinaire, se trouvaient à l'état normal. Même dans cet appareil, on ne trouvait aucune irritation aiguë ou chronique : la seule chose qui faisait souffrir le malade était l'émission involontaire de l'urine, qui avait lieu habituellement la nuit, et quelquefois même pendant le jour.

Ces divers symptômes, et la dureté et le volume du ventre, me firent soupçonner des vers intestinaux dans le rectum. En conséquence, je prescrivis :

Sucre vermifuge	1 gr. 50
Sucre de lait.	4 gr.

Mêler et diviser en quatre paquets égaux, et prendre un chaque jour dans le chocolat.

Aloès	1 gr.
Infusion de camomille.	120 gr.
Jaune d'œuf	n° 1

Dissoudre pour lavement le soir.

Au second jour de ce traitement, l'incontinence d'urine cessa tout à fait : cependant, on continua le traitement encore pendant huit jours. Depuis lors, une année s'est écoulée sans que la maladie se soit reproduite. Dans les excréments, on n'avait remarqué aucune trace de vers intestinaux.

Peu de temps après avoir obtenu un résultat si satisfaisant, on me consulta pour un autre enfant qui souffrait de la même affection depuis onze mois. Cet enfant avait trois ans, et il présentait le même facies que le premier. J'eus recours au même traitement avec un égal succès. Au bout d'un mois, la maladie reparut; mais elle cessa tout à fait, aussitôt qu'on eut recours au traitement indiqué. Dans ce cas, on trouva dans les excréments un nombre assez considérable de vers intestinaux de quatre à six lignes de long et gros d'un quart de ligne.

(*Heraldo medico.*)

CORRESPONDANCE.

Societé de chirurgie de Paris. — Question de prix.

Nous recevons la lettre suivante avec prière de l'insérer :

Paris, le 5 septembre 1853.

Monsieur et très-honoré confrère,

La Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 24 août dernier, ayant accepté l'offre de M. le docteur Verrier, de Bar-sur-Aube, d'une somme de 300 francs ou d'une médaille de même valeur à décerner à l'auteur du meilleur

« *Mémoire sur le traitement des hémorrhoïdes et des varices par la coagulation du sang, par le procédé de M. Pravaz ou tout autre procédé inoffensif,* »

A arrêté ce qui suit :

Les personnes qui voudront concourir pour ce prix devront envoyer leur mémoire (*franco*), avant le 1er mars 1854, au secrétaire de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

Les mémoires ne seront pas signés ; ils porteront en tête une devise qui sera répétée, avec le nom de l'auteur, dans une enveloppe cachetée.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin ; ils devront s'appuyer sur des faits ou des expériences.

Aucun membre de la Société n'est admis à concourir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par décret impérial, rendu sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, M. le docteur Perez, médecin des épidémies et de l'hospice civil de Moissac, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le Conseil municipal de Lyon a décidé que le buste de M. Prunelle serait placé dans la galerie des *Lyonnais dignes de mémoire,* et ce buste vient d'être commandé à M. Fabish, sculpteur.

— *Monument à Jenner.* — On écrit de Londres :

La somme nécessaire pour élever un monument au docteur Jenner vient d'être complétée. Le comité des souscripteurs a décidé à l'unanimité que ce monument se composerait d'une statue colossale en bronze de Jenner, et il a chargé M. Charles Marshall, membre de l'Académie royale, d'en exécuter le modèle.

— *Nouvelles du choléra.* — Le choléra diminue en Russie, dans le grand-duché de Finlande; cependant, une nouvelle cité, celle de Rauma, située près du golfe de Bothnie, vient d'être envahie. — L'épidémie augmente au contraire beaucoup à Stockolm. — Elle est en voie de décroissance à Copenhague ; mais elle croît au contraire dans plusieurs provinces du Danemark. — On sait que, depuis la disparition de l'épidémie de 1849, il est resté en permanence à Paris, dans les grandes villes et surtout à Londres, quelques cas de choléra; on sait en outre que la statistique des décès de Londres porte au chapitre choléra des cas d'affections gastro-intestinales beaucoup trop peu caractérisés pour qu'ils fussent considérés à Paris comme de véritables cas de choléra. C'est à l'ignorance de ces deux faits qu'on doit attribuer l'erreur dans laquelle sont tombés quelques chercheurs de nouvelles qui ont annoncé l'apparition, en Angleterre, du choléra épidémique.

Nous profiterons de cette occasion pour répéter une fois encore que le choléra n'a point paru à New-York, quoique les journaux qui avaient donné cette nouvelle aient oublié de la rectifier.

— On lit dans l'*Alsacien de Strasbourg :*

« Nous avons à enregistrer une mort bien malheureuse qui a enlevé dans la force de l'âge un homme qui avait su se faire, par son propre mérite, une position très-élevée dans la médecine militaire.

« M. Lacauchie, médecin principal de l'hôpital militaire du Roule, à Paris, ancien médecin en chef du corps expéditionnaire de la Méditerranée, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand, est mort samedi soir, 3 septembre, aux eaux de Bade, où il venait de rejoindre sa famille pour se remettre des suites d'un empoisonnement par inhalation. Il n'était âgé que de 47 ans.

« M. Lacauchie a été victime de la science. Peu de jours avant son départ, il avait eu la complaisance de faire, en faveur de quelques élèves qui allaient subir leurs épreuves, une démonstration anatomique. C'était au fort des grandes chaleurs, et l'on opérait sur un cadavre dans un état de dissolution fort avancée. La séance s'était prolongée, et M. Lacauchie, qui avait parlé longtemps, s'est immédiatement senti pris à la gorge par les émanations putrides. Plusieurs des jeunes élèves ont été sérieusement affectés par la même cause. Le maître devait succomber. Le mal n'a fait qu'empirer chez lui de jour en jour, et lorsqu'il est allé retrouver sa famille qui l'attendait à Bade, il était déjà dans un état très-alarmant. C'est en vain qu'il a espéré sa guérison de l'air pur des montagnes et des soins de sa famille. La maladie avait fait de trop grands progrès. »

BIBLIOGRAPHIE.

Chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 23, ancien n° 4.

Cours de physiologie, *fait à la Faculté de médecine de Paris,* par P. BÉRARD, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et Ecoles secondaires de médecine de France, membre du conseil supérieur de l'Instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion d'honneur, etc. — Les livraisons 28 et 29, qui complètent le tome 3e, viennent de paraître. — Prix de chaque livraison : 1 fr.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 110. 1re année. Mardi 13 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Hygiène des colléges. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Kyste de la joue. Injection iodée. Guérison, par M. Rombeau. — De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement, par le Dr Alex. Mayer. (*Suite.*) — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON.**

Paris, le 12 septembre 1853.

Hygiène des colléges.

Rapport à M. le Ministre de l'Instruction publique sur le régime alimentaire des lycées de Paris,

Par une commission composée de MM. ALIBERT, GILLETTE, LEVRAUD et le professeur BÉRARD, *rapporteur*.

Les agglomérations d'individus soumis pendant longtemps à une même nourriture semblent renfermer toutes les conditions désirables pour permettre d'étudier la grande question de l'alimentation. A ce titre et à beaucoup d'autres, le rapport dont nous avons déjà informé nos lecteurs, et qui a été fait en commun par MM. Bérard, Gillette, Alibert et Levraud, mérite d'attirer l'attention des médecins, et spécialement des médecins des grandes villes, qui manquent rarement, dans le cours de leur pratique, d'être consultés sur des questions analogues à celles dont la sollicitude de M. le Ministre a confié la solution aux quatre confrères que nous venons de nommer.

Dire que la rédaction du rapport dont il s'agit a été confiée à M. Bérard, c'est d'avance certifier qu'il est rédigé avec ce caractère particulier de malicieuse bonhomie, avec cette clarté d'exposition qui donnent un si grand charme aux compositions du savant professeur. Serait-il juste cependant de dire que ce rapport répond en tous points à ce qu'on était en droit d'attendre d'un esprit aussi bien initié que M. Bérard aux procédés que doit suivre la science pour arriver à la vérité? Nous ne le pensons pas.

Sans doute, tous ceux qui n'ont pas oublié le refrain traditionnel qu'à la veille des vacances chantent les écoliers :

Adieu les pommes de terre,
Les haricots pourris, etc.

Tous ceux-là et d'autres encore applaudiront aux conclusions du rapporteur, qui ont eu pour résultat d'améliorer très-notablement le régime de nos lycéens. Mais, il faut bien le dire, cette approbation sera fondée plutôt sur un bon sentiment que sur une conviction scientifique sérieuse. M. Bérard dit quelque part dans son rapport que la question qu'il a à traiter « serait peut-être mieux résolue par une mère de famille que par un professeur de physiologie. »

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir le n° 104, 106, 107, 108.*)

MALADIES DES ARTICULATIONS.

Les affections traumatiques des articulations de la colonne vertébrale ont donné lieu à trois communications de MM. Bauchet, Dufour et Arrachard.

Les deux premiers faits sont relatifs à des diastases simples. Les corps vertébraux, sans être réellement luxés, avaient été séparés de leurs voisins par suite de la rupture complète d'un ou de deux disques intervertébraux.

Dans le cas de M. Bauchet (1), « les disques intervertébraux qui unissent la « troisième cervicale à la deuxième et à la quatrième étaient déchirés, ainsi que « les ligaments articulaires. La troisième vertèbre était donc à peu près libre, mais « n'était pas déplacée. La moelle était contuse en ce point : la contusion ne dé- « passait pas les faisceaux antérieurs. » Dans le fait de M. Dufour (2) l'apophyse épineuse de la sixième cervicale était fracturée. De plus, le disque qui sépare cette vertèbre de la septième était rompu, sans qu'il y eût de déplacement véritable.

Enfin, nous devons à M. Arrachard (1) une observation de luxation incomplète de la septième cervicale sur la première dorsale. Le disque intervertébral était déchiré ; quoique la luxation fût incomplète, les apophyses articulaires étaient fracturées ; la moelle était comprimée et le malade mourut au bout de trois jours.

Déviations articulaires. Déviations des orteils. — Outre les déviations congénitales dont nous avons déjà parlé, outre les déviations acquises, plus connues sont les noms de pieds bots accidentels, et dont mes prédécesseurs vous ont donné l'histoire complète, il existe quelques cas de déviations articulaires, dues le plus souvent à des causes mécaniques, et qui, pour frapper des articulations de moindre importance que celles qui sont affectées dans le pied bot, n'en offrent pas moins d'intérêt. Telles sont les *déviations des orteils produites par l'action des chaussures.*

Je me rappelle avoir entendu dire que ce sujet était peu digne d'occuper un homme sérieux. Messieurs, c'est là un préjugé à l'usage des gens superficiels, dont je ne puis m'empêcher de faire ici justice. Les petites choses comme les grandes méritent de fixer l'attention des hommes qui pensent, et la véritable valeur d'un sujet est bien moins dans cet attrait vulgaire qui s'attache à un titre brillant que dans l'utilité réelle que sait en tirer l'esprit qui la féconde.

M. Broca n'a pas craint d'aborder cette question. Il l'a traitée de main de maître : son travail, dont nous avons eu les prémisses (2), a eu déjà trop de pu-

(1) Page 201.
(2) Page 533.

(1) Page 490.
(2) Février 1852, page 60.

Nous craignons qu'il n'ait pris quelque peu au sérieux cette proposition, qu'on devait croire inspirée uniquement par un excès de modestie et par un sentiment d'exquise galanterie envers le beau sexe considéré dans un de ses plus touchants attributs. Citons quelques preuves à l'appui de notre appréciation.

M. Bérard commence par déclarer que, « si, chez l'adulte, les effets de l'alimentation insuffisante peuvent être temporaires, comme leur cause, il n'en est plus de même chez les enfants. » C'est là une première proposition qui, *à priori*, semble probable; mais sur quelles expériences précises repose-t-elle? Nous ne saurions le dire, après avoir lu le rapport de M. Bérard.

Une alimentation insuffisante *temporaire*, d'une, de deux, de vingt semaines, empêcherait-elle réellement un enfant de 8, de 10, de 15 ans, d'arriver à son développement normal? La même alimentation n'aurait-elle, chez l'adulte, qu'un effet purement temporaire; et serait-elle absolument sans influence sur la durée ultérieure de la vie? A ces questions on doit répondre oui, d'après le rapport; mais la véritable c'est qu'on n'en sait rien.

La première question, la question fondamentale que M. Bérard et ses confrères eussent à résoudre, c'était de déterminer d'abord ce qu'on devait entendre par alimentation insuffisante. Non-seulement cette question n'est pas résolue dans le rapport, mais aucune tentative n'a même été faite pour y parvenir. Les commissaires ont signalé l'alimentation, qu'on pourrait presque dire succulente, des élèves d'Alfort; mais ils n'ont en aucune façon cherché à comparer les résultats de cette alimentation et de celle des lycées sur la santé des pensionnaires : point de recherches sur la mortalité, point même sur le nombre et la gravité des maladies observées dans l'un et l'autre régime.

Le rapport déclare que, dans l'alimentation insuffisante, l'intelligence sera désormais servie par des organes débiles et *peu capables* de lui prêter leur concours. De quelle insuffisance le rapport veut-il parler? Est-ce de celle de l'alimentation actuelle des lycées? Sur quelles observations se fonde alors le rapport? MM. les commissaires ont-ils des faits positifs qui leur permettent d'affirmer que, dans des établissements où le régime alimentaire est supérieur, le niveau de l'intelligence est également supérieur à ce qu'il est dans les lycées qu'ils ont inspectés? Rien ne tend à le faire penser; les commissaires ne peuvent avoir à cet égard que des présomptions plus ou moins vagues.

Le rapport rappelle ailleurs que la proportion de la sécrétion d'urée (on sait que l'urée est un principe très-azoté), chez l'adulte et chez l'enfant est de 334 pour le premier, et 770 pour le second, et il conclut « qu'il ne serait pas sans inconvénient de s'éloigner par trop de cette proportion dans la répartition de la viande aux élèves des lycées, puisque la viande contient la plus grande partie de l'azote des aliments qui leur sont offerts. » Cela signifie, en d'autres termes, qu'il faut donner à l'enfant une quantité de viande double de celle que doit consommer un adulte. Certes, nous ne voulons pas contester la partie chimique de cette proposition du rapport; mais, sur quelles preuves repose la partie hygiénique, la seule qui puisse intéresser le médecin praticien? Le rapport nous le laisse absolument ignorer.

Nous pourrions multiplier beaucoup nos remarques; elles nous conduiraient constamment aux mêmes résultats. Le rapport des commissaires est inspiré par d'excellentes intentions, par des sentiments on ne peut plus louables; mais le savant rapporteur de crainte « d'abuser, comme il l'a très-bien dit, des arguments scientifiques, » en a usé si sobrement, que quiconque voudra entreprendre des recherches sur l'alimentation, devra reprendre le sujet *ab loco*, et ne trouvera guère que problèmes à résoudre dans le travail des honorables commissaires dont M. Bérard a été l'interprète.

Voici, à l'appui des remarques qui précèdent, tout ce que le rapport de M. Bérard renferme de scientifique :

Monsieur le Ministre,

Vous n'avez négligé aucun des moyens par lesquels l'éducation peut modifier, améliorer la nature de l'homme. L'alimentation tient une place importante parmi ces modificateurs. Si, chez l'adulte, les effets d'une alimentation insuffisante peuvent être temporaires, comme leur cause, il n'en est plus de même chez les enfants; ceux ci conserveront toute leur vie les traces d'un développement imparfait. C'est que, dans les premières années, l'aliment ne doit pas servir seulement à l'entretien, mais encore à l'accroissement du corps. L'alimentation insuffisante est d'autant plus dangereuse, que, d'ordinaire, ses effets sont méconnus; ce n'est pas précisément un état maladif qu'elle occasionne, mais le corps n'arrive pas aux proportions qu'une meilleure hygiène lui eût permis d'atteindre, l'intelligence sera

---

blicité pour que nous entreprenions de l'analyser en entier. Je vais seulement, sous forme de proposition, en énumérer les principaux faits :

Le pied se compose d'une partie fixe formée par le tarse et le métatarse et d'une partie mobile constituée par les orteils; c'est sur elle que porte principalement l'action des chaussures étroites.

L'action des chaussures étroites sur les orteils offre une double tendance : 1° Elle dispose les orteils en deux couches superposées; 2° elle les fait converger vers l'axe du pied. Ce mouvement de convergence est surtout sensible pour les orteils extrêmes et principalement pour le grand orteil. L'inclinaison qu'il subit est en raison directe de sa longueur. Elle est, par conséquent, plus prononcée dans les cas où il offre des dimensions exagérées, comme M. Broca nous en a montré plusieurs exemples.

L'inclinaison du gros orteil une fois commencée, trouve bientôt un auxiliaire dans la disposition des muscles extenseurs et fléchisseurs de cet orteil; au lieu de suivre en se coudant le premier métatarsien et le gros orteil, les tendons, par les tiraillements successifs qu'ils éprouvent, reprennent la direction rectiligne, et des lors, devenant obliques par rapport aux phalanges inclinées, ils jouent le rôle d'adducteurs et augmentent ainsi la difformité.

Par suite de ce mécanisme, le premier métatarsien éprouve à son tour un mouvement qui fait proéminer sa tête en dedans; chaque pression exercée à l'extrémité de l'orteil la pousse, en effet, dans ce sens; de plus, l'os sésamoïde interne, par le fait même de l'inclinaison de l'orteil, s'introduit entre les têtes des deux premiers métatarsiens, et concourt ainsi, à la manière d'un coin, à ce mouvement de propulsion en dedans. Comme d'ailleurs il s'introduit de bas en haut, il détermine une deuxième action dans ce sens, qui, en se combinant avec l'action de dehors en dedans à laquelle l'os est déjà soumis, produit un second mouvement, une véritable torsion de l'os autour de son axe, et, par suite, la face supérieure tend à devenir interne.

Il résulte de ce double mouvement : 1° dans l'intérieur de l'articulation, que la partie interne du premier métatarsien, qui a cessé d'être articulaire, se dépouille de son cartilage et s'érode; 2° à l'extérieur, que cet os, faisant fortement saillie, exagère la bourse muqueuse qui se trouve normalement en ce point. Celle-ci devient plus volumineuse, plus tendue, ce qui, en se combinant avec l'épaississement de l'épiderme et l'hypertrophie des nerfs comprimés, constitue ces tumeurs douloureuses qu'on appelle *oignons*.

L'oignon peut devenir le point de départ de plusieurs accidents; la bourse muqueuse peut s'enflammer et devenir le siége d'un véritable hygroma. Quelquefois elle communique avec la synoviale articulaire; une opération, dans ce cas, pourrait devenir redoutable. M. Broca (1) nous a cité deux observations relatives à la pathologie de cette bourse muqueuse. Dans l'un de ces faits, l'ablation d'un oignon permit de reconnaître que la bourse muqueuse communiquait avec l'articulation. Le malade échappa heureusement aux accidents qu'on était dès lors en droit de redouter.

Dépôts blancs sur les cartilages articulaires. — Permettez-moi, enfin, messieurs, avant d'abandonner la pathologie articulaire, de vous dire quelques mots d'une affection singulière dont la description n'existe que dans nos bulletins. Un très-grand nombre de pièces de ce genre nous ont été présentées; presque tous les os de quatre squelettes différents ont ainsi passé sous nos yeux, et voici les caractères

(1) Page 461.

servie désormais par des organes débiles et peu capables de lui prêter leur concours.

La commission s'est efforcée de répondre aux vues de M. le Ministre. Je ferai connaître successivement les résultats de nos enquêtes sur la viande, le bouillon, le pain, le vin et les aliments maigres servis aux élèves des lycées.

On ne pourrait remplacer la viande, dans le régime alimentaire de l'homme, que par l'emploi d'une énorme quantité de substances végétales et par l'usage excessif, et dès lors nuisible, des œufs, du laitage et de ses préparations. Il était donc important de rechercher si la viande entrait en proportion convenable dans les repas des élèves des lycées. Après avoir tenu compte de l'aspect, de l'odeur et de la saveur de l'aliment, toutes choses qui ne sont pas sans influence sur la manière dont il est accepté par l'estomac, nous avons fait mettre dans la balance dix morceaux de viande destinés à une table de dix élèves du petit collége. Nous en avons pris exactement le poids. Nous avons répété l'opération pour le grand et le moyen collége. Nous avons aussi fait mettre dans la balance quelques parts destinées aux maîtres. Voici les résultats que nous avons obtenus : pour dix élèves du petit collége, la moyenne de viande servie au dîner a été de 330 grammes, ce qui réduit à 33 grammes la part attribuée à chaque élève, dans cette section. Le chiffre, pour les dix élèves, s'est élevé quelquefois à 350 grammes, ce que nous avons observé deux fois au lycée Louis-le-Grand. Dans d'autres cas, il est descendu à 300 grammes, ce que nous avons constaté deux fois au lycée Napoléon. La quantité de viande distribuée au repas du soir n'est ni plus ni moins considérable que celle qui a été servie au dîner ; soient donc 66 grammes ou 2 onces de viande environ pour la journée d'un élève du petit collége. A cela il est ajouté, pour le dîner, un plat de légumes, et, pour le souper, une part de confitures ou de marmelade, ou de fromage ou de salade.

Venons aux élèves du grand collége. Le poids des dix parts préparées pour une table a oscillé entre 5 et 600 grammes. Le maximum a été observé encore au lycée Louis-le-Grand, et le minimum au lycée Napoléon. Prenons le chiffre de 350 grammes, ce qui donnera 55 grammes de viande pour le dîner d'un élève du grand collége, ou 110 grammes par jour, en tenant compte du souper.

Enfin, dix élèves du moyen collége reçoivent environ 450 grammes de viande pour un repas, ce qui donne 45 grammes par tête et 90 grammes pour la journée.

Il se présente ici une question importante et que nous devons essayer de résoudre. La viande entre-t-elle en quantité suffisante dans le régime des élèves des lycées, lorsqu'elle s'y trouve à la dose de 66 grammes par jour pour les élèves de neuf à douze ans, à la dose de 90 grammes pour les élèves de douze à quinze ans, et de 110 grammes pour les élèves de quinze à dix-sept ou dix-huit ans ?

Sur la quantité et la nature des aliments nécessaires pour entretenir le jeu régulier des fonctions, la science moderne a formulé ses vues ; l'empirisme avait depuis longtemps mis les siennes en pratique, et, chose qui vaut la peine qu'on la signale, la pratique et les idées spéculatives ne sont pas trop en désaccord.

La science nous apprend que pendant cet ensemble d'actes que nous nommons *vie,* pendant que l'animal respire, pendant qu'il se nourrit, qu'il entretient sa température, qu'il se meut et qu'il sent, il y a de la matière organique détruite. La science recueille, elle analyse, elle pèse les produits de cette décomposition du corps, que le poumon et d'autres agents d'excrétion éliminent à chaque instant ; et elle déduit, enfin, de cet examen, quelles doivent être la *nature* et la *quantité* des aliments destinés à réparer ces pertes. Or, ce que la science conseille, l'instinct de l'homme le demande, et la pratique l'avait depuis longtemps réalisé, soit dans la fixation de la ration d'entretien du soldat français, comme l'a fait observer quelque part M. Dumas, soit dans le régime alimentaire de certains établissements, parmi lesquels celui d'Alfort mérite d'être cité avec éloge. A la vérité, il s'agit d'adultes et dans les calculs des physiologistes et dans les exemples que j'ai choisis ; mais les différences que je vais signaler entre le régime alimentaire d'Alfort et celui des lycées paraîtront peut-être à M. le Ministre hors de proportion avec la différence d'âge des élèves de ces établissements. Voici, d'après les documents exacts que j'ai puisés près du directeur de l'École, le régime des élèves d'Alfort. Il est affecté à chacun d'eux, pour les jours gras :

Au déjeûner.	187 gr. 50
Au dîner.	312 50

en tout, 500 grammes de viande de boucherie, fraîche et non désossée. Cette viande a perdu après l'enlèvement des os 125 grammes ; après la cuisson, 125 grammes encore ; restent 250 grammes de viande cuite et désossée. Un potage, un plat de légumes et une salade complètent le dîner, qui se trouve composé, comme on le voit, de trois plats, au lieu de deux qui sont servis dans les lycées. L'école dépense, dans les années ordinaires, 90 centimes par jour et par élève pour le maintien de ce régime, qui a la plus heureuse influence sur la santé et la vigueur des élèves.

Revenons à la comparaison de la quantité de viande accordée aux élèves des lycées et à ceux d'Alfort. Les élèves du petit collége reçoivent 66 grammes par jour, ceux du moyen collége 90 grammes, ceux du grand collége 110 grammes, ceux d'Alfort 250 grammes. Ainsi, il est servi à ces derniers près de quatre fois autant de viande qu'aux élèves du petit collége, près de trois fois autant qu'aux élèves du grand collége !

Les élèves de l'École normale reçoivent, pour un jour, de 220 à 230 gr. de viande cuite.

Enfin, les enfants traités dans l'un de nos hôpitaux obtiennent, dès qu'ils sont entrés en pleine convalescence, une part de viande cuite pesant 140 grammes.

Ces faits ne nous portent-ils pas à craindre qu'il n'y ait une légère insuffisance dans cette partie si importante de l'alimentation des élèves des lycées? Je ne voudrais pas abuser des arguments scientifiques dans l'examen d'une question qu'une mère de famille résoudrait mieux peut-être qu'un professeur de physiologie ; mais il est une considération qui me frappe et que je ne puis passer sous silence.

Parmi ces produits, que l'économie élimine incessamment, il en est un, l'*urée,* qui indique plus particulièrement la proportion de matière azotée détruite par le mouvement de la vie, et qui doit être renouvelée sous peine de dépérissement du corps.

Des expériences rigoureuses ont démontré que si, dans une période de douze jours, un homme de vingt ans élimine 334 grammes d'*urée,* un enfant de huit ans, bien portant et bien nourri, en éliminera 770 grammes

---

que nous avons pu constater. Une substance blanche, lisse, et offrant le reflet de la terre de pipe, est déposée sur toutes les surfaces revêtues de cartilages. Elle forme une couche mince qui résiste au lavage, au grattage et aux acides faibles. Souvent il se produit des ankyloses périphériques. Tant que les cartilages persistent, la matière blanche se retrouve au niveau de la ligne articulaire sous forme d'une double lamelle correspondant aux deux surfaces de l'articulation ankylosée. Plus tard, la matière blanche disparaît, mais les cartilages ont disparu aussi, et l'ankylose alors est complète, c'est-à-dire qu'il y a fusion des extrémités osseuses opposées.

Voilà, messieurs, une lésion au moins étrange; ajoutons qu'elle est rare. Je n'en connais que quatre cas (1) qui ont eu la singulière chance de tomber tous entre les mains de M. Broca. Malheureusement, les observations recueillies sur des sujets apportés à l'amphithéâtre ont dû rester pour la plupart incomplètes, et ne permettent pas encore de faire une véritable monographie.

Voici, toutefois, les points qui ont pu être étudiés.

L'articulation est en général sèche, peu lubréfiée ; la synoviale, un peu dépolie, injectée, présente quelques houppes éparses ; l'épaisseur de la couche crayeuse n'est pas uniforme ; les points où elle est plus épaisse correspondent, en général, à ceux où s'exercent les pressions les plus fortes. Cette couche n'existe jamais sur les os, quand les cartilages sont érodés ; dans une seule circonstance, M. Broca nous en a montré quelques vestiges à la surface des ligaments ; les cartilages semblent donc en être le siége exclusif. La consistance varie ; ordinairement assez ferme et constituant une lamelle qui tapisse les cartilages et qui, comme nous l'avons vu, reste double dans les ankyloses périphériques, elle est quelquefois plus molle, et peut même se présenter sous l'aspect d'un liquide laiteux, tenant des corpuscules en suspension. Sa composition chimique a été étudiée. Dans ses premières recherches, M. Broca avait cru reconnaître du carbonate, du phosphate et du sulfate de chaux ; dans des dernières analyses, qui semblent être faites avec plus de soin, et pour lesquelles M. Verdeil lui a prêté son concours, il a reconnu de l'*urate de soude insoluble.*

Enfin, messieurs, M. Broca a examiné au microscope les caractères que présente cette matière. Elle se montre sous la forme de masses opaques, non cristallines, infiltrées pour ainsi dire, jusqu'à une certaine distance, dans le cartilage, et offrant la disposition suivante : 1° Une zone opaque correspondant à la couche crayeuse. 2° Au-dessous une zone où les cavités cartilagineuses semblent plus développées qu'à l'état normal, contiennent plusieurs noyaux, et restent un peu voilées par la matière calcaire. 3° Une troisième zone très-singulière, où l'on voit comme un véritable semis d'aiguilles opaques implantées en divers sens. 4° Enfin la couche cartilagineuse à cavités encore un peu agrandies, mais qui ne tarde pas à reprendre ses caractères normaux.

Quelle est l'origine et la nature de cette affection ? C'est là, messieurs, le point le plus intéressant ; mais il faut le dire aussi, le plus obscur de la question. Les quatre sujets sur lesquels ces observations ont été recueillies, étaient : l'un, un homme de 30 ans, mort de fièvre typhoïde ; le second, un individu de 50 ans environ, mort d'une maladie du cœur ; le troisième, un vieillard ; l'âge du quatrième n'est pas indiqué ; seulement, on sait qu'il avait été atteint de rhumatisme dix années auparavant.

(1) *Bulletin* de 1849, p. 76; *Bulletin* de 1850, p. 200; *Bulletin* de 1852, p. 172.

environ dans le même espace de temps. La proportion est comme 1 est à 2, et il s'agit d'enfants âgés de huit ans seulement, comparés à des hommes de vingt ans. L'induction nous enseigne qu'il ne serait pas sans inconvénient de s'éloigner par trop de cette proportion dans la répartition de la viande aux élèves des lycées, puisque la viande contient la plus grande partie de l'azote des aliments qui leur sont offerts. Il ne faut pas perdre de vue que la nourriture des enfants n'est par employée seulement à l'entretien, mais encore à l'accroissement du corps.

Nous avons l'honneur de proposer à M. le ministre d'adopter pour la distribution de la viande les chiffres suivants :

Pour le grand collége, 65 grammes par tête et par repas;
Pour le moyen collége, 55 grammes;
Pour le petit collége, 45 grammes.

La quantité de la viande introduite dans les lycées n'a donné lieu à aucune remarque critique. Elle est livrée au trois lycées au prix de 112 fr. les 100 kylogrammes, par suite d'une adjudication consentie par le conseil académique.

L'apprêt des viandes servies dans les lycées a particulièrement attiré l'attention de la commission. L'examen des menus nous a fait voir que le bœuf bouilli figurait jusqu'à cinq fois, sur un bon nombre de feuilles, dans les dîners d'une seule semaine. Un même aliment, fût-il des plus savoureux et des plus réparateurs, entrant cinq fois sur sept dans la composition du dîner, finirait par être reçu avec répugnance. Il n'est pas vraisemblable que le bouilli jouisse de quelque privilége à cet égard. Cet aliment n'est pas tenu en grande faveur près des enfants en général, et des lycéens en particulier, et nous sommes forcés de convenir que 33 à 35 grammes d'une viande peu sapide, épuisée en partie par la décoction dans l'eau, accompagnés de pommes de terre à la sauce, réconfortent médiocrement les enfants de neuf à douze ans. Mais, dira-t-on, le bœuf bouilli a pour compensation la soupe grasse, à la préparation de laquelle le bœuf a été employé. Nous allons bientôt nous expliquer sur la valeur de cette compensation, que nous tenons pour insuffisante. La commission pense qu'il conviendrait de substituer, une ou deux fois par semaine, à la soupe grasse et au bouilli un dîner composé d'un potage maigre (il y en a de réparateurs : tels sont les potages à la purée, au riz, etc., etc.) et de viande rôtie ou grillée. Cela serait certainement reçu avec plus de plaisir et plus profitablement digéré par les élèves. Le pot-au-feu resterait de fondation les dimanches, jeudis et mardis, puisque ces jours-là il est ajouté un second plat de viande au bouilli. La soupe grasse et le bouilli pourraient être admis une quatrième fois, mais jamais une cinquième, dans le courant d'une seule semaine.

J'ai dit que nous donnerions notre avis sur les bouillons des lycées. La saveur de ce bouillon n'est pas désagréable, mais il est très-faible. Il n'a point cette odour réjouissante du bouillon de ménage; et à peine voit-on à sa surface quelques-unes de ces bulles arrondies qui indiquent la présence de la matière grasse. Nous savons que les gourmets font enlever l'excès de cette matière grasse sur ces consommés généreux pour la préparation desquels on n'a épargné ni la viande ni le temps; mais nous savons aussi qu'il peut y avoir des inconvénients à diminuer par trop la proportion de ce principe dans l'alimentation. Il y a de la matière grasse présente partout où il s'accomplit chez les animaux quelque phénomène organique. La nature la prodigue dans le lait, ce premier aliment des mammifères; dans l'œuf, aux dépens duquel l'oiseau se développe. De tous les aliments que la respiration consume pour produire de la chaleur, les matières grasses sont les plus utiles.

Une dernière considération se rattache à l'apprêt des viandes, et elle nous paraît très-importante. Sans rien perdre de sa gravité, la science peut formuler quelques règles sur la préparation du rôti. Ce n'est pas du rôti qui est servi sous ce nom dans les réfectoires des lycées. Dans le véritable rôti, le rôti cuit à la broche et à l'air libre, l'action du feu a saisi la surface de la viande. Elle y a coagulé l'albumine et quelques sucs, de manière à y faire naître une sorte de croûte peu perméable aux liquides. C'est sous cette couche que cuisent, sans y être décomposés, les sucs et les fibres de la chair. Une telle préparation est incomparablement plus sapide, plus digestible, plus tonique que ces prétendus rôtis cuits dans un milieu plein de vapeur d'eau. Cette notion est devenue vulgaire, et l'on sait que, pour attirer les clients, certains traiteurs des faubourgs n'ont rien imaginé de mieux que d'inscrire au-dessus de leur porte : « Ici on rôtit à la broche. » Mais cette notion vient de recevoir une application plus sérieuse et plus philantropique. Dans cet hôpital des enfants où les scrofules prenaient tant de victimes, on est parvenu à borner les ravages du fléau par l'usage de la gymnastique et des broches. J'ai eu l'occasion de plaider l'année dernière la cause de la gymnastique devant le conseil supérieur de l'instruction publique. Je viens aujourd'hui, au nom de la commission du régime alimentaire des lycées, proposer à M. le Ministre de substituer, si la chose est possible, la cuisson à la broche au procédé culinaire usité aujourd'hui pour la préparation des rôtis.

Le pain des lycées est de bonne qualité. Il est donné à discrétion aux élèves au dîner et au souper.

La boisson nommée abondance a pu être l'objet de quelques observations critiques, lorsqu'elle était préparée avec quatre cinquièmes d'eau et un cinquième de vin. Aujourd'hui, l'eau n'y entre plus que pour les trois quarts. Il est accordé trois litres de cette abondance aux élèves du grand collége (pour une table de dix couverts); les élèves du moyen et du petit collége n'en reçoivent que deux litres pour dix. Cette boisson nous a paru très-convenable. Le vin, comme la viande, est livré aux lycées à un prix déterminé par suite d'une adjudication consentie par le conseil académique. Il n'y a rien à reprocher à celui qui sert en ce moment à la préparation de l'abondance. Il serait très-utile qu'à l'exemple de l'administration de l'assistance publique, l'administration universitaire préposât quelques personnes à la vérification des qualités du vin au moment où il est livré à l'économat des lycées. Le palais d'un dégustateur exercé serait, en cette occasion, le meilleur des réactifs.

La commission a assisté à la distribution de plusieurs dîners maigres. Elle a pu s'assurer que le poisson servi aux élèves, acheté le matin même à la criée, était parfaitement frais. Nous n'avons pas essayé ni de faire usage de la balance pour juger de la quantité servie à chaque élève. Les parts nous ont semblé parfois un peu faibles, plus souvent suffisantes; mais le souper maigre est invariablement détestable. La pièce de résistance de ce repas est constituée tantôt par un macaroni, tantôt par un plat de haricots, tantôt par un plat d'œufs (un œuf et demi par élève), tantôt par un plat de pommes de terre. A cela, il est ajouté, ou des confitures, ou

---

Ces faits bien incomplets, rapprochés de la nature de cette couche crayeuse qui, comme les concrétions tophacées de la goutte, contient certainement dans un cas, et probablement dans les autres, de l'urate de soude, permettent de supposer qu'il y a une relation entre cette affection et les affections rhumatismales et goutteuses. Dans l'état actuel de la science, c'est tout ce que nous pouvons dire; mais l'éveil est donné, et nous devons espérer que les anatomopathologistes apporteront bientôt de nouveaux faits qui pourront combler les lacunes que laissent encore derrière elles les observations intéressantes de M. Broca.

ALTÉRATIONS DU TISSU CELLULAIRE ET DU TISSU GLANDULAIRE. THÉORIE DES KYSTES.

Nous devons encore ici, messieurs, rapprocher des faits pathologiques quelques recherches anatomiques qui s'y rattachent intimement. Elles se rapportent principalement à l'histoire des bourses muqueuses.

On peut établir les propositions suivantes : toutes les fois qu'une couche de tissu cellulaire se trouve placée entre deux parties de l'organisme mobiles l'une sur l'autre, il se forme une cavité close interposée, remplie d'un liquide lubréfiant.

La cavité close se forme d'autant plus facilement et d'autant plus promptement que les parties qui jouent ainsi l'une sur l'autre sont plus denses ou doublées de parties plus denses.

La densité du liquide lubréfiant est en rapport avec la dûreté des parties entre lesquelles existent les frottements.

A ces lois générales, se rapportent, comme on le voit, les synoviales articulaires, les séreuses, les bourses séreuses des tendons, et les bourses muqueuses proprement dites.

Les bourses muqueuses, toutefois, offrent un caractère spécial; tandis que les synoviales, les séreuses, même les séreuses des tendons, sont tapissées d'épithélium; les bourses muqueuses, au contraire, en sont complétement dépourvues. Cette particularité me paraît trouver son explication dans leur mode de développement. En effet, les cavités closes pourvues d'épithélium sont celles qui dépendent des mouvements produits par le jeu physiologique des organes les uns sur les autres, et qui apparaissent dès la vie embryonnaire. A cette époque, comme on le sait, il existe un moment pendant lequel l'embryon est uniquement constitué par des cellules; puis au milieu de ces cellules se développent les divers tissus. Les cellules se trouvent ainsi rejetées à leur limite et forment, à l'extérieur, l'épithélium de l'enveloppe cutanée et des muqueuses, et, à l'intérieur, l'épithélium des cavités interstitielles, c'est-à-dire des vaisseaux et des séreuses.

A la naissance, l'enfant rencontre de nouvelles conditions d'existence. Il vient au contact des objets extérieurs, et quelques-uns de ses organes remplissent des fonctions nouvelles. De là, une nouvelle série de frottements, et par conséquent une nouvelle catégorie de cavités closes. Mais, comme celles-ci se produisent dans l'organisme complétement constitué, il s'ensuit qu'elles n'ont point d'épithélium. Ce sont ces cavités qui ont été désignées sous le nom de *bourses muqueuses*.

Votre secrétaire a pu vérifier, en effet, que, dès la naissance, les synoviales des tendons existaient et étaient tapissées d'un épithélium très-mince, très-fin, mais incontestable; qu'à la même époque, les bourses muqueuses du genou, du coude, et ce sont les plus considérables, n'étaient pas distinctes du tissu cellulaire lâche qui double la peau; qu'elles se rencontraient, mais très-peu développées, sur un

une marmelade, ou du flan, etc. Ce souper, après un dîner maigre, est très-peu réparateur. On ne peut se dissimuler que la nécessité de servir deux jours de suite des dîners et soupers maigres à trois cents élèves ne soit chose fort embarrassante pour l'administration des lycées, qui n'a point de ressources pour varier cette alimentation. Pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde, le proviseur du lycée Napoléon a obtenu de Monseigneur de Paris la permission de donner des aliments gras aux élèves le samedi. Cette mesure prudente a vivement satisfait les parents, qui avaient fait entendre quelques plaintes à l'occasion du régime auquel étaient soumis leurs enfants. Sous le rapport de l'hygiène, ce serait certainement une réforme importante que celle qui permettrait l'usage de la viande le samedi. Mais cette question peut être envisagée d'un autre point de vue, et il n'appartient pas au médecin de s'y placer pour la résoudre.

Enfin, monsieur le ministre, la commission eût désiré que, dans l'intervalle qui sépare le moment du lever de celui du dîner, les élèves pussent recevoir quelque chose de plus substantiel qu'un simple morceau de pain. Mais, sur ce point, nous n'avons pu parvenir à aucune solution satisfaisante.

Le rapport se termine par des propositions d'amélioration dans le régime hygiénique des lycées, que M. le Ministre a adoptées dans le décret suivant, lequel ne tardera pas sans doute à devenir un régulateur pour le régime alimentaire de toutes les maisons d'éducation.

ARRÊTÉ.

Le ministre au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le rapport de la commission spéciale chargée d'apprécier le régime alimentaire des trois lycées à pensionnat de Paris ;

Vu les observations présentées par les inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire à la suite de leur dernière inspection dans les lycées des départements ;

Considérant qu'un travail intellectuel journalier peut devenir chez les enfants la cause d'un état de langueur ou d'épuisement, si le corps n'est soutenu par une alimentation suffisamment réparatrice ;

Considérant que, si d'importantes améliorations ont déjà été introduites dans le régime alimentaire des lycées, il est permis d'en espérer de nouvelles par la généralisation de certaines pratiques dont l'utilité a été reconnue ;

Considérant que des prescriptions réglementaires seraient inefficaces si un contrôle sérieux n'assurait pas aux élèves des lycées les avantages que l'autorité supérieure entend leur accorder ;

Arrête :

Art. 1er. Le poids de la viande cuite, désossée et parée, délivrée à chaque élève, est réglé ainsi qu'il suit :

Pour les grands, 70 grammes par tête et par repas ;
Pour les moyens, 60 grammes ;
Pour les petits, 50 grammes.

Lorsque le repas se composera de deux plats de viande, les deux parts devront peser un tiers en sus du poids ci-dessus fixé.

Les parts des maîtres nourris dans l'établissement seront de 100 grammes par tête et par repas.

Quelques minutes avant l'heure des repas, tantôt le matin, tantôt le soir, et sans que ces vérifications aient jamais lieu à jour fixe, l'économe, le proviseur ou son délégué feront mettre en leur présence, dans une balance, le contenu d'un plat destiné à une table de grands, de moyens ou de petits élèves ; ils diviseront le poids obtenu par 10, 8 ou 6, suivant le nombre d'élèves admis à la table, et s'assureront ainsi que cette moyenne est égale au poids réglementaire.

Les mêmes vérifications sont faites fréquemment par le recteur ou par un membre délégué du conseil académique.

Le vin, suivant sa force, entre pour un quart ou pour un tiers dans la composition de la boisson donnée aux élèves.

Art. 2. Au commencement de chaque semaine, le menu des repas présenté par l'économe, approuvé par le médecin, est arrêté par le proviseur, qui se conformera aux règles suivantes :

Le repas du matin se composera, non pas seulement pour les plus jeunes enfants, mais pour tous les élèves indistinctement, en hiver d'une soupe ou d'un potage, et en été d'une tasse de lait ou de quelques fruits avec une ration de pain convenable.

Le bœuf bouilli ne figurera dans le menu du dîner que trois fois par semaine au plus, et, ces jours-là, les élèves auront un second plat de viande.

Lorsque le menu du dîner ne se composera que d'un plat de viande, cette viande sera rôtie ou grillée.

Les jours gras, un plat de viande sera toujours servi au souper.

Les jours maigres, aux légumes aqueux, aux confitures et fruits secs, etc., on substituera, comme second plat, des mets plus substantiels consistant en poissons, œufs, farineux, etc.

La durée du dîner est d'une demi-heure ; celle du souper de vingt minutes au moins.

Art. 3. Les maîtres nourris dans l'établissement sont servis en même temps que les élèves et dans les mêmes salles.

Les agents et domestiques prennent leurs repas après les élèves, et autant que possible dans une salle commune.

Tant que les élèves n'ont pas été servis, tout prélèvement à un titre quelconque sur les aliments préparés pour chaque repas est formellement interdit.

Art. 4. Les recteurs des académies et les proviseurs des lycées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 1er septembre 1853.

H. FORTOUL.

---

enfant d'un an, et qu'à aucune période on ne trouvait d'épithélium dans leur intérieur.

Il n'est donc pas exact de diviser les bourses muqueuses en *normales* et *accidentelles* ; elles sont toutes normales, en cela qu'elles se développent dans un même tissu et d'après les mêmes lois physiologiques. Elles sont toutes accidentelles, en cela qu'elles n'apparaissent jamais spontanément, ne préexistent jamais aux mouvements et peuvent apparaître à tous les âges et dans tous les points du corps. Toutefois, par ce seul fait que nous sommes tous soumis à des conditions d'existence commune, il en est qui résultent de ces conditions et qui sont *constantes*, tandis que d'autres, dépendant de conditions spéciales à tel ou tel individu, n'apparaissent que dans certaines circonstances et sont *exceptionnelles*.

La plupart des bourses muqueuses sont sous-cutanées ; mais elles se développent aussi dans les parties profondes, toutes les fois que celles-ci présentent les conditions essentielles de leur formation, c'est-à-dire des mouvements qui ne se produisent qu'après la naissance. C'est ainsi que les organes respiratoires, que la langue, etc., qui n'exercent aucune action à l'état fœtal, doivent plus tard, par leurs mouvements fonctionnels, déterminer l'apparition d'un certain nombre de bourses muqueuses. Fleischmann a décrit, comme on le sait, celles de la face inférieure de la langue. M. Verneuil, dans une série de présentations (1), a le mérite d'avoir démontré celles qui se trouvent autour du larynx, entre cet organe et l'os hyoïde, et enfin à la base de la langue.

Après avoir mentionné la bourse muqueuse sous-cutanée, mentionnée par Béclard, en avant du cartilage thyroïde, M. Verneuil décrit, en outre, une bourse muqueuse hydothyroïdienne, entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, une bourse muqueuse de la base de la langue ; enfin, deux bourses muqueuses situées sur le bord postérieur du cartilage thyroïde, entre ce cartilage et les muscles constricteurs du pharynx, l'une au niveau de la grande corne, l'autre au niveau de la petite corne du cartilage.

Les deux premières méritent seules une description spéciale.

La bourse hyothyroïdienne est située entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, sur la ligne médiane. Elle est plus ou moins développée suivant les sujets. Dans un premier degré de développement, elle est double, c'est-à-dire qu'elle offre sur la ligne médiane une cloison correspondant à l'échancrure du cartilage thyroïde, et, par conséquent, au point où il n'y a pas de frottement. Dans un degré plus avancé, la cloison a disparu, et il reste une grande poche facile à insuffler, et qui offre les limites suivantes : en avant, l'aponévrose cervicale et les muscles thyrohyoïdiens, derrière lesquels elle est située ; en arrière, la membrane hyo-thyroïdienne, contre laquelle elle est appuyée, et qu'elle refoule en haut jusque derrière l'os hyoïde ; sur les côtés, ses limites sont moins définies. La poche se perd entre la surface externe du cartilage thyroïde et le muscle thyrohyoïdien, en offrant une étendue variable selon les sujets. M. Verneuil a rencontré une fois une disposition qui est peut-être le passage de la forme biloculaire à la forme simple de cette bourse muqueuse. Dans ce cas, il y avait, outre les deux poches normales, une troisième poche située dans l'épaisseur et en haut de la cloison même, immédiatement au-dessous de l'os hyoïde.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Page 538.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Kyste de la joue. — Injection iodée. — Guérison.

On a pu, dans le courant de cette année, observer au n° 19 de la salle Sainte-Catherine, un fait qui, quoique rare, intéressera vivement les praticiens : il s'agit d'un kyste de la joue.

Les tumeurs hydatiques, les kystes de la joue, disait M. le professeur Velpeau, dans sa clinique du 29 août, sont rares; les faits de ce genre se comptent dans la science. La fluctuation de ces tumeurs enkystées est plus ou moins manifeste; elles contiennent des produits très-divers; en voici un exemple remarquable.

La jeune fille qui le présente, nommée Vallet (Alexandrine), est âgée de 15 ans; elle est entrée dans le service le 6 juin 1853. Elle se porte habituellement bien; elle est réglée depuis deux mois; il y a cinq ans que la tumeur qu'elle présente dans la joue droite à commencé à se développer sans cause connue.

Cette tumeur est placée à un centimètre au-devant de la branche ascendante de la mâchoire; elle se termine en avant à deux travers de doigt de la commissure des lèvres, en bas, au niveau du bord inférieur de l'os maxillaire inférieur, en haut, elle soulève la peau jusqu'à l'os de la pommette; elle a le volume d'un petit œuf de poule. Elle est sans changement de couleur à la peau, si ce n'est à son centre, où il y a encore un petit point rouge; à ce niveau, la fluctuation est plus facile à percevoir que partout ailleurs. Cette tumeur est mobile avec les tissus de la joue; sur la face interne de ce voile, on rencontre également une surface ronde, lisse, régulière, bien circonscrite comme en dehors et également fluctuante; on ne constate pas de transparence. Cette tumeur n'est pas douloureuse, elle ne gêne nullement les fonctions physiologiques, mastication et phonation.

19 *juin*. M. Velpeau pratique sur le côté buccal de la tumeur, à travers la muqueuse, une ponction avec un trocart fin à hydrocèle; il injecte quelques gouttes de teinture d'iode. Le liquide, qui a été recueilli en quantité d'une cuillerée à bouche, examiné au microscope, présente de gros globules comme les globules granuleux de l'inflammation plastique, des granulations moléculaires assez abondantes, quelques corps ovoïdes ayant de l'analogie avec des noyaux d'épithélium. Consécutivement à l'opération, la joue a repris son volume, sa forme normale, sans qu'il se soit manifesté la moindre trace d'inflammation.

C'est là un beau fait, dit encore M. Velpeau, de l'injection iodée; elle a réussi au delà de toute expression, sans le développement même d'une légère inflammation.

Nous ne reconnaissons pas là la marche ordinaire des injections iodées; c'est là, en vérité, une guérison par première intention.

Nota. — Le microscope, dans ce cas, ne semble-t-il pas indiquer la nature de ce kyste, ses éléments hystologiques, l'épithélium nucléaire, indiquant l'hydropisie d'une glande de la muqueuse, les globules granuleux indiquant un commencement d'inflammation ?

Rombeau.

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement,

Par le Dr Alex. Mayer.

(*Suite. Voir les nos* 102, 103, 104.)

2e classe.

Inflammations sous la dépendance de modifications atmosphériques.

a. Inflammations rhumatismales et catarrhales. — « On « désigne sous le nom de rhumatisme toute affection dont l'essence consiste en ce qu'elle est produite et entretenue par la « suppression ou le trouble de la fonction cutanée, par une « âcreté séreuse qu'engendre le défaut d'activité de cette sécré- « tion (Hufeland). »

J'ajouterai que la cause qui y donne lieu le plus généralement est un état hygrométrique de l'air tel, que le fluide est saturé d'humidité et ne permet plus la perspiration insensible. D'où il résulte que des matériaux suranimalisés et excrémentitiels sont résorbés et retenus dans le sang, et sollicitent une réaction éliminatrice.

Le catarrhe et le rhumatisme sont sous la dépendance de la même constitution atmosphérique. La première de ces dénominations s'applique aux cas où le travail pathologique s'effectue par les membranes muqueuses; la seconde est réservée aux cas où le principe morbifique s'est concentré sur les muscles, les ligaments, les membranes séreuses, et tend à y épuiser son action (1).

L'un des caractères prédominants du rhumatisme est, d'après Hufeland : « de s'accompagner d'un accroissement de l'exsuda- « tion séreuse dans le tissu cellulaire. »

Il est de la plus haute importance, pour l'institution du traitement, de ne pas confondre entre elles les inflammations franches et celles qui sont sous l'influence d'un principe rhumatismal. Cette confusion, que pourrait entraîner l'identité de la localisation, est néanmoins assez facile à éviter.

Supposons qu'il s'agisse d'une arthrite, par exemple. On pourra affirmer qu'elle est simple si elle est survenue à la suite d'une violence traumatique; si c'est tout à coup, au milieu de l'état de santé qu'elle a fait invasion, si le sujet est dans l'âge où dominent les affections aiguës, s'il est robuste, et doué d'un tempérament sanguin, s'il est possible enfin de rapporter la maladie à une cause *accidentelle* bien manifeste, comme le séjour prolongé dans l'eau, l'exposition de la partie à l'air froid, alors que le corps était en sueur, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, de la fluxion hémorrhoïdale, de l'écoulement menstruel, etc., etc.

Il y aura, au contraire, de fortes présomptions en faveur d'un état rhumatismal, si la maladie est survenue pendant un temps froid et humide, dans une saison où règnent les rheumatoses et les catarrhes, si un grand nombre d'individus sont atteints de symptômes à peu près semblables, si l'invasion de l'arthrite a été précédée de frissons, de courbature, de dérangement des fonctions digestives, s'il y a une grande tendance à la diaphorèse, si le pouls n'est ni dur, ni trop accéléré, si la langue est large et blanchâtre, quoique la soif soit assez vive, si enfin aucune cause trop saisissible ne peut rendre raison de la maladie.

Il y a, sans doute, encore bien d'autres caractères qui différencient ces deux formes si diverses de l'arthrite; mais, comme je m'adresse à des praticiens, il me paraît inutile des les indiquer plus longuement. Je laisse à leur expérience le soin de suppléer à ce que j'ai pu omettre. Les mêmes principes s'appliqueraient à la distinction de la nature d'une pleurite, d'une péricardite, d'une méningite, etc., etc.

Quant aux inflammations catarrhales, elles ne comportent généralement du traitement antiphlogistique que sa diète. Les émissions sanguines, si elles trouvent parfois leur indication, doivent être pratiquées avec une extrême réserve, car rien ne contribuerait davantage à entraver les efforts salutaires de la nature vers une crise indispensable, en empêchant la coction de l'élément morbifique, et finalement son élimination.

Il est bien entendu qu'il n'est point question de proscrire ce moyen d'une manière absolue, parce qu'il peut se rencontrer tel cas de complication qui force d'y avoir recours.

Je prétends seulement qu'il faut savoir saisir son opportunité et ne pas s'en laisser imposer par de simples apparences sur la nécessité d'une médication aussi éminemment perturbatrice.

Les phlegmasies catarrhales réclament de prédilection les

(1) *Voir* mon Mémoire sur la *Méningite cérébro-spinale épidémique*, 1852.

diaphorétiques, les antispasmodiques, les toniques diffusibles, les éméto-cathartiques, les épispastiques, et autres révulsifs cutanés, si tant est que l'intensité ou l'incohérence des symptômes exige réellement qu'on abandonne l'expectation.

Souvent il arrive qu'un traitement intempestif, par les débilitants surtout, enraye l'évolution normale de la phlegmasie et la perpétue en quelque sorte sous la forme chronique, dont je n'ai pas à m'occuper, comme je l'ai déjà dit.

b. Exanthèmes fébriles. — Sous cette dénomination, sont comprises : la variole, la rougeole, la scarlatine et leurs dérivés, la varicelle, la roséole et la miliaire. Avec cette restriction empruntée à *Alibert*, on a une famille nosologique vraiment naturelle, ayant pour caractères communs :

1° D'être dues probablement à un miasme ; 2° d'être contagieuses ; 3° de n'atteindre communément qu'une fois dans la vie le même individu ; 4° de se développer et de parcourir leurs diverses périodes régulièrement et d'une façon déterminée ; 5° d'effectuer leur crise sur l'enveloppe cutanée ; 6° de n'exiger dans les cas ordinaires aucun traitement actif.

La cutite, dans ces maladies, n'est, en réalité, qu'un épiphénomène. La cause prochaine est un empoisonnement *sui generis* du sang spécial pour chacune de ces individualités morbides.

La réaction que nécessite l'élaboration du poison est quelquefois portée très-loin. Mais lorsque l'éruption vers la peau s'opère complétement et sans accidents ataxiques ou adynamiques, le concours de l'art est rarement utile, si ce n'est pour instituer le régime diététique auquel doit être soumis le malade.

Mais il arrive dans quelque cas, malheureusement encore assez fréquents, que les synergies sont enchaînées, d'où il résulte une incohérence qui peut atteindre promptement à la gravité.

Voici le type normal de l'évolution des exanthèmes fébriles :

Un principe morbifique est absorbé ; appelons-le miasme par hypothèse. Il s'écoulera un certain temps pendant lequel l'organisme ne révélera aucun trouble : c'est la période d'*incubation*. Bientôt quelques symptômes généraux se manifesteront ; ce sont les prodrômes de l'élaboration qui va s'accomplir : c'est la période d'*invasion*. Après quelques jours de durée, ces phénomènes font place à d'autres qui s'accompagnent d'une efflorescence vers la peau : c'est la période d'*éruption*, la détermination critique de la maladie. Enfin, après avoir persisté plus ou moins, selon l'espèce d'exanthème, et, après avoir subi différentes modifications, les taches, les papules ou les pustules se flétrissent et tombent par la *desquammation*, qui constitue la dernière période de la fonction pathologique.

Mais il se peut, que sous l'influence de causes spontanées ou accidentelles, les choses ne se passent pas avec cette régularité.

Tantôt c'est l'éruption qui ne se fait pas, ou qui ne fait que d'une manière incomplète.

Tantôt l'éruption accomplie donne lieu à des réactions sympathiques trop véhémentes.

Tantôt, enfin, après s'être montrée dans les conditions les plus heureuses, elle disparaît tout à coup.

Je ne mentionne pas divers autres accidents qui peuvent traverser ces maladies, parce que je ne veux pas trop m'étendre sur les détails.

1° L'éruption est nulle ou insuffisante. Il faudra rechercher soigneusement la cause de cette anomalie. Si le malade est entouré d'un air froid, on le fera coucher dans un lit modérément couvert, et on lui donnera quelque boisson chaude thisforme. S'il est affaibli et incapable de réactien, un verre de vin chaud judicieusement administré favorisera le mouvement d'expansion à la peau, et tout rentrera dans l'ordre. Si le *processus* dépuratoire est enchaîné par des spasmes internes, les stimulants diffusibles et l'opium à petites doses filées seront indiqués et produiront les résultats les plus favorables.

2° L'éruption est quelquefois tellement confluente, et l'inflammation de la peau si vive, que des symptômes fort graves se montrent du côté des organes importants à la vie. Ce sont généralement de simples congestions, mais fort actives. Quelquefois il en résulte des inflammations.

Dans l'un et l'autre cas, cette complication n'atteint le plus souvent que les sujets robustes et d'un tempérament sanguin.

Les émissions sanguines *à dose suffisante* devront être employées sans retard, mais il faudra se garder de les pousser si loin qu'il en résulte la prostration, parce qu'on priverait la force vitale des ressources dont elle a encore besoin pour mener la maladie à bonne fin.

En dehors des complications que je viens de passer succinctement en revue, le rôle du médecin doit être l'expectation. La phlegmasie cutanée étant nécessaire ne doit pas être combattue, et je considère pour mon compte, comme une pratique fort téméraire, les lotions réfrigérantes qu'on a préconisées pour calmer le malaise occasionné par la chaleur de la peau.

3° L'éruption disparaît subitement ; habituellement, c'est à la suite d'une imprudence qne ce phénomène s'observe, soit que le malade se soit refroidi *intus* ou *extra* en s'exposant à l'air extérieur ou en ingérant une boisson à température basse, soit qu'il ait éprouvé une impression morale trop vive.

D'autres causes encore peuvent amener le même effet, mais je m'arrête à celles-ci qui sont les plus fréquentes.

Un bain chaud ou de vapeur, des rubéfiants à la peau, des boissons diaphorétiques suffisent bien souvent à conjurer le danger de la répercussion.

c. Diphtérite. — Les inflammations diphtéritiques ont été appelées couenneuses et gangréneuses par tous les auteurs qui ont écrit avant M. Bretonneau (de Tours).

Selon ce savant praticien, cette inflammation est de nature spécifique ; les raisons qu'il donne pour le démontrer sont partagées aujourd'hui par la plupart de ceux qui, dans ces derniers temps, ont publié des travaux sur ce sujet. Je ne reproduirai pas tous les motifs sur lesquels s'appuie cette spécificité ; mais ce qui, à mes yeux, suffit pour établir ce point de doctrine, ce sont les deux considérations suivantes :

1° Cette maladie, qui règne quelquefois à l'état sporadique, sévit le plus fréquemment avec tous les caractères des épidémies.

2° C'est qu'il est rare de la voir récidiver chez le même sujet. J'y ajouterais bien un troisième argument, si le fait n'était encore contesté par quelques observateurs, bien que le plus grand nombre se croient hors de conteste à recevoir la *propriété contagieuse* commune à toutes les affections dont le caractère spécifique est hors de doute.

Cette affection, qui dénote un trouble profond de la plasticité, est due à des causes atmosphériques, sans que l'on puisse dire en quoi elles consistent ; on a constaté néanmoins que les épidémies de diphtérite naissent surtout pendant les saisons froides et humides ; on a noté également que les pays où elle règne endémiquement sont ceux où dominent les conditions météorologiques que je viens d'indiquer.

On ne saurait, je crois, rien ajouter à cette donnée étiologique, à moins de se jeter dans des hypothèses que rien n'autorise jusqu'à présent.

On a cherché à produire artificiellement l'inflammation pseudo-membraneuse diphtéritique. La substance qui a seule réussi à résoudre en partie le problème, c'est la cautharisine. Mais la pseudo-membrane qu'on obtient par ce moyen diffère essentiellement de celle de la diphtérite, en ce qu'elle reste localisée là où elle se manifeste, tandis que l'autre possède une tendance invincible à s'étendre par voie de continuité de tissu.

La spécificité de cette phlegmasie me paraissant assez solidement établie, et par des hommes haut placés dans la science, je ne m'étendrai pas, pour la corroborer, sur d'autres signes différentiels qu'on pourrait tirer de l'état anatomique de la partie envahie.

Les membranes muqueuses et la peau dénudée sont le siége de cette redoutable maladie.

Pour parler de son traitement, je choisirai de préférence comme exemple le *croup*.

La léthalité de cette espèce pathologique est si connue que, dans le peuple, on n'espère plus rien dès que le nom terrible est prononcé. Ici, l'exagération n'est malheureusement que trop justifiée par les insuccès du traitement ordinaire.

J'ai suivi, jusques dans les derniers jours, la voie tracée par presque tous les praticiens, et la seule guérison que j'aie jamais obtenue, ça été tout récemment dans un cas où je n'ai pas employé les émissions sanguines.

Voici cette observation dans toute son étendue, avec les réflexions qu'elle m'a suggérées :

Je ne serais pas si affirmatif dans la proscription des déplétions sanguines, si je n'y étais entraîné par ceux-là même qui ont le plus et le mieux étudié la question.

Il y a quelque chose d'assez inconciliable dans les préceptes thérapeutiques enseignés dans les livres contre la diphtérite laryngienne, quand on les compare avec les idées que les auteurs se font de la nature de la maladie.

Ainsi, je cite textuellement :

« . . . . Ce qu'il convient de noter actuellement, c'est que *les « émissions sanguines paraissent avoir été plus nuisibles « qu'utiles*, dans les épidémies observées par M. Bretonneau. « Il ne faut donc pas insister sur ces moyens avec autant d'é- « nergie qu'on le ferait dans une phlegmasie franche ; mais *il « convient cependant d'y avoir recours* (quand l'âge et les « forces du sujet le permettent), afin d'abattre l'élément inflam- « matoire qui aggrave les accidents. (*Dict. des dict. de méd.* « de M. Fabre, art. *Diphtérite.*) »

Pourquoi, je le demande, conseiller les émissions sanguines, si minimes qu'on les suppose, dans une maladie où il est admis qu'elles ont *été plus nuisibles qu'utiles ?* A quoi bon transiger avec une erreur, en pareille matière? On peut respecter un vieux préjugé dans certaines circonstances, mais non point quand la vie humaine se trouve engagée.

Le drapeau de l'hippocratisme que j'ai jusqu'ici défendu avec toute l'énergie dont je suis capable, me mettra, j'espère, à l'abri du reproche de sacrifier à des idées systématiques.

Mais il y a des vérités absolues, — si rares qu'elles soient, — qui demandent un culte sans restriction. Il en est ainsi dans le cas actuel. La saignée est préjudiciable, je la proscris. Et pourquoi non ? Que ses effets soient désastreux comme un ou comme dix, peu importe ; il faut s'en abstenir.

Je suis peu touché de la nécessité dont on arguë d'éteindre l'élément inflammatoire. Dans l'espèce, cet élément est dominé par l'élément spécifique qui exige des moyens tout opposés ; et comme le danger naît de celui-ci et non de l'autre, c'est au plus pressant que je satisfais, ne m'inquiétant que de la vie de mon malade.

Il n'y a pas longtemps encore, la fièvre typhoïde s'appelait gastro-entérite vineuse pour ceux-ci, spécifique pour ceux-là, et d'autres noms encore. Alors on la traitait par les émissions sanguines à outrance. Il en est qui ont eu la prétention de la *juguler*. Une réaction est advenue contre la doctrine en vogue à cette époque, et la fièvre typhoïde a repris son rang dans la nosologie. Or, on ne saigne plus ou presque plus dans cette pyrexie, et on ne se fait pas scrupule de négliger l'élément inflammatoire auquel quelques-uns croient encore. Eh bien ! a-t-on vu la mortalité augmenter sous l'influence de ce nouveau courant d'idées ? Assurément non.

Je conclus donc en disant :

1° Dans les inflammations diphtéritiques et couenneuses, les émissions sanguines sont nuisibles et doivent être bannies.

2° Dans quelques cas infiniment exceptionnels, mais qu'il faut pourtant réserver, on sera autorisé à opérer des déplétions sanguines, pour parer à des complications imprévues et graves ; mais on ne doit s'y résoudre qu'en présence d'indications positives et en s'imposant les plus grands ménagements.

C'est dans l'expulsion des fausses membranes par les vomitifs, dans la cautérisation des parties, quand on peut les atteindre, enfin dans une médication antiplastique, que se résume la série de moyens rationnels qui doivent faire le fond de la thérapeutique du croup.

On peut en déduire facilement la règle de conduite à tenir dans toutes les localisations que peut affecter la diphtérite.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Un de nos confrères, les plus justement estimés, M. le docteur Mancel, vient, après notre excellent maître, M. Blache, d'être frappé presque de la même façon dans ses sentiments les plus chers. M. Mancel, fils, étudiant en médecine, à qui son intelligence et son amour du travail réservaient un bel avenir, vient de succomber à une véritable angine gangréneuse. Il était petit-fils, par sa mère, de Royer-Collard. Notre malheureux confrère, animé d'un pieux sentiment, a voulu soustraire, le plus longtemps possible, à l'action dévorante des éléments, les restes mortels de son fils; le corps du jeune Mancel a été embaumé par un élève de l'illustre Paniza, M. Falconi, qui possède, dit-on, un liquide conservateur, supérieur à tous ceux qu'on a employés jusqu'à ce jour. La méthode employée par le savant étranger est la méthode par injection, c'est-à-dire celle qui permet de conserver les corps sans pratiquer aucune mutilation.

— Dans une note ajoutée à une lettre relative à l'exercice de la pharmacie, M. Chevallier cite le fait suivant, qui est bien de nature a éveiller la vigilance des pharmaciens sur la pureté des produits qu'ils reçoivent des fabricants ou du commerce :

« Un pharmacien vient d'être condamné à trois mois de prison, parce qu'on a trouvé, dans son officine, du sous-nitrate de bismuth qui contenait de l'arsenic; ce sous-nitrate lui avait été livré par un fabricant de produits chimiques, dans lequel il avait toute confiance. Ce dernier, appelé au procès, a déclaré qu'il ne reconnaissait pas ce sous-nitrate pour venir de chez lui ; il fut mis hors de cause. »

— Nous recevons de notre honorable collaborateur, M. Abeille, une réclamation relative à des expériences sur l'emploi de l'électricité dans les accidents anesthésiques. Nous attendrons qu'il veuille bien nous communiquer les expériences elles-mêmes pour donner à sa réclamation le développement qu'il désire.

BIBLIOGRAPHIE.

De la guérison de la Surdi-Mutité, et de l'éducation des sourds-muets. Exposé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine, avec notes critiques, réflexions, additions, et un résumé général ; par P. Menière, médecin de l'Institut impérial des Sourds-Muets de Paris. — Un volume in-8, de 432 pages, 1853. Prix : 5 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Eaux minérales des Pyrénées. — Recherches comprenant l'étude de l'action thérapeutique, la constitution chimique de ces eaux, et la comparaison des ressources que les principaux établissements des Pyrénées offrent aux médecins, par M. E. Filhol, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Toulouse. — Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. — 1 vol. format Charpentier. Prix : 5 fr.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 111. 1re ANNÉE. Jeudi 15 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie des sciences du 5 septembre. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses, par M. le Dr Abeille. (*Suite et fin.*) — Résultat des opérations obstétricales pratiquées dans le duché de Nassau depuis 1821 jusqu'en 1843, par M. B. Schnepf. — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Paris, le 14 septembre 1853.

Séance de l'Académie des sciences du 5 septembre.

M. de Quatrefages voudrait-il apporter une heureuse innovation dans l'Académie des sciences, et voudrait-il démontrer, par un exemple édifiant, que les travaux sérieux adressés au docte corps ont réellement droit à des rapports? Son ardeur est-elle due, au contraire, à ce feu de néophyte qu'éteint bientôt l'habitude des honneurs? Nous ne pourrions répondre à cette question que par des suppositions; l'avenir seul pourra nous édifier à cet égard. Ce que nous avons de mieux à faire, c'est donc de profiter pour le moment, sans nous trop inquiéter de l'avenir, de la bonne volonté de M. de Quatrefages et ce qu'elle pourra produire de bon. Enregistrons aujourd'hui un très-bon rapport sur le très-intéressant mémoire de MM. Lacaze et Riche, relatif à un sujet qui, au premier aspect, semblerait ne nous intéresser que médiocrement, mais dans lequel, en réalité, les phisiologistes et mêmes les médecins pourront trouver des indications précieuses.

Pendant une période, d'assez courte durée, il est vrai, les médecins chimistes ou plutôt des chimistes peu médecins, ont prétendu, sous l'impulsion de MM. Boussingault et Dumas d'abord, de M. Payen ensuite (1), que la graisse, de même que toutes les matières grasses, ne pouvait point se former dans l'organisme animal, et qu'elle ne s'y trouvait qu'à la condition d'avoir été puisée toute formée dans les végétaux et simplement déposée dans nos tissus. Cette opinion, on le comprend de reste, ne pouvait être basée que sur un petit nombre d'expériences équivoques, car à supposer que les chimistes n'eussent trouvé, en analysant le corps d'un animal, que la quantité rigoureuse de matières grasses qui y auraient été introduites toutes formées, de quel droit auraient-ils pu en conclure qu'il en doit être de même chez tous les animaux et dans toutes les conditions? Cette objection était déjà bien puissante contre une opinion aussi hasardeuse, mais on ne tarda à lui en opposer de plus puissantes encore. M. Dumas lui-même, en présentant à l'Académie un mémoire avec M. Milne Edwards, abjura son erreur en citant des expériences d'où il résultait clairement que les abeilles *font* réellement de la cire, expériences que des recherches non moins concluantes de Liébig avaient déjà devancées.

Mais de toutes les observations que l'on pourrait invoquer contre une opinion, du reste abandonnée unanimement, nous le croyons du moins, celle que viennent de faire MM. Lacaze et Riche est certainement une des plus charmantes et des plus démonstratives à la fois.

Quoi de plus saisissant que de prendre un animal impondérable à sa naissance, d'en suivre le développement dans une masse alimentaire renfermant 1 milligramme à $1^{\text{millig}}86$ de matière grasse, et de constater ensuite, par l'analyse, que cet animal (qui ne pèse que 19 milligrammes, tandis que la masse alimentaire pesait 86 milligrammes) renferme $4^{\text{millig}}80$ de cette même matière, c'est-à-dire sensiblement cinq fois autant que la matière dont il s'est exclusivement nourri! On ne sait ce qu'il faut admirer le plus ou la simplicité de l'expérience ou la certitude de la démonstration qu'elle fournit. M. de Quatrefages a fait ressortir, avec juste raison, tout le mérite des recherches de MM. Riche et Lacaze, et il y a joint quelques considérations sur l'engraissement, que les médecins pourront méditer avec fruit. Nous associons donc de grand cœur nos éloges à ceux du rapporteur, et nous prions ce dernier d'en prendre sa juste part. Les académiciens dont le zèle encourage, en les récompensant comme l'a fait M. de Quatrefages, les investigations des travailleurs, ont une véritable influence sur le progrès de la science, et, à ce titre, on ne saurait trop applaudir à l'exemple donné par M. de Quatrefages.

G. Dumont.

(1) Voici ce que disaient MM. Dumas et Boussingault à l'Académie (*compte rendu*, t. 16, p. 345) : « Les recherches dont nous allons exposer le précis tendent à établir *que les matières grasses ne se forment que dans les plantes*, et qu'elles passent toutes formées dans les animaux.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses,

Par M. le Dr Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 104, 106, 107, 109.)

Quelques médecins, M. Castelnau en tête, ont supposé, et non sans raison, que le liquide injecté agit, dans beaucoup de cas, principalement par voie d'absorption. Son absorption est matériellement prouvée par la présence du métalloïde dans l'urine quelque temps après. Mais cette absorption

est beaucoup plus faible sur les parois des abcès migrateurs que sur toutes les autres surfaces membraneuses normales. Ce serait avoir une confiance aveugle que de confier à cette absorption restreinte le soin de la guérison de l'os malade, lorsqu'en administrant l'iode à l'intérieur on a de si puissantes voies d'absorption à exploiter. Nous devons donc dire que l'absorption qui s'opère dans l'abcès n'est qu'un effet minime ajouté à celui si grand du traitement général par les préparations d'iode, et que l'action la plus certaine, la plus manifeste des injections, a lieu sur la poche purulente elle-même, et non sur l'os malade; la preuve en est qu'elles sont parvenues à décider l'oblitération momentanée de cette poche, sans que l'os fût guéri, deux fois sur trois, lorsqu'elles ont constitué tout le traitement. Mais la preuve en est surtout dans la belle observation d'abcès avec carie de la hanche, guéri par l'administration seule des dragées d'iodure de fer inaltérable de Gille, observation publiée dans le numéro spécimen du *Moniteur des Hôpitaux,* par M. le docteur Déclat de Neboud, et sur laquelle nous allons dans un instant donner quelques détails. (4e et 5e *obs.* de la 1re catégorie) (1).

Dans la deuxième observation de la deuxième catégorie, appartenant à M. Boinet, l'altération osseuse n'a pu être guérie, ni par le traitement général (2), ni par les injections iodées; la poche purulente s'est oblitérée sous l'influence de celles-ci pour être suivie plus tard d'une deuxième poche située au côté opposé. Dans les septième et huitième observations, un effet analogue a eu lieu, puisqu'on a pu constater l'oblitération partielle de la poche injectée, bien que les désordres osseux eussent continué et eussent donné naissance à des poches nouvelles. Dans l'observation de M. Huguier, le même effet se représente, car la poche ne constitue plus qu'un trajet fistuleux.

Une seule conclusion peut être tirée de tout ceci, c'est que les injections iodées agissent très-avantageusement pour obtenir l'oblitération du sac purulent dans les abcès symptomatiques migrateurs et sessiles; que, dans les premiers, il est à peu près impossible qu'elles modifient l'altération osseuse par le contact: tout au plus peuvent-elles ajouter un léger effet par voie d'absorption à celui si considérable que produit le traitement général par les préparations d'iode; que dans les abcès sessiles où le liquide arrive à volonté sur l'os malade, elles ne parviennent pas encore à guérir cet os si elles ne sont corroborées dans leur action par ce traitement, et qu'en définitive, pour qu'elles soient réellement efficaces, il faut qu'elles s'appuyent, dans les abcès de l'une et l'autre catégorie, sur un traitement général de durée convenable, suivant la gravité des cas.

Nous devons dire quelques mots de ce traitement que nous considérons comme excessivement important, nécessaire même pour la réussite des injections iodées.

Et d'abord, il est très-certain que rien qu'à son aide on a obtenu récemment une guérison fort remarquable : nous voulons la rappeler brièvement :

Il s'agit de ce cas relaté dans le spécimen du *Moniteur des Hôpitaux* (21 décembre 1852), par M. le docteur Déclat de Neboud : enfant de 8 ans et scrofuleux, coxalgie par suite de violence extérieure, luxation de la tête du fémur, abcès symptomatique; vaste ouverture de l'abcès par la potasse caustique, écoulement abondant de pus séreux et fétide, accidents graves tels que fièvre continue, perte d'appétit, diarrhée, etc. C'est dans ces conditions qu'on administra les dragées d'iodure de fer de Gille pendant un an, et qu'on obtint une guérison radicale. Dans les derniers moments, on a employé les injections avec du sulfate de fer pour un petit trajet fistuleux restant.

Cette observation est bien le plus bel exemple de guérison qu'on puisse citer en faveur d'un traitement général approprié.

Ce traitement général doit être constitué par les préparations d'iode à l'intérieur, les toniques et un bon régime. De toutes les préparations d'iode, l'iodure de fer paraît la plus convenable, la plus active.

Les pilules de Gille, qui ont l'avantage de conserver ce médicament pur, inaltéré, et qui ont la propriété de se dissoudre promptement dans l'estamac, devront sans contredit être préférées. Le traitement général semblerait avoir plus d'effet sur la jeunesse; à cet âge, en effet, l'assimilation est plus active.

Est-ce à dire que nous ravalons la portée de la nouvelle méthode en faisant du traitement général une condition nécessaire pour leur réussite? Point, nous la réduisons à son rôle réel et ce rôle a une importance assez considérable, pour lui mériter encore la prééminence, ainsi que nous allons brièvement le prouver.

Est-ce que les dangers qui menacent les malades dans les abcès symptomatiques proviennent seuls de l'altération osseuse? Primitivement, sans doute, puisque c'est là le point de départ. Mais, en dehors de cette altération, il y a des circonstances qui créent des dangers nouveaux et plus immédiats. Ainsi, pourquoi, par exemple, dans les abcès symptomatiques sessiles, voit-on survenir si rarement l'infection purulente, si fréquente dans les abcès migrateurs? Pourquoi les sujets s'épuisent-ils beaucoup moins promptement que dans les abcès migrateurs, et cela avec une altération osseuse égale sous tous rapports, excepté sous celui de la situation? C'est que, dans ces derniers, la poche purulente, située plus profondément, avoisine des organes importants qu'elle finit par détruire; c'est qu'elle est elle-même d'une étendue beaucoup plus considérable que celle des abcès sessiles; c'est qu'elle sécrète une quantité considérable de pus qui épuise aussi les malades; c'est qu'enfin, quand elle s'enflamme, elle expose, par sa situation et son étendue, aux plus grands dangers, et qu'elle communique facilement, par son contact, l'infection aux organes voisins pourvus abondamment de capillaires. N'est-ce pas pour tous ces motifs que, de tout temps, on a redouté d'ouvrir les abcès dits par congestion, qu'on s'est évertué à trouver des procédés opératoires qui préservent des accidents ultérieurs? N'est-ce pas encore pour tous ces motifs que MM. Velpeau et Nélaton conseillent presque d'abandonner le soin de leur ouverture à la nature, ou de ne s'y résoudre que *in extremis?* Il est évident que toutes ces circonstances en dehors de l'altération osseuse, inhérentes à la poche purulente elle-même, doivent susciter et suscitent en réalité beaucoup de revers qui arriveraient plus tard et quelquefois n'arriveraient pas sans elles. Et ne voit-on pas, de temps en temps, le mal de Pott si terrible, guérir après avoir détruit partie de corps de vertèbres en laissant une gibbosité considérable, et cela sans qu'il y ait eu abcès migrateur? Disons même que c'est plutôt dans ces cas qu'on le voit guérir. Évidemment l'absence d'une poche purulente étendue soustrait alors les malades à de graves dangers, — sans chercher à expliquer ce que deviennent les détritus osseux dans cette circonstance.

S'il est bien prouvé, et nous croyons l'avoir fait, que les injections iodées agissent sur la poche purulente et tendent à en procurer l'oblitération, il résulte qu'elles sont un moyen très-efficace de parer aux dangers inhérents à celle-ci ou de les prévenir. Dans quelques cas où une terminaison funeste a eu lieu, elles ont eu même l'avantage de corriger la nature fétide du pus, de faire diminuer sa quantité (7e, 8e, 9e *obs.*). Et quand, par bonheur, la lésion osseuse est guérie ou à peu près à la suite d'un long traitement général, elles entraînent alors la cure définitive et prompte de la poche, et évitent aux malades tout ce qui peut les menacer de son côté. Nous voudrions presque nous résumer à dire que le nombre plus grand de guérisons qu'on obtient, avec leur secours, dans les abcès migrateurs, ne tient absolument qu'à ce qu'elles prémunissent contre tous ces dangers.

Quelle est, en effet, la somme de succès obtenue par les diverses

(1) Nous devons rectifier une erreur relative à la 2e observation de la 1re catégorie. Le fait remonte au mois d'août 1847, au lieu de 1848, comme nous l'avons écrit.

(2) Le traitement général dans le cas auquel notre honorable collaborateur fait allusion n'a pas compris l'emploi de l'iodure de fer à l'intérieur; or, de tous les médicaments généraux, il n'en est pas un, ainsi que le pense très-justement M. Abeille, sur lequel on puisse compter autant que sur les dragées d'iodure ferreux inaltérable. (*N. du R. en ch.*)

méthodes de traitement dans ces sortes d'abcès? Il meurt quatre malades sur cinq, a dit M. Velpeau dans une de ses Leçons orales. Le savant professeur est peut-être resté même en deçà de la vérité en émettant cette proposition. Sur treize cas traités par les injections iodées, au contraire, il y a cinq guérisons; et si on veut retrancher le cas de M. Boinet (*obs.* n° 2) où il y a eu récidive ultérieure, il reste quatre guérisons sur treize, ou un peu plus d'un quart. La nouvelle méthode est donc supérieure aux autres, et, suivant nous, elle ne leur est supérieure que parce qu'en oblitérant complétement ou partiellement la poche, on évite une somme de dangers aux malades. Dans notre 12e observation, les injections iodées ont tiré le malade d'une mort probable en mettant un terme à une suppuration abondante et fétide qui ne dépendait plus que de la poche purulente. Mais cette supériorité si marquée se réduirait à bien peu de chose si ces injections devaient susciter des accidents, exposer à des dangers qui annuleraient ainsi leur bienfait. Ceci nous conduit à parler des accidents qui les accompagnent parfois. Nous ne pouvons que discuter brièvement cette question.

Des accidents auxquels peuvent exposer les injections iodées.

Pour les abcès sessiles, nous ne voyons en réalité que trois cas où les injections aient été suivies d'accidents sérieux, ce sont deux des cas de M. Guersant dont nous n'avons pu connaître la nature des accidents faute de détails, et la 9e observation due à M. Robert. Ici, il est survenu un point gangréneux sur les parois du sac à la suite de la dernière injection.

Est-il bien certain que la gangrène survenue dans ce cas, et rattachée par M. Robert à la dernière injection, en soit réellement une conséquence?

Mais d'abord faisons remarquer qu'il s'agit de gangrène de la peau et non des parois du foie dont on a constaté l'intégrité à l'autopsie.

Comment la teinture d'iode, poussée dans la cavité de ce sac, aurait-elle pu déterminer le sphacèle de la peau au point correspondant, sans avoir gangréné en même temps les parois de ce dernier?

De deux choses l'une: ou la teinture d'iode a produit cet accident fâcheux, et il faut alors qu'il s'en soit échappé une partie dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou elle est tout à fait étrangère à cet accident.

Si l'on veut admettre qu'il y a eu épanchement de la teinture dans le tissu cellulaire, ce n'est plus sur le compte de l'injection qu'il faut mettre la gangrène de la peau, mais bien sur celui de la vicieuse manière dont on l'aurait pratiquée.

Mais le docteur Boinet, directement intéressé dans cette observation, puisque c'est lui qui a appliqué le traitement, nous a communiqué par écrit quelques circonstances qui tendraient à dissiper tous les doutes.

Cet honorable confrère affirme, et dit avoir les pièces à l'appui, que l'escarre observée par M. Robert, sur le malade en question, n'est survenue que cinq mois après la dernière injection. Entre une affirmation de la part de M. Robert et une dénégation du côté de M. Boinet, il ne nous reste que le rôle d'historien.

Ce point sera sans doute pleinement étudié dans une des prochaines séances de la Société de chirurgie.

Pour les abcès migrateurs, nous trouvons des accidents qu'on peut rattacher aux injections dans les 4e, 5e et 8e observations, ou trois fois sur treize, un peu plus fréquemment que dans les abcès sessiles.

Voyons en quoi ils consistent. Dans la 4e observation, on signale une inflammation vive au bout de vingt-quatre heures et une nouvelle réplétion de la poche qui donne issue à une énorme quantité de pus, puis de la fièvre, etc.

Dans la cinquième, il est question d'inflammation assez vive après la première injection, mais qui se calme par les antiphlogistiques.

Enfin, dans la huitième, il y a eu phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané et sus-jacent aux parois du sac; mais il reste douteux si ce phlegmon est bien le résultat de l'injection d'iode ou des circonstances qui l'ont accompagnée et que nous avons énumérées avec soin.

Est-ce que, par hasard, de semblables accidents n'auraient pas lieu dans les abcès symptomatiques traités autrement que par les injections d'iode? Nous sommes autorisé non seulement à répondre par l'affirmative, mais à soutenir que semblables ou d'autre nature, les accidents sont plus fréquents encore. Et pourquoi, si les injections iodées provoquent directement ces accidents, n'en verrait-on pas plus fréquemment dans les abcès sessiles qui sont en plus grand nombre sur notre relevé et où les injections ont été plus souvent répétées que dans les abcès migrateurs? Il y a encore ici quelque chose qui tient plus à la poche elle-même qu'aux injections iodées, car c'est plutôt dans les cas où ces injections ont été rares que dans ceux où elles ont été répétées un grand nombre de fois que les accidents ont surgi. Quand, sur quinze amputations, il en est dix qui se passent sans accident grave, et cinq qui sont suivies d'inflammation vaste, de décollement, d'exfoliation tendineuse, de gangrène, d'infection purulente, est-on en droit d'imputer ces accidents aux procédés opératoires? Évidemment non. On les rapporte avec plus de raison aux dispositions individuelles, aux circonstances, aux conditions dans lesquelles se trouvaient les malades au moment de l'opération. Il nous semble qu'il serait peu logique de penser différemment au sujet des injections iodées, surtout quand la somme des accidents est si faible en présence de la quantité d'opérations. Nous conservons, malheureusement peut-être, la conviction que, bien maniées, les injections iodées sont inoffensives. Par bien maniées, nous entendons qu'on doit les faire d'abord à faible dose (au 4 ou au 5) pour n'arriver qu'insensiblement à des doses plus fortes; qu'il ne faut ouvrir le sac que bien tard, et cela a une grande importance à nos yeux, quand on a longtemps agi par un traitement général. En effet, sur trois cas où sont survenus des accidents dans les abcès migrateurs, deux fois la poche a été ouverte aussitôt qu'elle commençait à apparaître et sans qu'il y eût eu de traitement général préalable (4e et 5e *obs.*). Nous entendons, enfin, qu'il faut éviter toute manœuvre susceptible d'entraîner par elle-même une inflammation suppurative du sac ou du tissu cellulaire ambiant, ce qui est arrivé dans la 8e observation, où du pus concret, des grumeaux ont été entraînés à la suite du retrait de la canule dans le conduit sous-cutané.

Tout ce qui ressortira de plus évident de ce travail, c'est qu'au moyen des injections iodées appuyées d'un bon traitement général par les préparations d'iode, notamment l'iodure de fer, on guérit plus souvent qu'avec toute autre méthode les abcès symptomatiques migrateurs et sessiles; que ces injections ne peuvent prétendre guérir à elles seules; qu'elles agissent sur le sac purulent, et bien faiblement, par voie d'absorption, sur l'os malade dans les abcès migrateurs, tandis que, dans les abcès sessiles où le liquide est porté sur la lésion osseuse, elles peuvent exercer une certaine modification avantageuse, mais insuffisante; qu'elles sont assez puissantes pour entraîner l'oblitération de la poche dans certains cas où la lésion osseuse n'est pas guérie; que, dans certains cas où elles n'empêchent pas une issue malheureuse, elles procurent encore quelques bons résultats tels que de modifier la suppuration en nature comme en quantité; que dans d'autres elles donnent un demi-succès en déterminant une oblitération partielle de la poche; qu'enfin, les accidents qu'on leur attribue dans quelques cas ne nous paraissent pas résulter nécessairement de leur emploi, mais plutôt des conditions des malades, des circonstances dans lesquelles on opère et de la manière dont on les pratique.

Deux commissions sont instituées pour juger définitivement la question des injections iodées, l'une dans la Société de chirurgie, l'autre à l'Académie de médecine. Avec les détails plus précis que ces commissions pourront réunir, notre travail pourra peut-être, en leur évitant les ennuis de recherches arides, les mettre à même de se prononcer, d'une manière définitive, sur tous les points qui se rattachent à cette question.

Résultat des opérations obstétricales pratiquées dans le duché de Nassau depuis 1821 jusqu'en 1843.

Quoique le rédacteur de ce journal ait nombre de fois appelé l'attention des praticiens français sur l'importance d'une statistique des opérations obstétricales, la France en est encore à n'avoir que des vœux sur ce point de l'histoire de l'art. Dans un tel état de choses, j'ai pensé qu'on ne lirait pas sans un vif intérêt le travail suivant.

Dans le duché de Nassau est institué, depuis 1818, un service médical qui a pour but de soulager les misères humaines, comme aussi de faire progresser efficacement les sciences et l'art de la médecine particulièrement. Des médecins, établis par *districts* ou *cantons*, sont chargés par le pouvoir d'exercer la médecine, la chirurgie et l'art des accouchements, moyennant une allocation prélevée en partie sur les fonds de l'État, en partie sur le revenu des communes ; ils doivent donner leurs soins, sans distinction, à tout sujet qui les réclame. En outre, ils sont tenus d'adresser, chaque semestre, au ministre de l'intérieur, un rapport de statistique médicale comprenant : les maladies régnantes, les épidémies, le relevé des malades des hôpitaux, des asiles publics et privés, des maisons d'accouchements, des maisons de correction, de détention, etc., des établissements thermaux ; les épizooties, les variations de la température et son influence sur la santé publique, etc., etc.

Ces documents précieux, non-seulement pour le duché de Nassau, mais aussi pour les autres pays, devinrent en 1843, après avoir été amassés pendant 25 ans, la base de travaux originaux qu'une commission de rédaction, composée de MM. les docteurs J.-B.-V. Franque, W. Fritze, P. Thewalt, groupa méthodiquement suivant le cadre nosologique, et publia, avec le titre (1) d'*Annales de Médecine pour le duché de Nassau*, aux frais du gouvernement et sous la surveillance particulière du ministre de l'intérieur.

De telles institutions font de l'exercice de la médecine un sacerdoce qui honore autant le chef de l'État qu'il relève la science, en lui donnant sa vraie, son unique base, l'observation.

Espérons que la France, ce pays aux grandes, aux généreuses inspirations, ne sera pas la dernière à embrasser cette voie d'amélioration de la santé générale.

Les *Annales de Médecine* du duché de Nassau renferment un nombre imposant de statistiques ; nous en extrayons aujourd'hui celle qui donne le résultat des opérations obstétricales pratiquées de 1821 à 1843 (2).

Les actes officiels ont été classés par le docteur Thewalt, de Limburg, qui a également exécuté le plan en grande partie ; mais la mort, en l'enlevant trop tôt à la science, ne lui permit pas de terminer ce long travail. Le docteur Rücker d'Eltville adopta le plan de Thewalt et acheva la statistique commencée par ce dernier.

Ce travail n'est pas uniquement un résumé des opérations obstétricales pratiquées dans une période de vingt-trois ans ; il renferme aussi un grand nombre d'observations, celles surtout qui ont offert un intérêt scientifique ou pratique. Il est consigné dans les tomes 5, 6, 9 et 11 ; il ne comprend pas moins de 700 pages in-8°, et il a paru entre 1846 et 1853. Il n'y est question que des opérations suivantes : application du forceps, versions, perforation (du crâne), embryotomie, opération césarienne, accouchements artificiels.

I. *Opérations césariennes.* — Le docteur Thewalt commence par la statistique des opérations césariennes qui ont été pratiquées entre 1821 et 1843, dans le duché de Nassau, sur un nombre total d'accouchements qui s'élève à 311,409. Cette opération s'est présentée 12 fois sur des femmes vivantes et 29 fois sur des femmes qui avaient cessé de vivre. Les 12 premiers cas sont résumés sous la forme d'un tableau que nous reproduisons, en ajoutant dans la colonne des observations les particularités qui nous paraissent mériter une attention spéciale :

N°	ANNÉE.	DEMEURE.	AGE.	PARTURITION.	INDICATIONS.	OBSERVATEURS ET ASSISTANTS.	SUITES POUR la mère.	SUITES POUR l'enfant.
1	1824	Herborn (ville).		Multipare.	Exostose du sacrum. Diamètre antéro-postérieur du bassin rétréci à 1'' 1/2.	Dr. Kratz. Chir. Eckhardt.	Morte le 4e jour.	Mort.
2	1825	Selters (campagne)	31 ans.	Multipare.	Rétrécissement du bassin. Diamètre antéro-postérieur entre 2'' 1/2, 2'' 3/4 (1).	Dr. Lanz. Dr. Berchelmann Dr. Wilhelm.	Favorable.	Vivant
3	1827	Wiesbaden (campagne)	35 ans.	Multipare.	Grossesse extra-utérine (gravitidas abdominalis) (2).	Dr. Kraft. Dr. Zais. Dr. Rullmann.	Favorable.	
4	1830	Weilburg (ville).	35 ans.	Multipare.	Ostéomalacie. Le diamètre transverse du détroit inférieur est rétréci à 1 pouce (3).	Dr. Hutssteiner. Dr. Hertz.	Morte le 4e jour.	Mort.
5	1831	Eltville (ville).	33 ans.	Principare.	Rachitis. Le diamètre antéro-postérieur du bassin ne s'élevait pas à 2 pouces (4).	Dr. Reuter. Dr. Windt. Dr. Heindenreich	Morte le 8e jour.	Vivant
6	1835	Nassau (ville).	32 ans.	Multipare.	Sacrum (Ostéostéatome) dans le bassin (5).	Dr. Hutz. Dr. Grinnel.	Morte le 3e jour.	Vivant
7	1836	Rennerod (campagne)	38 ans.	Multipare.	Ostéomalacie. Le diamètre antéro-postérieur mesurait à peine 2 pouces.	Dr. Lötschert. Dr. Hecker.	Morte le 4e jour.	Mort.
8	1838	Limburg (ville).	35 ans.	Multipare.	Ostéomalacie. Le diamètre antéro-postérieur avait à peine 2 pouces (6).	Dr. Thewalt. Dr. Busch. Dr. Hild.	Morte le 9e jour.	Vivant
9	1839	Montabaur (campagne)	35 ans	Principare.	Tous les diamètres sont rétrécis. Celui d'avant en arrière est de 2 pouces 1/2 (7).	Dr. Kniessling. Chir. Kraus.	Morte le 3e jour.	Vivant
10	1840	Hadamar (ville).	45 ans.	Multipare.	Ostéomalacie. Diamètre antéro-postérieur 2 pouces 3/4 (8).	Dr. Dormann. Dr. Thewalt. Dr. Bausch. Dr. Dehne.	Morte le 5e jour.	Vivant
11	1843	Hadamar (ville).	39 ans.	Multipare.	Ostéomalacie. Diamètre antéro-postérieur 2 pouces 3/4 (9).	Dr. Dormann. Dr. Thewalt. Dr. Bausch. Dr. Huth. Dr. Seck.	Morte le 6e jour.	Vivant
12	1843	Laugenschwalbach (campagne)	22 ans.	Principare.	Rétrécissement du bassin. Diamètre antéro-postérieur 2 pouces 4 lignes (10).	Dr. Victor. Dr. Müller. Dr. Genth.	Morte le 4e jour.	

(1) Première couche avant terme. Deuxième grossesse heureuse. Après deux jours de douleurs, l'opération césarienne est pratiquée. Incision de 7 pouces de long suivant la ligne blanche ; celle de l'utérus le plus près du col. Réunion par première intention au moyen de 6 ligatures, dans les 9/10 supérieurs, et après suppuration dans le 1/10 inférieur. Cicatrisation complète, cinq semaines après l'opération. Adhérence de l'utérus à la paroi abdominale. Antiphlogistiques et calmants jusqu'au onzième jour ; puis toniques. La sécrétion de lait manque complétement. Deux ans après cette operation, troisième grossesse ; douleurs subites dans le bas-ventre au septième mois ; mort. L'enfant meurt dans sa neuvième semaine par suite d'une affection aiguë de poitrine (*voir* Gemeins. deutsch. Zeitschfs. für Geburdsh, t. I).

(2) L'opération n'a été pratiquée que huit semaines après la mort du fœtus. Seize jours après l'opération, la cicatrice de la plaie se r'ouvre et donne issue à du pus et au placenta. Guérison (*voir* Heidelbg. Klinisch. Annalen, t. VI).

(3) Les règles chez cette femme persistaient pendant les premiers mois des grossesses et pendant l'allaitement. L'autopsie n'a pas pu être faite. L'enfant portait les signes d'un commencement de putréfaction.

(4) Les détails de cette observation, avec les dimensions du bassin, mesuré par le professeur Nœgele sont consignés dans les *Annales* de Heidelberg (Heidelbg. Klinisch. Annalen, t. X). L'enfant vit encore.

(5) L'enfant vit encore. — (6) L'enfant vit encore et se porte bien.

(7) L'application du forceps, quoique faite avec précaution, a eu, dans ce cas, le résultat fâcheux qu'on lui reproche dans ces sortes de rétrécissement. Elle a été suivie d'une hémorrhagie veineuse. L'enfant meurt à l'âge de un an et demi dans un état cachectique.

(8) L'enfant meurt dans le neuvième mois par suite d'une bronchite.

(9) L'enfant meurt, à l'âge de deux mois, à la suite d'une variole.

(10) L'opération césarienne n'a été pratiquée qu'après la perforation du crâne.

(1) Medicinische Jahrbücher für d. Herzogth. Nassau. Wiesbaden, 1843. Il y a en ce moment déjà onze volumes de parus.

(2) Les observations des trois premières années n'ont pas été recueillies avec assez de soin pour pouvoir figurer dans un aperçu général.

Sur les douze cas d'opération césarienne, il s'est trouvé une grossesse extra-utérine qui s'est terminée d'une manière heureuse pour la mère. Tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point, que la *laparotomie*, qui consiste à extraire l'enfant de la cavité abdominale au moyen d'une simple incision, est très-rarement suivie de succès, tant pour la mère que pour l'enfant. Les ouvrages classiques français, qui passent presque sous silence les grossesses extra-utérines, ne mentionnent pas le genre d'opération dont nous parlons. Mais la savante et studieuse Allemagne, qui ne néglige pas plus l'art des accouchements que les autres branches de la médecine, est en possession d'assez de faits pour avoir une opinion à ce sujet.

Scanzoni (1), dans son *Traité de l'art des accouchements*, rapporte que *Cornax*, de Vienne, a le premier, en 1545, pratiqué cette opération sur une femme qui avait une grossesse extra-utérine, que, depuis ces trois derniers siècles, on y a eu recours quelquefois, soit pour cette espèce de grossesse, soit dans les cas de rupture préalable de l'utérus. Cependant, il croit inexacte la statistique du professeur *Kilian* (2), qui a trouvé dans la sienne, sur 25 cas d'opération de laparotomie, 21 fois la conservation de la mère et 4 fois celle de l'enfant. Ce résultat repose sur des observations qui ne supportent pas l'examen, aussi nous nous rangeons plus volontiers à l'appréciation de *Meisner* (3), qui ne reconnaît que deux succès à la suite de cette opération : l'un est de *Jos. A. Joy*, il remonte à 1830; l'autre est l'observation 3 du tableau précédent; elle est due au docteur Zais, et a été décrite par Nœgele. Nous allons en donner un résumé.

La nommée S...., âgée de 35 ans, d'un tempérament irritable, irascible, d'une corpulence grêle, jouit d'une bonne santé, quoique les règles viennent tous les quinze jours. Elle se marie à vingt ans; devenant bientôt enceinte, elle accouche d'un enfant qui vit encore. Dix ans plus tard, les menstrues éprouvent un retard de huit jours, et, sans avoir été autrement malade, elle est prise d'une métrorrhagie qui ne cède qu'après cinq semaines à une mixture anti-hémorrhagique. Immédiatement après, elle accuse de vives douleurs dans la région pubienne, et un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre; la vessie ne peut se vider que par le cathétérisme; dans les mamelles engorgées déjà auparavant, se forment des nodosités. Guérison spontanée en cinq semaines. Onze ans et demi après la première couche, elle devient enceinte pour la deuxième fois. Au septième mois, la grossesse extra-utérine est reconnue d'une manière évidente, surtout par les mouvements d'ondulation de la paroi abdominale, quand le fœtus remue ses membres, et par la saillie globuleuse de la région ombilicale quand les mouvements se passent dans le tronc du fœtus. D'ailleurs, la maigreur de cette femme permet à cette époque de déterminer la situation transversale du fœtus, entre l'épigastre et l'ombilic, la tête dans le flanc droit et le pied dans le gauche. L'utérus, par le toucher vaginal, est atteint à peine; le bassin est rempli par la masse des intestins. Les mouvements de l'enfant sont très-douloureux; il existe de la constipation, de la pyrose, du ballonnement de ventre, des nausées et des vomissements, de l'amaigrissement, des douleurs lombaires et abdominales; la malade tombe dans un état cachectique, et l'impétuosité des mouvements du fœtus compromet gravement sa vie. L'opium et le quinquina sont employés avec avantage. Le terme de la gestation arrive pendant ce temps, et l'auteur propose la laparotomie, que les autres médecins consultants rejettent. Pendant une nuit, les mouvements du fœtus deviennent tellement violents que la compression sur le ventre peut à peine les modérer. Ils sont suivis d'une pesanteur douloureuse sur les organes génitaux, dont il s'écoule du sang. En ce moment, le fœtus est mort. La femme est épuisée, mais ne souffre pas, et, deux jours après la mort de l'enfant, elle se trouve très-bien; le ventre est plat et froid. Le troisième jour, apparaît la fièvre, des douleurs lombaires et abdominales; les forces se prostrent de plus en plus, l'apyrexie ne revient que le neuvième jour. L'utérus se débarrasse de la membrane caduque (décidu) dix-huit jours après la mort du fœtus. Enfin, l'opération est pratiquée par le docteur Kraft, de Wiesbaden, huit semaines après que l'enfant a cessé de vivre. Il conservait la situation indiquée plus haut. Une incision transversale, dans l'hypochondre gauche, partant au-dessous de la rate et se dirigeant dans une étendue de six pouces, vers l'ombilic, divise la paroi abdominale amincie, et une poche énorme, adhérente au péritoine, de deux à trois lignes d'épaisseur, d'une coloration gris-rougeâtre, qui laisse échapper les eaux amniotiques troubles, jaunâtres, fétides, floconneuses. L'enfant, bien constitué, est extrait aisément; il porte des traces d'un commencement de putréfaction. La face interne de cette poche est lisse, comme séreuse; le cordon a six pouces de long, et aboutit à un placenta ovoïde, sans cotyledons, qui est implanté sur la face antérieure de la colonne vertébrale entre l'épigastre et l'ombilic. On le laisse en place, la plaie est réunie, dans sa moitié supérieure, par des points de suture, et, dans le reste de son étendue, par des bandelettes de diachylon.

Les douleurs cessent aussitôt après l'extraction du fœtus, la malade se trouve dans un état de bien-être. Il s'établit une suppuration de bonne nature à travers les lèvres de la plaie, et, seize jours après l'opération, la chute du placenta s'annonce par une hémorrhagie abondante, par des douleurs lombaires et des fourmillements dans les jambes. Huit jours après, les lèvres de la plaie cicatrisée se r'ouvrent d'elles-mêmes, et depuis lors il s'en écoule, pendant plusieurs mois, une sanie fétide contenant des masses solides, débris du placenta. A mesure que la poche se vide, la cicatrice de la plaie se forme et la malade guérit parfaitement.

Dans ce cas, l'opération qui n'était, pour ainsi dire, qu'une ouverture d'abcès, a dû être retardée à cause de l'état de faiblesse dans lequel la malade était tombée. Mais Nœgele juge, d'après les observations qui existent dans la science, qu'il y a toujours plus de gravité pour la mère d'attendre l'ouverture spontanée de la poche amniotique par la paroi abdominale. Busch recommande d'opérer quand l'enfant vit et qu'il est arrivé à terme; mais quand il est mort, l'opération ne doit être pratiquée que lorsqu'il survient des accidents graves pour la mère. Scanzoni pense qu'il ne convient d'opérer, *avant la rupture de la poche*, que dans le cas où la grossesse extra-utérine trouble les fonctions physiologiques de la mère et, *après cette rupture* seulement, alors que l'enfant donne des signes non équivoques de vie. Dans tout autre cas, il abandonne à la nature le soin d'expulser le fœtus qui a cessé de vivre.

Bais et Kingdon attribuent, dans l'observation de S...., le succès à l'opération elle-même; Nœgele ne partage pas leur avis : il pense qu'il est dû à l'adhérence de la poche amniotique avec le péritoine et aussi à la terminaison antérieure de la crise puerpérale. Il se demande également si dans des cas semblables, il ne serait pas préférable de ne réunir les lèvres de la plaie qu'après l'expulsion du placenta ?

Dans les onze autres cas d'opération césarienne, il y a eu encore un cas favorable, non-seulement à la mère, mais aussi à l'enfant; ainsi sur 12 opérations, il y a eu deux résultats heureux, ou 1 sur 6, relativement à la mère. Il est digne de remarque que ce résultat s'est présenté chez deux femmes de la campagne, et que sur les 12 cas, 7 ont appartenu à la ville et 5 seulement à la campagne.

Si nous tenons compte de l'état général des opérés, nous trouvons, dans la moitié des cas, une constitution profondément détériorée qui a été une cause essentielle de l'issue fâcheux, suivant la remarque de Thewalt (1). D'ailleurs, il faut admettre que dans les statistiques de ce genre la vérité reste toujours en deçà, parce qu'une foule de cas malheureux restent ignorés, tandis que les succès sont publiés. Ainsi, Nœgele et Wilde ont rassemblé 23 insuccès et Scanzoni (2) 5, qui ne sont pas compris dans les statistiques.

Kayser, réunissant le nombre des opérations césariennes connues qui ont été pratiquées entre 1750 et 1839, en compte 338 sur lesquelles la mortalité pour la mère a été de 210, par conséquent de 62 pour cent. Depuis 1839, Scanzoni a pu rassembler, sur 97 cas, 59 insuccès. D'après Burns et S. Cooper, il n'est pas certain qu'il y ait eu une seule opération césarienne favorable pour la mère en Angleterre. Merriman croit que l'Angleterre ne possède qu'un seul succès incontestable. Kluge et le professeur Velpeau admettent la proportion un peu forte de 1 sur 3; pour Burch et Moser, elle serait ::1:3 ou 4; Meisner, d'après le

(1) Lehrbuch der Geburtsh. von Dr. F. W. Scanzoni, Professor der Geburtsh. in Würzburg, 2e édit. 1853.

(2) Operationslehre für Geburtsh., 2e édit., 1844.

(3) Forschungen des 19. Jahrh., Leipzig, 1833.

(1) Ce que Scanzoni reconnaît également en citant le relevé de Michaelis qui, sur 16 opérations césariennes pratiquées sur des femmes atteintes d'ostéomalacie, compte 3 succès.

(2) *Loc. cit.*, p. 898.

relevé des opérations césariennes pratiquées entre 1801 et 1825, en France et en Allemagne, trouve sur 50 cas 20 favorables et 30 défavorables à la mère; Klein, sur 116 opérations, a compté 19 succès pour la mère : 1 sur 6, comme dans la statistique du duché de Nassau. D'après le nombre des opérations connues en 1842, Rosshirt (1) juge que les trois cinquièmes d'opérés sont morts.

L'opération césarienne est beaucoup moins grave pour l'enfant que pour la mère. Ainsi, sur les 12 cas de Thewalt, il y a eu 5 morts; mais chez l'un, la perforation du crâne a précédé l'opération césarienne; chez un second, il y avait déjà des traces de putréfaction, et le troisième était mort longtemps avant la gastrotomie. De sorte que le rapport entre les enfants nés vivants et le nombre des opérations césariennes est :: 1 : 1,71 et celui entre les enfants morts et les vivants :: 1 : 1,4. D'après Busch et Moser, cette dernière proportion serait :: 1 : 3. Dans le relevé de Kayser, signalé plus haut, la mortalité pour les enfants a été de 30 pour cent, c'est-à-dire moins de 1/3, comme pour Scanzoni.

Thewalt rappelle l'opinion d'Antenriett et de Burdach, lesquels prétendent que les enfants mis au monde par l'intervention de l'opération césarienne sont sujets à une mortalité plus grande que les autres. Or, sur les 7 enfants vivants au moment de l'opération, trois se portaient encore bien en 1846 et étaient arrivés à 13, 10, et 8 ans; les 4 autres sont morts : 1 dans la neuvième semaine et 3 dans le deuxième, neuvième et dix-huitième mois : « La disproportion n'est donc pas bien grande, ajoute Thewalt, lorsqu'on songe qu'il meurt, dans le duché de Nassau, la moitié des enfants entre la naissance et l'âge de 7 ans. »

Ainsi l'opération césarienne peut conduire à des résultats très-satisfaisants puisque, comme nous venons de le voir dans 12 cas, elle a pu sauver la vie à sept personnes. Se basant sur ces faits, le docteur Thewalt reproche aux praticiens et surtout aux chirurgiens anglais, de recourir trop rarement à la *sectio cæsarea.*

Il y a indication absolue de pratiquer cette opération dans les cas seulement où il serait impossible d'extraire l'enfant vivant ou mort par les voies naturelles, même après l'embryotomie ou la céphalotripsie. Les accoucheurs français n'hésitent pas à recourir à la section césarienne, lorsque le fœtus étant évidemment vivant, le bassin a moins de 54 millimètres (2 pouces). Le docteur Thewalt et le professeur Scanzoni étendent cette limite jusqu'à 2 pouces 1/4 et même 3 pouces. Aussi, d'après le tableau précédent, dans 5 cas, le diamètre était compris entre 2 pouces 1/4 et 2 pouces 3/4, et dans un seul où la perforation du crâne a précédé l'opération césarienne, il y a eu de l'insuccès relativement à l'enfant. Toutefois, le docteur Thewalt recommande de ne pas trop se hâter de pratiquer une opération si grave pour la mère, quoique le bassin n'ait que 2 pouces de diamètre. Et il cite (2) l'observation d'une femme cachectique arrivée au terme d'une grossesse, et ayant le bassin rétréci à 2 pouces, chez laquelle il ajourna l'opération, le fœtus étant mort. Au bout de 15 jours, les fortes contractions de l'utérus occupent la boîte crânienne, grâce à la macération avancée, et la substance cérébrale s'échappe par les organes génitaux; l'expulsion du fœtus se fait ensuite régulièrement.

Lorsque la mère meurt avant l'enfant, l'opération césarienne doit être pratiquée au plus tôt. Les anciens, les Hébreux, les Égyptiens, les Grecs et les Romains prescrivaient déjà cette pratique. Ainsi, on lit dans le *Jus papirianum : Mulier, quæ prægnans mortua ne humator, quei secus foxit, spei animantis cum gravida occisæ reus estod.* Mais il est d'observation à peu près générale que cette opération se fait sans succès et quoiqu'extrait encore vivant du cadavre de la mère, comme cela a été constaté par Borrone, H. Green, Schneider, Nielfe, Maury et Huguier, l'enfant ne tarde pas à mourir. Quand la mort de la mère n'est pas arrivée subitement le docteur Thewalt rappelle aussi les conditions dans lesquelles cette opération doit être pratiquée : 1° L'enfant doit être viable; 2° il doit être encore vivant; 3° la mort de la mère doit être certaine; 4° il ne doit pas être possible d'extraire le fœtus par les voies naturelles avec assez de promptitude. D'ailleurs, il recommande surtout d'avoir recours au préalable à l'accouchement forcé, aux versions et à d'autres moyens propres à faire expulser l'enfant par les voies naturelles. Ainsi il est arrivé à quelques accoucheurs et notamment à lui-même, de voir se terminer, après la mort de la mère, le travail qui avait commencé auparavant. « Une femme forte, qui avait accouché plusieurs fois déjà, fut blessée à la tête dans le dernier mois de sa grossesse. Elle tomba dans un état de coma; on appliqua une couronne de trépan, mais le lendemain elle mourut. Pendant l'agonie, le travail s'établit, et peu après le décès, il vint au monde un enfant mort, sans l'intervention de l'art et en présence de trois médecins. »

Plus loin encore, il cite deux cas où la *lex regia* allait être appliquée, lorsque l'accouchement se fit naturellement chez deux femmes mortes. L'une était morte *depuis une demi-heure,* lorsque le docteur Grimmel arriva près d'elle; il fit la version et l'enfant fut expulsé par les voies naturelles, mais il était mort. L'autre mourut au moment où l'accoucheur entra dans la maison; il fit aussitôt la version et mit au monde un enfant mort.

L'opération césarienne a été pratiquée, dans le duché de Nassau, entre 1821 et 1843, sur 29 femmes mortes et arrivées au dernier terme de la grossesse. On a dû employer 27 fois la *sectio cæsarea,* et 2 fois la laparotomie, à savoir : 1 fois pour une grossesse extra-utérine et 1 fois à la suite d'une rupture de l'utérus. Quoique, dans plusieurs cas, l'opération fût pratiquée presque aussitôt après la mort de la mère, il n'a jamais été possible de sauver l'enfant.

Ainsi, sur 311,409 couches, l'opération césarienne a été pratiquée sur le vivant 12 fois, ce qui fait à peu près 1 opération sur 26,000, nombre de couches correspondant à deux ans. Dans la même période de 23 ans, les cas de mortalité se sont élevés à 211,568, par conséquent à 9,199 par an. En rapprochant de ces chiffres le nombre des opérations césariennes pratiquées sur des femmes mortes, on trouve 1 opération sur 7,295 morts; c'est-à-dire un peu plus de 1 section par an. Et en comparant entre elles les opérations faites sur les femmes vivantes et sur les mortes, nous avons le rapport de 12 : 29 ou de 1 : 2,34.

En terminant son premier travail, le docteur Thewalt rapporte encore trois observations qui offrent un grand intérêt pour l'art des accouchements. Dans la première, il s'agit d'une grossesse tubaire (*graviditas tubaria*) (1) pendant laquelle il y eut des paroxysmes de douleur dans le deuxième, le cinquième, le onzième et le quatorzième mois. C'est à la suite de ces dernières que la femme succomba. La deuxième observation, que nous avons déjà mentionnée plus haut, contient l'histoire d'une femme qui, avec un rétrécissement considérable du bassin (2 pouces), accoucha sans l'intervention de l'art, après que le crâne du fœtus s'était vidé par suite d'une perforation spontanée. La troisième observation est due au docteur Müller, de Wiesbaden; il s'agit d'une mole charnue extra-utérine qui se trouve dans la collection de la Société des naturalistes de Wiesbaden, et dont l'histoire est reproduite par Busch et Moser (2) et par Meisner (3).

Comme l'existence des moles, en dehors de l'utérus, n'est pas admise par la généralité des accoucheurs, et que les faits rapportés par *Stein, Fürst Jun., Schmalz* et *Jacobsen,* ne l'établissent pas d'une manière évidente, nous nous trouvons engagé, malgré la grande étendue de cet extrait, à offrir à nos lecteurs la traduction de cette observation, telle qu'elle a été publiée par le docteur Müller en 1835.

« Une femme âgée de 36 ans et mère de plusieurs enfants, bien portante, est maladive depuis environ dix mois; elle vomit continuellement, maigrit, se plaint sans cesse de douleurs lombaires, et, comme depuis

(3) Die Geburtsh., Operationen Erlangen, 1842.
(2) *Loc. cit.,* p. 265.

(1) Medicinisches Korrespondenzblatt für rhein-wessphälische Aerzte, 1843.
(2) Handb. der Geburtsh., Mola.
(3) Forschungen des 19. Jahrh. T. 1.

neuf mois, elle n'a pas eu ses règles, qu'en même temps elle voit son ventre se développer, elle se regarde comme étant enceinte, quoiqu'elle n'ait pas encore senti de mouvements de l'enfant. Les mamelles se flétrissent, et elle éprouve un sentiment de pesanteur dans le ventre. Cinq jours avant le terme supposé des couches, elle est frappée d'hémiplégie. L'époque des couches s'annonça par des douleurs lombaires; mais, comme leur intensité et leur durée n'ont aucune influence sur la dilatation du col, et que la patiente était extrêmement épuisée, la sage-femme demanda l'intervention d'un accoucheur. Le docteur Metzen diagnostique une grossesse extra-utérine; moi aussi, appelé auprès de la malade, j'arrive à la même conclusion. Par la palpation extérieure, on sent une masse solide, dure, remplissant le bas-ventre et imitant le dos d'un enfant; l'exploration vaginale découvre, derrière le pubis, un utérus petit et ratatiné; sur le côté gauche, une tumeur fluctuante représentant la vessie, et, en comprimant plus fortement, on y distingue des parties dures plus petites semblables à des pieds.

« La diagnose d'une grossesse extra-utérine paraît évidente, mais il reste encore à déterminer la nature du produit : si c'est un fœtus, il doit être considéré comme ne vivant pas. Le désir le plus ardent de cette femme est de sortir de cet état alarmant au plus tôt. Elle demande à être soumise à l'opération la plus appropriée à sa situation; mais l'absence de signes qui garantissent que le fœtus vit, et la faiblesse extrême de la femme, ne permettent pas de songer à pratiquer la gastrotomie. Cependant, nous faisons une incision : au fond du cul-de-sac vaginal gauche, dans la tumeur fluctuante, il s'en écoule au même instant environ un demi-litre d'eau, et il se présente une petite masse charnue qui communique, au moyen d'un cordon ombilical oblitéré, avec la masse charnue, plus sensible maintenant, située dans l'hypogastre. En coupant ce cordon, on peut mouvoir distinctement et séparer les deux masses contenues dans le bas-ventre. Il ne survient point d'hémorrhagie. Le même jour, cette femme succombe par suite d'épuisement.

« Après le décès, nous pratiquons la gastrotomie et nous extrayons, de la cavité abdominale, une grosse masse adhérente à la face interne du péritoine qui se réfléchit sur le fond de l'utérus. Celui-ci est petit et ne présente aucune trace d'inflammation. Les ovaires, les trompes utérines, la vessie et le rectum n'offrent rien de particulier.

« Cette mole charnue (*mola carnea*) pèse 7 livres et présente, même dans cet état de dégénération, deux portions distinctes, séparées par un col, qui offrent de l'analogie avec le tronc et la tête d'un fœtus, de même qu'un corps plus petit, semblable à un placenta, continu avec les deux portions précédentes au moyen d'un cordon qui n'est que le *funiculus umbilicalis;* de là, la possibilité d'admettre que ce produit a formé primitivement une *graviditas abdominalis vera et primaria,* et que, par suite de circonstances qui sont au-dessus des preuves et explications humaines, une telle masse est le résultat d'une transformation opérée par la simple végétation. Même, si la femme eût vécu plus longtemps, cette masse aurait pu enfin passer à l'état de lithopœdion (1).

B. Schnepf, *interne des hôpitaux, lauréat* (médaille d'or) *de la Faculté de médecine de Paris,* etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 septembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Origine de la graisse.

M. de Quatrefages lit un rapport sur un mémoire de MM. Lacaze-Duthiers et Riche, intitulé : *Recherches sur l'alimentation des insectes gallicoles,* et dont nous avons eu l'occasion d'entretenir récemment nos lecteurs. Ce rapport a trait à une question assez intéressante de physiologie pour que nous croyons devoir en publier l'extrait suivant :

« L'Académie sait que l'origine des matières grasses qu'on trouve chez les animaux a été le sujet de discussions nombreuses. Nous ne pouvons entrer ici dans des détails historiques qui nous entraîneraient beaucoup trop loin : il suffit de rappeler les deux opinions généralement professées sur ce point par les physiologistes. D'après les uns, les matières grasses sont toujours d'origine végétale. Formées de toute pièce dans les végétaux, elles sont seulement absorbées par les animaux qui les détruisent en les oxydant. D'autres physiologistes pensent que les principes gras peuvent avoir aussi une origine animale, et se former dans l'organisme même par suite d'une combinaison nouvelle des éléments empruntés aux substances alimentaires, quelle que soit d'ailleurs la composition chimique de celles-ci. Dans la première hypothèse, pour engraisser un animal, il faut absolument lui faire avaler des principes gras déjà existants; dans la seconde hypothèse, un animal peut engraisser sans absorber de matières grasses.

« Des travaux très-nombreux, très-importants, ont été faits pour découvrir laquelle de ces deux opinions était la vraie. Mais tant qu'on n'a expérimenté que sur des vertébrés, les résultats ont été contradictoires : et la chose est facile à comprendre. Pour résoudre le problème de façon à ne laisser prise à aucune objection, il fallait analyser, d'une part, la somme des aliments employés, et d'autre part, la somme des matières et des tissus produits par l'usage de ces aliments. C'est-à-dire qu'il fallait analyser les animaux mêmes soumis à l'expérience. Or, la chose était évidemment bien difficile quand on employait des chiens, des vaches, des porcs, ou même des oies. Deux de vos commissaires eurent enfin l'idée de reprendre les expériences fort curieuses, mais presque oubliées de Hubert, sur la production de la cire. Des abeilles nourries exclusivement avec du miel, dont la composition était connue, furent analysées en même temps que les gâteaux qu'elles avaient construits, et cette analyse montra que les abeilles avaient employé environ trois fois plus de cire qu'elles n'en avaient reçu dans leurs aliments. Il est évident que cet excédant de cire n'avait pu que se former dans le corps des insectes sous l'influence de l'organisme animal.

« C'est un fait de même nature que MM. Lacaze et Riche viennent de constater, et c'est encore un insecte qui le présente. Mais cette fois c'est l'amidon et non pas le sucre qui sert d'aliment, et le produit est une véritable graisse saponifiable. En outre, l'expérience, préparée par la nature elle-même, présente ici des conditions de rigueur et de précision que l'industrie humaine ne saurait atteindre que bien difficilement. En effet, il s'agit d'un germe presque imperceptible, qui, placé dans un espace circonscrit, au milieu d'une masse alimentaire dont la composition est facile à déterminer, se développe dans les conditions les plus normales, et donne naissance à un animal qui, à son tour, peut être soumis à l'analyse après qu'il a épuisé les provisions préparées pour fournir à son développement.

« On sait que les femelles des cynips, petits insectes de l'ordre des hyménoptères, perforent l'écorce de divers végétaux pour déposer leurs œufs dans cette espèce de plaie. On sait aussi que le résultat de cette manœuvre est le développement d'une véritable tumeur végétale qui porte le nom de *galle.* Amené par ses *recherches sur les armures génitales des insectes* à étudier la structure de ces galles, M. Lacaze reconnut qu'elles se composaient de diverses couches concentriques enveloppant une masse alimentaire au centre de laquelle se trouvait l'œuf ou les œufs déposés par le cynips. Dans la galle blanche d'Alep, en particulier, la masse alimentaire est parfaitement limitée et enveloppée par une couche protectrice, formée de cellules végétales à parois épaisses et très-résistantes. L'aliment lui-même consiste en un amas de cellules remplies de fécule. Un œuf unique est placé au milieu de ces dernières, et de cet œuf sort une larve qui, pour se développer et atteindre à l'état d'insecte parfait, consomme toute la nourriture amassée autour d'elle. On le voit, il y a là une expérience toute faite et dont il ne s'agit, pour ainsi dire, que de constater chimiquement les résultats. C'est ce que comprit très-bien M. Lacaze, et c'est alors qu'il s'associa avec M. Riche.

« Les deux collaborateurs ont examiné successivement les questions qui se rattachent au problème de l'alimentation, et que le fait dont il s'agit leur permettait d'aborder. Leurs expériences, toujours comparatives, répétées à diverses reprises et vérifiées avec soin, ont paru à votre commission mériter toute confiance. Sans entrer ici dans les détails que renfermera le mémoire, nous rappellerons rapidement quelques-uns des principaux résultats de ce travail.

« MM. Lacaze et Riche ont d'abord comparé le poids de la masse alimentaire au poids de l'animal qui l'a intégralement consommée. Ils ont trouvé qu'en moyenne la première pesait 86 milligrammes, et le second 19 milligrammes. Ainsi, l'insecte parfait a fixé à l'état de tissu vivant un peu moins du quart des aliments qu'il a absorbés. Il est presque inutile de faire remarquer combien cette proportion est considérable.

« La masse alimentaire, *épuisée par l'éther,* renferme : carbone, $34^{millig},218$; hydrogène, $5^{millig},676$. L'insecte, *traité de même,* ne renferme plus que : carbone, $7^{millig},391$; hydrogène, $1^{millig}293$. La diminution de ces deux éléments coïncide avec la disparition des matières amylacées, et l'on voit que, pour le carbone en particulier, elle semble être de $23^{millig},827$; mais en réalité elle n'est pas aussi considérable. Dans les insectes *non traités par l'éther,* une partie du carbone se retrouve dans la matière grasse qui, contenue en très-faible quantité dans la masse alimentaire, existe en forte proportion dans l'animal, et peut former jusqu'au quart environ du poids total. Pour les galles blanches d'Alep, la quantité de matière grasse que renferme la masse alimentaire varie de $1^{millig},36$ à 1 milligramme; dans le cynips, elle est de $4^{millig},80$. Différence en plus, $3^{millig},44$ à $3^{millig},80$. Dans le gallon d'Alep, la masse alimentaire ne renferme que $0^{millig},236$ de matière grasse, tandis que l'insecte en fournit

(1) λιθος, pierre; παιδίον, petit enfant.

$5^{millig},010$. Différence en plus, $4^{millig},774$. En présence de ces chiffres, il est impossible de conserver le moindre doute. Il est clair que, dans le cynips et sous l'influence de la vie animale, les éléments de l'amidon ont en partie servi à fabriquer de la matière grasse.

« Le travail de MM. Lacaze et Riche présente un autre résultat qui nous paraît aussi fort remarquable. L'azote qui entre dans la composition de la masse alimentaire des galles est utilisé presque en totalité dans la formation des tissus de l'insecte. Dans certains cas, la perte est réellement insignifiante. Ainsi la quantité d'azote fournie par l'aliment étant de $1^{millig},10$, celle qu'on retrouve dans l'animal est de 1,09. Tout a donc été employé à 1 centième de milligramme près.

« MM. Lacaze et Riche font observer avec raison que le cynips des galles se développe dans des conditions semblables à celles que les cultivateurs cherchent à réaliser pour hâter l'engraissement des bestiaux. Jusqu'au moment de sa métamorphose, cet insecte vit dans un isolement parfait, et ses mouvements sont forcément presque nuls. En outre, il est plongé dans une obscurité complète, et, à raison de la structure de la galle, l'air ne doit arriver jusqu'à lui qu'en très-faible quantité; par conséquent, sa respiration doit être des moins actives. Toutes ces circonstances agissant dans le même sens et tendant à affaiblir l'activité vitale sont, en effet, très-propres à faciliter l'accumulation de la graisse dans les tissus, et sans doute aussi à déterminer la transformation de l'amidon en matière grasse. Très-probablement aussi, elles ne sont pas sans influence sur la fixation de l'azote dans les tissus organisés.

« Que l'Académie nous permette ici un rapprochement. On sait avec quelle persévérance les Anglais cherchent à perfectionner leurs procédés d'élevage, quels efforts ils ont faits pour produire à la fois de la viande et de la graisse au meilleur marché, et dans le moins de temps possible. Or, jusqu'à ce jour, ils avaient généralement cherché à atteindre ce double but au moyen du pacage permanent. Mais depuis quelque temps, un procédé tout opposé, celui de la stabulation permanente, s'est introduit en Angleterre, et fait chaque jour de nouveaux prosélytes. Loin de passer leur vie entière au grand air, sur les prairies, les bestiaux sont enfermés toute l'année dans des étables fermées. En négligeant plusieurs des questions qui se rattachent aux conditions d'un bon élevage, en se plaçant *exclusivement* au point de vue de l'*utilisation* des principes alimentaires, par conséquent, au point de vue de *la quantité des produits*, peut-être est-il permis de dire que la nouvelle pratique agricole est justifiée par les faits qu'a révélés à MM. Lacaze et Riche l'étude du cynips des galles d'Alep. »

Synthèse des principes immédiats des graisses des animaux.

M. Berthelot lit une note d'un grand intérêt dans laquelle il décrit diverses combinaisons qu'il est parvenu à obtenir entre la glycérine et divers acides. Il est, en un mot, arrivé à faire la synthèse de la graisse après en avoir fait, comme tout le monde, l'analyse.

Emploi des vases et des sels de plomb.

M. Chevallier adresse la première partie d'un mémoire sur l'emploi des vases de plomb et des sels de même métal pour la clarification des boissons. Nous ferons connaître plus tard les faits essentiels consignés dans les recherches du savant chimiste.

Cautérisation linéaire.

M. A. Legrand communique l'observation d'un malade auquel il a enlevé quatorze loupes à l'aide de la cautérisation linéaire.

« Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, j'ai pu, dit-il, enlever, en neuf jours, quatorze loupes, pratiquant, dans cet intervalle de temps, cinquante-trois cautérisations, qui n'ont jamais fait naître la moindre apparence d'érysipèle, qui n'ont excité, en définitive, qu'une douleur fort modérée, malgré la grande impressionabilité du malade. La perte de sang a été insignifiante, et elle eût été facilement nulle en se pressant moins. Le malade n'a pas gardé un seul instant la chambre, et il est venu chaque jour chez moi se faire cautériser d'abord, panser ensuite. Quoiqu'il ait demeuré vingt-cinq jours à Paris, il eût pu, à la rigueur, n'en passer que dix. Enfin, le 9 juin dernier, deux mois après le commencement du traitement (du 11 avril au 9 juin), M. L.... m'annonçait sa guérison définitive. Je l'ai revu depuis, et j'ai pu m'assurer que les cicatrices sont, pour la plupart, linéaires, peu visibles et facilement dissimulées par les cheveux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *De la rémunération des analyses chimiques faites par les pharmaciens.* — M. Chevallier présente à ce sujet les observations suivantes, dont on ne saurait trop approuver le fond :

« Il est en France une classe d'hommes habiles, instruits, desquels on exige beaucoup, sans leur concéder le moindre privilége; c'est la paria exploité par tous ceux qui le veulent. On conçoit facilement que nous voulons parler des pharmaciens. Chimistes des localités où ils sont établis, si on a une marne, un minéral, une eau à examiner, si l'on soupçonne qu'un aliment est insalubre, qu'il a été falsifié, etc., etc., on s'adresse à eux; mais lorsque l'analyse est terminée, on ne réfléchit pas que le pharmacien qu'on a consulté et qui a fait des expériences, a employé son temps usé ses réactifs, son charbon, ses vases, a fait des dépenses plus ou moins grandes, et on oublie un vieux et sage proverbe qui dit que *toute peine mérite salaire*, on remercie ou l'on ne remercie pas, et on se retire, le pharmacien n'ose réclamer ce qu'on eût dû lui offrir, et il en est pour ses travaux et pour ses dépenses.

« Cette manière de faire est vraiment décourageante, et nous connaissons des hommes de mérite qui ont cessé de travailler parce qu'ils étaient exploités par les personnes qui les consultaient et qui leur faisaient des demandes indiscrètes; maintenant ils répondent, quand on les consulte : Nous n'avons pas les réactifs nécessaires, nous ne pouvons faire ce que vous demandez. C'est un moyen honnête de n'être pas forcé de perdre et son temps et son argent.

« Il est vrai de dire que les personnes qui consultent les chimistes ne savent pas ce que c'est que la chimie, et qu'ils s'imaginent que séparer les corps les uns des autres est une chose simple, qui ne demande ni instruction, ni précaution; c'est à tel point que nous citerons le fait suivant : Un homme qui avait une analyse à faire, ne trouvant pas chez lui le chimiste à qui il voulait s'adresser, demanda au domestique de lui faire cette analyse.

« A l'étranger et en Angleterre, on n'agit pas comme on le fait en France : le chimiste est rétribué autrement qu'il ne l'est ici; nous allons en donner un exemple.

« La Société d'agriculture d'Angleterre a un chimiste consultant, M. Thomas Way; elle donne à ce chimiste 5,000 fr. d'appointements; elle paye en outre 5,000 fr. de frais de recherches, par suite de la dépense de ces 10,000 fr., les membres de la Société ont le privilége de faire faire des analyses à des prix taxés et réduits, qui sont les suivants :

« 1° Donner une opinion sur la pureté d'un engrais commercial	6 fr.	25 c.
« 2° Déterminer la proportion d'ammoniaque ou de phosphate de chaux	12	50
« 3° Déterminer la proportion de chaux dans une terre	9	37
« 4° Déterminer la proportion de magnésie	12	50
« 5° Détermination de la proportion de chaux et de magnésie	18	75
« 6° Faire l'analyse d'une pierre calcaire ou d'une marne	25	»
« 7° Faire l'analyse partielle d'une terre arable	25	»
« 8° Faire l'analyse complète de cette terre	75	»
« 9° Lettre en réponse à une demande d'avis sur un sujet	9	17
« 10° Lettre demandant un avis sur plus d'un sujet	12	50
« 11° Analyse d'un tourteau, d'un fumier ou de toute matière animale	25	
« 12° Analyse d'un tourteau pour la quantité d'huile	37	50
« 13° Détermination de la quantité de carbonate ou de sulfate de chaux contenue dans une eau	25	

« On conçoit que si l'on payait au pharmacien, qui ne reçoit ni 5,000 fr. d'appointements, ni 5,000 fr. de frais de recherches, les sommes que l'on donne à M. Way, tous les pharmaciens se mettraient en état de satisfaire aux demandes qui leur seraient faites, il en résulterait un avantage et pour la profession et pour le pays.

« Selon nous, le pharmacien qui fait un travail quelconque, une analyse, doit être payé non-seulement des dépenses qu'il fait, mais encore pour le temps qu'il a employé; le faire travailler sans lui donner des honoraires convenables, c'est lui voler son temps. »

— Nous avons reçu de notre honorable confrère, M. Rézard de Wouves, une lettre en réponse à celle de M. Boucher de la ville Jossy. La discussion, qu'on pourrait éterniser, sur le traitement de la fièvre typhoïde, par le sulfate de quinine, ne pouvant tenir lieu d'observations précises et suffisamment nombreuses, nous croysns sans utilité pour nos lecteurs de prolonger davantage cette discussion, jusqu'à ce qu'elle puisse porter sur de nouveaux faits.

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro le compte rendu de l'Académie de médecine.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 112. 1re année. Samedi 17 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 15 fr. — 1 an, 25 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Résultat des opérations obstétricales pratiquées dans le duché de Nassau depuis 1821 jusqu'en 1843, par M. B. Schnepf. (*Suite et fin.*) — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE :** HÔPITAL SAINT-VINCENT, DE DUBLIN. M. O'B. BELLINGHAM. Observation d'hydropisie du sinus frontal gauche avec dilatation considérable du sinus et absorption des parois osseuses, etc., traduit par M. A. Testelin. — De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement, par le Dr Alex. Mayer. (*Suite.*) — **CORRESPONDANCE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Résultat des opérations obstétricales pratiquées dans le duché de Nassau depuis 1821 jusqu'en 1843.

(*Suite et fin. Voir le n° 111.*)

II. *Accouchement prématuré artificiel.* — Les opérations pratiquées sur la mère, dans le but d'extraire l'enfant par voie artificielle, n'ont pas été bornées seulement aux sections césariennes et aux laparotomies, dont nous avons parlé dans le chapitre précédent; mais on y a joint aussi l'élythrotomie, la symphyséotomie, la pubiotomie et la pelviotomie. Toutefois, il est juste de remarquer que, parmi ces opérations, les accoucheurs rejettent la pubiotomie, qui consiste à scier les branches horizontales du pubis, et qui a été recommandée d'abord par Aitken, d'Édimbourg, en 1786, puis par Vitois en 1831, et enfin récemment par Stoltz, de Strasbourg. Le professeur Scanzoni (1) assure que, heureusement pour l'humanité, il ne s'est pas encore rencontré d'accoucheur qui ait eu recours à ce genre d'opération. La pelviotomie, au contraire, imaginée par Galbiati, de Naples, en 1824, a été pratiquée une fois par l'inventeur lui-même, et une seconde fois, par ses conseils et sous ses yeux, par Nunziante Ippolito : ce sont deux insuccès qui suffisent pour faire rejeter pour toujours cette opération. La symphyséotomie, tour à tour rejetée et vantée, est aujourd'hui à peu près abandonnée; Scanzoni ne conclut à son indication que dans les cas où une femme meurt pendant le travail, alors que l'enfant a déjà franchi le détroit supérieur, que l'opération césarienne ne présente point d'avantage, et qu'enfin il soit possible, au moyen du forceps, de sauver la vie à l'enfant. Quant à l'élythrotomie, elle est extrêmement rare; elle ne doit pas être confondue avec les incisions vaginales de l'utérus; Scanzoni appelle ainsi une section vaginale au moyen de laquelle on pénètre dans la poche amniotique d'une grossesse extra-utérine, et elle ne peut être pratiquée qu'autant que cette poche s'applique sur le cul-de-sac du vagin.

Aucune de ces opérations n'a été pratiquée dans le duché de Nassau pendant la période de vingt-trois ans que le docteur Thewalt nous fait connaître. Mais ce qu'il y a de plus surprenant, c'est qu'une opération, trouvée en Allemagne, par Mai, presque en même temps qu'en Angleterre par Macaulay, l'accouchement prématuré artificiel, recommandé, depuis le commencement de ce siècle, par les plus grands accoucheurs allemands, notamment par Kilian, ne se soit présentée que 3 fois sur 311,409 accouchements. Cela paraît dépendre autant des difficultés d'asseoir une diagnose précise que de la divergence des opinions relatives à l'importance de cette opération. Aussi n'a-t'elle été pratiquée en France, pour la première fois, qu'en 1831, par le professeur Stoltz, de Strasbourg, encouragé, sans doute, par les succès de nos voisins de l'Angleterre et de l'Allemagne, car Busch, en 1814, y avait déjà eu recours dix-sept fois.

Le tableau suivant renferme les particularités relatives au trois accouchements prématurés observés dans le duché de Nassau :

Nos	ANNÉE.	DEMEURE.	Âge de la mère.	Parturition antérieure.	INDICATIONS.	DURÉE de la GROSSESSE	MÉTHODE.	OPÉRATEURS.	SUITES POUR la mère.	SUITES POUR l'enfant.
1	1830	Diez.	30	5	Diamètre antéro-postérieur moins de 3'' (1).	Entre la 34e et la 36e semaine	Dilatation par l'éponge.	Dr. Gabel.	Favorable.	Vivant
2	1838	Selters.	26	2	Diamètre antéro-postérieur 3'' (2).	Dans la 34e semaine	Agent thérapeutique avec frictions sur le fond de l'utérus.	Dr. Kuiesling. Dr. Lanz.	Favorable.	Vivant
3	1842	Selters.	29	3	Diamètre antéro-postérieur 3'' (3).	Dans la 36e semaine	Agent thérapeutique avec frictions sur le fond de l'utérus. Perforation de l'œuf.	Dr. Kautz. Dr. Lanz.	Favorable.	Mort.

Ainsi, les mères furent sauvées de même que deux enfants, sur trois accouchements prématurés artificiels qui auraient nécessité, si on avait attendu le terme de la grossesse, soit une perforation, c'est-à-dire le sacrifice de l'enfant; soit une opération césarienne, plus grave encore. Reisinger (4) a rassemblé 74 accouchements provoqués, sur lesquels il y a eu 44 enfants vivants dont 20 ont conservé la vie; une seule mère a succombé. Sur 17 cas, Busch (5) a obtenu 13 enfants vivants et 4 morts. M. Velpeau a rassemblé 161 accouchements provoqués, dont il n'y eut que 3 insuccès pour la mère. Tigueira a compté 6 fois

(1) Lehrb. der Jeburtsh., 2e édit., 1853, p. 918.

(1) Les grossesses antérieures ont été terminées en partie par la perforation en partie par l'embryotomie. Après cette dernière dilatation, l'accoucheur a été obligé de recourir à une application de forceps. L'enfant vit encore et se porte bien. La mère n'a plus eu d'autre grossesse.

(2) Les deux grossesses antérieures ont exigé l'intervention du forceps, les enfants étaient morts. L'enfant de cette troisième couche vit encore.

(3) Quatrième grossesse de la femme qui fait le sujet de l'observation précédente.

(4) Die Rünstliche Frühg, Leipzig, 1820.

(5) Haudb. dir Geburtsk. Berlin, 1814.

la mort de la mère sur 280 opérations d'accouchements provoqués.

Dans les trois opérations du duché de Nassau, l'indication reposait à la fois sur l'issue fâcheuse des grossesses antérieures et sur le rétrécissement du bassin qui, cependant, s'élevait à un peu plus de 8 centimètres. Mais il faut surtout tenir compte de l'époque à laquelle est parvenue la grossesse, pour pouvoir établir un rapport entre les dimensions du bassin de la mère et celles du crâne de l'enfant. C'est afin de pouvoir fournir des termes de comparaison à l'accoucheur français, que nous empruntons à l'excellent *Traité de l'art des accouchements*, de Scanzoni, le tableau suivant :

Diamètres transverses du crâne de l'enfant dans l'âge viable.

AGE DE L'ENFANT.	Mme LACHAPELLE.	M. P. DUBOIS.	STOLTZ.	VAN HUEVEL.
7 mois	2″,8‴ 10‴	2″,6‴ 7‴	2″,8‴	2″,6‴ 9‴
7 mois 1/2	3″,1‴	» »	» »	» »
8 mois	2″,9‴ 3″,3‴	3″,1‴ 2‴	3″,3‴	2″,9‴ 3″
8 mois 1/2	3″,4‴	» »	» »	» »
9 mois	. . . . .	3″,6‴ 7‴	3″,6‴ 8‴	3″,3‴ 6‴

L'auteur que nous venons de citer résume d'ailleurs l'indication de cette opération, relativement aux rétrécissements du bassin, de la manière suivante :

« 1° L'opération est indiquée d'une manière précise toutes les fois que le rétrécissement le plus petit est entre 2″,6‴ et 3″—; il est, dans ce cas, indifférent que la femme soit primipare ou multipare.

« 2° Si le plus petit diamètre ne dépasse pas 2″—2″,6‴ l'accouchement prématuré artificiel n'est indiqué qu'autant que la vingt-neuvième semaine n'est pas encore écoulée.

« 3° Lorsque le plus petit diamètre du bassin est entre 3″ à 3″ 3/4, l'opération n'est indiquée qu'alors qu'il est vraisemblable, d'après des grossesses antérieures, que l'enfant fortement constitué, rencontrera des difficultés pour franchir le bassin.

« 4° Chez les primipares, un rétrécissement de 3″ à 3″ 3/4 n'est pas une indication pour provoquer l'accouchement. »

Relativement aux méthodes employées pour arriver à l'accouchement prématuré artificiel, dans les 3 cas cités par Thewalt, nous rencontrons d'abord la dilatation par l'éponge, méthode que Brünninghausen a recommandée le premier, en se basant sur l'irritabilité de la portion inférieure de l'utérus, et que Siébold et Kluge ont employée ensuite très-heureusement.

Dans le deuxième et dans le troisième accouchement, provoqué sur la même femme à 5 années d'intervalle, la méthode n'a pas été la même. De douces frictions pratiquées sur le fond de l'utérus, comme Ulsamer le recommande, des bains prolongés, des injections adoucissantes, en même temps que des boissons stimulantes amenèrent les contractions de l'utérus et l'expulsion de l'enfant dans le deuxième cas. Tous ces moyens restant impuissants dans le troisième cas, le docteur Lanz rompit les membranes avec la main droite, mais, ne pouvant saisir l'enfant, il administra le seigle ergoté et enfin le forceps. Mais en venant au monde, l'enfant était mort. N'est-ce pas un cas malheureux de plus à ajouter à ceux que Ramsbotham a observés, d'après les conseils de Churchill et de Bougiovanni? En effet, sur 26 accouchements prématurés provoqués par l'emploi du seigle ergoté, *à haute dose*, l'accoucheur anglais n'a mis au monde que 12 enfants vivants. Pour rappeler l'opinion du professeur Scanzoni, nous dirons : c'est là une preuve de plus de l'influence fâcheuse de l'ergot de seigle sur la vie de l'enfant.

Il existe dans la pratique des accouchements encore d'autres méthodes auxquelles l'accoucheur pourra recourir, quand il s'agit de provoquer un accouchement prématuré. Ainsi, Schreiber a préconisé le galvanisme ; mais l'expérience a prouvé qu'il reste souvent impuissant, et que, d'autres fois, il compromet la vie de l'enfant. Les injections utérines recommandées par le docteur Cahen, et le décollement de l'œuf proposé par Hamilton, ont besoin d'être sanctionnés par la pratique.

Mais la méthode qui paraît offrir les plus grands avantages consiste dans l'emploi des douches vaginales ascendantes instituées par le professeur Kiwisch, en 1846.

La pratique a prouvé, depuis lors, que l'irritation produite par l'eau tiède sur le col amène infailliblement des contractions de l'utérus, par action réflexe ; que ces contractions peuvent être modérées ou accélérées, à volonté, et qu'elles ne sont accompagnées, ni des dangers auxquels exposent les ponctions de l'œuf, ni des sensations pénibles, douloureuses même, de la dilatation du col ou du tamponnement. Il y a à peine un an que ce procédé a été employé pour la première fois en France, par M. le professeur P. Dubois (1) qui a pu constater les avantages réels qu'on en peut tirer, soit pour provoquer un accouchement prématuré artificiel, soit pour activer le travail naturel commencé.

Nous ne pouvons terminer cet article sans indiquer aux accoucheurs français un nouveau procédé dont l'art des accouchements vient de s'enrichir. Le professeur Scanzoni, de Würzbourg (2), réfléchissant aux relations intimes qui existent entre les mamelles et les autres organes de la génération, s'imagina de faire intervenir l'excitabilité nerveuse des mamelles pour amener des contractions utérines et provoquer l'accouchement prématuré artificiel. « La première tentative est faite, dit-il, sur une femme de 24 ans, qui, il y a deux ans, par suite de rétrécissement du bassin, n'a pu être accouchée qu'après la perforation. Arrivée dans la trente-deuxième semaine d'une nouvelle grossesse, on applique sur les glandes mammaires deux appareils à succion, formés de vessies en caoutchouc, de 4 pouces de long sur 3 de large, qui sont ouvertes à leur base par une espèce d'anneau de verre ayant la forme d'un pavillon de cor de chasse. L'air est expulsé en comprimant la vessie de caoutchouc ; alors les appareils fonctionnent comme des ventouses. Ces appareils ont été appliqués 7 fois en 3 jours, et chaque fois pendant 2 heures ; après la troisième application, on constate déjà une diminution de longueur dans la portion vaginale de l'utérus ; après la sixième s'établissent de violentes contractions, et l'accouchement se termine presque aussitôt après la septième. »

Dans un deuxième cas, l'accouchement se fit déjà après la troisième application des ventouses décrites ci-dessus, chez une primipare ; seulement, le professeur Scanzoni fait remarquer qu'il faut ici tenir compte de la coexistence d'une dyspnée très-intense.

Cette méthode, qui dépasse en simplicité toutes celles connues jusqu'à ce jour, pourrait cependant favoriser une congestion morbide des organes sécréteurs du lait, et elle a besoin d'être sanctionnée par une pratique sage et consciencieuse.

III. *Embryotomie.* — De toutes les opérations obstétricales, celle qui répugne le plus au chirurgien, ainsi qu'à la mère, celle qui épouvante le plus la famille, c'est celle qui ne met au monde qu'un enfant morcelé, et qui porte le nom générique d'embryotomie. Elle comprend la perforation ou l'excérébration du crâne de l'enfant ; la céphalotripsie ou le broiement du crâne et l'embryotomie proprement dite. Celle-ci se subdivise en décapitation ou détruncation, opération qui consiste à séparer la tête du tronc, et en embryulcie, opération par laquelle on vide les cavités thoraciques ou abdominales des viscères y contenus. La céphalotripsie n'a pas été pratiquée dans le duché de Nassau pendant la période des vingt-trois que nous examinons. L'embryotomie, qui a bien perdu de sa vogue ancienne, grâce aux progrès modernes de la chirurgie obstétricale, s'est cependant présentée un assez grand nombre de fois pour que nous en puissions rapporter toutes les opérations une à une.

Ainsi, l'embryotomie, sans la distinguer en décapitation et en embryulcie, s'est rencontrée 22 fois sur le nombre total de 311,409 accouchements : l'opération n'a eu de suites funestes que pour six mères. Et, d'une manière générale, on peut ad-

(1) Voir *Moniteur des hôpitaux*, 10 et 12 février 1853.

(2) Verhandlg. der med.-phys. Ges. zu Würzburg, IV. 1. 1853.

mettre qu'il y a eu une opération sur 14,154 accouchements. Relativement à la période de temps, on ne peut pas dire qu'il y ait eu une embryotomie par an.

Les *Annales* sont peu riches en statistiques de ce genre d'opérations ; toutefois, le docteur Rücker (1) cite celle de Collins, qui, sur 16,654 accouchements, pratiqua six fois l'embryotomie : ainsi, une fois sur 2,778 1/3. Bartsch n'y a eu recours qu'une fois sur 4,425 accouchements, tandis qu'à Vienne Klein l'a pratiquée trois fois sur 35,417 accouchements, ou une fois sur 11,805 2/3.

IV. *Perforation du crâne de l'enfant.* — Cette opération obstétricale, qui sacrifie l'enfant, paraît à certains accoucheurs tellement inoffensive pour la mère, que le professeur Scanzoni déclare maladroit et indigne d'exercer l'art des accouchements le praticien qui blesserait l'appareil de la génération. Ce n'est pas à dire qu'après la perforation les femmes ne succombent jamais ; car les suites sont plus particulièrement en rapport avec les indications et le moment qu'on a choisi pour l'opération. Il n'existe dans la chirurgie obstétricale aucun moyen qui puisse, dans tous les cas, remplacer la perforation du crâne. La céphalotripsie, que quelques accoucheurs posent comme devant avoir cette destinée, ne produit, au contraire, selon Scanzoni, les plus beaux résultats que lorsqu'elle est précédée de la perforation. Le professeur de Würzbourg dit qu'il y a indication directe à perforer le crâne, lorsque l'enfant, parvenu a terme, et dont la mort est certaine, est en position céphalique, et que le bassin présente un rétrécissement dont le plus petit diamètre est compris entre 2 pouces et demi et 3 pouces et demi.

Quelque difficulté que présente cette diagnose, nous la trouvons toujours posée nettement dans les observations extraites des rapports semestriels du duché de Nassau. Ne pouvant les parcourir une à une, nous nous bornons à en offrir à nos lecteurs un résumé.

Sur 311,409 accouchements, il y a eu 143 perforations du crâne, par conséquent une sur 2,177 accouchements. Les résultats de 18 opérations ne sont pas suffisamment précis, mais les 125 autres observations n'ont été funestes qu'à 35 mères.

En rapprochant de ces faits les statistiques connues, il est facile de constater les résultats heureux obtenus dans le duché de Nassau.

Ainsi, dans la clinique de Vienne, la perforation du crâne s'est présentée 4 fois sur 6,608 accouchements ; par conséquent, sur 1,653 accouchements, 1 fois. Elle a été favorable à 2 mères seulement.

Bartsch a eu recours 3 fois à la perforation sur ses 4,425 accouchements ; ainsi 1 fois sur 1,475 accouchements. Il n'a perdu qu'une mère sur les trois.

Klein, à Vienne, a fait sur 35,417 accouchements 53 perforations ; 1 sur 668 accouchements.

La proportion est plus grande encore chez Boer, qui, sur 39,390 accouchements, a eu 51 perforations à faire ; 1 sur 587 accouchements.

Boivin compte 16 perforations sur 20,517 accouchements ; 1 sur 1,282.

Lachapelle, 26 sur 37,875 ou 1 sur 1,456.

Collins a pratiqué 120 fois la perforation sur 16,654 accouchements, ou 1 fois sur 137 ; 38 mères succombèrent sur les 120 opérées.

A la clinique d'accouchements de Dublin, M'Clintock et Hardy ont pratiqué la perforation 63 fois sur 6,702 accouchements ; ainsi, 1 fois sur 106 accouchements, et ils ont eu 16 insuccès pour la mère.

Dans la clinique d'accouchements de Berlin, il y eut 6 perforations sur 2,077 accouchements, ou 1 sur 346 ; et dans celle de Dresde, 6 sur 1,512 accouchements, ou 1 sur 252 accouchements.

V. *Versions.* — Les médecins de l'antiquité, aussi fidèles qu'habiles observateurs de la nature, avaient bien remarqué que les accouchements les plus simples et les plus heureux étaient ceux dans lesquels l'enfant se trouvait en présentation céphalique. De là la tendance presque exclusive, depuis Hippocrate, Celse, Aetius, etc., de ramener les positions vicieuses de l'enfant à cette présentation, au moyen d'une version céphalique. Celle-ci seule avait cours dans l'art des accouchements, lorsque Mauriceau et de la Motte vinrent soutenir, avec leur grande renommée, les avantages de la version pelvienne, ou par les pieds, à l'exclusion de l'autre. Celle-ci, à son tour, prit tant de vogue que Smellie, tirant de l'oubli la version céphalique, faillit passer pour l'avoir découverte. Et quoiqu'elles appartiennent l'une et l'autre à la chirurgie obstétricale moderne, la version céphalique se pratique cependant beaucoup plus rarement que la version podalique. C'est qu'en effet les indications de cette dernière opération sont de beaucoup plus fréquentes.

Ainsi, sur les 311,409 accouchements du duché de Nassau, il a été pratiqué 2,483 versions sur lesquelles il n'y a eu que 10 versions céphaliques. Dans ces derniers cas, il n'y a eu qu'un insuccès pour la mère et l'enfant. Sur les 2,473 versions pelviennes, on a tenu compte des résultats de l'opération, relativement à la mère et à l'enfant, dans 2,318 observations. On a signalé la perte de 176 mères et de 1,431 enfants qui étaient morts au moment de l'opération ou qui sont morts peu après. Par conséquent, une mère a succombé sur 13 $\frac{36}{176}$ qui ont subi la version pelvienne, et 1 enfant sur 1 $\frac{847}{1431}$. Nous reviendrons plus bas sur les différences énormes que nous allons rencontrer dans les autres résultats statistiques. Rappelons seulement encore que les indications qui ont fait recourir à la version pelvienne ont été notées dans 530 cas ; qu'elle a été pratiquée 388 fois pour des positions obliques, 82 fois pour des *placenta prævia*, 28 fois pour des procidances du cordon, 18 fois pour des rétrécissements du bassin, 5 fois pour des hémorrhagies, 4 fois pour des maladies graves de la mère, 2 fois pour des présentations de face, 2 fois pour des inclinaisons de tête et 1 fois pour des convulsions de la mère.

Pour éviter des répétitions et faciliter la comparaison, nous allons résumer en un tableau les résultats statistiques des versions pelviennes auxquelles les différents auteurs sont arrivés :

NUMÉROS	NOM DE L'OPÉRATEUR ou du lieu où les versions ont été pratiquées.	NOMBRE des ACCOUCHEMENS	VERSIONS PELVIENNES.	UNE VERSION sur	MORTALITÉ pour LA MÈRE.	MORTALITÉ pour L'ENFANT.
1	Clinique de Hadamar	406	3	135	»	»
2	Boer.	29,961	151	198	»	»
3	Klein (1re clinique de Vienne). .	35,417	216	163	»	»
4	Deuxième clinique de Vienne . .	6,608	44	150	3	14
5	Boivin.	20,517	218	94	»	49
6	Lachapelle, 1er résultat.	15,652	155	100	»	45
7	— 2e résultat.	22,243	174	127	»	38
8	Collins.	16,654	40	416	6	16
9	Clinique d'accouchem. de Dublin.	6,702	30	223	5	12
10	Bartsch	4,425	40	110	7	19
11	Clin. d'accouch. de Würzbourg .	1,285	10	128	»	»
12	— — de Dresde. . . .	1,512	25	60	»	»
13	— — de Berlin.	2,077	61	34	»	»
14	Duché de Nassau.	311,409	2,473	126	176	1,431

Le docteur Rücker rappelle, relativement à la grande proportion de la mortalité des enfants, dans le duché de Nassau, comparée à celle des cliniques d'accouchements, que dans la pratique privée les opérations obstétricales présentent toujours une gravité plus grande, toutes choses étant égales d'ailleurs ; que cela dépend souvent de l'incapacité des sages-femmes qui laissent passer le moment où il faut agir, ou bien de l'impossibilité physique dans laquelle l'accoucheur se trouve d'arriver à temps auprès de la femme en couche, ou bien aussi du manque d'aides intelligents.

VI. *Application du forceps.* — Dans les temps modernes, l'art des accouchements à vu diminuer peu à peu le nombre des opérations sanglantes, grâce surtout à l'intervention heureuse du forceps. Et, quoique la découverte réelle mais secondaire, si l'on veut, faite par le professeur Jean Palyn, ne remonte qu'à 1723, car les Chamberlen, Roonhuysen, Bœckelmann, Ruysch,

(1) Medic. Jahrb. für das Herzogth. Nassau, t. IX, 1853.

n'avaient fait qu'exploiter servilement un moyen qui aurait dû tomber un siècle plus tôt dans le domaine de la pratique commune; quoique l'emploi du forceps ne se soit propagé que depuis un siècle, il devient difficile de compter les résultats heureux qu'il a produits.

D'après le résumé des tableaux de statistique que les docteurs Thewalt et Rücker ont donné sur l'application du forceps dans le duché de Nassau, on trouve que sur les 311,409 accouchements, on a eu recours à cet instrument 4,223 fois; ainsi, une fois sur 73 accouchements. A la suite de ces 4,223 opérations, on a signalé 93 fois la perte de la mère, une fois sur 45 applications de forceps. Relativement à l'enfant, les insuccès ont été plus considérables : il en est venu au monde de morts ou qui ont cessé de vivre peu après 684, par conséquent un mort après 6 opérations.

Les indications qui ont fait recourir à l'application du forceps n'ont été notées que dans 708 observations. Ainsi, dans 287 cas, c'étaient des proportions vicieuses entre la tête de l'enfant et le diamètre du bassin; dans 269 cas, les contractions étaient trop faibles ou manquaient complétement; 33 fois la faiblesse, l'épuisement ou les maladies de la mère ont nécessité l'emploi du forceps; 29 fois, il y a eu procidance du cordon (et, malgré cela, il paraît que la moitié des enfants sont venus au monde vivants). Des contractions extrêmement douloureuses ou convulsives, résistant, pour la plupart, à des agents thérapeutiques, ont réclamé l'intervention du forceps 22 fois. Il a fallu y recourir dans 20 présentations de la face; dans 12 cas d'éclampsie et de convulsions, et 8 fois pour des présentations céphaliques accompagnées de prolapsus d'un des membres de l'enfant. Dans le cas de *placenta prævia,* le forceps a été appliqué 3 fois, à cause d'hémorrhagies 7 fois, pour des positions obliques de la tête 7 fois, pour cause de rigidité des organes sexuels 4 fois, chez des primipares avancées en âge, 4 fois également à cause d'œdème de la vulve, et 2 fois pour un érysipèle qui avait envahi les organes génitaux externes. Enfin, dans un cas, il y avait commencement de putrescence de l'utérus, et, par conséquent, les contractions devenaient impossibles.

En réunissant les résultats statistiques obtenus par les différents accoucheurs, à la suite de l'application du forceps, nous aurons le tableau suivant :

Nos.	Nom de l'opérateur ou du lieu où l'opération a été pratiquée.	Nombre d'accouchements.	Application du forceps.	Une application sur :	MORTALITÉ POUR la mère	MORTALITÉ POUR l'enfant.
1	Clinique d'accouch^{t}. d'Hadamar . .	406	24	17	nulle	5
2	Id. id. de Vienne . . .	6,608	45	146	7	21
3	Boer (de Vienne).	29,961	119	251	2	15
4	Klein (de Vienne).	35,417	730	48	»	»
5	Bartsch (de Vienne).	4,425	61	72	9	17
6	Clinique d'accouch^{t}. de Dublin . . .	6,702	24	279	8	11
7	Lachapelle (a).	15,652	93	168	»	39
8	— (b).	22,243	77	288	»	
9	Boivin	20,517	96	224	»	23
10	Clinique d'accouch. de Dresde	1,512	151	10	»	»
11	Id. id. de Würzbourg.	1,285	36	35	»	»
12	Id. id. de Fulde	164	4	41	»	»
13	Id. id. de Berlin	2,077	178	11	»	»
14	Duché de Nassau	311,409	4,223	73	93	684

La différence considérable entre l'intervention et la non intervention de l'art dans les accouchements, pratiqués dans des lieux différents, dépend évidemment des points de vue différents auxquels se placent les accoucheurs et aussi des principes différents qu'ils ont puisés auprès de leurs maîtres. Ensuite le chef d'une maison d'accouchement ne procède pas avec la même diligence que l'accoucheur dans sa pratique privée, surtout si celui-ci pratique dans les campagnes. Ramsbotham résume ainsi les symptômes qui doivent indiquer à l'accoucheur le moment précis de recourir à l'application du forceps : « Quand les contractions deviennent de plus en plus faibles ou cessent complétement; quand les forces de la mère commencent à s'épuiser, qu'elle devient inquiète, que son courage fléchit, qu'elle a 120 pulsations par minute, que la langue se recouvre d'un enduit blanc ou brun, que celle-ci devient sèche, rude; quand elle a eu quelques frissons, que le ventre est sensible et que les organes externes de la génération donnent une sensation de chaleur et de gonflement; quand la tête reste dans la même position depuis 6 à huit heures; quand la femme en travail vomit une matière noirâtre, que la respiration est extrêmement accélérée, qu'elle délire et que ses extrémités se refroidissent; alors il convient, dans tout cas, d'appliquer le forceps et, ajoute-t-il, patienter jusqu'à ce que ces quatre derniers symptômes apparaissent, ce serait commettre une faute grave. » Le docteur Rücker admet que l'accoucheur, directeur d'une clinique ou maison d'accouchement, peut bien se conformer aux préceptes de Ramsbotham, mais non sans danger pour la mère et pour l'enfant; tandis que l'accoucheur, dans sa pratique privée, ne pourra jamais ainsi prolonger le travail, dût-il faire violence à ses propres principes.

B. Schnepf, *interne des hôpitaux, lauréat* (médaille d'or) *de la Faculté de médecine de Paris,* etc.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Hôpital Saint-Vincent, de Dublin. — M. O'B. Bellingham.

Observation d'hydropisie du sinus frontal gauche avec dilatation considérable du sinus et absorption des parois osseuses. — Formation éventuelle d'une tumeur externe qui poussait l'œil gauche en bas et en avant.

Traduit par A. Testelin, *D. M. P.*

Observation. — James Mac Cleary, âgé de 46 ans, petit fermier du comté de Monaghan, est admis le 11 juillet 1850 à l'hôpital Saint-Vincent, sur la recommandation du docteur Morrisson.

Il porte une tumeur du volume d'un citron environ, mesurant 5 pouces transversalement et 3 pouces de haut en bas, située au front au-dessus de la racine du nez et de la région des sourcils; elle s'étend du milieu du sourcil droit à la région temporale gauche, et pousse en bas et en dehors l'œil gauche qu'elle cache en partie. La tumeur n'est point douloureuse lorsqu'on la manie, et la peau qui la recouvre n'est point changée de couleur; le centre et la partie inférieure sont mous, et donnent au toucher la sensation d'un liquide; en haut et de chaque côté on sent, le long de la base de la tumeur, une saillie osseuse qui se prolonge un peu sur les parois. La vue n'est point affaiblie, et le malade n'a jamais éprouvé qu'une légère douleur à gauche près de la base de la tumeur.

Le malade rapporte qu'il a toujours joui d'une bonne santé, et n'a jamais reçu de coup sur la région malade; il attribue sa maladie au froid. Il dit que, vers le milieu du mois de mars 1848, il était en train de labourer par un temps très-rude, lorsqu'il fut saisi par le froid, *une écume se forma sur son œil* et la vision fut troublée. Deux ou trois mois après, il aperçut sur son front, au-dessus du sourcil gauche, une légère tumeur qui augmenta graduellement. En février 1850, il se rendit à l'infirmerie de Monaghan, où le docteur Young ponctionna la tumeur à l'aide d'un petit trocart; il en sortit environ plein une coque d'œuf d'un liquide de couleur foncée. En mai dernier, nouvelle ponction suivie du même résultat; la tumeur, assure-t-il, diminua considérablement à la suite de chacune des ponctions. Le testicule gauche atrophié a le volume d'une noisette environ, c'est le résultat d'une blessure reçue à l'âge de douze ans.

Le malade étant décidé à se soumettre a toute opération propre à le soulager et à faire disparaître sa difformité; nous résolûmes, en consultation avec sir Philip Crampton, à cause du doute qui existait sur la nature et le siége de la maladie, de mettre la tumeur à nu en incisant largement les téguments et d'agir ensuite suivant les circonstances.

19 *juillet* 1850. Une incision transversale qui comprend toute l'épaisseur de la peau, est pratiquée dans toute la longueur de la tumeur, et ses lèvres disséquées en haut et en bas. On ouvre alors la tumeur et il s'en échappe plusieurs onces d'un liquide visqueux, de couleur foncée et ressemblant beaucoup à de la bile. La cavité qui reste se trouve formée par le sinus frontal gauche dilaté. La table antérieure de l'os a été extérieurement absorbée, excepté vers la base de la tumeur, là où l'on sentait une saillie dure. La table postérieure de l'os a été également résorbée et l'on reconnaît les pulsations du cerveau à la vue et au toucher. La portion orbitaire du frontal a aussi disparu, et l'on peut toucher l'œil gauche par la cavité du sinus. L'intérieur de la cavité offre une surface unie, blanche et brillante, qui ressemble à la dure-mère.

Un seul point de l'intérieur de la cavité fournit un peu de sang; l'incision des téguments saigna abondamment et exigea plusieurs ligatures.

On plaça une compresse de charpie sur le point de la cavité qui fournissait du sang, et la plaie ne fut fermée que quelques heures plus tard quand on put enlever la charpie; les bords de l'incision furent rapprochés et maintenus en contact par quelques points de suture entrecoupée et des bandelettes agglutinatives.

Le fluide évacué avait l'apparence et la consistance de la bile, et ressemblait aussi au liquide qui sort des kystes de l'ovaire qui ont été souvent ponctionnés. Mon ami, le docteur Carte, l'examina au microscope et y trouva de la matière granuleuse, de l'huile, des globules de sang (qui proviennent de l'incision de la peau et sont mêlés au liquide à sa sortie) et un grand nombre de cristaux aplatis en forme de table, et qui ressemblent à de la cholestérine.

Le 20, les téguments qui recouvraient la tumeur et qui étaient hier tout à fait lâches, sont maintenant gonflés et tendus; les deux paupières sont œdématiées et les yeux fermés; la peau du front est rouge et les lèvres de la plaie sont agglutinées. On enlève alors deux des points de suture et l'on sépare dans une petite étendue les lèvres de la plaie; il s'en écoule une quantité de liquide séreux légèrement teint de sang. On introduit dans la cavité un morceau de mèche de coton destiné à agir comme un siphon; pouls 64. Un grain de calomel et deux grains de poudre de James à prendre trois fois par jour.

Le 22, le gonflement et l'œdème des paupières et du front ont diminué; un fluide séreux, légèrement teint de sang, continue à s'échapper de la plaie, et l'on voit très-distinctement les pulsations du cerveau agissant sur ce fluide et le poussant en avant; pouls 72; soif moindre; langue plus nette.

Le 23, le malade accuse une douleur gravative au-dessus du sourcil gauche, il ressent, dit-il, parfois des douleurs lancinantes dans le même point, tandis que les parties situées en dessous sont comme engourdies.

Le 25, une partie de la blessure s'est réunie par première intention; la matière de l'écoulement est plus épaisse; l'œdème du pourtour de la plaie a un peu diminué; pas de douleur, plus de contentement, pouls au-dessous de 70, peu de soif.

Le 29, le malade n'est pas aussi bien aujourd'hui; le front, particulièrement au-dessus du siége de la tumeur, est d'une rougeur érysipélateuse; peau chaude, constipation, pouls 84, céphalalgie, insomnie, découragement. On injecte, à l'aide d'une bouteille en gomme élastique, de l'eau tiède dans la cavité, et il en sort une grande quantité de pus de bonne nature, ce qui soulage beaucoup le malade.

Le 30, la rougeur érysipélateuse a envahi le nez et la joue gauche; la peau est plus fraîche; pouls 76; la langue est chargée, et les gencives un peu affectées par le mercure dont on cesse l'usage; l'écoulement du pus louable continue; injections d'eau tiède dans la cavité; le malade se plaint de toux et de gêne de la respiration; la sécrétion bronchique est abondante et l'expectoration difficile; il avait été enrhumé pendant l'hiver; les ligatures sont presque toutes tombées, et la plaie est réunie partout, excepté au point où l'on introduit la tente. On continue de prescrire un régime très-sévère.

Le 31, l'érysipèle s'est étendu à l'oreille et à la joue droites; la langue est un peu moins chargée; le malade a eu pendant ces dernières nuits, par tout le corps, une sueur assez abondante. Mixture de quinine et d'acide sulfurique dilué.

2 *août*. L'érysipèle a presque complétement disparu; la langue est nettoyée; plus de douleur; la suppuration, toujours de bonne nature, a diminué; le malade n'accuse que de la faim et de la faiblesse, résultat de la diète sévère à laquelle il a été soumis; les sueurs ont cessé après une dose de la mixture.

Le 6, desquamation de la peau de la face; la suppuration a beaucoup diminué, la langue est nette; pas de douleur; on permet de quitter un peu le lit.

Le 9, le malade s'est levé chaque jour; il se trouve parfaitement bien. La cavité se remplit et l'écoulement est insignifiant.

Le 19, la cavité est presque entièrement remplie; de l'eau qu'on y injecte revient immédiatement; il y a à peine de la suppuration et ce n'est qu'avec peine que la tente maintient un petit orifice ouvert; la santé est parfaite, la langue nette et les selles régulières.

Le 21, le malade retourne chez lui à la campagne; il était parfaitement bien, lorsque l'on reçut de ses nouvelles quelque temps après.

Remarques. — Chez l'enfant, il n'existe pas à la naissance de traces des sinus frontaux; ils commencent à se montrer vers l'âge de deux ou trois ans, mais ils ne ressemblent encore qu'à des cellules agrandies du diploé. Leur développement n'est complet qu'après ou vers la puberté; ils consistent alors en deux cavités souvent de grandeur différente, dont les dimensions varient beaucoup suivant les individus, qui communiquent quelquefois ensemble, mais toujours avec les fosses nasales par une ouverture distincte pour chacun d'eux et qui vient aboutir dans le méat moyen.

Le développement de ces sinus est le résultat de l'écartement des deux tables de l'os; ou, pour parler plus exactement, de l'écartement de la table antérieure qui se porte en avant, et c'est jusqu'à un certain point au développement de ces sinus qu'on doit attribuer le changement qui se manifeste dans le profil de la face à cette époque de la vie.

Les sinus frontaux sont tapissés dans toute leur étendue par une membrane muqueuse qui est continue avec celle qui tapisse les fosses nasales, mais qui en diffère par sa texture qui est plus dense, par sa couleur plus pâle, et par l'extrême poli de sa surface. Comme les sinus n'existent point à la naissance, leur membrane muqueuse manque aussi à cette époque.

La membrane des sinus, bien qu'on la considère comme une continuation de la pituitaire, paraît cependant se développer après elle; ce n'est pas, au reste, par l'apparence seule qu'elle en diffère, mais encore par la disposition aux maladies; ainsi, tandis que les affections spontanées de la pituitaire sont assez communes, celles de la muqueuse des sinus sont excessivement rares.

Les sinus frontaux, à cause de leur situation, peuvent être atteints par des instruments tranchants, piquants ou autres, par des coups, dans des chutes, etc., et l'inflammation qui succède à ces causes peut se terminer par suppuration; mais il paraît que cela arrive rarement. On rencontre aussi quelques rares observations d'inflammation spontanée des sinus, se terminant par la formation d'un abcès dont le pus vient alors s'échapper par le nez, ou, s'il est retenu, donne lieu à une série de symptômes graves et alarmants. On trouve un cas de ce genre très-exactement décrit dans le second volume des *Principles of Surgery*, de John Bell.

Les écrits des anciens renferment des observations ou des allusions à des observations dans lesquelles des symptômes extraordinaires ou alarmants, allant quelquefois jusqu'aux convulsions et au délire maniaque, se sont montrés soit à la suite de l'introduction d'insectes dans les sinus frontaux, soit par suite du développement de vers dans ces cavités; les symptômes disparaissent après la sortie de ces animaux par les narines. La majorité de ces observations, il faut le dire, manque d'une authenticité suffisante, et les détails de quelques autres sont trop imparfaits pour qu'on puisse y attacher beaucoup de valeur; et comme les chirurgiens modernes n'ont pas, que je sache, rencontré de cas analogues, on peut raisonnablement douter que les symptômes que nous avons rapportés fussent toujours dus à la cause à laquelle on les rapportait. La membrane des sinus ne paraît pas douée d'une sensibilité bien vive; dans le cas actuel, on a pu la mettre à nu et la manier sans que le malade ait accusé aucune sensation particulière. De plus, le chien est sujet à une espèce d'entozoaire (le *pentastoma tœnioides*) dont le siége ordinaire est le sinus frontal. Le musée du Collége royal des chirurgiens de Dublin en possède un exemplaire dont je lui ai fait don.

Les polypes qui se développent dans la cavité des sinus font voir qu'il existe de l'analogie entre la muqueuse qui la tapisse et la pituitaire; mais ces polypes sont fort rares, si rares que je ne crois pas qu'il en existe plus de trois observations dans les recueils; la première est séparée des deux autres par un intervalle d'un siècle; et, sur les trois cas, deux étaient compliqués de polype des fosses nasales.

Le premier cas fut observé à la Charité, en 1725, par Levret, l'inventeur de la canule à ligature; il est indiqué par Boyer dans le sixième volume de sa *Chirurgie*, comme la seule observation de polype du sinus frontal qui fût à sa connaissance. Dans ce cas, il y avait des polypes dans le sinus maxillaire, dans le nez et dans la gorge, en même temps que dans le sinus frontal. Le second fait a été publié dans le *Rust's Magazin*, année 1825 : on trépana le sinus et le polype fut excisé. Le dernier cas est rapporté dans un ouvrage sur la chirurgie, publié en 1814, à Berlin, par M. Wurth. Il a été reproduit plus tard dans le vingt-

et-unième volume de la *Review,* du docteur Forbes, et donné comme le seul cas connu de polype enlevé avec succès du sinus frontal. Le malade, qui était un garçon de dix ans, était, dit-on, atteint de la maladie depuis neuf ans; mais c'est une erreur, car les sinus frontaux ne sont pas encore développés à un âge aussi tendre; pendant tout cet intervalle de temps, il éprouva de fortes douleurs dans la tête. « La région occupée par les os frontaux « et nasaux était fortement poussée en avant, et l'œil gauche se « trouvait chassé en avant hors de l'orbite. » Le docteur Wurth procéda à l'opération par une incision verticale sur la région nasale et une autre horizontale un peu au-dessus des sourcils, les lambeaux furent disséqués et la tréphine appliquée en deux points; il s'échappa alors « *une immense quantité de polype.* » On enleva la tumeur par incision, et la cavité qui resta pouvait contenir trois œufs de poule. « La guérison mit douze mois à « s'effectuer; le sinus frontal diminua progressivement dans « toutes les directions, et l'œil rentra en partie dans l'orbite. »

On a observé deux cas d'hydatides du sinus frontal; elles avaient donné lieu à des symptômes analogues à ceux des polypes. L'un d'eux fut traité par Langenbeck; il perfora le sinus à l'aide du trépan, et enleva les hydatides avec une pince. On a aussi rencontré des hydatides développées dans l'os frontal, loin des sinus : un exemple remarquable de cette espèce, traité par M. Keate, est rapporté dans le tome 10 des *Medico-chirurgical Transactions.*

On croit que, dans l'état de santé, la muqueuse des sinus sécrète un mucus liquide qui s'écoule par les petites ouvertures qui établissent une communication avec les fosses nasales. Maintenant si, par une cause ou une autre, la sortie de ce liquide vient à être empêchée, il devrait arriver des symptômes de rétention. Ce n'est pas ce que démontre l'observation. « L'accumu- « lation et l'épaississement du mucus dans ces sinus, dit Boyer, « doivent produire quelques-uns des symptômes de leur inflam- « mation ou de leur suppuration; mais je ne sache pas, ajoute- « t-il, qu'on en ait jamais observé un seul cas.»—« Il est possible, « dit Bérard (1), que l'inflammation augmente la sécrétion du « mucus, et que celui-ci, ne pouvant plus s'échapper par les « urines, s'accumule dans les sinus et détermine un état mor- « bide semblable à celui qu'on observe dans le sinus maxillaire; « mais on n'a encore publié aucun fait de cette nature. »

L'historique du cas qui nous occupe doit nous porter à croire que telle a été ici l'origine de la maladie : le malade, sous l'impression du froid, eut l'œil gauche affecté; il s'ensuivit probablement un état de congestion de la membrane du sinus, amenant l'obstruction, puis l'oblitération de l'ouverture de communication avec le nez; le produit de la sécrétion s'est accumulé, épaissi par la résorption de ses parties aqueuses; le sinus dilaté a déterminé par pression l'absorption des parois osseuses, et enfin la tumeur est venue se montrer à l'extérieur.

Dans le petit nombre de cas connus où un corps étranger, tel qu'un polype, s'est développé dans le sinus frontal et a déterminé l'absorption des parois osseuses, on a toujours signalé comme symptôme prédominant une douleur qui persistait le jour et la nuit. Il y avait donc lieu de supposer que la distension du sinus par un liquide porté au point de déterminer l'absorption de ses parois produirait une douleur considérable. Il n'en a rien été; notre malade n'a ressenti qu'une douleur légère et bornée à un seul point; ce n'a été ici qu'un symbole sans importance.

On a supposé aussi que, dans les cas où du pus se forme par suite d'inflammation et où son accumulation détermine la destruction des parois osseuses du sinus, c'est la table postérieure comme la plus mince qui doit céder la première et déterminer à un degré plus ou moins considérable la compression du cerveau.

Ainsi M. Velpeau (2) dit : « Quand un liquide s'accumule dans « les sinus frontaux et qu'il s'y développe des tumeurs, leur « lame postérieure étant la plus mince cède la première et com- « prime promptement le cerveau. » Boyer dit aussi : « Le plus « souvent, au lieu de la paroi antérieure, c'est la paroi posté- « rieure dec sinus qui cède, parce qu'elle est plus mince et « moins résistante; elle s'amincit, s'use et enfin se rompt; et le « cerveau, qui n'était d'abord comprimé que par la tuméfaction, « subit la pression immédiate du pus. Dans ces cas, l'abcès du « sinus frontal s'accompagne presque toujours du gonflement « de la paupière supérieure de l'œil du côté malade, et de la « paralysie des muscles du côté opposé. »

Dans le cas qui nous occupe, où l'accumulation du liquide a d'abord déterminé l'amincissement des parois osseuses, puis leur absorption, la paroi antérieure a cédé, et le cerveau n'a jamais subi la moindre compression.

Dans la plupart des traités de chirurgie, on parle à peine des affections du sinus frontal, ou on les passe complétement sous silence. Boyer ne mentionne que les blessures, l'inflammation, les polypes, et la présence des corps étrangers, y compris les insectes et les vers. On y a observé de plus des hydatides et des tumeurs offrant les caractères des *nævi materni.* Mais je n'ai trouvé décrit aucun cas semblable à celui de mon malade; et comme la distension du sinus maxillaire par l'accumulation du produit de la sécrétion a été appelé, par Dubois et Boyer, hydropisie du sinus maxillaire, je crois que l'affection que je viens de décrire pourrait s'appeler fort convenablement *hydropisie du sinus frontal.* (*Ann. d'oculist.*)

(1) *Dict. de médecine,* t. 28, 2e édition, 1844.

(2) Anatomy of Regions, translated by Hancock, 1838.

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement.

Par le Dr Alex. Mayer.

(*Suite. Voir les nos* 102, 103, 104, 110.)

3e classe.

Inflammations virulentes.

§ Ier. *Inflammations syphilitiques.* — La syphilis, affection éminemment spécifique, *totius substantiæ,* et donnant lieu à des manifestations qui la différencient de toute autre individualité morbide, peut revêtir dans quelques-uns de ses symptômes les plus fréquents, le caractère phlegmasique le plus tranché.

Le traitement de cet *accident,* quand il dépasse certaines limites, doit être combiné de telle sorte que la maladie principale n'en soit pas aggravée.

C'est dire tout d'abord que la même médication ne convient pas également à la syphilis et à ses phénomènes inflammatoires.

L'inflammation vénérienne peut atteindre la peau et les muqueuses (chancres), les ganglions lymphatiques (bubons), les os et le périoste (ostéites et périostites), etc.

Le virus syphilitique imprime à l'inflammation une tendance singulière à la destruction des tissus, à l'ulcération. Il importe, par conséquent, d'empêcher son développement, dès qu'elle peut être soupçonnée. De plus, toute nouvelle surface suppurante ajoute à l'infection primitive un foyer nouveau d'infection; circonstance grave contre laquelle on ne saurait trop se prémunir.

Dans ces derniers temps, a été introduite dans la science une doctrine séduisante *à priori,* et qui compte déjà un nombre d'expériences assez respectable pour qu'on ne puisse s'empêcher de compter avec elle. Ses promoteurs principaux sont MM. Auzian Turenne et Spérino (de Turin).

Cette doctrine, se basant sur ce fait actuellement incontestable, que la syphilis *constitutionnelle* n'est pas susceptible de récidive, s'est bornée d'abord à préconiser l'inoculation comme moyen préservatif, sous le titre de *syphilisation.* La question, à cette époque, pouvait se renfermer dans ces termes :« Est-il

raisonnable de se procurer artificiellement et de son propre gré une maladie redoutable, pour se garantir de la même maladie, dont il est infiniment probable qu'on ne sera jamais atteint? Il est vrai qu'on a prétendu compenser l'inutilité de l'inoculation, pour la plupart des individus, par l'innocuité de ses résultats, comparés à la gravité de la vérole contractée par les voies ordinaires.

Mais aujourd'hui la syphilisation est entrée dans une autre phase. Elle se pose en méthode curative, et déjà des travaux se sont produits pour appuyer ses propriétés dans ce sens. Il reste à juger de leur valeur : *Adhùc sub judice lis est.*

a. Des ulcères syphilitiques. — L'ulcère syphilitique, quel que soit son siége, reste stationnaire ou même continue à s'étendre, aussi longtemps qu'il est envahi par l'inflammation. Ce n'est que lorsque celle-ci a disparu, que la cicatrisation peut se faire, si d'ailleurs l'ulcère est arrivé à la période de réparation.

Les chancres enflammés réclament rarement les émissions sanguines. Les seuls émollients et un régime approprié suffisent le plus souvent. Lorsque le chancre est douloureux, on ajoute au pansement quelque préparation opiacée.

Les sangsues, au pourtour d'un ulcère dont le pus est encore inoculable, présentent un danger dont le praticien tiendra compte lorsqu'il croira devoir en prescrire. C'est que chaque piqûre peut se convertir en chancre et compliquer la situation du malade.

Cet inconvénient n'est plus à redouter, quand l'ulcère est parvenu à la période où le pus qu'il sécrète n'est plus transmissible.

Les moyens qui m'ont presque toujours réussi, ce sont des fomentations avec un liquide émollient, — de mauve, guimauve ou graine de lin ; — je fais ajouter fréquemment quelques têtes de pavots à la décoction, et quand il s'agit de réprimer une très-vive sensibilité, j'y fais dissoudre une dose plus ou moins élevée d'extrait aqueux d'opium. Il est de ces petits soins qui ne doivent pas être négligés. Telle est la précaution que je prends de n'employer jamais ces fomentations à une température élevée, pour éviter la congestion qui en résulte.

Des bains tièdes prolongés concourent avantageusement au même but.

Il va sans dire que dans le cas de chancres de la gorge, les gargarismes remplacent les fomentations et qu'on les compose avec les mêmes substances.

b. De l'ophthalmie syphilitique. — L'ophthalmie de cette nature affecte les deux formes de conjonctivite et d'iritis.

Occupons-nous d'abord de cette dernière, en raison de sa plus grande gravité. Pour peu que la phlegmasie s'empare de cette membrane avec une notable intensité, elle y détermine très-promptement des désordres qui compromettent la vision. Les principaux sont les adhérences qui entraînent inévitablement la déformation de la pupille, si ce n'est son occlusion complète. Ces lésions, une fois réalisées, nécessitent des opérations chirurgicales délicates et fréquemment incertaines dans leurs résultats. Il est donc de la plus grande urgence de prévenir par un traitement immédiat et énergique de l'inflammation, d'aussi déplorables conséquences.

La médication antiphlogistique doit être dès l'abord mise en usage, et avec une énergie suffisante, pour n'avoir pas à y insister longtemps, et afin de pouvoir passer aussitôt à un autre ordre de moyens non moins efficaces. Ainsi, dès les premiers instants, on pratiquera, selon la gravité du cas, une saignée copieuse qu'on sera obligé parfois de répéter le lendemain; on appliquera des sangsues aux tempes de manière à entretenir un écoulement de sang prolongé ; on ordonnera des frictions à doses élevées d'un mélange d'onguent mercuriel double et d'extrait de belladone dans des proportions convenables, et le calomel à l'intérieur à titre d'altérant. Un vésicatoire ou un séton à la nuque sera souvent indispensable. Les collyres sont généralement d'une faible utilité dans cette espèce d'ophthalmie.

Tous les agents du traitement complexe que je viens d'exposer doivent bien souvent être mis à contribution dans l'espace de deux à trois jours, pour parvenir à enrayer la marche rapidement destructive de l'iritis syphilitique; et encore, dans l'énumération que j'ai faite, je n'ai pas la prétention d'avoir été complet.

La conjonctivite ne réclame ni un arsenal thérapeutique aussi varié, ni des moyens d'une telle portée; ses suites n'intéressant pas si directement la faculté visuelle. Quelquefois une saignée du bras, souvent des applications de sangsues, les révulsifs intestinaux, les préparations mercurielles, les vésicatoires à la nuque, les collyres avec l'azotate d'argent et parfois la cautérisation de la conjonctive avec ce sel à l'état solide, constituent la série de moyens appropriés à cette affection morbide.

c. Des ganglionites syphilitiques (bubons). — Les mêmes considérations qui doivent diriger le traitement de l'inflammation qui complique le chancre, sont applicables au bubon suppuré; c'est-à-dire, qu'en thèse générale, il faut éviter, autant que faire se pourra, d'entamer la peau, soit à sa surface, soit dans son pourtour, dans la crainte de voir survenir autant d'ulcères vénériens qu'il aura été fait de plaies.

Le procédé le plus convenable pour évacuer le pus sans risquer autant de déterminer l'ulcération des téguments, c'est de produire une escarre au moyen de la *pâte de Vienne.* Puis, quand le foyer est vidé, d'y injecter la teinture d'iode étendue d'eau, pour déterger la surface suppurante et modifier la nature de la sécrétion.

Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit à l'occasion de la ganglionite scrofuleuse : c'est qu'il y a avantage, quand une fois la suppuration ne peut plus être empêchée, et que la fluctuation est manifeste, à attendre que le bubon soit complétement fondu avant que de l'ouvrir. La guérison est plus rapide et pour le même motif que j'ai indiqué au paragraphe consacré à la scrofule.

Tous les efforts du praticien doivent avoir pour but, dès qu'apparaissent les premiers symptômes d'un bubon chez un sujet porteur de chancres ou d'urétrite, d'en obtenir la résolution le plus promptement possible. Les émissions sanguines locales seront employées avec persistance, jusqu'à ce que la violence de l'inflammation soit tombée. Après quoi, les fomentations émollientes à une température peu élevée, les bains généraux, le repos au lit, les frictions mercurielles ou l'emplâtre de *vigo cum mercurio,* compléteront le traitemrnt.

La saignée générale ne me paraît jamais nécessaire dans ce cas.

d. Ostéites et périostites. — Ces accidents de la syphilis ne se montrent généralement que comme symptômes consécutifs, et annoncent une affection profonde de l'organisme. Or, le virus vénérien, joint à l'action des préparations mercurielles dont les malades sont déjà saturés, le plus souvent, a déjà altéré la crase du sang et amené un état cachectique. Les émissions sanguines sont donc formellement contre-indiquées. C'est à la médication spécifique qu'il faudra avoir recours, si antérieurement le malade n'a subi un traitement rationnel, auquel cas l'iodure de potassium serait préféré.

Concurremment avec ces agents thérapeutiques, on prescrira un régime analeptique, mais dont les excitants seront exclus.

Localement, on emploiera les frictions mercurielles, les cataplasmes émollients ; quelquefois un vésicatoire pansé avec l'onguent napolitain, sera suivi de bons résultats.

En résumé, le virus syphilitique tend à l'appauvrissement du sang, et le traitement mercuriel agit exactement dans le même sens. Les spoliations sanguines doivent en conséquence être pratiquées, dans les cas seulement où il s'agit de conjurer quelque péril immédiat. Mais on ne saurait en être trop sobre, surtout quand la vérole est arrivée à l'état constitutionnel, et que la cachexie est déjà bien prononcée.

§ II. *De l'inflammation vaccinale.* — L'auréole inflammatoire qui environne les pustules de la vaccine ne réclame aucun traitement actif; tout au plus peut-il devenir nécessaire, dans quelques circonstances fort rares, de calmer la douleur qui en résulte par l'emploi topique de cataplasmes ou de fomentations émollientes. Ce n'est d'ailleurs qu'à la période de suppuration et alors que l'effet préservatif est déjà produit, qu'il arrive parfois, par

le rapprochement des piqûres de l'inoculation, un engorgement inflammatoire assez étendu, auquel on pourrait craindre de voir prendre le caractère phlegmoneux; mais habituellement cet état dure peu et se dissipe spontanément.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Sur l'insistance de son auteur, nous publions la lettre suivante, tout en regrettant que M. Rézard de Wouves n'ait pas jugé plus utile d'attendre l'expérience clinique pour combattre l'incredulité bien naturelle de M. Boucher.

Paris, *le* 10 *septembre* 1853.

Monsieur le rédacteur,

Pour traiter une question scientifique, je ne savais pas, qu'alors qu'un docteur médecin avance *un fait* et demande à le prouver au lit du malade, il pourrait se rencontrer un docteur médecin qui, à défaut de raisonnement, viendrait traiter une question aussi grave par le persifflage.

Les allusions, plus ou moins ingénieuses, que M. Boucher de la ville Jossy emprunte à l'esprit de Molière, peuvent indiquer beaucoup de savoir littéraire, mais il s'agit d'une question médicale de la plus haute importance; il n'a compris ni cette question, ni les égards que l'on se doit entre hommes bien élevés.

Je ne comprends ni le but scientifique, ni ce que la question a pu gagner, par la lettre de M. Boucher.

Avant de s'ériger en maître et de me faire le reproche d'ignorer ce qui a été écrit avant moi, alors que je déclare « *qu'on* avait déjà constaté l'insuffisance ou « le danger du sulfate de quinine, » il aurait dû nous fournir la preuve qu'il était au *courant de la science*. Que n'a-t-il cité Giacomini qui l'a employé un des premiers, et la *Thèse* de M. le docteur Guipon, analysée par un journal de médecine, et qui est le dernier travail publié?

La question a-t-elle donc été arrêtée et résolue, en 1846, par sa *Thèse inaugurale?* Il me la cite, me conseillant de la consulter. Je suis sensible à cette gracieuseté : cette *Thèse* doit être d'un grand mérite, néanmoins je ne la consulterai pas; ayant étudié la maladie au lit des malades, elle m'en a appris assez pour avoir une conviction, et, comme il dit, *de grandes prétentions thérapeutiques*.

Quelle est l'opinion de M. Boucher?

1° Dans sa *Thèse*, résultat de trois années d'observations, en 1846, il arrive à ce résumé « que le sulfate de quinine ne lui paraît pas devoir constituer une « méthode spéciale de traitement, mais qu'il peut rendre d'utiles services com- « binés avec d'autres moyens. »

Mais sont-ce les autres moyens ou lui qui rendront des services utiles?

2° Il se dit partisan du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

3° Et termine sa lettre en déclarant « *qu'il pense comme vous*, » monsieur le rédacteur; or, votre opinion est celle de M. de Saint-Laurent, qui établit que « l'influence du sulfate de quinine *est rien ou peu s'en faut*. »

Quelle est donc l'opinion de M. Boucher?

Mon opinion est : qu'il est spécifique et qu'il faut l'employer seul.

Je n'avais donc pas à parler de M. Boucher et n'ai que faire de consulter sa *Thèse*.

« Si *les esprits sages sont réservés dans leurs affirmations et ne se hâtent pas « de conclure trop tôt*, » je suis étonné que M. Boucher n'ait pas su profiter de sa leçon, pour ses négations, surtout lorsqu'il s'agit d'un fait qu'il ignore.

Je félicite M. Boucher « *de se garder bien de prendre le rôle de Sganarelle*, » mais, *esprit sage*, il aurait dû se garder de prendre celui qu'il a pris, dans cette question, aux yeux du monde scientifique.

Et M. Boucher, après l'épreuve clinique que je demande, appréciera sa lettre.

Agréez, etc. Dr Rézard de Wouves.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— L'Académie impériale de Rouen avait mis au concours cette question : « Appréciation des ouvrages et éloge de Lepecq-de-la-Clôture, médecin épidémiographe de la Normandie au XVIIIe siècle. » Le prix, consistant en une médaille de 300 fr., vient d'être décerné à M. Max. Simon.

« Nous apprenons avec plaisir, dit M. Debout en annonçant cette nouvelle, que le travail de notre savant collaborateur sera publié d'ici à quelques mois, et viendra rappeler l'attention sur l'étude des maladies et constitutions épidémiques, TROP NÉGLIGÉE DE NOS JOURS. »

A quoi le professeur Alquié, de Montpellier, ajoute :

« Il serait convenable que nos confrères de Paris voulussent bien adresser DE SI JUSTES REPROCHES aux élèves de leur école, et fissent une honorable exception pour les disciples de l'antique école de Cos, où la connaissance des constitutions médicales et des épidémies n'a jamais cessé d'être enseignée et exigée. »

Nous voudrions bien, et voilà ce qui nous paraîtrait vraiment convenable, que les hommes sérieux comme MM. Debout et Alquié ne parlassent jamais que pour dire quelque chose. Sur quoi M. Debout s'est-il fondé pour dire que l'étude des maladies épidémiques est trop négligée *de nos jours?* Est-ce sur les huit ou dix relations d'épidémies qui arrivent *chaque semaine* à l'Académie, et existerait-il une époque ignorée où l'on aurait écrit davantage sur ces affections?

Quant à notre honorable confrère M. Alquié, nous lui ferons observer, sans cesser de rendre justice à l'école à laquelle il appartient, que, sur dix relations d'épidémies, il y en a huit au moins qui arrivent des régions du nord et du centre de la France.

— Après avoir servi longtemps à falsifier le café, la chicorée se voit à son tour falsifiée :

Une circulaire du Ministre de l'Agriculture, adressée aux préfets, appelle l'attention de l'administration sur les abus auxquels donne lieu cette falsification.

La fraude consisterait dans l'addition à la racine de chicorée de certaines matières étrangères, telles que terre, ocre rouge, rouge de Prusse, noir animal, dont la proportion s'élève quelquefois jusqu'à 30 et 40 pour cent du poids total de la matière vendue.

Le Ministre prescrit les mesures nécessaires pour prévenir et réprimer, s'il y a lieu, les fraudes de cette nature.

Nos lecteurs trouveront, dans le très-utile ouvrage de M. Chevallier (*Dictionn. des falsifications*) les moyens de découvrir les fraudes qui ont excité la juste sévérité du Ministre.

— *Inhumation précipitée.* — Est-ce encore un de ces canards que les grands journaux se font une loi de livrer de temps en temps à la voracité publique, ou bien faut-il compter le fait suivant parmi les faits positifs analogues qui sont consignés dans la science? Nous l'ignorons, et nous regrettons surtout qu'une véritable et fâcheuse incurie empêche nos confrères d'informer de semblables faits les journaux scientifiques, où ces faits pourraient seulement trouver une place utile.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'on lit dans le *Glaneur du Haut-Rhin* :

« Le 30 du mois d'août, à six heures du soir, un jeune homme d'Illhæusern, nommé L...., fils d'une pauvre veuve, était à l'agonie. A sept heures, on sonna la petite cloche du village pour apprendre aux habitants qu'il avait rendu le dernier soupir. La mère du défunt alla trouver des gens riches pour leur demander une chemise et un drap de lit, afin de pouvoir y envelopper son fils, ce qu'elle ne tarda pas à obtenir. Une voisine et la mère se mirent aussitôt à l'œuvre. Mais il se présenta un petit accident : le défunt avait un pied très-tordu qui pouvait empêcher de mettre le corps dans le cercueil. On résolut de lui casser le pied, ce qui fut fait, et notre mort était couché là comme s'il n'avait jamais été ostropié.

« Dans cet état, on transporta le défunt dans une autre chambre, où il fut couvert d'un drap. Vers onze heures du soir, son gardien, entrant dans la chambre pour y soigner la lampe, remarqua bientôt que le drap n'était plus placé comme il l'était d'abord. Il alla appeler la mère; le mort fut découvert et on vit que le pied cassé avait repris son ancienne position. Au bout d'un quart d'heure, le mort commença à respirer. Il n'avait été qu'en léthargie. Grande fut la peur de ceux qui l'entouraient. On appela un voisin et on transporta le jeune homme dans un lit. Bientôt il se plaignit de soif et de faim, demanda un verre de vin et quelque chose à manger. Il raconta alors aux personnes présentes qu'il avait fait un long voyage et qu'il avait parlé dans l'éternité à son père et à ses amis. Le jeune homme vit encore, mais n'est pas hors de danger. »

BIBLIOGRAPHIE.

Précis de l'histoire de la PETITE VÉROLE, suivi d'un Mode de traitement constitutionnel et local qui rend cette maladie relativement sans danger et prévient ces difformités causées par l'ulcération de la peau, par Henry GEORGE. — Brochure in-8.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome I. — N° 113. 1re année. Mardi 20 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : De la stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL SAINT-ANTOINE. M. CHASSAIGNAC. Hygroma du genou. Injection iodée. Récidive. Nouvelle injection. Guérison. Remarques sur le diagnostic des corps mobiles dans la cavité de l'hygroma. — Du traitement curatif des varices par le perchlorure de fer, par M. le Dr Debout. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON.**

Paris, le 19 Septembre 1853.

De la stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale.

M. Gosselin, dont on connaît les intéressantes recherches sur l'oblitération des voies spermatiques, vient de publier, dans le numéro des *Archives* de septembre, un travail qui peut être considéré comme une suite de ces recherches, et qui nous paraît de nature à attirer l'attention des médecins et des physiologistes. Avant de présenter à nos lecteurs les quelques remarques que le nouveau mémoire de M. Gosselin nous a suggérées, nous allons en présenter d'abord une analyse complète.

M. Gosselin étudie quelle peut être l'influence, sur les fonctions génitales, de ces oblitérations des voies spermatiques qu'il avait anatomiquement constatées en 1847. Pour déterminer cette influence, il a examiné au microscope le sperme de plusieurs individus qui avaient eu une double épididymite blennorrhagique, et chez lesquels la persistance d'une petite tumeur indurée à la queue des épididymes lui faisait soupçonner l'existence de la lésion dont il s'agit.

Les faits qu'il a observés se rapportent à deux catégories : dans l'une, l'épididymite bilatérale remontait à quelques semaines ou à quelques mois, dans l'autre, elle remontait à plusieurs années.

Les faits de la première catégorie sont au nombre de quinze. Le sperme, dans ce cas, a été examiné deux, trois ou quatre fois dans chacun des cas, à des intervalles de trois ou quatre semaines, sans qu'on y ait trouvé les spermatozoïdes. L'exploration a été faite non-seulement par M. Gosselin, mais aussi par d'autres observateurs très-compétents, MM. Robin, Galliet et Verneuil, Bauchet et Dolbeau. Chez tous ces malades, il ne restait aucune douleur testiculaire ; les érections étaient aussi fréquentes, les éjaculations aussi abondantes qu'avant la maladie ; rien ne paraissait changé dans les caractères physiques du sperme. Les animalcules ont été retrouvés sur deux de ces malades au bout de huit et dix mois, après avoir manqué entièrement durant ce laps de temps. Les autres sujets ont été perdus de vue.

M. Gosselin conclut de ces faits, qu'à la suite de l'épididymite double ou bi-latérale, le sperme peut rester pendant un certain temps dépourvu de spermatozoïdes, et, par conséquent, infécond, sans qu'aucun indice autre que ceux fournis par l'exploration microscopique puisse le faire soupçonner ; et, comme chez les deux malades dont le sperme a repris, au bout d'un certain temps, tous ses caractères, l'une des indurations avait disparu,

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir le n° 104, 106, 107, 108, 110.*)

La bourse muqueuse de la base de la langue n'est pas constante, et voici dans quelles conditions elle se développe. Le bord supérieur de l'os hyoïde présente, sur la ligne médiane, un tubercule quelquefois peu apparent, quelquefois assez considérable. Dans ce dernier cas, il se développe autour de ce tubercule et dans l'épaisseur de la base de la langue, entre les génio-hyoïdiens et les génio-glosses d'une part, et les hyo-glosses de l'autre, une bourse muqueuse qui peut atteindre une dimension assez grande lorsque, comme Ch. Verneuil en a montré un cas, le tubercule de l'os hyoïde dégénère en une véritable apophyse (1).

L'évolution des bourses muqueuses vous étant connue, il était intéressant de savoir ce qu'elles deviennent lorsque cesse l'action de leur cause génératrice. M. Broca s'est chargé d'élucider ce point de physiologie pathologique ; sur un membre condamné depuis longtemps au repos, notre collègue a vu la cavité obturée petit à petit par une tumeur graisseuse développée dans les parois de la poche, y faisant d'abord saillie, puis finissant par s'effacer à la longue ; il a comparé judicieusement ce mécanisme à celui qui préside à la disparition de certains sacs herniaires anciens et vides depuis longtemps.

Après avoir parlé du tissu cellulaire et des cavités qui se forment dans son intérieur, disons un mot du tissu glandulaire et des diverses formes qu'il affecte.

Le tissu glandulaire se présente sous quatre formes distinctes.

1° Les follicules ; 2° les glandes en grappes ; 3° les glandes réticulées ; 4° les grandes closes composées de petites vésicules closes, ordinairement réunies en groupes et formant les glandes conglobées. Dans toutes il y a, comme on le voit, des cavités naturelles affectant les diverses formes de culs-de-sac, de conduits entrelacés ou ramifiés et de vésicules.

Théorie des kystes. — Partout où une cavité naturelle ou accidentelle se rencontre dans l'économie, il peut se produire, dans son intérieur, un travail qui détermine l'accumulation d'un liquide séreux plus ou moins sanguinolent, plus ou moins onctueux.

Dans les grandes cavités closes, ces accumulations portent le nom d'hydropysie; d'hydarthroses dans les articulations ; de tumeurs synoviales autour des tendons ; de ganglions dans les petits diverticulum des synoviales articulaires décrits par M. Gosselin sous le nom de follicules synoviaux, d'hygromas dans les grandes bourses muqueuses, etc.

Elles prennent le titre générique de *kystes*, quand elles se développent dans les petites bourses muqueuses, dans les culs-de-sac, dans les conduits ou les vésicules glandulaires.

En d'autres termes, et la loi a été ainsi formulée : *Tout kyste est formé aux dépens d'une bourse séreuse ou d'un élément glandulaire.* Cette proposition est

(1) Page 103.

comme, d'une autre côté, l'auteur a établi, par ses recherches anatomiques de 1847, que des oblitérations existent souvent au niveau des indurations de la queue de l'épididyme, il en conclut que l'absence des spermatozoïdes s'explique par des oblitérations qui empêchent le sperme testiculaire d'arriver dans les canaux déférents et les vésicules séminales, et que le liquide éjaculé provient seulement de ces dernières.

La seconde catégorie comprend quatre individus qui avaient eu, plusieurs années auparavant, l'épididimyte blennorrhagique à droite et à gauche. Sur l'un d'entre eux, les noyaux avaient tout à fait disparu et les spermatozoïdes existaient. Sur les trois autres, les noyaux se sentaient toujours très-bien et les spermatozoïdes manquaient. Aucun des trois n'avait observé rien de particulier dans ses érections et ses éjaculations. Tous trois sont mariés et n'ont pas eu d'enfants. L'auteur ne voit pas d'autre explication possible de ces faits que la présence d'une oblitération au niveau de la queue des épipidymes, par suite de la transformation fibreuse de la lymphe plastique épanchée au moment des inflammations. Toute autre interprétation lui paraîtrait une pure hypothèse; car, dans aucune autre condition, l'on ne voit manquer les spermatozoïdes, lorsque les fonctions génitales s'accomplissent régulièrement,

M. Gosselin arrive donc par l'ensemble de ces faits, et par ses recherches anatomiques à ces propositions :

Que l'épididymite blennorrhagique double peut laisser à sa suite une oblitération qui force le sperme à s'arrêter dans les épididymes ;

Que cette lésion rend l'homme infécond sans le rendre impuissant ;

Qu'elle peut disparaître au bout de quelques mois, mais qu'elle persiste indéfiniment chez certains individus.

M. Gosselin croit devoir faire connaître ces résultats, parce que les observateurs les plus sérieux sont disposés à regarder comme doués de la virilité la plus complète les hommes chez lesquels les érections et les éjaculations paraissent normales, et à expliquer dans tous ces cas la stérilité du mariage par quelque lésion du côté des organes sexuels de la femme ; les praticiens, dit-il, doivent savoir, au contraire, que le double noyau de l'orchite bilatérale cause la stérilité, sans qu'on puisse le reconnaître autrement que par l'examen microscopique, et que cette coïncidence d'un sperme dépourvu de spermatozoïdes avec des fonctions génitales en apparence satisfaisantes est due à ce que, dans l'état normal, la secrétion vésiculaire est abondante et que le liquide fourni par les testicules est en quantité extrêmement faible.

La stérilité peut, du reste, être consécutive à l'orchite unilatérale ; c'est lorsque l'autre testicule est depuis longtemps atrophié et impropre à une sécrétion suffisante, ainsi qu'on l'observe dans certains cas de testicules arrêtés à l'anneau et de varicocèles.

On comprend, d'après ces détails, quelle importance met M. Gosselin, et c'est là la conclusion pratique capitale de son travail, à traiter ces indurations de l'épididyme post-blennorrhagiques, qui une fois passées à l'état de chronicité indolente, semblent être bien compatibles avec l'exercice régulier de toutes les fonctions. Aussi, après avoir engagé les praticiens à traiter ces articles de façon à éviter, s'il est possible, les indurations, conseille-t-il de faire tous les efforts pour obtenir justice de celle-ci.

Le traitement qu'il considère comme le plus efficace pour atteindre ce but est celui qui consiste dans l'emploi des émissions sanguines et dans celui des purgatifs répétés tous les deux ou trois jours. Les onctions mercurielles doivent être conseillées de bonne heure ; de plus, aussitôt que les douleurs et les symptômes généraux ont disparu, l'iodure de potassium doit être administré. Ce remarquable médicament a, selon l'auteur, la propriété de résoudre tous les engorgements plastiques des testicules, et il n'est pas nécessaire d'en porter la dose au delà d'un gramme.

Le fait capital qui frappe dans le nouveau travail de M. Gosselin, c'est celui qui avait déjà frappé tous les observateurs dans ses précédentes recherches : à savoir l'intégrité apparente des fonctions génitales, et l'intégrité très-réelle du tissu des testicules, dans les cas d'interruption complète entre ces glandes et leurs réservoirs. Ce fait, il faut en convenir, concorde assez mal avec les idées qu'on se faisait sur la production des spermatocèles ; il concorde assez mal, il faut bien en convenir aussi, avec ce que la physiologie et la pathologie nous apprennent des organes sécréteurs en général. Il faut reconnaître cependant que les observations de M. Gosselin laissent peu de doute sur l'innocuité véritablement absolue de l'oblitération des voies spermatiques, non-seulement ses observations anatomiques et cliniques, mais encore deux expériences qu'il a tentées sur deux chiens, chez lesquels il a pu exciser une partie du conduit déférent sans que la forme, le volume et la texture de l'organe aient reçu aucune atteinte de cette opération, qui, *à priori*, paraîtrait devoir être si grave.

Mais ce qu'il y a peut-être de plus extraordinaire encore, c'est la conservation de toutes les facultés viriles de l'homme en présence d'une oblitération qu'on pourrait supposer équivalente à une véritable castration. Les testicules ne peuvent plus rien fournir à l'éjaculation, mais ils agiraient encore par une sorte *d'action de présence*, à la manière de ces métaux qui ne prennent

---

peut-être trop générale, en présence de certains cas de kystes osseux multiples, ou encore de ceux qui succèdent à des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire ou dans la trame molle du cerveau et de certains cancers. Votre secrétaire pense donc qu'il serait préférable de dire :

Tout kyste provient d'une accumulation de liquide dans un conduit oblitéré ou dans une cavité close naturelle ou accidentelle de l'économie, les bourses séreuses, les glandes et les foyers d'épanchements sanguins en sont la source la plus commune.

Ces préliminaires nous mènent à la détermination facile de plusieurs pièces qui vous ont été présentées :

1° *Kystes formés aux dépens d'une bourse muqueuse.* — M. Verneuil (1) nous a montré un kyste profondément caché dans la base de la langue. Son origine dans la bourse muqueuse linguale profonde était rendue incontestable par la présence de l'apophyse médiane de l'os hyoïde, qui coïncide avec la formation de cette bourse.

Une question non moins intéressante a été soulevée à propos des kystes de Boyer (2). Vous savez, messieurs, que Boyer a décrit le premier une espèce de kyste qui se rencontre à la partie antérieure du cou, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, ordinairement sur la ligne médiane, affectant quelquefois une position latérale, et se prolongeant alors en avant du cartilage thyroïde sous le muscle thyro-hyroïdien. M. Nélaton avait pensé un instant que ces kystes se développaient aux dépens des follicules de la base de la langue et de la racine de l'épiglotte. Après la description lucide que M. Verneuil vous a donnée de la bourse hyo-thyroïdienne, vous ne douterez pas un instant, messieurs, qu'elle ne soit la vraie et unique source de ces kystes.

Voici un kyste dont la détermination est plus difficile. Il vous a été présenté par M. Bauchet (1); il occupait la région de l'hypogastre et était complétement indépendant du péritoine qu'on pouvait soulever. Le mouvement des organes, de l'hypogastre, aurait-il déterminé une bourse muqueuse sous-péritonéale ? C'est là une opinion qui me paraît probable, mais qui, il faut l'avouer, n'est nullement démontrée. Ce cas prouve du moins que l'hydropisie enkystée du péritoine, admise par Boyer, avait été rejetée à tort.

C'est encore aux kystes formés aux dépens des bourses muqueuses qu'il faut rapporter ceux que l'on rencontre fréquemment à l'extérieur et à l'intérieur de certaines productions pathologiques. Les uns sont situés à la surface de certaines tumeurs, aux points où celles-ci, devenues saillantes sous la peau, ont déterminé la création d'une bourse muqueuse. Ils compliquent la maladie et en obscurcissent le diagnostic. M. Verneuil nous a cité plusieurs cas de ce genre (2). Les autres se rencontrent dans le sein même des tumeurs, de celles qui sont lobulées, et dont les lobules, en frottant les uns contre les autres, ont produit, dans le tissu cellulaire qui les sépare, de véritables bourses muqueuses. Ces kystes, désignés sous le nom de *lacunaires* par M. Lebert, sont très-fréquents dans les hypertrophies

(1) Page 105.
(2) Page 538.
(3) Page 20.
(4) Page 537.

et ne fournissent rien dans certaines combinaisons chimiques, qui néanmoins ne s'accompliraient pas si le métal excitateur n'était présent. Sur ce point, il est vrai, nos doutes ne sont pas complétement dissipés, malgré les preuves extrêmement puissantes invoquées par M. Gosselin. Certes, il nous semble extrêmement probable que chez les individus dont le sperme ne contenait pas d'animalcules, et qui avaient des indurations épididymaires, l'oblitération du conduit déférent existait ; cependant il ne nous aurait point paru inutile que M. Gosselin continuât l'expérience physiologique chez les chiens qu'il a soumis à l'expérience anatomico-pathologique : nous aurions été curieux de voir si chez les animaux, les appétits vénériens étaient aussi vifs qu'ils le sont naturellement, et si leur liqueur séminale aurait ou non été fécondante. C'est une lacune que nous signalons d'autant plus volontiers à M. Gosselin, qu'il lui sera extrêmement facile de la combler. En effet, comme il l'a reconnu lui-même, les observations cliniques sont d'une si grande délicatesse à faire sur le sujet qu'il a abordé, qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions, non pas seulement avant de conclure, mais même avant de considérer comme constant un fait matériel qui n'a d'autre garantie qu'une affirmation de malade. Il nous semble aussi tellement difficile d'admettre que deux glandes du volume des testicules n'ont d'autres fonctions que de sécréter quelques animalcules, alors que les vésicules, bien moins volumineuses que les testicules, auraient, au contraire, la mission d'élaborer le fluide spermatique tout entier, que nous ne saurions admettre cette doctrine physiologique, à moins que toute objection lui soit absolument impossible.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Gosselin n'en est pas moins une œuvre remarquable, qui nous révèle des faits nombreux du plus grand intérêt, et qui donnera également à réfléchir aux praticiens éclairés et aux physiologistes.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Chassaignac.

Hygroma du genou. — Injection iodée. — Récidive. — Nouvelle injection. — Guérison. — Remarques sur le diagnostic des corps mobiles dans la cavité de l'hygroma.

On sait que, depuis longtemps déjà, on a employé avec succès les injections iodées contre l'hygroma prœ-rotulien ; mais ce que l'on ne sait pas aussi généralement, c'est que ce mode de traitement ne met pas toujours à l'abri d'une récidive de la maladie. Nous avons eu l'occasion d'observer un fait de ce genre.

L'injection iodée a du moins, sur tous les autres modes de traitement (sauf les application externes), l'avantage de ne pas faire courir de danger au malade et d'être même tout à fait inoffensive, quand elle est appliquée d'une manière conforme aux règles dont on ne doit pas se départir dans l'emploi des injections iodées. Il résulte de là qu'un premier échec ne constitue pas une contre-indication à des tentatives ultérieures. L'opération fut donc renouvelée une deuxième fois dans le cas dont nous allons rappeler brièvement les détails. La première tentative avait échoué. La deuxième a parfaitement réussi. Les praticiens trouveront donc à la fois, dans cette intéressante observation, et un exemple de récidive qui les empêchera de croire aveuglément au succès infaillible d'une première injection, et la preuve qu'en persévérant dans l'emploi du même moyen, on peut arriver au but.

Denizot (Claude), âgé de 69 ans, menuisier parqueteur, entre le 24 janvier 1853, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un hygroma volumineux de la bourse prœ-rotulienne du côté droit.

La profession de cet homme l'expose d'une manière très-directe à contracter des hygromas de la bourse rotulienne, puisqu'il travaille presque constamment dans la position à genou. Aussi a-t-il eu déjà plusieurs atteintes de cette affection qui s'étaient dissipées d'elles-mêmes par la résorption spontanée de la collection liquide. C'est pour une collection de ce genre, plus volumineuse qu'aucune de celles qui l'avaient précédée, qu'il entre le 3 décembre 1852, à l'hôpital Saint-Antoine, où il se trouva placé dans les salles de M. Vernois. La tumeur avait le volume d'une grosse pomme, et, quoique la peau eût une teinte un peu rosée, il n'y avait pas de phénomènes inflammatoires bien marqués. Des applications résolutives nombreuses et variées furent faites sur la tumeur dans le service de médecine. Mais comme elles restèrent sans effet, le malade passa en chirurgie, le 13 décembre 1852, dans les salles de M. Chassaignac. Dès le lendemain 14, une ponction faite avec le trocart donna issue à un verre à peu près de sérosité citrine et permit d'injecter d'abord de l'eau pour opérer le lavage de la poche, puis un mélange à parties égales d'eau et de teinture d'iode avec de l'iodure de potassium, quantité suffisante pour maintenir la dissolution. Une très-petite partie de l'injection fut laissée dans la poche, puis l'ouverture faite par le trocart fut fermée très-exactement au moyen d'une cuirasse de sparadrap composée de bandelettes croisées et imbriquées. A cela fut ajoutée une gouttière à l'effet de prévenir toute mobilité du membre. Dix jours

---

mammaires. M. Broca (1) vous en a montré un semblable développé au centre d'un lipôme situé sur le front et soumis à la pression du chapeau.

2° *Kystes glandulaires.* — Ces kystes se distinguent des kystes lacuneux par leur position, par la présence d'un épithélium sur leurs parois et par la nature du contenu. Il n'est pas rare, en effet, que la nature de la sécrétion influe beaucoup sur la composition de celui-ci.

M. Pibret (2) vous a montré un kyste du maxillaire inférieur. Ce cas était remarquable sous plusieurs rapports : d'abord par une quantité assez considérable de tissu fibro-plastique qui entrait dans les cloisons de séparation du kyste, mais surtout, comme le rapporteur a tâché de le faire ressortir, par la relation intime qui existait entre les cavités et la racine des dents, et par la présence d'un épithélium sur leurs parois ; ce qui démontrait amplement que ces kystes étaient le produit des follicules dentaires.

M. Rombeau (3) vous a montré un kyste sébacé de la mamelle, tumeur rare par son siége et par le diagnostic différentiel qu'elle comporte.

M. Lebert (4) et M. Parmentier (5) vous ont présenté chacun un kyste de la grande lèvre, dépendant de la glande de Bartholin ; M. Lebert a constaté dans celui qu'il a examiné la présence de l'épithélium cylindrique qui est propre à cette glande et qui peut servir de moyen de diagnostic.

M. Trélat (6) a mis sous vos yeux un kyste multiple du testicule. Le contenu du kyste se présentait sous deux aspects, séreux ou plutôt gélatineux et transparent en certains points, d'un blanc mat comme de l'albumine coagulée dans les autres. Ce dernier état dépendait évidemment de la nature de sécrétion de la glande. On sait d'ailleurs que M. Gosselin a souvent trouvé des spermatozoïdes dans les kystes des testicules.

Enfin, messieurs, pour terminer par les glandes closes, nous devons à M. Leudet (1) la description d'un kyste qui siégeait dans le milieu du lobe droit de la glande thiroïde. Dans l'intérieur, il existait de la cholestérine et des cellules épithéliales.

3° *Kystes hémorrhagiques.* — Ces kystes que l'on peut rencontrer partout où il y a un épanchement de sang, sont nécessairement plus fréquents dans les tissus mous, dans le cerveau et dans les tissus pathologiques en voie de ramollissement, dans le cancer, par exemple, ainsi que M. Broca en a cité de si nombreux exemples et dans le tissu fibro-plastique. M. Caron (2) nous a présenté, en effet, une tumeur fibro-plastique du cerveau, réduite, pour ainsi dire, à une coque fibro-plastique, contenant dans son intérieur un liquide, et que sans l'emploi du microscope on eût pris bien certainement pour un épanchement hémorrhagique du tissu cérébral lui-même. J'ai entendu dire à M. Gosselin qu'il avait rencontré une tumeur fibro-plastique analogue avec un immense kyste intérieur dans l'abdomen.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Page 537. — (2) Page 506. — (3) Page 42. — (4) Page 471. (5) Page 474. — (6) Page 530.

(1) Page 86. (2) Page 343.

après, la guérison paraissait complète, et, le 25 décembre, le malade quitta l'hôpital.

Le 24 janvier 1853, c'est-à-dire un mois après sa sortie de l'hôpital, et après avoir repris ses travaux, le malade, éprouvant, depuis quelques jours, des douleurs dans la région précédemment malade et de la rougeur accompagnée de chaleur à la peau de cette partie avec réapparition d'une tumeur volumineuse, rentra de nouveau dans les salles de chirurgie.

Le 29 janvier, nouvelle ponction qui donne issue à 100 grammes à peu près de sérosité citrine. Après quoi, injection iodée et mêmes dispositions que lors de la première opération.

Nous avons eu occasion de constater, chez ce malade, un fait que M. Chassaignac a maintes et maintes fois observé dans les hygromas du genou. Il a reconnu, dans les parois des cavités hygromateuses, des indurations partielles qui, à un premier examen, présentent, à s'y méprendre, le caractère d'un corps étranger qui serait libre dans la cavité de la bourse prœ-rotulienne. Il y avait, dans le cas particulier, une induration circonscrite à la paroi antérieure inférieure de la bourse muqueuse, simulant un corps étranger adhérent.

Le 7 février, la cuirasse est levée, l'adhésion est complète.

Le 8, le malade sort guéri.

Nous l'avons revu à plusieurs reprises, et, cette fois, la guérison ne s'est pas démentie.

On connaît très-bien aujourd'hui l'existence de ces concrétions quelquefois innombrables qui se rencontrent à l'intérieur de certains hygromas. On a beaucoup varié sur la théorie de leur formation, et ces discussions étant à peu près stériles, nous nous abstiendrons d'y prendre part.

Nous insisterons sur une particularité relative au diagnostic de ces corps mobiles. Il faut savoir, en effet, que leur présence est quelquefois simulée par des indurations partielles de nature cartilagineuse, qui se sont développées dans l'épaisseur des parois mêmes de la poche. Si, dans les cas de ce genre et lorsque la tumeur hygromateuse n'est pas très-distendue, on promène les doigts sur elle, en la comprimant un peu, on sent rouler un corps qui donne presque invinciblement l'idée d'un corps étranger mobile. Ce genre d'erreur peut avoir des conséquences fâcheuses dans la pratique. Il peut conduire à préférer l'ouverture de la poche à la méthode beaucoup plus inoffensive de l'injection iodée. Il est donc utile d'être prévenu de la possibilité de cette méprise.

Parmi les concrétions renfermées à l'état libre dans la poche des hygromas, il faut noter celles qui sont exclusivement composées de matière adipeuse. M. Chassaignac en a trouvé quelques-unes qui avaient cette composition, et, ce qu'il y a de plus curieux, c'est que la matière adipeuse s'y trouvait complétement exempte de toute trame organique, en sorte qu'elle se dissolvait sans laisser le moindre résidu dans de l'alcool pur. C'est même ce qui a donné lieu à une circonstance assez singulière. Une de ces concrétions avait été mise, pour être conservée, dans un petit flacon renfermant de l'alcool. Le lendemain, on veut examiner la concrétion, elle avait complétement disparu, et disparu sans laisser le plus petit résidu organique.

Du traitement curatif des varices par le perchlorure de fer,

Par M. le Dr Debout.

En attendant que des observations nous permettent d'apprécier définitivement ce que la thérapeutique peut attendre du perchlorure de fer dans le traitement des diverses espèces de tumeurs sanguines, nous continuerons à tenir nos lecteurs au courant des recherches partielles qui seront faites sur ce sujet. Celles que M. Debout vient de publier dans le *Bulletin de thérapeutique* nous paraissent à tous égards dignes d'être connues.

Comme tous les procédés proposés jusqu'ici pour guérir les varices ont eu pour but d'oblitérer les veines devenues variqueuses, il n'est pas étonnant qu'on ait songé tout d'abord à profiter de l'action remarquable du perchlorure de fer. Nous-même y avions songé, mais les résultats fournis par les quelques expérimentations que nous avons pratiquées sur des veines jugulaires de chevaux nous avaient éloigné de toute idée de transporter ces expériences des animaux à l'homme. L'expérimentation thérapeutique est nécessaire, indispensable; mais c'est à la condition de ne pas enfreindre ce grand principe de morale, *ne pas nuire au malade*. Or, de tous les dangers qu'entraînent les tentatives d'oblitération des veines, le plus grave est de voir l'inflammation dépasser certaines limites et donner lieu à une phlébite. Dans toutes nos expériences sur les animaux, nous avons été témoin de la suppuration des parois vasculaires; ce résultat avait lié notre main. Nous devons nous hâter de dire qu'à l'époque où nous nous sommes livré à ces essais, M. Burin-Dubuisson n'avait pas encore publié son travail sur le mode à suivre pour la préparation du perchlorure de fer, que le liquide dont nous nous sommes servi sortait du commerce de la droguerie. Nous devons même ajouter que les faits dont nous avons été témoin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans les services de MM. Valette, Desgranges et Pétrequin, montrent une fois de plus combien une préparation bien faite exerce une grande influence sur les résultats de l'expérimentation; car, sur les dix ou douze injections pratiquées par ces chirurgiens, une seule avait provoqué des accidents, tandis que, dans les deux expériences sur les veines de chevaux, nous avons vu des phlébites survenir dans les deux cas.

Comme le concours ouvert par la Société de chirurgie sur la valeur de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement curatif des varices doit nécessairement provoquer de nouvelles tentatives, nous croyons devoir publier les résultats dont nous avons été témoin.

1re *Observation.* — *Varices des membres inférieurs.* — *Injections de perchlorure de fer et de manganèse à* 30°. — Jean-Marie Dovernay, tisserand, âgé de 54 ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 juillet pour être traité d'un ulcère variqueux à la jambe droite. Il porte des varices aux deux membres dupuis au moins vingt-cinq ans. Toute espèce de traitement a été négligée. Les veines de la jambe gauche sont assez développées, surtout après la marche, mais il n'y a jamais eu d'ulcères. La jambe droite présente plusieurs taches brunâtres, restes d'anciens ulcères cicatrisés. Au niveau du tiers inférieur avec les deux tiers moyens, et un peu sur le côté externe, existe une vaste ulcération de mauvaise apparence, venue à la suite d'un coup de pied de vache reçu il y a vingt ans. Pendant ce laps de temps, la plaie s'est ouverte et s'est fermée plusieurs fois. La saphène interne est très-développée et présente des indurations dans ses parois. Une branche de la saphène externe qui vient se jeter dans la précédente est aussi très-variqueuse. Le malade est envoyé au bain et garde le repos dans son lit.

Le 19 juillet, M. Pétrequin pratique l'opération suivante : on établit avec quelques tours de bande une compression au-dessus du genou droit; quelques instants après, pour empêcher le reflux du sang, on comprime au-dessous du point où l'on veut opérer; ce point correspond à la veine saphène interne au-dessous des tendons de la patte d'oie; la tumeur est alors très-fluctuante et fait un relief prononcé. On se sert de la seringue de M. Pravaz; on fait une ponction sous-cutanée et le trocart est introduit obliquement dans la tumeur veineuse; en tournant le piston on fait arriver dans la tumeur seize gouttes de perchlorure de fer et de manganèse à 30°, préparé par M. Burin-Dubuisson, pharmacien-chimiste à Lyon. La tumeur est tendue par le liquide : le malade n'a pas souffert beaucoup. On retire la seringue et on applique sur le lieu de la ponction une petite bandelette de toile imbibée de collodion. On établit ensuite une double compression pour faire une seconde injection sur un autre point variqueux à quelques centimètres au-dessous. On dépose dans la veine vingt gouttes de perchlorure de fer et de maganèse.

Les accidents ont été tout à fait nuls. Il est survenu, quelques jours après, au lieu de la première opération, une petite phlyctène qui n'a pas été suivie

de la moindre parcelle de gangrène, et qu'on attribue à une application préalable de pierre infernale.

Les deux tumeurs sont dures, sans traces d'inflammation ; il s'est formé un caillot et des adhérences qui ont oblitéré la veine. Depuis l'opération l'ulcère a changé d'aspect et s'est cicatrisé dans les deux tiers de son étendue, le 4 août.

Le malade reste en observation.

2e *Observation.* — Joseph Gelin, âgé de 33 ans, chiffonnier, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 1, le 22 juillet 1853. Il a des varices depuis huit ans. Les deux membres inférieurs, le gauche surtout, sont couverts de taches brunâtres qui sont les cicatrices d'ulcères. La constitution est forte, et il attribue sa maladie aux longues courses qu'exige sa profession.

Le 30 juillet, la compression ayant été établie comme dans le cas précédent, M. Pétrequin injecte dans la veine variqueuse, à cinq travers de doigt au-dessous du genou, seize gouttes de perchlorure de fer et de manganèse à 30°, préparé également par M. Burin-Dubuisson. On emploie le même procédé et les mêmes précautions que pour le cas précédent. On fait une deuxième injection de douze gouttes à quelques centimètres au-dessous et en dehors.

Aujourd'hui 4 août, il ne s'est développé aucun accident inflammatoire au dehors de la veine ; les tumeurs sont dures, oblitérées, et non douloureuses au toucher. Le malade a été porté au bain deux fois. L'état local et général est satisfaisant.

Le 7 août, M. le docteur Debout, de Paris, a constaté les excellents résultats obtenus par l'opération chez ces deux malades.

Dans ces observations que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Chatin, on voit qu'on s'est servi du perchlorure de fer et du manganèse. Pour nos lecteurs, qui savent le soin que M. Pétrequin apporte à l'étude des sels ferro-manganeux, cette substitution n'a rien qui doive les étonner.

Quant aux cas de M. Valette, comme ce chirurgien s'est réservé d'en rendre compte dans un travail qu'il destine à la Société de chirurgie, nous nous bornerons à dire que les deux malades de son service sur lesquels il avait fait l'application de la nouvelle méthode allaient également très-bien. Dans ces expérimentations, M. Vallette a mis en usage le perchlorure de fer pur.

Voici maintenant les faits qui appartiennent à M. Desgranges et que notre confrère a bien voulu nous adresser, en les faisant suivre de judicieuses remarques.

1re *Observation.* — Le malade opéré est un vieillard de 68 ans, maigre et affaibli, portant à la jambe gauche deux ulcères et des paquets variqueux qui se rendent les uns dans la saphène interne, les autres dans la saphène externe.

Le 26 juillet 1853, à l'aide des instruments de M. Pravaz, on injecte en deux points différents 10 gouttes de perchlorure de fer, ce qui fait en somme 20 gouttes du même coup.

Dès le lendemain, rougeur, chaleur et sensibilité locale ; plus, une tache noirâtre fort petite sur l'un des points injectés.

Au 30 juillet, l'inflammation occupe tout le tiers supérieur de la jambe, et sur l'un des points injectés il s'est formé un abcès. Fièvre, état saburral. Mais, en même temps, l'on s'aperçoit que les ganglions inguinaux sont engorgés, sensibles à la pression, et que la cuisse est devenue le siége d'un empâtement diffus, plus marqué vers le milieu de la cuisse, et assez douloureux pour arracher des plaintes au malade. Les jours suivants, l'engorgement fait de nouveaux progrès ; la fièvre prend encore de l'intensité ; l'état général se complique d'adynamie et de subdelirium ; finalement, le malade succombe le 6 août, onze jours après l'opération.

« Suivant toutes probabilités, cet événement malheureux se rattache à trois causes : 1° à l'âge avancé du sujet (68 ans), à sa débilité ; 2° aux injections multiples ; 3° à la trop grande quantité de perchlorure, qui est devenu la cause d'une inflammation locale vive, d'une réaction générale forte, compliquée plus tard d'adynamie. Y a-t-il eu phlébite? Je ne le pense pas, vu que le membre ne s'est point engorgé vers son extrémité, ce qui aurait dû arriver, puisque, d'une part, les veines profondes auraient été obstruées par des caillots sous l'influence de l'inflammation, et que, d'autre part, la circulation superficielle était entravée par l'injection, par les abcès. D'ailleurs, l'état général n'était pas celui de l'infection purulente. Je crois plutôt que l'engorgement de la cuisse se rattache à une lymphite profonde ; et, indépendamment des raisons qui précèdent, j'en vois une preuve nouvelle dans l'engorgement des ganglions de l'aine. Qu'une lymphite profonde survienne à la suite d'une plaie, on le voit tous les jours ; que chez un homme âgé et dans de mauvaises conditions elle occasionne la mort, nous ne sommes point pour cela en dehors des règles ordinaires. Néanmoins je reconnais que, chez cet homme, l'injection de perchlorure a été la cause première de la mort.

« Après vous avoir exposé, mon cher confrère, l'unique fait qui, de tous les miens, est un grave argument contre la méthode, permettez-moi de vous résumer aussi ceux qui ont une valeur non moins réelle en faveur de la méthode modifiée, et telle que je la pratique à présent, sans danger. D'abord, je vous rappellerai le second opéré que vous avez vu dans mon service, et pour lequel je n'avais point encore pris les précautions dont je me fais une règle.

2e *Observation.* — Homme de 48 ans, journalier, porteur d'un ulcère à la jambe droite et de varices qui remontent des pieds au genou, en replis tortueux, pour aboutir à la saphène interne.

27 *juillet.* Injection de *quinze gouttes* de perchlorure, à 30° de Baumé (Burin-Dubuisson), dans la veine, au niveau du condyle interne du fémur. Le caillot se forme aussitôt, et au bout de quelques minutes il se prolonge dans le vaisseau. Compresses d'eau blanche. Premier pansement.

Les jours suivants, le malade souffre un peu, mais il n'y a ni rougeur ni tuméfaction nouvelle au niveau du caillot. L'ulcère se modifie rapidement, le caillot s'allonge tous les jours en haut et en bas, au point que du voisinage de l'ulcère au tiers inférieur de la jambe, on peut le suivre jusqu'à mi-cuisse. En un mot, chez cet opéré, caillot dur, résistant, s'étendant tous les jours, sans qu'il soit survenu le plus léger accident local, sans qu'il y ait eu de réaction générale d'une certaine importance.

Cet homme sortit en bon état ; ses varices n'apparaissaient plus, même après une marche prolongée.

3e *Observation.* — Homme fort, robuste, ayant les varices volumineuses qui s'abouchent dans la saphène interne ; elle-même dilatée et visible jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. La peau de la jambe, dans toute sa moitié inférieure, est violacée, adhérente ; près de la malléole interne, elle est rugueuse, couverte de croûtes ; c'est là que précédemment il y avait un ulcère. Au niveau du condyle interne et dans la saphène même, j'injecte du perchlorure de fer, mais *trois gouttes* seulement, avec le soin, comme toujours, de comprimer au-dessus et au-dessous. Au bout de dix minutes, le caillot est formé, moins dur, moins étendu cependant que dans les cas précédents. Pansement avec des compresses imbibées d'eau blanche.

Les jours suivants, le caillot s'allonge et se confond au niveau de la piqûre avec un peu d'engorgement des tissus ambiants ; il survient un peu de rougeur circonscrite au caillot, et avec cela plus de chaleur et de sensibilité qu'à l'état normal ; mais il a suffi d'appliquer des cataplasmes de farine de lin pendant cinq jours pour que l'inflammation disparût, laissant à découvert le caillot toujours bien consistant et prolongé dans le vaisseau au-dessus et au-dessous du point injecté. Ainsi, point d'abcès, inflammation légère, dominée par les seuls topiques émollients ; réaction générale faible ; telle est l'histoire abrégée de ce malade. Ces jours derniers, comme il restait encore un paquet veineux que la première injection n'avait pas suffisamment modifié, j'en ai fait une seconde de *deux gouttes seulement*, et cette quantité si petite a suffi pour produire un bon caillot, tandis que l'inflammation consécutive a été si légère que des topiques émollients, pendant trois jours, ont suffi à la faire disparaître.

« Je pourrais encore vous parler de trois autres malades dont les varices ont été attaquées par le perchlorure, à la dose de *deux gouttes,* et chez lesquels tout s'est réduit à une inflammation légère, sans abcès, dominée par les émollients locaux, sans que jamais la réaction générale ait nécessité autre chose que la diète et des boissons délayantes ; mais le temps ne me le permet pas aujourd'hui.

« En résumé, je puis vous affirmer que, sur *six* opérés, si j'ai eu un cas fâcheux, j'en compte *cinq* où tout s'est réduit à une inflammation locale légère dont les moyens les plus simples ont fait justice, et à une réaction générale qui n'a pas donné un seul instant d'inquiétude. Aussi regardé-je à présent l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente, à la condition toutefois d'être faite avec une grande réserve.

« Si donc j'avais à tracer une ligne de conduite à ce sujet, je dirais : 1° Le perchlorure de fer employé doit être à 30° de Baumé et préparé avec tous les soins délicats qu'exige ce produit ; 2° les veines doivent être gonflées au moment de l'opération, soit en faisant marcher le malade, soit plutôt en le faisant marcher, la cuisse comprimée par une ligature circulaire ; 3° si les varices sont volumineuses, le malade peut être opéré couché, sinon il est bien préférable de l'opérer debout ; 4° établir une compression exacte au-dessus et au-dessous du lieu d'élection, en accumulant sur ce point le plus de sang possible ; 5° prendre tous les soins possibles pour arriver dans la veine d'un seul coup, sans déchirer le tissu cellulaire ambiant ; 6° piquer directement, sans rechercher un trajet sous-cutané plus ou moins long, qui deviendrait une cause d'inflammation ; 7° une fois dans la veine, éviter que la pointe de l'instrument ne blesse la paroi opposée ; 8° ne jamais injecter plus *de deux à trois gouttes de perchlorure de fer à 30° de Baumé;* ne jamais faire plus d'une injection à la fois ; 9° s'assurer préalablement du nombre de demi-tours nécessaires pour remplir la canule dont on va se servir, et partir de là pour compter les deux gouttes ; 10° une fois l'injection faite, continuer toujours la compression, de 10 à 15 minutes ; 11° pansement astringent d'abord ; plus tard, quand survient l'inflammation, topiques émollients ; 12° repos, boissons délayantes, diète pendant quelques jours, etc., etc. »

La nécessité d'oblitérer les veines variqueuses étant admise, nous devons accepter le procédé que nous signale M. Desgranges comme étant le plus simple, le plus facile et surtout le moins dangereux. Nous pouvons même, à ce point de vue, joindre notre témoignage au sien, car aussitôt notre retour à Paris nous avons provoqué un jeune chirurgien des hôpitaux, M. Follin, à répéter ces expériences. Trois malades affectés de varices, à l'hôpital Saint-Antoine, ont été soumis à l'injection du nouvel agent coagulateur. M. Follin s'est servi du perchlorure mis à la disposition des membres de la Société de chirurgie par M. Burin-Dubuisson, et les suites des opérations ont été si simples, qu'au bout de huit jours les malades ont voulu retourner chez eux, promettant de venir de loin en loin à la consultation faire constater la durée de leur cure. Cette constation est importante, car il ne suffit pas que l'opération ait réussi et que les malades quittent l'hôpital guéris de l'affection pour laquelle ils avaient été opérés ; il faut encore que la guérison se maintienne. Si après un temps plus ou moins long la maladie se reproduit, c'est en pure perte que l'opération a été pratiquée, et il sera du devoir du chirurgien d'abandonner la méthode suivie, quelque innocente qu'elle paraisse.

Nous aurons probablement à revenir plusieurs fois sur ces faits d'oblitération des vaisseaux, qui semblent occuper les chirurgiens plus vivement que jamais, et nous aurons ainsi l'occasion d'apprécier la valeur de ces tentatives, car tout procédé nouveau doit recevoir la sanction du temps avant d'être accepté dans la science.

Cette consécration est d'autant plus importante dans l'espèce, que pendant notre séjour à Bicêtre, nous avons vu un nombre considérable de vieillards chez lesquels on avait tenté en vain l'oblitération des dilatations variqueuses. Toujours, après un temps plus ou moins considérable, les varices s'étaient reproduites.

Le calibre du vaisseau fermé en un point, le sang se fraye d'autres voies ; il dilate les veinules, qui peuvent à leur tour venir former des reliefs sous la peau. Si ces anastomoses ne se développent pas constamment au point de reproduire la maladie, d'après la disposition anatomique des parties, on comprend qu'elles servent à ramener le sang dans la partie de la veine variqueuse placée entre les points oblitérés. Quelque nombreuses et variées qu'aient été les méthodes, nous n'avons jusqu'ici été témoin que de succès momentanés.

En faisant ces réserves, il est loin de notre esprit de vouloir immobiliser le mouvement de la science ; nous voulons seulement rappeler aux chirurgiens tous les éléments du problème dont ils cherchent la solution. Il y a, dans l'insuccès des opérations qui sont pratiquées sur les membres inférieurs, quelque chose qui tient à la région ; ainsi, lorsque les dilatations variqueuses siégent sur les parties supérieures du tronc, dès que l'oblitération est obtenue, la cure est permanente. Le mode de circulation du scrotum explique aussi les succès durables qui suivent les opérations du varicocèle.

Une expérimentation prolongée démontrera, dans toute sa portée, la valeur des nouvelles tentatives pratiquées avec le nouvel agent coagulateur ; étudiée avec soin et dans ses résultats heureux et dans ses dangers, elle dira si l'introduction du perchlorure de fer dans la pratique chirurgicale doit être inscrite au nombre des conquêtes de la science moderne.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes qui transmet un décret impérial autorisant l'Académie à accepter le legs que lui a fait M. Orfila de son portrait en pied.

2° Un rapport de M. Pasteur, médecin cantonnal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montjicotin (Haute-Saône).

3° Des rapports de M. Germain, médecin adjoint des épidémies à Poligny (Jura), sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Ney (Jura) ; sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Vers-en-Montagne (Jura) ; sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Chatel-Neuf (Jura).

4° Des communications relatives à des remèdes secrets.

5° Les états de vaccinations pratiquées en 1852 dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin, de la Marne, du Gard, de la Corse, de l'Aveyron, des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Loire, du Loiret, de la Somme, de l'Oise.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Obstétrique.

Un travail intitulé : *Anencéphale. Réflexions sur les difficultés que présentent le diagnosiic de la présentation et la terminaison de l'accouchement,* par M. le docteur Charles Dubreuilh, de Bordeaux. (Comm. MM. Moreau et Cazeaux.)

Traitement de la vaginite.

Une lettre de M. Cazenave, de Bordeaux, avec envoi d'une brochure qu'il a publiée en 1841 sur *le traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation.* M. Cazenave réclame la priorité contre M. Becquerel, qui prétend avoir, le premier, employé cette méthode de traitement.

Pessaires.

Une lettre de M. le docteur Richard, de Toulouse, qui réclame un rapport sur un pessaire d'une nouvelle forme qu'il a envoyé à l'Académie en 1850. Ce rapport étant retardé par l'indisposition de M. Hervez de Chégoin qui en était chargé, l'Académie adjoint à la commission primitivement nommée MM. Moreau et Depaul.

Blennorrhagie.

Une Note de M. Démétrius Dallas, médecin grec exerçant à Odessa, sur un *nouveau* traitement rationnel de la blennorrhagie. Ce traitement consiste dans l'emploi du baume de copahu en injections dans l'urètre. (Comm. MM. Lagneau et Ricord.)

Choléra.

Une nouvelle lettre de M. le docteur Thomas (de la Nouvelle-Orléans), datée de Moscou, le 28 août 1853, et qui donne des détails sur la marche de l'épidémie cholérique dans cette ville.

RAPPORTS.

Vaccine et fièvre typhoïde.

M. Roche lit le rapport suivant sur un travail de M. Ancelon, de Dieuze : Une doctrine étrange, une de ces doctrines qui étonnent au premier

moment par leur hardiesse et leur singularité, mais contre lesquelles le sens commun ne tarde pas à se révolter, une de ces doctrines, dis-je, essaye, depuis quelque temps, de s'introduire dans la médecine par de la statistique.

Cette doctrine, vous la connaissez déjà, car ce n'est pas la première fois qu'elle comparaît devant vous. Elle dit, elle affirme, elle veut prouver :

1° Que la vaccine a transformé la variole en la fièvre typhoïde ;

2° Qu'en faisant disparaître à peu près la petite vérole, elle a donné naissance à une maladie non moins dangereuse ;

3° Qu'elle n'a fait que transporter la mortalité du premier âge sur l'âge adulte ;

4° Qu'en conséquence, l'humanité n'a rien gagné, si même elle n'a perdu, à la pratique des vaccinations ;

5° Qu'il faut dès lors restreindre, on n'ose pas dire encore interdire, l'emploi d'une opération regardée à tort comme conservatrice ;

6° Enfin, que les médecins doivent revenir au plus tôt à l'inoculation.

Ces idées, écloses dans le cerveau d'un mathématicien, édifiées et étayées par lui à grand renfort de calculs, comme pour prouver une fois de plus que l'on peut faire dire aux chiffres tout ce qu'on veut et qu'il ne s'agit pour cela que de savoir les grouper, ces idées ont trouvé un partisan dans l'auteur du mémoire dont vous m'avez chargé de vous rendre compte. M. Le docteur Ancelon, regardant ces propositions comme autant de vérités démontrés, probablement parce qu'il a vu que les additions de M. le capitaine Carnot étaient bien faites, entreprend de leur prêter l'appui des faits et des théories de la médecine ; c'est-à-dire l'appui d'une science qui vivant très-peu et assez mal avec l'arithmétique, ne peut pas être suspectée de partialité en sa faveur. Peine inutile, pourtant, si ces propositions sont incontestables comme les chiffres sur lesquels elles s'appuient! Peine perdue, si elles sont fausses! peine que notre confrère n'a cependant pas hésité de prendre avec le zèle et l'enthousiasme d'un néophyte.

Il ne sera pas nécessaire de discuter, un à un, les arguments des fauteurs d'une pareille doctrine pour en faire justice. Prouvons-leur que la fièvre typheïde existait et se montrait aussi fréquente, aussi meurtrière pendant le règne de la petite vérole, avant la découverte de la vaccine, avec les mêmes symptômes et sous les mêmes formes qu'elle le fait de nos jours, et tout leur échafaudage de chiffres et de sophismes accusateurs s'écroulera de lui-même.

On englobe aujourd'hui sous le nom de fièvre typhoïde presque toutes les fièvres essentielles des auteurs des siècles précédents. C'est un tort, selon nous, et nous ne sommes pas seuls de cet avis. Quoi qu'il en soit, les maladies décrites par nos prédécesseurs sous les noms de *fièvre maligne, fièvre putride, synoque putride,* et toutes les *fièvres muqueuses graves,* étaient en tout semblables à la fièvre typhoïde : mêmes prodrômes, mêmes symptômes, même marche, même durée, même léthalité, et mêmes désordres cadavériques quand on s'est donné la peine de les chercher. Tous les médecins qui ont médité les écrits de la science s'accordent à les reconnaître, et déclarent que c'est bien la même maladie sous des dénominations différentes. Ces fièvres n'ont, en effet, pas disparu de l'humanité, elles ont seulement changé de nom, elles s'appellent aujourd'hui *fièvres typhoïdes.* Pour oser soutenir le contraire, il faudrait admettre que la fièvre typhoïde a chassé du sein des populations les *fièvres putrides malignes,* ce qui serait tout simplement absurde.

La fièvre typhoïde n'est donc pas nouvelle en ce monde. Elle est réelle comme l'humanité. Elle existait bien longtemps avant la découverte de Jenner. Elle n'est donc pas le produit de la vaccine. Elle n'en est pas plus l'effet que les *fièvres adynamiques*, la *fièvre entéro-mésentérique,* les *gastro-entérites,* les *dothérentrites,* les *entérites-folliculeuses,* qui se sont succédé en France depuis le commencement du siècle. C'est toujours la même maladie, il faut le redire encore, empruntant des noms différents aux nombreuses théories qui se sont culbutées et remplacées avec une si effrayante rapidité en médecine depuis une cinquantaine d'années, jusqu'au jour où le nouveau nom qu'elle porte aujourd'hui lui fut imposé, sans cause, sans prétexte, sans motif théorique, uniquement sans doute pour léguer un embarras de plus aux sommités futures de l'érudition médicale. En vérité, on rougit d'avoir à rappeler ces choses à des médecins.

Mais si par impossible, cependant, on osait prétendre que la fièvre typhoïde a fait disparaître les fièvres graves dont nous parlions tout à l'heure, il resterait alors à rechercher si l'humanité a perdu ou gagné à cette prétendue transformation, avant de lancer l'anathème contre la vaccine qui aurait, dit-on, amené ce résultat. Voyons donc si la fièvre typhoïde est plus commune et plus meurtrière que ne l'étaient ces fièvres. Si cela était, les dénigrants de la vaccine seraient gens à l'accuser d'être la cause de ce triste état de choses. Il importe, par conséquent, de leur enlever ce dernier refuge.

Les anciens médecins ne faisaient pas beaucoup de statistique. Ils pensaient, à tort ou à raison, qu'il valait mieux peser les observations que les compter. Cependant, on trouve dans Stoll des relevés complets pour douze années, incomplets pour deux autres qui semblent avoir été dressés pour la discussion actuelle. Ils nous apprennent, en effet, qu'à l'hôpital de la Sainte-Trinité, à Vienne, le nombre des individus atteints de fièvre maligne, reçus pendant un long espace de temps, a été au nombre des personnes affectées d'autres maladies internes, comme 1 est à 6, que la mortalité des fièvres malignes a été de 1 sur 7 6/10, et la mortalité générale de 1 sur 14 3/7. En lisant ces résultats numériques, on est frappé de leur concordance avec ceux de nos hôpitaux. C'est à peu près la même proportion de la fièvre typhoïde par rapport aux autres maladies fébriles : à peu près la même mortalité pour l'une, à peu près la même mortalité générale. Il en résulte donc que la fièvre maligne était aussi commune et aussi meurtrière du temps de Stoll que la fièvre typhoïde l'est de nos jours, il y a quelques instants de l'identité parfaite des deux maladies. La fièvre typhoïde ne fait donc pas plus de victimes sous son nom nouveau qu'avant d'en avoir changé ; pas plus, par conséquent, depuis la découverte de la vaccine qu'avant cette découverte. La vaccine est donc innocente des maux dont on l'accuse.

Avant la découverte de Jenner, personne n'échappait aux atteintes de la petite vérole. On ne comptait peut-être pas un individu sur dix mille qui n'en fût atteint. Et comme elle prenait à tout âge, on pouvait toujours dire, avec une apparence de raison, que la personne qui en était exempte mourrait avant qu'elle ne se développât en elle. Aussi la disait-on fatale, inévitable, nécessaire même à la dépuration d'un germe que tous les hommes apportaient en naissant. C'est même encore la nécessité de cette dépuration imaginaire que les nouveaux adversaires de la vaccine invoquent, et font miroiter aux yeux des gens du monde, pour se justifier de lui déclarer la guerre. Si donc la fièvre typhoïde a remplacé la petite vérole ; si la vaccine, comme le prétendent ces messieurs, a seulement eu pour effet : d'abord de retarder l'explosion du virus varioleux, ensuite d'en transporter les manifestations et les ravages de la peau sur la membrane muqueuse des intestins, la fièvre typhoïde, disons-nous, devrait nécessairement attaquer un aussi grand nombre de personnes que le faisait la variole, c'est-à-dire qu'elle devrait sévir sur toute la population, à d'infiniment rares exceptions près. Or, cela n'est pas. C'est à peine si un cinquième de la population en est atteinte ; et j'exagère encore. La fièvre typhoïde n'a donc pas remplacé la variole, ou bien celle-ci se serait singulièrement adoucie en se transformant, ce qui, pour le dire en passant, tournerait à la louange de la vaccine, dans le système même de ses adversaires. La vaccine, en faisant disparaître la petite vérole, n'a donc pas donné naissance à la fièvre typhoïde. Ces deux maladies n'ont entre elles aucune corrélation, aucun rapport, aucune analogie, ni de causes. ni d'effets, ni de fréquence.

Enfin, la fièvre typhoïde fût-elle nouvellement implantée au sein des populations ; sa première apparition, après l'époque de l'introduction de la vaccine, fût-elle parfaitement démontrée, il resterait encore à prouver qu'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence, et que l'une est la cause de l'autre. *Post hoc, ergo propter hoc* est un argument trop décrié pour avoir cours et crédit aujourd'hui dans les sciences.

Mais c'est trop s'appesantir sur un sujet qui ne fait pas doute dans nos esprits. Vous ne croyez pas que la fièvre typhoïde soit nouvelle en Europe. Vous ne croyez pas qu'il faille restreindre la pratique de cette opération salutaire, dont la propagation et la défense vous sont confiées. Mais il y aurait danger, vous le comprenez, à ce que les idées contraires se répandissent sans contradictions de votre part, et à la faveur, pour ainsi dire, de la complicité de votre silence. Si j'ai eu tort de chercher à vous prouver aussi longuement des vérités dont vous étiez convaincus d'avance, prenez-vous-en à ma foi profonde dans les propriétés préservatrices et la parfaite innocuité de la vaccine, et au désir qui m'animait de la venger complétement, si cela m'était possible, des attaques étourdies dont elle est devenue le point de mire depuis quelques années.

Il est bien permis sans doute à un officier d'artillerie de prétendre que la vaccine est un mal. On ne défendrait pas à un médecin, je pense, de soutenir, s'il lui prenait cette fantaisie, que la bombe, après sa sortie du mortier, ne décrit pas une parabole. Chacun a le droit, chacun est libre de choisir ses sujets de passe-temps où il lui plaît, en dehors de ses études familières, et même en des matières qu'il ignore.

Cela ne tire jamais à conséquence. Mais un médecin nier les bienfaits de la vaccine sur la foi de quelques chiffres trompeurs qui n'ont rien à voir en semblable affaire ; se faire l'écho, le propagateur d'une erreur aussi dangereuse ; interpréter à sa guise, et d'une manière inexacte, au profit de sa thèse, l'observation ancienne et l'observation moderne ; mettre enfin son talent, sa science, son autorité médicale au service de préjugés funestes contre lesquels luttent avec tant de peine les efforts des gouvernements et des hommes éclairés de tous les pays ! voilà ce que nous ne pouvons comprendre et ce qui nous afflige profondément.

M. le docteur Ancelon reviendra de son erreur. Un homme de talent comme lui ne saurait persévérer longtemps dans la voie où il s'est laissé entraîner.

Messieurs, après avoir approuvé le contenu de ce rapport, votre commission des épidémies m'a chargé de vous proposer

D'écrire à M. Ancelon :

Que *l'Académie désapprouve et* REPOUSSE TOUTES LES DOCTRINES *exposées dans son mémoire.*

Elle m'a chargé de vous prier en même temps d'ordonner le dépôt pur et simple de ce travail dans vos archives.

A la suite de ce rapport, une discussion s'engage entre MM. Malgaigne, Requin, Velpeau et le rapporteur.

Les conclusions sont votées à l'unanimité; M. Malgaigne ne vote même pas contre.

LECTURES.

Littérature scientifique.

M. Cap lit une notice historique intitulée : *Les Savants oubliés.* Nous en publierons plus tard quelques fragments.

Gangrène FOUDROYANTE.

M. Maisonneuve donne lecture d'une note intitulée : *De la gangrène foudroyante avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines* (pneumo-hémie putride), présentée à l'Académie des sciences le 1er septembre 1853.

Le travail que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, dit-il, a pour objet d'établir :

1° Que, dans une certaine variété de gangrène traumatique, à laquelle je donnerai le nom de *gangrène foudroyante,* des gaz putrides peuvent se développer dans l'intérieur des veines pendant la vie des malades;

2° Que ces gaz peuvent circuler avec le sang et déterminer un empoisonnement rapidement mortel;

3° Que, malgré son excessive gravité, cet accident n'est point absolument au-dessus des ressources de l'art.

Parmi les accidents consécutifs aux grands délabrements traumatiques, il en est un qui, par son extrême gravité, fait le désespoir des chirurgiens, et dont l'explication avait jusqu'à présent échappé aux recherches des anatomo-pathologistes. Il consiste dans la désorganisation rapide qui s'empare des membres soumis à une violente attrition, et qui, dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures à peine, entraîne la mort des malades. Cette gangrène, à laquelle je donnerai le nom de gangrène foudroyante, survient ordinairement à la suite de fractures compliquées, de plaies, lors surtout que la cause vulnérante a, par la violence de son action, produit une profonde désorganisation des tissus, ou bien quand des épanchements considérables de sang infiltrés dans les parties molles se trouvent en communication directe avec l'air extérieur.

Alors, en effet, le sang sorti des vaisseaux, ou bien même les tissus broyés par la contusion, n'ayant plus eux-mêmes les conditions organiques suffisantes pour continuer à vivre, se putréfient sous l'influence de la chaleur, de l'air et de l'humidité, leur prompte décomposition donne lieu alors à la formation de gaz putrides qui s'infiltrent dans les interstices celluleux, et leur contact délétère achève de neutraliser les forces vitales des parties déjà plongées dans la stupeur par suite de la commotion. Toutes ces causes réunies donnent à la fermentation putride une activité terrible, aussi ne tarde-t'elle pas à englober, dans son mouvement destructeur, les parties même complétement saines; c'est ainsi que les muscles, le tissu cellulaire, les vaisseaux, sont frappés de mort. Mais là, malheureusement, ne se borne pas le travail de mortification. En effet, dans les veines sphacélées, le sang se coagule, puis bientôt, participant à la décomposition générale, le caillot se putréfie et donne lieu à la fermentation de gaz putrides. Ceux-ci, contenus par les parois vasculaires, ne tardent pas à briser les faibles adhérences du caillot, pénètrent jusqu'au sang liquide, se mélangent avec lui, et, se trouvant entraînés dans son mouvement circulatoire, vont porter la mort dans les rouages de l'organisme.

C'est en mai 1851 que ce fait important se révéla pour la première fois à mon observation. Un homme de 28 ans avait eu la jambe broyée. Le lendemain, la gangrène s'était emparée du membre, et le tissu cellulaire était emphysème; je pratiquai des scarifications profondes sur différents points, je constatai un phénomène qui me frappa vivement, et sur lequel j'attirai immédiatement l'attention des élèves. Ce phénomène consistait dans l'issue de bulles nombreuses de gaz par l'orifice des veines que le bistouri venait de diviser. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'illusion, j'allai même jusqu'à saisir avec deux pinces l'orifice d'une des branches de la veine saphène, et, la tenant isolée, je constatai la réalité du phénomène. Le malade mourut dans la nuit. A l'autopsie, pratiquée vingt-heures après la mort, je m'assurai que le foyer gangréneux était bien le point de départ de ces gaz, et que ceux-ci circulaient librement dans les veines.

Ces faits, dont tous les détails avaient été constatés avec une précision rigoureuse, et dont l'explication ne pouvait laisser aucun doute, fut pour moi comme une illumination soudaine qui me donna la clef de plusieurs faits analogues, dont je n'avais pu jusqu'à présent me rendre compte, et j'entrevis dès lors la possibilité de lutter contre cet empoisonnement, si terrible par sa rapidité, au moyen d'une décision chirurgicale plus rapide encore.

L'occasion ne tarde pas à se présenter, et, grâce à des conditions exceptionnellement favorables, j'eus le bonheur de voir mes prévisions couronnées de succès. Ce fut chez un homme de 30 ans, dont l'avant-bras avait été broyé par une roue de voiture, le 10 juin 1852. Le 12, au matin, je trouvai le membre tout entier, jusqu'à et y compris l'épaule, envahi par la gangrène, partout la peau était soulevée par des gaz. En présence de ces accidents terribles, qui, sous mes yeux mêmes, et pendant que j'examinais le malade, s'aggravaient encore de minute en minute, je n'hésitai pas à reconnaître cette forme redoutable de gangrène que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, et j'annonçai aux élèves que nous trouverions des gaz putrides circulant librement avec le sang veineux.

Convaincu que, dans une circonstance aussi grave, il n'y avait pour le malade d'espoir de salut que dans une amputation aussi prompte que possible, et considérant que chaque minute de retard pouvait compromettre la vie, je tirai mon bistouri, et je fis immédiatement la section des parties molles pendant qu'un aide allait chercher la scie, et cela sans donner le temps de rien préparer pour le pansement, ni même de transporter le malade sur le lit d'opération. Au moment où le bistouri divisait les grosses veines, je vis d'une manière évidente des bulles de gaz s'échapper avec le sang par leur ouverture béante.

L'autopsie du membre confirme complétement notre diagnostic. Après des accidents extrêmement graves, le malade a fini par se rétablir et jouit actuellement d'une santé parfaite.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le choléra, qui n'a pas encore, quoi qu'on en ait dit, fait sentir son influence à Londres d'une manière sensible, a, au contraire, décidément fait son apparition dans plusieurs villes de la Grande-Bretagne. Voici des détails que nous empruntons à *the Lancet :*

« Le choléra a fait des victimes à Newcastle, à Gateshead, à Hexham et à Shields. Les autorités de Manchester ont adopté des mesures de précaution. Une commission sanitaire a été instituée. Les cas de choléra qui ont eu lieu à Liverpool ont été limités jusqu'ici aux émigrants arrivés d'Allemagne par Hull. A Hartlepool, il y a eu un décès de choléra asiatique.

« Les directeurs de la maison de Marylebone ont adopté des mesures de précaution. Il a été nommé une commission sanitaire. Une commission du choléra, nommée par la Société épidémique de Londres, s'occupe avec soin de rechercher l'origine et la marche du choléra en Angleterre.

« On remarque que le choléra qui sévit actuellement à Newcastle est beaucoup plus violent qu'en 1831. A cette époque, il n'y avait que 60 décès dans l'espace de quinze jours; cette fois-ci, depuis le 1er jusqu'au 14 septembre, il y a eu 214 décès dans cette ville. »

Aucun symptôme ne doit encore inspirer des craintes relativement à l'apparition de l'épidémie. Cependant, un nombre inaccoutumé de diarrhées s'observent depuis quelques jours, principalement dans la clientèle civile. Quant à l'état sanitaire des hôpitaux, il est loin d'être satisfaisant. Les fièvres typhoïdes sont très-fréquentes, et l'administration a dû une seconde fois cette année diriger sur Bicêtre un grand nombre de malades, et refuser ceux dont l'état n'exige pas absolument une admission immédiate.

— En invitant avec instance tous les chefs de famille à faire vacciner leurs enfants, MM. les maires de Paris annoncent formellement que tout indigent : 1° qui ne fera pas vacciner ses enfants; 2° et qui n'enverra pas ses enfants à l'école cessera d'être inscrit sur la liste des personnes secourues. Des primes sont toujours accordées aux enfants pauvres vaccinés.

— A partir du 20 septembre, la nouvelle loi sur la vaccine sera en vigueur à Londres. Ainsi, dans toutes les paroisses, des établissements spéciaux seront destinés à faciliter le plus possible l'usage de la vaccine chez les classes pauvres.

— M. Dunant vient par son testament de donner 2,000 livres (50,000 fr.) à l'hôpital royal orthopédique. Cette institution philantropique n'est soutenue que par des legs volontaires et sera à même, grâce à ce don, d'étendre son influence charitable.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 114. 1re année. Jeudi 22 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 12 septembre. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Kyste de l'ovaire. Ponction simple. Mort. Par M. A. Rombeau. — De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement, par le Dr Alex. Mayer. (*Suite et fin.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Paris, le 21 Septembre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance d'hier a été une véritable séance de vacances, commencée à trois heures un quart, levée à quatre heures et quelques minutes. Nous avons cependant remarqué, sur les trois lectures qui ont été faites, un mémoire de M. Poggiale sur les eaux minérales d'Orezza, en Corse, travail intéressant et consciencieux comme tout ce qui sort de la plume de ce laborieux observateur. Nous en mettons les parties essentielles sous les yeux de nos lecteurs.

Dans la correspondance, nous avons remarqué la correspondance de M. Macchloughlin, relative au choléra d'Angleterre, non pour les détails fort connus qu'elle renferme sur la marche de l'épidémie, mais sur les mesures qu'aurait prises l'administration de Newcastle pour venir au secours de la classe nécessiteuse. Voici comment s'exprime M. Macchloughlin :

« Des médecins ont été placés dans tous les quartiers atteints par le fléau, et là ils sont tenus de visiter, une ou deux fois par jour, la famille du travailleur, et de le voir lui-même à son ouvrage, et de s'assurer de l'état de la santé du chef et de la santé de chaque membre de la famille ; de voir aussi qu'ils soient pourvus de bonne nourriture, des vêtements de corps et de lit convenables, et, dans le cas de maladie, de leur prodiguer et de leur faire prodiguer toutes les ressources de la science et tout le *confortable* dont ils auraient besoin. »

Pour donner à ces renseignements tout le mérite qu'ils pourraient avoir, et pour qu'ils pussent porter le fruit des bons exemples, M. Macchloughlin aurait bien dû nous dire combien il y a de médecins à Newcastle, combien on leur alloue par jour, combien de vêtements, de matelas, de draps, etc., il a été distribué aux travailleurs et à leurs familles ; quelles sont les conditions qui, pour l'édilité de Newcastle, constituent le confortable, et enfin, combien la dispensation de ce confortable a coûté à l'administration. Faute de ce complément indispensable, nous prévenons M. Macchloughlin que ses renseignements sentiront beaucoup plus le terroir de la Garonne que celui de la Tamise.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106, 107, 108, 110, 113.)

HYPERTROPHIES GLANDULAIRES.

Dans une des dernières années, vous le savez, M. Lebert a exposé devant la Société ses idées sur les hypertrophies mammaires. La rapidité avec laquelle elles se sont propagées peut donner une idée de l'excellence de son travail. Sur ce point de la science, il ne nous reste qu'à glaner. Quelques faits cependant méritent d'être mentionnés. Une tumeur enlevée dans le service de M. Michon et que votre secrétaire (1) a eu entre les mains, a démontré que les petites glandes salivaires du voile du palais sont susceptibles de subir ce travail d'hypertrophie. Cette tumeur de la grosseur d'une petite pomme existait au fond de la bouche en avant du voile du palais, à la première incision elle s'est énuclée avec facilité. Le microscope a démontré sa structure exclusivement glandulaire. Chose singulière ! et par un de ces rapprochements bizarres que les observateurs rencontrent si souvent, un de nos collègues, M. Gaillet (2), publiait dans la même semaine un fait de tous points identique, venant du service de M. Nélaton. La question des hypertrophies glandulaires mérite, en effet, d'être agrandie. Si la glande mammaire en est le plus souvent affectée, ce n'est point un privilége absolu qu'elle possède, et à mesure que les faits se rencontrent ailleurs, il est bon de les enregistrer.

LÉSIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

La pathologie des artères nous a offert cette année quelques cas remarquables qui rentrent dans des ordres de faits trop connus pour que nous en fassions une description complète, mais qui présentent cependant un certain nombre de particularités que je ne puis me dispenser de mentionner.

Voici d'abord un cas de rupture artérielle qui offre cette singularité d'être la reproduction exacte d'un cas soumis à votre observation il y a deux ans. M. Dionis (1), à cette époque, nous rapporta l'histoire d'une femme atteinte de tumeur blanche du genou. Un vaste abcès se déclara dans le creux poplité ; plusieurs trajets fistuleux aboutirent à l'extérieur ; la malade mourut subitement d'hémorrhagie par suite d'une rupture de l'artère poplitée. L'observation que M. Leudet (2) a recueillie cette année est en tout semblable. Même affection, même siége, même circonstance, même terminaison. L'artère n'offrait que quelques plaques athéromateuses qui existaient d'ailleurs dans le reste du système artériel, et en beaucoup de points, avec plus d'intensité.

Le rapprochement de ces deux faits soulève plusieurs questions : quelle a été l'influence de l'abcès au milieu duquel nageait l'artère ? Quelle a été l'influence du siége de la maladie ? Les artères ne jouissent pas, comme on l'a cru longtemps, de la propriété de résister à l'action du pus. Celle-ci a évidemment

(1) Page 18. — (2) *Gaz. des hôp.*

(1) 1850, page 309. — (2) Page 84.

Séance de l'Académie des sciences du 12 septembre.

Deux courtes communications peuvent seulement nous intéresser parmi celles qui ont rempli cette séance. L'une de M. Mouriès, dans laquelle ce chimiste se propose d'expliquer clairement comment il se fait que le pain « *brut* et *dense*, terne, gras au toucher, d'une dessiccation lente, est plus facilement *digéré* et *assimilé* par les animaux que le pain blanc. » L'explication de M. Mouriès est sans doute des plus claires et des plus satisfaisantes; mais s'il avait commencé par prouver que le pain brut est réellement mieux digéré et mieux assimilé que le pain blanc, son explication n'aurait rien perdu du mérite que nous reconnaissons.

Quant à la Note de M. Guillon, elle met en évidence deux passages de Sœmmering, qui paraissent, en effet, assez peu connus et qui offrent un véritable intérêt historique. G. D.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Kyste de l'ovaire. — Ponction simple. — Mort.

Un des faits les plus intéressants que l'on ait pu observer cette année, dans le service de M. le professeur Velpeau, est celui qui a fait le sujet de sa clinique du 30 juillet dernier. L'histoire de ce fait acquiert surtout de l'intérêt aujourd'hui que des traitements actifs, et spécialement les injections iodées, sont employées par divers praticiens pour guérir radicalement les ascites et les kystes de l'ovaire.

Vous avez dû suivre avec soin, nous disait M. le professeur Velpeau, la malade placée au numéro 30 de la salle Sainte-Catherine : c'est un cas d'hydropisie bien irrégulière. Voici d'abord en quelques mots l'histoire de cette femme.

J.-Ad. Mercier est entrée le 5 juillet dans notre service.

Cette malade, jeune encore (elle est âgée de 28 ans), présente tous les signes d'une constitution altérée par la maladie.

Réglée à 17 ans, elle se marie à 24. Immédiatement après son mariage, elle fait une maladie qu'elle nous décrit de la manière suivante : douleurs vives dans le ventre, sensations de brûlure accompagnées de fièvre, de constipation habituelle, de pertes utérines fréquentes et abondantes qui la forcent à garder le lit pendant des mois entiers.

Comme traitement, on met en usage les antiphlogistiques locaux et généraux, puis l'iodure de potassium, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur en frictions.

Depuis quatre ans, le ventre augmente de volume; la malade ne nous peut donner aucun autre détail.

Pendant cet intervalle, on lui fait faire des frictions avec la teinture de scille, on lui donne la digitale à l'intérieur. L'abdomen continue à acquérir du développement. La constipation est opiniâtre, malgré l'emploi de purgatifs répétés, tels que l'huile de croton, tels que des pilules composées de calomel et de coloquinte.

Par une ponction faite il y a trois ans, on lui retire de l'abdomen 7 à 8 litres de liquide.

L'hydropisie s'est reproduite graduellement. Le ventre présente aujourd'hui la forme d'un ovoïde assez régulier; au-dessus des pubis, il fait une saillie de 30 centimètres environ. Il s'élève obliquement de gauche à droite jusqu'au-dessous du sternum. Il déborde les flancs des deux côtés. La percussion de la paroi abdominale donne une matité complète de haut en bas, à gauche, et sur la ligne médiane. Vers l'hypochondre droit existe une saillie qui déborde la tumeur principale. Cette saillie est globuleuse, un peu plus grosse que la tête d'un adulte, sonore à la percussion. La malade y ressent parfois de la gêne et des gargouillements. Du reste, le flot de liquide est parfaitement perçu d'un côté à l'autre du ventre. Les parois du ventre sont tendues, lisses; elles présentent quelques veines superficielles assez développées.

La malade accuse des troubles du tube digestif. Les digestions sont laborieuses, la constipation est opiniâtre, les éructations fréquentes. L'ingestion des aliments et des boissons augmente la gêne et la tension du ventre. Elle cause souvent des douleurs. Les urines sont chargées, peu abondantes, la miction est difficile. La respiration est pénible. La malade ne se peut tenir que debout et assise, le tronc renversé en arrière.

La face est pâle, altérée, amaigrie; la peau est sèche, aride, la soif vive. Insomnies, rêves pénibles. Au moment de son entrée, la malade a ses règles, qui sont survenues le 3 juillet, après un retard de quinze jours.

Après quelque temps de séjour de la malade à l'hôpital, on peut constater un abaissement notable et une légère rétroflexion de l'utérus.

11-12 *juillet*. L'anxiété de la malade devient extrême, la res-

---

contribué à affaiblir les parois de l'artère et à altérer son extensibilité. D'autre part, on sait que l'un des points de l'économie où les mouvements produisent le plus de tiraillements sur les artères est le creux poplité, comme l'atteste la fréquence des anévrismes de cette région.

Le siége d'un pareil accident n'a, du reste, rien de spécial. Dans les mêmes conditions, il peut se manifester sur les points les plus variés de l'économie. Tel est, pour n'en citer qu'un exemple, ce cas singulier d'ouverture de la carotide à la suite d'un abcès du cou, observé en 1844 en Angleterre.

La liste des anévrismes qui nous ont été présentés est longue. J'en extrais les faits les plus saillants : M. Géry (1) vous a montré un anévrisme de l'aorte qui s'est ouvert dans la plèvre par une large déchirure. La malade a survécu pendant trois jours. M. Pize (2) vous a soumis un autre anévrisme de l'aorte, dans lequel la tumeur principale communique par un orifice rétréci, à travers le premier espace intercostal, avec une seconde poche développée à l'extérieur. La rapidité de son développement, l'intégrité des côtés et la dissection ont convaincu l'auteur que cette seconde poche s'était produite par la rupture de la première, et représentait, par conséquent, un anévrisme faux enté sur un anévrisme vrai.

Enfin, messieurs, M. Leudet (3) a appelé votre attention sur deux exemples singuliers d'anévrismes des artères splénique et rénale.

Dans le premier fait, trois tumeurs, situées sur le trajet de l'artère splénique, offraient des aspects différents, qui sont probablement autant de degrés propres à éclairer le mécanisme de leur formation : ainsi, dans l'épaisseur même des tuniques de l'artère existait une petite tumeur, du volume d'un très-petit pois, présentant un noyau calcaire; plus loin, une deuxième tumeur offrait une cavité plus marquée; et enfin, une troisième était formée par une coque osseuse complète, communiquant par de petits pertuis avec le canal artériel.

Dans la deuxième observation, sur une des divisions de l'artère rénale, notre collègue a trouvé une tumeur du volume d'une noisette, communiquant par un orifice presque capillaire avec le vaisseau sanguin. Les parois de la poche, épaisses et calcaires, se continuaient manifestement avec les deux tuniques externes du vaisseau artériel; une matière molle, pulpeuse, rougeâtre, ne contenant ni cristaux ni globules, remplissait sa cavité qui communiquait avec le vaisseau par une perforation de sa membrane interne.

Comme nous le disait M. Leudet, à propos du premier fait, les exemples d'anévrismes de l'artère splénique ne sont pas absolument rares dans la science. M. Chabert en a montré, il y a longtemps déjà (1), un exemple à notre société, et dans son ouvrage d'*Anatomie pathologique* récemment publié, notre honorable président en a cité plusieurs faits. Mais le principal intérêt de ces deux pièces pathologiques n'est pas dans la rareté; ce ne serait alors, messieurs, qu'une simple curiosité anatomique : on peut en déduire un enseignement sur un mode de formation propre à certains anévrismes nommés par les auteurs *anévrismes hysteux ou interstitiels*. C'est à cette espèce d'anévrisme, signalée d'abord par Corvisart, puis par Guthrie, M. P. Bérard, M. Cruveilhier et d'autres auteurs modernes, que M. Leudet a cru devoir rattacher les deux faits qu'il a observés : altération des parois des vaisseaux, formation d'une cavité interstitielle, ulcération consécutive de la membrane vasculaire interne, tel serait le mécanisme de leur formation.

(1) Page 203. — (2) Page 406. — (3) Pages 258 et 457.

(1) 1837, page 228.

piration plus difficile encore. Les membres inférieurs commencent à s'infiltrer.

M. Velpeau pratique la ponction le 13 juillet.

Cette ponction est faite du côté droit, au lieu d'élection, avec un trocart de 4 ou 5 millimètres de diamètre.

La pointe du trocart rencontre un corps solide dans la fosse iliaque. On retire environ 20 litres d'un liquide blanc-jaunâtre, un peu filant.

Le ventre est tenu comprimé par un bandage de corps.

Le soir, la malade accuse de fréquentes envie d'uriner qu'elle ne peut satisfaire.

15 *juillet*. Mouvement fébrile, facies altéré, soif vive. Le ventre est douloureux, — on le couvre d'un vésicatoire volant, — potion avec 30 grammes de sirop de morphine ; eau de seltz.

La mort survient dans la nuit.

Autopsie. — L'utérus est sain, ainsi que l'ovaire et la trompe du côté gauche ; du côté droit, on ne trouve aucune trace de l'ovaire. Mais il existe un vaste kyste occupant tout l'abdomen, adhérant assez solidement et par plusieurs points aux parois de cette cavité.

La trompe a pris un développement énorme ; elle peut être suivie jusqu'à la tumeur.

Le kyste est composé lui-même, pour ainsi dire, de deux autres kystes, communiquant ensemble par une ouverture qui admet légèrement le doigt.

La paroi de ces cavités a environ 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Elle est tapissée par une membrane plissée, veloutée, tomenteuse, offrant quelque analogie avec une muqueuse.

Ces parois présentent dans leur épaisseur un nombre infini de kystes à divers degrés de développement et contenant dans leur intérieur un liquide albumineux plus ou moins dense. Enfin, dans la paroi postérieure, il existe une masse d'apparence plus solide, de 5 centimètres de largeur sur 5 ou 6 centimètres d'épaisseur. Cette sorte de plaque est constituée par une matière gélatineuse. Les autres organes ne peuvent être examinés.

Vous avez dû remarquer, nous dit M. le professeur Velpeau, que chez cette malade le volume énorme du ventre n'a cependant pas amené d'infiltration des membres inférieurs. La marche de la maladie et de plus cette dernière circonstance ont dû nous faire rejeter l'idée d'une ascite, presque toujours le résultat d'une lésion organique. Cela ne pouvait non plus être une hydropisie essentielle ou par cause générale ; l'affection ne resterait pas ainsi stationnaire. Il faut bien noter encore que la santé générale n'était pas complétement détruite.

Il était donc naturel de songer aux kystes de l'abdomen, parmi lesquels les plus fréquents sont incontestablement ceux de l'ovaire. Mais dans le cas qui nous occupe, il se présentait une difficulté, c'est que le ventre était également distendu dans toute sa périphérie, contrairement à ce qui arrive dans ce dernier genre de maladie. Tout le monde sait, en effet, que les kystes se développent d'un seul côté et plus souvent à droite qu'à gauche.

Les malades le savent bien ; parlez-leur de leur difformité, elles l'appellent leur *bosse ;* mais il faut dire aussi qu'il n'y a pas de tumeurs qui présentent plus de nuances que celles de l'ovaire.

La percussion nous donnait ici, en outre, la presque certitude que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire. Quant au traitement à opposer à cette maladie, il est ou palliatif, et alors on a seulement recours à la ponction simple, ou curatif, et alors on pratique une injection. Nous ne parlerons même pas de l'extirpation qui, du reste, a surtout été pratiquée en Amérique, en Angleterre et quelquefois en Allemagne.

La ponction a été faite chez notre malade.

A propos du liquide auquel elle a donné issue, je dois d'abord faire observer que le liquide de ces kystes peut atteindre, comme notre observation en est une nouvelle preuve, une consistance très-singulière ; je l'ai vu s'épaissir considérablement, au point de ne plus pouvoir sortir de la canule.

Le poids de ces tumeurs, ou la quantité de liquide est encore plus variable ; dans un cas, j'ai retiré d'un de ces kystes 52 litres de liquide.

Mais, ce qui doit surtout nous occuper dans ce fait, c'est l'issue funeste qu'a eue l'opération.

Notre malade est morte trois jours après une ponction simple ; et cependant cette ponction était clairement indiquée ; la malade, en outre, la réclamait instamment. C'était, du reste, une opération fort peu importante par elle-même ; bien des femmes viennent la subir à l'hôpital et s'en retournent chez elles quelques jours après.

J'ai cependant devers moi, il ne faut pas l'oublier, *bon nombre de faits,* observés tant dans la pratique de la ville qu'à l'hôpital, où j'ai vu la mort suivre la ponction simple des kystes de l'ovaire. C'est une chose bien importante à noter et propre à faire voir combien il est toujours dangereux de toucher au corps humain. Ce fait démontre une fois de plus qu'une simple piqûre est une porte ouverte à la mort.

Aussi le praticien doit-il toujours, dans le pronostic, avoir en vue les éventualités.

Le trocart, mis à notre disposition, au moment de la ponction, était peut-être un peu volumineux ; mais il devait donner une issue plus facile au liquide. Il avait été déjà plusieurs fois employé, pour des cas du même genre et cela sans déterminer

---

Il nous reste à dire quelques mots pour terminer l'étude des lésions de l'appareil de la circulation, de deux faits de phlébite de la veine-porte, l'un par M. Follin (1), dans lequel nous ne trouvons que des détails anatomiques ; l'autre par M. Leudet (2), qui a l'avantage d'être une observation complète dans laquelle la maladie a été suivie dans toutes ses phases. M. Leudet a reproduit *in extenso* son observation dans les *Archives générales de médecine* (3), et l'a accompagnée de tous les faits historiques, de toutes les remarques critiques qui pouvaient mettre en lumière la marche et la nature de cette affection ; aussi nous renvoyons à son Mémoire pour tous les détails historiques et nosologiques. Nous nous bornerons ici à constater les principales particularités qui ressortent, au point de vue de l'anatomie pathologique, des deux faits rapportés et de la discussion soulevée à leur occasion dans le sein de notre Société.

Le fait pathologique qui domine est la présence, dans l'intérieur du parenchyme du foie, d'abcès multiples plus ou moins volumineux, suivant leur ancienneté. Ces abcès sont visiblement sur le trajet des divisions de la veine-porte, et quelquefois se trouvent en dehors même du foie sur le trajet des grosses veines spléniques ou mésenthériques qui sont, pour ainsi dire, les racines du système de la veine-porte. Ces abcès sont quelquefois reliés entre eux par des traînées de pus occupant le tissu cellulaire périphérique des veines. L'intérieur de celles-ci offre les phénomènes de l'inflammation, depuis la simple vascularisation de la tunique interne, avec présence d'un caillot, jusqu'à l'épaississement, la teinte grisâtre, le ramollissement des parois et la production de pus dans l'intérieur du vaisseau.

Ces divers phénomènes, qui constituent la phlébite de la veine-porte, peuvent du reste ne pas tous se rencontrer au moment de l'examen microscopique, soit que la maladie doive son origine à diverses causes, soit qu'elle n'ait pas eu le temps d'arriver à sa véritable terminaison qui est la suppuration. De là, diverses formes ou plutôt divers états pathologiques qui ont été constatés :

1° La forme *suppurative* qui est la plus commune.

2° La forme *adhésive* se manifestant par la présence de caillots oblitérant le calibre du vaisseau. M. Barth nous a montré un cas de ce genre.

3° La forme périphérique dans laquelle l'inflammation siége dans le tissu cellulaire, qui entoure la veine-porte ; M. Cruveilhier en a rapporté un exemple remarquable, à propos de la présentation de M. Follin.

(1) Page 453. — (2) Page 463. — (3) Février 1853, page 145.

ALTÉRATIONS DU SANG. — LEUKOEMIE OU LEUCOCYTHÉMIE.

Nous ne sommes plus, messieurs, à ces temps où tantôt le solidisme, tantôt l'humorisme, avaient seuls droit de cité. L'observation rigoureuse a détrôné les systèmes et constate aujourd'hui le mal partout où elle le rencontre. Voici, messieurs, une altération du sang qui est curieuse à bien des titres. Le sang, comme vous le savez, est constaté par un liquide tenant en suspension des particules solides, de forme déterminée, que l'on désigne sous le nom de globules. Depuis l'emploi du microscope, on sait qu'il y a trois espèces de globules, dont deux surtout sont très-importantes, les globules proprement dits et les globules blancs, ceux-ci très-reconnaissables à leur forme un peu irrégulière, à leur dimension plus considérable et à leur pâleur très-marquée. Ces globules blancs sont rares relativement aux autres ; on en aperçoit à peine quelques-uns disséminés au milieu des quantités innombrables que présentent les autres. Voilà l'état normal. Renversez les termes de la proportion, supposez que vous rencontriez des masses

aucune espèce d'accident. Ici, la ponction fut assez douloureuse. En palpant l'abdomen, après l'évacuation du liquide, on trouvait une tumeur dure mobile, de la grosseur d'une tête d'adulte.

La présence de cette tumeur et la ponction expliquent ce qui est survenu. C'est sans doute à la présence de cette complication, que la malade a dû d'avoir été prise d'une péritonite générale suraiguë, affection formidable, plus grave encore qu'une péritonite puerpérale, et contre laquelle notre médication énergique a été impuissante.

Le fait le plus important révélé par l'autopsie consiste dans la présence de ces nombreux kystes, semblables aux deux principaux. C'est là, il faut bien le comprendre, un fait capital au point de vue du traitement curatif, c'est-à-dire des injections, et en particulier des injections iodées.

Comment d'abord espérer obtenir le resserrement d'un sac aussi vaste, aussi anfractueux, à parois muqueuses aussi inégales? Qui peut dire ensuite jusqu'où s'étendra l'inflammation adhésive que vous voulez faire naître? La suppuration ne surviendra-t-elle pas? Une inflammation pareille produite de cette façon est déjà redoutable à l'extérieur et ici nous sommes en plein abdomen. On a cependant quelquefois pratiqué ces injections; on a cité des cures radicales. Pour mon compte, je n'oserai jamais les pratiquer dans des kystes d'une trop grande étendue.

Comment ensuite faire la juste part qui revient aux injections? Si, par exemple, nous y avions eu recours aujourd'hui, qui n'eût cru, et nous-mêmes les premiers, que le liquide injecté avait amené la péritonite? Coïncidence trompeuse qui n'arrive que trop souvent.

En résumé, comme un kyste de l'ovaire est d'ailleurs une maladie qui n'entraîne pas immédiatement la mort; comme nombre de femmes vivent vingt ans et plus au milieu d'une bonne santé avec ces sortes de tumeurs, la ponction devra être faite très-tardivement, et l'on aura surtout recours à un traitement médical en rapport avec les indications.

A. Rombeau, *interne du service.*

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement.

Par le Dr Alex. Mayer.

(*Suite et fin. Voir les nos* 102, 103, 104, 110, 112.)

§ III. *Inflammations blennorrhagiques.*— Le produit morbide sécrété dans la blennorrhagie, lorsqu'il est porté sur une membrane muqueuse, y détermine une affection identique. On admet un virus blennorrhagique distinct du virus syphilitique, parce que, inséré sous l'épiderme, il ne donne pas lieu au symptôme caractéristique de celui-ci, le *chancre*. S'il est arrivé que l'inoculation de la matière blennorrhagique ait donné lieu à un ulcère vénérien, c'est qu'il était dû à des chancres larvés.

Je réunirai, dans un même article, les blennorrhagies urétrale, vaginale et anale, puis j'examinerai séparément l'ophthalmie, l'arthrite et l'orchite blennorrhagiques.

a. Blennorrhagies urétrale, vaginale et anale. — Les phénomènes inflammatoires sont quelquefois d'une très-grande intensité dans ces états morbides. Il ne faut pas les négliger au début, sous peine d'éprouver les plus grandes difficultés, à prévenir le passage de la maladie à l'état chronique. Rien ne s'oppose d'ailleurs à ce qu'on leur oppose les moyens anti-phlogistiques les plus énergiques et les plus sûrs. Les saignées locales peuvent être employées sur une large échelle et pendant tout le temps nécessaire, pour éteindre les symptômes de la phlegmasie. Les injections émollientes et narcotiques, si la douleur prédomine, seront combinées avec les bains généraux et le régime des maladies aiguës.

On a agité bien des fois la question de savoir si, dans le cas d'urétrite, les boissons abondantes données dans le but de diminuer l'âcreté des urines, avaient une utilité véritable. Je pense que cet avantage est compensé et au delà par un inconvénient réel : celui qui résulte du passage plus fréquent des urines, fussent-elles plus aqueuses, sur la muqueuse phlogosée. Aussi, me suis-je bien trouvé de l'habitude que j'ai prise de recommander aux malades l'abstinence de boissons presque absolue, afin de restreindre, autant que possible, le besoin de la miction; je les engage même à tromper la soif, en suçant des fruits sucrés ou quelques tranches de limons.

Je ne passe ordinairement à l'administration des agents spéciaux destinés à tarir la sécrétion pathologique, que lorsque l'élément inflammatoire est complétement dominé.

Je n'ai rien à ajouter sur ce sujet, puisqu'aussi bien le problème est dépouillé de toute complication, et qu'il n'y a pas lieu de tenir grand compte dans l'espèce, de l'élément spécifique.

b. De l'ophthalmie blennorrhagique. — Les conditions anatomiques qui sont propres à l'organe de la vision, commandent la plus grande attention dans le traitement des affections aiguës dont il peut devenir le siége. Je l'ai déjà dit à l'occasion de l'ophthalmie syphilitique. Or, dans ce cas-ci, rien n'empêche de satisfaire aux médications, à mesure qu'elles surgissent, et mieux vaut assurément dépasser en énergie les limites du besoin que de rester en deçà. Les saignées générales et locales seront employées sans hésitation, simultanément avec la cautérisation

---

de globules blancs, avec une diminution très-notable des globules rouges, et vous aurez le caractère anatomique constant de la lésion qui nous occupe, et dont M. Leudet (1) vous a montré un remarquable exemple. De là le nom de leukœmie, de leukocythémie, qui lui a été imposé.

Non-seulement les globules blancs sont en plus grand nombre, mais ils paraissent même modifiés dans leur nature intime; ils présentent presque tous un ou plusieurs noyaux que l'on ne rencontre pas, à beaucoup près, aussi fréquemment sur les globules blancs normaux.

Cet état microscopique du sang se manifeste à l'œil nu par les caractères suivants : le sang est liquide, d'une couleur de jus de pruneau clair, mêlé de grumeaux blanchâtres comme du pus. Tel est du moins l'aspect qu'il présente dans les veines après la mort, ce qui explique un certain nombre de faits dans lesquels on a pu croire au développement spontané du pus dans le sang.

A côté de l'altération du sang, se placent un certain nombre de phénomènes importants à noter, et dont l'observation de M. Leudet peut nous donner une idée. Elle a été recueillie sur une femme de 30 ans. Quelque temps après un heureux accouchement, la rate a commencé à augmenter de volume, sans aucun symptôme de fièvre intermittente; elle a fini par atteindre les dimensions suivantes : 36 centimètres en hauteur, 17 en largeur, 6 en épaisseur. Bientôt sont survenus l'amaigrissement, l'affaiblissement, la décoloration de la peau; en même temps, un bruit de souffle intermittent s'est fait entendre à la base du cœur, le long de l'aorte, des carotides. Ces premiers symptômes ont été suivis de sueurs abondantes, d'un peu de gonflement du foie, d'un peu d'ascite, et enfin des derniers signes du marasme, une faiblesse extrême, des diarrhées colliquatives, etc.

La mort est la terminaison ordinaire de cette affection (1). Le symptôme le plus important, et sans contredit le plus constant, parmi ceux que l'observation de M. Leudet a mis en évidence, est le gonflement de la rate. On le retrouve dans presque tous les cas publiés par les auteurs, et toujours indépendant de la fièvre intermittente. Il manque cependant dans quelques cas, et peut être remplacé par l'hypertrophie du foie ou des ganglions lymphatiques. Ces diverses lésions peuvent, du reste, exister concurremment.

Les faits de ce genre, messieurs, sont peu connus en France. Dans une note ajoutée à son observation, M. Leudet nous apprend que la première mention en a été faite par Wirchow; que depuis, Fuller, Walshe, Parkes, Vogel, en ont cité des exemples; que M. Benett a présenté, en 1851, un Mémoire sur ce sujet à la Société de biologie. Depuis la publication de l'observation de notre collègue dans notre Bulletin de juin (2), d'autres faits ont été observés à Paris, l'un dans les salles de M. Piorry, à l'hôpital de la Charité, par notre collègue, M. Chariot; un autre à la maison de santé, par notre collègue, M. Vidal, dans le service d'un ancien membre de cette Société, M. Vigla.

L'observation de M. Leudet a le double mérite d'être un fait rare que l'on doit se hâter d'enregistrer, et d'être le premier de ce genre publié en France.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Page 226.

(1) Un cas publié récemment en Allemagne (*Archeiw. f. path. anat. med. phys.*, par Wirchow, 1853) semble établir la possibilité de la guérison.

(2) La même observation est reproduite dans les *Bulletins* de la Société de biologie, 1853.

de la conjonctive à l'aide du crayon de nitrate d'argent, afin de modifier profondément la vitalité du tissu, et changer le mode d'inflammation. Les purgatifs énergiques et les révulsifs cutanés trouvent de même ici leur indication positive, si le cas est assez grave pour compromettre prochainement l'intégrité de la fonction visuelle.

c. De l'arthrite blennorrhagique. Cette espèce d'arthrite, qui peut envahir la plupart des articulations, mais dont le siége de prédilection est aux genoux, peut coexister avec un écoulement blennorrhagique, ou succéder à sa brusque disparition. Elle est rarement d'une intensité inflammatoire comparable à l'arthrite rhumatismale aiguë. Le symptôme dominant dans le plus grand nombre des cas est la douleur.

Lorsque l'arthrite blennorrhagique débute avec une apparence de grande acuité, son traitement est des plus simples. Le seul compte qu'on doive tenir de la blennorrhagie, c'est de chercher à la rappeler lorsqu'elle a été accidentellement supprimée. Du reste, la médication antiphlogistique peut être appliquée dans toute sa rigueur.

Quand, au contraire, la tuméfaction et la douleur, en l'absence de toute rougeur et de chaleur, constituent les seules manifestations de l'arthrite, la maladie a plus de propension à se perpétuer sous forme d'hydarthrose, et quelquefois même de tumeur blanche. Outre l'indication capitale, ici comme précédemment, de solliciter le retour de l'écoulement, lorsqu'il y a lieu, les moyens qui réussissent le mieux sont les frictions mercurielles, *loco dolenti,* les emplâtres fondants, les vésicatoires, les douches et les révulsifs sur le tube intestinal.

L'opportunité des émissions sanguines, lorsqu'elle existe, ne va jamais au delà des saignées locales, par les ventouses scarifiées et les sangsues.

d. De l'orchite blennorrhagique.— D'après les auteurs, dans l'immense majorité des cas, l'orchite qui apparaît dans le cours d'une blennorrhagie, serait le résultat de la diminution ou de la suppression totale de celle-ci. Pour moi, je préfère admettre que l'inflammation, après s'être propagée au testicule par voie de continuité, révulse en quelque sorte la phlegmasie de l'urètre, en vertu de cet axiome classique : « *Duobus laboribus simul « obortis, non eodem loco, vehementior obscurat alterum.* » C'est à la suite de marches fatigantes, de sauts, de coups ou de chutes sur la glande séminale, quelquefois aussi sans cause connue, que l'orchite se déclare. Il est presque sans exemple que tous les deux aient été envahis simultanément.

Comme dans toutes les inflammations des organes parenchymateux, le traitement anti-phlogistique est ici de rigueur. Quand la réaction est vive, une saignée générale précédera l'application des sangsues sur le scrotum, ou mieux encore sur le trajet du cordon spermatique du côté affecté. On est obligé parfois d'y revenir à plusieurs reprises. Les cataplasmes émollients, les bains prolongés, les purgatifs, la diète et le repos le plus absolu suffisent le plus ordinairement à enrayer le mal; après quoi, on voit l'écoulement reparaître spontanément, sans qu'il soit jamais besoin de rien faire pour cela.

Me voici à la fin de ma tâche. Quelque incomplet que soit ce travail, j'aurai atteint le but que je me suis proposé, si l'on a bien saisi le sens des indications diverses que je n'ai fait qu'esquisser, à propos de chacune des variétés d'inflammations que j'ai passées en revue. Je l'ai déjà dit : c'est au point de vue restreint d'une idée féconde en préceptes et qui appelle toute la méditation du praticien, que j'ai entrepris cette étude. Rappeler, en quelques pages, de bons principes qui tendent à s'obscurcir, c'est peut-être rendre un aussi grand service à la science, que d'écrire de gros livres remplis de faits indigestes, plus propres à fatiguer la mémoire qu'à éclairer l'esprit.

ERRATA. — Des omissions graves et de nombreuses fautes typographiques se sont glissées dans l'article de M. le docteur Alex. Mayer, publié dans le n° 110. Nous allons rectifier les omissions; quant aux fautes typographiques, le lecteur les aura corrigées lui-même.

OMISSIONS. — Page 879, avant le dernier paragraphe :

Si, au contraire, il existe un état pléthorique considérable, une gêne de la circulation dans les viscères importants, c'est à la saignée locale ou générale qu'il faut avoir recours, et souvent on voit, aussitôt après la déplétion des vaisseaux, survenir une détente générale après laquelle apparaît l'éruption.

Je crois que la meilleure saignée locale dans cette circonstance, c'est une application de sangsues à l'anus.

Page 880. Après le troisième paragraphe, placer l'observation suivante :

Dans la nuit du 10 au 11 juin 1852, je fus réveillé pour un enfant qui, me disait-on, était enrhumé depuis une quinzaine de jours et dont la toux venait subitement de revêtir un caractère nouveau. De rauque qu'elle était auparavant, elle était devenue sifflante et accompagnée d'une oppression qui menaçait la vie du petit patient. Je connaissais cet enfant pour l'avoir soigné tout récemment; et certain, autant qu'on peut l'être en pareil cas, sans investigation visuelle, qu'il s'agissait d'un cas de croup, je prescrivis immédiatement : tartre-stib. 0,10 grammes dans du sirop d'ipéca, 15 grammes, à mélanger dans un verre d'eau sucrée, et à donner par cuillerées, de cinq en cinq minutes, pour déterminer trois ou quatre vomissements. — Frictions avec onguent napolitain, 32 grammes divisés en huit doses; épuiser une de ces doses toutes les deux heures, sur les parties antérieure et latérale du cou. — Calomélas 0,60 grammes et sucre 2 grammes, mêlés et divisés en six paquets. Un paquet toutes les deux heures, en commençant lorsque les vomissements auront cessé.

Je promis d'aller voir le petit malade le lendemain de très-bonne heure.

Commémoratifs. — Jules Beurnet, âgé de vingt-huit mois, est un enfant d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Son père est sujet aux engorgements des glandes du cou, et présente l'aspect de la cachexie scrofuleuse. Sa mère, bien portante, participe néanmoins de la même disposition morbide. Cette famille habite une chambre malsaine, par insuffisance d'air et de lumière.

Jules B.... a été affecté, il y a environ deux mois, d'une congestion cérébrale avec fièvre, pour laquelle je lui ai fait appliquer quatre sangsues à l'anus, qui ont fourni beaucoup de sang et ont fait justice d'un état en apparence grave. Quelque temps après, il a été pris d'un rhume pour lequel on n'a pas consulté de médecin.

Etat actuel. — Le 11 juin au matin, je constate : pouls fréquent, température du corps à peu près normale, respiration pénible, bruyante, mais plutôt rauque qu'aiguë. Facies animé, yeux fixes et exprimant l'anxiété, tête renversée en arrière. Je n'essaie pas d'ausculter à cause de l'agitation à laquelle l'enfant est en proie. Pour le même motif, l'inspection de l'arrière-gorge me paraît impossible. Mes prescriptions de la nuit ont été exécutées. Il y a eu trois vomissements dont on n'a pas conservé les matières, et plusieurs selles répandues dans le lit. Au dire de la mère, il y a une amélioration marquée. Je conseille la continuation des moyens déjà employés, mais je recommande expressément de recueillir les matières qui seront vomies, pour vérifier par moi-même l'assertion de la mère qui assure avoir reconnu des *morceaux de peau,* — ce sont ses expressions, — au milieu des mucosités rejetées dans la nuit. Pour boisson, infusion de violettes.

Même jour, une heure après-midi. On m'appelle en toute hâte, et je trouve mon petit malade au début d'un accès formidable. L'asphyxie paraît imminente. Il s'agite violemment pour faire pénétrer un peu d'air dans sa poitrine. Sa figure est violacée et ses yeux semblent sortir de leurs orbites. L'ensemble de la physionomie révèle une angoisse profonde. J'ordonne de provoquer à l'instant quelques vomissements et d'appliquer concurremment des cataplasmes sinapisés aux mollets.

5 heures du soir. On me présente les matières de trois vomissements; j'y reconnais, à n'en pas douter, des fragments de pseudo-membranes de différentes dimensions, mais aucun n'a conservé la forme tubulée. Épais et très-tenaces, ils nagent dans un liquide filant, tenant en suspension des grumeaux de mucus concrété, semblable au produit de l'expectoration dans le catarrhe des bronches, à la période de coction. Les sinapismes n'ont pas rougi la peau. L'enfant est plus calme, le pouls moins fréquent, le facies plus naturel, la respiration bien plus facile et moins bruyante que le matin. Le timbre de la voix que j'entends pour la première fois est comme enroué. Il existe un engorgement des glandes situées sous l'angle de la mâchoire, des deux côtés. Abattement et besoin de dormir. Les paquets de calomel étant épuisés, je ne les fais pas renouveler. Je conseille la continuation des frictions mercurielles, et, en cas de nouvel accès de suffocation, le tartre stibié et le sirop d'ipéca, pour produire quelques vomissements.

Le 12 au matin. Sauf un léger accès de dyspnée, qui a eu lieu dans le courant de la nuit dernière, et contre lequel on a donné l'émétique, sans pouvoir obtenir plus d'un vomissement, l'enfant a dormi paisiblement. Seulement, de temps en temps, il a été agité par quelques mouvements convulsifs. Je trouve encore dans les matières vomies quelques parcelles de fausses membranes, mais en moindre proportion qu'hier.

Je prescris de nouveau, tartre stibié 0,10 dans un demi-verre d'eau sucrée, et de plus, deux sinapismes purs, aux extrémités inférieures.

Même jour, 5 heures du soir. La journée a été assez bonne, il n'y a eu qu'un faible accès d'oppression. Les 0,10 d'émétique n'ont procuré aucun vomissement. Les sinapismes ont été omis. L'enfant est assez bien pour que je suspende toute médication. Je recommande toutefois de me prévenir s'il survenait quelque changement. Vers dix heures du soir, on vient m'annoncer que la respiration s'embarrasse de rechef. Je prescris le tartre stibié à 0,15 dans un demi-verre d'eau, à donner par cuillerées très-rapprochées, jusqu'à effet vomitif. Un quart de lavement laxatif.

Le 13 au matin. La nuit s'est passée assez calme. On a donné la dose entière d'émétique sans résultat. Seulement, ce matin, il est survenu un vomissement dans lequel je ne remarque plus de trace de pseudo-membrane. Je profite du calme de l'enfant, qui a repris son enjouement, pour explorer le pharynx : je trouve l'arrière-gorge tapissée encore en quelques points d'une concrétion blanchâtre, peu épaisse et disséminée par plaques irrégulières, sur les amygdales et le voile du palais. La voix a presque repris son timbre normal. La respiration est redevenue libre. La toux persiste, mais grasse. (Vésicatoire volant à la partie supérieure du sternum.)

Même jour, le soir, l'enfant est assis sur les genoux de sa mère, rit, s'amuse et paraît exempt de toute gêne et de toute souffrance.

S'agit-il bien dans le cas dont je viens de rapporter l'histoire d'un croup *vrai*, d'une laryngite pseudo-membraneuse? Il me semble que rien ne manque à la certitude du diagnostic, pas même ce qui en constitue le *criterium*, la présence des fausses membranes. Si j'ai cru devoir publier cette observation, c'est bien moins pour l'heureux résultat que j'ai obtenu, que pour avoir l'occasion de dire deux mots sur la manière dont je comprends le traitement de cette affreuse maladie, véritable épouvantail des familles.

Ici, le traitement a été aussi dégagé que possible de toute complication capable d'en obscurcir la signification, bien que j'aie dû mettre en œuvre deux médications essentiellement distinctes. La première a consisté en un moyen classique dont nul praticien n'oserait, je crois, s'affranchir. Je veux parler du tartre stibié, à titre de vomitif, dont l'action *mécanique* est immédiate et évidente. Par ce procédé, on a en vue de désobstruer le canal aérien des productions morbides qui le tapissent et en diminuent la calibre. La seconde médication, — par les mercuriaux, — a été instituée depuis longtemps, dans la vue de diminuer la plasticité du sang; son action, pour être moins rapide, n'en est que plus profonde. Cette thérapeutique mixte me paraît merveilleusement combinée pour atteindre un même but, en remplissant la double indication dans laquelle se résume le problème à résoudre, à savoir : 1° de conjurer un danger actuel et pressant, l'asphyxie : on y parvient par les vomitifs; 2° de neutraliser, dans l'organisme, la tendance aux productions diphtéritiques. Or, ce sont les mercuriaux qui agissent dans ce sens en altérant la crase du sang.

Pourtant je me demande si, dans ce cas particulier, une troisième influence ne se serait pas surajoutée aux précédentes, et si le tartre stibié à haute dose,— relativement à l'âge de l'enfant, — qui a été toléré contrairement à mes prévisions, n'aurait pas exercé son action contre-stimulante? C'est une question que je pose sans la résoudre, et qui pourrait peut-être servir de jalon pour des tentatives ultérieures.

On remarquera, — et j'insiste sur ce fait, — que je n'ai pas spolié mon petit malade d'une seule goutte de sang. Si je tiens à faire ressortir cette circonstance, c'est que, malgré mon éloignement absolu pour toute règle systématique, en matière de traitement, j'en suis presque arrivé à croire que les émissions sanguines doivent être bannies inflexiblement de la thérapeutique du croup *vrai*. L'expérience que j'ai faite comme tout le monde de ces moyens, combinés avec d'autres, a été si constamment malheureuse, que je me sens disposé, — du moins jusqu'à ce que j'aie des motifs pour modifier mon jugement, — à persévérer dans la voie où je suis entré, guidé par le raisonnement. A mes yeux, la diphtérite n'est point une inflammation; les conditions dans lesquelles elle se produit et ses manifestations sympathiques n'ont rien de commun avec les phlegmasies franches. Les antiphlogistiques en général n'ont donc aucune opportunité contre cette maladie. Les émissions sanguines, en particulier, ont, de plus, le grave inconvénient d'épuiser les forces dont les pauvres enfants ont tant besoin pour résister à l'asphyxie; à ce point de vue, il n'y a pas à hésiter. En face d'un cas pathologique éminemment grave et promptement mortel, s'adresser à des moyens qu'on croit inefficaces, pour rester dans les errements classiques, à mon sens, c'est plus qu'une faute. A plus forte raison si ces moyens peuvent être directement dangereux. Je ne terminerai pas ces réflexions sans ajouter que je n'accorde pas au fait qui me les a suggérées une importance qu'il ne saurait avoir dans son isolement; mais c'est sur l'interprétation que je lui donne, que je désire appeler l'attention.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur plusieurs épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Clamecy, par le docteur Heulard d'Arcy.

2° Mémoire sur les maladies auxquelles a été appliqué, en 1852, le traitement par les eaux minérales de Guano (Corse), par M. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de cette ville.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Variole.

M. Lecadre, du Havre, adresse un mémoire sur une épidémie de variole qui a régné au Havre en 1853. (Comm. des épid.)

Scarlatine.

M. Mascarel, chirurgien en chef de l'hôpital de Chatellerault, adresse un mémoire sur deux épidémies de scarlatine qui ont régné à la fin de 1844-45 et en 1851-52. (Comm. des épid.)

Choléra.

M. Macchloughlin adresse d'Angleterre des renseignements connus sur le choléra de Newcastle, et quelques détails que nous reproduisons ci-dessus sur les précautions prises par l'administration.

— M. Thomas écrit d'Amsterdam que les quarantaines les plus rigoureuses n'ont pu garantir la Suède de l'invasion du choléra.

Vaginite.

M. Becquerel écrit pour déclarer qu'il n'a nullement prétendu à la priorité du traitement de la vaginite par le nitrate d'argent, mais seulement au mérite d'avoir généralisé ce moyen, de l'avoir appliqué à tous les cas *sans exception*, d'avoir affirmé qu'il guérissait plus complétement et plus vite que les autres médications.

Monstruosité.

M. de Lignerolles envoie la relation d'un cas de l'espèce de monstruosité connue sous le nom d'*éventration congéniale*. (Rapp. M. Danyau.)

Eaux minérales.

M. Girbal adresse une Note sur les eaux minérales froides de Camarès (Aveyron). (Comm. des eaux minér.)

Gangrène foudroyante.

M. Chassaignac adresse une Thèse qu'il a soutenue en 1850 et dans laquelle il mentionne l'altération rapide du sang dans les grandes lésions traumatiques, comme conséquence du développement de gaz dans les veines et d'une gangrène rapide. (Comm. MM. Piorry, Velpeau, Larrey.)

Vaccine.

M. Ancelon adresse à M. le secrétaire perpétuel, en réponse à M. Roche, la lettre suivante qui nous paraît assez curieuse et assez courte pour être reproduite :

Monsieur et très-honoré confrère,

Je ne puis m'expliquer vraiment ce qui a, dans mon Mémoire, *si conciliant*, soulevé contre moi la colère de M. Roche, que je n'ai jamais offensé. Il faut qu'il ait été prévenu par quelque calomniateur, en dehors de l'Académie, bien entendu.

Quoi qu'il en soit, j'aurai le regret de n'oser plus rien présenter à l'Académie de médecine, puisqu'on y accueille si mal des travailleurs. Je

désirerais même, dans l'intérêt de mon repos, que l'on me renvoyât ma Note sur une observation de fracture de la mâchoire inférieure. J'ai assez de blâme comme cela.

RAPPORTS.

Fièvre typhoïde.

M. Gaulthier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Gautherin, de Annay-Saint-Serein (Yonne), relatif à la contagion de la fièvre typhoïde. Ce rapport, de peu d'importance, se termine par les deux conclusions suivantes : dépôt aux *Archives*, remerciements à l'Auteur. (Adopté.)

LECTURES.

Choléra.

M. de Hubé donne lecture d'un mémoire sur le choléra-morbus algide de 1848-1849. (Comm. du choléra.)

Eaux minérales.

M. Poggiale lit un mémoire sur l'eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza (Corse). En voici les passages essentiels :

La Corse possède un nombre considérable d'eaux minérales; on rencontre, en effet, dans plusieurs localités de cette île, des eaux sulfureuses alcalines chaudes, des eaux sulfureuses calcaires froides, des eaux salines thermales, des eaux ferrugineuses acidules et des eaux ferrugineuses sulfureuses. Ce département est peut-être plus riche que les Pyrénées en sources minérales de toute espèce. Parmi ces sources, les plus estimées sont celles de Saint-Antoine de Guagno, de Pietra-Pola, de Puzzichello, de Guitera, de Tallano, de Caldaniccia, de Bologna, d'Orezza, etc.

La source de Puzzichello est une eau sulfureuse froide, située sur la côte orientale, près des ruines de la ville d'Aleria. L'eau sulfureuse de Pietra-Pola est la source la plus riche et la plus abondante de la Corse. Sa température s'élève à 55°. Chaque année, elle est fréquentée par un grand concours de malades de l'île.

L'eau de Saint-Antoine de Guagno est également sulfureuse. Sa température est d'environ 50°; on y a construit un établissement thermal et un hôpital militaire.

Les eaux thermales de Caldaniccia coulent dans une vallée, près de la magnifique plage d'Ajaccio; au-dessous d'elle, est la plaine de Campo-di-Loro et la rivière de Gravona. Le plateau de Stileto les domine et les abrite, et l'on a là, pour perspective, la ville d'Ajaccio, son golfe et son port.

Ces sources sont cependant peu connues; malgré leur belle situation, la douceur du climat, les sites pittoresques, et une incontestable supériorité sur les eaux minérales les plus célèbres du continent, elles ne sont employées que par les habitants du pays. D'où vient cet abandon? Pourquoi allons-nous chercher à l'étranger les bienfaits des eaux minérales, des bains de mer et d'un climat plus doux? C'est que les eaux, comme toutes les choses de ce monde, ont des réputations usurpées, et qu'elles attirent souvent la foule, moins par leurs propriétés thérapeutiques que par les plaisirs qu'on y trouve. Ajoutons aussi que la plupart des sources de la Corse, situées au milieu des montagnes, sont d'un accès difficile et n'ont pas de logements commodes pour abriter les malades.

La vallée où jaillissent les eaux gazeuses acidules d'Orezza est arrosée par plusieurs sources. Les deux principales portent les noms de *source d'en haut* et de *source d'en bas : sorgente soprana* et *sorgente sotlana*.

La première, qui jaillit à 150 mètres environ de l'autre, a une odeur caractéristique d'acide sulfhydrique, et contient aussi beaucoup d'acide carbonique. La source d'en bas se distingue par l'absence complète de l'acide sulfhydrique. Elle s'échappe d'un rocher en bouillonnant et laisse dégager de grosses bulles d'acide carbonique.

Analyse qualitative. — L'eau d'Orezza examinée à la source, est d'une limpidité parfaite, sa saveur est aigrelette, piquante et très-agréable à boire. Son poids spécifique égale 0,99,839, sa température est de 15°, celle de l'atmosphère étant de 22°. Cette température a été prise en plongeant dans l'eau un thermomètre et notant les degrés au-dessous du liquide. Elle pétille comme les vins mousseux. Suivant M. Naudin, pharmacien militaire, lorsqu'on remplit à la source une bouteille de cette eau et qu'on la bouche, le bouchon saute comme avec de l'eau de seltz gazeuse. Si on met cette eau en ébullition, on observe un dégagement considérable d'un gaz qui étant recueilli, est presque entièrement absorbé par la potasse et qui offre tous les caractères de l'acide carbonique. A mesure que ce gaz se dégage, l'eau se trouble et il se forme un dépôt d'un blanc rougeâtre composé de carbonates de chaux, de magnésie et de protoxyde de fer. Celui-ci existe dans l'eau, avant le contact de l'air, à l'état de carbonate de protoxyde de fer.

Exposée à l'air, cette eau se couvre d'une pellicule irisée, se trouble et fournit un dépôt rougeâtre formée en grande partie de carbonate de peroxyde de fer. Les carbonates de chaux et de magnésie se précipitent ensuite. A la source, on observe un semblable dépôt le long des canaux que l'eau parcourt.

Cette eau conserve longtemps sa limpidité dans des bouteilles bien bouchées; si, au contraire, elles sont mal bouchées, il s'en échappe une certaine quantité de gaz, et il se produit un dépôt de carbonates.

La teinture de tournesol, mêlée avec cette eau, a pris immédiatement une teinte vineuse très-prononcée. Le papier de tournesol rougi par les acides n'a offert rien de particulier.

Une dissolution d'azotate et d'argent donne naissance à un dépôt très-abondant, soluble en très-grande partie dans l'acide azotique.

Si l'on ajoute une solution de chlorure de Barium à cette eau préalablement acidulée par l'acide chlorhydrique, il se forme par une agitation prolongée un faible précipité de sulfate de baryte.

J'ai vainement recherché l'iode et le brôme par les procédés connus et que j'ai souvent employés dans les nombreuses analyses d'eaux minérales ou d'eaux potables que j'ai exécutées depuis quelques années.

Cette eau a donné :

1° Avec l'ammoniaque, un précipité très-abondant de carbonates de chaux, de magnésie et de fer;

2° Avec le cyano-ferrure de potassium un précipité bleu;

3° Avec la teinture de noix de galles, l'acide tannique et le sulphydrate d'ammoniaque un précipité noir très-abondant. Ce précipité chauffé au chalumeae a donné du peroxyde de fer;

4° Avec l'hydrochlorate d'ammoniaque et l'oxalate d'ammoniaque, un dépôt calcaire abondant; la liqueur étant filtrée, a fonrni par le phosphate de soude et l'ammoniaque du phosphate ammoniaco-magnésien;

5° Avec l'antimoniate de potasse ajouté à la liqueur concentrée et débarrassée de la chaux et de la magnésie, un précipité blanc;

6° Par le chlorure de platine ajouté à la liqueur concentrée, un précipité jaune-serin très-faible et un précipité blanc avec l'acide perchlorique;

7° L'eau de chaux ajoutée en excès donne naissance à un précipité blanc abondant.

On a versé une solution de carbonate de soude pur dans la portion soluble des principes minéralisateurs de cette eau, on a fait bouillir le mélange, on a ajouté à la liqueur filtrée du phosphate de soude et de l'ammoniaque, et, après quelques heures de contact, on a obtenu, par l'action de de la chaleur, un dépôt blanc floconneux de phosphate ammoniaco-lithique.

On a dissous dans l'acide azotique les principes minéralisateurs insolubles dans l'eau, et on a évaporé la dissolution dans un creuset de platine, couvert avec un disque en verre, sur lequel on avait collé une feuille de papier découpé. Après l'opération on observa que le verre était manifestement attaqué.

Il résulte de ces essais qualitatifs et d'autres qu'il serait trop long d'indiquer que l'eau d'Orezza contient une quantité considérable d'acide carbonique, de carbonates de chaux, de magnésie, de fer, de manganèse et de cobalt; du sulfate de chaux, de l'alumine, de l'acide silicique, du fluorure de calcium, des sels de potasse. Les carbonates de chaux, de magnésie, de fer, etc., existent dans l'eau à l'état de bi-carbonates; quelques chimistes admettent que fréquemment l'oxyde de fer se trouve combiné à la chaux dans les eaux minérales, à l'état de ferrate de chaux, mais dans l'eau d'Orezza les résultats analytiques obtenus ne permettent pas de faire cette supposition.

M. Poggiale fait connaître dans son Mémoire les procédés qu'il a employés pour la détermination des principes fixes et pour le dosage du chlore, de l'acide sulfurique, de l'acide silicique, de la chaux, de la magnésie, de l'oxyde de fer, de l'arsenic, du cobalt, de la potasse, de la soude et de l'acide carbonique.

Il résulte des opérations chimiques auxquelles l'auteur s'est livré, que 1,000 grammes d'eau d'Orezza contiennent :

Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates.	1 litre	248 centil.
Air atmosphérique	0	011
Carbonate de chaux	0 gr	602
— de magnésie	0	074
— de lithine	traces	très-sensibles.
— de protoxyde de fer	0	128
— — de manganèse	traces	très-sensibles.
— de cobalt	traces.	
Sulfate de chaux	0	021
Chlorure de potassium — de sodium	0	014
Alumine	0	006
Acide silicique	0	004
— arsénique	traces.	
Fluorure de calcium	traces.	
Matières organiques	traces.	
	0 gr	849

On voit que l'eau d'Orezza peut être considérée comme une sorte d'eau de seltz ferrugineuse. Elle est très-remarquable par la proportion élevée d'acide carbonique et de carbonate de fer et de manganèse qu'elle contient; parmi les eaux ferrugineuses, aucune ne peut lui être comparée. Les eaux de Forges, de Passy, de Pyrmont, d'Egra, de Cransac, etc., lui sont inférieures ; quelques-unes contiennent, il est vrai, plus de fer, mais elles ne renferment qu'une faible proportion d'acide carbonique ; aussi leur saveur est amère et styptique et elles ne possèdent pas les propriétés thérapeutiques des eaux gazeuses.

L'eau d'Orezza contient beaucoup plus d'acide carbonique et de carbonate de fer que l'eau de Spa, dont la réputation est européenne. En effet, on ne trouve dans celle-ci, pour 1,000 grammes d'eau, que 86 centilitres d'acide carbonique et 0,077 milligrammes de carbonate de fer. L'eau de Vichy elle-même est inférieure à l'eau d'Orezza par la quantité d'acide carbonique, puisque, d'après l'analyse de MM. Berthier et Puvis, elle ne renferme que 1,149 d'acide carbonique par litre.

Emploi. — Ces eaux ne sont employées qu'en boisson. La présence d'une proportion considérable d'acide carbonique libre et de bi-carbonates les rend plus assimilables et permet aux malades d'en boire une grande quantité. D'après le témoignage des médecins inspecteurs et de tous les médecins du pays, ces eaux sont d'une énergie surprenante, elles rendent les digestions plus faciles, augmentent l'appétit et donnent aux organes de la vigueur et de l'agilité. Le pouls devient plus fort, le visage se colore, et il n'est pas rare d'observer des étourdissements lorsque l'usage de ces eaux a été prolongé. Les eaux d'Orezza sont particulièrement utiles dans la chlorose, les engorgements des viscères abdominaux, les flueurs blanches, les affections anciennes du tube digestif et généralement dans toutes les maladies qui proviennent de la faiblesse de nos organes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Septembre 1853.— Présidence de M. COMBES.

Alimentation.

M. Mouriès, qui a déjà fait une communication sur le *son de froment*, adresse une nouvelle Note intitulée : *De l'influence des ferments glucosiques du son dans la panification*. Dans cette Note, l'auteur dit qu'il résulte de ses nouvelles recherches :

« 1° Que, par l'action des ferments glucosiques du son décrits dans son précédent Mémoire, la plus grande partie de l'amidon du pain fait avec la farine brute, devient soluble et perd l'inconvénient de faire une pâte épaisse et résistante ;

« 2° Que cette transformation explique pourquoi le pain brut est dense, terne, gras au toucher, d'une dessiccation lente, et pourquoi les animaux le digèrent et l'assimilent plus facilement que le pain blanc. »

Rétention d'urine.

M. Guillon adresse une Note intitulée : *Traitement de certains états pathologiques, produisant des rétentions d'urine attribuées faussement à la paralysie de la vessie.*

Cette Note a pour but de démontrer que les instruments utiles aujourd'hui pour pratiquer l'*excision* et l'*incision* des cloisons des valvules, des bourrelets et tumeurs, qui produisent réellement les rétentions d'urine attribuées faussement à la paralysie de la vessie, et que M. Leroy (d'Étiolles) prétend avoir introduits dans la chirurgie, ont été proposés et appliqués par l'auteur de la Note. M. Guillon cite en outre les deux passages suivants de Sœmmering, extraits de son *Traité de la maladie de la vessie et de l'urètre*, et desquels il résulte que le célèbre chirurgien allemand a très-bien décrit, en 1822, les replis valvulaires, les bourrelets qui ferment quelquefois le canal de l'urètre, affections que *plusieurs praticiens*, ne connaissant pas l'ouvrage de Sœmmering, généralement connu cependant des chirurgiens, *s'imaginent avoir observées les premiers*. On lit, en effet, page 110 de l'édition française : « Howschip a donné avec une planche coloriée la description d'un pli contre nature formé par la membrane interne de la vessie et qui, s'étendant des orifices des urethères, à l'endroit où l'urètre traverse la prostate, faisait fonction de soupape toutes les fois que le malade voulait uriner. » Et page 155 : « Lorsque le lobe moyen de la prostate s'engorge, il avance comme un mamelon dans la cavité de la vessie, pousse devant lui la membrane interne de cet organe et lui fait éprouver une distension plus ou moins considérable. A mesure que la tumeur augmente, elle perd sa forme mamelonnée, s'élargit des deux côtés, et forme un repli transversal en attirant devant elle la membrane qui recouvre les deux lobes latéraux, également engorgés. Ce repli, semblable à une valvule placée à l'entrée de l'urètre, s'oppose à la sortie de l'urine, surtout quand le malade redouble d'efforts pour chasser ce liquide : celui-ci ne peut jamais sortir entièrement et la rétention finit par devenir complète. »

Comme j'ai connu, en 1824, cette description de Sœmmering qui m'a rappelé deux cas semblables que j'avais vus à l'époque où je faisais des dissections, et sur lesquels l'ouvrage de Morgagni avait fixé mon attention, j'ai cherché tout d'abord, ajoute M. Guillon, à reconnaître sur l'homme ces états maladifs ; et après être parvenu à bien distinguer, bien diagnostiquer : 1° les plis valvulaires, 2° les tumeurs, 3° les bourrelets qui se développent dans le col de la vessie et s'opposent plus ou moins à la sortie de l'urine, j'ai inventé les instruments nécessaires aux traitements que je revendique aujourd'hui.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— On connaît les communications intéressantes que notre excellent collaborateur, M. Chevallier, a faites récemment à l'Académie des sciences et sa publication dans les *Annales d'hygiène*. On sait que l'honorable professeur terminait son travail en émettant le vœu que, dans les usages de la vie, les vases et les tuyaux en plomb fussent défendus. Il apprendra sans doute avec satisfaction que ses laborieuses recherches ont déjà porté leurs fruits. M. le préfet du Haut-Rhin, dont la sollicitude pour tout ce qui touche à la santé publique est bien connue, vient d'adresser aux fonctionnaires de son département une circulaire dont voici les passages essentiels :

« Il est venu à la connaissance de l'administration que, dans quelques départements où l'on fait communément usage de la bière, cette boisson est préparée avec des substances qui la rendent dangereuse pour la santé des consommateurs. Ainsi, dans le département du Nord, on a eu à constater des accidents de la plus haute gravité, dus à l'emploi de compositions saturnines pour la clarification et le collage de la bière.

« Depuis quelque temps, des condamnations sévères ont été prononcées par les tribunaux, notamment dans le département de la Seine, contre des fabricants de cidre déclarés coupables d'avoir employé, dans la préparation de ce liquide, des procédés qui offraient des dangers réels et qui ont même occasionné de graves accidents.

« Ces mêmes procédés devant produire des résultats semblables lorsqu'on s'en sert pour la préparation de la bière, il devient urgent de prémunir les brasseurs, ainsi que les cabaretiers, contre les dangereuses conséquences que pourrait avoir l'emploi des compositions saturnines pour la clarification ou le collage des boissons qu'ils fabriquent ou livrent en détail à la consommation.

« Je vous prie, en conséquence, de prévenir tous les brasseurs et cabaretiers, dans chaque commune, qu'ils doivent complétement s'abstenir de faire usage, pour clarifier les bières, soit du minium, soit de la litharge, soit du sel ou sucre de saturne associés à la colle de poisson, à la dextrine ou autre excipient.

« Vous leur ferez connaître que les liquides préparés au moyen de ces substances contiennent des parties notables de sel de plomb, et présentent par cela même des dangers réels pour les consommateurs. Vous avertirez enfin les fabricants et débitants que des recherches actives auront lieu par vos soins pour reconnaître si, malgré les recommandations de l'autorité, on n'aurait pas introduit dans la bière des substances dangereuses, que la chimie décèle facilement.

« Enfin, vous ferez remarquer aux brasseurs et cabaretiers, qu'avant de renoncer aux modes de collage et de clarification consacrés par les anciens usages, et dont l'expérience a démontré l'innocuité, pour leur substituer des préparations préconisées par des personnes étrangères à la science, ils doivent prendre l'avis d'hommes compétents et s'assurer que ces préparations ne contiennent rien de nuisible à la santé. »

— M. A. Frédericq, médecin de l'hospice des vieillards de Courtray, qui rédigeait avec zèle et succès l'*Observateur de Courtray, journal des sciences médicales*, vient d'être enlevé à la science dans la force de l'âge.

BIBLIOGRAPHIE.

De la chlorose chez l'homme, par le docteur J. UZAC. — Broch. grand in-8 de 130 pages. — A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 3 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 115. 1re ANNÉE. Samedi 24 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Marche du choléra. — De l'emploi du bevilacqua ou l'hydrocotyle asiatica contre la lèpre. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HÔPITAL DE STRASBOURG. M. SÉDILLOT. Tétanos et laryngisme. Indication de la bronchotomie, par M. Cochu. — Observation de paralysie du nerf moteur oculaire commun, et remarques sur une communication entre la troisième et la sixième paire de nerfs, par M. John Struthers. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON.**

Paris, le 23 *Septembre* 1853.

Marche du choléra.

Le choléra ne paraît pas vouloir marcher, en Angleterre, au gré des donneurs de nouvelles. Les comptes rendus officiels mentionnent 16 *cas* de mort attribués à cette maladie pendant la semaine finissant le 17 septembre; c'est le triple de la moyenne dans les temps ordinaires (1); le nombre des morts attribuées à *la diarrhée*, dénomination dont tous les médecins instruits reconnaissent l'absurdité, est de 78 pendant la même période. Ce chiffre est sensiblement égal à la moyenne de la même semaine pendant les dix années précédentes (1). On comprend l'importance que peuvent avoir de tels chiffres pour une population de deux millions d'habitants! — L'état sanitaire de Londres est du reste excellent.

Néanmoins, le Bureau de santé de cette ville (*General Board of health*) a publié hier sa première circulaire qui débute en ces termes : « C'est le pénible devoir du « Bureau de santé d'avoir à notifier une troisième invasion « du choléra épidémique. Cette maladie, qui a encore « commencé à éclater en Perse, s'est étendue cette année « sur une grande partie de la Russie, allant vers le nord « jusqu'à Archangel, sur les rives de l'océan Arctique ; puis, « elle a ravagé le Danemark, la Norwége et la Suède ; puis « se développant dans le nord de l'Allemagne, elle a atta- « qué Stettin, Berlin, Rotterdam et Hambourg; ensuite elle « a éclaté en Angleterre, encore sur la côte nord-est, tout « près de la ville dans laquelle elle avait fait sa première « apparition en 1831. »

Le bureau indique ensuite les précautions à prendre contre l'épidémie, précautions aussi connues que peu effi-

(1) Voici les chiffres de la semaine correspondante des dix dernières années : 11, 3, 1, 2, 6, 7, 839 (en 1849, année du choléra), 2, 7, 8. Moyenne : 5 et une fraction, l'année 1849 non comprise.

(1) Voici les chiffres de la semaine correspondante des dix dernières années : 52, 28, 33, 79, 95, 46, 238, 56, 97, 106. Moyenne 66. On voit que l'année dernière, à pareille époque, le nombre des diarrhées était bien supérieur au nombre actuel.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106, 107, 108, 110, 113, 114.)

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

L'appareil digestif, si remarquable par la diversité des parties qui le composent, par son étendue bien plus considérable que celle du tronc dans lequel il est logé, par les divers replis qui résultent de cette disposition, par la mobilité qu'entraîne son état alternatif de vacuité et de réplétion, enfin par ses usages qui le mettent sans cesse en contact avec des corps étrangers, offre un vaste champ à l'anatomie pathologique.

On conçoit que dans de telles circonstances, les affections qui peuvent survenir doivent être nombreuses, variées et souvent aussi bizarres qu'inattendues.

Voici quelques faits qui nous ont été présentés cette année et qui méritent de fixer votre attention, soit par leur rareté, soit surtout par les déductions thérapeutiques qu'elles ont pu fournir.

Je vous citerai d'abord un cas d'*ulcère simple de l'estomac*, présenté par M. Boulay (1). On voyait au renflement gastrique une perte de substance à bords nets et communiquant avec une collection purulente limitée par des adhérences pseudo-membraneuses et placée entre l'estomac, les parois abdominales, le foie et la rate ; une ouverture anormale dans le diaphragme établissait une communication entre cette cavité purulente et un autre foyer siégeant à la base du poumon gauche. Cette présentation a été l'occasion d'un excellent rapport de notre collègue M. Lebert, dont nous regrettons vivement l'absence. Dans ce rapport, le savant professeur de Zurich nous a donné un historique complet des diverses formes d'ulcères simples de l'estomac.

Un exemple de lésions moins multiples, mais cependant d'une gravité extrême, puisqu'elles furent la cause de la mort, a été mis sous vos yeux par M. Lorain (2).

L'estomac d'un enfant de 9 mois présentait une déchirure de plusieurs de ses tuniques. Cet enfant, jusqu'alors allaité par une nourrice, avait présenté quelques phénomènes fébriles, des vomissements, de la diarrhée. On administra deux vomitifs : la maladie s'accrut rapidement et le petit malade succomba. On trouva à l'examen du cadavre une déchirure de la membrane muqueuse, dont les bords semblaient rétractés, dans un espace de 3 centim. carrés environ. A ce niveau existait un enfoncement, une sorte de poche formée par la tunique fibreuse, les fibres musculaires ayant cédé et s'étant écartées. La tunique séreuse était rompue au même point. L'auteur de l'observation a cru devoir rapporter la maladie aux efforts de vomissements. On aurait dû peut-être n'avoir pas seulement égard à cette cause mécanique, mais tenir compte encore des phénomènes pathologiques éprouvés par

(1) Page 438.
(2) Page 248.

cáces, et il s'exprime ainsi touchant les quarantaines, avec une haute raison qu'approuveront tous les hommes éclairés et non systématiques :

« Partout où ce système de protection a été sévèrement « exécuté, non-seulement il a déçu l'attente de ceux qui le « regardaient comme une sauvegarde, et qui, à cause de « cela, négligeaient souvent les précautions les plus im- « portantes, mais encore *il a aggravé les maux* de la peste, « en y ajoutant des conséquences désastreuses de son pro- « pre fonds. »

— A Newcastle, l'épidémie n'a pas fait de progrès. A la date du 18 septembre, on y comptait 183 cas dont 53 suivis de mort.

Les journaux de Stockholm annoncent que le choléra, qui avait commencé à diminuer en cette ville, y a éprouvé une assez forte recrudescence pendant les journées des 7, 8 et 9 septembre. Jusques et y compris ce dernier jour, le nombre des cholériques à Stockholm s'est élevé à 1,937, ou à 2 et 2 et demi pour cent de la population, et il y a eu 1,012 décès et 420 guérisons. 505 personnes se trouvaient encore en traitement. Le nombre des personnes atteintes jusqu'au 17 septembre, est de 2,373, et le nombre des décès de 1,288.

— Dans le midi de la Suéde, le choléra faisait des progrès. Voici les chiffres totaux de l'épidémie dans trois des principales villes de la Scanie : à Calscrona, 1,746 personnes atteintes, ou 13 et demi pour cent de la population, et 322 décès ; à Norrkoepping, 283 cas, ou 2 et demi pour cent de la population, et 70 décès ; à Ystad, 327 cas, ou 6 et demi pour cent de la population, et 182 décès.

Le gouvernement a déclaré *infectées du choléra*, les villes du Christinestadt, en Finlande, et de Perrau, en Livonie; ce qui veut dire qu'il sera pris contre les provenances de ces villes, des précautions sanitaires qui ont si bien réussi à la Suède jusqu'à présent! Mais comment espérer que les gouvernements raisonneront mieux que certains médecins qui, à l'heure qu'il est, croient encore à la contagion, quoiqu'ils considèrent comme absurdes les esprits qui ont foi dans l'homœopathie! Et cependant, entre les deux opinions, nous l'avouons franchement, nous serions bien embarrassés pour choisir.

— A Christiana (Norwége), le choléra augmentait aussi de jour en jour. On manquait de médecins pour soigner les cholériques. La municipalité venait de publier une proclamation dans laquelle elle sommait tous les médecins et tous les étudiants en médecine de se présenter immédiatement dans les hôpitaux pour y prendre part au service médical, et cela sous peine des amendes édictées dans les lettres patentes royales du 12 novembre 1831.

— A Conpenhague le choléra déclinait rapidement.

— D'après des renseignements particuliers dans lesquels nous avons toute confiance, les cas de choléra observés actuellement à Berlin n'ont pas le caractère épidémique.

— De cette situation sanitaire des diverses contrées européennes, doit-on induire que le choléra fera prochainement invasion en France? Pour résoudre une pareille question, la science n'a d'autres éléments que la marche suivie deux fois de suite par la maladie, en 1832 et en 1849. D'après cette marche, on avait pu prédire, et l'on avait, avec grande apparence de raison, prédit l'apparition du choléra à Paris pour le mois de mars ou d'avril de cette année. Mais dès que l'épidémie a présenté cette première irrégularité de ne point se montrer à cette époque, il n'y a pas de raison pour qu'elle ne fasse pas une autre irrégularité relativement à ses précédents itinéraires, et tout pronostic ne pourrait être basé actuellement que sur des données absolument incertaines. Tout ce qu'il est permis de supposer, c'est que l'épidémie, si elle envahit la France, revêtira probablement un caractère pour le moins aussi benin qu'en 1849.

De l'emploi du bevilacqua ou l'hydrocotyle asiatica contre la lèpre.

Nous avons reçu des possessions françaises des Indes-Orientales, une communication qui serait d'une haute importance pour ces pays, et pour tous ceux où se développe habituellement la lèpre, si les observations ultérieures devaient confirmer les espérances que plusieurs médecins honorables et un pharmacien distingué ont dû concevoir, d'après les recherches auxquelles ils se sont livrés, et dont nous allons faire connaître le résumé à nos lecteurs. Il ne

---

le petit malade au début de l'affection, des causes de décomposition cadavérique ; néanmoins l'état des fibres musculaires, la déchirure nette des tuniques séreuse et muqueuse, sont des arguments qu'on pourrait apporter à l'appui de l'opinion du présentateur.

Mon prédécesseur, M. Leudet, vous signalait l'an dernier, dans le compte rendu de vos travaux, la fréquence et les conséquences souvent dangereuses de l'existence de certains diverticules de l'intestin grêle ; il vous citait des étranglements, des perforations, des anus contre-nature, occasionnés par ces singuliers prolongements latéraux du tube digestif. Cette année nous avons vu une nouvelle conséquence de l'existence de ces diverticulum ; nous en devons la connaissance à M. Dufour (1); c'est un exemple d'*invagination* et d'*issue des deux bouts de l'intestin à travers un anus contre-nature*, résultat probable de la section d'un diverticulum dans la ligature du cordon ombilical; les deux bouts de l'intestin invaginé étaient séparés par une corde tendue, faisant pour ainsi dire l'office d'éperon.

Peu de lésions ont donné lieu à un plus grand nombre d'erreurs que celles qui déterminent l'expulsion d'un produit quelconque dans les excrétions ; ainsi l'on sent quels êtres bizarres, fantastiques, quels animaux singuliers, les anciens médecins assuraient avoir vu rendre dans les selles ou les urines ; aujourd'hui que l'investigation scientifique a pénétré dans l'étude des sciences médicales, on a reconnu la véritable nature de ces productions, le plus souvent formées par des caillots sanguins plus ou moins desséchés, ou des productions pseudo-membraneuses. C'est dans cet ordre de faits que rentre une pièce curieuse que nous devons à M. Cruveilhier. *Un long cylindre de muqueuse intestinale* avait été rendu après de vives coliques et à la suite de l'administration d'un purgatif.

Il n'est peut-être pas de maladie dont les causes soient plus variées et plus bizarres que celles de l'*iléus*. M. Vidal (1) nous a rapporté l'observation remarquable d'un homme atteint de coliques périodiques depuis son enfance et qui ne pouvait se coucher sur le côté droit sans éprouver des envies de vomir ou des vomissements. Il succomba à la suite d'un de ces abcès, dont les symptômes avaient peu à peu revêtu la forme de ceux de l'étranglement. L'autopsie nous a donné la clef de cette singulière affection. L'épiploon était roulé en corde ; il entourait de gauche à droite toute la masse des intestins et de leur mésentère ; il formait ainsi deux tours de spire et se terminait par un point d'adhérence avec le mésentère. Il est facile de comprendre comment cette disposition a pu amener par la compression de l'intestin des accès de coliques répétées ; comment cette compression, augmentée par le poids de l'intestin, quand le malade reposait sur le côté droit, déterminait des vomissements ; et comment enfin la vie a pu se terminer par tous les symptômes de l'étranglement.

Je terminerai cette énumération des lésions les plus curieuses du tube intestinal en vous rappelant une innovation ingénieuse introduite par notre honorable collègue M. Voillemier dans le traitement des *anus contre-nature*. L'observation a été recueillie, et nous a été présentée par M. Pioggey (2). Le malade a été guéri par l'emploi de l'entérotome ; mais l'entérotome n'a été appliqué qu'a-

(1) Page 252.

(1) Page 254.
(2) Page 476.

s'agirait de rien moins que de l'amélioration et même de la guérison complète de la cruelle maladie désignée sous le nom de lèpre. Notre correspondant ne nous donne aucune description sur les caractères de l'affection dont il entend parler, mais il est évident, d'après la signification habituelle de ce mot dans l'Inde, et aussi d'après la teneur générale de sa communication, qu'il entend parler de la lèpre tuberculeuse, de cet affreux éléphantiasis des Grecs, qui s'est toujours montré incurable dans les mains des médecins français, à l'exception, peut-être, de M. Baumès de Lyon, qui a publié une observation de guérison, sur laquelle il est néanmoins permis de conserver quelques doutes.

Le moyen à l'aide duquel on obtiendrait les beaux résultats dont il s'agit est l'*hydrocotyle asiatica*, plante de la famille des ombellifères.

Le médecin qui a eu l'idée d'employer cette substance est M. Boileau, de l'île Maurice, qui, étant lépreux lui-même et se croyant voué à une mort non moins certaine que cruelle, a expérimenté d'abord sur sa propre personne la plante dont il s'agit.

Voici, en attendant une publication plus étendue de cet observateur, quelques détails sur les expériences auxquelles il s'est livré.

La plante qu'il emploie sous le nom de *bevilacqua*, avait d'abord été considérée par lui comme faisant partie de la famille des violariées; par sa feuille, en effet, elle paraît présenter quelque analogie avec les violettes. « Mais le *bevilacqua*, dit ce médecin, consiste en une racine ronde, charnue, plus ou moins longue, grisâtre, du collet de laquelle partent des feuilles et des filaments souvent longs de plusieurs pieds, offrant de distance en distance des renflements d'où sortent des racines, des feuilles et les organes de la reproduction. Les violettes n'offrent pas cette disposition. Enfin, qu'on examine à la loupe les fleurs et les fruits, on se convaincra facilement que le *bevilacqua* est de la famille des ombellifères. C'est d'ailleurs l'opinion de trois naturalistes distingués, MM. Richard, de Bourbon, Boyer et L. Bouton, de Maurice, l'un, secrétaire de la Société royale des arts et des sciences, l'autre, auteur de l'*Hortus mauritiana*. »

Nous devons ajouter aux témoignages qu'invoque l'honorable praticien celui de M. Jules Lépine, pharmacien distingué de la marine, à Pondichéry.

Outre sa propre guérison, M. Boileau invoque en faveur de la nouvelle médication, les améliorations obtenues chez 57 malades, et constatées officiellement par M. le docteur Leroux, médecin de l'hôpital civil de Maurice. Chez trois de ces 57 malades, l'amélioration a été telle, que M. Boileau devrait croire à une guérison radicale, s'il n'était habitué aux récidives de la maladie, dont les rémittences cependant ne laissent jamais les malades dans l'état de santé parfait dans lequel se trouvent les trois observés par M. Boileau.

Après divers tâtonnements inséparables de toute médication nouvelle, M. Boileau s'est arrêté à la méthode suivante :

1° *Préparation.* — « Pendant quinze jours à trois semaines : tisane, bains tièdes, bains de fumigation; une once de toute la plante desséchée à l'ombre pour une bouteille de tisane, à prendre dans la journée; trois livres de plante verte pour un grand bain; cinq livres de plante verte pour un bain de fumigations; quelques purgatifs précédés d'un vomitif. »

2° *Premier traitement.* — « Donner le *sirop de bévilacqua seul*, en augmentant d'une cuillerée toutes les semaines jusqu'à trois; persévérer trois semaines à un mois à trois cuillerées par jour; n'augmenter ensuite que si l'amélioration n'est pas sensible, mais, dès que l'amélioration est manifeste, maintenir la même dose; aller ainsi jusqu'à huit cuillerées; des purgatifs, un bain tiède par semaine, et, arrivé à huit cuillerées, s'y maintenir tant que dure l'amélioration; suspendre quand elle s'arrête, et, pendant quinze jours, un bain de plante tous les jours, un de fumigations tous les quatre jours; des purgatifs; frictions avec la pommade, etc. »

3° *Deuxième traitement.* — « Unir les poudres au sirop, mais en ayant la précaution de n'augmenter les doses qu'avec modération; se livrer d'ailleurs un peu à ses inspirations dans cette période du traitement, et se guider d'après les indications générales qui se présentent, plutôt que d'après une formule arrêtée d'avance et qui, partant, ne peut convenir à tous les cas. »

M. Boileau n'est pas longtemps resté seul à expérimen-

---

près une sorte de préparation préalable subie par l'intestin. C'est sur celle-ci que j'appelle votre attention : des injections de bouillon et de potages ont été faites dans le bout inférieur, soigneusement graduées, et continuées avec persévérance pendant un certain temps. Cette pratique offre le triple avantage : 1° d'obvier au défaut d'alimentation, lorsque l'anus contre-nature est, comme dans le cas actuel, situé très-haut; 2° de s'opposer au rétrécissement incessant du bout inférieur qui devient un obstacle à l'application de l'entérotome et au rétablissement du cours des matières fécales; 3° et surtout de rendre graduellement au bout inférieur l'habitude du contact des aliments. Les premières injections, en effet, surtout quand elles étaient abondantes, étaient rejetées par la plaie; ce n'est qu'en les graduant avec mesure qu'elles arrivent à être gardées et à passer sous forme de matière fécale par l'anus. On conçoit, dès lors, que si le bout inférieur n'a pas été soumis à cette préparation, au moment où par la chute de l'entérotome il est mis en communication directe avec le bout supérieur, et par suite en contact avec les matières alimentaires, il deviendra le point de départ d'un travail qui tend à les rejeter à l'extérieur par la bouche ou par la plaie et à détruire ou du moins à contrarier l'effet de l'opération.

Enfin, messieurs, pour compléter le tableau des lésions remarquables que nous offre l'appareil digestif, je vous rappellerai que notre honorable président, M. Cruveilhier, vous a présenté un cas de *cirrhose du foie* (1), qui lui a fourni l'occasion de formuler nettement son opinion sur la nature de cette affection. La glande hépatique avait pris une forme très-singulière; le lobe droit avait complétement disparu jusqu'au niveau de la vésicule, en sorte que celle-ci paraissait située au-dessus du foie. Le lobe gauche, au contraire, était fortement hypertrophié, un étranglement fibreux existait sur le lobe gauche un peu en dehors du ligament suspenseur et divisait le foie ainsi réduit en deux portions. Au niveau de l'étranglement il y avait un froncement très-marqué; la portion droite était petite, ratatinée; la gauche volumineuse et ovoïde; on eût dit que le lobe droit, violemment comprimé, avait en partie passé à travers l'étranglement dans le lobe gauche. Suivant M. Cruveilhier, la cirrhose est de nature atrophique; l'atrophie n'est pas générale; elle n'atteint que certaines parties du foie et détermine un travail inverse dans les autres, c'est-à-dire une espèce d'hypertrophie. Voici le résumé de la physiologie pathologique de ce travail, tel que M. Cruveilhier l'a développé dans le sein de la Société. L'élément fibreux est saisi de cette faculté de rétraction qu'il possède dans quelques circonstances; cette rétraction détermine une corrugation dans la substance du foie et produit un double résultat : 1° la rétraction des parties fibreuses enveloppantes et par suite une sorte de propulsion de totalité du parenchyme vers les parties du foie non altérées. De là, le développement plus grand de celle-ci, l'espèce d'hypertrophie dont elles sont atteintes; 2° la rétraction de la partie fibreuse interstitielle qui amène l'atrophie d'un grand nombre de granulations, et probablement aussi le développement exagéré de celles qui ne sont pas comprises dans ses mailles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Page 459.

ter le *bevilacqua* ou *hydrocotyle asiatica*. Deux médecins de Pondichéry, MM. Poupeau et Houbert, ont employé ce médicament chez un assez grand nombre de malades. Il résulte de leurs essais, dont on ne saurait cependant tirer encore de conclusions définitives, que, dès aujourd'hui, on peut espérer guérir la lèpre en employant un traitement rationnel avec l'*hydrocotyle asiatica;* que, *chez tous* les lépreux soumis à ce traitement, il y a eu amélioration; que, chez deux d'entre eux, *la guérison est presque complète.* MM. Poupeau et Houbert ont aussi essayé l'*hydrocotyle* dans quelques autres maladies. Les traitements commencés depuis moins longtemps ne permettent pas encore d'émettre une opinion affirmative sur l'efficacité de cette plante dans les affections cutanées autres que la lèpre; cependant l'amélioration éprouvée par quelques-uns des malades soumis à ce traitement est assez marquée, pour encourager les médecins et les malades à répéter cette expérimentation encourageante.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de Strasbourg. — M. Sédillot.

Tétanos et laryngisme. — Indication de la bronchotomie.

Leçon recueillie par M. Cochu, *chirurgien interne.*

Depuis que M. Marshall-Hall a montré les rapports du laryngisme ou constriction asphyxique de la glotte avec l'épilepsie, certains apoplexies et le tétanos, il était d'un grand intérêt d'examiner avec soin cette nouvelle indication opératoire posée avec autorité par un éminent expérimentateur, et nous avons eu deux fois l'occasion d'étudier des cas de tétanos terminés par la mort et de constater la justesse d'une partie au moins des observations de notre savant confrère.

M. de Castelnau a présenté, avec son impartialité et sa sagacité habituelles, quelques objections à la théorie de M. Marshall-Hall, et a cherché à prémunir les hommes de l'art contre des entraînements irréfléchis par un appel à l'expérience et à de nouvelles observations : c'est là le rôle judicieux de la presse, mais nous trouvons seulement que M. de Castelnau s'est peut-être montré un peu trop sévère dans ses appréciations critiques.

On comprend mal, en général, l'importance et la difficulté des points de vue nouveaux relatifs aux maladies. Il faut un talent tout spécial pour sortir des voies tracées, et apercevoir de nouvelles indications thérapeutiques, et on ne saurait refuser à M. Marshall-Hall cette précieuse et rare qualité.

Le tétanos est une affection très-grave qui fait périr chaque année un certain nombre d'opérés, sans que nous ayons des moyens de traitement très-efficaces pour en arrêter les progrès et en empêcher la terminaison funeste. L'opium à haute dose, les antiphlogistiques, les révulsifs, la cautérisation, l'anesthésie, le débridement des plaies, l'extraction des corps étrangers, l'amputation, etc. ont été proposés et employés; et cependant, beaucoup de ces modes de traitement ont été abandonnés ou inspirent peu de confiance.

Le tétanos est sans doute une affection essentiellement nerveuse qui siége particulièrement dans la portion motrice du système médullaire; mais là se bornent nos connaissances, et l'anatomie pathologique ne les a même pas confirmées. Quant à l'étiologie, il nous paraît avéré que les refroidissements subits chez les individus atteints de traumatisme, sont la cause la plus active de cette affection, et c'est ainsi qu'on s'explique pourquoi on la rencontre plus fréquemment dans les pays chauds et pendant les saisons d'été, parce qu'alors les changements de température sont brusques et considérables, puisqu'il est fort ordinaire de voir le thermomètre varier de 20 degrés dans la même journée.

La plupart de nos blessés d'Afrique, à la prise de Constantine, succombèrent au tétanos, et on eût pu le prévoir par suite des conditions dans lesquelles ils se trouvaient placés : extrême chaleur du jour, froid assez intense des nuits; séjour dans des chambres qui n'avaient ni portes, ni croisées, et, par conséquent, exposition presque permanente à des courants d'air et à des variations de températures inévitables.

Jusqu'à ce jour, nous avions résumé nos moyens thérapeutiques dans les prescriptions suivantes :

1° Température élevée et constante, au moyen de couvertures, lits de plumes, rideaux, paravents et chaleur artificielle par des calorifères placés dans le lit ou dans la chambre; boissons chaudes, diffusibles, composées d'infusions de fleurs de sureau avec addition d'esprit de mindérérus ou toute autre infusion diaphorétique. N'était-ce pas un trait de génie que le conseil d'Ambroise Paré de placer un malheureux tétanique entre deux couches de fumier fortement échauffé, au milieu desquelles il le retrouva vivant et guéri quelques jours plus tard?

2° L'opium à l'intérieur donné à haute dose pour apaiser les douleurs. Le narcotisme est très-rare, et on a pu administrer souvent des quantités énormes d'opium sans parvenir à le déterminer.

3° Remplir les indications concomitantes : ainsi extraire les corps étrangers, débrider les étranglements, recouvrir les plaies de substances narcotiques d'une température élevée; maintenir libres les premières voies; désemplir le système sanguin chez les individus pléthoriques, combattre l'élément intermittent par le sulfate de quinine associé à l'opium, si les accès semblaient se régulariser; frictionner les muscles contractés et douloureux avec des huiles narcotiques et belladonées employées chaudes, etc. Essayer le chloroforme si tous les autres moyens échouent et que l'état de la respiration le permette.

Tels étaient nos moyens de traitement, et nous en obtenions d'assez fréquents succès lorsque nous pouvions entourer nos malades de soins hygiéniques convenables; mais nous avions néanmois à regretter des terminaisons fatales, et notre attention ne s'était jamais portée sur la nouvelle indication révélée par M. Marshall-Hall.

Cet habile observateur ne s'est pas borné à reconnaître que l'asphyxie était une cause de la mort, il en a reporté l'origine à la contraction spasmodique de la glotte, faisant obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons, et il en a tiré la conséquence que l'on pourrait prolonger la vie et peut-être la conserver, en remédiant par la bronchotomie à l'imminence asphyxique constituant le danger le plus menaçant.

La question ainsi posée présentait plusieurs inconnues à dégager.

A. L'asphyxie existait-elle au degré d'importance signalé par M. Marshall-Hall?

B. L'asphyxie était-elle produite par la simple constriction de la glotte, ou par la contraction permanente de tous les muscles inspirateurs et du diaphragme particulièrement. Les dernières ramifications pulmonaires ne faisaient-elles pas obstacle à la pénétration de l'air et à l'hématose?

C. Le rétablissement d'une voie libre au travers du larynx devait-il exercer une heureuse influence sur la terminaison de la maladie?

L'expérience seule pouvait élucider ces questions, et personne n'était en mesure d'en donner la solution. C'étaient des termes inconnus à dégager, et l'étude de ce curieux sujet nous intéressait vivement.

Nous nous demandions si, l'occasion s'en offrant, nous nous déciderions à pratiquer la bronchotomie pour combattre les progrès du tétanos.

L'hésitation saisit et arrête constamment l'homme de l'art lorsqu'il s'agit d'appliquer à son semblable une opération de quelque gravité dont l'expérience n'a pas encore certifié l'utilité. Le précepte : *Primo non nocere* lui revient en mémoire, et il lui faut

une conviction à toute épreuve pour le porter à agir. La plupart des hommes et même des médecins apprécient mal les difficultés et les progrès de la chirurgie. Ils n'aperçoivent et ne jugent que le fait matériel, et rien ne paraît si simple et si facile qu'une opération quelconque entre des mains exercées. Le mot : Ce n'est que cela, est dans toutes les bouches et explique cette confiance parfaite d'un valet de chambre, qui, témoin d'une lithotritie heureuse, disait à son maître qu'il la lui aurait pratiquée, s'il l'avait voulu.

Il en est ainsi de toutes les choses humaines. Les plus grandes vérités, les découvertes les plus utiles et les plus remarquables sont en définitive de la plus grande simplicité, et cependant il a fallu des siècles et des travaux remarquables pour y arriver.

La bronchotomie, que chacun pratique aujourd'hui, effrayait Ambroise Paré, qui n'osait l'entreprendre de peur d'être accusé, en cas d'insuccès, d'avoir fait périr son malade, et il en est de même de toutes les opérations.

Il était donc indispensable d'aborder de parti pris la question des indications, et c'est ce que nous avons fait dans les deux cas dont nous allons rapporter l'histoire.

Un militaire, atteint le 25 mars 1852 de fracture comminutive de la jambe avec plaie extérieure et saillie des fragments osseux, fut pris de tétanos le 18 avril et succomba en moins de vingt-quatre heures. L'affection avait débuté brusquement sans autre cause probable qu'un courant d'air au moment où l'on supposait le malade en voie de guérison. La roideur se fit d'abord sentir aux muscles des mâchoires, gagna le cou, s'étendit au tronc avec renversement de la tête et du corps en arrière, impossibilité de la déglutition, douleurs très vives et asphyxie progressive qui détermina la mort. Les contractions du diaphragme ne paraissaient pas suspendues, et la constriction du larynx semblait faire obstacle à l'introduction de l'air dans la poitrine.

En présence de la rapidité des accidents, de l'inefficacité des moyens de traitement employés, et de l'imminence de la mort, j'hésitai à entreprendre une opération dont le succès ne m'était pas démontré, et je reculai devant le responsabilité d'une terminaison funeste.

Je restai néanmoins sous le coup d'une vive préoccupation ; je me fis quelques reproches de mon peu de hardiesse en présence d'un malade évidemment désespéré, et je me promis d'intervenir plus activement lorsque l'occasion m'en serait offerte.

J'eus à traiter, depuis ce moment, deux tétaniques dont la guérison fut obtenue par nos moyens habituels de traitement ; mais un troisième cas se présenta dans des circonstances moins favorables, et nous parut présenter une indication très-positive de pratiquer la bronchotomie.

Comme l'histoire du malade soulève diverses questions de thérapeutique chirurgicale assez importantes, nous en dirons quelques mots.

Un maçon, âgé de 35 ans, et qui en paraissait cinquante, fut apporté à la Clinique le 15 juillet 1853 pour des lésions complexes et de la plus grande gravité.

Cet homme qui était presque aveugle par suite de larges taies cornéales datant de dix ans, était occupé à abattre un pan de mur d'une fabrique incendiée quelque temps auparavant, lorsqu'une poudre à demi calcinée, dont il n'avait pu prévoir la chute, tombe sur lui, le jette à la renverse, lui fracture la cuisse droite, et lui fait au pied du même côté une plaie contuse et lui écrase le pied gauche, avec éclatement du cuboïde, du scaphoïde, des métatarsiens, et séparation des parties molles qui étaient repoussées en avant à partir du niveau des malléoles.

A la visite du 17, le malade se plaint de vives douleurs à la région pelvienne ; il n'a pas uriné depuis le moment où il a été blessé, et l'on cherche en vain quelque fracture du bassin. Le teint est fortement ictérique, la face est grippée, le pouls très-fréquent, l'intelligence obtuse, les plaintes et l'agitation continuelles.

Je pensai qu'il n'y avait pas lieu à pratiquer l'amputation du pied écrasé, en raison de l'extrême gravité du pronostic. Le blessé pouvait avoir été atteint de désordres abdominaux et pelviens, et il était à craindre qu'il y succombât promptement. Était-il rationnel de le soumettre à une opération inutile pour le débarrasser d'un membre dont la conservation momentanée n'aggravait pas sa position ? On se borna à réduire la fracture de la cuisse ; on prescrivit sur le pied des irrigations d'infusion d'arnica froide et on attendit.

Le 21 juillet, la gangrène s'empare du pied et se continue les jours suivants, en se limitant au pourtour de la plaie tégumentaire sans envahir la peau du côté des malléoles.

Les urines recommencent à couler spontanément le 23 juillet. L'état général est meilleur, la teinte ictérique a en partie disparu ; la peau est moins sèche, il y a du sommeil et de l'appétit, et l'amputation devient praticable.

J'eus un moment l'intention de recourir aux désarticulations calcanéo-astragalienne ou tibio-tarsienne ; mais le peu de téguments conservés et les douleurs vives que rapportait le malade à cette dernière jointure me firent redouter quelque écrasement des os et des difficultés de cicatrisation dangereuses. J'exécutai donc l'amputation de la jambe à lambeau externe le 25 juillet.

La dissection du coude-pied montra un écrasement linéaire de l'astragale et de l'extrémité inférieure du tibia sans séparation de fragments, du pus se trouvait dans les gaînes tendineuses, et nous n'eûmes pas à regretter d'avoir sacrifié la jambe.

Le malade alla très-bien les 25, 26, 27 et 28 juillet ; le moignon n'était nullement douloureux et l'état général était excellent, lorsque, le 29, sans autre cause probable qu'un refroidissement, l'on constate avec effroi, à sept heures du matin, l'invasion du tétanos : difficulté de la déglutition, roideur des masséters, constriction des deux mâchoires, roideur de la nuque, leger renversement de la tête en arrière.

On lui prescrit une infusion de fleur de sureau avec 30 grammes d'acétate d'ammoniaque et 20 grammes de sirop de morphine. Deux heures plus tard rémission presque complète de tous les symptômes.

A onze heures, nouvel accès avec menace de suffocation ; le cou est roide, le larynx presque immobilisé et la base de la poitrine témoigne d'efforts inspirateurs. Je n'ose, en ce moment, pratiquer la bronchotomie, parce qu'une nouvelle rémission me paraît possible, et que j'aurais à me reprocher une opération d'une utilité douteuse. Je veux avoir la conviction que la mort est inévitable, afin de pouvoir attribuer à la bronchotomie une guérison inespéré ou me consoler d'une terminaison funeste que rien n'était capable d'empêcher. Je recommande à l'interne de garde de surveiller le malade avec la plus grande attention, et de me prévenir si le danger paraît imminent.

A trois heures je reçois l'avis de l'aggravation des symptômes ; je me rends sur-le-champ à l'hôpital, et en route j'apprends que le malade vient d'expirer.

Il était évident que j'avais été averti trop tard, ou qu'on avait méconnu l'imminence de la mort.

L'occasion d'appliquer la bronchotomie au laryngisme tétanique était de nouveau perdue, et renvoyée à quelques années peut-être.

A l'autopsie du malade, on constata une fracture de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale avec déchirure des ligaments inter-épineux et sur-épineux de cette vertèbre à la cinquième. Le canal rachidien ouvert, et la dure-mère fendue, on trouva le liquide céphalo-rachidien plus abondant que de coutume. La pie-mère était injectée, mais d'une manière uniforme, et sans différences entre les cordons antérieurs et postérieurs de la moelle. Rien de particulier dans l'appareil cérébro-méningien.

C'est, on le voit, un fait négatif que nous rapportons, mais ce fait est de nature à appeler l'attention des hommes de l'art sur plusieurs questions qu'il serait d'un grand intérêt d'élucider. Il faudrait constater d'une manière plus exacte qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour l'état de la respiration chez les tétaniques, et le degré d'action de chacun des muscles inspirateurs, examiner si l'asphyxie progressive n'est pas, comme nous le croyons, la seule

cause de la mort, se familiariser avec l'idée de la bronchotomie en cas de danger imminent et de mort inévitable, et rechercher quelle influence exercerait cette opération sur le rétablissement de l'introduction de l'air dans la poitrine et sur l'hématose.

Un moyen de traitement nouveau, dont rien ne contre-indique théoriquement l'application, mérite d'être pris en sérieuse considération et d'être essayé. La seule réserve que commandent l'humanité et la science est de ne le faire que dans des cas où tout espoir a disparu, et d'en étudier avec le plus grand soin les conditions et les effets, afin d'en tirer d'utiles enseignements pour l'avenir. Ce n'est pas seulement pour les praticiens un objet de curiosité et d'expérience comme on n'a que trop de tendance à le supposer; c'est un grave devoir à remplir dès qu'il en peut ressortir un secours imprévu et des guérisons inespérées.

Observation de paralysie du nerf moteur oculaire commun, et remarques sur une communication entre la troisième et la sixième paire de nerfs,

Par John Struthers, *membre du Collége royal de chirurgie et professeur d'anatomie à Édimbourg.*

(Trad. par le Dr A. Testelin.)

Je crois cette observation d'autant plus digne d'attention, que j'ai eu l'occasion d'observer soigneusement la maladie dans toutes ses périodes et d'examiner complétement, après la mort, toutes les parties intéressées.

Le malade était un homme de 73 ans. Lorsque je le vis pour la première fois, le 16 septembre 1852, voici les symptômes que présentait *l'œil gauche*. La paupière supérieure était complétement abaissée et privée de mouvement. Quand on la soulevait, l'œil paraissait un peu proéminent et légèrement tourné en haut. Cet organe ne pouvait être dirigé ni en haut, ni en bas, ni en dedans, mais il pouvait être porté très-librement en dehors. En engageant le malade à regarder en bas, on voyait très-distinctement le mouvement rotatoire décrit par le docteur Jacob en semblable circonstance. Ce mouvement rotatoire est très-délicat; il s'opère de manière que le sommet de l'œil se porte circulairement en dedans et peut-être aussi un peu en avant : c'est une sorte de vibration de l'œil dans la direction que je viens d'indiquer. La pupille offre une dilatation double de celle du côté opposé et reste immobile, même sous l'influence de la lumière la plus intense, tandis que celle du côté droit se meut facilement. La vision est bonne et ne paraît point troublée, non plus que la sensibilité générale.

On s'était aperçu de la chute de la paupière (*ptosis*) un matin, il y a une quinzaine de jours; la veille, au soir, il était resté assis en plein air, jouissant de sa santé ordinaire.

Le diagnostic ne laissait aucun doute. La conservation de la vision, celle de la sensibilité générale de l'œil et de la peau du front, démontraient que le nerf optique et celui de la cinquième paire n'étaient point affectés. La possibilité de diriger l'œil en dehors et même un peu en haut prouvait l'intégrité du nerf abducteur et de la sixième paire. La paralysie siégeait dans les parties auxquelles se distribue la troisième paire ou moteur oculaire commun, c'est-à-dire l'élévateur de la paupière, le droit supérieur, le droit inférieur, le droit interne, et enfin les fibres de l'iris qui effectuent le resserrement de la pupille.

Il n'existe aucune preuve décisive de la paralysie de l'oblique inférieur, le dernier des muscles auxquels se distribue la troisième paire. On peut cependant considérer comme telle le mouvement rotatoire dont nous avons parlé. Conformément à l'opinion que nous avons essayé de démontrer ailleurs (1), que l'usage des muscles obliques est d'imprimer à l'œil un mouvement de rotation plus ou moins direct sur son axe antéro-postérieur, il nous est facile de nous rendre compte de ce mouvement de rotation en supposant qu'il est produit par l'oblique supérieur (muscle grand oblique) dont l'action n'est plus contre-balancée par celle de l'oblique inférieur (petit oblique) qui doit être paralysé conjointement avec les autres muscles auxquels se distribue la troisième paire de nerfs.

Le traitement consista, dans ce cas, en vésicatoires à la nuque, dans l'usage modéré du mercure et en quelques laxatifs; sous l'influence de ces moyens, les symptômes de paralysie s'amendèrent graduellement. Vers la fin d'octobre, deux mois après le commencement de l'attaque, la paupière se levait jusqu'au tiers, et l'œil pouvait évidemment se porter en dedans et s'abaisser, mais la pupille restait dilatée et immobile. Bientôt après cependant, l'iris redevint contractile. Vers le milieu de novembre, les deux pupilles étaient redevenues semblables et également contractiles, la gauche s'étant réduite aux dimensions de la droite. La paupière se relevait de façon à découvrir la moitié de la cornée. Le muscle droit inférieur avait repris presque toute sa puissance, le droit interne un peu moins, et le droit supérieur le moins de tout. Le mouvement rotatoire n'était plus perceptible.

L'amélioration survenue dans les mouvements se montra à la suite d'une légère irritation produite par le mercure sur les gencives. Un ulcère indolent se forma sur la cornée de l'autre œil; il existait surtout à droite une ophthalmie chronique très-marquée avec un écoulement donnant lieu à la formation de croûtes ou plaques, et un certain degré d'ophthalmie tarsienne. Le tout s'améliora par l'usage du nitrate d'argent et d'une pommade à l'oxyde rouge de mercure.

On remarquera que l'ulcère et la plus forte inflammation siégeaient à droite. Si cela se fût présenté à gauche, on aurait pu conclure à tort que la paralysie avait entravé la nutrition de l'œil, comme on sait que cela se rencontre dans la paralysie de la cinquième paire.

Les symptômes, du côté des yeux, continuèrent à aller en s'améliorant jusqu'au 5 décembre, jour où le malade fut pris d'une attaque d'apoplexie. La paralysie et le coma ne se déclarèrent pas brusquement, mais graduellement, et la mort survint le lendemain, trente heures après l'attaque.

L'autopsie présentait d'autant plus d'intérêt que l'histoire de ce malade m'était bien connue. Il avait eu, dix ans auparavant, une attaque d'hémiplégie à droite; cette hémiplégie, au bout de quelques semaines, s'était assez améliorée pour lui permettre de marcher. Plusieurs années après, il avait été menacé de nouvelles attaques de paralysie, et une fois on l'avait trouvé dans une insensibilité qui s'était dissipée quelques heures après une saignée. Dans son temps, il s'était fait connaître, par des travaux variés, comme un homme d'une intelligence active et inquiète, mais manquant des plus hautes qualités de l'esprit. Pendant les dernières années de sa vie, il était invalide de corps, et vers la fin il était presque en enfance.

Autopsie, 48 heures après la mort. — Cerveau. — Quatre onces environ de sérosité s'écoulent en enlevant le cerveau. Les corpuscules de Pacchioni sont développés et la pie-mère présente une légère congestion générale. Les ventricules latéraux sont distendus par une sérosité claire; leur capacité est triplée à droite, doublée à gauche. Le foramen de Monro admet presque l'extrémité du petit doigt. On coupe soigneusement par tranches la masse des hémisphères cérébraux et du cervelet sans y découvrir la moindre trace d'affection ancienne ou récente. Après l'enlèvement des artères de la base et l'écoulement de tout le liquide, le cerveau pèse 51 onces 3/4. Ce poids dépasse de plusieurs onces le poids moyen du cerveau de l'homme, mais il reste de beaucoup au-dessous de celui que l'on a trouvé chez plusieurs personnes illustres.

Nous examinons ensuite les nerfs à leur origine, à la base du cerveau. La pie-mère entre les pédoncules cérébraux (*crura cerebri*) est un peu épaissie et rendue opaque comme par une infiltration de sérosité, mais il n'y existe pas de lymphe plastique. Les artères carotides internes sont un peu athéromateuses. On sait qu'à son origine le nerf de la troisième paire est enfoncé dans l'intervalle qui sépare l'artère cérébrale postérieure de l'artère cérébelleuse supérieure; il est si étroitement en rapport avec ces deux vaisseaux, que les anciens anatomistes attribuaient la pesanteur des yeux qui survient pendant le sommeil à la compression que la distension de ces artères exerçait sur le nerf. Dans le cas présent, le nerf de la troisième paire du côté droit est si étroitement embrassé par ces deux artères que, si la paralysie eût existé de ce côté, on aurait pu en chercher la cause dans cette particularité; mais du côté paralysé, les artères sont situées à une certaine distance du nerf.

Tous les nerfs, y compris les deux autres moteurs de l'œil, sont sains et semblables des deux côtés, excepté celui de la troisième paire ou moteur oculaire commun. Celui du côté gauche est d'un grand tiers plus petit que le droit et d'une couleur jaune brun, tandis que les autres nerfs sont d'un blanc pur. On examine avec soin les nerfs de la troisième paire à leur point d'émergence et plus profondément; mais il n'existe aucune altération apparente ni dans le pédoncule du cerveau, ni dans le pont de Varole, ni dans les tubercules quadrijumeaux. Sous le microscope, les tubes nerveux qui entrent dans la composition du nerf de la troisième paire gauche paraissent d'un volume moitié moindre que ceux du côté droit; ils semblent aussi moins distincts et mélangés à une plus forte proportion de tissu filamenteux.

Examen des orbites. — Les muscles droits auxquels se rendait le nerf paralysé sont évidemment diminués de volume, et, en pesant leur portion charnue, on reconnaît que le poids est moindre que celui des mêmes parties du côté opposé. L'élévateur de la paupière supérieure pèse 1 grain; le droit supérieur et le droit interne, chacun 1/2 grain; le droit inférieur

(1) *Edimbourg Mouthly Journal*, 1849, sur les muscles obliques de l'œil; et 1852, sur les nerfs de l'orbite, *Annales d'oculistique*, janvier et février 1853.

2 1/2 grains de moins que chacun de leurs congénères du côté droit. Chacun des muscles obliques offre le même poids des deux côtés, mais le droit inférieur gauche pèse 1 grain de plus que celui du côté droit.

J'ai fait une dissection soignée de tous les nerfs de l'un et de l'autre orbite, mais je me bornerai ici à une indication très-générale de ce que j'ai rencontré. Les nerfs trochléateur (pathétique ou sixième paire) et abducteur (moteur oculaire externe ou quatrième paire) sont sains et d'un volume égal des deux côtés. Le moteur oculaire commun (ou troisième paire) gauche est d'un moindre volume à gauche, tant dans le sinus caverneux que dans l'orbite. La division supérieure est environ de moitié, et l'inférieure d'un quart ou d'un cinquième moins volumineuse que celle du côté droit.

Le ganglion ophthalmique et les nerfs ciliaires sont examinés attentivement. Les nerfs ciliaires offrent un volume égal du côté paralysé. On rencontre à gauche dix-sept et à droite quinze nerfs ciliaires distincts pénétrant dans l'œil ; de ces nerfs, onze de chaque côté sont des nerfs courts ou provenant du ganglion. Celui-ci, à gauche, a ses dimensions et sa forme accoutumées ; mais à droite il semble plus petit. Ceci est peut-être dû à sa forme irrégulière, car il est plus allongé en haut qu'en avant, et son angle antérieur et inférieur se prolonge pendant un certain espace avant de se diviser en nerfs. Tandis que la longue racine ressemble à celle du côté opposé, la racine motrice du côté droit est plus courte que d'ordinaire. En résumé, il a l'air plus petit que celui du côté opposé et d'un volume moindre que d'ordinaire. Si cette disposition eût existé à gauche, nous en aurions conclu que, ainsi qu'on doit s'y attendre, ce ganglion avait diminué de volume sous l'influence de la paralysie de la troisième paire.

On peut résumer en peu de mots les résultats de l'autopsie. La mort a été le résultat de ce que l'on appelle d'ordinaire une apoplexie séreuse ; — le nerf de la troisième paire gauche dans sa généralité et les muscles auxquels il se rend étaient un peu atrophiés sans qu'on pût en découvrir aucune cause spéciale, — le sérum répandu à la base du cerveau n'existant pas en plus grande quantité d'un côté que de l'autre. Les mouvements étant en grande partie revenus, on ne devait guère s'attendre à trouver davantage, et ce cas peut rentrer dans la classe des *rhumatismes*. Sa cause probable est l'exposition au froid, comme celle des cas les plus ordinaires de paralysie de la face (portion dure de la septième paire) et celle d'un autre cas de paralysie de l'œil que je traite en ce moment. Dans ce cas, la paralysie est survenue brusquement après l'exposition au froid. La totalité du nerf moteur oculaire commun est atteinte, mais plus particulièrement sa division supérieure, car il reste encore un peu d'action dans les parties qu'anime la division inférieure. La sixième et la quatrième paire sont aussi probablement paralysées, car l'œil reste droit et sans mouvement. La vision est bonne, au moins lorsque l'on fait regarder le malade à travers une carte percée d'un petit trou, pour annuler l'effet de la dilatation et de la paralysie de la pupille. Ce malade n'a cependant aucune autre affection et ira fort probablement bien, comme cela se voit d'ordinaire pour tous les cas de paralysie survenant brusquement à la suite de l'action du froid.

Remarques sur une communication trouvée entre la troisième et la sixième paire de nerfs. — Pendant le cours de cette dissection, j'ai rencontré une variété anatomique intéressante sur les nerfs moteurs du côté paralysé. La troisième et la sixième paire étaient unies à l'autre dans le tissu caverneux par une branche de communication considérable, et la troisième, un peu en arrière et vers le ganglion ciliaire, fournissait un filament nerveux blanc et distinct au muscle droit externe. Comme ce cas peut être ajouté à la liste de ceux que l'on a cités, dans lesquels la sixième paire fournissait une branche à la troisième, et d'où l'on a induit qu'elle pouvait maintenir les mouvements de l'iris après la paralysie de la troisième paire, je crois pouvoir examiner ici cette opinion.

Divers anatomistes ont signalé l'existence d'une connexion plus ou moins directe entre le ganglion ciliaire et la sixième paire. Otto (1) a vu le nerf nasal, qui fournit la longue racine du ganglion, provenant de la sixième paire. Petit (2) dit que la sixième paire peut s'unir à la troisième ou au nerf nasal qui provient de la cinquième, et envoyer ainsi des filaments au ganglion ciliaire. M. Longet a vu une fois une branche très-distincte de la sixième paire se rendre au ganglion ciliaire, et il ajoute que M. Grant de (New-York) lui a écrit qu'il a observé plusieurs fois cette disposition. Il a été amené à faire des recherches sur ce sujet par un cas de paralysie de la troisième paire, cas dans lequel les mouvements de la pupille étaient restés intacts. A l'autopsie, on trouva qu'une branche de la sixième paire se rendait au ganglion ophthalmique. Munnicks (1) a aussi signalé une communication directe entre la sixième et la troisième paire ; et Cruveilhier (2) déclare qu'il lui semble que ces deux nerfs communiquent ensemble dans le sinus caverneux. Le cas actuel est le troisième que je rencontre offrant cette particularité. J'ai rencontré les deux premiers en 1844 : dans chacun d'eux cela n'existait que d'un seul côté. J'ai conservé une de ces préparations. On y voit un filet distinct de la sixième paire pénétrant dans le commencement de la division inférieure de la troisième. Dans le cas actuel, la communication était très-distincte du côté gauche, celui qui était paralysé. C'était une bande courte et aplatie d'une ligne environ de long et ayant la moitié du volume que présente dans l'état sain la division supérieure de la troisième paire. Elle se portait presque à angle droit d'un nerf à l'autre et s'unissait au tronc de la troisième paire à 1/10 de pouce environ de la division. Elle ressemblait beaucoup à un nerf du grand sympathique. A un demi-pouce en arrière de cette bande, la sixième paire s'unissait au nerf grand sympathique par trois rameaux, un gros et deux plus petits. De ce côté, il n'y avait pas de branche séparée qui unît la troisième paire au nerf grand sympathique ; mais à droite, trois gros filaments provenant du grand sympathique viennent s'unir à la troisième paire, juste à l'endroit où à gauche ce nerf reçoit la bande qui l'unit à la sixième paire. Il existe de plus, à droite, six petits filets et un plus gros entre la sixième paire et le grand sympathique, et cette double union de ce nerf à la troisième et à la sixième paire simulait une communication entre ces deux dernières paires de nerfs.

Je suis disposé à croire que cette union apparente, que l'on rencontre quelquefois entre la troisième et la sixième paire, est due principalement, sinon entièrement à des filets fournis par le grand sympathique qui, pour se rendre à la troisième paire se dirigent le long ou au travers de la sixième paire, cette dernière communiquant toujours largement avec le grand sympathique. Dans le cas présent, la connexion qui existe entre la sixième et la troisième paire explique l'anomalie apparente de la troisième paire, fournissant près du ganglion ophthalmique un filament au muscle droit externe ; et ce qui démontre que cette union apparente de la troisième et de la sixième paire n'influait en rien sur les fonctions de l'une ou l'autre d'entre elles, c'est que toutes les parties animées par la troisième paire, sans en excepter la pupille, étaient paralysées, tandis que le droit externe continuait d'agir. Si les mouvements de la pupille avaient persisté, on aurait pu en conclure à tort que l'iris reçoit son principe d'innervation de la sixième paire, au lieu d'en conclure tout simplement que la portion de la troisième paire qui s'étend à l'iris n'était point comprise dans la maladie, ou que ce nerf peut encore agir d'une manière réflexe sous l'influence de la stimulation produite par l'action de la lumière, lorsqu'il ne peut plus agir sous l'influence de la volonté.

On a avancé que l'existence du ganglion ciliaire peut servir à expliquer pourquoi les mouvements de l'iris persistent quelquefois dans les cas de paralysie de la troisième paire (3) ; mais s'il en était ainsi, les mouvements de l'iris seraient généralement conservés, tandis que cela se voit rarement. Il n'existe aucune preuve que le ganglion ciliaire soit un centre d'action réflexe pour l'iris, ou qu'il préside aux mouvements de contraction et de dilatation de la pupille, bien que nous sachions que, chez quelques animaux au moins, la portion cervicale du grand sympathique agit dans ce sens. Nous ignorons encore à présent complétement quels sont les usages du ganglion ciliaire ; nous savons seulement qu'il existe chez tous les animaux doués d'une pu-

(1) Valentin, *De functionibus nervorum*, p. 114.
(2) Longet, *Anat. et phys. système nerveux*, t. 2, p. 388.

(1) Longet, *loc. cit.*, p. 380.
(2) *Descriptive anatomy*, London, 1841, p. 1106.
(3) Docteur Brinton, *Cycloped. of anat. and phys.*, vol. 4, p. 622.

pille mobile, et que la volonté n'a pas sur l'iris le même pouvoir que sur les autres parties animées par la troisième paire; d'où il ne s'ensuit pas nécessairement, comme on l'a supposé, que l'usage de ce ganglion soit d'interrompre la transmission de l'action de la volonté.

Quant aux variétés apparentes que les anatomistes ont rencontrées de temps en temps dans les nerfs de l'orbite, elles n'ont de valeur physiologique qu'autant que les nerfs ont été complétement et soigneusement disséqués dans toute l'étendue de leur trajet. Un rameau moteur peut paraître provenir de la cinquième paire, ou un rameau sensorial d'une des paires motrices, mais en remontant au delà des sinus, on trouvera que ce filament a d'abord abandonné le tronc d'où il tire son origine, pour en accompagner un autre qu'il quitte ensuite à son tour au moment de sa distribution. C'est ce qui m'est arrivé souvent. C'est là ce qui fournit l'explication de la description que l'on donne ordinairement du nerf lacrymal, qu'on fait dériver en tout ou en partie du nerf trochléateur (sixième paire), des cas supposés d'union de la troisième et de la sixième paire, des origines anormales des nerfs ciliaires et des racines du ganglion ciliaire. Ce serait une merveille physiologique plus étonnante de voir la sixième paire donner réellement naissance au ganglion ciliaire et présider aux mouvements de l'iris, ou la troisième paire animer le muscle droit externe et déterminer les mouvements d'abduction de l'œil, que de voir la portion dure de la septième paire (nerf facial) animer le muscle masséter, ou remplacer la portion motrice de la cinquième paire qui se rend à l'orbiculaire des paupières. Ces variétés ressemblent à celles que nous observons quelquefois au cou : la portion descendante de la neuvième paire (grand hypoglosse) tirant son origine du nerf vague (dixième paire ou pneumo-gastrique), ou la portion descendante de la neuvième paire envoyant un rameau au cœur. Il semble, au point de vue physiologique, que ce soient là d'étranges déviations, jusqu'à ce que l'on se rappelle que le nerf vague et l'hypoglosse à leur sortie du crâne sont appliqués l'un contre l'autre et présentent souvent une union intime.

Ces remarques n'ont point pour but de mettre en doute l'existence occasionnelle de filaments irréguliers unissant entre eux les nerfs de l'orbite dans le sens anatomique du mot, mais de jeter du doute sur les conséquences qu'on prétend en tirer, qu'elles constituent aussi des variétés physiologiques. S'il en était ainsi, la nature aurait donc réussi à déranger le plan qu'elle s'est tracé pour la distribution spéciale de ces nerfs; aussi je ne suis nullement convaincu qu'on ait jusqu'à présent produit un cas probant de cette variété physiologique, et surtout démontrant que la sixième paire influence en quoi que ce soit les mouvements de l'iris.

Je dois mentionner encore une intéressante remarque physiologique que j'ai pu faire pendant le traitement de ce malade : c'est que la paralysie de la troisième paire, même étendue jusqu'à l'iris, n'empêche point la belladone de dilater la pupille. Deux fois la pupille du côté paralysé fut largement dilatée en moins d'une demi-heure après l'application de l'atropine; deux ou trois jours après, elle avait repris sa dimension primitive. Dans une troisième expérience, les deux pupilles se dilatèrent également et reprirent presque en même temps leur dimension antérieure. J'ai depuis renouvelé cet essai sur un autre malade; chaque fois, un quart d'heure après l'application de l'atropine, la pupille s'est largement dilatée.

Ceci est une preuve nouvelle que la troisième paire règle seulement la contraction de la pupille, tandis que sa dilatation s'accomplit par l'intermédiaire d'un autre agent nerveux que nous pouvons mettre en action par l'usage de la belladone.

(*Ann. d'oculistique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Un de nos plus honorables confrères de la ville, M. Collin de Larbre, vient de succomber à une courte maladie. Ses obsèques auront lieu demain, *samedi*, 24 septembre, à l'église Notre-Dame-de-Lorette, à onze heures précises.

Les personnes qui n'auraient pu être prévenues à temps sont priées de considérer ce présent avis comme une invitation.

— Si l'on en croyait le *Constitutionnel*, Omer-Pacha aurait renouvelé, avec infiniment moins d'héroïsme qu'Alexandre, un des hauts faits de ce grand roi. Mais, pour l'honneur de la profession, nous aimons à croire que l'anecdote suivante est un de ces charmants canards dont l'honorable feuille n'a pas encore su perdre l'habitude.

« On nous communique le fait suivant, qui se trouve confirmé par des lettres venues à la fois de Constantinople et de Schoumla :

« Un médecin européen, arrivé depuis quelques mois à Constantinople, obtint, à force de démarches et de sollicitations, la direction de l'hôpital militaire de Schoumla.

« Il paraît qu'Omer-Pacha ne tarda pas à s'apercevoir que ce médecin entretenait des relations mystérieuses avec des espions russes. Dès ce moment, il se tint sur ses gardes. Averti ensuite qu'on avait conçu le dessein de l'empoisonner, il feignit d'être indisposé, et fit demander ce médecin pour le soigner.

« Le directeur de l'hôpital militaire de Schoumla revint bientôt avec une potion qu'il présenta à Omer-Pacha. Le général en chef de l'armée turque invita le docteur à la goûter avant lui, et, comme il s'y refusait, il le contraignit à la boire en sa présence, et voyant qu'aussitôt après il se disposait à sortir précipitamment, il le força de rester dans la tente, afin de juger de la potion. Au bout de quelques heures, le médecin expirait empoisonné. Nous publions ce fait tel qu'il est raconté dans les correspondances particulières. »

— On nous assure que le conseil général de la Corse a pris, dans sa séance du 24 août, la délibération suivante :

« On ne peut parvenir à connaître tout le parti qu'on peut tirer des eaux minérales, si elles ne sont étudiées sur les lieux par des hommes spéciaux, possédant les connaissances les plus étendues en hydrologie. Il semble au conseil général que M. le docteur *Constantin James*, auteur d'nn ouvrage remarquable ayant pour titre : *Guide aux eaux minérales et aux bains de mer*, pourrait entreprendre cette étude avec succès et que les résultats seraient d'une grande utilité pour la Corse et pour les malades du midi de la France.

« Il prie donc Son Excellence le ministre de l'agriculture et du commerce, d'engager le savant distingué dont il est parlé, à se rendre dans le département, afin d'étudier l'action thérapeutique de toutes les eaux minérales près des sources mêmes, et publier ensuite le résultat de ses études et de ses expériences. »

— A propos de la mutation du recteur de l'Académie de Montpellier, mutation qu'elle suppose liée à la dernière nomination des professeurs de la Faculté de Médecine, la *Gazette de Montpellier* fait la réflexion suivante :

« Oh! combien la Faculté de Médecine de Paris s'est montrée supérieure en fermeté et en indépendance, s'il est vrai que tous ses professeurs aient offert leur démission quand on a voulu leur imposer un homœopathe de Marseille pour collègue! »

Nous pouvons d'abord affirmer à l'enthousiaste écrivain que la Faculté de Paris n'a nullement été mise en demeure d'accepter un collègue homœopathe. Mais nous pouvons ajouter aussi, malgré toute notre considération pour l'honorable corps, qu'entre une démission en masse et l'acceptation d'un collègue homœopathe, ce n'est certainement pas la première alternative qu'il aurait choisie.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Des Granulations Méningiennes. Thèse de la Faculté de Paris, par M. le docteur ERN. FAIVRE, ancien élève des hôpitaux civils de Paris. — Au Bureau du Journal. — Prix : 2 fr.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE Tome 1. — N° 116. 1re ANNÉE. Mardi 27 Septembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Perforation de la tête par le passage d'une barre de fer. Guérison, par M. Henry J. Bigelow. — **CHIMIE MEDICALE** : De la présence de l'albumine dans le lait à l'état normal, par M. Quevenne. — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Perforation de la tête par le passage d'une barre de fer. — Guérison.

Par Henry J. BIGELOW, *M. D., professeur de chirurgie à l'Université d'Harvard.*

Lorsqu'un de nos honorables confrères de province, M. le docteur Barbe, présenta à l'Académie de médecine, il y a six mois environ, une observation de plaie de tête des plus curieuses, nous annonçâmes que nous en publierions une plus intéressante encore, lorsque le rapport sur celle de M. Barbe serait présenté. Ce rapport, de même que beaucoup d'autres, tardant trop à paraître, nous nous décidons à publier aujourd'hui un fait remarquable, extraordinaire, décrit par M. Bigelow dans l'*American Journal*, fait tellement extraordinaire même, que si l'auteur n'avait pas pris toutes les précautions possibles contre l'incrédulité, il aurait certainement rencontré beaucoup de lecteurs sceptiques. Nous-même n'avons d'abord reçu qu'avec défiance la narration de M. Bigelow ; mais l'honorabilité bien connue en Amérique de ce confrère distingué, et les honorables témoignages qu'il invoque ont nécessairement dû vaincre nos scrupules. Le fait de M. Bigelow restera donc comme un des plus extraordinaires qui soient consignés dans les annales de la science.

Le fait suivant est peut-être sans analogue dans les annales de la chirurgie ; il s'est présenté dans la pratique particulière du docteur Harlow de Cavendish (Vermont-États-Unis). Un médecin qui avait examiné le malade peu de jours après l'accident, m'en parla de manière à exciter vivement mon intérêt, et depuis j'eus, grâce à l'obligeance du docteur Harlow, occasion d'observer ce blessé à Boston où il resta pendant quelque temps confié à mes soins. Je pus ainsi vérifier par moi-même l'étendue de la plaie, les circonstances dans lesquelles elle eut lieu et comment elle fut produite. M. Harlow voulut bien, en outre, m'envoyer, sur ma demande, les attestations de personnes qui ont eu connaissance de l'événement et de ses suites.

Ceux qui répugneraient à admettre la possibilité du fait à cause du peu de rapport existant entre la lésion anatomique et le trouble fonctionnel, accueilleront avec empressement les détails que je vais rapporter et qui viennent compléter, au point de vue des exigences de la science, cette observation remarquable.

L'accident arriva, le 13 septembre 1848, sur la ligne du chemin de fer de Rutland et Burlington. Le sujet de cette observation, Phinée P. Gage,

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106, 107, 108, 110, 113, 114, 115.)

MALADIES DE L'APPAREIL ENCÉPHALO-RACHIDIEN.

L'appareil encéphalo-rachidien, comme l'appareil digestif, nous présente quelques faits d'anatomie pathologique *remarquables*, qui nous paraissent dignes d'être mentionnés.

Hydrocéphalie. — M. Archambault a eu l'occasion d'étudier un cerveau d hydrocéphale durci dans l'alcool (1). On conçoit tout ce qu'a d'instructif et d'intéressant une semblable étude qui n'a pas encore été faite, que je sache, au moins d'une manière complète. Il faut bien avouer que l'observation de M. Archambault laisse encore quelque chose à désirer. Notre collègue a été surpris par son sujet, il ne l'a peut-être pas assez interrogé et s'est contenté de consigner les faits qui se sont pour ainsi dire offerts d'eux-mêmes à son examen, mais hâtons-nous d'ajouter que telle quelle son observation a l'incontestable mérite de mettre sur la voie d'un genre de recherches neuf et productif, et de résoudre en même temps quelques-unes des questions qui peuvent être soulevées à son occasion.

Je ne reproduirai pas l'observation de M. Archambault, je me contenterai d'énoncer les lois générales que l'on peut en déduire sur les modifications subies par le cerveau dans l'hydrocéphalie, et de signaler les questions d'anatomie normale qu'elle peut éclairer.

Toutes les modifications éprouvées par un cerveau d'hydrocéphale se rapportent à trois points principaux : 1° celles de la substance nerveuse proprement dite ; 2° celles des membranes celluleuses ou fibro-celluleuses qui la limitent ; 3° celles des cavités, conduits ou orifices qu'elle renferme. Elles peuvent se résumer de la manière suivante :

Amincissement, aplatissement, atrophie de la substance nerveuse ;
Épaississement, induration et hypertrophie des membranes celluleuses ;
Élargissement des cavités, conduits et orifices.

Le temps ne me permet pas de développer ces trois propositions ; il suffira de relire l'observation de M. Archambault pour bien les comprendre ; elles vont d'ailleurs trouver un éclaircissement dans l'étude des questions d'anatomie qu'elles soulèvent.

Ces questions forment trois groupes semblables : celles qui concernent la substance nerveuse proprement dite ; celles qui se reportent aux membranes celluleuses ; celles enfin qui roulent sur l'existence ou la perméabilité de certaines cavités ou conduits.

Les premières sont le plus complétement traitées dans l'observation de M. Archambault. Il mentionne la disparition de toutes les anfractuosités, circonvolutions et saillies, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du cerveau ; la réduction de la masse cérébrale en une simple membrane plate et formée de deux couches, une grise extérieure, une blanche intérieure et auxquelles il est joint une troisième plus in-

(1) Page 229.

est âgé de 25 ans, de stature moyenne, adroit et intelligent. D'après sa narration, il était occupé à remplir de poudre un trou pratiqué dans un roc en vue de le faire éclater. Il est d'usage, à ce qu'il paraît, lorsque le trou est rempli de poudre, de le couvrir avec du sable. La charge ayant donc été faite, M. Gage envoya son aide placer le sable et presque aussitôt, supposant que le trou était recouvert, il laissa tomber, comme cela se pratique habituellement, la tête de la barre pour bourrer. L'aide n'avait pas rempli sa mission. Le fer venant à frapper le roc, fit jaillir des étincelles qui enflammèrent la poudre non recouverte et une explosion eut lieu. M. Gage se trouvait alors près du trou, penché en avant, et la face dirigée un peu obliquement; la barre de fer, lancée la pointe en l'air, lui traversa la tête de part en part. La blessure qu'il reçut, et qui sera plus longuement décrite par la suite, était oblique, traversait le crâne dans la direction d'une ligne droite, s'étendant de la mâchoire inférieure au centre de l'os frontal du même côté, près de la suture sagittale d'où l'instrument était sorti. Car il faut que l'on sache qu'après avoir traversé la tête, la barre alla se planter en terre, toute maculée de cervelet et de sang, à quelques perches du blessé.

Malgré une blessure aussi terrible, le malade ne perdit la vue que du côté blessé, et recouvra toutes ses facultés de corps et d'esprit.

La barre, qui avait ainsi traversé le crâne, pesait 13 livres 1/4, elle avait 3 pieds 7 pouces de longueur et 1 pouce 1/2 de diamètre. L'extrémité présentait une pointe de 7 pouces de long et 1/4 de pouce de diamètre. C'est à cette circonstance que le blessé dut, peut-être, de conserver la vie. L'instrument dont il fut atteint avait été fabriqué par un forgeron du voisinage sur les indications qui lui avaient été données, par celui auquel il appartenait, et il ne différait en aucune façon de tous ceux qu'on emploie pour de pareils travaux.

Le docteur Harlow raconte, dans la description qu'il fait de cet instrument, que le blessé, au moment du coup, fut renversé par terre et eut quelques convulsions des extrémités, mais qu'il recouvra la parole presque aussitôt. Ses hommes, qui l'aimaient beaucoup, le prirent dans leurs bras, le portèrent sur la route à quelques perches de distance, et l'assirent dans une charrette traînée par un bœuf; ils parcoururent ainsi, dans cette posture, trois quarts de mille avant d'arriver à l'hôtel de M. Joseph Adams dans ce village. Il descendit lui-même de la charrette et avec un peu d'aide il monta un grand nombre de marches pour arriver à la salle où il fut pansé.

M. Joseph Adams, dont il vient d'être parlé, a fourni des renseignements fort intéressants que je vais transcrire :

Je viens attester que M. P.-P. Gage a demeuré chez moi pendant plusieurs semaines avant d'avoir reçu sa blessure près le chemin de fer; je l'ai vu, je lui ai parlé, aussitôt après l'accident, et il jouissait alors de toute la plénitude de sa raison. On le transporta à mon domicile assis dans une charrette; après avoir parcouru ainsi trois quarts de mille, il descendit de la charrette, marcha jusqu'au perron et monta alors les marches à peine soutenu. Je me suis assuré que, nonobstant la lésion, il pût voir à l'aide de l'œil gauche pendant plusieurs jours bien que peu distinctement. Quant à l'introduction du doigt dans la blessure et à sa proéminence, je puis confirmer entièrement l'attestation de mon neveu, Washington Adams, et celle de plusieurs autres personnes. J'ajouterai que je lui ai vu, à plusieurs reprises, rejeter par la bouche de la matière semblable en apparence à celle de la tête. Ayant été le lendemain matin à la recherche de la barre, je la trouvai dans la boutique d'un forgeron, non loin de la fosse où elle avait été lancée.

Les hommes de sa tranchée affirmaient qu'ils avaient trouvé le fer maculé de sang et de substance cérébrale plusieurs perches en arrière de l'endroit où il avait été frappé, qu'ils l'avaient lavé dans le ruisseau, et déposé ensuite avec les autres outils. L'état graisseux de cette barre et les parcelles de cerveau que je vis sur le roc où elle fut trouvée prouvaient la vérité de ce que me dirent ces ouvriers.

Signé : Joseph Adams.

(Justice de paix.)

Cavendish, 14 décembre 1849.

Le révérend Joseph Freeman, dont la lettre est rapportée ci-dessous, s'enquit, aussitôt après l'accident, des circonstances dont il avait été accompagné.

Cher monsieur,

Le jour où M. Gage fut blessé, j'étais chez moi; voyant un Irlandais accourir rapidement à votre porte, je m'avançai pour connaître l'objet de sa démarche; lorsque j'eus été renseigné, j'allai au-devant de ceux qui conduisaient le blessé à notre village.

Le malade était assis, il n'avait d'autre soutien que le devant de la voiture, contre la paroi de laquelle son dos était appuyé : lorsque nous fûmes arrivés au but, il se leva sans être aidé, marcha rapidement, quoique d'un pas irrégulier, et gagna l'extrémité opposée de la voiture; deux de ses hommes l'aidèrent à descendre; soutenu par eux, il marcha vers la maison. Je leur demandai comment il avait été blessé, ils répondirent : « La charge a fait explosion pendant qu'il la bourrait, et la pince de fer lui a traversé la tête. » Je répliquai : « C'est impossible ! » Bientôt après, je me dirigeai sur le lieu de l'accident. Je trouvai sur les rocs, là où je supposais qu'il était tombé, une petite quantité de substance cérébrale. Comme il n'y avait personne à cet endroit, je me rendis à l'atelier des forges situé à fort peu de distance, et où se trouvaient réunis un certain nombre d'Irlandais. Dès qu'ils m'aperçurent, ils me montrèrent, étendu en dehors de la porte, le fer qui, depuis l'accident, a si vivement captivé l'attention. Ils dirent l'avoir trouvé contaminé de cerveau et boue, ajoutant qu'ils l'avaient lavé dans le ruisseau. L'extérieur de la pince confirmait leur dire, car elle était grasse à la vue et au toucher.

L'aspect de cet instrument, coïncidant avec leur déposition, je dus y ajouter foi, quoique je ne connusse pas encore le résultat de l'examen que vous avez fait de la blessure. Je ne pense pas qu'on puisse raconter plus exactement que je viens de le faire, les faits ci-dessus.

Votre très-respectueux,

Signé : Joseph Freeman.

(Au docteur J.-M. Harlow.)

---

terne, cornée et qui n'est que la membrane ventriculaire modifiée. Toute la grande question du mode suivant lequel se fait cet aplatissement du cerveau, le déplissement des circonvolutions suivant la théorie de Gall, etc., est complétement laissée de côté.

Relativement aux membranes des cavités du cerveau, on sait qu'il existe plusieurs questions qui ont été vivement et longtemps débattues : l'observation de M. Archambault fournissait une excellente occasion de les reprendre une à une et de contrôler au moins les résultats auxquels on semble s'être définitivement arrêté aujourd'hui.

Cette partie du travail de M. Archambault a été faite avec soin, mais manque peut-être un peu d'ordre et de méthode. Les questions à résoudre sont en petit nombre, bien simples et bien précises :

1° Démontrer l'existence de la membrane ventriculaire;

2° Indiquer la disposition anatomique;

3° Etablir la véritable nature.

L'*existence d'une membrane* sur les parois du ventricule est mise hors de doute par celle de *cette couche cornée* qui forme une troisième couche interne de la substance cérébrale, et qui, comme le dit l'auteur, « est la membrane ventriculaire « elle-même, prodigieusement épaissie..... Cette membrane fibro-séreuse, ajoute-« t-il, d'apparence cornée, très-résistante, chagrinée, repose par sa face adhé-« rente sur la substance cérébrale, dont il est très-facile de la détacher. »

Relativement à la *disposition anatomique* de cette membrane, M. Archambault a constaté plusieurs faits :

Qu'elle est partout continue et se prolonge à travers les orifices sur les parois des ventricules;

Que cette communication ne se fait entre les ventricules latéraux et le ventricule moyen que par le trou de Monro et non *entre le pilier postérieur de la voûte et la partie supérieure de la couche optique*, comme l'a décrit M. Longet. En ce point la membrane sans solution de continuité « passe sur le côté du pilier postérieur et « sur la couche optique en arrière, pour gagner la paroi inférieure du ventri-« cule; »

« Qu'arrivée aux plexus choroïdes, la séreuse ventriculaire se continue mani-« festement avec lui, soit qu'elle l'enveloppe à la manière d'une séreuse, comme le « pensait Bichat, et comme on est porté à le croire en voyant la pièce, soit qu'il « y ait continuité de tissu entre les plexus et la membrane ventriculaire. » M. Archambault laisse, comme on le voit, la question indécise sur ce point d'anatomie. Peut-être est-il à regretter que, profitant de cette hypertrophie si complète de la membrane ventriculaire, il n'ait pas cherché à la résoudre d'une manière plus précise;

Qu'entre le corps calleux et la voûte à trois piliers, les membranes des deux ventricules latéraux viennent à se rencontrer, mais ne se confondent pas, elles sont simplement adossées et peuvent être séparées.

Quant à *la nature de cette membrane*, elle ressort évidemment des détails anatomiques dans lesquels nous venons d'entrer. La théorie qui fait dépendre la membrane ventriculaire de l'arachnoïde se trouve renversée par le simple fait de la continuité absolue de la première dans l'intérieur des ventricules. Restent donc deux opinions, l'une moins probable qui fait de la membrane ventriculaire un diverticulum de la pie-mère, en établissant sa continuité avec les plexus choroïdes; l'autre plus acréditée, à laquelle M. Archambault se range volontiers d'après l'inspection de la pièce, et qui considère la membrane ventriculaire comme une sé-

Le docteur Williams, qui le premier fut appelé auprès du blessé, raconte ainsi les faits qui se sont passés.

Northfield, Vermont, 4 décembre 1849.

A Monsieur le docteur BIGELOW.

Cher monsieur,

M. le docteur Harlow m'ayant chargé de vous transmettre un rapport détaillé sur l'état dans lequel se trouvait M. Gage, aussitôt après l'accident dont il fut victime en 1848, je m'empresse de satisfaire à son désir.

Le docteur Harlow n'étant pas chez lui, on me fit demander, et je fus le premier médecin qui vit M. Gage vingt-cinq ou trente minutes environ après qu'il eut reçu la blessure. A ce moment, il était assis dans la cour de l'hôtel de M. Adams, à Cavendish. En me voyant, il s'écria : « Docteur, voilà assez d'ouvrage pour vous. » Avant même de descendre de ma voiture, je m'aperçus, tant les pulsations du cerveau étaient distinctes, que la blessure avait son siége à la tête. Il y avait, en outre, quelque chose dont je ne pus me rendre compte qu'après avoir examiné le malade, le sommet de son crâne ressemblait à un entonnoir renversé. Cela était dû à ce que l'os était fracturé autour de l'ouverture, dans une étendue de deux pouces en tous sens. J'aurais dû mentionner que l'ouverture du crâne et des téguments avait près d'un pouce et demi de diamètre. Les bords de cette ouverture étaient renversés, et toute la blessure apparaissait comme si un coin eût traversé le crâne de bas en haut.

M. Gage, pendant que j'examinais la lésion, racontait aux assistants de quelle manière il avait été blessé; il parlait avec tant de raison, et répondait avec tant de bon vouloir aux questions qui lui étaient faites, que je m'adressai à lui préférablement aux autres personnes qui ne l'avaient pas quitté depuis l'accident.

M. Gage me raconta alors, comme il le confirma par la suite, quelques-unes des circonstances de l'accident, et je puis affirmer, en toute assurance, que ni à ce moment, ni plus tard, hormis une seule fois, je n'eus sujet de le croire privé de sa raison. L'incident auquel je fais allusion se passa une quinzaine de jours environ après l'accident, et à ce moment il persistait à m'appeler John Kirvin; cependant, il répondait correctement à toutes mes questions.

Je n'ajoutai pas foi au témoignage de M. Gage, je crus qu'il se trompait ; je lui demandai par où la barre avait pénétré, et il me montra la blessure qu'il avait à la joue et que je n'avais pas aperçue auparavant. C'était une fente contournant l'angle de la mâchoire, ayant environ un pouce et demi; elle s'étendait latéralement et était barbouillée de poudre et de rouille, ou du moins elle paraissait telle. M. Gage persista à dire que la barre de fer lui avait traversé la tête. Un Irlandais qui était présent, dit : « C'est très-vrai, et la barre de fer est là-bas sur la route, pleine de sang et de cervelle. » Cet homme ajoute qu'il avait eu l'idée de l'apporter, mais qu'il ne l'avait pas fait parce qu'il pensait qu'il y aurait une enquête.

Bientôt après, M. Gage rendit une forte quantité de sang mélangé à des aliments; les efforts de vomissement firent rejeter environ une demi-tasse à thé de cervelle, laquelle tomba sur le parquet avec le sang qui avait été vomi en même temps. L'œil gauche semblait plus hébété et vitré que le droit. M. Gage dit qu'il ne pouvait distinguer que la lumière.

Sur ces entrefaites, le docteur Harlow arriva, M. Gage monta les étages sans être aidé ou étant peu aidé, et se coucha sur un lit; alors le docteur Harlow fit un examen scrupuleux de la blessure; il plongea, sans aucune difficulté, toute la longueur du doigt annulaire dans la partie supérieure de la blessure; je crois qu'il en fit autant par la partie inférieure, mais je n'en suis pas très-certain. Ensuite, nous procédâmes au pansement de la blessure de la manière décrite dans le journal par le docteur Harlow. Pendant que nous le pansions, M. Gage vomit abondamment deux ou trois fois, et aussi facilement qu'auparavant. Pendant tout ce temps, M. Gage avait toute sa raison; il répondait à toutes les questions, nommait ses amis par leurs noms à mesure qu'ils pénétraient dans la chambre.

Je ne vis point la barre ce soir-là, mais je la vis le lendemain après qu'elle eut été lavée.

J'espère que vous excuserez ces quelques mots écrits à la hâte.

Je suis, etc.

Signé : Edward H. WILLIAMS, m. d.

Les lignes qui suivent contiennent le rapport du docteur Harlow sur la première visite qu'il fit au malade et sur les symptômes consécutifs à l'accident :

Comme j'étais absent de chez moi, je ne pus arriver sur le lieu de l'événement que vers six heures du soir. Vous me permettrez de faire remarquer que, pour moi qui n'ai pas l'habitude de la chirurgie militaire, le spectacle offert à ma vue fut un véritable sujet d'épouvante ; néanmoins, le malade supportait ses souffrances avec la fermeté la plus héroïque. Il me reconnut dès l'abord et m'exprima verbalement l'espoir de ne pas être très-grièvement blessé. Il paraissait jouir de toute sa raison, mais il était affaissé par l'épuisement résultant d'une hémorrhagie à la fois interne et externe; cette hémorrhagie était très-abondante. Le sang qui s'écoulait de la blessure se rendait dans l'estomac et en était expulsé par vomissement toutes les quinze ou vingt minutes. Le pouls donnait 60 pulsations, il était régulier. Le malade et le lit sur lequel il reposait étaient littéralement couverts de sang coagulé. Aidé par mon ami le docteur Williams de Proctorsville, qui le premier avait été appelé auprès du malade, je procédai au pansement de la blessure. La manière dont les fragments osseux étaient soulevés et la saillie que faisait la substance cérébrale, démontraient avec évidence que la fracture avait été occasionnée par une force agissant de bas en haut.

Le cuir chevelu fut rasé, j'enlevai le sang coagulé ainsi que trois esquilles osseuses de forme triangulaire ; en vue de m'assurer qu'il n'y avait pas d'autres corps étrangers, j'introduisis dans toute sa longueur mon doigt indicateur, en le dirigeant vers la plaie de la joue dont l'ouverture inférieure livra passage en même temps à l'indicateur de l'autre main. Je ne rencontrai aucune résistance. Une portion de l'angle antérieur et supérieur de chaque pariétal, ainsi qu'un fragment semi-circulaire de l'os frontal, étaient fracturés de façon à circonscrire une ouverture circulaire d'environ trois pouces et demi de diamètre.

L'examen auquel je me livrai, l'aspect de la barre de fer qu'on trouva à quelques perches de distance, souillée de matière cérébrale, le témoignage des ouvriers, la propre assertion du malade, qui possédait assez sa

---

reuse propre tapissant d'une part les parois des ventricules, se repliant d'autre part sur les plexus choroïdes pour les envelopper à la manière des séreuses viscérales.

Si nous passons enfin à l'examen des questions anatomiques que comportent les cavités, conduits et orifices du cerveau, nous pouvons constater les résultats suivants :

La continuité de tous les ventricules existe sur la pièce de M. Archambault. Nous avons déjà montré que la communication entre les latéraux et le moyen se faisait exclusivement par les trous de Monro. La continuité du cinquième ventricule avec les autres, existe ici de deux manières : « 1° Les deux parois de ce « ventricule se composent d'une lame fibro-séreuse qui se prolonge en pointe en « arrière et se trouve *perforée* d'un certain nombre d'ouvertures accidentelles, « variables pour le nombre et la disposition d'un côté à l'autre. 2° Le ventricule « moyen se termine en avant par un cul-de-sac *perforé*. Au-dessus de la commis- « sure antérieure, entre les têtes des piliers de la voûte, il existe une traverse « fibreuse unissant ces deux colonnes, et au-dessous de laquelle se trouve une « petite ouverture que l'on pourrait regarder comme la vulve dilatée, mais qui « peut aussi être considérée comme un produit pathologique. »

La communication du cinquième ventricule avec les latéraux est, sans aucun doute, artificielle. Du côté des ventricules latéraux, les deux cloisons du septum ont été évidemment tiraillées; l'irrégularité et le nombre des perforations suffisent pour attester leur origine accidentelle. La communication avec le troisième ventricule, dont l'existence normale est encore problématique, se présente ici sous une forme régulière; elle a donc une certaine importance : c'est un fait bon à enregistrer et qui pourra être confirmé ou infirmé par les observations ultérieures.

Un fait du même ordre, très-intéressant, trouve également sa place ici : « Le « plancher du troisième ventricule offre l'existence d'un canal, au centre de l'in- « fundibulum, à travers lequel on peut facilement faire passer une plume à « écrire; la glande pituitaire, au centre de laquelle conduit ce canal, a été dila- « tée de dedans en dehors et présente une cavité qui n'a pas moins d'un demi- « centimètre de diamètre. » Invoquera-t-on encore ici une production artificielle? Mais aurait-elle vraiment sa raison d'être? On conçoit qu'un liquide comprimé fasse éclater une membrane et la paroi d'une cavité dans son point le plus faible, mais on ne conçoit pas qu'il produise de toutes pièces un canal dans une tige très-mince où il ne pénètre pas normalement, et une cavité dans l'organe suspendu à cette tige. Aussi, cette observation d'anatomie pathologique me paraît fort concluante sur ce point, et il me semble maintenant difficile de mettre en doute l'existence d'un canal dans la tige pituitaire.

Le quatrième ventricule n'a pas été étudié : il avait été lésé par le scalpel pendant l'autopsie; nous ne pouvons que signaler cette lacune en la regrettant.

Épanchement de sang dans la cavité crânienne. — La cavité du crâne est remplie par un certain nombre d'organes qui sont dans l'ordre de superposition : la dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère, la masse cérébrale creusée elle-même de cavités intérieures ou ventriculaires. Ces diverses parties sont parcourues par des vaisseaux qui peuvent se rompre et déterminer des épanchements.

Nos *Bulletins* de cette année sont très-riches en lésions de ce genre. Nous allons mentionner les cas principaux qui s'y trouvent consignés.

M. Bauchet (1) nous a montré un vaste foyer sanguin produit entre la dure-

(1) Page 452.

connaissance pour dire, « que l'instrument lui avait traversé la tête, » furent considérés comme autant de preuves concluantes, non-seulement de la nature de l'accident, mais encore de la manière dont cet accident s'était produit.

On m'a demandé pourquoi j'ai omis d'explorer à l'aide d'une sonde tout le trajet de la blessure. Je pense qu'aucun chirurgien prudent ne m'aurait donné son approbation si je m'étais livré à un mode d'examen aussi téméraire ; j'aurais couru le danger de rouvrir les vaisseaux divisés, dont l'occlusion avait presque entièrement arrêté l'hémorrhagie, et de briser ainsi le faible lien par lequel le malade tenait encore à la vie. Le lecteur m'excusera si j'entre dans tous ces détails, ils me sont commandés par cette considération qu'un grand nombre de médecins, pour lesquels je professe une haute estime, ont élevé des doutes sérieux sur la nature de la blessure.

Après que les esquilles eurent été enlevées, qu'une portion de substance cérébrale qui tenait par un pédicule eût été détachée, je remis en place les fragments osseux les plus considérables, j'affrontai aussi exactement que possible les lambeaux inégalement divisés du cuir chevelu, et je les maintins rapprochés à l'aide de bandelettes adhésives, excepté à l'angle postérieur de la plaie. Je fis ensuite un pansement simple (compresse, bonnet de nuit et bande roulée). La plaie de la face fut laissée béante, je la pansai de la même manière que la plaie du crâne. Les mains et les avant-bras, qui avaient été profondément brûlés jusqu'au voisinage du coude, furent également pansés ; je laissai le malade après l'avoir placé la tête élevée, et je recommandai aux personnes qui le gardaient de le tenir dans cette position.

Dix heures du soir, même jour. L'appareil est imprégné de sang dans toute son épaisseur, mais l'hémorrhagie paraît diminuer. Il y a eu deux vomissements seulement, depuis le pansement. On ne remarque pas de désordre dans les facultés cérébrales. Le malade dit qu'il ne désire pas voir ses amis et qu'il retournera au travail dans un ou deux jours. Il se rappelle leur demeure, leurs noms, etc. Pouls à 65, agitation continuelle des extrémités inférieures.

Le 14, 7 *heures du matin.* Il y a eu un peu de sommeil, le malade paraît souffrir, il parle avec difficulté. Tuméfaction considérable et progressivement croissante de la face ; pouls à 70. Le patient reconnaît ses amis, il possède sa raison. Il demande quelle est la personne qui commande dans sa tranchée. L'hémorrhagie interne continue légèrement. Il ne s'est plus produit de vomissements à partir de minuit.

Le 15, 9 *heures du matin.* Le malade a bien dormi pendant environ la moitié de la nuit. Il ne voit pas distinctement les objets de l'œil gauche, lorsqu'on vient à écarter les paupières. L'hémorrhagie a cessé. Pouls à 75. 8 heures du soir : agitation et délire ; le malade parle beaucoup, mais sans suite dans les paroles et dans les idées. Le pouls est plein, 84 pulsations. Prescription : vin de colchique à la dose d'un demi-gros, toutes les six heures, jusqu'à effet purgatif. Le bonnet de nuit est enlevé.

Le 16, 8 *heures du matin.* Le blessé paraît plus calme. Pouls à 70. Les blessures sont pansées, celle de la tête laisse écouler un liquide séro-purulent d'une odeur fétide ; ce liquide est mêlé de matière cérébrale. Constipation : du sulfate de magnésie est prescrit, à la dose d'une once toutes les quatre heures, jusqu'à effet suffisant. Eau glacée sur la tête et sur l'œil. Un fongus apparaît à l'angle externe de l'œil gauche. Le malade dit « qu'il sent s'élever le côté gauche de sa tête. »

Le 17, 8 *heures du matin.* Pouls à 84. Selles abondantes. Le malade jouit de sa raison, il reconnaît ses amis. La plaie du cerveau laisse écouler en abondance un liquide sanieux et fétide. Les solutions de continuité de la face sont en voie de cicatrisation.

Le 18, 9 *heures du matin.* Le malade a bien dormi toute la nuit, il repose sur le côté gauche. Le pouls est à 72. La langue est rouge et sèche, l'haleine exhale une mauvaise odeur. On lève l'appareil ; une sonde introduite jusqu'à la base du crâne n'occasionne pas de douleur. Il a été prescrit un cathartique qui opère son effet. Il n'y a pas de chaleur à la tête. Le malade dit qu'il guérira ; il délire par intervalles.

Le 19, 8 *heures du soir.* Il a été très-agité pendant le jour ; il a la peau chaude et sèche, la langue rouge, il éprouve une soif très-vive ; il a du délire, il se parle à lui-même d'une manière incohérente ; il commande à ses hommes.

Le 20 et le 21, même état.

Le 22, 8 *heures du matin.* Le malade a eu une nuit très-agitée ; il se découvre les pieds et les mains et cherche à s'échapper du lit. Il a la tête chaude. Il dit « qu'il ne lui reste pas longtemps à vivre. » Prescription : cathartique composé de calomel et de rhubarbe ; de l'huile de ricin devra être administrée si le médicament ne produit pas d'effet dans le délai de six heures. 4 heures du soir : il y a eu deux selles abondantes ; tendance au sommeil.

Le 23, le malade a bien reposé pendant la plus grande partie de la nuit ; il paraît avoir recouvré un peu de force et de raison. Pouls à 80. On rase une seconde fois le cuir chevelu ; les bords de la plaie se sont écartés, on les affronte de nouveau. L'écoulement est moins abondant et moins fétide. Abolition de la faculté visuelle dans l'œil gauche.

A partir de ce moment jusqu'au 3 octobre, le malade est dans un état semi-comateux ; il parle rarement, à moins qu'on ne lui adresse la parole ; il répond par monosyllabes. Cependant, des fungus qui s'élèvent de la substance cérébrale s'accroissent avec rapidité et font saillie hors de l'orbite. On les caractérise avec le nitrate d'argent cristallisé ; application froide sur toute la surface de la tête. On renouvelle le pansement trois fois dans les vingt-quatre heures ; on complète le traitement par l'administration de laxatifs, auxquels on ajoute, selon l'opportunité, quelques doses de calomel. Le pouls oscile entre 70 et 96 ; en général il est mou.

Il se forma, pendant la période dont nous venons de parler, sous le muscle frontal, un abcès qui fut ouvert le 27 septembre ; il se cicatrisa très-difficilement. L'incision qu'on pratiqua donna issue à près de huit onces de liquide.

Le 5 et 6 *octobre.* Le malade va mieux ; le pus qui s'écoule de sa blessure est de bonne nature. Il se plaint de palpitations et veut sortir du lit, bien qu'il soit incapable de lever la tête au-dessus de l'oreiller.

Le 7, il réussit à se lever ; il s'asseoit sur sa chaise et reste environ cinq minutes dans cette position.

Le 11, pouls à 72. L'intelligence commence à devenir plus nette. Lorsque je demandai au malade depuis combien de temps il avait reçu sa blessure, il répondit : « Il y aura quatre semaines cet après-midi, à quatre heures et demie passées. » Il raconta les circonstances de l'accident et la

---

mère et le crâne, dans la région temporale droite, par suite d'une fracture et de la déchirure de l'artère méningée moyenne. Ce fait est surtout remarquable par la présence de la paralysie du même côté. Une explication ingénieuse de ce phénomène exceptionnel a été proposée dans le sein de la Société. Elle repose sur la distinction que l'on peut établir entre les compressions exercées de haut en bas et les compressions latérales. Les premières ne portent que sur l'hémisphère qu'elles atteignent ; les secondes se propageant d'une hémisphère à l'autre, celui-ci se trouve ainsi fortement appliqué contre la paroi crânienne et subit peut-être la principale action.

Un second fait de M. Bauchet (1), qui consiste dans un kyste volumineux, probablement de nature hématique, compris dans l'épaisseur de la dure-mère, semble se rapporter à un ancien épanchement de sang produit entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Deux cas intéressants d'épanchement de sang dans la cavité de l'arachnoïde nous ont été offerts ; l'un par M. Bechet (2), l'autre par M. Lorrain (3) ; tous les deux ont été recueillis sur des enfants âgés de moins d'un an, et tous les deux ont été pris avant la mort pour des cas d'hydrocéphalie. Nous trouvons encore dans l'observation de M. Lorrain une particularité digne d'être notée. Outre le sang liquide, l'arachnoïde contenait des caillots présentant différents degrés d'organisation, signe non équivoque d'hémorrhagies successives.

Nous ne citerons pas tous les faits que nous pourrions réunir d'épanchements apoplectiques dans la substance cérébrale elle-même. Une forme de ces épanchements mérite seule votre attention. C'est celle qui se rencontre dans le cas de contusion du cerveau, qui a été bien décrite par Sanson, qui se présente sous l'aspect de petits foyers multiples, de grosseurs variables depuis celle d'une petite tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros pois, et dont M. Trélat nous a montré un exemple remarquable (1).

Enfin, dans une observation recueillie par M. Gaillet (2) sur un sujet mort subitement, pendant le cours d'une fièvre scarlatine, l'autopsie a permis de constater l'existence de caillots remplissant à peu près la cavité des ventricules latéraux et moyens et résultant d'une hémorrhagie survenue dans ces cavités.

Coloration ardoisée du cerveau. — Un fait très-curieux nous a été montré par M. Charrier (3) ; il s'agit d'un cas de coloration ardoisée de la base du cerveau rencontrée sur une femme morte de paralysie générale. Cette coloration qu'accompagne un état de ramollissement de la substance cérébrale, est circonscrite dans les limites suivantes : elle borde la scissure médiane en avant et en arrière dans une largeur de 2 centimètres environ, entoure les pédoncules, atteint les tubercules mamillaires, la tige pituitaire, le tuber cinereum, l'espace perforé, se prolonge sur les bords et dans le fond de la scissure de Sylvius.

Quelques exemples très-rares de ce genre ont été rencontrés (deux par M. Baillarger, un par M. Parchappe, un par M. Delasiauve). Mais la nature de la lésion est très-mal définie. Ce serait, suivant M. Baillarger, une simple infiltration interstitielle de sang, une sorte d'ecchymose ; suivant M. Delasiauve, une forme de gangrène ; suivant M. Charrier, une espèce de ramollissement qu'il désigne sous le nom de *ramollissement ardoisé.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Page 113, — (2) Page 44. — (3) Page 309.

(1) Page 531. — (2) Page 426. — (3) Page 368.

manière dont il était parvenu au lieu de son domicile actuel. Il avait présent à l'esprit le jour de la semaine et l'heure du jour. Il disait connaître plus de la moitié des personnes qui demandaient de ses nouvelles. Il n'appréciait pas exactement le volume des objets et la valeur de l'argent, bien que sa mémoire fût aussi parfaite que jamais. Il n'aurait pas voulu échanger contre cent dollars quelques cailloux autrefois ramassés par lui dans le lit d'une ancienne rivière où il avait travaillé.

Le fongus cède à l'application du nitrate d'argent cristallisé. Cependant, il se fait un écoulement continuel de pus dans la gorge; une partie du liquide coule dans l'estomac, le reste est rejeté par la bouche.

Le 20, amélioration. Le malade se lève et se couche sans qu'il soit besoin de l'aider beaucoup; deux fois dans les vingt-quatre heures il reste assis pendant trente minutes. Il a des caprices d'enfant; il veut aller chez lui à Lebanon. La plaie du cuir chevelu se cicatrise rapidement.

8 *novembre*. Amélioration générale. Le malade demeure levé pendant la plus grande partie du jour. L'appétit est bon, néanmoins on fait observer une diète légère; pouls à 65; sommeil tranquille, pas de douleur à la tête; digestions faciles, selles régulières, état satisfaisant des fonctions de nutrition. L'ouverture de l'abcès qui s'était formé sous le muscle frontal est presque entièrement fermée. Le malade monte et descend les escaliers, il se promène autour de la maison et dans la cour; le soir même j'apprends qu'il est allé dans la rue. Je prends congé de lui pour une semaine, en lui enjoignant sévèrement d'éviter toute espèce d'excès et d'imprudence.

Le 15, à des informations prises par moi, on répond que pendant mon absence, M. Gage est sorti tous les jours excepté le samedi. Le désir exprimé par lui de quitter la maison et de retourner chez lui à Lebanon, n'a pas été combattu par ses amis; il a fait les préparatifs de son départ. La veille, *il a fait un demi-mille* et acheté quelques objets dans un magasin; l'atmosphère était froide et humide, il y avait de la boue, néanmoins il est sorti sans manteau et avec des bottes fines. Il s'est mouillé les pieds et a eu froid. Je l'ai trouvé au lit faible et très-impressionnable. Chaleur et sécheresse de la peau, soif, langue chargée, pouls à 110, douleur lancinante dans le côté gauche de la tête et de la face, frissons et constipation. J'ai prescrit des applications froides sur la tête et sur la face, j'ai ordonné une médecine noire, avec recommandation de la répéter au bout de six heures dans le cas où elle n'aurait pas produit d'effet. Quelques esquilles osseuses qui s'étaient engagées dans l'arrière-bouche ont été expulsées au bout de quelques jours.

Le 16, dans la matinée, il n'y a pas d'amélioration. Le purgatif a agi convenablement. Pouls à 120, peau chaude et sèche; la soif et la douleur n'ont pas diminué; agitation très-grande pendant toute la nuit; saignée de 16 onces; je prescris 10 grains de calomel; 2 grains d'ipécacuanha et quatre heures après une dose d'huile de ricin. A huit heures du soir, le même jour, les médicaments administrés ont provoqué des selles abondantes. Le pouls est moins fréquent, la douleur de tête a perdu de son intensité, la peau est moite. Prescription : tarte stibié, 3 grains; sirop simple, 6 onces. Dose : une cuillerée à dessert toutes les quatre heures.

Le 17, amélioration. Le malade dit « qu'il éprouve un mieux général, » il ne souffre plus du côté de la tête.

Le 18, il se promène de nouveau autour de la maison, il déclare ne ressentir aucune douleur dans la tête; il paraît être en bonne voie de guérison, à la condition d'une surveillance convenable.

Remarques. — Ce qui frappe dans l'observation précédente, c'est l'invraisemblance du fait tel qu'il vient d'être rapporté. Un médecin qui tient dans la main une barre de fer longue de trois pieds et demi, pesante de plus de treize livres, ne saurait croire aisément qu'une pareille barre ait violemment traversé le crâne d'un homme qu'il voit en état de vaquer à ses occupations et de parler avec autant de calme que de raison des circonstances de l'accident. Un semblable dénouement paraît, en effet, le partage exclusif des événements qui se déroulent dans les pantomimes de théâtre. Cependant, on a ici toute raison de penser que le fait en question est d'une incontestable réalité. Tout d'abord, des doutes très-sérieux se sont élevés dans mon esprit, bientôt j'ai pu me convaincre par moi-même, ce qui est arrivé à plusieurs médecins; après avoir entendu parler des circonstances de l'accident, ils ont eu l'occasion d'en constater l'évidence. Cette évidence résulte de témoignages individuels, ainsi que des caractères anatomiques et physiologiques de la lésion elle-même.

Les rapports qui précèdent, empruntés à divers individus concourent à assigner à l'accident une seule et même cause. Nous les avons choisis dans environ une douzaine de documents semblables qui nous ont été remis par le docteur Harlow; notre confrère a eu l'obligeance de nous les procurer sur notre demande, ils portent la signature de personnes recommandables qui habitent la ville de Cavendish ou ses environs; tous, ils sont confirmatifs des détails dans lesquels nous sommes entré. L'accident arriva en plein jour, dans une carrière où un grand nombre d'hommes étaient occupés à travailler, il eut pour témoins plusieurs d'entre ces hommes, tous les autres se rendirent sur le lieu de la scène. D'ailleurs, il suffit d'ajouter que, dans un pays très-peuplé, où tous les événements sont l'objet de discussions à mesure qu'ils se produisent, on a toujours été unanime dans l'opinion que la barre de fer avait traversé le cerveau. A différentes époques, un grand nombre de médecins se sont rendus auprès du malade pour s'éclairer sur la réalité du fait.

Si l'on admet que la blessure a été produite par un projectile lancé de bas en haut, il devient naturel de se demander si cette blessure n'a pas été occasionnée par une pierre qui, en même temps que la barre de fer, aurait été projetée en l'air. On peut répondre que le rocher dans l'intérieur duquel a eu lieu l'explosion est demeuré intact et non brisé, du moins à en juger par l'examen auquel on s'est livré. D'un autre côté, il est permis de supposer, sans blesser la vraisemblance, qu'un fragment de pierre anguleux a pu, aussi bien que la barre de fer, amener les désordres qui ont été constatés; en fait, il est possible qu'un morceau de rocher muni d'une pointe aiguë ait divisé et repoussé les parties molles, et en particulier la substance cérébrale, de manière à ouvrir une voie à travers laquelle la surface unie de la barre de fer ait glissé sans rencontrer d'obstacles et sans entraîner des délabrements considérables. Que l'on accepte la seule hypothèse raisonnable, savoir que la barre de fer a été lancée, suivant la direction de son axe, et l'on sera autorisé à considérer le corps vulnérant comme une sphère d'un pouce et un quart de diamètre, surmontée dans une portion de sa surface par une pointe unie de forme conique.

Le malade est allé à Boston en janvier 1850, il est resté quelque temps sous ma direction; durant cet intervalle, je l'ai présenté à une des séances de la société formée à Boston pour l'avancement des sciences médicales; je l'ai fait voir aux médecins de l'hôpital. Sa blessure est maintenant entièrement cicatrisée, elle présente l'aspect suivant :

Une cicatrice linéaire, longue d'un pouce, est située au niveau de la branche gauche de l'os maxillaire, dans le voisinage de l'angle. On découvre un léger épaississement des parties molles près de l'os malaire correspondant. La paupière gauche est fermée, le malade ne peut l'ouvrir. La proéminence du globe oculaire, proéminence beaucoup plus prononcée que dans l'œil opposé, est une remarquable confirmation des particularités que met en lumière la préparation du crâne dont nous donnons plus loin la description. A l'aide de cette préparation, on se convaincra que les parties de l'orbite, qui ont du être nécessairement retranchées, sont précisément occupés par l'élévateur de la paupière supérieure, l'élévateur de l'œil et le muscle abducteur externe. Indépendamment du ptosis de la paupière supérieure, il y a perte complète des mouvements d'abduction et d'élévation de la pupille; les muscles animés par le moteur oculaire commun continuent de remplir leurs fonctions. On trouve sur la tête une saillie et une dépression qui occupent une assez grande étendue, elles sont inégales, le cuir chevelu les recouvre. Un dessin représentant le cuir chevelu, préalablement rasé, se trouve dans la planche annexée à cette observation; il montre qu'un fragment de la boîte crânienne, fragment dont le bord postérieur correspond à la suture coronale, dont le bord antérieur et inférieur se continue avec le frontal, a été soulevé au-dessus de ce dernier os, et a rempli, pour ainsi dire, l'office d'une porte qui a livré passage à la barre de fer. Le fragment osseux dont nous parlons, maintenant encore est soulevé, il fait saillie; à sa partie postérieure, on trouve un sillon profond, irrégulier, de plusieurs pouces de longueurs, au-dessous duquel il est facile de percevoir les battements du crâne.

En vue de déterminer jusqu'à quel point une barre fer d'un pouce et un quart de diamètre peut traverser la tête suivant le

trajet qui a été décrit plus haut, je me suis procuré un crâne de dimension moyenne, j'ai mis à découvert les fosses zygomatiques, puis j'ai fait pénétrer, au voisinage de l'angle de la mâchoire inférieure, une vrille que j'ai dirigée obliquement en haut, vers la ligne médiane du crâne, au-devant du point de jonction des sutures coronale et sagittale. J'ai agrandi l'ouverture de manière à permettre le passage de la barre en question; la perte de substance ainsi produite a été en tout semblable à la lésion observée sur le malade. Un fragment osseux d'environ trois quarts de pouce de longueur a été enlevé à l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur. Il y a lieu de supposer que, chez le patient, le fragment dont nous parlons a été détaché par voie de fracture et s'est ensuite réuni au reste de l'os.

La perforation obtenue par le procédé que nous avons suivi pénètre obliquement au-dessous de la fosse zygomatique dont elle intéresse également toutes les parois, dont elle occupe, en un mot, toute l'étendue; en avant, elle se révèle par une excavation partielle de l'antre d'Hygmore; en arrière, elle s'annonce par la destruction de toute la portion orbitaire de l'os sphénoïde, destruction à laquelle la partie antérieure de la portion squammeuse du temporal, la surface interne de l'arcade zygomatique, et la partie latérale de l'os malaire, ont à la fois participé. Dans l'orbite, l'os sphénoïde, une partie du maxillaire supérieur, en bas, une large portion de l'os frontal, en haut, ont été retranchées en même temps qu'une grande étendue de la fente sphénomaxillaire; le trou optique est resté intact à environ un quart de pouce de la portion correspondante au trajet de la barre.

Le crâne présente à sa base et sur sa partie latérale un trou cylindrique d'un pouce et un quart de diamètre; on peut se le représenter par un compas dont une des branches placée sur la petite aile du sphénoïde, à un huitième de pouce de son extrémité, traverserait le frontal, le sphénoïde et le temporal, dont la seconde branche passerait à un demi-pouce en dehors du trou optique.

Le sommet du crâne est traversé par un trou dont les deux tiers sont à gauche de la ligne médiane, l'autre tiers étant à droite. Le bord postérieur de ce trou avoisine de très-près la suture coronale. La barre de fer parcourt librement la perforation oblique dont nous venons de donner la description.

Il va sans dire qu'une portion considérable du cerveau a dû être expulsée, et qu'en même temps une fraction de la partie latérale de cet organe a pu rester intacte; toute la partie centrale du lobe antérieur gauche, la partie antérieure du lobe sphénoïdal ou moyen ont été lacérées et détruites. Par l'effet de la perte de substance, l'extrémité antérieure du ventricule latéral gauche a sans nul doute été ouverte; la barre de fer, en sortant à la partie supérieure, a dû intéresser, dans une grande étendue, le lobe cérébrale droit, et lacérer la faux du cerveau ainsi que le sinus longitudinal.

Le nerf optique est demeuré intact dans l'étroit intervalle compris entre la barre de fer et la paroi profonde de l'orbite. L'œil, fortement chassé en avant au moment de l'accident, a pu reprendre sa place dans la cavité orbitaire; pendant la durée de l'inflammation qui s'est déclarée, il a existé de nouveau un certain degré d'exophthalmie.

Il est raisonnable de supposer que l'extrémité conique et unie de la barre de fer, en pénétrant la première dans la cavité du crâne, a frayé une route au corps cylindroïde et volumineux qui lui faisait suite, et qu'en atteignant et perforant largement la voûte du crâne, elle a ouvert une large issue à la substance cérébrale, de façon à prévenir la compression de la masse encéphalique.

Nous devons l'avouer néanmoins, il est difficile d'admettre qu'une perforation produite par une violence aussi considérable, ait pu s'accomplir sans que la base du crâne ait été en même temps comminutivement brisée de bas en haut.

Il n'est pas nécessaire d'entrer dans de longues considérations sur la possibilité du fait envisagé au point de vue physiologique. Personne n'ignore que le cerveau peut subir de larges pertes de substances sans qu'il en résulte de désordre dans ses fonctions. On trouve consignés dans la science, des exemples d'atrophie complète de l'un des hémisphères cérébraux.

Du reste, les remarquables particularités de la présente observation ne se réduisent pas uniquement à la perte de substance éprouvée par le cerveau, elles se rapportent principalement au hasard singulier à la faveur duquel l'encéphale a échappé au double danger d'une commotion et d'une compression, hasard qui a lancé l'énorme projectile dans la direction de son axe et a éloigné plus tard le péril d'une inflammation consécutive. On voit souvent, sous l'influence d'une maladie, l'un des organes pulmonaires suspendre entièrement ses fonctions; on trouve dans la collection de Hunter un cas de perforation du thorax et du poumon par le timon d'une voiture, je ne pense pas qu'il y ait de parallèle à établir entre ce cas intéressant et le fait que nous avons rapporté.

Lorsqu'on tient compte de toutes les circonstances, on est autorisé à se demander si l'observation précédente n'est pas le plus remarquable exemple de blessure du cerveau qui ait été jamais inscrit dans les fastes de la science. La barre de fer a été déposée au musée du Collége médical de Massachusetts, elle y est exposée avec le moule de la tête du blessé.

Explication des figures.

Fig. 1. Crâne préparé et vu de côté; il représente la barre de fer au moment où elle traverse sa cavité.

Fig. 2. Crâne vu de face.

Fig. 1. Fig. 2.

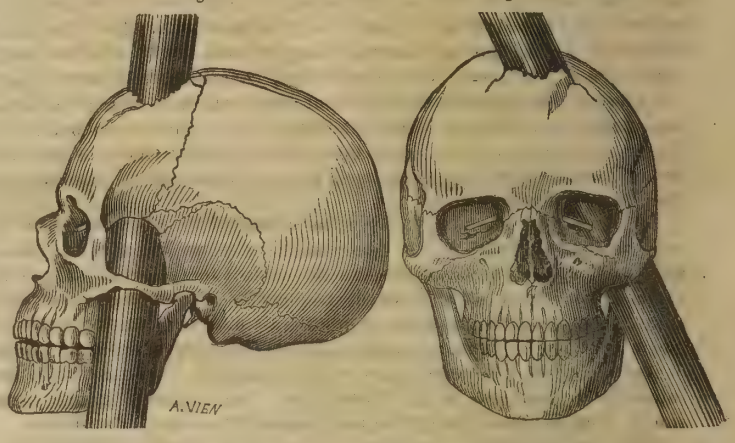


Fig. 3. Plan de la base du crâne vu à l'intérieur.

Dans ces trois figures, on voit les trous optiques restés intacts, ils sont remplis par de petites lignes blanches. Dans les deux premières figures, on ne s'est pas attaché à représenter la vaste proéminence du fragment antérieur qu'on doit se figurer plus considérable que la planche ne l'indique.

Fig. 4. Fig. 3.

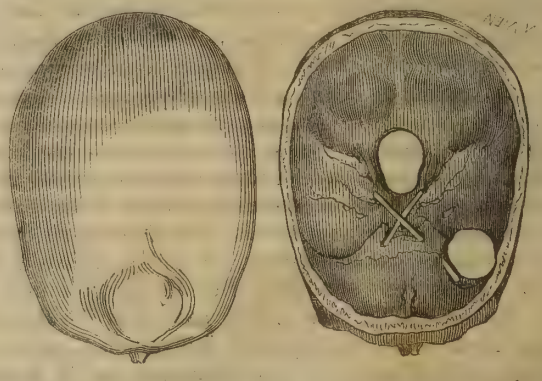


Fig. 4. Moule pris sur la tête préalablement rasée du malade, il représente l'aspect actuel de la fracture; le fragment antérieur, vu de côté, forme une saillie considérable qui, malheureusement, n'a pas été bien mise en évidence par l'artiste.

CHIMIE MÉDICALE.

De la présence de l'albumine dans le lait à l'état normal,

Par M. QUEVENNE, *pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité.*

Expériences de M. Mitscherlich. — Dans une Note de M. Girardin sur le lait (*Journal de pharmacie et de chimie,* juin 1853, p. 406), on lit cette phrase : « Ce qui m'engage à les faire connaître aujourd'hui (les expériences dont l'un des résultats a été de constater la présence de l'albumine dans le lait à l'état normal), ce sont les dernières communications faites à l'Institut, non que je veuille disputer à M. Doyère le mérite d'avoir mis le premier hors de toute contestation la présence de l'albumine dans le lait normal : la priorité lui appartient, puisque le premier il a rendu ce fait public par la voie de l'impression. »

En 1841, dans un travail qui avait pour point de départ des recherches sur les moyens de mieux apprécier la qualité du lait du commerce, j'avais déjà constaté que ce liquide, dans son état frais et normal, renferme toujours un principe albuminoïde (1).

Pour démontrer la présence de cette matière, j'opérais sur le sérum normal du lait (sérum obtenu par filtration du lait sans coagulation préalable). Ce liquide donne quelquefois naissance directement à des flocons par l'ébullition, mais la plupart du temps il ne fait que blanchir dans cette circonstance, et d'une manière si prononcée, qu'au premier aspect on pourrait le prendre pour du lait pur; quelque temps après (huit ou dix heures, plus ou moins), il laisse former un dépôt de flocons, comme dans le premier cas.

Ce sérum normal, qui ne fait que blanchir par l'ébullition dans son état complétement frais, et bien plus encore le lait entier, abandonnés à eux-mêmes, ne tardent pas (après douze ou vingt-quatre heures, ou même moins, suivant la température) à acquérir la propriété de former de suite des flocons par l'ébullition, ce qui tient à des modifications qui s'opèrent alors dans la nature du principe albuminoïde, et qui ne sont pas nécessairement liées au développement éventuel, dans le liquide, d'un acide réagissant sur le caséum.

D'après cela, j'avais appelé albumine proprement dite le corps qui se coagulait directement par l'ébullition, et matière albuminoïde, albumine modifiée ou de transition, c'est-à-dire passant de la nature de l'albumine à celle du caséum, le corps qui ne faisait que blanchir dans cette circonstance.

Faisant ensuite l'application de cette nouvelle notion, je disais :

« Sachant donc qu'il existe dans le lait ou une matière albumineuse proprement dite, ou de l'albumine modifiée, on se rendra facilement compte de la raison qui fait que le lait monte rapidement dans le premier moment de l'ébullition, alors que toute l'albumine n'est pas encore coagulée, tandis que, plus tard, il ne monte que beaucoup moins, et seulement en raison de la viscosité qui lui est communiquée par le caséum suspendu. On comprendra de même pourquoi l'ébullition développe dans le lait une odeur animalisée qui rappelle le blanc d'œuf coagulé en même temps qu'il prend une couleur plus blanche. On ne sera point surpris de voir au bout de quelque temps le lait bouilli former un léger dépôt blanc, surtout si le lait n'est pas récent, et l'on n'attribuera pas cet effet à une falsification. Enfin, on s'expliquera pourquoi le lait qui a bouilli est susceptible d'une plus longue conservation qu'auparavant, l'albumine coagulée étant bien moins altérable que dans l'état liquide, où elle forme un des corps les plus facilement putrescibles. »

(1) Quevenne, 2e mémoire sur le lait, *Annales d'hygiène publique*, t. 16, 2e partie, p. 257.

J'ai pareillement constaté la présence de cette matière albuminoïde dans le lait d'ânesse à l'état normal; dans celui de chèvre, et même dans ce dernier, j'ai dit que l'albumine y remplace quelquefois la presque totalité du caséum, toujours à l'état normal et le lait offrant les indices d'une bonne qualité. Quant au lait de femme, j'ai été bien moins affirmatif, et j'ai dit qu'il pouvait contenir une trace de matière albumineuse, sans affirmer qu'il en renfermât toujours. L'analyse que j'ai donnée de ce lait indique seulement 0,03 de cette matière pour 1 décilitre (1).

Expérience de M. Mitscherlich. — Tel était pour moi l'état de la question lorsque j'eus l'occasion de voir M. C.-G. Mitscherlich à l'époque de son voyage à Paris, en 1847.

Ce savant me dit avoir, de son côté, constaté la présence de l'albumine dans le lait à l'état normal, mais par une expérience différente de la mienne, et dont il voulut bien me rendre témoin.

Cette expérience consiste à ajouter à du lait un excès de sulfate de magnésie (le chlorure, le sulfate sodiques et divers autres sels neutres, alcalins ou terreux, peuvent aussi être employés, mais conviennent moins bien), et à agiter jusqu'à saturation. Le lait s'épaissit en même temps qu'il prend un aspect moins opaque.

Examiné au microscope, il laisse voir de vastes amas d'aspect grésillés emprisonnant les globules de matière grasse.

Versé sur un filtre, le mélange laisse écouler un sérum limpide qui, porté à l'ébullition, laisse *toujours* former un coagulum albumineux plus ou moins abondant. (Il s'agissait du lait de vache, sur lequel nous expérimentions.) — Le liquide, filtré de nouveau, puis reporté à l'ébullition, avec addition d'acide acétique, donne lieu à la production d'autres flocons, dus cette fois à la caséine.

Si l'on redélaie dans l'eau le précipité primitif formé par le sulfate de magnésie et resté sur le filtre, les granulations microscopiques qui le constituaient disparaissent, conjointement avec l'excès de sel : l'un et l'autre sont dissous par le liquide.

Telle est l'expérience de M. Mitscherlich. Si, au lieu de lait entier, on opère sur le sérum normal, c'est-à-dire sur du lait filtré par avance, les résultats sont plus palpables, en ce sens que l'on voit plus nettement le précipité primitif se former sous l'influence du sel; le coagulum par simple ébullition, et celui par l'ébullition et l'acide acétique se produisent d'ailleurs ensuite comme dans le premier cas.

Ainsi, de l'expérience de M. Mitscherlich, il résulte qu'il y a dans le lait, à l'état normal au moins, trois matières protéiques différentes :

1° Une substance albuminoïde susceptible de se précipiter sous l'influence de certains sels alcalins ou terreux, et pouvant ensuite se redissoudre dans l'eau;

2° Une autre matière parfaitement coagulable par l'ébullition, c'est l'albumine proprement dite;

3° Enfin la caséine, admise par tout le monde de temps immémorial.

Ce n'est pas seulement la matière albumineuse du lait qui est ainsi susceptible de donner lieu, sous l'influence de certains sels,

(1) Bien certainement M. Doyère ne connaissait qu'imparfaitement ce que ses devanciers avaient écrit sur le lait quand il a dit : « M. Lassaigne a fait voir que le lait pris avant le part est fortement albumineux; M. Quevenne a montré le même fait pour celui qui vient immédiatement après le part, et forme ce qu'on appelle la *mouille*. Mais quant à la présence constante de l'albumine comme l'un des principes constitutifs du lait normal, si elle a été soupçonnée, du moins n'a-t-elle encore jamais donné lieu à aucune recherche régulière (Doyère, *Étude sur le lait*, p. 9). »

M. Lassaigne a fait voir que le lait de vache renferme de l'albumine avant et *après* le part. Pour moi, j'ai dit que le même liquide, *dans son état normal*, renferme *toujours* ou de l'albumine proprement dite ou une matière albuminoïde. (*Voy.* plus loin l'historique.)

à un précipité momentanément insoluble, j'ai aussi constaté que l'albumine d'œuf étendue de partie égale d'eau et filtrée, de manière à l'avoir très-limpide et par conséquent exempte de matières en suspension (dans le sens ordinairement attaché à ce mot); que le sérum de sang très-limpide, pouvaient aussi laisser former un précipité léger par l'addition de sulfate de magnésie ou de chlorure de sodium, jusqu'à saturation.

Ceci tend donc à confirmer dans la pensée, ressortant déjà du reste des expériences de différents observateurs, que l'albumine, telle qu'on la rencontre dans les divers fluides organiques, n'est pas un principe simple, mais au contraire d'une nature complexe.

L'addition d'une petite quantité d'acide (acétique, lactique, chlorhydrique, phosphorique) favorise beaucoup la tendance du sel marin à former un précipité dans les liquides albuminoïdes dont nous parlons.

Le suc gastrique de chien, provenant de la digestion d'un repas composé de pain, viande et bouillon, filtré et très-limpide, additionné de 2 pour cent de sel marin, a déjà commencé à perdre sensiblement de sa limpidité. Dans une autre expérience où l'on avait mis 4 pour cent de sel, le trouble a été très-manifeste. L'accomplissement du phénomène est d'ailleurs favorisé par une légère élévation de température.

Il en a été de même dans un liquide chargé d'albumine d'œuf, acidulé et filtré.

On doit se demander, d'après cela, si l'un des effets du sel marin que nous ajoutons aux aliments ne serait pas de favoriser dans l'estomac la séparation de certaines des matières qui s'y trouvent, d'aider au suc gastrique à opérer une sorte de départ entre les différents éléments des substances alimentaires soumises à son action?

Mais revenons à l'albumine du lait.

On voit, par ce qui précède, que le fait de la présence de ce principe dans le liquide dont nous parlons était connu bien avant les expériences de M. Doyère et avait été enregistré dans la science.

En effet, pour achever d'élucider cette partie de la question, j'en résumerai ici l'historique en quelques lignes.

1832. — M. Lassaigne a établi que quarante jours avant le part et pendant les trente jours suivants, le lait de vache ne renferme que de l'albumine sans caséum; que pendant les dix jours qui précèdent le vélage et les quatre à six jours qui le suivent, ce fluide renferme un mélange d'albumine et de caséum (1).

1839. — MM. Chevallier et O. Henry confirment, dans leur travail sur les différents laits, le fait de la présence de l'albumine dans le lait de vache avant et après la parturition. Ils font la même observation pour le lait de femme, de chèvre et d'ânesse (2).

1841. — M. Quevenne observe que ce n'est pas seulement à l'époque de la parturition que le lait contient une matière albumineuse, mais qu'il en renferme constamment dans son état normal; seulement cette matière ne jouit pas toujours de la propriété de former, dans le sérum du lait qui la renferme, des flocons par le seul fait de l'ébullition. Il est des cas, et ce sont les plus fréquents, où elle ne fait que blanchir le liquide et le rendre opaque, peut-être alors l'albumine est-elle modifiée dans sa nature (3).

1847. — M. Mitscherlich, qui avait déjà fait plusieurs fois cette expérience en public, dans ses cours à Berlin, avant l'époque dont nous parlons, démontre que, si la matière albumineuse du lait ne se coagule pas toujours franchement par l'ébullition, cela ne paraît point tenir à une modification dans la nature de celle-là, mais bien à une différence dans celle du milieu où elle se trouve, puisque, par le fait de l'addition de certains sels neutres au lait, l'ébullition fait ensuite apparaître constamment les flocons; cette expérience permet à ce savant de dire nettement: « Il y a toujours de l'albumine dans le lait à l'état normal. »

De plus, M. Mitscherlich prouve par la même expérience qu'il existe dans le lait, outre cette albumine proprement dite, un autre principe, pareillement de nature protéique, qui se précipite tout d'abord par le seul fait de l'addition des mêmes sels, et peut ensuite se redissoudre dans l'eau.

1851. — M. Doyère trouve aussi de l'albumine dans le lait à l'état normal (1).

Enfin, en 1853, M. Girardin, dans un travail qui a pour point de départ l'examen de divers laits sécrétés dans des conditions anormales, annonce avoir aussi constaté que ce liquide, à l'état normal, renferme de l'albumine (2).

S'il ne s'était agi que de moi dans cette question de priorité, j'eusse sans doute négligé d'en parler, et j'aurais attendu, pour rétablir les faits, le temps où mes occupations pourront me permettre de publier les expériences diverses que j'ai faites sur le lait depuis mes premières recherches; mais la Note de M. Girardin devant avoir pour effet de consacrer en quelque sorte les droits que M. Doyère croyait avoir à la priorité de cette découverte, — et d'autre part, ayant été témoin des expériences de M. Mitscherlich en France, je me suis cru obligé à ne pas différer plus longtemps de publier celles-ci.

Et puis, chose plus importante que la question de priorité, il y avait, au point de vue de l'étude générale des substances albuminoïdes, à faire connaître les curieux phénomènes observés par M. Mitscherlich. (*Répert. de pharmacie.*)

(1) Doyère, *loc. cit.*
(2) Girardin, *loc. cit.*

(1) Lassaigne, *Ann. de chimie et de pharmacie*, t. 49, p. 31, 1832.
(2) A. Chevallier et O. Henry, *Journal de chimie médicale*, 1839, et mémoire tiré à part, p. 17.
(3) Quevenne, *loc. cit.*

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison: 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix: 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Des Granulations Méningiennes. Thèse de la Faculté de Paris, par M. le docteur Ern. Faivre, ancien élève des hôpitaux civils de Paris. — Au Bureau du Journal. — Prix: 2 fr.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix: 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 117. 1re année. Jeudi 29 Septembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par M. le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement médical simple, par M. F. Neucourt. — **CHIMIE MEDICALE, TOXICOLOGIE** : Recherches sur l'igasurine, par M. Desnoix. — Préparation du chloro-phosphure de mercure, par M. Stanislas Martin. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos* 23, 26, 32, 48, 72, 80, 101.)

TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN.

De tous les moyens thérapeutiques, tant internes qu'externes, employés contre le cancer en général, il n'en est aucun dont l'application n'ait été tentée dans le cancer de la mamelle ; nous dirons même qu'un assez grand nombre de méthodes et de procédés opératoires n'ont été imaginés qu'en vue du cancer de cet organe. Cela se comprend facilement : à lui seul, en effet, le cancer du sein est aussi fréquent que le cancer de tous les autres organes réunis ; toutes les variétés de forme, de nature et d'évolution de cette dégénérescence, s'y rencontrent journellement dans la pratique : joignons à cela que le sein est un organe presque entièrement isolé dans l'économie, que l'on peut en conséquence agir sur lui en toute liberté, sans compromettre les fonctions fondamentales de l'organisme, que sa position superficielle le rend accessible à tous nos moyens thérapeutiques. Rien n'est plus facile, en effet, que de la soumettre aux applications résolutives diverses, telles qu'emplâtres, pommades, agents compressifs, caustiques, etc., enfin, nul ne se prête mieux aux diverses opérations chirurgicales, y compris même l'autoplastie. Nous aurons donc, en traçant l'histoire de son traitement, à passer en revue presque toutes les ressources médicales et chirurgicales dont nous avons déjà donné l'indication succincte à l'occasion du cancer en général.

Traitement médical. — Ce traitement a pour but, soit de neutraliser la cause première du mal, soit d'obtenir la résolution des productions morbides ou d'enrayer leur développement, soit de combattre les accidents, tels que la douleur, les hémorrhagies, les sécrétions fétides, les engorgements œdémateux, soit enfin de soutenir les forces de l'organisme pour l'aider à prolonger la lutte.

1° *Moyens destinés à neutraliser la cause première du mal.* — A l'occasion du cancer en général, nous avons dit que le spécifique de cette affection était encore à trouver. Le mercure, l'iode, l'arsenic, le fer, le cuivre, l'ammoniaque, le charbon animal, la ciguë, le muriate de Baryte, le soufre doré d'antimoine, vantés par divers auteurs recommandables, n'ont aucune action réelle contre la maladie qui nous occupe, et les succès qu'on a pu leur attribuer tiennent évidemment à ce que le diagnostic n'avait pas été posé d'une manière rigoureuse. Mais si la science ne connaît point encore d'agents spécifiques propres à neutraliser la cause occulte du cancer, l'emploi sagement combiné des ressources hygiéniques et de certaines médications générales ne sont peut-être pas impuissantes à débarrasser l'organisme des conditions morbides au milieu desquelles le principe cancéreux se développe.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. Denucé, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106, 107, 108, 110, 113, 114, 115, 116.)

III.

PRODUCTIONS ACCIDENTELLES.

Les productions accidentelles ont été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches nombreuses et fécondes qui ont jeté un jour tout nouveau sur leur histoire. Sans entrer dans des détails qui nous écarteraient de notre sujet, nous devons établir quelques faits qui peuvent l'éclairer et qui ressortent des discussions nombreuses qui se sont agitées dans le sein de notre Société. Les productions accidentelles peuvent être divisées en trois grandes classes : 1° *les productions homœomorphes ;* 2° *les productions hétéromorphes ;* 3° *les productions parasites.* Cette distinction est très-importante, comme cela va ressortir des considérations dans lesquelles nous allons entrer.

Il ne suffit pas de dire qu'une production accidentelle peut se développer dans l'organisme, il faut établir comment ce développement s'effectue. Le vide, en effet, n'existe pas dans l'économie, et toute production qui se forme et qui s'accroît doit se faire soit en repoussant de toutes parts les parties environnantes, soit en s'interposant au milieu des éléments qui les constituent, soit en les transformant de manière à se substituer directement à eux.

L'apparition de tumeurs roulant sous les parties extérieures, qui sont soulevées sans être envahies, prouve que le premier procédé que l'on peut désigner sous le nom de *refoulement* est souvent employé par la nature, et voici dans quelles circonstances : lorsqu'une production n'offre pas des éléments épars et forme un noyau isolé, qu'elle est, comme l'on dit, *enkystée*, son développement ne peut évidemment se faire que de cette manière ; cela peut arriver dans toutes les espèces de tumeurs, et arrive inévitablement dans ces cas de productions parasites qui apparaissent de prime-abord sous la forme d'un organisme complet, enfoui dans le sein de nos tissus, mais incapables de les attaquer par son action propre. Ce refoulement a pour résultat : 1° la compression des parties molles du côté où elles trouvent un point d'appui, leur élongation du côté où elles en manquent et où la tumeur devient saillante, et, dans les deux cas, leur *atrophie ;* 2° la compression des parties dures ; et, comme le mouvement incessant de nutrition par lequel celles-ci sont entretenues cesse d'avoir lieu au point comprimé, leur *amincissement* progressif et leur *destruction* finale.

Mais lorsque les productions accidentelles ne sont pas enkystées, lorsqu'elles se

Nous savons, par exemple, que le cancer de la mamelle se manifeste surtout chez les femmes arrivées à la seconde moitié de l'âge adulte, vers l'époque où les fonctions menstruelles tendent à se modifier, que les émotions morales tristes, que la suppression de certaines dépurations chroniques spontanées ou artificielles, telles que les sueurs de pied, les hémorrhoïdes, des maladies herpétiques, un cautère, etc., peuvent favoriser le développement de la dégénérescence, qu'il en est de même du travail phlegmasique consécutif à une contusion. Or, si dès le début d'un engorgement de la glande mammaire, avant que celle-ci n'ait encore revêtu le caractère véritablement cancéreux, l'homme de l'art sait employer avec énergie et promptitude les moyens médicaux propres à dériver l'impulsion vicieuse de l'organisme, s'il sait stimuler à propos les dépurations naturelles ou en établir d'artificielles, s'il peut donner aux pensées de la malade une direction moins triste et trouver des distractions puissantes, s'il sait, par des applications topiques, par un régime sévère, par des évacuations sanguines sagement combinées, par une hygiène intelligente, amortir l'afflux sanguin et nerveux vers la glande, bien souvent il pourra enrayer le mal à son début, et peut-être prévenir à tout jamais sa manifestation.

On comprend qu'il n'est guère possible de spécifier d'une manière rigoureuse les détails infinis d'une médication dont les éléments sont si complexes.

2° *Moyens destinés à enrayer le développement des productions morbides, ou même à en obtenir la résolution.* — Ces moyens consistent surtout dans l'usage des dérivatifs, dans l'emploi des évacuations sanguines, des topiques, et dans l'observation de certaines précautions hygiéniques.

Dérivatifs. — Ce que nous avons dit des circonstances qui fréquemment président à l'apparition des tumeurs cancéreuses de la mamelle, nous permet de comprendre l'influence d'une dérivation puissante sur la marche et les progrès de ces affections: pour en obtenir tout le bénéfice possible, il importera donc de rechercher ces circonstances et de choisir de préférence, pour opérer la dérivation, les organes que certaines prédispositions rendent plus particulièrement aptes à cet usage. Quand, par exemple, l'apparition du mal aura coïncidé avec la suppression d'un flux hémorrhoïdal, d'un exanthème cutané chronique, d'une sueur locale habituelle, d'un exutoire, etc.

Les moyens dérivatifs devront surtout avoir pour but de rappeler ces dépurations naturelles, de même aussi quand on verra les efforts de l'organisme tendre à diriger vers tel ou tel organe une fluxion salutaire, c'est sur lui que le médecin devra porter l'action de ses moyens. Mais lorsqu'on ne peut saisir aucune indication spéciale, c'est plus particulièrement aux grands appareils sécréteurs qu'il importe de faire appel. De là l'opportunité des purgatifs, des diurétiques, des sudorifiques, des exutoires permanents, etc.

Relativement à ces derniers, il est une précaution qu'il ne faut pas perdre de vue; c'est de les placer, autant que possible, loin de la glande affectée, afin que l'irritation qu'ils déterminent ne vienne point, en se propageant aux ganglions voisins, apporter une complication fâcheuse. Ce sera donc aux membres inférieurs ou tout au moins au bras du côté sain qu'on devra les établir de préférence.

2° *Évacuations sanguines.* — Dans les affections cancéreuses du sein, on a souvent obtenu d'utiles effets de l'usage des saignées générales, mais si ces moyens sagement dirigés ont rendu quelques services, leur emploi intempestif présente de nombreux inconvénients. Lorsque le sein dans lequel se développe une tumeur carcinomateuse est en même temps le siége d'une fluxion évidente, quand les évacuations menstruelles sont devenues moins abondantes, ou se sont supprimées récemment, une ou plusieurs saignées générales ont souvent apporté un soulagement notable, et retardé les progrès de la maladie, mais chez les malades affaiblis déjà par de longues souffrances ou chez lesquels la nutrition a perdu son activité. Ces évacuations ne font plus que précipiter le terme fatal.

Quant aux saignées locales, par application de sangsues, bien qu'elles aient été préconisées par quelques chirurgiens éminents; nous pensons, en nous basant sur les l'expérience, qu'elles sont, en général, beaucoup plus nuisibles qu'utiles, et nous ne saurions trop engager les praticiens à s'en défier. Il nous est arrivé bien souvent de voir des tumeurs cancéreuses du sein qui, jusqu'alors, étaient restées complétement indolentes, et dont les progrès étaient pour ainsi dire insensibles, prendre tout d'un coup un accroissement rapide, devenir douloureuses, s'enflammer et passer à l'état d'ulcération sous l'influence de saignées locales intempestives, et d'un autre côté, nous n'avons jamais observé qu'elles aient eu le moindre effet avantageux pour diminuer les douleurs, retarder la marche de la dégénérescence; à plus forte raison pour la faire rétrograder.

Tout ce qu'on a dit sur l'utilité de cette médication nous paraît donc en contradiction avec l'observation rigoureuse des faits, et nous ne pouvons comprendre ce qu'en ont dit certains auteurs, qu'en admettant que les prétendues tumeurs cancéreuses guéries ou même améliorées par ce mode de traitement, n'étaient que de simples engorgements chroniques ou des hypertrophies glandulaires. Nous devons dire, néanmoins, que tout en prescrivant les applications de sangsues sur les tumeurs cancéreuses du sein, il est des complications de ces maladies où les saignées locales peuvent rendre quelques services; c'est lorsqu'à la maladie principale viennent s'ajouter certains phénomènes inflammatoires, tels surtout que des adénites simples; on sait, en effet,

---

développent sous forme d'éléments épars au milieu d'un tissu qu'elles modifient par leur présence et qu'elles font même souvent disparaître, de quelle manière procèdent-elles? Ici deux théories ont été mises en présence: 1° celle de la *substitution, transformation* ou *dégénérescence* dans laquelle les éléments primitifs d'un tissu changent de nature pour se convertir dans les éléments du tissu nouveau; 2° celle de l'*interposition* dans laquelle les éléments nouveaux se développent indépendamment des tissus existants, s'infiltrent entre les éléments de ceux-ci, les dissocient, les atrophient et finissent par les faire disparaître complétement.

De ces deux théories, la première longtemps en vogue, qui même a laissé son nom, mais un nom qu'il faut aujourd'hui rayer du langage scientifique, à tout un ordre de production, les *dégénérescences,* a été complétement renversée par les dissections fines et les observations microscopiques. Nulle part on n'a pu ni montrer, ni saisir ce travail transitoire d'un tissu normal se changeant en un tissu pathologique. Reste donc la théorie de l'*interposition* qui, au contraire, trouve un appui dans tout ce qui a été vu et consigné dans les observations.

En résumé, le développement des productions accidentelles au milieu des parties environnantes, se fait par un double mécanisme: l'*interposition* et le *refoulement.* De ces deux modes, le premier s'adresse particulièrement au développement moléculaire; le second, au développement en masse. Ils sont indépendants l'un de l'autre, mais ne s'excluent pas; ils peuvent, en effet, exercer une action isolée, simultanée ou successive. Isolée; ainsi les productions parasites internes se développent exclusivement par le refoulement; et, dans certains cas, les productions homœomorphes ou hétéromorphes exclusivement par l'interposition comme dans l'affection désignée sous le nom d'altération graisseuse des muscles dans certains états d'infiltration tuberculeuses ou cancéreuses. Simultanée, lorsque l'accroissement rapide et non limité d'une production nouvelle dans le sein d'un organe, augmente le volume de celui-ci et refoule ainsi de toutes parts les organes voisins. Successive, enfin, toutes les fois qu'une production développée dans un organe, s'est enkystée et continue sous cette nouvelle forme à s'accroître.

Non-seulement, des productions de toutes pièces ont la puissance de se développer dans l'organisme, mais cette puissance de développement peut entraîner certaines conséquences qu'il est utile de bien connaître.

Plusieurs d'entre elles, en effet, ont le privilége de déterminer une tendance à la *récidive* quand on les enlève, une véritable pullulation de la maladie qui se présente sous la forme de *foyers multiples* dans l'économie, et enfin un état général très-grave, une sorte d'empoisonnement ou d'*infection* de toute l'économie.

Ces trois faits, les récidives, les foyers multiples, l'infection peuvent exister simultanément, mais ils peuvent se présenter aussi isolément, c'est pourquoi il est bon de les distinguer et de rechercher les lois qui président à leur apparition.

L'infection est un véritable état d'intoxication qui frappe toute l'économie et détermine d'une manière à peu près fatale la récidive et la multiplicité des foyers;

que les engorgements ganglionnaires de l'aisselle qui compliquent si souvent certaines formes des cancers du sein, peuvent être dus à une simple irritation bénigne. Des applications de sangsues faites sur les engorgements et non sur la tumeur mammaire, sont quelquefois d'une utilité réelle, mais là se bornent leurs avantages.

3° *Applications topiques.* — Un grand nombre de topiques ont été préconisés contre le cancer du sein, mais nous pouvons le dire tout d'abord, aucun de ces prétendus spécifiques n'a résisté à une expérimentation sérieuse.

Faivre Desnans prétend avoir obtenu des guérisons au moyen du charbon animal résultant de la combustion de la chair musculaire du bœuf ou des ongles de porc.

Blaud cite un cas de cancer de la mamelle ulcéré depuis un an, guéri par des lotions faites avec une décoction de suif, et par une pommade faite avec la même substance.

Lombard, Alibert, Biett, disent avoir obtenu de bons résultats de cataplasmes de petite joubarbe (*sedum acre*).

Rust a vu guérir un cancer des mamelles par le même moyen.

Dzondi prétend avoir guéri deux cancers de la mamelle par les lotions d'eau froide continuées pendant sept et quatorze mois.

Devay, de Lyon, préconise le baume de conicine.

Carmichael recommande l'application de compresses imbibées de la teinture de muriate de fer, mélangé d'eau à partie égale.

Knothe affirme avoir retiré de bons effets d'une pommade composée de poudre de digitale, de savon blanc, d'huile de pétrole, de camphre et de carbonate d'ammoniaque.

Les cataplasmes de ciguë, de carotte crue, de fenouil d'eau, ont été vantés dans le même but par *Storck, Hall, Gilibert*, etc. Les pommades iodurées, l'onguent mercuriel, les emplâtres plombiques, ont été de même préconisés par un grand nombre de chirurgiens; mais nous répéterons, à l'égard de ces divers topiques, ce que nous avons déjà dit précédemment, qu'ils n'ont d'action réelle que sur les tumeurs qui ne sont point véritablement cancéreuses.

L'examen attentif des faits cités à l'appui de leurs propriétés résolutives suffit pour lever tous les doutes. Tantôt il ne s'agissait que de tumeurs hypertrophiques, d'engorgements syphilitiques tertiaires, et souvent même de simples engorgements inflammatoires.

Nous avons essayé nous-même toutes ces médications un grand nombre de fois, nous les employons encore tous les jours, tant contre les cancers du sein à leur première période, alors que les malades hésitent à se soumettre à l'opération, que dans les cancers avancés qui n'offrent plus de prise au traitement chirurgical; or, nous sommes forcés de l'avouer, jusqu'à présent, ces prétendus spécifiques ne nous ont donné aucun résultat, jamais, sous leur influence, nous n'avons vu de véritable cancer suspendre ses progrès, encore moins marcher vers la résolution.

Sans proscrire leur emploi à titre d'essai, nous devons donc néanmoins engager les praticiens à ne pas continuer longtemps des tentatives infructueuses, dont le moindre inconvénient est de laisser le mal prendre un accroissement dangereux.

3° *Moyens médicaux destinés à combattre les accidents divers déterminés par le cancer du sein.* — Les accidents qui peuvent compliquer le cancer du sein sont principalement la douleur, les hémorrhagies, les suppurations abondantes, l'œdème du membre supérieur, et les troubles du côté des organes respiratoires.

Douleurs. — Outre la sensibilité exquise propre à la mamelle, qui rend la plupart des affections de cet organe si douloureuses, la proximité des plexus nerveux de l'aisselle, fait que le cancer de cet organe, compliqué surtout de l'engorgement des ganglions, détermine fréquemment des douleurs intolérables; aussi, parmi les moyens thérapeutiques dirigés contre le cancer du sein, voyons-nous toujours figurer, au premier rang, ceux qui possèdent, à un certain degré, la propriété de calmer les douleurs, nous dirons même que la plupart des prétendus résolutifs ne doivent leur réputation qu'à leur propriété calmante; lors, en effet, que les malades éprouvent quelque soulagement à leurs souffrances, ils se persuadent facilement que leur mal a diminué, et le chirurgien lui-même s'en laisse quelquefois imposer à cet égard. C'est ainsi que l'on peut expliquer la réputation de certaines préparations devenues vulgaires dans le traitement des maladies qui nous occupent.

Au premier rang, nous citerons les narcotiques proprement dits, tels que la ciguë si vantée par Storck, et que M. Devay, de Lyon, a préconisée tout récemment encore; cette plante possède réellement des propriétés narcotiques puissantes et d'autant plus avantageuses que l'on peut continuer son usage un temps fort considérable sans altérer les fonctions digestives.

On l'emploie tant à l'intérieur sous forme de pilules, qu'à l'extérieur sous forme de pommade ou de cataplasme.

Toutes les autres substances narcotiques peuvent être appelées aussi à rendre des services, attendu que l'action calmante d'un médicament s'épuise, en général, assez vite ou fatigue l'organisme. Il convient alors, non pas de renoncer à leur emploi, mais de les varier de toutes les manières. C'est ainsi que, tour à tour, l'opium ou ses préparations diverses, sous forme de pilules, de gouttes de potions ou bien en topiques, aura souvent de grands avantages : nous employons souvent le laudanum de Sydenham pur, à la dose de 8 à 10 grammes, dont nous imbibons

---

mais la réciproque est bien loin d'être vraie; *la récidive et la multiplicité des foyers n'impliquent pas l'existence d'une infection.*

La récidive, en effet, peut tenir à deux autres causes : 1° on peut n'avoir pas enlevé toute la production nouvelle; 2° la disposition individuelle qui a déterminé l'apparition de cette production peut amener sa réapparition. La multiplicité des foyers en dehors de l'infection trouve aussi une double explication : 1° l'irradiation par la voie des lymphatiques jusqu'aux ganglions voisins; 2° l'action simultanée des mêmes causes sur plusieurs points de l'économie.

Je vais tâcher, messieurs, de préciser les circonstances dans lesquelles ces trois faits; la récidive, la multiplicité des foyers, l'infection, se rencontrent.

1° Parmi les causes qui produisent la récidive, celle qui nous paraît la plus constante est la persistance, après l'ablation, d'une portion des éléments qui composent la production. Aussi, la fréquence de la récidive est-elle en raison directe de la diffusion de ces éléments. Quand ceux-ci se présentent sous la forme d'une masse nettement délimitée ou enkystée, la récidive n'a pas ordinairement lieu; c'est ce qui arrive pour les productions parasites en général, pour les tumeurs graisseuses, fibreuses, cartilagineuses, osseuses, parmi les productions homœomorphes, et pour les abcès et quelques cas de tubercules parmi les hétéromorphes. Au contraire, dans les productions épithéliales et fibro-plastiques, parmi les homœomorphes, dans les cancers, parmi les hétéromorphes, dont les éléments sont pour ainsi infiltrés jusqu'à une distance qu'il est difficile d'apprécier dans le sein de nos tissus, la récidive a presque toujours lieu. La règle que nous venons d'établir n'est pas absolue, parce que, comme nous l'avons vu, la récidive peut tenir à deux autres causes : la réapparition sur place, en vertu de la même disposition individuelle qui avait amené l'apparition, et, en second lieu, l'infection.

2° *La multiplicité des foyers* peut se rencontrer dans les diverses espèces de productions accidentelles, mais souvent avec une signification toute différente.

Lorsqu'elle tient à l'irradiation des éléments de la production, par la voie des sympathiques jusque dans les ganglions, elle reste confinée dans une certaine sphère d'activité dont elle ne sort pas. Cette première espèce de multiplicité des foyers ne peut évidemment se montrer que dans les productions dont les éléments sont assez *ténus* pour passer dans les vaisseaux lymphatiques déliés, et assez indépendants pour être facilement entraînés. On conçoit dès lors que les tumeurs parasites, et certaines tumeurs homœomorphes, les lipômes, les tumeurs osseuses, cartilagineuses, etc., soient à l'abri de ce genre de multiplicité des foyers, tandis que d'autres, parmi ces dernières, telles que les tumeurs épithéliales, fibro-plastiques, ainsi que toutes les productions homœomorphes, y sont continuellement exposées.

Lorsque la multiplicité des foyers tient à l'action simultanée des mêmes causes sur plusieurs points de l'économie, elle n'exerce plus cette action élective; elle peut se présenter dans toutes les espèces de productions, dans les homœomorphes, dans les hétéromorphes et dans les paratites, dans les tumeurs graisseuses, comme il en existe plusieurs exemples, dans les tumeurs fibreuses, comme M. Leudet

la charpie destinée au pansement ; les feuilles de datura stramonium, de morelle, de jusquiame, de belladone, sont aussi d'utiles auxiliaires. Mais, disons-le par avance, les moyens chirurgicaux sont souvent les plus puissants palliatifs de la douleur, en ce qu'ils permettent de détruire, au moins momentanément, son foyer principal.

4° *Moyens médicaux propres à combattre les hémorrhagies.* — Il est vrai que les hémorrhagies constituent une complication grave des cancers du sein : par sa position superficielle cet organe est, en effet, accessible aux topiques de toutes sortes, ainsi qu'à toutes les manœuvres opératoires ; les substances astringeantes telles que l'alun, le tannin, la colophane, le protosulfate de fer, suffisent, en général, pour arrêter l'écoulement du sang, surtout quand on y joint l'application de substances absorbantes, telles que la charpie, l'amadou, le coton cardé, et qu'on exerce une compression régulière ; ici encore, les moyens chirurgicaux proprement dits et les caustiques en particulier rendent d'éminents services, en détruisant les végétations fongueuses, d'où proviennent en général les hémorrhagies : si le cancer du sein s'est propagé vers les ganglions de l'aisselle, et si l'hémorrhagie provient du fond de ces excavations, la question est bien différente ; tous les moyens dont nous venons de parler deviennent d'une application difficile ; le chirurgien a souvent peine à reconnaître, au fond de l'excavation axillaire, le point précis d'où le sang s'échappe, l'absence de plancher solide propre à servir d'appui à une compression régulière, la laxité du tissu cellulo-graisseux qui abonde dans cette région, rend le tamponnement inefficace et dangereux ; la cautérisation elle-même présente des dangers en raison du nombre et de l'importance des organes vasculaires et nerveux qui se trouvent dans le voisinage ; aussi importe-t-il d'établir une distinction capitale entre le cancer du sein borné à la région mammaire, et celui qui s'est propagé dans le creux de l'aisselle ; c'est même cette propagation qui fait presque toute la gravité de la maladie qui nous occupe, non-seulement sous le point de vue de l'hémorrhagie, mais encore sous presque tous les rapports.

Dr Alexis Favrot.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement *médical* simple,

Par F. Neucourt, *ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Verdun.*

Il y a peu, il n'y a peut-être point de branche de l'art de guérir qui ait fait, depuis une vingtaine d'années, autant de progrès que la médecine opératoire. Des opérations nouvelles, des méthodes plus heureuses, une régularité jusqu'alors inconnue, ont amené une exactitude presque mathématique dans la marche à suivre pour l'opérateur. D'autre part, la nécessité pour tous les médecins d'être instruits des procédés opératoires, réservés jusque-là aux seuls chirurgiens, l'extrême habileté d'un certain nombre, la hardiesse poussée jusqu'à la témérité, dans l'espoir de capter les suffrages de la foule, tout cela a entraîné les esprits de telle sorte, qu'il y a peut-être imprudence à prétendre qu'un progrès aussi réel et aussi palpable dans une branche importante de la chirurgie, ait pu entraîner des abus à sa suite.

Sans avoir la prétention de faire le départ entre les bons et les mauvais opérateurs, les bonnes et les mauvaises opérations, je veux seulement, au moyen de quelques cas particuliers, que le hasard m'a permis d'observer, et dont les circonstances m'ont rendu, en quelque sorte, simple spectateur, faire voir quelles ressources extraordinaires la nature possède parfois pour arriver à la guérison. Je suis loin de donner les observations suivantes comme des modèles à suivre ; mais, outre l'intérêt qu'elles présentent par elles-mêmes, elles viennent à l'appui de cette vieille vérité souvent méconnue : c'est qu'en dehors de l'intervention active de l'opérateur, la nature possède de précieuses ressources dont il faut tenir compte, avant de se décider à intervenir trop activement, et dont on pourrait se priver en agissant avec précipitation.

1re *Observation. — Hernie ombilicale du volume d'une tête d'adulte ; développement d'une inflammation suivie de gangrène ; guérison sans opération.*

En octobre 1850, je fus appelé à Sivry pour une femme de 60 ans, qui, depuis plusieurs jours, était gravement malade.

Je trouvai une femme robuste, bien constituée ; j'appris qu'elle avait eu dix enfants, et qu'à la suite d'une de ses couches elle commença à s'apercevoir d'une petite tumeur au nombril. Cette tumeur augmenta peu à peu, et, par une négligence encore trop fréquente dans les campagnes, cette femme ne consulta ni médecin, ni sage-femme, de sorte que la tumeur acquit le volume d'une tête d'adulte et tombait jusqu'à moitié des cuisses. De temps en temps, elle était le siége de coliques vives avec nausées, constipation, douleur et tension de la tumeur. Mais ces accidents se calmaient facilement, et la malade n'y donnait pas plus d'attention.

Cependant, à l'époque dont j'ai parlé, la tumeur devint le siége de douleurs extrêmement vives : des vomissements survinrent, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis brunâtres, et les accidents devenant très-graves, on m'envoya chercher.

Je trouvai la tumeur comme il a été dit, ayant le volume d'une

---

nous en a montré un cas (1), dans les tumeurs fibro-plastiques, ainsi que M. Combessis (2) nous a rapporté une observation, dans les abcès, dans les tubercules, alors qu'il n'existe pas d'infection, dans les hydatides enfin, comme M. Gaillet (3) nous l'a fait voir dans un fait remarquable qu'il a mis sous nos yeux.

La cause de beaucoup la plus fréquente de la multiplicité des foyers est l'infection, c'est ce qui fait qu'on l'a regardée comme l'apanage presque exclusif des productions hétéromorphes.

3° L'*infection* appartient en effet exclusivement à celles-ci. Seules, elles sont composées d'éléments étrangers susceptibles d'introduire dans le torrent circulatoire des produits hétérogènes qui vont se répandre dans toute l'économie, et qui peuvent par conséquent devenir la source d'un véritable empoisonnement. Cette proposition, cependant, n'a pas passé sans rencontrer de contradiction, et bien des chirurgiens voient encore dans les tumeurs fibro-plastiques, par exemple, des productions qui, sous tous les rapports, se comportent comme le cancer.

Je ne veux pas, messieurs, rentrer dans un débat qui semble aujourd'hui bien et dûment épuisé ; je vous rappellerai seulement que notre Société s'est des premières et unanimement élevée contre une semblable assertion. Des premières, elle a fait ressortir qu'il n'y avait pas d'assimilation possible entre une affection que l'on rencontre six fois dans la science accompagnée de foyers multiples, et le cancer qui se présente à peu près constamment sous cette forme ; que la véritable ligne de démarcation entre les productions homœomorphes et hétéromorphes ne réside pas dans l'existence d'un plus ou moins grand nombre de foyers, mais dans cette puissance d'infection que les productions hétéromorphes possèdent seules ; et enfin, que cet état d'infection doit être bien distingué de l'état de marasme et d'épuisement que l'on rencontre constamment dans la terminaison des affections qui ont plusieurs fois récidivé ou qui frappent à coups multipliés les organes importants de l'économie.

Je ne citerai qu'un exemple parce qu'il nous appartient, c'est ce cas de production fibro-plastique généralisée, le sixième que l'on connaisse, qui nous a été offert par M. Combessis. Le malade, dont on a trouvé à l'autopsie les poumons criblés de masses fibro-plastiques, avait eu « des crachements de sang, des oppressions, etc. ;... on a cru à une phthisie... il est tombé dans le marasme... il est « mort d'épuisement. » Ou je me trompe fort, ou ce n'est pas bien certainement de l'infection que l'auteur a eu l'intention de décrire.

Après ces considérations, qui nous ont été inspirées par les discussions qui se sont élevées dans le sein de notre Société, nous allons passer rapidement en revue les principaux faits qui en ont été l'occasion.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Page 128. — (2) Page 209. — (3) Page 519.

tête d'adulte et formant véritablement comme un second ventre en dehors de l'autre. Cette tumeur était bosselée, rendant un son tympanique à la percussion ; la peau en était très-fine et luisante, rouge par places, de couleur naturelle dans d'autres ; ayant un pédicule très-volumineux. En même temps, vomissements brunâtres et très-fréquents ; constipation depuis quarante-huit heures ; peau chaude ; pouls à 120, assez développé ; état général de faiblesse et presque d'adynamie.

Prescription. Vingt sangsues autour du pédicule, grand bain, cataplasmes émollients, lavements laxatifs.

Bientôt la tumeur présenta des parties livides ; des escarres très-étendues se détachèrent ; il survint un flux de matières stercorales par l'ouverture que déterminèrent les escarres en tombant. A partir de ce moment, les vomissements cessèrent et l'état général parut s'améliorer.

Comme la malade était loin de mon habitation (10 kilomètres de Verdun), je ne pouvais y aller souvent, et je n'ai pu, à mon grand regret, la suivre d'assez près pour dire quelle part eut la peau qui recouvrait la tumeur, quelle part eurent l'épiploon et les intestins dans la production des escarres. Quoi qu'il en soit, il resta au dehors une partie volumineuse et flasque : cette partie devint de moins en moins volumineuse ; de sorte que, au bout de trois semaines, il n'y avait plus à l'ombilic qu'une ouverture un peu plus large qu'une pièce de 5 francs, et par laquelle sortaient tous les aliments et toutes les boissons.

Je pensai que cette femme succomberait aux suites de cet anus contre nature, comme on en cite souvent des exemples. Cependant je fis faire des injections de bouillon dans l'ouverture accidentelle : je fis donner des lavements de bouillon, et la malade prit quelques aliments demi-liquides. En même temps, je fis faire des tampons d'écorce de chêne trempés dans du vin et qui obturaient l'orifice.

L'ouverture se resserra peu à peu ; on diminua le volume des tampons, et en février 1851, cinq mois après le début des accidents, je revis cette femme qui avait repris de l'embonpoint et toutes les apparences de la santé. A la place de l'énorme tumeur que j'avais observée, il ne restait plus qu'un orifice sinueux dans lequel la malade introduisait une mèche, et par lequel suintaient les boissons et les aliments mous, qui, d'après mon conseil, formaient sa nourriture exclusive. A plusieurs reprises, il y avait eu des selles diarrhéiques, mais c'était par exception.

Cette malade vint me voir le 15 juin 1851, après avoir fait le trajet en voiture. Elle a très-bonne mine, quoiqu'elle soit moins colorée et moins grasse qu'autrefois. Les matières passent en grande partie par l'anus contre-nature, mais il y a des selles assez fréquentes. Autrefois, les aliments rendus par l'orifice ombilical étaient facilement reconnaissables ; actuellement, les matières sont beaucoup mieux digérées.

Pendant quelques jours, l'oblitération parut presque complète, mais il survint de violentes coliques avec vomissements, les matières franchirent de nouveau l'ouverture ombilicale, et les garderobes devinrent encore une fois exceptionnelles.

J'ai de temps en temps des nouvelles de cette femme, dont la santé continue à être satisfaisante : il existe encore un suintement habituel par la fistule ombilicale, mais les selles sont fréquentes et abondantes (août 1851).

Remarques. — Lorsque je me trouvai en face de la malade, je fus fort embarrassé. La forme de la tumeur, son élasticité, le son tympanique qu'y développait la percussion, ses bosselures, les accidents produits par l'interruption au cours des matières, l'amincissement extrême de la peau, sous laquelle se dessinaient les circonvolutions intestinales, ne permettaient pas de douter que la tumeur ne fût en grande partie formée par une anse intestinale : l'épiploon n'y ayant que la moindre part, contrairement à ce qu'on observe d'habitude dans ces sortes de cas. Je devais, en conséquence, considérer les accidents comme d'autant plus graves.

En consultant les auteurs que j'avais à ma disposition, je lus dans Boyer un cas de tumeur ombilicale aussi volumineuse, dans laquelle, à la suite d'une déchirure qui se fit à la peau, il survint des accidents qui enlevèrent la malade en vingt-quatre heures.

Je ne trouvai rien dans J.-L. Petit qui se rapportât au cas actuel, mais je relus les observations dont j'avais déjà été frappé, qui ont rapport à des hernies diverses, gangrenées, et qui ont fini par guérir sans opération. Dans les cas d'exomphales dont il parle, la tumeur était réductible.

Dans le premier volume des *Mémoires* de l'Académie de chirurgie, il est question de hernies ombilicales très-volumineuses, mais on ne cite aucun cas dans lequel il y ait eu des accidents d'étranglement. Dans le second volume, on trouve un mémoire de Louis, dans lequel il cite un grand nombre de personnes qui ont guéri malgré la gangrène de la hernie : il n'y en a pas, il est vrai, qui se rapportent à des exomphales.

Mais le point capital et embarrassant, c'était le traitement. Boyer dit que, lorsque cette hernie s'étrangle, il faut en venir à l'opération, et d'autant plus vite, qu'en général les symptômes ont plus d'intensité, et que la gangrène se développe plus promptement que dans toute autre espèce de hernie. Puis il ajoute immédiatement, ce qui n'était guère rassurant : « On a « observé que cette opération a très-souvent une issue malheu- « reuse. »

Dans tout ce qu'il dit, il s'agit évidemment de l'étranglement dans l'exomphale réductible ; mais j'avais affaire à un cas où elle était irréductible. Voici ce que dit le même auteur à ce sujet : « Quand l'exomphale étranglée est très-volumineuse et n'a pas été réduite depuis très-longtemps, s'il n'y a aucun symptôme de gangrène, au lieu d'inciser les enveloppes de la tumeur et de mettre les parties qui la forment à découvert, on doit fendre l'ouverture herniaire et faire cesser l'étranglement sans ouvrir le sac, ou en ne l'ouvrant que dans l'étendue nécessaire pour opérer le débridement. »

J'avoue qu'en présence du pronostic extrêmement fâcheux de Boyer, et en considérant le cas auquel j'avais affaire, je craignis, en opérant, d'aggraver la position de la malade au lieu de l'améliorer.

Je devais compter sur de nombreuses adhérences qui m'empêcheraient de réduire, même une partie de la tumeur.

Je comparais ce que je trouvais dans Boyer avec ce que dit Louis : « La dilatation n'est recommandée en général, dans l'o- « pération de la hernie, que pour faciliter la réduction des parties « herniées. »

Pott, d'un autre côté, traitant de la cure de la hernie ombilicale, dit : « Quoique j'aie conseillé le prompt usage du bistouri « dans la hernie inguinale et scrotale, mon avis n'est pas qu'on « se presse autant dans celle dont il s'agit à présent. Le succès « de cette opération est très-rare, et je ne la ferais que comme « dernier remède. »

Dans le cas que j'avais à traiter, il existait, il est vrai, des signes d'étranglement ; cependant, le pédicule était extrêmement volumineux, la tumeur était rouge et douloureuse, de sorte que les accidents paraissaient surtout inflammatoires, et le débridement ne présentait que de bien faibles chances de succès pour les faire cesser.

Je sentais que c'était une nouvelle plaie à ajouter aux complications que je prévoyais ; et comme j'avais tout à craindre pour une terminaison fatale, je jugeai que les chances que présentait mon intervention active n'étaient pas suffisantes pour me déterminer à porter la responsabilité de cette intervention, et j'attendis.

Le résultat fut plus favorable que je n'avais osé l'espérer, puisque la malade vit encore, sujette à une incommodité qui est devenue peu fâcheuse, et qui tend tous les jours à disparaître.

Les moyens que j'ai employés sont peu actifs : je me suis borné à des compresses trempées dans une décoction de quinquina, remplacées plus tard, lorsque la plaie fut bien détergée, par un tampon rempli de tan et trempé dans du vin ; à des lavements et à des injections de bouillon, moyen dont je m'étais déjà bien

trouvé dans une autre circonstance ; enfin, dans un régime approprié.

Beaucoup de chirurgiens, surtout dans les hôpitaux, seront peu satisfaits de me voir invoquer contre l'opération, la responsabilité qui en était pour moi la conséquence. Cela importe peu dans un hôpital, il est vrai, mais dans la pratique civile c'est autre chose. J'avais à l'appui de ma manière de voir un fait tout récent et d'une autre nature : un confrère des environs m'avait appelé en consultation pour visiter une femme de 60 ans, atteinte d'une hernie crurale étranglée. Je proposai l'opération et je passai deux heures à faire tous mes efforts pour y déterminer la patiente et les parents. Ces derniers me demandèrent si en l'opérant je répondais de la sauver. Je dis nettement que non, que la malade mourrait infailliblement sans l'opération, et que là était sa seule chance de salut. Je partis sans pouvoir rien obtenir, et deux jours après j'appris la mort de la malade. — Lorsque l'on a par devers soi des faits de cette nature, on comprend qu'on y regarde à deux fois avant de tenter une opération aussi hasardeuse que celle de notre première malade.

Voici donc un premier fait dans lequel un excellent résultat a été obtenu sans l'intervention de la médecine opératoire ; et à considérer les choses sans prévention, on peut se demander si on aurait aussi bien réussi avec l'opération. Le suivant, dans un autre genre d'accident, me paraît prêter à des réflexions sérieuses dans le même sens.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE MÉDICALE. — TOXICOLOGIE.

Recherches sur l'igasurine,

Par M. Desnoix.

Si les propriétés actives de la noix vomique sont connues depuis longtemps, il n'en est pas de même des principes auxquels ces semences doivent leurs propriétés.

C'était à MM. Pelletier et Caventou qu'était réservée la gloire d'isoler la matière active de la noix vomique, de la fève Saint-Ignace, de la fausse angusture, etc, et de jeter un jour tout nouveau sur la composition d'une série de médicaments, dont l'efficacité bien reconnue a rendu et rend encore tous les jours de si grands services à l'art de guérir.

Pendant mon séjour à la Pharmacie centrale des hôpitaux, j'ai eu diverses fois à préparer de la strychnine, et j'ai traité chaque fois 100 kilogrammes de noix vomique râpée. C'est dans le cours de ces opérations que j'ai découvert cette substance, que je désignai tout d'abord sous le nom d'igasurine ; bien que ce nom implique qu'elle ait été trouvée pour la première fois dans la fève Saint-Ignace, qui porte le nom d'igasure dans le pays où elle croît, je n'ai pas cru devoir le changer, dans la persuasion où je suis qu'on la rencontrera non-seulement dans cette semence, mais encore dans la fausse angusture, et peut-être dans les autres strychnées.

Préparation. — L'igasurine se trouve dans les eaux-mères dont on a précipité la strychnine et la brucine, par la chaux, à la température de l'ébullition.

Il suffit, pour l'obtenir, d'abandonner ces eaux-mères à elles-mêmes pendant quelques jours. Si elles sont suffisamment concentrées, on trouvera l'igasurine cristallisée et tapissant les parois des vases qui les contiennent ; si, au contraire, elles sont trop étendues, il faut les évaporer au bain-marie, jusqu'à ce qu'elles donnent des cristaux. Ces cristaux seront recueillis et traités par de l'eau distillée, acidulée par l'acide chlorhydrique ; cette solution, traitée par le charbon animal et précipitée par l'ammoniaque, laissera déposer l'igasurine sous forme d'une poudre blanc jaunâtre, amorphe d'abord, et qui, en s'hydratant, ne tardera pas à prendre une texture cristalline ; une manipulation semblable à la première suffira pour blanchir complétement l'igasurine. On la reprendra par l'alcool à 25 degrés, pour séparer un peu de phosphate de chaux enlevé au charbon par l'acide chlorhydrique et précipité par l'ammoniaque ; le précipité laissé au contact de la liqueur cristallisera en quelques heures ; on le recueillera pour le faire sécher entre des feuilles de papier Joseph. L'igasurine ainsi obtenue est parfaitement blanche et cristallisée en prismes soyeux disposés en aigrettes, contenant environ 10 pour cent d'eau de cristallisation d'une saveur très-amère, persistante. La différence de solubilité dans l'eau de cette substance étant un des caractères essentiels qui la distinguent de la strychnine et de la brucine, je me suis appliqué à déterminer avec soin son degré de solubilité. J'ai fait pour cela plusieurs essais et de différentes manières, et je suis arrivé à constater qu'il suffisait de 100 parties d'eau bouillante pour la dissoudre, et que la même quantité de liquide, en se refroidissant, en retenait environ la moitié ; la seconde moitié, en se précipitant, prend une texture cristalline magnifique. Ces cristaux, disposés en houppes soyeuses, remplissent tout l'espace occupé par le liquide, et le tiennent emprisonné au point qu'en renversant le vase, il ne s'en écoule pas une seule goutte. L'alcool froid ou bouillant, étendu ou concentré, la dissout avec la plus grande facilité. Elle est également très-soluble dans l'alcool absolu, le chloroforme, l'essence de térébenthine, les huiles volatiles, soluble dans les huiles fixes. L'éther la dissout en petite quantité à 20 degrés au-dessus de zéro ; la liqueur, en se refroidissant, n'en abandonne pas la plus petite partie.

Soumise à l'action de la chaleur, elle fond à la manière d'une résine ; si l'on prolonge l'action de cet agent, elle se décompose en laissant dégager des vapeurs ammoniacales et les produits ordinaires de la combustion des matières organiques azotées. Je n'ai pas remarqué qu'en vase clos elle se volatilisât avant de se décomposer.

Si, au lieu d'élever la température au point de la décomposer, on opère au contraire avec précaution, elle perd son eau de cristallisation, et c'est par différentes expériences de cette nature que je suis arrivé à démontrer qu'en cristallisant elle se combinait avec 10 pour cent d'eau.

Propriétés optiques. — Le pouvoir moléculaire rotatoire de l'igasurine a été déterminé en suivant la formule de M. Brot :

$$[\alpha] = \frac{m\alpha}{l\lambda\delta}.$$

Conformément à la formule, on a employé les dénominations suivantes, dont les éléments ont été déterminés par l'expérience :

λ proportion pondérale de la substance active dans chaque unité de poids de la solution $= 0{,}05$.

Le dissolvant était l'alcool à 33 degrés centigr.

δ la densité de la solution prise comparativement à l'eau distillée $= 0{,}8915$, à la température de 15 degrés.

l = la longueur du tube d'observation en millimètres $= 500$.

αm la déviation du plan de polarisation observé à travers le tube de la longueur l évaluée pour une longueur de 100 millimètres : la liqueur étant colorée en rouge, vue à travers une épaisseur de 500 millimètres, a été de -14 degrés ♁.

En calculant ces données, on a le pouvoir moléculaire rotatoire de l'igasurine : $[\alpha] = -62{,}9$ ♁.

Ce nombre est très-rapproché de celui que M. Bouchardat a obtenu pour la brucine ; en effet, la moyenne des deux expériences rapportées par M. Bouchardat a été de $-62{,}88$. (*Ann. de chimie et physique,* 3e série, t. 9, p. 219.)

Comme pour la strychnine, comme pour la brucine, le pouvoir moléculaire rotatoire diminue considérablement, mais en restant vers la gauche, lorsqu'on ajoute un acide à la solution alcoolique.

Propriétés chimiques. — Les acides agissent sur l'igasurine d'une manière différente lorsqu'ils sont concentrés ou étendus. L'acide nitrique concentré rougit très-fortement l'igasurine ; si l'on ajoute à ce mélange quelques gouttes de chlorure d'étain, la couleur passera au violet. Cet acide se comporte donc dans cette circonstance comme avec la brucine : j'ai remarqué cepen-

dant que la couleur que prend l'igasurine est plus intense que celle communiquée à la brucine, et cette remarque m'a fait supposer que cette propriété était communiquée à la brucine par l'igasurine. J'ai cherché à vérifier cette manière de voir par l'expérience, tous mes efforts ont été infructueux ; je ne désespère pas cependant d'arriver à résoudre cette question dans le sens que j'ai indiqué.

L'acide sulfurique la colore en rose d'abord, la couleur passe au jaune, puis au vert jaunâtre; il agit donc encore dans ce cas comme avec la brucine.

Les acides étendus se combinent avec elle et forment des sels qui sont, en général, solubles dans l'eau, et cristallisent avec facilité, même le nitrate.

La potasse, la soude et l'ammoniaque la précipitent de ses dissolutions ; si l'on ajoute un excès de liqueur alcaline, de potasse surtout, le précipité qui s'était formé d'abord se redissout.

Si l'on fait arriver un courant de chlore dans une dissolution très-étendue de chlorhydrate d'igasurine, on voit la liqueur se colorer en rose, en rouge, puis en jaune, et chaque bulle de gaz se couvrir d'une pellicule blanche qui se dépose au fond de l'éprouvette sous forme de poudre blanche. Si l'on cesse l'action du chlore, le précipité se redissout par l'agitation, et, peu de temps après, la solution perd sa couleur rouge, pour n'en conserver qu'une légèrement verdâtre comme de l'eau chlorée. La brucine donne lieu aux mêmes phénomènes de coloration, mais, au bout d'un moment seulement, elle se dépose sous la forme d'une matière résineuse jaune. Le chlore agit sans doute, dans cette circonstance, en se substituant à un ou plusieurs équivalents d'hydrogène. Le précipité obtenu serait, dans ce cas, une chloro-base, la chloro-igasurine.

L'iodure de potassium ne détermine d'abord pas de changement dans une solution d'igasurine ; le lendemain, cependant, on trouve les parois de l'éprouvette garnies de cristaux légèrement colorés en jaune rougeâtre. L'iodure de potassium ioduré y détermine, au contraire, un précipité brun, constituant sans doute un composé analogue à ceux indiqués par Pelletier, et préparés avec facilité par le procédé de M. Bouchardat. Le chlorate de potasse ne précipite pas l'igasurine de ses dissolutions.

Ces dissolutions sont, au contraire, précipitées en jaune par le bi-chlorure de platine, en blanc par le tannin et la noix de galle.

L'igasurine est précipitée sous la forme de cristaux aiguillés par le bi-carbonate de soude et la potasse en présence de l'acide tartrique ; la strychnine présente le même caractère, à cette différence près que le précipité n'a pas la même forme, tandis que la brucine, placée dans les mêmes conditions, n'est pas précipitée par ces réactifs.

J'ai déterminé approximativement la capacité de saturation de ce nouvel alcaloïde : les expériences que j'ai faites ne sont pas assez nombreuses, et l'opération n'a pas été suffisamment complétée, pour me permettre de poser des chiffres dont je puisse garantir l'exactitude.

J'ai fait passer sur 1 gramme d'igasurine parfaitement sèche, disposée dans un tube recourbé en U, plongé dans un bain-marie d'eau bouillante, communiquant de chaque côté avec un tube à chlorure de calcium, un courant d'acide chlorhydrique. Au bout d'une heure à peu près, j'ai enlevé le ballon d'où se dégageait le gaz acide, et j'ai remplacé le courant d'acide chlorhydrique par un courant d'air que j'ai continué toute la journée ; j'ai pris mon tube qui pesait avant l'expérience 39,78, j'ai pesé de nouveau et j'ai constaté une augmentation de 0,14. Une seconde opération semblable ne m'a donné une augmentation de poids que de 13,50. Ces deux chiffres s'accordent assez pour permettre de conclure de ces deux expériences que l'igasurine tient le milieu entre la brucine et la strychnine, par son pouvoir de saturation des acides.

Sels d'igasurine. — *Sulfate.* — Le sulfate d'igasurine se prépare avec facilité en saturant de l'acide sulfurique étendu avec l'alcali, filtrant la liqueur et laissant cristalliser, après avoir suffisamment concentré au bain-marie ; on obtient ainsi des cristaux très-blancs, soyeux, dont je n'ai pas déterminé la forme, solubles dans environ 4 parties d'eau bouillante et 10 parties d'eau froide.

Chlorhydrate. — Le chlorhydrate se prépare de la même manière que le sulfate ; sa forme cristalline paraît se rapprocher de celle du sulfate ; il est beaucoup plus soluble dans l'eau que ce sel : deux parties d'eau suffisent pour le dissoudre à chaud ; à froid, il en exige à peu près le double.

L'azotate. — L'azotate d'igasurine s'obtient également cristallisé en saturant avec précaution de l'igasurine avec de l'acide azotique très-étendu, et soumettant à l'évaporation spontanée, dans un endroit bien sec et bien aéré ; on obtient ainsi des cristaux incolores ; si l'on évaporait au bain-marie, l'igasurine serait rougie par l'acide, et les cristaux seraient colorés. On obtient ce sel avec plus de facilité encore, en précipitant par le sulfate d'igasurine une dissolution d'azotate de baryte, de manière à obtenir une dissolution qui ne précipite ni par l'un ni par l'autre de ces réactifs ; ce résultat obtenu, on filtre la liqueur et on la soumet à l'évaporation avec les précautions indiquées plus haut. Ce sel est plus soluble encore que le sulfate et le chlorhydrate.

On voit, par l'exposé des propriétés de ce corps, que son histoire chimique est encore fort incomplète : je me propose de la compléter dans un travail qui sera pour moi l'objet d'une prochaine publication.

Thérapeutique. — Toxicologie. — Un autre point fort important à éclaircir, c'est son action thérapeutique. J'ai remis de l'igasurine à plusieurs médecins des hôpitaux : aucun d'eux ne m'a encore communiqué le résultat de ses observations ; quoi qu'il en soit, je ne doute pas qu'elle n'agisse sur l'économie à la manière de la strychnine et de la brucine, et que, comme pour ses propriétés chimiques, elle ne tienne le milieu entre ces deux bases. Les expériences que j'ai faites sur les animaux, conjointement avec M. Léon Soubeiran, m'autorisent à avancer cette manière de voir.

Première expérience. — Nous avons fait prendre à un chat 0,05 d'igasurine mélangée avec un peu de lait ; au bout de cinq minutes, le chat a été pris d'un tremblement général auquel ont succédé des mouvements convulsifs beaucoup plus prononcés, suivis pendant quelque temps d'un calme assez parfait ; mais les accidents ne tardèrent pas à reparaître avec beaucoup plus d'intensité. Enfin, l'animal mourut une demi-heure après avoir pris le poison.

Deuxième expérience. — Nous avons donné à une chienne de petite taille 10 centigrammes d'igasurine, dissous dans un peu d'alcool faible; nous avons lié l'œsophage et nous avons abandonné l'animal à lui-même, en ayant soin de noter les différentes phases de l'empoisonnement. Au bout d'un quart d'heure à peu près, les premiers symptômes se manifestent par un mouvement spasmodique de la face; cinq minutes après, l'animal qui se tient debout, la tête penchée, la relève tout à coup et est pris d'un trembrement de tous les membres. Cette attaque dure environ une minute; un calme apparent lui succède et est bientôt suivi d'une seconde attaque, puis d'une troisième. Cette fois l'animal s'agite, ses membres paraissent ne plus pouvoir le supporter, et, en effet, il tombe sur le côté pour se relever presque aussitôt; les souffrances qu'il endure paraissent être des plus vives. Nous nous décidons alors à ne pas prolonger son agonie plus longtemps : une nouvelle dose de 5 centigrammes lui est administrée et ne tarde pas à être suivie de la mort de l'animal.

L'autopsie de ces deux animaux, faite avec soin par M. Léon Soubeiran, ne lui a offert aucune lésion caractéristique; il a remarqué seulement que le cerveau et les organes respiratoires étaient assez fortement congestionnés.

Troisième expérience. — Nous avons pris trois chiens à peu près de la même taille ; nous leur avons fait avaler, à l'un 10 centigrammes de strychnine, au second 25 centigrammes de brucine, et au troisième 25 centigrammes d'igasurine. Ces trois animaux furent bientôt pris de mouvements convulsifs : le pre-

mier, qui avait pris de la strychnine, mourut au bout d'une heure environ, après avoir éprouvé tous les symptômes de l'empoisonnement par cet alcali; le deuxième, qui avait pris de la brucine, éprouva les mêmes symptômes, à cette différence près que les attaques étaient moins fréquentes et moins violentes; le troisième éprouva également des symptômes analogues; les attaques, sans être très-vives, se succédaient fréquemment : il mourut au bout de deux heures environ, tandis que le second vivait encore trois heures après l'ingestion du poison.

Ces expériences démontrent que l'igasurine agit sur l'économie, comme les deux autres alcaloïdes des strychnées, mais que son énergie la place entre ces deux bases. Je désire que la thérapeutique puisse tirer un parti avantageux de ce mode d'action dans le traitement des maladies combattues ordinairement par les préparations à base de noix vomique et de strychnine.

Quatrième expérience. — Nous avons fait prendre à un chien de moyenne taille 20 centigrammes d'igasurine, presque aussitôt nous lui avons administré 25 centigrammes de tannin, dont il a rejeté une partie; l'animal ne tarda pas néanmoins à succomber, après avoir éprouvé tous les symptômes d'empoisonnement décrits dans les premières expériences; nous avons remarqué cependant que les crises étaient moins violentes.

Recherches médico-légales. — J'ai pris l'estomac des animaux empoisonnés dans les expériences précédentes, afin de le soumettre à l'examen propre à découvrir la présence du poison.

J'ai coupé par morceaux l'estomac de la petite chienne qui avait pris 10 centigrammes d'igasurine, je l'ai fait bouillir avec de l'alcool, j'ai laissé refroidir et filtré, j'ai évaporé le liquide au bain-marie; j'ai repris le résidu par l'eau acidulée, pour séparer la matière grasse : il ne m'a pas été possible de retrouver trace du poison.

J'ai pris alors l'estomac d'un des autres chiens; je l'ai fait bouillir avec de l'acide acétique dilué, et j'ai filtré. Le liquide, évaporé au bain-marie et repris par l'eau acidulée, m'a offert tous les caractères d'une dissolution d'igasurine.

J'ai mêlé 10 centigrammes d'igasurine avec de la viande hâchée; j'ai traité ce mélange par l'acide acétique, comme dans le cas précédent; j'ai ajouté ensuite au liquide une goutte ou deux d'ammoniaque, puis quelques grammes de chloroforme; le chloroforme, séparé ensuite du liquide, surnageant et soumis à l'évaporation, m'a donné pour résidu une substance dont tous les caractères se rapportaient à l'igasurine.

Une troisième expérience, avec 25 centigrammes d'alcaloïde, m'a conduit au même résultat avec plus de netteté encore, puisque la quantité de matière était plus considérable; il m'a même été possible, dans ce cas, de recueillir cristallisée une partie du poison.

J'ai fait bien d'autres expériences dont les résultats ont été exactement semblables, et que, pour cette raison, je ne crois pas devoir rapporter ici.

De ce qui précède, je crois donc pouvoir conclure qu'il existe dans la noix vomique et probablement dans les autres strychnées, un alcaloïde que je propose de nommer igasurine, différent de la strychnine et de la brucine par plusieurs caractères : de la première par sa solubilité dans l'eau beaucoup plus grande, par sa solubilité dans l'alcool faible, par sa forme cristalline, par l'action que l'acide nitrique produit sur elle, etc.; de la seconde, par sa solubilité dans l'eau notablement plus grande, par son action sur l'économie, par l'action qu'exerce sur elle le chlore gazeux; parce que le bicarbonate de soude et la potasse, en présence de l'acide tartrique, la précipitent de ses dissolutions, et enfin par la facilité merveilleuse avec laquelle on l'obtient parfaitement cristallisée.

(*Répert. de pharm.*)

Préparation du chloro-phosphure de mercure.

Par M. Stanislas Martin.

Mettez dans un flacon qui bouche en verre 30 grammes de deuto-chlorure de mercure réduit en poudre impalpable, 120 grammes de teinture éthérée de phosphore préparée selon le *Codex;* fermez le flacon, agitez.

La température de ce mélange s'élève jusqu'à 20 degrés au-dessus de zéro.

Après trois jours de contact, on décante l'éther et on le remplace par une nouvelle quantité d'éther phosphoré. Le mélange alors change de couleur; de blanc qu'il était, il devient jaune-citron; on répète trois à quatre fois l'échange de l'éthérolé de phosphore, on filtre et on laisse sécher à l'air libre.

On s'assure que ce nouveau composé ne contient plus de deuto-chlorure de mercure en le traitant par l'alcool rectifié, qui dissout le sel soluble et que l'on reconnaît au moyen de l'azotate d'argent. Si le chloro-phosphure de mercure, car tel est le nom que je donne à ce nouveau sel, contenait du phosphore non combiné, on peut l'en débarrasser par un simple lavage dans l'éther sulfurique rectifié.

Le chloro-phosphure de mercure est jaune, insoluble dans l'alcool, l'éther et l'eau; cependant l'eau change sa couleur, il devient d'un brun foncé.

L'ammoniaque, l'eau de chaux, le sous-carbonate de potasse, de soude, les acides minéraux, le décomposent; mis sur les charbons ardents, il s'y décompose en répandant une vive lumière et une odeur alliacée. (*Bulletin de thérapeutique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le docteur Lathum a soumis à la Société éthnologique de Londres des remarques sur les différentes natures du genre humain qui sont représentées aujourd'hui en Angleterre; il les divise en quatre classes : 1° les Zulus; 2° les Earthmen (habitants de terre); 3° les Authalians; 4° les Aztecs.

1° Les Zulus ont tous les types caractéristiques de la grande famille des Cafres, à laquelle ils appartiennent. La science a établi une ligne de démarcation bien tracée entre le Cafre et le nègre, et cependant les individus qui sont en Angleterre n'ont pas de cachet bien distinct et servent plutôt de transition.

2° Les Earthmen (habitants de terre), ce terme leur convient parfaitement. Ces individus, qui appartiennent à la famille des Bushmans, habitent un pays dont la construction géologique leur offre des caves souterraines qui leur servent de demeure. Ils sont Troglodytes-Bushmans, de la famille des Hottentots; leur type est pur et leur sang sans mélange.

3° Les Authalians habitent les environs du cap York et parlent le cowranega. Il y en a deux à Londres, l'un a 5 pieds 10 pouces et l'autre 5 pieds 9 pouces; leur poitrine est bien développée, mais leurs extrémités très-grêles. La peau est noire, le front proéminent, la sclérotique jaune, le nez large à sa naissance, aquilin et très-caractéristique. Ils se parlent si peu que l'on supposa, mais à tort, qu'ils appartenaient à deux tribus ennemies ou qu'ils ne pouvaient se comprendre. Ils paraissent s'attacher facilement et quittent avec peine les personnes avec qui ils ont passé quelques jours. Leurs cheveux sont crêpus et bouclés, et ils ont, en un mot, le type bien distinct de leur race.

4° Les Aztecs sont déjà bien connus : d'après les recherches médicales faites sur eux, le germe goîtreux a été constaté, et il est presque certain que ces individus sont en Amérique comme les crétins en Europe, et dans les mêmes conditions qui empêchent chez les uns et chez les autres le complet développement du corps et de l'intelligence. (*Athenæum.*)

— Des nouvelles de l'Inde qui portent la date du 30 août, annoncent que le choléra sévit dans plusieurs villes de l'Empire céleste.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 118. 1re année. Samedi 1er Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔTEL-DIEU. M. JOBERT. Du traitement des hémorroïdes. Application du caustique de Vienne rendu plus facile par l'usage de la capsule hémorroïdaire de M. Jobert (de Lamballe), par M. Gallard. — CHIMIE MÉDICALE. PHARMACOLOGIE : Sels naturels et pastilles hydro-minérales de Vichy, par M. Larbaud. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Paris, le 30 Septembre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'événement de la séance a été un rapport de M. Requin sur un nouveau spécifique du croup, imaginé par un de ces inventeurs pleins de foi et surtout d'assurance, qui auraient depuis longtemps aboli la mort, si leurs découvertes étaient à la hauteur de leur ignorance ou de leur effronterie. On sait les exécutions périodiques que l'Académie fait de ces découvertes, au son peu harmonieux des conversations particulières. M. Requin n'a pas voulu sans doute que l'indifférence habituelle accueillît son premier rapport d'académicien, et il s'est appliqué à l'assaisonner d'un choix d'épices les plus propres à tenir en éveil les palais ou plutôt les cerveaux académiques. Dire que M. Requin a réussi à faire de l'esprit est peine inutile. En a-t-il fait à propos? Ici la question mérite d'être examinée, puisque deux autorités respectables, MM. Larrey et J. Guérin, l'ont résolue négativement. En faveur de son opinion, M. Larrey n'a guère donné que son sentiment, mais c'est déjà beaucoup pour qui connaît le tact exquis et l'extrême délicatesse d'appréciation de ce consciencieux académicien. Quant à M. Guérin, il a motivé sa manière de voir par des remarques dont la justesse nous paraît hors de toute contestation. M. Fr. Dubois qui, en général, possède à un si haut degré l'instinct des convenances, a voulu défendre l'œuvre du rapporteur, et ce qu'il a trouvé de plus décisif en faveur de sa thèse, c'est qu'il retrancherait du rapport tout ce qui lui paraîtrait *inutile* avant de l'envoyer à M. le Ministre. Il est évident que dans ces termes, M. Dubois avait raison; reste à savoir jusqu'à quel point M. le rapporteur s'accommodera d'une telle défense.

Quant à nous, après avoir donné à M. Requin tous les éloges qu'il mérite pour le zèle qu'il a mis à faire un rapport ingrat, nous ne pouvons pas lui dissimuler qu'il s'est tout à fait mépris sur le caractère que doivent avoir les rapports académiques en général et les rapports officiels en particulier. Nous devons lui déclarer que s'il arrivait à un fonctionnaire supérieur d'adresser à un ministre un rapport rédigé dans ce ton de badin persifflage, même à propos d'une affaire ridicule (et elles ne manquent pas en administration), ce rapport serait probablement le dernier que l'on confierait au fonctionnaire qui se serait oublié à ce point. Or, les affaires qui touchent à la santé publique ne sont pas sans doute moins sérieuses que les affaires d'administration, et n'exigent probablement pas moins de gravité.

La raison que M. Requin a donnée, après M. F. Dubois, qu'il faut convaincre les Grands et les Ministres, et ne pas leur dire simplement : telle chose est absurde, cette raison est fondée; mais elle est nullement applicable à la circonstance. On peut, on doit convaincre les autorités autrement que par des plaisanteries, et, dans tous les cas, on ne les persuade pas par des sarcasmes qui ne portent que sur l'ignorance des pétitionnaires en fait de diagnostic et d'anatomie pathologique, parce que ces sarcasmes ne peuvent être compris que des médecins.

Quant aux saillies sur la syntaxe et et sur la grammaire, elles sont plus nuisibles qu'utiles à la cause que M. Requin a voulu défendre, surtout quand elles s'adressent à de prétendus inventeurs sans éducation, comme semble l'être M. Ledoré; elles peuvent laisser croire que les savants se sont attaqués moins au fond qu'à la forme, et, comme l'a très-bien senti M. Larrey, elles ont l'inconvénient, pour si peu que les rapporteurs prêtent le flanc à l'attaque, d'exposer à des récriminations, à des polémiques regrettables la dignité des académies. Or, il faut bien le reconnaître, M. Requin n'est pas resté complétement invulnérable sous ce rapport. S'il a pu dire, avec raison, à M. Ledoré qu'il faut écrire : « *Les efforts de la médecine* ONT *cherché,* » et non pas : « A *cherché,* » M. Ledoré pourrait lui répondre que peut-être : *la réalité et la guérison d'une maladie sont* DEUX CHOSES, » et non pas : « UNE CHOSE; » qu'un *esprit* peut être INVENTIF, mais qu'une « *prétention* » ne peut guère être « *inventive;* » que la *soumission* d'un auteur qui adresse un travail à l'Académie serait peut-être mieux désignée par une autre nom; qu'il n'a pas « *sollicité le génie* » de l'Empereur, mais qu'il a sollicité l'Empereur lui-même, etc. Si même M. Ledoré était plus savant que ne le suppose M. le rapporteur, il pourrait encore lui dire que le croup peut bien être une maladie *grave*, mais que ce n'est pas une maladie *meurtrière;* » car si l'on donne le nom de maladie *grave* à une maladie qui tue le plus grand nombre de ceux qui en sont atteints, on ne donne la qualification de *meurtrière* qu'à celle qui fait périr un grand nombre d'individus, comme la phthisie, la fièvre typhoïde, etc.

On voit que, si M. Ledoré voulait engager la polémique que redoutait à juste titre M. Larrey, ce pétitionnaire ne

manquerait pas absolument d'arguments désagréables pour l'Académie.

Nous disons pour l'Académie, et à ce sujet, qu'on nous permette un mot d'explication. On est dans l'habitude pour défendre les rapports, de répéter toujours : les rapports sont les œuvres des rapporteurs ; l'Académie n'est responsable que des conclusions. Il nous semble qu'on abuse quelque peu de ce moyen de défense, surtout en ce qui concerne les rapports officiels. Il ne nous paraît pas bien démontré que l'Académie ne soit pas plus ou moins engagée dans un rapport qu'elle adresse à un Ministre. Les conclusions, en effet, sont des formules sèches qui reposent sur des raisonnements ; si l'Académie a adopté les formules, c'est qu'elle a trouvé les raisonnements convaincants, et l'on peut ajouter, convenablement exposés, du moins dans de certaines limites. D'ailleurs, si l'Académie n'adopte que les conclusions, pourquoi envoyer à l'autorité, soit les rapports tout entiers, soit un extrait de ces rapports? Les Ministres, qui n'ont demandé que l'avis de l'Académie, et non l'opinion de M. A ou de M. B, n'ont que faire de ces rapports ou de ces extraits. Mais la preuve que notre doctrine est la vraie, c'est que M. le secrétaire perpétuel, qui l'a combattue, la partage *in petto;* il la partage, puisqu'il se réserve le privilége de modifier, en s'entendant *plus ou moins* avec les auteurs, le texte des rapports qu'il expédie à MM. les Ministres. Est-ce que M. Dubois se chargerait de revoir et de corriger les rédactions de ses collègues, s'il ne croyait pas les intérêts de l'Académie engagés dans ces rédactions? Le temps du savant secrétaire est beaucoup trop précieux pour que personne puisse croire qu'il se livre à cette fastidieuse besogne pour le seul plaisir d'exercer le métier de censeur.

La morale de tout ce qui précède, c'est :

1° que M. Requin a donné la preuve d'un zèle académique digne d'éloges;

2° Que ce zèle sera tout à fait irréprochable quand M. Requin y associera un sentiment plus complet des convenances académiques ;

3° Que l'Académie doit se considérer comme responsable, en très-grande partie, de la rédaction des rapports officiels et des doctrines qu'on y professe, et qu'à ce titre, elle ne doit les accepter qu'après les avoir suffisamment discutés et corrigés.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Jobert.

Du traitement des hémorroïdes. — Application du caustique de Vienne rendu plus facile par l'usage de la capsule hémorroïdaire de M. Jobert (de Lamballe).

Des différentes méthodes de traitement employées contre les hémorroïdes, deux seulement paraissent devoir rester définitivement acquises à la pratique (1). Depuis longtemps il n'est plus question de la compression, et c'est à peine si la ligature, soit en masse, soit par fraction d'une tumeur hémorroïdale, est encore pratiquée quelquefois par de rares chirurgiens. Tous savent les douleurs atroces que ce traitement procure aux malades. Il ne reste donc plus que la cautérisation et l'excision. Encore, de ces deux méthodes générales, certains procédés doivent-ils, dans la majorité des cas, être préférés à tous les autres. Ainsi, on ne pratique plus l'extirpation complète d'un bourrelet hémorroïdal. L'incision simple est réservée pour les cas où les hémorroïdes sont en petit nombre, volumineuses et fluctuantes; et même alors la crainte des hémorrhagies ou de la propagation de l'inflammation jusque dans les veines mésaraïques, ou peut-être jusque dans la veine porte, doit-elle rendre très-circonspect le chirurgien qui veut recourir à ce procédé.

L'excision jointe à la ligature des vaisseaux divisés, et pratiquée comme M. Jobert (de Lamballe) l'a conseillé (*Gazette médicale*, t. 7, p. 385, 1839), n'a plus les mêmes inconvénients que l'extirpation en masse du bourrelet hémorroïdal, ou que l'incision d'une seule hémorroïde fluctuante, car le chirurgien n'incise qu'en dédolant sur le tissu essentiellement vasculaire qui constitue l'hémorroïde, et il a soin de lier immédiatement chacun des vaisseaux qui donnent du sang aux artères ou veines. Cette précaution met à l'abri de toute hémorrhagie consécutive, mais il reste encore l'inflammation, qui par elle-même peut, dans certains cas, devenir suffisamment inquiétante. Aussi, M. Jobert n'a-t-il recours à l'excision que dans des cas exceptionnels dans lesquels la cautérisation ne peut être pratiquée, surtout quand les hémorroïdes remontent assez haut dans l'intérieur du rectum. On sait, en effet, qu'en portant le caustique aussi profondément dans l'intérieur de l'intestin, on s'expose à voir survenir des rétrécissements qui plus tard nécessitent une nouvelle intervention du chirurgien, sans parler des accidents plus immédiats que le caustique peut déterminer, car il ne sait, comme le bistouri dirigé par une main habile, s'arrêter à temps, juste au point sur lequel l'opérateur a voulu le conduire. Voilà pourquoi, tout en préférant la cautérisation pour l'immense majorité des cas, M. Jobert (de Lamballe) a quelquefois encore recours à l'excision. Alors, après avoir engagé le malade à faire des efforts de défécation pour provoquer la sortie du bourrelet, il l'attire encore davantage hors de l'anus, en saisissant les hémorroïdes aussi haut que possible dans l'intérieur du rectum, soit avec des pinces à crochets, soit avec des érignes, et il agit ensuite avec le bistouri comme nous venons de le dire, sur des parties amenées à la portée de la vue.

Dans toutes les autres circonstances la cautérisation lui paraît préférable. Cette méthode, en effet, a sur toutes les autres l'avantage immense d'oblitérer les vaisseaux en même temps qu'elle détruit la tumeur dont l'ablation a été jugée nécessaire. Aussi radicalement utile que l'extirpation, elle n'est pas, comme cette dernière, suivie d'hémorrhagie ou de phlébite ; mais cette méthode compte comme les autres différents procédés. Doit-on employer le cautère actuel ou les caustiques? et, dans ce dernier cas, à quelle substance donnera-t-on la préférence? Le cautère actuel, justement parce qu'il agit plus énergiquement, doit être réservé pour certaines hémorroïdes fongueuses, végétantes, d'une date ancienne, et qui sont la source d'hémorrhagies capables de compromettre la vie des malades. Dans ces circonstances, l'application du fer rouge procure immédiatement un effet avantageux en supprimant les écoulements sanguins, et en modifiant dans un sens favorable la vitalité non-seulement des tissus malades, mais même de toute la région. Il y a peu de temps, M. Jobert (de Lamballe) ayant à traiter un homme atteint d'hémorroïdes qui, par suite de leur étranglement, s'étaient gangrenées, les cautérisa avec le fer rougi à blanc, et le malade guérit rapidement. Nous l'avons vu également employer le cautère actuel simultanément avec le caustique de Vienne, chez une dame dont le bourrelet hémorroïdal avait cet aspect végétant

(1) En écrivant ces lignes, nous ne nous dissimulons pas que, d'un instant à l'autre, une nouvelle méthode peut surgir comme conséquence de la découverte de M. Pravaz. On a déjà injecté et, dit-on, avec avantage le perchlorure de fer dans des veines variqueuses. Il se pourrait également que l'on songeât à son injection dans des tumeurs hémorroïdales, mais tout nous fait supposer que ce serait avec bien peu de chance de succès, car le sang contenu dans l'hémorroïde est souvent coagulé, et d'ailleurs, comme l'a fait remarquer M. Jobert (de Lamballe), des injections faites dans des veines qui n'ont pas de valvules, comme les veines mésaraïdes, et celles qui forment la veine-porte pourraient être suivies d'accidents sur lesquels nous n'avons pas à insister en ce moment.

dont je parlais plus haut. Mais c'est du caustique de Vienne qu'il fait le plus ordinairement usage ; ce caustique a l'avantage d'être facile à préparer ; il peut se mouler sur les surfaces avec lesquelles on le met en contact. L'escarre qu'il forme, tout en étant assez épaisse pour désorganiser une certaine couche de tissu, ne s'étend cependant pas assez profondément pour qu'il y ait à redouter de la voir dépasser certaines limites ; enfin, il ne fuse pas comme la potasse pure. Le chirurgien peut donc surveiller son action mieux que celle de tout autre caustique, mais cependant son application nécessite quelques précautions qu'il est urgent de ne pas négliger. Ainsi, la partie sur laquelle le caustique va être appliqué doit être maintenue au dehors, et tellement isolée des parties voisines que ces dernières ne puissent être cautérisées elles-mêmes. Bien que le caustique ne fuse pas au loin, le sang qui s'écoule pendant son application peut en entraîner sur le périnée ou sur les fesses, et il est nécessaire d'abriter ces parties. On avait donc besoin d'aller saisir le bourrelet hémorroïdal aussi haut que possible, et on l'attirait au dehors, comme pour l'excision, avec des pinces ou des érignes confiées ensuite à des aides, puis on entourait la marge de l'anus de charpie et de morceaux de diachylon découpés. Ce n'est qu'après tous ces préparatifs que l'on appliquait la pâte de Vienne ; on avait même inventé des gouttières à l'aide desquelles on ne la mettait en contact qu'avec le pourtour du bourrelet.

Avec un instrument qu'il vient d'inventer et auquel il a donné le nom de capsule hémorroïdaire, M. Jobert (de Lamballe) peut se passer d'aides, d'érignes, de dyachilon, de charpie, etc. Qu'on se figure deux lames de métal d'argent (argent ou maillechort) concaves et articulées l'une avec l'autre (*fig.* 1), de telle

Fig. 1.

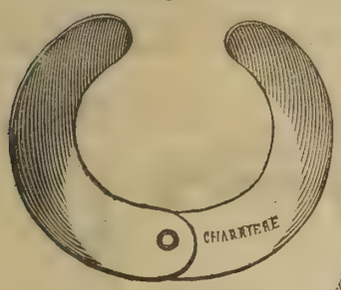


Fig. 2.

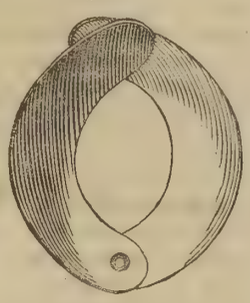
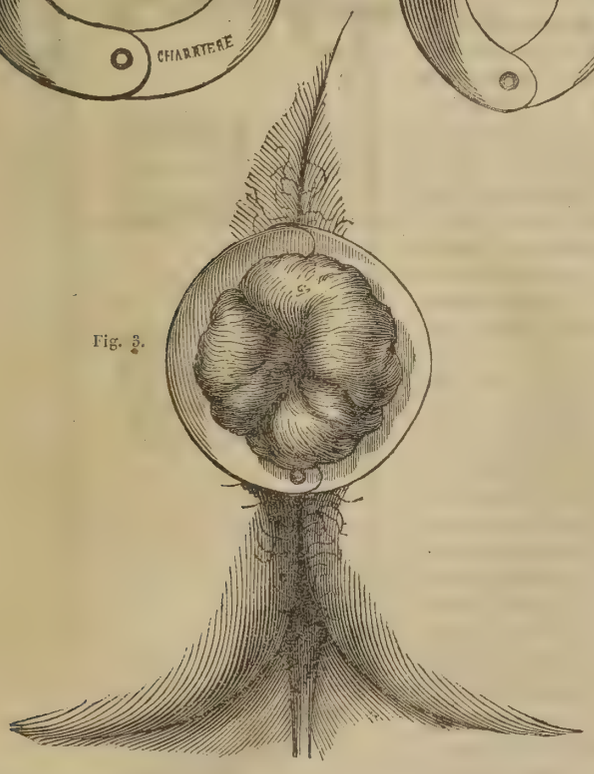


Fig. 3.



sorte que leurs bords concaves puissent se rapprocher en interceptant une ellipse plus ou moins allongées (*fig.* 2), et l'on aura une idée exacte de cet instrument aussi simple qu'ingénieux et facile à manœuvrer. Dire qu'il a été exécuté par M. Charrière, sur les indications de M. Jobert (de Lamballe), suffit, du reste, pour assurer qu'il remplit parfaitement toutes les conditions exigées.

Quand l'instrument est fermé comme les deux bords externes qui forment sa grande circonférence sont un peu relevés, il représente assez exactement une de ces capsules dont on se sert dans les laboratoires de chimie, et la ressemblance est encore plus frappante, quand au lieu d'examiner l'instrument isolé, on le considère lorsqu'il étreint une tumeur hémorroïdale (*fig.* 3). Comme il est facile d'en avoir de toutes les dimensions, et que l'on peut à volonté augmenter ou diminuer la courbure des deux lames constituant l'instrument, on conçoit qu'il est possible d'étreindre des tumeurs de toute grosseur.

A-t-on à opérer sur une ou plusieurs hémorroïdes bien nettement pédiculées, isolées les unes des autres, une petite capsule, moins ellipsoïde et presque circulaire les étreint successivement l'une après l'autre à leur base, on applique le caustique ; les lames de la capsule protégeant toutes les parties voisines, peuvent ainsi être cautérisées isolément, soit dans la même séance, soit à plusieurs jours d'intervalle. A-t-on un bourrelet hémorroïdal ou des tumeurs qui, isolées dans le principe, sont agglutinées l'une à l'autre, et forment une seule masse dont les lobes ne sont pas assez séparés pour pouvoir être attaqués isolément, on étreint le tout dans une capsule plus grande, plus allongée et on agit sur toute la surface du bourrelet.

Mais à quoi bon tous ces détails ! il n'est pas un seul chirurgien dont l'intelligence n'ait déjà compris toutes ces variétés de manuel opératoire, et le court résumé d'une opération pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu par M. Jobert lui-même, en dira plus à ce sujet que tous les préceptes possibles.

Observation. — Keller (Léon), âgé de 58 ans, cuisinier, entre le 9 septembre 1853 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert de (Lamballe), salle Saint-Côme, n° 33. Cet homme a un tempérament bilioso-sanguin, il est depuis trois ans environ affecté d'hémorroïdes non fluctuantes, mais formant un bourrelet qui, à des époques indéterminées, devient assez saillant pour provoquer de la gêne et de la douleur. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, il fit une chute sur le siége en aidant à descendre une pièce de vin dans une cave, son bourrelet, qui ne l'incommodait pas dans ce moment, devint dès le lendemain très-volumineux ; la défécation fut douloureuse et plus difficile que d'habitude, et cet état, persistant plus longtemps qu'aux attaques précédentes, le malade se décida à entrer à l'hôpital. On constata, en effet, qu'il existait, au pourtour de l'anus, un bourrelet d'un rouge vif saillant, ayant au moins 2 centimètres et demi d'élévation au delà de la marge de l'anus (*fig.* 3). Ce bourrelet était formé par trois tumeurs alors adhérentes l'une à l'autre, mais qui, dans le principe, avaient dû être très-nettement séparées. Il ne laissait pas suinter de sang, mais un mucus blanchâtre. Le 15 septembre, le bourrelet entier était serré à sa base entre les deux lames d'une capsule hémorroïdaire (*fig.* 3). Une couche de pâte de Vienne fut appliquée sur toute sa surface, et maintenue en place quatre minutes et demie. Après avoir enlevé le caustique, puis bien lavé avec de l'eau fraîche tous les points sur lesquels il avait été appliqué, le chirurgien saisit avec les mors d'une pince à pansements chacune des lames de la capsule, afin de les écarter l'une de l'autre, comme dans la figure 1, pour retirer l'instrument. Des lotions froides furent faites les jours suivants.

Le bourrelet hémorroïdal avait pris une teinte noirâtre ; dès le 16, il était flétri et diminué de volume ; le 18, on peut en enlever une portion avec des pinces. Cette partie, agitée dans l'eau et soigneusement examinée, ne présente pas trace d'organisation ; c'était une petite masse informe, se divisant par le lavage en petite houpes analogues à celles qui forme la matière cérébrale quand on la soumet à l'action d'un filet d'eau.

Le 19, une nouvelle cautérisation fut pratiquée de la même manière.

Le 23, l'escarre était complétement détachée. Une saillie rosée de quelques millimètres d'élévation seulement existait encore au pourtour de l'anus. Une cautérisation avec le nitrate d'ar-

gent fut pratiquée ce jour-là, puis renouvelée le 26, et la malade, actuellement guéri, aurait depuis plusieurs jours quitté l'hôpital s'il n'attendait un bandage destiné à contenir une hernie inguinale dont il est depuis longtemps porteur.

La saillie, laissée au pourtour de son anus par les restes du bourrelet hémorroïdal, ne dépasse pas 4 millimètres. Pendant tout le cours du traitement, son état général a été très-satisfaisant.

GALLARD, *interne*.

CHIMIE MÉDICALE. — PHARMACOLOGIE.

Sels naturels et pastilles hydro-minérales de Vichy,

Par M. LARBAUD, *pharmacien à Vichy*.

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur le mode d'agir des eaux minérales naturelles de Vichy, qu'on ne leur reconnaisse que des propriétés chimiques, ou qu'on leur attribue une action purement dynamique ou vitale, ou bien encore une action mixte, il y a une chose sur laquelle tout le monde est aujourd'hui d'accord, c'est qu'elles sont loin de composer une médication simple. Elles n'ont pas, en effet, qu'une propriété unique, celle d'alcaliser nos liquides; car, dans ce cas, elles seraient facilement remplacées par le premier alcali venu ; or, l'expérience de tous les jours prouve qu'il ne peut en être ainsi. La nature a fait pour les eaux minérales ce qui se fait tous les jours dans nos officines, lorsque, suivant les indications des médecins, nous renforçons ou diminuons, multiplions ou modifions les effets d'un médicament, en l'associant à une ou plusieurs autres. Les eaux de Vichy n'agissent donc pas seulement *par le bicarbonate de soude,* qu'elles contiennent, en quantité d'ailleurs assez considérable, mais bien *par tous les sels qui les constituent et qui s'y trouvent réunis naturellement en certaines proportions.*

Cela explique la préférence qu'on accorde aux eaux minérales sur celles qu'on prépare artificiellement dans le commerce. Mais il n'a pas toujours été facile, jusqu'à présent, de se procurer celles-là, loin de Vichy, dans un état suffisant de bonne conservation et à un prix qui soit à la portée de tout le monde. Pour tâcher de parer à cet inconvénient, on fabrique depuis longtemps à Hauterive, et l'on a essayé de fabriquer, il y a quelques années, à Vichy, du bicarbonate de soude, en soumettant des cristaux de carbonate de soude du commerce à l'action de l'acide carbonique qui se dégage d'une des sources si nombreuses dans ce pays. C'est avec ce sel que se font ensuite, suivant la formule de Darcet, les pastilles dites de Vichy.

Persuadé que la solution aqueuse de bicarbonate de soude et les pastilles de Darcet ne représentent que très-incomplétement l'eau de Vichy, pénétré de l'idée que les propriétés médicales d'une eau minérale ne résultent point de l'action de tel ou tel de ses éléments pris isolément, mais bien de l'action collective de ses divers éléments réunis naturellement, et mû par le désir de faire quelque chose d'utile à l'art de guérir, nous nous sommes mis résolument à l'œuvre et n'avons reculé devant aucun sacrifice de peine et de temps. Par un procédé analogue à celui qu'on emploie pour retirer le sel marin des eaux de la mer, nous sommes parvenu à extraire sans trop de frais (c'était là la difficulté principale), les sels contenus dans les eaux minérales naturelles de Vichy.

Pendant la première partie de cette opération, une portion d'ailleurs assez faible de ces sels qui ne se trouvait dissoute qu'à la faveur de l'acide carbonique en excès, se dépose dès qu'il se dissipe; c'est ce qui arrive aussi pour les eaux transportées mal bouchées, ou anciennement puisées. Nous recueillons ce dépôt que nous desséchons, pour le mêler ensuite aux sels naturels destinés à la préparation des *pastilles hydro-minérales*. Nous continuons l'évaporation jusqu'à siccité et soumettons les sels ainsi obtenus à l'action de l'acide carbonique qui se dégage d'une source, afin de leur restituer ce qu'ils ont perdu de cet acide pendant les opérations précédentes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce informe l'Académie qu'il est disposé à lui communiquer les documents relatifs au choléra dans l'état où ils se trouvent, et qu'il désirerait un rapport prochain sur l'épidémie.

2° Addition à un rapport sur une épidémie de fièvre *gastro-entérite* qui a régné dans la commune de Bulgnéville (Vosges), par M. le docteur de la Montagne.

3° Rapport sur une épidémie de *fièvre muqueuse* qui a régné dans la commune de Saint-Maurice-sur-Vigeanne (Côte-d'Or), par M. le docteur Andriot.

4° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Ormoy (Haute-Saône), par M. le docteur Boret.

5° Deux états de vaccinations.

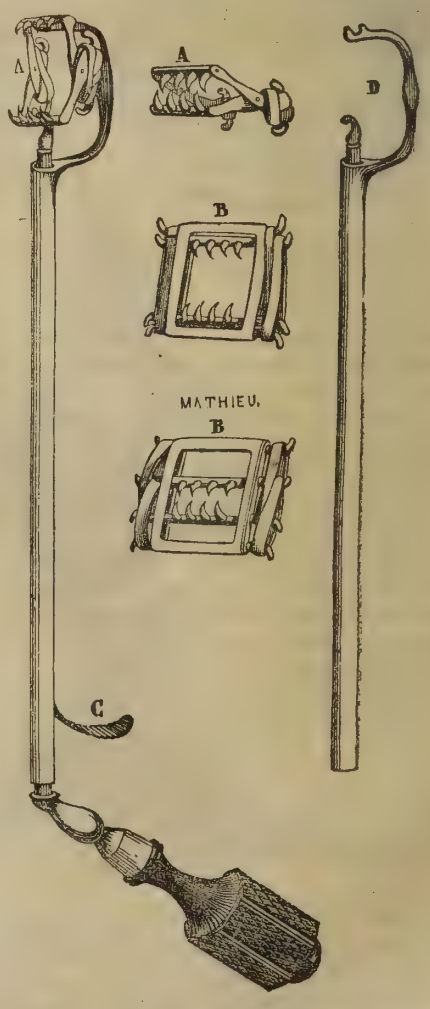
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Thomas continue sa correspondance relative au choléra et datée cette fois d'Amsterdam et de Bruxelles. « C'est le 21 qu'arrivé la veille au soir dans la ville de Roterdam, je visitai *son* hôpital civil, où accompagné de *son* médecin en chef, etc. » Dans cet hôpital il vit plusieurs cholériques, ainsi que dans la ville ; il en donne le nombre. Ce qu'il y aurait de plus curieux dans cette note, c'est que plus de la moitié des personnes atteintes et admises à l'hôpital ont succombé (128 malades entrés ; 19 guéris ; 32 en traitement ; 77 morts).

Réunion immédiate.

M. le docteur Cooper, de Saint-Louis-Missouri, chargé par M. le docteur Thomson de faire exécuter un appareil pour la réunion immédiate des plaies et en particulier du bec-de-lièvre, fait présenter à l'Académie cet appareil, dont il a confié l'exécution à M. Mathieu. Cet appareil se compose de plusieurs instruments.



1° L'un, figure B, consiste en un petit cadre d'argent, rectangulaire, offrant à chacun de ses angles un petit prolongement recourbé ; chacune des branches latérales du cadre est creusée de deux rainures où se meuvent deux tiges transversales, parallèles, armées chacune de trois dents courbes, et présentant également à leurs bouts deux petits prolongements recourbés. Ces tiges sont les *porte-griffes,* dont quatre anneaux de caoutchouc vulcanisé relient les extrémités crochues à celles du cadre lui-même.

Grâce à l'élasticité de ces anneaux rétractiles, lorsque les porte-griffes viennent à être *écartés* l'un de l'autre et qu'ensuite on les abandonne à eux-mêmes, ils se rapprochent énergiquement, et les dents qui les garnissent tendent à le toucher.

Pour opérer cet écartement, on se sert du petit appareil qui se compose d'un manche presque vertical, d'un tube auquel fait suite un crochet *fixe*, et qui loge dans son intérieur une

tige mobile. Celle-ci se termine d'un côté par un crochet que nous appellerons *mobile*, et dont la concavité est dirigée en sens inverse du précédent; de l'autre côté, la tige se recourbe pour former une clef en forme de détente, C.

Veut-on réunir les bords de la plaie, on commence par écarter les deux porte-griffe en faisant agir l'appareil dont nous venons de donner la description.

Pour cela, on place le crochet fixe au-devant du porte-griffe postérieur, et le crochet mobile derrière le porte-griffe antérieur ; puis on tire à soi la clef C, les deux tiges dentées vers les branches du cadre. Il suffit alors de dégager les deux crochets pour que la griffe demeure solidement fixée en place.

S'agit-il de l'enlever, on opère de nouveau et de la même manière l'écartement des deux tiges dentées, qui lâchent prise aussitôt.

2° Le second instrument, figure A, modification du précédent, est une *double griffe croisée*. Ici chacune des branches dentées a pour support deux petites tiges articulées avec celle du côté opposé, terminées au delà de leur croisement par deux extrémités recourbées en demi-anneaux, qui reçoivent les ligatures de caoutchouc vulcanisé. D'ailleurs, l'application et l'ablation de ce petit instrument se font de la même manière que pour le précédent.

Il suffit d'avoir manié une fois ces petits appareils pour se convaincre, mieux que par les descriptions les plus détaillées, de l'extrême simplicité de leur mécanisme. Ils paraissent appelés à rendre de véritables services aux praticiens dans tous les cas où il s'agit de réunir les bords d'une solution de continuité avec écartement, perte de substance, etc., ainsi : après l'opération du bec-de-lièvre, après les amputations de la mamelle, et notamment dans les cas de fistules vésico et recto-vaginales.

Ils offrent sur le serre-fine ce double avantage de saisir très-largement les lèvres de la plaie et d'en affronter les *bords* avec une exactitude parfaite.

La figure B est une modification du docteur Cooper.

Absence des organes génitaux internes de la femme.

M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, communique le fait suivant :

Le fait que je vais faire connaître, je puis le dire par anticipation, est un cas très-rare et dont je n'ai pas retrouvé d'autre exemple authentique dans les annales de la science. Il s'agit de l'absence totale des organes génitaux internes et moyens chez une femme dont tout l'appareil génital externe était bien conformé.

Ce singulier cas de tératologie a été constaté par moi sur le cadavre d'une jeune fille de 24 ans qui n'avait jamais été menstruée, et qui avait succombé à la phthisie pulmonaire et à une infection tuberculeuse générale.

L'aspect extérieur du cadavre n'offrait rien de remarquable et ne laissait rien soupçonner qui ne fût d'une femme bien conformée ; la stature était ordinaire, la peau blanche, les cheveux noirs ; seulement, la forme des mains et quelques autres particularités de structure organique pouvaient faire ressentir l'existence de l'affection scrofuleuse.

Les seins avaient un développement normal, à tel point que je m'en suis servi pour démontrer la structure de la glande mammaire. Des crins purent être introduits dans les canaux galactophores, soit par leur orifice, au niveau du mamelon, soit un peu au-dessous de celui-ci, par une section pratiquée sur leur trajet.

La vulve présentait également un volume, une forme, une disposition d'un aspect tout à fait normal. Le pénil offrait la saillie ordinaire ; il était couvert de poils, ainsi que le périnée et que les grandes lèvres, sur leurs bords et sur leurs faces externes. Les grandes lèvres, de dimensions ordinaires, s'effaçaient supérieurement, comme d'habitude, dans le mont de Vénus, et se réunissaient inférieurement pour limiter l'ouverture vulvaire par le rebord saillant connu sous le nom de fourchette. Les nymphes étaient assez développées pour laisser voir leurs bords dépassant ceux des grandes lèvres ; leur face externe était revêtue d'une couche pigmentaire assez prononcée. Comme d'ordinaire, leurs extrémités inférieures se perdaient peu à peu sur la partie interne et postérieure des grandes lèvres, tandis que leurs extrémités antérieures allaient se rejoindre par une double division formant supérieurement le prépuce du clitoris, inférieurement le frein du même organe.

En ouvrant la vulve, on apercevait sur la ligne médiane le méat urinaire, un peu évasé, éloigné du clitoris de 34 millim., c'est-à-dire à une distance bien plus considérable que celle qui se trouve normalement exister entre ces deux organes.

Immédiatement au-dessous du méat urinaire d'une part, et à 25 millimètres en avant de la fourchette d'autre part, se présentait l'anneau vulvaire, d'un diamètre de 1 centimètre, ouvert à sa partie moyenne, ou plutôt un peu au-dessus, dans une étendue circulaire d'un diamètre de 5 à 6 millimètres, le reste de son étendue étant occupée par une bordure membraneuse complète constituée par la membrane hymen.

Aux dispositions normales de la vulve, que je viens de décrire, il faut ajouter la structure aussi normale de cette partie de l'appareil générateur et des divers organes qui concourent à sa formation.

Ainsi, les glandes et les follicules superficiels ou profonds se laissaient observer dans leurs siéges habituels, et constituaient, avec cette vulve, un appareil glandulaire complet. Au-dessous du méat, par exemple, on observait les glandes et les follicules du vestibule, situés entre le clitoris et l'orifice extérieur du canal de l'urètre. Plus bas, on retrouvait les glandes et les follicules du méat, au-dessus et au-dessous de cet orifice, aussi bien que sur les côtés. Seulement, ceux qui étaient disposés de chaque côté du méat, et vers sa partie inférieure, présentaient cette disposition singulière observée à un bien moindre degré chez quelques autres femmes : que, au lieu de s'ouvrir isolément sous la muqueuse, ils venaient s'aboucher en un certain nombre de groupes dans les dépressions ou duplicatures de cette membrane, qui formait ainsi devant eux des espèces de petits ponts membraneux, de petits sacs ou de petites poches plus ou moins complètes.

Les glandes de Bartholin et de Cowper, ainsi que les canaux, avaient leur situation normale.

Le gland et les racines du clitoris, le bulbe du vagin, les muscles transverses du périnée, ischio-caverneux, constricteur du vagin étaient normalement développés.

L'orifice de l'anneau vulvaire conduisait derrière l'hymen dans un petit cul-de-sac, profond de 6 à 7 millimètres, et n'ayant pas plus d'étendue dans aucune direction : c'était là le vestige unique du vagin.

Au-dessus de ce petit cul-de-sac, c'est-à-dire de l'anneau vulvaire, la face antérieure du rectum, étalée, était en contact immédiat avec les parois postérieure et inférieure de la vessie. Ce dernier organe offrait une capacité plus grande que d'habitude. Le rectum, de son côté, présentait une dilatation qui s'étendait à l'orifice anal, de manière à donner à celui-ci l'aspect décrit sous le nom d'infundibulum.

Le contact de la vessie et du rectum était immédiat ; il n'y avait entre ces deux organes ni cordon ligamenteux, ni cavité anormale, ni amas graisseux qui pussent tenir la place du vagin et de l'utérus ; le tissu cellulaire qui les unissait était même dense et serré.

Les trompes, les ovaires, les ligaments larges et ronds furent cherchés avec le plus grand soin, sans le moindre succès. Il y avait dans le bassin de nombreuses masses tuberculeuses.

Les poumons étaient en partie détruits par la même dégénérescence, qui avait également envahi un point de la surface de l'hémisphère droit du cerveau.

Les reins, les capsules surrénales et les uretères ne présentaient aucune disposition anormale.

Le bassin lui-même était normal ; seulement, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur était plus petit de 2 centimètres que celui d'un bassin normal ; les diamètres oblique et transversal du même détroit étaient également un peu plus petits que ceux d'un bassin ordinaire.

Gangrène foudroyante.

M. Maisonneuve adresse la lettre suivante :

A l'occasion du mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sur la gangrène foudroyante avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines, M. Chassaignac a cru devoir rappeler ses travaux sur la gangrène traumatique ; d'après la forme de cette communication, on pourrait croire que M. Chassaignac a eu l'intention d'élever une réclamation de priorité, sur le fait capital qui sert de base à mon travail, je crois donc convenable de rappeler ce fait d'une manière précise ; il consiste en ceci : que dans une certaine forme de gangrène bien connue des chirurgiens, et que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, *des gaz putrides se développent spontanément dans les veines et circulent avec le sang pendant la vie des malades!*

Or, je crois pouvoir affirmer qu'aucun écrit de mon honorable confrère ne contient la moindre indication de ce fait. J.-G. MAISONNEUVE.

Mort de M. Cornac.

M. le président annonce la mort de M. Cornac.

RAPPORTS.

Traitement du croup.

M. Requin donne lecture du rapport officiel suivant :

Messieurs, l'Académie, dans sa séance du 5 juillet dernier, nous a chargés, MM. Londe, Louis et moi, d'examiner une Note de M. Ledoré (de Brest), concernant le traitement du croup : Note déférée à votre juridiction, non par la *soumission* spontanée de l'auteur, mais par la *décision officielle* du ministre de l'instruction publique, à qui vous devez conséquemment rendre une réponse formelle.

Cette Note n'est autre chose qu'une lettre de deux pages que M. Ledoré s'était imaginé d'adresser à S. M. l'Empereur. Deux pages in-folio, c'est déjà très-prolixe pour une pétition, mais c'est peu pour démontrer la prétendue efficacité d'un nouveau traitement d'une des maladies les plus graves *et les plus meurtrières*. Au surplus, la sagesse impériale ne s'arroge pas la compétence de décréter et de légiférer en matière de pathologie et de thérapeutique.

Consacré tout entier aux éminents travaux de la politique et de l'administration, *le génie* de Napoléon III, *malgré des sollicitations indiscrètes*, laisse *aux libres controverses* des médecins *le soin de trancher les questions* de médecine. Voilà pourquoi la lettre de M. Ledoré, une fois arrivée et ouverte (18 avril) dans le cabinet de l'Empereur, fut sur-le-champ expédiée au ministère d'État, et, de là, à la commission des pétitions (19 avril) ; puis renvoyée par cette commission au ministère de l'instruction publique, et, enfin, par ce ministère, à l'Académie (28 juin). Véritable odyssée qui, si je ne me trompe, s'il m'est permis de préjuger le sentiment de l'Académie, va aboutir par-devant vous à un complet naufrage.

Avant de passer outre, je dirai tout de suite, qu'indépendamment de cette Note primitive, dont je viens de vous montrer les pérégrinations de bureau en bureau, nous avons encore reçu dernièrement (le 5 septembre courant) une nouvelle Note de M. Ledoré, une courte Note d'une page, à titre d'éclaircissement pour les essais que *ce monsieur* de Brest croit, ce me semble, déjà commencés à Paris, ou du moins près de l'être, sur la foi de sa simple affirmation. Tout au moins prétend-il « qu'on lui procure les « occasions de justifier de l'efficacité du remède qu'il propose », comme si ce n'était pas à lui d'attendre et de recueillir, dans le cours de sa pratique, les preuves expérimentales de son idée, avant de réclamer qu'on ait foi en lui, et que, en un mot, il faut bien le dire, nous fassions sur de pauvres malades les expériences demandées par le premier venu.

En vérité, c'est à faire douter que *ce monsieur*, qui ne joint pas à sa signature le titre de docteur, soit praticien à un titre quelconque. C'est à se demander si M. Ledoré n'est pas, tout bonnement, un homme qui s'ingère de médecine en amateur, comme les capitaines d'artillerie qui, dans les loisirs de la paix, s'*amusent* a faire la guerre à la vaccine. Dans une des phrases de sa lettre, ne voyons-nous pas, en effet, se trahir un de ces esprits inquiets et ambitieux qui ont des *prétentions inventives* en toute espèce de chose? « Dans cette pétition, » dit-il, « je ne reviendrai pas sur toutes les autres découvertes dont je suis l'auteur et qui, malgré leur utilité évidente, n'ont eu pour résultat que de me faire sacrifier quelques économies et bien des veilles. »

Mais ces esprits que possède ce mauvais démon des pseudo-découvertes, n'ont que bien rarement la patience d'étudier les chose avec exactitude et rigueur ; ils se bornent trop souvent à effleurer ce qu'ils auraient dû approfondir ; et, s'ils se donnent de très-bonne foi pour inventeurs, c'est parce qu'ils ne sont pas assez savants.

Dès le préambule même de sa lettre, M. Ledoré nous offre naïvement un échantillon de ce défaut d'exactitude. En cherchant à exciter l'intérêt de l'empereur, par la considération des ravages meurtriers du croup, il ajoute : « Et même, si j'ai été bien informé, S. M., votre père, a invoqué vainement les secours de la science en faveur d'un de ses enfants. » Ce *si j'ai été bien informé*, est une formule dubitative bien singulière à l'égard d'un événement si notoire dans l'historique de la maladie dont il s'agit. Certes, il est étrange qu'un homme qui a pris le croup pour spécialité, ne sache pas bien que le premier-né de la reine Hortense fut victime de ce mal cruel (en 1807) ; et que, par suite, la question du croup devint, sur l'ordre même de Napoléon Ier, le sujet d'un prix de 12,000 fr., d'où un concours des plus mémorables dans les fastes de la médecine.

Quant à la nature des motifs qui ont fait de M. Ledoré un intrépide solliciteur, lançant ses suppliques et ses placets jusqu'au pied du trône impérial, écoutons-le parler encore et, *entré dans ses assertions* naïvement contradictoires, *vous jugerez vous-mêmes* ce qu'il faut en croire en réalité : « Vous me rendrez justice, Sire, » dit le pétitionnaire, « en comprenant « qu'en m'adressant au gouvernement d'abord, je plaçais mon intérêt per- « sonnel après l'intérêt général ; car je n'ignorais pas les sacrifices que « j'aurais pu exiger secrètement de certaines familles dont j'avais eu le « bonheur de sauver les enfants. »

Et puis, un peu plus loin, voici la variation : « Mes faibles moyens « seuls me font un devoir de chercher honorablement à assurer l'exi- « stence de ma nombreuse famille. » Que vous en semble, messieurs? Permis à nous, de par le pétitionnaire lui-même, de soupçonner et de craindre, sous cette étrange profession de désintéressement, les illusions intéressées du père de famille.

Assurément, messieurs, en voilà déjà peut-être plus qu'il n'en faut à la sagacité de votre coup d'œil, pour ne rien espérer de l'annonce thérapeutique de M. Ledoré. Et, pour mon propre compte, je laisserais tomber ma plume, sans mon respect pour l'autorité ministérielle, qui nous a fait l'honneur de réclamer notre avis et que notre devoir est de bien convaincre de l'inanité des prétentions du pétitionnaire. Poursuivons donc notre tâche, tout ingrate qu'elle est, venons-en directement à ce que M. Ledoré nous dit du croup. Permettez-moi, au risque de vous accabler d'ennui, permettez-moi de vous démontrer combien cette maladie lui est réellement peu connue, et avec combien peu de fondement il s'est imaginé en avoir trouvé le remède spécifique.

Voici d'abord quelles sont les idées que s'est faites M. Ledoré sur la nature du croup : « Cette affection, dit-il, a, *selon moi*, son siége au « larynx...., et est causée *par* le mucus concrété *par* une forte inflamma- « tion occasionnée principalement *par* une suppuration brusque de la « transpiration. Le croup, dit-il, étant occasionné presque toujours, pour « ne pas dire toujours, par l'absorption de la transpiration, la matière de « la transpiration qui a été excrétée a dû être viciée à la surface du corps, « et, en retournant dans la circulation, cause des perturbations qui doi- « vent de préférence affecter les muqueuses. »

Ce serait vous faire injure, messieurs, que de critiquer en règle et point par point, tout ce qu'a d'étrange et d'erroné cette théorie du croup.

Je passe.

Mais ce qui est ici d'une importance capitale, ce qui va parfaitement vous rendre compte des illusions thérapeutiques de M. Ledoré, c'est sa manière large et commode d'instituer le diagnostic du croup.

« Les seuls symptômes à peu près positifs de cette maladie, dit-il, « sont une toux faible et sifflante, et la face gonflée par suite de la diffi- « culté de respirer. (Je passe sous silence ce qu'il a de commun avec d'au- « tres maladies.) »

Ainsi, M. Ledoré ignore quel est le vrai signe du croup, le signe pathognomonique, le seul qui puisse démontrer péremptoirement la réalité de la maladie. Or, sans l'expectoration de fragments pseudo-membraneux, jamais, aux yeux d'un clinicien sincère et consciencieux, *la réalité et la guérison* d'un cas de croup *ne seront une chose* certaine. Mais si, comme M. Ledoré, l'on voit le croup partout où se rencontrent les signes dont il se contente, la faiblesse et la sibilance de la toux, et l'hyperhémie dyspnéique de la face, oh! certes, à ce compte, le nom de croup comprendra bien des laryngites, bien des bronchites, bien des angines variées, et souvent alors la guérison sera facile à obtenir, quoiqu'au milieu des apparences les plus alarmantes.

Sans aucun doute, c'est à des cas de cette dernière sorte que M. Ledoré a eu affaire. C'est par là qu'il s'est laissé décevoir. Là et là seulement, il a pu se faire illusion sur le compte du traitement qu'il propose et que, pour terminer, il est temps de vous dire.

Donc, ce traitement consiste dans la double prescription que voici :

1° Administrer le vinaigre par *cuillerée* à bouche, en mélange avec une égale quantité d'eau et de graine de lin miellée.

2° Fumigations d'acide acétique, au moyen d'un tuyau de fer-blanc ou de quelqu'autre façon.

« Lorsqu'on administre le vinaigre en potion, dit l'auteur de la note, il « agit par la circulation, et aussi, directement en passant, contre l'épi- « glotte. Mais il n'agit pas aussi bien que les fumigations. »

Et quels sont les faits qu'allègue M. Ledoré? en quel nombre sont-ils pour lui avoir donné une si robuste foi en l'efficacité du remède, dont, à ce qu'il nous raconte, il fit la découverte il y a quatre ans? Il a deux cas à citer : voilà tout. Il a réussi, une fois, sur l'un de ses enfants ; une seconde fois, sur un enfant d'environ deux ans, cas encore plus grave, dit-il, et dans lequel le petit malade était, je cite textuellement, « *atteint de* « *chancre! et d'une forte irritation de poitrine.* » Point d'autres détails.

Ne voila-t-il pas, en vérité, une étrange façon de mériter créance sur l'existence du croup, du vrai croup, dans ces deux cas ! Comme nous voilà bien édifiés, surtout de la part d'un homme que nous avons vu tout à l'heure si peu compétent, et si peu sévère en fait de diagnostic ! Et qui donc, en un mot, serait tenté de se laisser entraîner à la péroraison du pétitionnaire, et de redire avec lui : « Sire, vous comprendrez le bonheur « que vous pouvez procurer à des milliers de pères et de mères en leur « donnant un moyen efficace de combattre un fléau que tous les efforts « de la médecine A (*sic*) en vain cherché à vaincre. » Péroraison aussi mal fondée que *peu grammaticale*. Sans doute que M. Ledoré, comme les bourgeois de Beaune, dans une anecdote très-connue, réserve une syntaxe meilleure pour une meilleure occasion.

D'après ce qui précède, messieurs, nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie les conclusions suivantes :

Nous vous proposons de répondre à Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique et des cultes :

1° Que la Note de M. Ledoré fait paraître une évidente insuffisance d'instruction et d'expérience pour le diagnostic du croup ;

2° Que, faute d'un diagnostic authentique et sûr, les deux cas de prétendu croup, dont, sans en décrire aucunement les symptômes, M. Ledoré attribue la guérison à l'emploi de son remède (vinaigre en potion et en *fumigation*), sont des faits absolument insignifiants ;

3° Que, par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la pétition de M. Ledoré.

M. Larrey. — Messieurs, tout en approuvant le fond du rapport et les conclusions qui le terminent, il me semble qu'il n'est peut-être pas de la dignité de l'Académie de faire un rapport de l'étendue de celui que nous venons d'entendre sur les élucubrations d'un homme évidemment étranger aux connaissances les plus essentielles en fait de diagnostic et de thérapeutique, et dont les observations ne peuvent, par conséquent, avoir la moindre valeur. Je voudrais donc que le rapport fût beaucoup moins développé et qu'il se bornât à justifier les conclusions.

M. Fr. Dubois. — Si le rapport était fait pour les médecins, M. Larrey pourrait avoir raison; mais il faut bien savoir qu'il s'adresse à des personnes qui se font une autre idée que nous des élucubrations comme celles de M. Ledoré; ces personnes, quand nous faisons des rapports trop brefs, nous accusent de traiter légèrement et de repousser sans examen tout ce qu'on nous présente. Il faut donc leur donner des raisons. J'appuie donc le rapport, d'autant plus que le secrétaire perpétuel a l'habitude de s'entendre avec les rapporteurs pour faire, dans la copie du rapport adressée au ministre, les modifications et retranchements qui sont jugés utiles.

M. Londe. — Je partage d'autant plus l'avis de M. le secrétaire perpétuel que le rapport n'est pas aussi sérieux que veut bien le dire M. Larrey.

M. J. Guérin. — Il m'a non-seulement paru, comme à M. Londe, que le rapport n'était pas trop sérieux, mais que, au contraire, il n'était pas sérieux du tout, et c'est là ce que je lui reproche. Quel que soit le sujet que traite un rapport, il me semble que l'Académie doit conserver sa position de corps scientifique et grave, spécialement quand elle se trouve en présence de l'autorité et qu'elle agit officiellement. C'est à ce point de vue que j'aurais voulu trouver dans le rapport moins d'esprit et plus de gravité.

M. Requin. — M. Larrey trouve mauvais qu'on donne trop d'attention à des élucubrations absurdes, ridicules; je le trouve aussi, et ce n'est pas sans répugnance que j'ai accepté la tâche qu'on m'a donnée, laquelle n'a rien de fort séduisant ni de bien digne pour un professeur de la Faculté; mais j'ai considéré comme un devoir de la remplir, et je l'ai remplie. Cette note n'a aucun sens médical, et il est fort douteux que M. Ledoré soit docteur. Je suis peut-être un peu novice, et sans doute c'est pour cela que j'ai cru devoir faire un rapport développé, malgré ma répugnance; mais à voir l'accueil qu'il reçoit, je serais tenté de ne pas recommencer une pareille tâche. Je suis convaincu d'ailleurs que la médecine perd de son autorité, de sa considération, à ne pas traiter sérieusement ce qu'au dehors, ce que, dans le monde, on traite sérieusement. Répondre simplement que la Note de M. Ledoré ne signifie rien, c'est s'exposer à des récriminations. Les grands, les ministres ne se contentent pas de semblables réponses. Comme ils ne sont pas juges en matière scientifique, ils aiment qu'on leur développe longuement et qu'on leur expose clairement les questions sur lesquelles ils invoquent les lumières des savants. Voilà pourquoi, dirais-je à M. Larrey, j'ai cru devoir faire une réponse détaillée à la demande de M. le ministre. Répondrai-je maintenant à des attaques d'un autre genre? Votre rappport, me dit-on, manque de gravité, il n'est pas sérieux, il est trop plaisant. Je pourrais répondre à cela que ce n'est pas la forme d'un rapport qu'il faut attaquer, mais bien les conclusions; mais puisqu'on veut engager le combat sur ce terrain, j'accepte. La forme de mon rapport est mauvaise, dites-vous, elle n'est pas convenable parce qu'elle n'est pas sérieuse. Eh! comment voulez-vous que je garde mon sérieux en présence d'un homme d'une incapacité notoire, d'un homme qui n'est pas médecin (il est impossible que M. Ledoré soit médecin) et qui vient discuter gravement sur une des plus importantes questions médicales dont il ne sait pas le premier mot; qui a l'outrecuidance d'appeler sur ses élucubrations l'attention de S. M. l'Empereur! Est-ce possible? Oh! non, et suivant le conseil d'Horace, c'est avec le fouet du ridicule que j'ai voulu flageller des prétentions ridicules. Tout est absurde dans cette Note, le fond comme la forme; mais si l'absurdité est évidente pour vous, elle ne l'est pas pour les gens du monde, et j'ai voulu la rendre palpable et manifeste à tous.

M. J. Guérin. — Il n'y a pas ici de professeurs, il n'y a que des académiciens. Quoique le rapporteur ne soit nullement un novice, je suis le premier à le reconnaître, comme il est nouveau reçu à l'Académie, je ne crois pas qu'il soit déplacé que ses prédécesseurs cherchent à l'initier aux habitudes dont une réunion savante ne doit pas se départir, et de l'esprit qui doit y régner. L'Académie, un corps scientique, ne doit pas agir comme un individu en dehors du public; et s'il est permis à un individu de prendre des allures légères, plaisantes, il ne l'est pas à une Académie placée en vue du public, et répondant à l'autorité qui la consulte. Par dignité, par convenance, l'Académie doit toujours répondre sérieusement à l'autorité même sur des choses qui ne sont pas sérieuses, d'abord par respect pour l'autorité et pour elle-même, et ensuite parce que les découvertes utiles, importantes, peuvent se trouver exposées sous une forme ridicule.

M. Londe. — Je ne crois pas qu'il soit d'usage, quand il s'agit de rapports demandés par l'autorité, d'envoyer le rapport tout entier, mais seulement les conclusions.

M. Fr. Dubois. — On envoie avec les conclusions tout ce qui dans le rapport peut éclairer l'autorité. J'ai déjà dit que le bureau qui a l'habitude de la correspondance officielle s'entend avec le rapporteur.

M. Gibert. — Comme par ma nature je me suis trouvé quelquefois dans la même position que M. le rapporteur et me suis mis sur la conscience un certain nombre de peccadilles semblables aux siennes, vous voudrez bien me permettre de prendre en mains sa défense et de combattre *pro aris et focis.* Sans doute, il ne faut pas exagérer la forme légère et incisive du discours, et donner trop de piquant au sel de la plaisanterie; mais il ne faut pas non plus vouloir en bannir absolument l'esprit malin et railleur. Une réunion savante ne se déconsidère pas parce qu'elle mêle parfois au ton grave de son langage habituel, quelques notes légères. Revêtir un discours d'une forme spirituelle me paraît sans inconvénients. Il s'agit d'une pétition absurde, ridicule au suprême degré, et qui prend des airs solennels, qui s'adresse prétentieusement à la majesté souveraine, qui se fait annoncer pompeusement à l'Académie par la voix d'un ministre; pourquoi ne rirait-on pas un peu de ses grands airs fats et prétentieux? Donc, à mon avis, le rapport de M. Requin est on ne peut mieux approprié à la circonstance, et l'Académie ne doit rien perdre de sa considération en faisant à l'autorité, par la bouche de M. le rapporteur, une réponse fine et spirituelle.

M. Requin. — Je demande à ajouter un mot à ce que vient de dire M. Gibert. Quand j'ai dit que j'étais un académicien novice, je n'ai pas prétendu dire que j'étais novice des usages académiques; je les connais assez pour savoir que le rapport appartient au rapporteur, et que l'Académie ne vote que les conclusions. Le mauvais style, et le style est mauvais quand il n'est pas approprié aux circonstances, restera donc sous ma responsabilité; l'Académie ne sera engagée que pour les conclusions.

M. Fr. Dubois. — C'est parfaitement juste.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Du principe actif de la valériane et de la belladone dans le traitement de certaines affections convulsives.

M. Michéa lit un mémoire fondé sur onze observations d'affections convulsives, dans lesquelles il a employé, avec succès, un composé des deux principes actifs de la valériane et de la belladone, le valérianate d'atropine; sur ces onze observations, six sont relatives à l'épilepsie, les autres à l'hystérie, à la chorée, à l'asthme et à la coqueluche.

Sur les six cas d'épilepsie, le valérianate d'atropine a produit quatre guérisons et deux améliorations. Tous les sujets qui ont guéri se trouvaient dans les conditions suivantes : ils étaient jeunes ou arrivés à peine à l'âge moyen de la vie ; il y avait autant d'adultes que d'enfants. Le début de la maladie remontait à une époque récente ou, du moins, assez peu éloignée; la maladie était produite par des causes morales; de la frayeur dans trois cas, une vive contrariété dans l'autre. Les attaques n'étaient ni précédées ni suivies d'aucun désordre dans les facultés intellectuelles et morales. Parmi les deux sujets qui ont offert une simple amélioration, l'un était âgé de 50 ans et épileptique depuis sept ans ; l'autre avait 67 ans et était épileptique depuis vingt-cinq ans. Chez tous deux, les attaques étaient compliquées de désordre intellectuel (perte de mémoire, incohérence dans les idées, etc., etc.).

Relativement aux cinq autres sujets, les deux femmes hystériques ont guéri ; il en est de même de la malade atteinte d'affection choréiforme et de l'enfant atteint de coqueluche. Chez le sujet en proie à l'asthme essentiel, le médicament s'est borné à produire de l'amélioration; au lieu de revenir deux ou trois fois par an, les accès d'asthme ne revenaient qu'une fois.

Le valérianate d'atropine a été administré de deux manières, en globules et en potion. Sous la forme de globules, la dose a varié entre un demi-milligramme et 2 milligrammes par jour. Chez les jeunes sujets, il faut commencer par un demi-milligramme par jour, sans jamais dépasser un milligramme. Chez les adultes, on commence par un milligramme.

Au bout de huit à quinze jours de l'emploi du médicament, on laisse reposer le malade pendant le même nombre de jours, puis on revient à l'usage du valérianate d'atropine, en augmentant la dose d'un milligramme, en tout 2 milligrammes par jour, dose qu'il est prudent de ne jamais franchir ; et on continue ainsi le traitement pendant deux, trois, quatre, cinq, six mois et plus.

C'est exclusivement dans le cas de coqueluche que le médicament a été administré en potion. Il a été ingéré à la dose d'un milligramme dans 120 grammes d'infusion de tilleul édulcoré, avec 10 grammes de sirop de Tolu, une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Les phénomènes physiologiques produits par le valérianate d'atropine, ne

différent en rien de ceux que détermine l'atropine elle-même. Ils consistent dans la dilatation des pupilles, la diplopie, un léger vertige, la sécheresse du gosier. Tous phénomènes qui disparaissent très-promptement dès qu'on interrompt l'usage du médicament.

Voici les propositions par lesquelles l'auteur résume son mémoire :

1° Le valérianate d'atropine est un médicament précieux dans plusieurs affections spasmodiques ou convulsives, notamment dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la coqueluche et l'asthme essentiel.

2° Dans l'épilepsie il guérit tous les sujets jeunes, les adultes comme les enfants, dont le début de la maladie est encore récent, et dont les attaques ne sont ni précédées ni suivies de désordre intellectuel. Dans l'épilepsie ancienne et compliquée d'aliénation mentale, il ne guérit pas, mais il améliore toujours l'état des malades; il éloigne les attaques et il en amoindrit la violence.

3° Ce sel est préférable à la valériane et à la belladone; d'une part, parce qu'il n'a pas les inconvénients de ces plantes, dont les extraits alcooliques et les poudres sont très-infidèles et n'exercent quelque action qu'autant qu'ils sont préparés récemment, sans compter l'odeur fétide de la valériane, qui la fait rejeter par un grand nombre de malades; et, d'autre part, parce que, comme tous les principes actifs des végétaux, il agit à très-faibles doses et toujours de la même manière.

4° La dose de valérianate d'atropine est, au début, chez les adultes, d'un milligramme par jour; au bout d'une semaine, on l'élève à deux milligrammes. Il n'est guère possible de dépasser cette dernière dose sans déterminer une dilatation des pupilles et un trouble de la vision qui gênent ou effraient beaucoup les malades. Chez les enfants, on commence par un demi-milligramme, et il est prudent de ne jamais dépasser un milligramme.

5° Pour obtenir un effet thérapeutique appréciable, il faut prolonger le traitement pendant plusieurs mois, deux, trois, quatre, cinq, en ayant le soin de le suspendre pendant huit jours, de temps à autre. (Comm. MM. Lecanu, Baillarger et Jolly.)

Rhinoplastie.

M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie un malade auquel il a refait des narines, par sa méthode par ourlets ou renversement.

Le malade dont il s'agit avait été guéri par son savant collègue, M. le docteur Ricord, d'une syphilide ulcéreuse qui occupait les joues, le nez, les lèvres et le front.

Lorsque le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, voici dans quel état il se trouvait :

1° Les joues, les lèvres et le front étaient couverts de cicatrices solides et un peu saillantes.

2° Le nez offrait une difformité assez choquante, par suite de la destruction partielle des cartilages du nez. Les narines avaient dû se fermer par l'action contractile incessante du tissu inodulaire pendant la cicatrisation.

En examinant le nez et ses contours, on remarquait une pointe saillante et difforme à la place du lobule du nez; les narines n'existaient plus, et on voyait seulement au centre un pertuis qui faisait communiquer les fosses nasales avec l'extérieur. La cloison de séparation des narines se trouvait donc confondue avec l'aile externe des narines. Lorsque le malade poussait l'air dans les fosses nasales, une légère saillie, résultat du soulèvement des parties molles cicatrisées, indiquait le siége des fosses nasales.

La difformité principale consistait donc, en l'absence du lobule du nez, des narines et de la cloison médiane qui les sépare, puisque ces parties réunies constituaient une difformité dont le malade voulait se débarrasser, et voici comment on s'y prit :

M. Jobert (de Lamballe) enleva avec le bistouri et des pinces à dents tout le tissu cicatriciel qui recouvrait les parties molles des narines jusqu'au sillon naso-labial, et il fit ainsi une plaie qui comprenait les côtés du lobule du nez et les côtés de la cloison des narines. Ce premier temps de l'opération terminé, il plongea le bistouri dans l'épaisseur des parties molles, à gauche et à droite de la cloison des narines. L'air s'échappa par cette ouverture, et à l'aide d'un bistouri boutonné introduit dans les fosses nasales, il dilata en haut et en bas cette incision verticale qui se termina par deux angles dirigés en dehors. C'est alors que les parties molles représentèrent un véritable lambeau qui put être renversé en dehors, et maintenu à l'aide de la suture entrecoupée et de deux aiguilles enfoncées dans l'épaisseur des parties molles et au niveau des deux angles.

Ce procédé opératoire, qui n'est qu'une application de la méthode par renversement, permettait donc, à la membrane muqueuse, de devenir extérieure, et à la surface saignante qui correspondait à la peau, d'être en contact avec elle-même par suite de sa plicature.

Les surfaces saignantes en contact adhérèrent et les fils purent être enlevés, ainsi que les aiguilles, lorsque l'on pensa que l'adhésion était aussi complète que possible. Il n'est survenu, chez ce malade, aucun accident.

Le malade présenté à l'Académie donne l'idée du résultat et permet de constater le rétablissement des narines, l'existence de la cloison qui les sépare, et l'absence de cette pointe qui existait à la place du lobule au moment de l'opération.

Des dessins exécutés avant et après l'opération donnent une idée exacte des changements qui se sont opérés chez le malade.

Pendant le sommeil, le malade respire facilement par les fosses nasales, et, pendant la veille, il n'est pas forcé de tenir la bouche ouverte comme avant l'opération. — La séance est levée à 5 heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Un des vétérans les plus honorables de la médecine militaire, membre de l'Académie, ancien médecin en chef des Invalides, M. Cornac, a succombé le vendredi, 23, aux suites d'un ramollissement du cerveau, dont les symptômes évidents remontaient à un mois environ.

— Nous n'avions pas trop auguré de l'imagination du *Constitutionnel* en considérant comme un canard injurieux l'anecdote qu'il a racontée sur un de nos confrères de Turquie.

Voici la lettre qui a été adressée à ce sujet au *Journal de Constantinople :*

« Monsieur le Rédacteur,

« Je viens vous prier d'ouvrir les colonnes de votre journal à la rectification suivante d'un bruit odieux :

« Un de nos plus honorables docteurs, M. Pelletan, vient d'être l'objet, ces jours derniers, d'une calomnie.

« Au dire des personnes mal informées, M. Pelletan, en ce moment médecin en chef de l'hôpital de Choumla, aurait été gagné par l'or de la Russie pour empoisonner Omer-Pacha. Le général n'aurait été sauvé du danger qui le menaçait que sur l'avis qui lui serait parvenu à temps de l'attentat qu'on voulait commettre sur sa personne, et il n'est bruit aujourd'hui que du moyen dont Omer-Pacha aurait fait usage pour se débarrasser du traître, moyen qui aurait consisté à obliger le docteur à boire le poison que celui-ci destinait au général.

« Nous devons rassurer les nombreux amis de M. le docteur Pelletan et leur affirmer que tout cela n'est qu'une fable inventée par la malveillance, et que, Dieu merci, Omer-Pacha ainsi que M. Pelletan, au milieu des fatigues de tous genres qu'ils sont heureux de pouvoir supporter, n'ont eu besoin d'aucune potion, c'est-à-dire que l'un et l'autre n'ont jamais cessé de se porter à merveille.

« Agréez, etc. CHATEAU REYNAUD. »

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie n'a pas fait de progrès sensibles en Angleterre; elle a cependant envahi quelques petites localités et quelques cas se sont, dit-on, déclarés dans la ville de Manchester. A Londres, l'influence de l'épidémie est à peine sensible; le nombre de décès attribués au choléra dans la semaine finissant le 24 septembre a été de 29.

M. Mélier, chargé par le gouvernement français d'aller étudier la marche et le mode de traitement du choléra en Angleterre, a eu lundi une conférence avec la direction générale de santé, dans son bureau, à Wishall.

— *Constantinople, 19 septembre.* Par suite de l'apparition du choléra, les provenances d'Odessa etaient assujetties à une quarantaine de cinq jours.

On avait établi un cordon sanitaire de Widdin à l'embouchure de la Sulima. Toujours mêmes préjugés et mêmes erreurs.

— On écrit de Carlscrona (Suède) le 20 septembre, au journal officiel de Copenhague (Danemark) :

Nulle part, peut-être, le choléra n'a sévi, proportion gardée, avec autant de violence qu'à Calscrona; car jusqu'à présent sur la population de cette ville qui se compose d'environ 12,000 personnes, il a atteint 1 individu sur 7, et il en a enlevé 1 sur 12.

Les médecins s'accordent à attribuer ce grand ravage de l'épidémie, dans notre ville, à la qualité de l'eau que fournissent les fontaines publiques. On porte, il est vrai, tous les jours sur les marchés d'excellente eau potable, mais en petite quantité; ce qui la rend si chère, que les personnes aisées seules peuvent s'en procurer, et c'est, en effet, parmi ces derniers que le nombre des victimes a été minime.

Ce journal ajoute qu'à Copenhague aussi l'eau est loin d'être bonne, quoique moins mauvaise qu'à Carlscrona, et il pense que cette circonstance a été la principale cause que le choléra a frappé à Copenhague 7 et demi pour cent de la population, et en a fait périr 4 et demi pour cent. — Il est inutile d'ajouter que l'opinion dont il s'agit est pour le moins très-hypothétique.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 119. 1re année. Mardi 4 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Mort de M. Arago. — Description d'un fœtus monstrueux d'une espèce nouvelle, par le Dr Jules Bouteillier. (*Suite et fin.*) — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Du traitement des rétrécissements du rectum, par M. H. Rombeau. — CLINIQUE DÉPARTEMENTALE : Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement médical simple, par M. F. Neucourt. (*Suite.*) — HYGIÈNE PUBLIQUE : Désintoxication des champignons vénéneux, par M. le Dr F. Cadet-Gassicourt. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON.

Paris, le 3 Octobre 1853.

Mort de M. Arago.

L'une des plus grandes illustrations scientifiques, l'une des plus belles gloires de la France, vient de s'éteindre : M. François-Dominique ARAGO a succombé hier au soir, à six heures un quart, aux suites d'un diabète compliqué d'albuminurie et d'hydropisie générale. Hier matin, notre célèbre confrère, M. Rayer, en visitant son éminent malade, avait espéré le conserver au moins pendant plusieurs jours encore, malgré la présence d'un épanchement thoracique considérable. Dans la soirée, des symptômes d'étouffement se manifestèrent tout à coup, et M. Rayer, mandé à la hâte, ne put pas même arriver à temps pour recevoir le dernier soupir de l'illustre savant.

L'Académie, consternée en apprenant aujourd'hui cette triste nouvelle, annoncée d'une voix profondément émue par M. Flourens, a interrompu le cours de ses travaux et levé immédiatement la séance en signe de deuil.

La mort de M. Arago ne touche qu'indirectement la profession médicale, et ce ne serait pas en tous cas le moment d'apprécier les diverses phases de cette grande existence. Ce que l'on peut dire cependant, ce que l'on doit même dire dès aujourd'hui à la gloire d'Arago, c'est que l'Académie a fait en le perdant une perte pour longtemps irréparable.

Les obsèques de l'illustre défunt se feront après-demain, mercredi, à midi, à l'église de Saint-Jacques-du-Haut-Pas. On se réunira à l'Observatoire.

Description d'un fœtus monstrueux d'une espèce nouvelle,

Par M. le Dr JULES BOUTEILLIER, *de Rouen.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 98, 101 (1).)

B. *Dissection des parties molles.* — En commençant cette description, je crois devoir rappeler que le fœtus était déjà gravement altéré lorsqu'il m'a été remis, et que l'étude des parties molles a malheureusement dû rester incomplète sur plusieurs points.

1° *État des muscles.* — On peut dire, d'une manière générale, que les muscles de ce fœtus sont aussi normaux que le

(1) Le manuscrit, égaré à l'imprimerie, n'a été retrouvé que depuis quelques jours. Nos lecteurs voudront bien excuser ce retard involontaire.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite. Voir les nos* 104, 106, 107, 108, 110, 113, 114, 115, 116, 117.)

PRODUCTIONS HOMOEOMORPHES.

M. Parmentier (1) nous a montré une *tumeur graisseuse* de la cuisse, divisée par un étranglement en deux parties, qui formait sur le vivant une tumeur en bissac, et dans laquelle, comme cela arrive pour certains kystes bilobés, on pouvait, par la compression, faire passer le contenu d'un lobe dans l'autre. Ce fait n'est pas unique et mérite d'être consigné au point de vue du diagnostic.

Voici un exemple remarquable de *production cartilagineuse.* — M. Ducluzeau (2) a mis sous les yeux de la Société une tumeur de la paroi thoracique gauche, du volume de la tête d'un adulte, s'étendant depuis la septième côte jusqu'à la région de l'hypochondre. Elle était lobulée, très-dure en certains points, ramollie et fluctuante en d'autres, ulcérée à sa partie culminante. Cette ulcération avait donné issue à un liquide jaunâtre, puis à des flocons assez semblables à de fausses membranes ou à des lambeaux de poches hydatiques. A l'autopsie, on a constaté que la tumeur avait détruit plusieurs côtes. Le poumon était refoulé, atrophié, devenu dur, imperméable. Un épanchement considérable s'était produit de ce côté, et le diaphragme déprimé faisait une sorte de hernie du côté de la cavité abdominale. L'examen microscopique fait par MM. Broca et Lebert a mis hors de doute la nature cartilagineuse de cette production.

Après ces deux faits, l'un de production graisseuse et l'autre de production cartilagineuse, nous citerons pour mémoire un cas intéressant de tumeur de la cuisse, présenté par M. Lebert (1), dans lequel les deux genres de production étaient combinés. *La tumeur était cartilagineuse dans ses parties profondes* et *lipomateuse dans ses parties superficielles.*

Nous devons à M. Leudet (2) un cas très-rare de *tumeur fibreuse de l'estomac,* et qui emprunte un intérêt nouveau à la présence simultanée de plusieurs autres tumeurs fibreuses dans l'économie.

Votre secrétaire (3) vous a rapporté un fait qui éclaire l'origine de certaines tumeurs épithéliales. A la suite de l'ablation d'une véritable corne située sur le

(1) Page 454. — (2) Page 93.

(1) Page 81. — (2) Page 128. — (3) Page 110.

comporte l'état du squelette. Je n'ai rien à dire de particulier sur les muscles de la face, des membres et de la partie antérieure du tronc. Quant aux muscles spinaux, ils offrent une disposition entièrement insolite. En effet, la face postérieure ou spinale de la colonne vertébrale manque presque complétement, comme dans le *spina bifida*. Les lames et les apophyses épineuses, réduites à l'état rudimentaire, sont rejetées à droite et à gauche de la ligne médiane. Ces parties occupent les bords latéraux de l'appareil vertébral, et sont en connexion, par conséquent, avec les divers éléments de l'occipital. C'est là, sur la limite qui sépare les os du crâne des os de la colonne vertébrale, que viennent s'insérer les muscles spinaux, dont les origines forment, par conséquent, une double rangée linéaire et curviligne.

Il m'est impossible de dire si tous ces muscles existent. Je suis même porté à croire que beaucoup d'entre eux sont absents : mais l'état de putréfaction des parties ne me permet pas d'émettre à cet égard une affirmation. J'ai encore le regret de ne pouvoir décrire les muscles de la fesse et du bassin, muscles dont la disposition devait être assurément fort curieuse.

2° *États des viscères.* — Les viscères thoraciques et abdominaux sont presque complétement transposés.

Le cœur est situé à droite; sa base est dirigée à gauche et sa pointe regarde du côté droit; le ventricule pulmonaire est situé à gauche et au-dessous du ventricule aortique. Les cavités, du reste, m'ont paru normales.

Le poumon gauche est divisé en trois lobes, tandis que le poumon droit n'en présente que deux. L'aorte occupe le côté droit; en un mot, l'inversion viscérale est complète au-dessus du diaphragme.

L'orifice œsophagien du diaphragme est situé à droite. Le grand cul-de-sac de l'estomac et la rate sont à droite; le foie et le pylore sont à gauche. Le duodénum a sa forme la plus normale, mais sa convexité regarde du côté gauche.

Ici s'arrête l'inversion. La masse des intestins grêles va aboutir à la région iliaque *droite* où se trouve le cœcum. Le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant, présentent la disposition la plus normale; l'*s* iliaque est située du côté gauche, et il en résulte que les diverses parties du gros intestin affectent des connexions insolites avec le foie, la rate, l'estomac, en un mot avec ceux des viscères abdominaux qui sont transposés. Le colon ascendant se recourbe sous la rate, au lieu de se recourber sous le foie; le colon descendant commence sous le foie au lieu de commencer sous la rate, etc.

Il eût été intéressant de préciser la situation respective des gros vaisseaux dans l'abdomen; de voir, par exemple, si la terminaison inférieure de la veine-cave se faisait du côté du cœcum ou du côté de l'*s* iliaque. Cette dernière supposition me semble la plus probable; mais l'état avancé de la putréfaction ne m'a pas permis d'acquérir une certitude sur ce point.

La forme bizarre du ventre, et en particulier la position toute spéciale de l'ombilic qui est situé plus bas que la vulve, enfin et surtout l'absence presque complète de cavité pelvienne, ont imposé à la vessie et à l'urètre une situation insolite.

Le sommet de la vessie regarde en avant et même un peu en bas vers l'ombilic. Sa face antérieure, à peu près horizontale, croise le bord supérieur du pubis sur lequel elle repose; enfin, son col regarde directement en arrière. Il en résulte que l'urètre se dirige d'abord d'avant en arrière; au moment de se terminer ce canal se recourbe légèrement de haut en bas et va s'ouvrir, non pas à la vulve, mais au-dessus de la vulve, sur la paroi antérieure du vagin. Par conséquent, l'urètre dirige sa concavité en bas au lieu de la diriger en haut et en avant.

3° *Appareil nerveux.* — L'état des parties ne m'a pas permis de disséquer les nerfs du tronc et des membres. J'ai dû me contenter d'étudier la disposition des centres nerveux et l'origine centrale des nerfs.

Le cerveau et le cervelet m'ont paru normaux, ainsi que leurs enveloppes immédiates et les prolongements de la dure-mère, qui forment la faux du cerveau et la fente du cervelet. L'état de ramollissement de la pulpe nerveuse m'a empêché de bien déterminer de quelle manière était constitué l'isthme de l'encéphale. Quant à la moelle épinière, je n'ai pu en trouver la moindre trace. A mon avis, elle manquait complétement.

Les nerfs encéphaliques sont normaux dans leur origine comme dans leur trajet. Ils existent tous, et sortent du crâne par des trous régulièrement placés. Je dois dire toutefois que je n'ai pas d'idée arrêtée sur le trajet des nerfs des deux dernières paires; pour étudier ce trajet, il aurait fallu sacrifier la pièce, et je n'ai pas voulu le faire.

Malgré l'absence de la moelle, les nerfs spinaux existent par paires symétriques, en nombre égal au nombre des vertèbres. En examinant la colonne vertébrale par sa face crânienne, on aperçoit de chaque côté, à environ six millimètres de la ligne médiane, au milieu à peu près de la distance qui sépare cette ligne médiane des bords de l'appareil vertébral, une rangée de petits filaments nerveux qui font dans la cavité crânienne une saillie de 1 à 2 millimètres. Ce sont là manifestement les origines centrales des nerfs rachidiens. Ils sortent de la cavité cérébro-spinale par de petits trous de conjugaison qu'ils remplissent exactement. L'étude de ces filaments nerveux nous fournit un renseignement important. L'appareil vertébral se trouve divisé par la double série des trous de conjugaison, en trois bandes parallèles. La bande médiane, comprise entre les deux rangées de trous, est constituée par l'ensemble des corps vertébraux. Les deux bandes latérales, situées en dehors des trous de conjugai-

---

bras, il s'est produit une tumeur épithéliale ulcérée qui a envahi tout le bras, l'aisselle, et a déterminé la mort par épuisement.

Enfin, messieurs, nous avons vu plusieurs cas très-remarquables de productions *fibro-plastiques*. Je vous rappellerai l'observation de M. Combessis (1), dans laquelle la production fibro-plastique s'était généralisée dans les deux poumons; celle de M. Pibret (2), dans laquelle des kystes multiples du maxillaire inférieur étaient constitués par des cloisons de tissu fibro-plastique et offraient des champignons de la même substance dans leur intérieur; et enfin, celle de M. Caron (3), dans laquelle la tumeur, occupant un des hémisphères du cerveau, était constituée par une sorte de coque fibro-plastique et creusée à son intérieur par un véritable kyste d'origine hématique.

PRODUCTIONS HÉTÉROMORPHES.

Parmi les cas nombreux de productions hétéromorphes qui ont passé sous nos yeux cette année, je vous en signalerai quelques-uns relatifs au tubercule et au cancer, soit parce qu'ils apportent quelques faits nouveaux dans l'histoire de leur évolution, soit parce qu'ils présentent quelque particularité importante.

Tubercule. — Le tubercule se reconnaît, comme on le sait, à l'examen microscopique, par la présence de certains corpuscules, de forme déterminée, qui ont un caractère bien tranché. Or, ces corpuscules existent-ils à toutes les périodes de l'évolution tuberculeuse?

A propos d'une observation de méningite tuberculeuse présentée par M. Archambault (1), M. Dufour, le premier, mentionna que, dans ses recherches sur les traînées tuberculeuses qui suivent le trajet des vaisseaux et des circonvolutions, il avait trouvé ordinairement les corpuscules tuberculeux, mais que, dans certains points, ces corpuscules présentaient une forme moins nette et disparaissaient complétement en quelques autres; ce qui lui fit admettre divers degrés d'évolution dans la production tuberculeuse.

A l'occasion d'un cas de tuberculisation des diverses séreuses de l'économie, arachnoïde, plèvre, péritoine, qui nous a été montré par M. Henry (2), M. Broca constata à son tour que les corpuscules, très-apparents dans la plèvre et le péritoine, manquaient complétement dans l'arachnoïde; et M. Lebert, résumant les deux faits, en a tiré la conclusion que probablement le premier degré de l'évolution du tubercule consistait dans le développement d'un tissu amorphe peu distinct et dans lequel les corpuscules n'apparaissent qu'ultérieurement.

Une forme des productions tuberculeuses qui, pour la première fois, a été bien étudiée dans le sein de notre Société, est celle qui se montre sous l'aspect d'un surtout continu de fausses membranes grenues et déchiquetées, que l'on

---

(1) Page 209. — (2) Page 506. — (3) Page 343.

(1) Page 26. — (2) Page 38.

son, correspondent par conséquent aux lames vertébrales. Celles-ci ne manquent donc pas, comme on serait tenté de le croire, à un examen superficiel. Seulement, au lieu de se rejoindre de manière à intercepter un anneau pour chaque vertèbre, elles demeurent écartées et rejetées sur les côtés, comme cela a lieu du reste pour les deux moitiés de l'écaille occipitale.

Un mot enfin sur les organes des sens. L'appareil de l'olfaction, celui de la gustation sont normaux. Le globe de l'œil a la forme et le volume ordinaires ; mais il paraît dépourvu de cornée transparente. La partie de ce globe où devrait se trouver cette dernière membrane, semble occupée par la sclérotique. Il serait possible que cet état fût la conséquence de la macération du fœtus dans un liquide inconnu ; j'en dirai autant de l'état du cristallin, qui est sphérique, très-dur et opaque.

Quant à l'appareil auditif, je n'ai dû en étudier que les parties externes, afin de ne pas sacrifier la pièce. On a vu, dans la description extérieure du monstre, que les pavillons auriculaires sont placés au-dessous et en arrière des mâchoires, et rapprochés de la ligne médiane. Les cercles tympanaux regardent directement en avant. La membrane du tympan existe des deux côtés. A travers cette membrane on aperçoit très nettement le manche du marteau. Il est donc probable que les osselets de l'ouïe sont au complet, et que l'oreille interne est bien conformée.

J'ajouterai en terminant que les résultats de cette dissection ont été constatés avec moi par mon excellent confrère et ami le docteur Duclos.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Du traitement des rétrécissements du rectum.

Dans le cours de ses leçons cliniques, M. le professeur Velpeau ne manque jamais d'appeler notre attention sur les points vraiment pratiques de la chirurgie.

Voici, par exemple, quelques notes que nous avons pu recueillir sur le traitement d'une affection assez commune, et dont la cure radicale offre cependant parfois de grandes difficultés.

Une fois reconnue l'existence d'un rétrécissement du rectum, il faut encore, dit le chirurgien de la Charité, s'assurer si ce rétrécissement est unique ou s'il y en plusieurs, en rechercher la cause, et voir le meilleur mode de traitement à y apporter.

Les rétrécissements du rectum ont une foule de causes. De là, première difficulté.

L'intestin, comme l'urètre et comme l'œsophage, ne se peut rétrécir qu'apres avoir été malade.

Parmi les affections qui précèdent les rétrécissements, celle qui occupe le premier rang est la syphilis.

Aussi, doit-on tout d'abord interroger les malades dans ce sens. Les ulcérations syphilitiques, plaques muqueuses, etc , laissent après leur cicatrisation des indurations, des brides, qui produisent ensuite les coarctations. Mais il y a alors, pour éclairer le diagnostic, les antécédents syphilitiques et souvent d'autres lésions concomitantes.

Non-seulement les rétrécissements du rectum succèdent à des ulcères, mais aussi à des opérations chirurgicales. Dans ce dernier cas, on cherche à les prévenir par le moyen même qu'on emploie pour les détruire une fois qu'ils se sont produits, c'est-à-dire par de grosses mèches placées à demeure dans le rectum.

Il est justement admis que les rétrécissements sont de plusieurs sortes : tantôt c'est une cloison transversale, occupant un côté du rectum, tantôt c'est une sorte de diaphragme percé d'un orifice, tantôt enfin une coarctation de toutes les tuniques de l'intestin, dans une étendue qui peut être de plusieurs centimètres. Les premiers siégent, en général, de trois à six centimètres de hauteur ; les autres peuvent remonter plus haut.

Avant que la dilatation eût été proposée et même encore depuis qu'on l'emploie assez communément, l'incision des coarctations a été mise en pratique.

Pour la cautérisation, on n'en trouve qu'un exemple assez concluant dans la these de M. Duplat. Quoi qu'il en soit, on ne peut, du reste, employer indifféremment tel ou tel traitement.

Sans doute, lorsque le rétrécissement est le résultat d'un engorgement inflammatoire sous-muqueux, vous pouvez employer la dilatation.

Mais un rétrécissement valvulaire vient-il à se présenter, c'est alors qu'il faut nécessairement employer les incisions. Celles-ci doivent être multiples. Elles doivent être pratiquées sur trois ou quatre points différents, de manière à ne pas faire à l'intestin des incisions trop profondes.

Nous l'avons dit, les rétrécissements du rectum, comme ceux de l'urètre, comme ceux de l'œsophage sont chose difficile à guérir.

On arrive, il est vrai, à dilater le canal, mais on ne prévient pas le plus souvent la réapparition du rétrécissement.

Comme fréquence dans la récidive des rétrécissements des conduits organiques que nous venons de mettre plusieurs fois en parallèle, il faut placer en première ligne l'urètre, puis le rectum, et enfin l'œsophage. L'incision faite au collet du rétrécissement ne suffit pas dans la presque totalité des cas ; il faut ensuite maintenir a ce niveau, et le plus longtemps possible, un corps dilatant.

---

rencontre souvent à la surface interne des cavités et des conduits de l'appareil génito-urinaire. Cette forme peut du reste se rencontrer sur d'autres points de l'économie. M. Broca nous a montré, en effet, un intestin sur lequel on trouvait du tubercule à divers degrés, de vastes ulcérations ou décortications de la surface interne de la muqueuse ; en même temps, celle de l'appendice iléo-cœcal offrait à un haut degré la forme de couche tuberculeuse si souvent observée sur la surface des uretères et des calices. N'est-il pas permis de supposer dès lors que c'est là la forme générale que revêt l'affection tuberculeuse sur les muqueuses, et que si la surface de l'intestin présente de vastes dénudations, c'est que le courant des matières digestives emporte la couche tuberculeuse à mesure qu'elle se forme ?

Cancer. — Il reste peu de chose à dire sur ce sujet après le travail important publié par notre collègue, M. Broca (1) ; quelques points cependant peuvent encore donner lieu à des remarques intéressantes. Voici ceux sur lesquels les faits contenus dans nos *Bulletins* nous permettent de nous arrêter :

1° *Période pré-ulcérative du cancer.* — M. Broca (2) a appelé notre attention sur une période de l'ulcération des cancers, que l'on a rarement l'occasion d'observer et à laquelle il donne le nom de période pré-ulcérative. Lorsque le cancer est dur, squirrheux, il envahit de proche en proche la peau comme les autres tissus. Il arrive un moment où la peau fait corps avec la tumeur cancéreuse. Alors la sécrétion épidermique est entravée, l'épiderme tombe et la surface de la tumeur devient semblable à celle d'un vésicatoire ; on ne trouve à sa surface que des globules de pus ; ce n'est que plus tard que l'infiltration cancéreuse continuant à se faire, ses éléments se font jour au dehors et la véritable ulcération a lieu.

2° *Pénétration du cancer dans les veines.* — Je rapprocherai ici un cas de tumeur cancéreuse de l'utérus (1) et un cas de tumeur cancéreuse de la thyroïde (2). Le premier dû à M. Broca, et le second à M. Legendre, parce qu'ils concourent à la démonstration d'un même fait, le passage de la substance cancéreuse et son *existence dans le sang.* Dans le premier, ce sont les ganglions iliaques qui, atteints par suite d'un cancer utérin, ont défoncé les veines iliaques ; dans le second, la substance cancéreuse a passé directement de la glande envahie dans les veines thyroïdiennes qui la parcourent. Cette dernière observation est très-remarquable, parce qu'elle présente, réunis sur un même point, tous les degrés de cette pénétration du cancer dans les veines, le simple soulèvement de la tunique interne intacte, l'ulcération de celle-ci, la hernie fongueuse du cancer à travers la perforation, et enfin, des lambeaux détachés de substance cancéreuse libre dans le sang.

3° *Transport des éléments cancéreux dans les ganglions par les vaisseaux lymphatiques.* — M. Broca a désigné sous le nom de *cancer successif* celui qui attaque les ganglions voisins, il supposait alors que la matière cancéreuse était transportée par les vaisseaux lymphatiques, mais il n'avait pu en fournir la dé-

(1) Mém. de l'Acad. de méd. — (2) Page 28.

(1) Page 273. — (2) Page 470.

Celui-ci peut être de natures différentes.

Ordinairement, ce sont des mèches, de grosses mèches, qu'on introduit de la sorte pour maintenir l'intestin très-distendu.

Or, ces fortes mèches sont des cylindres souvent trop volumineux pour l'anus, tandis qu'ils ne le sont pas assez pour le rectum.

Ces cylindres sont droits, le rectum est courbe. Quand alors on les porte dans cette dernière portion du tube digestif, leur extrémité rencontre bientôt l'intestin, le blesse, l'excorie. Ces mèches, il est vrai, se moulent sur le tube qui les enveloppe.

Mais, autre difficulté, le cylindre ne distend pas assez, ou du moins distend trop peu l'endroit rétréci. Déprimé par le rétrécissement, il se dilate ailleurs, et n'agit que bien faiblement, en empêchant les petites plaies de revenir sur elles-mêmes.

On peut aussi se servir d'une sorte de chemise en différents tissus, en toile, par exemple.

On donne une longueur de 10 à 12 centimètres à ce tube fermé par l'une de ses extrémités. Cette chemise étant introduite dans l'intestin, on glisse dans son intérieur des boulettes de charpie, de manière à la remplir plus ou moins complétement.

Il est évident qu'on peut de la sorte augmenter le volume du tampon dans les points où on le désire.

On ne laisse, par conséquent, point de boulettes au niveau de l'anus, dont la dilatation est toujours très-pénible, douloureuse, et occasionne si souvent des envies d'aller à la garde-robe. Il n'est pas besoin d'ajouter qu'il faut graisser préalablement l'enveloppe extérieure de ce tampon, et mettre un fil à son extrémité inférieure pouvoir le retirer à volonté.

Dans ce procédé, l'introduction des boulettes est pénible. Bien plus, elles peuvent remonter au-dessous ou au-dessus du rétrécissement.

A tous les modes de dilatation nous avons substitué l'éponge préparée. On sait qu'une éponge de la grosseur du poing peut être réduite au volume du petit doigt.

On introduit une longueur, variable suivant les cas, d'un cylindre de cette nature, dans une sorte de chemise analogue à celle que nous avons décrite précédemment, de manière à ce que l'éponge puisse y atteindre un certain volume.

Comme on peut courber à volonté cette éponge, elle se moule exactement sur la direction de l'intestin. On en laisse, bien entendu, dépasser au niveau de l'anus une certaine portion, toujours comprimée avec un lien, de manière à l'empêcher de remonter trop haut.

L'éponge se gonfle et devient ainsi un moyen de dilatation très-puissant, tout en se moulant sur la courbure de l'intestin, et cela sans irriter ce dernier, en raison de la chemise qui le protége contre les rugosités de l'éponge.

Il existe bien enfin un autre moyen de dilatation que M. Gariel a popularisé dans ces derniers temps.

Nous voulons parler de ces poches en caoutchouc vulcanisé, dont on peut varier la forme de tant de façons diverses. On introduit rapidement les instruments dans l'intestin, on les dilate ensuite en introduisant de l'air par un cylindre très-petit qui y est adapté.

Ce dernier s'échappe au dehors et va se fixer de manière à ce qu'on puisse s'en servir à volonté. Mais en s'échauffant le caoutchouc se ramollit et laisse même échapper un peu d'air.

S'il souffre de cette dilatation, le malade pourra vider la poche en caoutchouc en retirant seulement une portion de l'air; ou bien, dans le cas opposé, il fera une dilatation trop forte.

Enfin, l'instrument n'est pas très-résistant.

Voilà bien les secours qui viennent en aide au chirurgien, lorsqu'il a sectionné les brides, et, dans tous les cas, il faut maintenir le traitement longtemps.

On doit aller plus loin. De même que dans les rétrécissements de l'urètre, après la guérison apparente, il y a nécessité de passer une bougie de temps en temps; de même, dans les rétrécissements du rectum, on reviendra au traitement par intervalles plus ou moins éloignés.

En un mot, les conduits qui ne sont pas continuellement distendus, ont besoin, à la suite de rétrécissements, d'être souvent dilatés.

Alors les malades peuvent introduire, de temps en temps, l'éponge préparée, ou bien encore des cylindres d'ivoire, d'ébène, d'argent, qu'on va fixer par un ruban, pour les retirer à volonté.

Ces soins causent de la gêne aux malades; ils les négligent.

H. Rombeau, *interne du service.*

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement *médical* simple.

Par F. Neucourt, *ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Verdun.*

(*Suite. Voir le n° 117.*)

2e *Observation. — Plaie pénétrante du poumon; épanchement énorme dans la plèvre; accidents effrayants de suffocation; issue du sang par les bronches, suivie d'une guérison complète.*

Le nommé F..., âgé de 31 ans, grand, maigre, pâle, adonné

---

monstration. Depuis (1), il nous a montré des dessins provenant de l'examen microscopique d'une tumeur ganglionnaire sur laquelle on voyait les éléments cancéreux renfermés dans de petits boyaux, nettement limités, et qui ne pouvaient représenter que les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes injectés de substance cancéreuse.

4° *Forme phymatoïde du cancer.* — Cette forme n'est probablement qu'une simple modification de l'élément cancéreux, pouvant se rencontrer aussi bien dans l'imphaloïde que dans le squirrhe. Elle est remarquable par sa couleur jaune qui lui donne l'aspect du tubercule. Quelle est la nature de la modification subie par le tissu cancéreux? M. Lebert n'y voit qu'une véritable altération graisseuse des cellules. Les éléments cancéreux présentent une augmentation des parties graisseuses et granuleuses, tandis que les noyaux et les cellules sont eux-mêmes ratatinés, chagrinés à la surface et comme atrophiés. M. Lebert est disposé à considérer cette altération comme une période normale du cancer résultant d'un certain état de vieillesse des éléments cancéreux qui reviennent sur eux-mêmes, tandis que la matière graisseuse les envahit à l'intérieur et à l'extérieur (2); il désigne sous le nom de xanthose la matière colorante qui donne dans ces cas, au cancer, son aspect jaunâtre. Un bel exemple de ce genre et dont l'examen microscopique se rapproche des caractères assignés par M. Lebert, nous a été montré par M. Dubreuil (3).

M. Broca (1) conteste quelques-unes des assertions de M. Lebert. Suivant lui, la forme phymatoïde peut se rencontrer à tous les âges de l'évolution cancéreuse, et n'est souvent que le résultat d'une infiltration sanguine entre les éléments cancéreux. Les parties liquides se résorbent et laissent, dans la trame du cancer, des matériaux fibrineux et colorés qui lui donnent cet aspect jaunâtre.

M. Broca a émis cette opinion à l'occasion d'un cas de cancer du foie, présenté par M. Vidal (2), il a rappelé également un cas de cancer du rein où l'épanchement sanguin était manifeste. Dans ces deux cas, ses arguments semblent trouver, en effet, une confirmation évidente; du reste, il ne nie pas l'altération graisseuse des éléments cancéreux, il croit seulement qu'elle peut survenir à toutes les périodes de l'évolution cancéreuse et est indépendante de leur âge.

Pour terminer ce que nous avons à dire du cancer, il nous reste à signaler quelques faits intéressants qui nous ont été présentés.

Ce sont deux cancers du péritoine, l'un présenté par M. Barth (3), l'autre par M. Leudet (4). — Un cancer de la plèvre et un cancer du foie qui nous ont été montrés par M. Vidal (5). — Un cancer de la vessie dont nous devons l'observation à M. Leudet (6).

Nous ne pouvons que mentionner ces faits et nous renvoyons pour les détails à nos *Bulletins.* (*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Page 205. — (2) Page 95. — (3) Page 211.

(1) Page 95. — (2) Page 94. — (3) Page 261.
(4) Page 529. — (5) Page 96. — (6) Page 301.

à l'eau-de-vie depuis plusieurs années, voulut se suicider le 17 juillet 1848. Dans ce but, il appliqua la pointe d'un sabre sur la région précordiale, et se lança contre le mur. Le sabre ayant porté sur une des côtes, ne pénétra pas, et ce furieux fut violemment repoussé. Il planta alors la pointe du sabre dans le cinquième espace intercostal (en commençant par en haut), un peu au-dessous et en dedans du mamelon, et se lança de nouveau contre le mur. Le sabre pénétra, et fit une plaie d'un pouce de long. Une quantité considérable de sang s'écoula (n'ayant pas vu le malade à ce moment, j'apprends qu'il y en avait une mare). Un médecin appelé recouvrit la plaie de bandelette de diachylon.

Dans la nuit, le malade, toujours en proie à ses idées de suicide, se jette par la fenêtre d'un second étage, après avoir arraché son appareil. Il n'en résulta qu'une forte contusion du pied gauche, dont il ne se ressentait pas quinze jours après.

Ce fut à ce moment qu'on m'appela ; je le trouvai dans l'état suivant : agitation très-grande, yeux hagards, sueur abondante, pouls faible, excessivement rapide, à 140 par minute ; respiration médiocrement gênée. La position de la blessure me porte à examiner immédiatement les organes thoraciques : son obscur dans l'étendue d'un pouce carré aux environs de la région du cœur ; au-dessus, sonorité très-grande jusqu'à la deuxième côte, où le son reprend son timbre normal. Respiration amphorique très-prononcée dans la région sonore, naturelle dans la portion supérieure ; battements du cœur réguliers, pas de bruit anormal, rien autre que leur extrême rapidité. Langue blanche et humide, soif très-vive, perte d'appétit, constipation.

Prescription. Boissons acidulées, diète et repos absolus.

Le 21, respiration plus gênée, soif toujours extrêmement vive, peau très-chaude, pouls à 140. Le malade est très-faible et reste toujours couché en supination ; mêmes signes à l'auscultation et à la percussion de la partie antérieure de la poitrine ; douleur dans le côté, accusée pour la première fois par le malade. Ecchymose dans l'étendue de trois pouces environ au-dessous de la blessure, ce qui n'existait pas les jours précédents. Douleur à la pression dans cette région, ainsi qu'au niveau et à trois pouces au-dessous du rebord des fausses côtes. Cette portion du flanc gauche est empâtée, manifestement plus tendue que celle du côté opposé, et douloureuse à la pression. Matité très-forte dans la région de l'ecchymose, sous les fausses côtes, et dans tout l'hypochondre gauche. En arrière, matité complète, depuis les lombes jusqu'à l'épine de l'omoplate, à gauche ; son obscur à la percussion, dans les fosses sus et sous-épineuses. Expansion vésiculaire complétement nulle dans la portion mate, très-faible dans les régions sus et sous-épineuses. Absence complète de résonnance de la voix dans tout ce côté en arrière. A droite, tant en avant qu'en arrière, son normal, expansion vésiculaire forte, puérile ; 34 respirations par minute (j'ai omis, à mon grand regret, de m'assurer s'il y avait du tintement métallique en avant).

Même prescription.

Le 24, même état, sauf une gêne plus grande de la respiration.

Les jours suivants, dyspnée de plus en plus forte, anxiété extrême : le malade est constamment couvert de gouttes de sueur ; il y a eu plusieurs accès de suffocation.

Le malade se soutenait dans cet état, et je lui donnais des remèdes assez insignifiants, lorsque le 10 août (vingt-trois jours après le début des accidents), il commença à cracher du sang. Les jours suivants, il sortait pur, vermeil, et avec une abondance extraordinaire. Aussitôt que le malade voulait se mettre sur son séant, il était pris de toux, d'expectoration : le sang arrivait dans la bouche avec beaucoup de facilité, au point que le malade était obligé de se recoucher précipitamment, dans la crainte d'être suffoqué par son abondance. La percussion de la poitrine, en avant, à gauche, donnait les mêmes résultats, sauf une sonorité un peu moindre dans la région mammaire ; mais ce qu'il y eut de remarquable, c'est qu'au lieu de la respiration amphorique des jours précédents, on percevait, dans la même région, un gargouillement à grosses bulles, humide, très-abondant. Du reste, toujours soif très-vive, sueurs, pouls à 140, langue blanche, perte complète d'appétit. Quelques selles au moyen de lavements. Insomnie opiniâtre.

Prescription. Opium, 5 centigrammes ; tisane pectorale avec sel de nitre (le malade en boit jusqu'à 4 litres dans la nuit) ; diète.

Pour abréger, je dirai que cette expectoration de sang pur continua pendant plus de quinze jours, avec des alternatives de repos et de recrudescence. La quantité expectorée chaque jour effrayait les personnes qui entouraient le malade ; elles ne pouvaient comprendre d'où venait tout ce sang, ni comment le malade pouvait résister à une aussi terrible hémorrhagie. Aussi n'étaient-elles nullement persuadées, lorsque je leur disais que c'était un symptôme plutôt favorable que fâcheux.

Vers la fin d'août, le malade était dans l'état suivant : respiration beaucoup plus facile qu'autrefois. De temps en temps, il y a une dyspnée qui dure quelques heures, avec toux incessante, expectoration facile et abondante de crachats fétides, roussâtres, mélangés de pus. En avant et à gauche, même état du thorax à la percussion : alternatives de respiration amphorique et de gargouillement depuis la deuxième jusqu'à la cinquième côte. Cette région est moins douloureuse à la percussion qu'autrefois. En arrière, à gauche, son obscure depuis la fosse sus-épineuse jusqu'au niveau de l'angle inférieur du scapulum, devenant de plus en plus mat jusqu'en bas. Expansion vésiculaire faible dans les fosses sus et sous-épineuses, nulle au-dessous ; toujours absence de frémissement vocal. État normal à droite. Amaigrissement très-marqué du malade ; toujours sueurs générales très-abondantes ; pouls à 120 ; peau sèche, de chaleur modérée ; langue plus nette ; un peu d'appétit ; urines abondantes ; diarrhée depuis quelques jours.

Prescription. Tisane de lichen ; pilules avec kermès et opium ; légère alimentation ; bon vin.

Pendant tout le mois de septembre, cette expectoration continua très-abondante : elle devint de plus en plus épaisse, jaunâtre, et n'offrit vers la fin aucune trace de sang. Les sueurs devinrent de moins en moins abondantes ; l'appétit était excessif ; cependant, il y avait une maigreur squelettique, telle qu'on l'observe au dernier degré de la phthisie. La faiblesse l'empêchait de se tenir sur son séant, et il mangeait couché. La matité du son disparaissait de jour en jour à la partie postérieure, et l'expansion vésiculaire se faisait entendre de plus en plus.

Le 15 octobre, voici ce qu'on observe : en avant, expansion vésiculaire pure depuis le sommet jusqu'au sixième espace intercostal ; son clair jusque-là, obscur depuis ce point jusqu'au rebord des fausses côtes ; son obscur en arrière, à gauche, depuis le haut jusqu'en bas ; expansion vésiculaire appréciable dans toute cette région, mais moins forte qu'à droite ; appétit très-vif, maigreur moins prononcée ; toux, expectoration muqueuse. Le malade reste levé toute la journée.

Le 20 décembre, le malade se porte très-bien ; il a repris de l'embonpoint. Quelques mois après, il jouit d'une santé parfaite : il recommence même à faire quelques excès ; il se plaint seulement que, dans ce cas, il sent une légère douleur au niveau de la cicatrice. Expansion vésiculaire pure partout.

Actuellement (1851), la santé est excellente.

Remarques. — Ce cas est certainement un des plus curieux qu'on puisse observer parmi les épanchements sanguins thoraciques. Je cherchai d'abord à me rendre compte de la nature des accidents. Il n'y avait pas de doute que l'artère intercostale avait été coupée, et que le sang s'était épanché en partie au dehors, et en grande quantité dans la cavité de la plèvre. En effet, la matité complète de la région postérieure du thorax de ce côté, celle qu'on observait également en avant, au-dessous de la région précordiale, et qui se prolongeait dans l'hypochondre gauche, bien au-dessous des fausses côtes, l'absence d'expansion vésiculaire dans les régions où le son était mat, la dyspnée extrême, la soif intense, démontraient qu'il y avait là un épanchement considérable formé par le sang. Je ne me rendis pas compte aussi facilement, au premier abord, de la résonnance exagérée

et de la respiration amphorique que je percevais au-dessus de la région précordiale, mais un peu de réflexion me fit bientôt penser que ces phénomènes étaient produits par une certaine quantité d'air qui s'introduisait, pendant l'acte respiratoire, dans la cavité pleurale, soit par la plaie de la peau, soit plutôt par celle du poumon. Ces phénomènes, se reproduisant pendant l'inspiration, indiquaient d'une manière incontestable qu'il y avait plaie du poumon.

En présence d'un état aussi grave, j'hésitais sur le parti à prendre ; avec une dyspnée aussi intense, un épanchement sanguin aussi considérable, un pouls qui battait 140 fois par minute, je crus le malade perdu, et en raison de la répugnance des parents pour une opération, je le surveillais de près, décidé à ne tenter l'ouverture d'un espace intercostal que quand il serait évident pour tout le monde qu'il y avait péril imminent.

D'un autre côté, cette évacuation de sang par une ouverture accidentelle, dans de semblables conditions, me paraissait pleine de périls et propre à amener rapidement une perturbation fatale.

Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que l'expectoration ne fut pas sanglante dans les premiers temps et que le malade ne commença à cracher et à vomir du sang qu'à partir du vingt-troisième jour. Il serait intéressant d'étudier par quel mécanisme s'est effectuée cette évacuation si remarquable ; mais il suffit, pour le but que je me propose, de fixer l'attention sur cette évacuation en elle-même, sur le soulagement immédiat qui en résulta, et sur la terminaison définitive, qui fut une guérison complète. La manière dont elle a eu lieu est aussi fort curieuse à étudier : d'abord, le sang fut évacué en quantité énorme, au point d'amener, par son abondance, des accès de suffocation ; puis, lorsque peu à peu le sang fut évacué, on observa une expuission très-abondante de matières purulentes, qui provenaient évidemment d'un travail de suppuration. Il n'est pas douteux que cette sécrétion purulente avait son siége dans les parois de la plèvre qui contenait d'abord le sang. Elle a donné lieu à des symptômes généraux très-dignes d'attention, en ce sens qu'ils étaient tout à fait semblables à ceux qui accompagnent à ceux qui accompagnent la phthisie tuberculeuse : ainsi, expectoration purulente, sueurs excessives, diarrhée, maigreur squelettique, faciès des phthisiques. C'était une véritable phthisie telle que la comprenaient les anciens : elle était susceptible de guérison, et elle a guéri, parce qu'elle n'était pas tuberculeuse.

Je crois que dans les cas d'épanchement sanguin considérable, avant de faire intervenir la chirurgie opératoire, il est bon d'avoir présent à l'esprit les résultats quelquefois extraordinaires qu'on obtient par la seule force de la nature ; tantôt le sang se fraie une issue par lequel il s'échappe comme dans le cas précédent : tantôt il est repris par absorption dans le lieu même où il s'est épanché. Ce dernier cas est le plus commun ; la puissance d'absorption que développent alors les tissus, principalement le cellulaire, est bien connue ; cependant comme exemple à ajouter à beaucoup d'autres, le suivant me paraît ne pas être dépourvu d'intérêt.

3e *Observation. — Hématocèle traumatique, ayant trois fois le volume du poing, guéri sans opération.*

Un jeune homme de 25 ans se trouvait sur une voiture lorsque le cheval s'emporta. Il sauta pour l'arrêter, mais il fut renversé et la roue lui passa sur le corps. Il se releva au même moment, et put marcher un peu ; il remonta dans la voiture et eut un instant de faiblesse, sans perte de connaissance.

Examiné une demi-heure après l'accident, il présente comme seule lésion une augmentation considérable dans le volume du scrotum, à gauche. Le testicule droit est sain, on le saisit facilement ; à gauche, au contraire, les téguments sont noirâtres, comme dans une ecchymose récente, la peau est lisse et tendue, le scrotum a le volume des deux poings. La tumeur est molle, avec une sensation obscure de fluctuation, sans douleur au toucher. Il n'y a à la peau aucune solution de continuité. L'aine du côté gauche est peu saillante, sensible au toucher, sans ecchymose, quoique le malade affirme que c'est là que la roue a passé ; les os du bassin sont intacts.

Prescription. Vingt sangsues à l'aine, diète absolue.

Une heure après, au moment où on applique les sangsues, la tumeur a encore augmenté de volume, elle est encore au moins trois fois grosse comme le poing, la peau est froide.

Le lendemain, 20 novembre 1845, même état. La peau du scrotum est d'un noir bleuâtre : tout le scrotum est tuméfié ainsi que la verge.

Compresses d'eau blanche.

Les jours suivants, on continue le traitement, et on voit disparaître peu à peu la tumeur, dont il ne restait plus de traces au bout de six semaines.

Remarques. — L'idée d'une incision aux téguments, pour donner issue au sang, épanché m'était venue, et les exemples propres à justifier cette méthode ne m'auraient pas manqué. Cependant l'événement a prouvé qu'en agissant ainsi, j'avais fait quelque chose de plus qu'utile.

On ne saurait trop le répéter : il y a parfois, en médecine opératoire, des succès fâcheux, parce qu'ils servent aux esprits aventureux de prétexte pour se jeter dans des entreprises téméraires. On publie les succès et on passe sous silence les insuccès, pour ne pas dire les désastres. Ces réflexions me revenaient dernièrement en mémoire, à propos d'un fait publié dans un journal de Lyon, comme très-intéressant, et qui avait trait à un jeune homme affecté de dyspnée intense, par suite d'hypertrophie du corps tyroïde, lequel a été guéri au moyen de la cautérisation de la tumeur. Comme on ne parle d'aucune médication employée antérieurement, la cautérisation paraît avoir été le premier et le seul moyen essayé. J'avoue que loin de m'émerveiller du résultat, j'étais plutôt disposé à blâmer le chirurgien d'avoir recouru de suite à un traitement aussi douloureux et aussi dangereux. J'étais encore fortifié dans mon opinion par un fait récent et presque identique, dans lequel les accidents ont été conjurés par une méthode beaucoup plus douce et moins dangereuse : le voici tel que je l'ai observé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Désintoxication des champignons vénéneux,

Par M. le Dr Fx Cadet-Gassicourt, *pharmacien, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité.*

L'œuvre de l'expérience et de l'observation livrée à la publicité du journal scientifique se trouve nécessairement en présence du doute et de la critique ; à l'auteur toute la responsabilité ; au journaliste la tâche d'ouvrir et de présider le débat. Mais quand les parties entendues, le journaliste, dans un résumé annuaire ou autre, vient à se prononcer, ou semble adopter un jugement, il assume, à son tour, une responsabilité réelle, dont la portée sera sérieuse en raison de ce qu'on le considère comme un juge impartial et des plus compétents. Alors la chance d'un entraînement trop facile peut l'exposer au regret d'avoir amoindri l'intérêt qui l'attache ordinairement aux choses utiles.

Cette pensée nous est venue, lorsque, dans l'*Annuaire de thérapeutique, pour l'année* 1853, nous lûmes, à l'article intitulé : *Champignons vénéneux,* et à la suite du *moyen de les rendre comestibles,* par M. Gérard, l'auteur de la *Nouvelle Flore usuelle médicale,* des réflexions contradictoires puisées dans une *Revue thérapeutique du Midi.* Nous hésitons d'autant moins à nous prononcer contre l'inexactitude de ces réflexions que nous avons l'assurance que notre cher et honorable collègue, M. le professeur Bouchardat, ne les eût pas adoptées, s'il les eût rapprochées des documents originaux et complets, puisés à la source plus prochaine du *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.* Le dernier volume, formant la dix-neuvième année de ce journal, contient

en effet, sur le sujet dont il s'agit, une série d'articles (1), dans laquelle avait figuré une lettre de M. le docteur T. Desmartis, de Bordeaux, dont la *Revue thérapeutique du Midi*, d'après ce que nous en fait juger la citation dans l'*Annuaire*, n'a donné qu'une reproduction; cette reproduction renchérit, il est vrai, sur la donnée première, malgré les réfutations dont elle avait été l'objet, et qui sont demeurées sans réplique.

Ainsi, dans sa lettre à M. le rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales*, M. le docteur T. Desmartis avait énoncé que, dans les mêmes vues que M. Gérard, il avait, en collaboration avec M. Ch. Côme, botaniste de Bordeaux, fait beaucoup de recherches et pratiqué bien des expériences. Il ajoutait : « Les nombreux empoisonnements qui ont eu lieu cet « automne (celui de 1851), dans notre département, et dans plu- « sieurs départements voisins, sont venus ajouter des faits mal- « heureux, mais intéressants pour notre travail. » Or, voici de quelle manière ce passage se trouve interprété dans l'*Annuaire*, d'après la *Revue thérapeutique du Midi* L'auteur, après avoir reconnu que les résultats de l'expérimentation de M. Gérard sont dignes d'intérêt, ajoute : « Il paraît, d'après les « nouvelles recherches de MM. Desmartis et Côme, que cer- « taines espèces ne sont pas rendues inoffensives. »

D'après ce dire, ne semblerait-il pas que les recherches de ces savants avaient eu pour objet le mode de désintoxication proposé par M. Gérard? Il n'en est rien pourtant! Jusqu'alors, du moins, ils ne s'étaient nullement occupés de répéter l'expérience, telle que le savant naturaliste venait de la poser; et, par conséquent, ils n'alléguaient aucun résultat qui pût être diamétralement opposé à celui que M. Gérard a constamment obtenu. Le fait se réduit simplement à ce que M. Desmartis, saisissant l'occasion du *Compte rendu* de la commission du Conseil de salubrité, avait pris date pour son travail entrepris avec M. Ch. Côme, et dans le but de faire connaître que *les climats, les saisons, le terrain, paraissent avoir une très grande influence sur les propriétés des champignons de la même espèce*. Ce point de vue indique une direction d'études tout autre que celle dont il s'agit. Et ne serait-il pas évident pour tout le monde, sans préjuger en rien le fond de l'opinion de MM. Desmartis et Côme, et quoi qu'il en puisse être des influences modificatrices en question, que le procédé de M. Gérard trouverait son application précieuse, toutes les fois qu'il resterait douteux que le climat, la saison, le terrain ou toute autre cause, eût assaini les espèces vénéneuses des champignons?

Jusqu'à ce que le travail de ces messieurs, alors annoncé, soit publié, nous n'avons pas à examiner comment les nombreux empoisonnements mentionnés dans la lettre de M. le docteur Desmartis ont pu conduire à reconnaître l'influence du climat de France sur des espèces reconnues très-dangereuses dans le nord de l'Europe; ce qui nous importe, quant à présent, c'est de rétablir des documents qui nous paraissent d'une incontestable utilité. La nécessité, réduisant de pauvres populations des régions septentrionales à se nourrir de champignons des pires espèces, reporte à une époque ancienne, peut-être même immémoriale, la pratique des moyens d'approprier ces dangereux végétaux à l'alimentation quotidienne. Nous ne devons néanmoins qu'à une époque récente encore l'explication de ces procédés dont la connaissance, accueillie d'abord chez nous avec réserve, peut-être même avec cette défiance que les récits des voyageurs ont trop souvent justifiée, ne s'est que tardivement et peu répandue. Les intéressants travaux de M. le docteur Letellier (2) commencèrent à jeter du jour sur ce sujet, et à convertir en connaissance rationnelle ce qui n'avait dû, jusqu'alors, passer que pour un aperçu empirique.

Si M. le docteur Letellier ne parvint pas à isoler complétement le principe toxique des champignons (ce qui reste toujours un problème difficile et sans solution), du moins il recueillit ce principe dans un produit immédiat, l'*amanitine*, substance essentiellement soluble dans l'eau, et même déliquescente. Dès ce moment, il ne fut plus douteux, ce nous semble, qu'au moyen de traitements aqueux, abondants et convenablement opérés, on ne parvint à dépouiller entièrement les mauvais champignons de cette substance toxique, et à assainir les plus dangereuses espèces. Dès ce moment aussi, l'on eut l'explication suffisante de l'usage traditionnel des peuples du Nord, en négligeant toutefois de tenir compte de certaines additions de sel ou de vinaigre, substances condimentaires ou conservatrices, mais dont l'attribution désintoxicante, non-seulement ne repose sur aucun fait positif, mais encore se trouve contredite par les expériences de Paulet.

Quoi qu'il en soit, personne en France, que nous sachions, ne s'était encore avisé, avant M. Gérard, de passer de la théorie à l'usage alimentaire des mauvais champignons corrigés par des traitements aqueux; M. Gérard, le premier, en fit résolument l'épreuve; il l'a répétée, multipliée et variée sans restriction; puis, à son exemple, ses enfants en voulurent faire autant, si bien que le mauvais champignon réhabilité devint une sorte de plat de famille. Nous n'oserions pourtant pas assurer que, mainte fois, la sauce n'ait pas fait passer le champignon.

M. Gérard, de plus, nous paraît avoir réduit l'opération des lavages aux plus strictes exigences de liquide et de durée, laissant, bien entendu, toute latitude pour étendre les précautions.

La pensée que son procédé, s'il recevait, avec une sanction officielle, la plus grande publicité possible, serait un service à l'humanité, détermina l'auteur à adresser à M. le préfet de police un travail intitulé : *Mémoire sur les champignons vénéneux; moyen de les rendre inoffensifs*. Ce mémoire, renvoyé au Conseil de salubrité, fut examiné par une commission composée de MM. les docteurs Beaude, Flandin et Cadet-Gassicourt; elle s'adjoignit, pour assister aux expériences, M. le docteur Cordier, ce naturaliste distingué dont les connaissances spéciales font autorité pour la détermination précise des espèces, et dont le concours était une garantie irrécusable.

L'expérimentation de M. Gérard, sous les yeux et avec la participation des délégués du Conseil, motiva les conclusions favorables de deux rapports consécutifs, adoptés en séance; et bientôt après, un extrait de ce travail fut publié dans le *Journal des connaissances médicales*.

Depuis cette époque, un laps de temps assez considérable s'est écoulé, pour qu'il puisse être à propos de remémorer ici fidèlement le procédé de M. Gérard. Le voici décrit par lui-même :

« Pour chaque 500 grammes de champignons, coupés en « morceaux d'assez médiocre grandeur (en quatre pour les « moyens, en huit pour les plus gros), il faut un litre d'eau aci- « dulée par trois cuillerées de vinaigre, ou deux cuillerées de « sel gris, si l'on n'a pas autre chose dans le cas où l'on n'au- « rait que de l'eau à sa disposition, il faut la renouveler une ou « deux fois. On laisse les champignons macérer pendant deux « heures entières, puis on les lave à grande eau; ils sont alors « mis dans de l'eau froide qu'on porte à l'ébullition, et après un « quart d'heure, ou mieux une demi-heure, on les retire; on les « lave; on les ressuie; et on les apprête, soit comme un mets « spécial (et ils comportent les mêmes assaisonnements que les « autres), soit comme condiment. »

Il nous dut paraître impossible de conserver aucun doute sur l'efficacité du procédé de M. Gérard; et toutefois, en exprimant le vœu que ce document se propageât parmi les personnes de quelque instruction, on ne pensa pas qu'il fût prudent de le répandre, par la voie de la publicité officielle, au sein d'une multitude inexpérimentée. On dut craindre, en effet, que la curiosité, surexcitée par une nouveauté surprenante, ne marchât pas de front avec l'attention scrupuleuse qu'exigent de sages prescrip-

(1) *Moyen d'enlever le principe vénéneux des champignons*, par Cadet-Gassicourt, p. 109.

Influence des saisons et du terrain sur les propriétés toxiques, etc., par M. le docteur T. Desmartis, p. 280.

Destruction du principe toxique des champignons, par M. Gérard, p 347.

Sur les moyens d'enlever aux champignons leur principe toxique, par M. Cadet-Gassicourt, p. 529.

(2) *Journal de pharmacie*, t. 23, 1837.

tions. Et d'ailleurs, en notre pays fertile, rien serait-il moins urgent que de paraître indiquer, comme ressource alimentaire, des végétaux suspects, et contre lesquels, jusqu'à présent, on se tient généralement en garde? A peine un petit nombre d'amateurs entêtés, se fiant à leurs demi-connaissances, persistent-ils, malgré la facilité qu'on trouve à se procurer l'espèce cultivée, et malgré les avis réitérés de l'administration publique, à aller récolter des champignons dans les bois et à s'exposer aux chances unestes dont chaque année produit des exemples. Peut-être serait-il bon cependant que, dans l'intérêt de ces personnes imprudentes, le procédé de M. Gérard leur fût expressément conseillé, comme étant de bonne précaution?

Il n'est pas venu jusqu'à nous, depuis la publication du travail de la commission, c'est-à-dire depuis près de deux ans, qu'aucun fait déduit d'expériences contradictoires ait directement infirmé son jugement; et quand M. le docteur T. Desmartis écrivait dès le mois de février 1852 : « Ce que nous pouvons assurer, soit « d'après nos expériences sur les animaux, soit d'après les trop « nombreux empoisonnements qui ont eu lieu, il y a quelques « mois, c'est que l'*agaricus bulbosus* de Bulliard ne nous a pas « paru abandonner son principe délétère par aucun des moyens « que nous avons employés. » M. Desmartis ne comptait pas, au nombre de ces moyens, celui dont M. Gérard venait de faire part; s'il l'eût éprouvé, il l'eût énoncé d'une manière explicite, et certes, l'issue de son expérimentation ne l'aurait pas conduit à jeter de la défaveur sur un fait qui, pour n'abonder pas dans le sens de sa thèse, ne lui est pourtant pas absolument contraire.

M. le docteur Desmartis écrivait aussi : « La *fausse oronge*, « ce poison si terrible, a été mangé sous nos yeux, cet automne, « à Saint-Hilaire-la-Nouille, sans qu'il ait donné lieu au moindre « accident. » Ce n'est pas cet argument, sans doute, qui servirait à établir que *certaines espèces ne sont pas rendues inoffensives* par l'expérimentation de M. Gérard; il faudrait constater son insuccès contre une espèce qu'on s'accordât à déclarer toxique; ce serait une objection directe et concluante; autrement on passe à côté de la question. Mais M. Desmartis aurait-il eu l'intention d'induire de son argument de la *fausse oronge*, qu'on n'avait pas expérimenté sur des espèces dont les effets fussent constants? Nous ne pouvons guère admettre cette supposition; car l'honorable correspondant de Bordeaux qui n'avait pas, il est vrai, répété les expériences de M. Gérard, mais qui en avait lu le compte rendu, objet de sa critique, savait fort bien que cet expérimentateur ne se borne pas à opérer avec une espèce; qu'il les admet toutes, et qu'il a notamment opéré, sous les yeux de la commission, avec l'*agaricus bulbosus*, que M. le docteur T. Desmartis ne fait pas difficulté de reconnaître pour inévitablement dangereux. Cette expérience, répétée par M. Desmartis, eût donc pu suffire pour le convaincre.

Nous exposerons maintenant quelques observations relatives à la *fausse oronge*. Jamais on n'a fait difficulté de reconnaître que les circonstances variables de la végétation exercent particulièrement une influence sur la qualité bonne ou mauvaise des champignons; et, de même que le champignon comestible acquiert, dans certains cas, des qualités nuisibles, de même, sans doute, une espèce communément nuisible présente des exceptions de champignons inoffensifs.

Les auteurs citent assez bon nombre d'empoisonnements par l'ingestion de la *fausse oronge*, qui ne se sont pas terminés par la mort; le célèbre Bulliard mangea 2 onces de *fausse oronge* crue, et n'en fut point incommodé; et pourtant le même naturaliste fit manger cette espèce de champignon à deux chiens qui succombèrent au bout de six heures. D'autre part, Paulet en fit manger à un chien, qui fut très-malade, mais n'en mourut pas.

Au besoin, faut-il ajouter une preuve nouvelle à l'appui de ce que M. Desmartis a remarqué de l'action toxique de la *fausse oronge*, beaucoup moins énergique et moins persistante que celle de l'*agaric bulbeux?* Nous sommes à même de citer des expériences comparatives et faites de concert avec notre très-honorable collègue, M. le docteur Flandin, par suite d'un travail que nous avons commencé sur les champignons vénéneux.

Nous avions préparé et conservé depuis quelque temps, d'après la méthode d'Appert, les sucs exprimés de ces deux espèces de champignons récoltés par les soins de notre très-obligeant confrère, M. le docteur Cordier.

Nous ferons observer, en passant, que le suc de la *fausse oronge* exhale une odeur aigrelette et vireuse très-fade; que celui de l'*agaric bulbeux* ne tarde guère à répandre une odeur suffocante qui n'est pas sans analogie avec celle du gaz d'éclairage. On en peut dire autant des eaux qui ont servi à la macération de ces mêmes espèces.

Le suc de *fausse oronge* fut administré à un jeune chien, à doses réitérées, et portées au total à 64 grammes environ, sans qu'il ait paru s'en ressentir.

D'une autre part, le 10 novembre 1852, M. Flandin fit avaler à une petite chienne blanche, de l'espèce Kings-Charls, une boulette de viande imprégnée d'environ 25 grammes du suc de l'*agaric bulbeux*. L'animal ne parut pas souffrir jusqu'à la fin du jour; le lendemain matin, il est abattu; il refuse de manger; à neuf heures et demie, il vomit quelques écumes blanches; il a une diarrhée liquide, noire, fétide. Vers le milieu de la journée, l'animal a froid; il reste couché. Dans l'après-midi, ses selles, toujours très-fétides et diarrhéiques, sont aussi sanguinolentes; il y a, de plus, des vomissements écumeux, blancs, mais pas abondants. Dans la soirée, on le fait sortir et on ne le croit pas si près de sa fin; mais il expire dans la nuit; car, le lendemain matin, on le trouve mort, et déjà roide et froid.

L'autopsie présente les caractères suivants : le sang est noir et très-liquide. Il s'écoule du lait des tétines; la petite chienne nourrissait, sans doute, au moment où on l'a prise à la fourrière. L'estomac et le tube intestinal ne présentent aucune lésion, si ce n'est dans la dernière partie de l'intestin, où l'on remarque des lignes vasculaires injectées; mais ces lésions n'ont pu contribuer en rien à la mort. Les poumons sont congestionnés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau pour l'année 1853-54. Il est ainsi composé :

Président, M. Avenel;
Vice-président, M. Bouteiller fils;
Secrétaire, M. Grout;
Secrétaire pour la correspondance, M. Ballay;
Archiviste-trésorier, M. Rœhrig.

Nous apprenons avec satisfaction que les *Bulletins* de cette Société, dont la publication a été suspendue pendant plusieurs années, vont reparaître à partir du 1er novembre prochain.

— Les Pyrénées-Orientales viennent de suivre le bon exemple donné par plusieurs départements et de fonder une Association qui a pour but d'entretenir les sentiments de confraternité médicale, de veiller à l'exécution des lois et règlements qui règlent l'exercice de la médecine, et au maintien de la dignité professionnelle, d'étudier en commun les questions médicales et principalement celles qui se rattachent aux épidémies, aux endémies et à l'hygiène locale, enfin, d'établir une caisse de secours pour les membres de l'Association qui viendraient à tomber dans l'infortune.

L'Association a déjà publié ses statuts, qui nous ont paru rédigés dans un excellent esprit; elle s'est constituée à Perpignan, et a nommé membres du bureau :

Président honoraire, M. le docteur Bonafos, père, membre du jury médical;

Président, M. le docteur Paul Massot, chirurgien-adjoint de l'hospice civil de Perpignan;

Vice-président, M. Mouchous, pharmacien, membre du jury médical;

Secrétaire, M. le docteur Bocamy;

Secrétaire-adjoint, M. E. Vilasèque, officier de santé.

Il a nommé, en outre, deux commissions, une de médecine et une de pharmacie, composées, la première de MM. les docteurs Jacq. Massot, Passama et Talayrac, et la seconde de MM. Bouis, Ferrer et Farines, pharmaciens.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome I. — N° 120. 1re ANNÉE. Jeudi 6 Octobre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie de médecine. — Séances de l'Académie des sciences des 19 et 26 septembre. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE :** CLINIQUE CHIRURGICALE D'ERLANGEN. M. HEYFELDER. Ablation totale de la mâchoire inférieure. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.**

Paris, le 5 Octobre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance d'hier, très-bien fournie, a été ouverte par un rapport de M. Caventou, fait comme tout ce qui sort de la plume de ce professeur non moins distingué que sévère, sur une nouvelle et importante préparation de M. Gilles, l'huile de proto-iodure ferreux. Le défaut d'espace nous oblige de renvoyer à notre prochain compte rendu ce rapport d'un haut intérêt pour la thérapeutique.

M. Gibert a succédé à M. Caventou pour donner lecture d'un de ces rapports écrits avec la verve et la clarté que possède, à un haut degré, le spirituel secrétaire. Ce rapport à soulevé une courte discussion qui a porté sur deux points : 1° sur la question de la salivation dans les cas d'administration du sublimé ; 2° sur la question de l'existence de la syphilis larvée, c'est-à-dire sur la possibilité du développement d'accidents syphilitiques plusieurs années après que toute trace d'accidents primitifs a disparu.

Sur cette dernière question, il y a eu plutôt causerie que discussion, car personne n'a contesté, à cet égard, les opinions de M. le rapporteur, et parmi les faits qui ont été cités à l'appui de cette doctrine par MM. Lagneau, Moreau et Collineau, celui qui a été observé par ce dernier académicien mérite d'être conservé.

Une femme qui était emprisonnée depuis vingt ans, et qui vivait sans communication possible avec d'autres détenus malades, fut prise, au bout de ce temps, de symptômes secondaires graves qui finirent par se dissiper à la suite d'un traitement anti-syphilitique.

Quant à la question de la salivation à la suite de l'administration du deuto-chlorure de mercure, la discussion n'a porté que sur une question de plus ou de moins. MM. Lagneau et Gibert ont soutenu que les salivations produites par cette préparation bien administrée sont à peu près sans exemple, et que, pour leur compte, ils n'en ont jamais observé un seul cas. MM. Velpeau et Requin, tout en reconnaissant que la salivation était rare dans les cas dont il s'agit, en ont cependant constaté plusieurs fois l'existence ; malgré toute notre confiance dans l'opinion et dans la sagacité de MM. Lagneau et Gibert, nous devons dire que notre propre observation concorde avec celle de MM. Velpeau et Requin. Mais, comme en définitive tout le monde reconnaît que la salivation est, sinon sans exemple, du moins très-rare, à la suite de l'administration du deuto-

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pendant l'année 1852-1853,

Par M. DENUCÉ, *ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la Société.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 104, 106, 107, 108, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 119.)

PRODUCTIONS PARASITES.

Parmi les productions parasites qui se développent dans l'intérieur des organes, les hydatides sont de beaucoup les plus communes. Elles se développent partout, dans tous les tissus. Chaque année, nous voyons nos *Bulletins* se grossir de faits nouveaux et souvent uniques dans la science. Je me bornerai à vous rappeler les faits principaux qui vous ont été présentés cette année.

M. Caron (1) nous a montré un cas d'hydatide de la plèvre. Durant la vie, on avait diagnostiqué un épanchement de la cavité pleurale, pour lequel on pratiqua la thoracenthèse ; il sortit peu de liquide ; les symptômes restèrent les mêmes et bientôt s'aggravèrent au point de déterminer une véritable asphyxie. A l'autopsie, on trouva dans la plèvre droite une vaste poche, grosse comme la tête d'un enfant, masquant tout le lobe inférieur du poumon, refoulant le poumon gauche, le diaphragme et même le foie dans lequel la tumeur s'était creusée un véritable nid, de telle sorte que sa face supérieure présentait une cavité capable de loger la tête d'un enfant. Dans la tumeur se trouvait une seconde poche incluse, à parois blanches, veloutées, tomenteuses, présentant même en quelques points de véritables végétations. En outre, il existait deux ou trois kystes hydatiques isolés dans le foie. Le microscope n'a pas démontré d'échinocoques dans ce cas.

M. Barth a mis sous nos yeux une tumeur hydatique du cerveau. Il a constaté, comme cela arrive presque toujours dans les kystes hydatiques de l'encéphale, qu'il y avait une poche unique contenant un liquide et en contact immédiat extérieurement avec la substance cérébrale.

M. Voisin (1) et M. Broca (2) nous ont présenté chacun un cas d'hydatides de la rate. Dans le premier, la tumeur semblait coiffée plutôt par le tissu de la rate refoulé, que développée dans son intérieur. Dans le second, elle était plus manifestement incluse dans le tissu lui-même. Notons aussi que, dans le cas de M. Voisin, il y avait également des productions hydatiques dans le foie.

Enfin, M. Gaillet (3) nous a communiqué une observation très-intéressante, qu'il a lui-même ainsi résumée dans le titre qu'il lui a donné : « Kystes hydatiques « du foie, de la vésicule biliaire de la rate, du grand épiploon, du ligament « large (un de ces derniers était ouvert directement dans la trompe droite), dont « la plupart ne contiennent pas d'échinocoques ; quelques-uns renferment un

(1) Page 455.

(1) Page 108. — (2) Page 166. — (3) Page 519.

chlorure, la discussion est assez peu importante. Il faut ajouter d'ailleurs qu'à part le mercure métallique, le calomel et le nitrate-acide de mercure, toutes les préparations hydrargyriques produisent très-rarement la salivation.

La séance s'est terminée par deux lectures, l'une de M. Thomas qui s'est donné beaucoup de peine pour étudier la marche du choléra et fournir à l'Académie des renseignements d'une bien faible utilité, l'autre de M. Debeney qui a cru utile, peut-être sans raisons suffisantes, de venir exposer à l'Académie les preuves que la méthode de la cautérisation vaginale préférée par M. Becquerel n'est pas une méthode nouvelle.

Nous devons signaler, dans la correspondance, une intéressante observation de M. Heyfelder, qui constitue le cinquième ou sixième exemple d'ablation complète de la mâchoire inférieure.

Séances de l'Académie des sciences des 19 et 26 Septembre.

Nous n'oserions pas affirmer que M. Édouard Robin soit le correspondant le plus heureux de l'Académie; mais nous ne craignons pas de nous compromettre en disant que c'est au moins un des plus féconds. On pourrait croire qu'après avoir trouvé le moyen d'empêcher les hommes de mourir, cet infatigable chercheur se reposerait sur ses lauriers; il n'en a pas été ainsi, et il n'a pas dédaigné, ayant déjà trouvé le secret de guérir ou de prévenir toutes les maladies en général, de s'occuper en particulier du traitement de l'albuminerie et de l'éclampsie des femmes enceintes. Inutile, sans doute, d'ajouter que ses investigations ont été, comme d'habitude, couronnées d'un plein succès, et plus inutile encore d'ajouter qu'on guérit l'albuminerie et l'éclampsie en empêchant la *combustion lente,* c'est-à-dire en administrant aux malades les substances qui produisent l'*état anesthésique du sang* qui s'opposent à la *décomposition des corps morts*. S'il nous était permis de caractériser, par une comparaison, l'ingénieuse doctrine de l'original correspondant de l'Académie, nous dirions que M. E. Robin est aux corps savants ce que M. Falconi est aux cadavres. L'élève de Panizza embaume les morts; le chimiste français embaume les humains encore pleins de vie, et au lieu de les empêcher de se décomposer, il les empêche tout simplement de mourir. M. E. Robin est d'autant plus heureux dans ses recherches, que les découvertes auxquelles il arrive sont immenses et que personne (chose rare) ne lui en dispute la priorité. Nous savons même qu'un homonyme de l'ingénieux chimiste, M. Charles Robin, agrégé à la Faculté de médecine, fait tous ses efforts pour qu'on ne lui rapporte pas l'honneur qui revient à son fertile confrère. On n'est pas plus heureux.

— M. Pétrequin a adressé une Note sur un NOUVEL *agent hémostatique et hémoplastique*. Est-ce bien là la qualification qui convient, toutefois, à un liquide qui, au lieu d'être une solution de perchlorure de fer, est une solution de perchlorure de fer et de perchlorure de manganèse? Nous croyons que M. Pétrequin aurait été mieux et plus justement inspiré en présentant la solution qu'il propose comme une simple modification du liquide Pravaz.

Quant aux avantages que la solution nouvelle peut avoir sur l'ancienne, ils sont encore fort douteux, et les observations que rapporte M. Pétrequin, outre ce qu'elles laissent à désirer sous le rapport de la rédaction, sont même insuffisantes pour établir l'efficacité du perchlorure de fer et de manganèse dans les maladies qu'il mentionne dans sa Note.

— M. Crusell, de Saint-Pétersbourg, a adressé à l'Académie une réclamation de priorité relative à la Note de M. Alphonse Amussat sur le caustique électrique; mais nous n'avons pas vu que l'honorable praticien ait songé à rappeler que bien avant qu'il n'ait communiqué ses observations à l'Académie, M. Nélaton avait employé le caustique en question.

Une nouvelle Note, non moins intéressante que la précédente, a été communiquée par M. Bonniceau, relativement à la reproduction des sangsues.

M. Pirogoff, professeur d'anatomie à Saint-Pétersbourg, a fait connaître à l'Académie un procédé d'anthropotomie qui, *à priori*, paraît assez ingénieux et semble permettre de constater avec exactitude les rapports des organes. Mais l'anatomie des régions étant aujourd'hui ce qu'il y a de mieux connu, il est douteux que ce procédé qu'on peut appeler procédé par congélation, puisse rendre de grands services à la science; mais il paraît pouvoir rendre des services réels aux élèves.

Une autre communication de M. Pirogoff qui aurait plus d'importance est celle qui est relative à une méthode fort curieuse d'ostéoplastie. Si les renseignements fournis à cet égard par M. Schultz sont exacts, l'opération de M. Pirogoff mérite évidemment la plus sérieuse attention des chirurgiens.

La séance du 26 s'est principalement composée de deux communications anatomiques trop spéciales pour qu'elles puissent nous arrêter longtemps, et d'une communication relative à un traitement de l'hygroma, qui sera d'une grande importance s'il est aussi efficace qu'original.

G. DUMONT.

« liquide *puriforme* dont les globules diffèrent entièrement de ceux du pus. Deux « de ces kystes présentent la troisième inclusion des vésicules. »

Cette observation, que je ne puis reproduire dans tous ses détails, mérite que nous nous arrêtions sur quelques points.

Nous remarquerons d'abord cette multiplicité de tumeurs répandues dans tous les organes digestifs. Ce fait n'est pas unique; nous avons constaté, il n'y a qu'un instant, un cas de M. Voisin, dans lequel il y avait simultanément des hydatides dans le foie et dans la rate; nous ne reviendrons pas sur la véritable valeur de cette multiplicité, nous l'avons précédemment discutée et jugée, mais nous ne devons pas laisser passer l'occasion de constater les exemples que nous venons d'indiquer.

En second lieu, cette observation nous donne des renseignements précieux sur la structure propre des vésicules hydatiques, sur leur évolution et la nature de leur contenu. Ces vésicules se présentent sous deux aspects : transparentes et jaunâtres. Les premières sont formées d'une masse amorphe, granuleuse, contenant quelques petites vésicules arrondies, d'un éclat graisseux; les secondes ne se distinguent des premières que par une très-grande abondance de ces granulations graisseuses, devenues plus volumineuses. Elles représentent, comme l'a dit M. Gaillet, des vésicules primitives qui ont subi l'altération graisseuse. Les unes et les autres sont lisses à leur surface extérieure et comme veloutées, chagrinées, tapissées même quelquefois de végétations à leur surface interne. Ces végétations sont probablement l'origine des vésicules secondaires engendrées dans les vésicules primitives. Dans le point où un kyste hydatique s'abouchait avec la trompe, ces végétations se continuaient sur la muqueuse de celle-ci, exemple unique, sans aucun doute, d'un pareil phénomène.

Le contenu des vésicules hydatiques est constitué par trois ordres de parties : un liquide, des vésicules secondaires et des échinocoques. Le liquide varie; il est tantôt transparent, et alors il n'offre aucun élément anatomique spécial; tantôt puriforme. Ce dernier ne contient pas, suivant l'observation de M. Gaillet, de corpuscules du pus, mais des corps granuleux ronds ou ovalaires, assez réguliers, de $0{,}01^{m}$ à $0{,}02^{m}$ de diamètre, composés d'une substance amorphe, transparente, présentant des granulations graisseuses, d'un volume variant depuis $0{,}001^{m}$ jusqu'à $0{,}005^{m}$ et disposées en masses irrégulières.

Les vésicules incluses sont, comme les vésicules mères, tantôt transparentes, tantôt jaunâtres et ayant subi l'altération graisseuse. Les premières sont généralement libres, nageant dans le liquide de l'hydatide mère, contenant elles-mêmes un liquide, et, dans quelques cas, d'autres vésicules que l'on peut désigner sous le nom de tertiaires. Cette troisième génération des vésicules incluses est un fait très-rare, mis en doute par plusieurs anatomistes, mais complétement démontré par l'observation de M. Gaillet. Les secondes se présentent ordinairement sous la forme de débris de vésicules ratatinées, ramassées sur elles-mêmes, pressées les unes contre les autres, sans interposition d'un liquide ou simplement séparées par une sorte d'humidité jaunâtre et épaisse. Cet état des cellules incluses est considéré par M. Gaillet comme une tendance à l'état crétacé et un mode de guérison propre à la production hydatique.

Quant aux échinocoques, ils étaient très-rares dans la plupart des kystes, puisque M. Lebert n'en a pas trouvé; que M. Gaillet n'a rencontré qu'un crochet, et que M. Robin n'en a vu que quelques-uns.

Nous touchons ici à la question vive du sujet qui nous occupe : peut-il y avoir des hydatides sans échinocoques? Pendant longtemps, une opinion exclusive a

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Clinique chirurgicale d'Erlangen. — M. HEYFELDER.

Ablation totale de la mâchoire inférieure.

Le soin que nous avons seul mis à publier tous les documents propres à éclairer l'importante question de la désarticulation du maxillaire inférieur, nous engage à publier l'observation suivante dont nous prions M. Heyfelder de vouloir bien faire la lecture avec ce calme germanique dont il ne nous a pas montré un des meilleurs échantillons. C.

Peu de temps après que j'avais eu l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure, un malade vint me consulter à la clinique pour une maladie qui envahissait toute la mandibule.

Cet homme, nommé George Valentin Hohn, âgé de 39 ans, tailleur, d'une constitution frêle, fut atteint en novembre de l'année passée de grands maux de dents du maxillaire inférieur. Peu à peu les gencives s'embarrassèrent et exhalèrent une odeur fétide; des abcès s'y formèrent, de sorte que le malade se trouva très-gêné chaque fois qu'il voulut manger ou prendre des boissons. Il entra dans un hôpital de Munich, d'où il sortit non guéri après y avoir passé quatorze semaines. C'est le 21 août qu'il se rendit à ma clinique. Il était très-maigre et dans un état presque anémique. Les parties molles qui s'attachent au menton et à la mâchoire étaient gonflées, dures, et percées par douze abcès d'où sortait un pus fétide.

Je reconnus que l'os maxillaire inférieur était *complétement* envahi par la nécrose, y compris les condyles, et que les dents étaient malades et vacillantes quoiqu'elles ne fussent pas envahies par la carie. Le malade ne pouvait écarter que très-peu les mâchoires. Au-dessous du menton, une portion de mâchoire avait percé la peau.

Vu l'état des parties molles et l'état déplorable du malade, qui se plaignait de douleurs lancinantes qui le privaient de sommeil, je proposai la désarticulation du maxillaire inférieur, qui fut acceptée.

L'opération fut pratiquée, le 24 août 1853, de la manière suivante :

Le malade étant placé dans un fauteuil et soumis au chloroforme, je fis une incision d'abord transversalement le long du bord inférieur de la mâchoire d'un bout à l'autre, ensuite obliquement en haut jusqu'au niveau des deux lobules des oreilles. Après avoir incisé ainsi toutes les parties molles, je les séparai de la face externe de la mandibule au moyen du bistouri. Sans avoir tranché, coupé la lèvre inférieure dans sa ligne médiane, je passai une scie à chaînettes sous la mâchoire et j'en fis la section entre les deux dents incisives. Après cela, je disséquai les parties molles adhérentes à la face interne des deux branches de la mâchoire. Imprimant d'abord un mouvement de bascule à la branche gauche de l'os maxillaire pour faire saillir l'apophyse coronoïde et pour couper plus facilement le muscle crotaphyte, cette partie de l'os se cassa, ce qui ralentit la terminaison de la désarticulation.

L'ablation totale de la mâchoire inférieure ainsi faite, la langue, privée de son appui antérieur, ne fut entraînée en arrière qu'au moment où l'opéré leva la tête pour se reposer mieux dans le fauteuil. Cependant, les accès de suffocation qui accompagnèrent le mouvement de rétraction de la langue cessèrent quand j'approchai la tête du malade du sternum; par conséquent, j'engageai l'opéré à conserver cette dernière position.

Je n'eus besoin de lier aucune artère. Les parties molles étant réunies par dix-huit sutures entortillées, le malade fut porté dans son lit. Lorsqu'il voulut s'y coucher sur le dos, la langue fut encore une fois entraînée en arrière, et l'accès de suffocation se renouvela. Pour empêcher qu'un nouvel accès reparût, je passai un fil dans la langue qui fut maintenu d'abord par un garde-malade, et plus tard par l'opéré lui-même. Néanmoins, je lui ordonnai d'éviter le décubitus dorsal, et de se tenir sur son séant ou dans le décubus latéral. La déglutition des liquides s'exécuta très-bien au moyen d'une seringue et d'une cuiller. Vers le soir, il y eut une hémorrhagie que l'on fit cesser par de petits morceaux de glace que l'on mettait dans la bouche du malade.

L'opéré passe la nuit sans douleurs et sommeilla; le lendemain il se porta bien.

Le troisième jour, la langue était déjà tellement fixée, que l'on put ôter le fil sans craindre un mouvement de rétraction.

Le quatrième jour, j'enlevai les sutures; la réunion s'opéra par première intention. Cependant la salivation était ce jour-là très-augmentée, et la salive sortait continuellement de la bouche, aussi la parole était peu intelligible.

Cependant j'observai les jours suivants une amélioration très-notable sous le rapport de la prononciation, de la mastication et de la déglutition des aliments.

Le 16 septembre, où j'avais l'honneur de présenter cet opéré à M. Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, la guérison était complète. La figure de l'opéré ne présentait au-

---

régné dans la science, c'est que la présence de l'échinocoque était le caractère pathognomonique de l'hydatide. M. Lebert en a été un des premiers promoteurs et un des derniers défenseurs. Cependant les faits se sont multipliés; les observations microscopiques ont été minutieusement et fréquemment répétées; dans beaucoup de cas, on n'a pas trouvé d'échinocoques.

Voilà le fait certain. Maintenant voici les hypothèses : les hydatides peuvent-elles se développer indépendamment de tout échinocoque? Peuvent-elles se développer d'elles-mêmes, comme un animal propre, ainsi que le veut un naturaliste allemand, M. Leuckard, et ne présenter des échinocoques que comme une formation successive, une sorte de gemmes entés sur la paroi interne des vésicules? Les échinocoques existent-ils constamment à une période du développement des hydatides pour disparaître plus tard, comme la présence d'un crochet isolé constatée par M. Gaillet dans un vésicule pourrait le faire croire? Enfin, suffit-il que des échinocoques existent en un point pour déterminer le développement des hydatides dans un certain rayon, en sorte que, quoique absents dans la plupart des vésicules, ils se retrouveraient toujours dans quelque point de la production? L'observation de M. Gaillet, dans laquelle les animaux n'ont été trouvés que dans quelques vésicules, pourrait encore venir à l'appui de cette dernière opinion.

Ces hypothèses, nous ne pouvons ni les critiquer, ni les accepter; mais nous devions les émettre, parce qu'elles ressortent des discussions qui se sont élevées dans le sein de la Société. Le temps et les faits d'observation pourront seuls les juger.

Les hydatides ne sont pas les seules productions parasites que nous ayons été appelés à constater dans l'intérieur des organes de l'homme. M. Leudet nous a montré un très-bel exemple de *cysticerques*. Cette production parasite, très-fréquente chez certains animaux, est rare dans l'espèce humaine. Le cœur en est le siége dans le cas actuel. Elle se présente sous la forme de vésicules transparentes, offrant un corps et une tête armés de crochets; ces vésicules sont au nombre de onze, développées dans les parois ventriculaires; elles font saillie en dedans et soulèvent l'endocarde qui est enflammé consécutivement. La véritable nature de ces vésicules a été mise hors de doute par l'examen microscopique. Dans toutes, l'animal et ses crochets ont été parfaitement vus et constatés.

Messieurs, ma tâche est terminée. Avant de nous séparer, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant votre secrétaire et de l'indulgence que vous m'avez toujours témoignée dans l'accomplissement de mes fonctions.

— M. le préfet de la Haute-Garonne vient d'instituer une commission chargée d'étudier, sous sa présidence, et de préparer les moyens de fonder à Bagnères-de-Luchon un hôpital desservi par des sœurs hospitalières, et affecté, tant aux malades de la localité qu'aux soins des indigents qui fréquentent les eaux thermales.

cune déformation, quoique son menton parût un peu aplati, l'angle droit de la bouche un peu plus haut que celui du côté opposé.

La salive ne sortit plus de la bouche, la lèvre supérieure touchant très-exactement la lèvre inférieure. La parole était entièrement libre; cependant l'opéré prononçait moins distinctement les syllabes labiales. Non-seulement il mangeait des aliments liquides, mais aussi des légumes, de la viande bien tendre, et du pain qu'il triturait entre la langue et la mâchoire supérieure. Il peut faire exécuter à la langue tous ses mouvements normaux.

Cette observation d'ablation totale de la mâchoire inférieure se distingue des autres cas publiés (Voir le *Moniteur des hôpitaux*, nos 92, 93 et 94), par cette circonstance que la désarticulation de la mandibule n'a pas été exécutée en deux actes, à deux époques assez éloignées l'une de l'autre, mais qu'elle a été pratiquée, *pour la première fois*, dans une seule séance, et par cette autre circonstance, *que la lèvre inférieure n'a pas été coupée dans sa ligne médiane,* mais *complétement ménagée.* Sous ces deux rapports l'observation que je viens de relater est *neuve.*

M. le professeur Roux, qui a bien voulu examiner l'opéré, pendant son séjour à Erlangen, aura peut-être la bonté de confirmer ce que je viens de dire de ce cas.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Octobre 1853.— Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Communication d'une instruction contre le choléra, rédigée par M. le docteur Grand-Boulogne, médecin français à la Havane.

2° Spécifique contre l'hydrophobie.

3° Deux relations d'épidémies de fièvres typhoïdes, l'une par M. de Fromentel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray; l'autre, de M. Brouillet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beaupréau.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Empoisonnement putride.

M. Chassaignac réclame contre l'interprétation donnée à sa première réclamation par M. Maisonneuve, et déclare que c'est bien du développement de gaz dans les vaisseaux aussi bien que de la gangrène traumatique qu'il a parlé en 1848 et en 1850.

Rhumatisme.

M. le docteur de Larue adresse une nouvelle note sur l'emploi des feuilles de frêne dans le rhumatisme à forme épidémique; il annonce que, après lui avoir réussi seul pour guérir le rhumatisme, ce médicament se montre aujourd'hui le plus souvent impuissant entre ses mains, si on ne lui associe pas les autres médications connues.

Sirop de castoréum.

M. Lebrou, pharmacien, communique la formule suivante d'un sirop de castoréum.

Eau distillée de valériane.	1,000	grammes.
Eau distillée de laurier-cerise . . .	500	—
Sucre blanc.	3,000	—
Castoréum	75	—

Épidémies.

M. Heu'ard d'Arcy adresse une Note supplémentaire à sa relation des épidémies qui ont régné en 1853 dans l'arrondissement de Clamecy.

Désarticulation de la mâchoire inférieure.

M. Heyfelder adresse un nouvel exemple de cette opération (*voir* ci-dessus).

Instruments nouveaux pour la transfusion du sang.

Frappé de l'insuffisance de la plupart des procédés imaginés jusqu'à ce jour pour exécuter cette grave opération, frappé aussi des inconvénients réels de quelques-uns d'entre eux, M. Mathieu, a construit pour cet usage un appareil spécial qui lui semble réunir toutes les conditions désirables de succès.

Fig. 1.

Fig. 2.

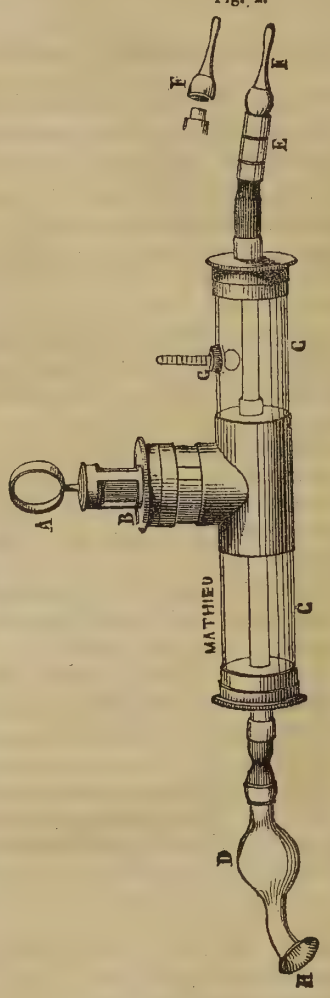


Figure 1. C'est une sphère creuse en caoutchouc vulcanisé, on y fait le vide en la pressant dans la main, puis l'abandonnant à elle-même; elle s'épanouit en vertu de son élasticité et exerce alors une véritable succion sur les deux tubes de verre qui lui font suite de chaque côté. Ces tubes se terminent à savoir: le premier, par une sorte de ventouse appliquée exactement autour de la plaie veineuse sur le bras de la personne qui fournit le sang, le second, par une canule en ivoire introduite dans la veine de celui qui reçoit le sang. Dans les petits cylindres d'ivoire sont renfermées deux petites boules de liége qui font office de soupapes; elles empêchent soit le reflux du sang vers la veine où on le puise, au moment où la sphère est aplatie par la main de l'opérateur; soit le reflux du liquide de la canule et de la veine où elle plonge vers la sphère creuse au moment où celle-ci s'épanouit. Ajoutons, pour ne rien omettre, que la ventouse, ainsi que la canule, sont rattachées aux tubes de verre par des bouts de tube en caoutchouc, ce qui permet d'incliner en divers sens ces deux extrémités sans déranger le reste de l'appareil et sans changer la position des deux personnes.

Les principales difficultés matérielles de l'opération se trouvent ainsi éludées. Le passage du sang de l'un à l'autre individu est pour ainsi dire instantané, le vide est aussi complet que possible et aucune bulle d'air ne peut se mêler à ce fluide au moment où il est injecté. Reste à éviter les effets du refroidissement et de la coagulation qu'il favorise, on peut y arriver en plongeant l'instrument que nous venons de décrire dans un bain d'eau chaude, mais on y parvient plus aisément et d'une manière plus complète à l'aide de l'appareil suivant, quoique celui que nous venons de décrire ait été employé une fois par M. Maisonneuve avec un succès complet au point de vue du fonctionnement.

Figure 2. L'aspiration et l'injection, au lieu d'être produites par une boule en caoutchouc, sont opérées par un petit corps de pompe B et un cylindre dont l'anneau se voit en A. L'appareil en verre et en caoutchouc qui vient d'être décrit, terminé d'un côté par la ventouse H avec son réservoir D, de l'autre par la canule F, est placé dans un tube de verre épais, fermé à ses deux extrémités que l'on remplit d'eau chaude, versée par le trou C. Un thermomètre indique exactement la température de ce bain à chacun des moments de l'opération. Au point de jonction du tube de verre soit avec le corps de pompe, soit avec ses annexes E et D, se trouvent des soupapes qui permettent de faire dans l'intérieur de l'appareil un vide parfait.

La quantité du sang fourni se mesure d'une manière exacte, en comptant le nombre de coups de piston donnés; il en est de même pour l'appareil (*fig.* 1); il suffit de compter chaque fois qu'on aplatit la sphère entre les doigts. Dans le petit cylindre E, se trouve une soupape qui empêche la sortie du sang du tube, lorsqu'il est amorcé; cette dernière modification que j'ai faite à mon appareil est très-importante, car si une partie du sang contenu dans le tube en E, venait à s'échapper, la place qu'il occupait serait remplacée par une quantité d'air égale à son volume, et cet air serait introduit dans la veine. Ainsi il est inutile d'ajouter qu'on ne doit procéder

à l'injection qu'après avoir amorcé cet instrument et s'être assuré préalablement qu'il est exactement vide d'air.

RAPPORTS.

Huile d'iodure de fer.

M. Caventou donne lecture d'un rapport que, vu son importance et l'abondance des matières, nous sommes obligé de renvoyer au prochain compte rendu.

Syphilis larvée.

Rapport de M. GIBERT sur un Mémoire de *M. le docteur* PÉGOT, médecin aux eaux de Bagnères-de-Luchon, professeur supplémentaire à l'École de médecine de Toulouse, etc., intitulé comme il suit : *Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis.*

L'influence *révélatrice* de la syphilis attribuée généralement aux eaux thermales, notamment aux eaux sulfureuses, et l'influence médicatrice des mêmes eaux, signalée déjà par *Bordeu,* en 1775, tel est le double fait clinique qui est étudié avec soin dans le Mémoire dont *M. Gibert* est venu rendre compte à l'Académie.

Comme *Cullerier,* comme *Biett,* comme *Alibert,* et comme plusieurs autres praticiens de notre époque, *M. Gibert* admet cette double influence qu'il avait pris soin de rappeler dans son *Traité des maladies de la peau,* et dans son *Manuel des maladies vénériennes* (Paris, 1837), bien qu'il ne lui accorde peut-être pas une aussi grande extension que l'auteur du Mémoire ; mais laissons parler le rapporteur.

« M. le docteur Pégot, dit-il, a consigné dans son travail le résultat d'observations recueillies aux eaux de Bagnères-de-Luchon pendant l'espace de dix ans.

« L'auteur déclare tout d'abord qu'il ne faut pas regarder les eaux sulfureuses comme *anti-syphilitiques* par elles-mêmes. Dans les cas où l'on peut leur attribuer tout l'honneur de la cure, de deux choses l'une, ou il y a eu erreur de diagnostic, ou le sujet, antérieurement saturé de préparations mercurielles, a dû aux eaux thermales le complément de sa guérison.

« Mais ces eaux constituent un puissant adjuvant dans des cas déterminés. Cette médication se montre surtout héroïque chez les individus tombés dans un état de *cachexie syphilitique,* ou qui offrent concurremment avec la syphilis une complication scrofuleuse.

« L'auteur rapporte, entre autres, un exemple bien remarquable des succès qu'on peut obtenir en pareil cas, alors même que l'état du malade semble désespéré. Il s'agit d'un riche Anglais, traité en vain par les médecins les plus célèbres, et qui se mourait d'une cachexie syphilitique arrivée, ce semble, à sa période extrême. Amaigri, affaibli, d'une pâleur cadavéreuse, portant en outre une syphilide frontale, des exostoses, des ulcères du palais, du gosier, des membres, sa faiblesse était telle, que les gens de service craignaient qu'il ne mourût dans le premier bain qui lui fut administré. Toutefois, l'eau sulfureuse convenablement dosée, en bain, boisson, lotions et injections, combinée avec toutes les ressources de l'hygiène, amena une amélioration telle que le malade put y joindre plus tard l'usage des spécifiques (l'iodure de mercure et l'iodure de potassium), et que, suffisamment rétabli au sortir de l'établissement pour entreprendre sans inconvénients de longs et fatigants voyages, il revint avec le temps à une santé parfaite. »

Outre l'action si puissamment adjuvante des eaux thermales dans la syphilis consécutive, l'auteur du Mémoire admet encore, avec plusieurs autres médecins attachés aux établissements d'eaux minérales, que les sulfureux sont une sorte d'antidote propre à préserver ou à guérir de l'intoxication mercurielle, et notamment à prévenir ou à guérir la salivation. Ici *M. Gibert* ne trouve plus aussi probantes les observations contenues dans le travail de M. Pégot, il relève même quelques erreurs relatives à l'action du sublimé et à celle du proto-iodure de mercure, qu'il croit que *Biett* a eu tort de préférer d'une manière générale aux autres préparations mercurielles. On sait que pour *M. Gibert,* le remède anti-syphilitique par excellence est le *sirop de deuto-iodure ioduré.*

M. Gibert regarde, au contraire, comme tout à fait concluantes les observations citées en preuve de l'influence révélatrice des eaux thermales sulfureuses dans les cas de syphilis latente ou *larvée.*

L'apparition de *syphilides,* ordinairement précédée d'un mouvement fébrile, chez des sujets qui faisaient usage des eaux contre de prétendues affections rhumatoïdes, nerveuses, cachectiques, dont la cause spéciale n'avait pas été reconnue, ou bien encore chez des individus que l'on soupçonnait atteints de syphilis *larvée,* et que l'on soumettait à cette épreuve pour établir plus sûrement le diagnostic, a été plusieurs fois contatée par M. le docteur Pégot, qui, plus tard, a pu compléter la cure par l'usage des spécifiques, soit employés seuls, soit combinés au traitement sulfureux.

M. Gibert termine son rapport par les conclusions pratiques qui suivent :

Les sujets atteints de syphilis *consécutive* peuvent être envoyés aux eaux thermales sulfureuses dans ce but :

1° De combattre la cachexie causée tant par la maladie que par le traitement ;

2° De compléter la cure des *syphilides,* qui dégénèrent facilement chez certains sujets en irritations dartreuses ;

3° De préparer par l'action fortifiante et éliminatrice des eaux une cure plus assurée et moins sujette à inconvénients par les agents spécifiques, lorsque le mal a résisté à l'emploi plus ou moins méthodique de ces agents ;

4° De provoquer l'apparition de *syphilides* caractéristiques chez les personnes soupçonnées de syphilis *latente* ou *larvée ;*

5° Enfin, d'acquérir plus de certitude pour l'avenir, en faveur des sujets supposés guéris d'une syphilis dont aucun symptôme ne se reproduit sous l'influence de la médication thermale.

Sur la proposition du rapporteur, une lettre de remerciements sera adressée à M. le docteur Pégot, et le mémoire honorablement déposé dans les archives de la Compagnie.

LECTURES.

Choléra.

M. Thomas donne lecture d'une note sur le choléra, qu'il a observé à Saint-Pétersbourg, à Moscou, et en général dans le nord de l'Europe.

Cautérisation du vagin.

M. Debeney lit une note dans le but de prouver que le procédé de cautérisation par le nitrate solide d'argent, donné comme nouveau par M. Becquerel, est depuis longtemps connu, et que le meilleur procédé est celui qui consiste à cautériser par solution de ce sel.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Septembre 1853. — Présidence de M. RAYER.

Application chirurgicale du perchlorure de fer et de manganèse.

M. Pétrequin adresse un mémoire sur UN *nouvel agent hémostatique* et hémoplastique (perchlorure ferro-manganique) pour le traitement des hémorrhagies, des anévrismes et des varices ; nous extrayons de ce mémoire, d'après le *Compte rendu,* les remarques et faits suivants :

1° *Action hémostatique.* — J'ai mainte fois reconnu expérimentalement que le perchlorure ferro-manganique jouit de propriétés hémostatiques beaucoup plus puissantes que l'eau de Pagliari ou l'ergotine Bonjean et autres tropiques qu'on emploie à cet usage. Dans les plaies qui donnent lieu à une hémorrhagie en nappe, il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang, d'appliquer sur la surface saignante (après l'avoir préalablement lavée à l'eau froide) une compresse imbibée avec un mélange d'une cuillerée de perchlorure dans un verre d'eau. Si l'écoulement n'est pas arrêté, on réussira en ajoutant au mélange une seconde cuillerée de perchlorure. La plaie est-elle inégale et irrégulière, on placera d'abord, avant la compresse, un tampon de charpie trempé dans le même liquide. Ce procédé peut encore suffire quand l'hémorrhagie provient d'une petite artère : on pourrait remplacer la charpie par un tampon d'amadou, d'éponge ou de linge qui servira en outre à comprimer le vaisseau lésé.

J'ai souvent réussi en procédant de la sorte dans quelques opérations chirurgicales, telles que les incisions, les amputations de doigts ou d'orteils, les ablations de glandes ou de squirrhes mammaires, etc.

Dans les piqûres de sangsues, qui chez les enfants et certains sujets débiles donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes, l'application d'un tampon de charpie ou d'amadou imbibé de perchlorure pur et maintenu avec le doigt, suffit pour arrêter le sang à l'instant.

Ce moyen m'a réussi dans des cas d'épistaxis où le tamponnement et les autres hémostatiques avaient échoué. Je n'en citerai qu'un exemple très-probant.

L'auteur ici cite plusieurs cas d'épistaxis qui n'avaient pas cédé à l'emploi des hémostatiques et des tamponnements.

Observation d'une épistaxis incoercible ; inefficacité des hémostatiques et du tamponnement ordinaires ; injection et tampon de perchlorure ferro-manganique ; guérison. — Le 18 juillet 1853, une femme de 38 ans entre à l'hôpital, dans la nuit, pour une épistaxis qu'aucun hémostatique n'a pu arrêter. On tamponna une fosse nasale. Le lendemain, l'hémorrhagie continuant toujours, j'injecte une solution étendue de perchlorure ferro-manganique. Le sang est arrêté. Il reparaît après deux jours ; on fait une injection de perchlorure à 30 degrés presque pur. L'hémorrhagie cesse à l'instant ; mais une heure après, la malade ayant fait des mouvements, quelques caillots tombent dans le larynx et amènent la suffocation : teinte violacée de la face ; froid des extrémités ; menace d'asphyxie. M. Jacque-

met, interne du service, sauve les jours à la malade en faisant l'*opération* (1) des caillots par l'application de sa bouche sur celle de la mourante. Malgré son état de chloro-anhémie consécutive, l'épistaxis ne reparaît plus (traitement corroborant; préparations ferro-manganiques; régime réparateur); sa santé s'améliore rapidement. Elle sort le 14 août en état de guérison.

On obtient le même succès pour les *hémorrhagies nasales qui suivent certaines opérations, comme celles des polypes muqueux.*

2° *Action hémoplastique.* — Rappelons que hémostase et hémoplastie sont essentiellement différentes : ainsi, l'eau de Pagliari et l'ergotine Bonjean, qui figurent honorablement parmi les hémostatiques, ont fort peu de vertu comme hémoplastiques. C'est une distinction à faire.

Depuis qu'en 1845, j'ai réussi avec la galvano-puncture à déterminer la coagulation du sang dans les anévrismes, les succès que j'ai publiés ont donné l'impulsion à ce genre de recherches; la méthode nouvelle que je formulais est devenue pour l'hémoplastie le point de départ d'une foule d'expériences et d'applications. C'est spécialement en vue des anévrismes que M. Pravaz a proposé le perchlorure de fer, et que nos premières études expérimentales avaient eu lieu comme je l'ai exposé dans la première partie de ce mémoire.

J'écrivais, en 1846, à propos de la galvano-puncture : « Cette innovation chirurgicale ne se bornera point à la curation des anévrismes ; un vaste champ lui est ouvert. J'ai fait pressentir qu'elle recevrait des applications nombreuses : ainsi, pour ne pas sortir du cadre des maladies qui ont le plus de rapport avec les anévrismes, je ferai remarquer qu'on peut l'appliquer à la cure des tumeurs variqueuses, etc.

« Un second groupe de maladies non moins importantes, auxquelles la nouvelle méthode pourra s'adresser avec succès, c'est celui des tumeurs vasculaires, comme les *nœvi materni*, les tumeurs érectiles des diverses régions, etc.

« Il est encore un autre ordre de lésions, telles que les tumeurs sanguines, les hémorroïdes, les fongus vasculaires, etc., où la galvano-puncture pourra être appelée à rendre de grands services. »

Les mêmes considérations s'appliquent parfaitement au perchlorure de fer et de manganèse. Je n'ai pas encore eu occasion de l'employer pour des anévrismes, mais j'ai été logiquement conduit à l'utiliser pour la guérison des tumeurs variqueuses. L'Hôtel-Dieu de Lyon peut revendiquer la gloire d'en avoir le premier fait l'application (M. Valette a opéré le 18 juillet, M. Pétrequin le 19, et M. Desgranges le 20). La fréquence des varices, les incommodités et les maladies qu'elles entraînent, comme œdème, phlébite, ulcères et même impotance du membre, viennent doubler la valeur de la méthode qui les comprend dans sa sphère d'action. Voici quelques faits propres à éclairer la question (2) :

Varices étendues de la saphène interne gauche; large ulcère; injection de perchlorure; guérison. — Le 30 juillet, M. Pétrequin opéra un chiffonnier âgé de 33 ans, pour des varices étendues de la jambe gauche, qui depuis huit ans ont amené plusieurs ulcères, de sorte que la peau du membre est littéralement dégénérée en tissu de cicatrice. Un large ulcère existe à la jambe droite; on fait deux injections, l'une de quatorze gouttes et l'autre de douze, par une ponction directe; le 7 août, M. Debout constate l'absence d'accident et d'inflammation, et l'oblitération des varices. Le 12, le malade s'étant levé malgré la consigne, la jambe est un peu douloureuse (cataplasmes, bain, repos); l'accident se dissipe; le caillot induré diminue, l'ulcère se cicatrise avec du perchlorure étendu. On constate que la guérison est complète et la saphène oblitérée; le 11 septembre, le malade sort. (Observation recueillie par le docteur Chatin.)

3° *Applications diverses.* — J'ai employé avec succès, sur des ulcères atoniques, des compresses d'une solution étendue de perchlorure; un changement rapide s'opère dans leur vitalité et le travail de leur réparation.

Cette même solution est un bon modificatif des ulcères sordides; elle modifie heureusement leur surface.

C'est un excellent antiputride pour les plaies gangréneuses et les suppurations fétides; elle leur enlève rapidement leur mauvaise odeur : propriété importante pour l'hygiène des hôpitaux.

Elle est d'un précieux secours pour les plaies de mauvaise nature; elle modifie la surface suppurante et décompose les liquides putrides.

Depuis que, dans mes amputations, je fais usage de cette solution pour nettoyer les mognons dont la suppuration devient fétide, je n'ai pas vu se développer l'infection purulente; et si ce n'est pas la cause exclusive, il lui en revient une part.

En effet, on administre le perchlorure à l'intérieur dans certaines hémorrhagies internes et dans quelques affections asthéniques.

(1) Le mot opération est-il une erreur typographique du *Compte rendu ?*

(2) Des trois observations que rapporte ici l'auteur, nous reproduirons seulement la seconde. (*Note du rédacteur du Compte rendu.*)

Empoisonnement putride.

A propos de la communication de M. Maisonneuve, M. Chassaignac adresse la Note suivante :

« A l'occasion du mémoire communiqué dans la séance du 12 septembre, par M. Maisonneuve, je demande à l'Académie la permission de lui signaler les faits suivants :

« 1° Dans la séance du 11 octobre 1848 de la Société de chirurgie, j'ai émis formellement l'opinion que, chez les individus qui succombent rapidement à la suite de lésions traumatiques considérables, et chez lesquels il se développe des gaz en grande quantité, ce phénomène peut s'expliquer par une décomposition instantanée du sang, comme cela s'observe chez les animaux surmenés.

« 2° Dans la séance du 6 novembre 1850, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme de 70 ans, amputé avec succès près de l'articulation de l'épaule pour un écrasement du bras accompagné d'infiltration de gaz dans toute l'étendue de ce membre.

« 3° J'ai avancé, dans un travail publié en 1850 (26 janvier), qu'il est au pouvoir d'une grande violence mécanique de produire instantanément un état d'empoisonnement putride comparable à celui que la pénétration directe d'une matière septique dans le sang peut déterminer. (Fractures compliquées, 26 janvier 1850, p. 81.)

« 4° Je rapporte dans le même travail (p. 82) l'observation d'un malade atteint de cet empoisonnment à la suite d'une luxation du pied, lésion qui nécessita l'amputation, et fut suivie d'une mort prompte. L'autopsie permit de constater les caractères de l'empoisonnement putride à son plus haut degré.

« J'ai pensé que, m'étant occupé de cette question antérieurement à M. Maisonneuve, et l'ayant étudiée avec persévérance, ainsi qu'en témoignent les citations ci-dessus, l'Académie me permettrait de placer sous ses yeux l'indication de mes recherches sur ce sujet. »

Caustique électrique.

M. Crusell adresse, de Saint-Pétersbourg, une Note dans laquelle, rappelant différentes communications qu'il a faites précédemment à l'Académie, et entre autres une Note sur la guérison d'un fongus hématoïde *au moyen d'un fil de platine chauffé par le galvanisme,* il revendique la priorité d'invention de ce procédé, récemment appliqué par M. Alph. Amussat dans un cas analogue.

M. Édouard Robin soumet au jugement de l'Académie une Note ayant pour titre : *Considérations nouvelles sur les causes et le traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie des femmes enceintes : nouvelle interprétation des accès et des suites de l'éclampsie; mode d'action des agents qu'on emploie dans le traitement des maladies nerveuses.*

Ce travail, dit le *Compte rendu,* est une nouvelle application des résultats généraux auxquels est arrivé l'auteur, en considérant aux points de vue physiologique et pathologique les modifications de l'hématose et le rôle que jouent dans l'organisme vivant les agents modérateurs de la combustion lente. Les nouveaux faits qu'il présente offrent à ses yeux la confirmation de ce qu'il avait précédemment annoncé, que les composés qui produisent l'état anesthésique du sang jouissent de cette propriété, parce qu'ils exercent sur l'organisme vivant une action semblable à celle qu'ils ont sur les matières mortes d'origine animale ou végétale qu'ils préservent de la putréfaction, c'est-à-dire qu'ils protégent contre la combustion lente.

Reproduction des sangsues.

M. Bouniceau fait connaître les résultats de ses nouvelles recherches concernant l'âge auquel se produit la sangsue médicinale. A l'époque de sa dernière communication, il conservait encore quelques doutes à cet égard; aujourd'hui, il est en mesure d'affirmer que, à l'âge de 22 mois environ, cet animal est propre à la reproduction. Du moins c'est le cas pour les individus qu'il élève dans une sorte de domesticité, car, pour ceux qui vivent entièrement libres, il est porté à croire qu'ils mettent plus de temps à arriver à cet état de perfection, et il ne s'étonnerait pas qu'il y eût un retard de toute une année.

Anthropotomie.

M. Flourens met sous les yeux de l'Académie plusieurs livraisons d'un ouvrage publié à Saint-Pétersbourg, par M. le professeur Pirogoff, et qui a pour titre : *Anatome topographica sectionibus per corpus humanum congelatum triplici directione ductis illustrata.*

« Mon but, dit M. Pirogoff dans une Note jointe à cet envoi, étant de montrer les organes internes dans leurs véritables rapports de position, j'ai trouvé, dans l'endurcissement des parties par l'action du froid, un moyen efficace de prévenir toute espèce de dérangement. Les cadavres qui doivent servir pour les planches de mon Atlas anatomique restent intacts jusqu'à ce que, par une exposition prolongée à une température de 15 degrés au moins au-dessous de zéro, ils soient devenus complétement

rigides; c'est alors seulement qu'on pratique les sections jugées nécessaires pour bien faire apprécier les positions relatives. Ces coupes sont exécutées au moyen d'une scie mécanique semblable à celles dont on se sert pour le débit des bois de placages, de sorte qu'à aucun moment de la préparation, il n'existe de causes de dérangement.

« On conçoit bien, poursuit M. Pirogoff, qu'un pareil procédé n'est pas applicable dans tous les pays; à Saint-Pétersbourg même, je n'ai eu que rarement, dans les quatre derniers hivers, un froid assez intense et assez continu pour avancer, comme je l'aurais souhaité, la marche de cet ouvrage. »

Ostéoplastie.

Une autre Note, qui se rapporte également aux travaux de M. Pirogoff, est destinée à faire connaître une nouvelle opération d'ostéoplastie imaginée par cet anatomiste, et qu'il a plusieurs fois appliquée avec succès. Le résultat a été de rendre plus longue, de 1 à 2 pouces, une jambe trop courte, en soudant, à l'extrémité inférieure du tibia, une portion du calcanéum détachée du reste par une section verticale.

L'auteur de la Note, M. Schultz, qui a suivi à Saint-Pétersbourg la pratique de M. Pirogoff, annonce que des personnes qui ont été ainsi opérées, aucune n'a succombé à l'opération, et que toutes marchent sans boiter.

Séance du 26 septembre.

Structure de la rétine humaine.

MM. A. Kölliker et H. Müller, professeurs à Wurzbourg, adressent la note suivante :

La structure de la rétine est une des plus compliquées, et n'a été que peu comprise jusqu'à présent, à l'exception de certains points, qui ont été éclairés par MM. Hannover, Valentin, Todd Bowman et autres. Nous étant occupés pendant longtemps de cette partie de l'anatomie microscopique, nous nous permettons de présenter à l'Académie une rapide énumération des faits principaux trouvés par nous.

La rétine se compose de différentes couches, savoir : 1° des bâtonnets et des cônes; 2° de la couche des corps nucléiformes; 3° de la couche de substance grise; 4° de l'épanchement du nerf optique, et 5° de la membrane limitante.

En laissant de côté cette dernière membrane, nous commençons par la couche du nerf optique. Ce qu'il y a de plus remarquable à signaler, c'est que, d'après la découverte de l'un de nous (Kölliker), l'expansion du nerf optique est interrompue à la place de la *macula lutea*, de manière qu'il n'existe en cet endroit pas la moindre trace d'une couche de fibres nerveuses. Dans toutes les autres parties de la rétine, les fibres nerveuses forment une couche non interrompue et très-épaisse au fond de l'œil; seulement sur les bords de la *macula lutea*, on les voit se perdre dans une couche de cellules nerveuses, qui forment ici la couche la plus interne de la rétine, et ne sont recouverts que par la membrane limitante. Ces cellules forment ici, d'après nos observations, une couche très-épaisse, puisque l'on voit, sur des sections verticales de la rétine, neuf à douze rangées de cellules placées l'une derrière l'autre, et possédant les caractères des autres cellules de la rétine, dont il sera fait mention plus loin.

Quant à une des questions les plus graves, c'est-à-dire la terminaison des fibres nerveuses de la rétine, il est démontré, par des observations toutes récentes de l'un de nous (Kölliker), sur la rétine humaine, que ces fibres sont en rapport direct avec les fibres nerveuses. Ces cellules, qui manquent complétement a l'entrée du nerf optique, sont toutes pourvues d'un à six prolongements, tout à fait semblables à ceux que l'on trouve dans les cellules nerveuses du cerveau et des ganglions nerveux, qui, en se ramifiant plusieurs fois, se continuent avec les véritables fibres nerveuses variqueuses de l'expansion de l'optique, de telle manière que ces fibres nerveuses prennent leur origine dans les cellules nerveuses de la rétine. La découverte de ce fait important est due à M. le marquis A. Corti, de Turin, qui, il y a trois ans, le constata premièrement chez les ruminants, et puis dernièrement chez l'éléphant, chez lequel les origines des fibres optiques se présentaient avec une netteté et une beauté sans pareille. Nous avons vérifié les faits trouvés par M. Corti sur la rétine humaine, et croyons être à même de dire que chez l'homme, comme chez les mammifères, il y a des terminaisons des fibres nerveuses optiques dans les cellules de la rétine. Quant à des terminaisons libres, nous n'en avons jamais trouvé, et nous sommes portés à croire que ces terminaisons, admises par plusieurs auteurs, n'existent pas.

Après les fibres et cellules nerveuses, les bâtonnets et cônes sont les parties les plus dignes d'attirer l'attention. Quant aux bâtonnets, ils ont été très-bien décrits par Hannover; mais les cônes de la rétine de l'homme et des mammifères n'ont été vus par aucun observateur, d'une manière suffisante. Les cônes sont des corps pyriformes ou coniques, trois ou quatre fois plus épais que les bâtonnets, mais plus d'une fois plus courts, qui sont situés dans la partie interne de la couche des bâtonnets. Les cônes, qui supportent à leur partie extérieure amincie un prolongement ressemblant à un bâtonnet court, sont moins nombreux que les bâtonnets, et leur disposition est assez régulière; pourtant il faut dire qu'à la place de la *macula lutea*, il n'y a, d'après les observations de M. Henle confirmées par nous, point de bâtonnets, tandis que les cônes sont très-nombreux ici, et forment une couche non interrompue.

Un des faits les plus dignes d'attention, c'est que, d'après les observations de l'un de nous (Müller) sur les animaux, confirmées par nous pour la rétine humaine, il provient de la partie interne de chaque cône et de chaque bâtonnet une fibre qui, après avoir traversé toutes les couches de la rétine, va se perdre à la face interne de la membrane limitante. Ces fibres, qui toutes sont en relation avec les corps nucléiformes, qui chez l'homme forment deux couches, comme l'a déjà démontré M. Bowman, forment un système tout à fait particulier de la rétine, et ont été nommées par nous les *fibres radiaires*. Les faits principaux constatés par nous, relativement à ces fibres tout à fait inconnues jusqu'à présent, sont les suivants. Chaque cône est en relation à sa partie interne avec un renflement contenant un noyau, qui déjà est situé dans la couche extérieure des corps nucléiformes; et de ce renflement, que l'on peut regarder comme une cellule, part une fibre qui, après avoir atteint la couche interne des corps nucléiformes, se met en relation avec un de ces corps, qui ne sont autre chose que de petites cellules contenant un grand noyau; puis cette fibre traverse les cellules et fibres nerveuses et finit par se fixer, par une extrémité renflée et souvent ramifiée, à la membrane limitante.

Des fibres radiaires tout à fait semblables, mais plus fines, partent aussi de la partie interne des bâtonnets, se mettent en relation avec ceux des corps nucléiformes des deux couches, qui ne sont pas fixés aux fibres provenant des cônes, et se terminent de la même manière en s'insérant à la membrane limitante; seulement, il est à remarquer que les fibres provenant des bâtonnets s'unissent, pendant leur marche vers les couches internes de la rétine, trois à six ensemble en une seule fibre, de manière que les fibres radiaires sont moins nombreuses dans les couches internes de la rétine. Quant à la nature de ces fibres radiaires, elles sont très-délicates comme les fibres nerveuses de la rétine, pourtant elles ne forment jamais de varicosités et se distinguent par cela des véritables fibres nerveuses.

Voici les faits principaux que nous avons été à même de constater par rapport à l'anatomie de la rétine humaine, faits dont la physiologie peut tirer certaines conclusions d'un intérêt non douteux. Nous établissons, en premier lieu, que ce ne sont pas les fibres nerveuses de la rétine qui perçoivent la lumière objective, parce que, d'une part, l'endroit de la rétine, qui est le plus sensible à la lumière et qui offre la perception visuelle la plus exquise, c'est-à-dire la *macula lutea*, ne montre pas la moindre trace de la couche des fibres nerveuses, et que, d'un autre côté, les fibres nerveuses existent en grand nombre dans le point où la rétine manque de toute sensation, savoir, à l'entrée du nerf optique. Ceci posé, il ne reste que les cellules nerveuses de la rétine, les corps nucléiformes et les cônes et bâtonnets, que l'on pourrait considérer comme organes de la sensation. Quant à nous, nous serions enclins à regarder comme telles, avant tout, les cellules nerveuses, puisqu'il est démontré, par Corti et par nous, que les fibres nerveuses de l'optique sont en continuation avec ces cellules; mais, cependant, nous nous voyons forcés de laisser cette supposition de côté, puisque cesdites cellules forment dans tous les endroits de la rétine, qui ont la perception développée, plusieurs (jusqu'à dix et douze) couches superposées l'une à l'autre, et qu'il est impossible d'admettre que nous puissions avoir des impressions visuelles exactes et nettes, comme nous les avons, si chaque rayon de lumière irritait à la fois dix à douze cellules nerveuses. La même raison nous fait penser que ce ne sont pas non plus les corps nucléiformes qui perçoivent la lumière, de manière qu'il ne reste plus que les cônes et les bâtonnets. Nous sommes portés à émettre l'opinion que ce sont, en vérité, ces organes curieux, et dont la physiologie n'a su que faire jusqu'à présent, qui sont les parties destinées à recevoir les impressions de la lumière, et nous croyons en même temps que leur disposition l'un à côté de l'autre, à la manière d'une mosaïque, et leur peu de diamètre, sont tout favorables pour rendre les sensations visuelles aussi exactes que possible. Pourtant, nous ne voulons pas insister trop sur cette hypothèse, puisqu'il nous a été impossible de découvrir aucune connexion entre les bâtonnets et les cônes d'une part, et les cellules nerveuses et les fibres nerveuses de la rétine de l'autre part. Nous supposons bien qu'il existe une pareille connexion, mais il nous a été impossible de la démontrer clairement. Tout ce que nous avons vu, c'est que, 1° toutes les cellules nerveuses possèdent un ou deux prolongements qui, en partant de leur partie extérieure, vont se perdre dans la couche interne des corps nucléiformes, et 2° que les corps de cette couche nucléiforme ont, outre leurs deux prolongements, qui se continuent avec les fibres radiaires mentionnées plus haut, généralement un ou deux autres prolongements. Il se pourrait

bien, et nous le supposons même, que ces dernières fibres fussent en rapport direct avec les prolongements extérieurs des cellules nerveuses, de manière que les sensations, en prenant leur origine dans les bâtonnets et cônes, seraient transmises par les fibres radiaires aux cellules nerveuses, et de là aux fibres de l'expansion du nerf optique, qui ne serait ainsi autre chose qu'un intermédiaire entre les organes qui perçoivent la lumière, c'est-à-dire les cônes, bâtonnets et cellules nerveuses, et le cerveau.

En tout cas, quand même notre hypothèse de la fonction des bâtonnets et cônes serait démontrée fausse par des faits ultérieurs, il resterait toujours vrai que ce ne sont pas les fibres nerveuses de l'optique qui sont irritées directement par la lumière, et que c'est dans les cellules nerveuses de la rétine même qu'il faut chercher l'organe de la sensation directe de la lumière, soit que ces cellules soient affectées directement par les rayons lumineux, soit par l'intermédiaire des cônes et bâtonnets et des fibres radiaires. Nous admettons que la couche des cellules nerveuses de la rétine est un vrai ganglion, ou, si l'on aime mieux, un vrai centre nerveux. Nous lui donnons la fonction de percevoir la lumière, et nous croyons que le nerf optique sert uniquement à transmettre les sensations de ce centre à l'organe de l'intelligence et de la conscience.

Anatomie micrographique.

M. Virchow, de Wurzbourg, communique une note sur une substance qui donne lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale, dans le corps humain :

M. Purkinje a décrit, dans le cerveau de l'homme, des corpuscules particuliers, formés de couches concentriques, et d'une structure analogue aux grains d'amidon. On a trouvé depuis ces corpuscules amylacés dans plusieurs endroits, spécialement dans les couches superficielles des parois des ventricules cérébraux et dans la moelle épinière. Quelques observateurs ont présumé que c'était la même substance qui constituait l'*acervulus cerebri*.

En examinant les propriétés microchimiques de ces corpuscules, dont l'origine et l'évolution sont tout à fait inconnues, j'étais très-étonné de voir apparaître, après l'addition d'une solution aqueuse d'iode, une teinte légèrement bleuâtre, qui contrastait fortement avec la coloration jaune des parties voisines. Lorsque j'ajoutais ensuite à l'objet microscopique de l'acide sulfurique hydraté, il se manifestait aussitôt cette couleur violacée vive qui caractérise la cellulose végétale, et qui lui appartient comme propriété spécifique.

Des investigations réitérées ont montré la constance de la réaction décrite, qui se produit d'autant plus brillamment que l'action de l'acide sulfurique est plus lente. Mais il n'y a de corpuscules de cellulose (corpuscules amylacés vrais) que dans les environs des ventricules cérébraux, particulièrement dans les couches profondes de l'épendyme, dans les nerfs des sens (ou sensoriaux) et dans la moelle épinière. Au milieu de cette dernière, ils sont très-fréquents dans la substance centrale grise, décrite par M. Kölliker, substance qui, d'après mes observations, s'étend de l'épendyme du ventricule quatrième jusqu'au fil terminal de la moelle, et qui correspond à l'épendyme du canal central oblitéré de la moelle épinière. Pour cela on pourrait donner à cette substance le nom du *fil central d'épendyme spinal*.

Tous les autres corpuscules concentriques ont une composition différente. Ni les concrétions de la glande pinéale et des plexus choroïdes, ni les granules des excroissances de Pacchioni, ni les plaques extraites de l'arachnoïde spinale ne montrent de réaction végétale. Les corpuscules de cellulose sont tout à fait propres à l'épendyme, qui n'est pas le prolongement de l'arachnoïde ou de la pie-mère, mais plutôt la couche superficielle et libre du tissu connectif des éléments nerveux. C'est pourquoi on trouve les mêmes corpuscules dans la substance grise du nerf olfactif.

La découverte d'une substance végétale dans les mêmes régions, par la lésion desquelles M. Claude Bernard a produit la glucosurie, touche la question des fonctions glucogéniques. Mais je dois ajouter que j'ai cherché en vain la cellulose chez le lapin.

Traitement des hygromas.

M. Missoux, de Fournols (Puy-de-Dôme), communique une note sur un procédé simple et assuré pour guérir les hygromas.

Le moyen employé par l'auteur consiste dans l'application sur la tumeur d'une sorte de cataplasme formé par une tranche de pain de seigle sortant du four. Cette tranche doit être munie de sa croûte, que l'on tourne du côté extérieur ; le tout est assujetti convenablement au moyen d'une serviette ou d'un linge assez épais pour contribuer à conserver aussi longtemps que possible la chaleur. Si c'est le genou qui est le siége de la tumeur, ce qui est le cas le plus fréquent, cette partie étant très-exposée aux froissements et aux refroidissements, le malade est placé au lit et y est tenu vingt-quatre heures. Quelquefois, quand la tumeur est récente, une seule application suffit ; cependant, le plus ordinairement, il faut répéter trois ou quatre fois ce moyen, et, s'il est possible, d'une manière continue. L'auteur annonce avoir obtenu ainsi de nombreux cas de guérison.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Prix Nadaud.* — L'Académie de médecine, sur la proposition de la commission du prix Nadaud, a décidé que les travaux destinés à ce concours continueront à être reçus au secrétariat jusqu'au 15 de ce mois inclusivement. Les mémoires déposés après cette époque ne pourront pas être admis à concourir.

— Pour justifier notre siècle et l'École de Paris de l'accusation portée contre elle par MM. Alquié et Debout, de négliger l'étude des épidémies, nous avions demandé à ces deux honorables écrivains s'ils connaissaient une époque à laquelle on eût rédigé un plus grand nombre de relations d'épidémies, et si ces relations étaient plus nombreuses dans la circonscription de l'École de Montpellier que dans celle de l'École de Paris. Notre distingué confrère de Montpellier nous répond que « notre erreur fondamentale et celle d'un grand nombre de médecins *peu faits aux études de philosophie médicale*, c'est de confondre les hommes, les établissements, les Facultés avec l'*École* ou la *Doctrine* enseignée ; et, ajoute M. Alquié, c'est en faveur de l'*École* et de ses disciples que nous avons pris la plume pour les défendre de reproches mérités par l'*École anatomique* de Paris. A Montpellier se trouvent les disciples de l'école essentiellement anatomique, et à Paris les élèves de l'école vitaliste : à bon entendeur cela doit suffire. »

Nous n'avons guère la prétention *d'être fait aux études de philosophie médicale*, nous n'avons même pas celle d'être très-bon entendeur, et c'est pourquoi, probablement, nous n'avons même pas compris le trait charmant, sans doute, qui termine la note de M. Alquié. En revanche, il est une philosophie à l'étude de laquelle nous avons quelque prétention d'être fait, c'est celle qui nous enseigne à exposer nettement notre pensée et à ne voir dans celle des autres que les mots qu'ils emploient réellement. Or, M. Alquié a reproché à l'École de Paris de négliger l'étude des épidémies ; nous lui avons montré qu'à aucune époque on n'avait autant que de nos jours étudié les épidémies ; nous lui avons montré que, proportionnellement, ce sont les élèves de l'École de Paris qui se livrent le plus à cette étude ; notre philosophie ne nous a pas permis d'apercevoir dans le reproche de M. Alquié ni dans notre réfutation la moindre question d'École ou de Doctrine. Nous n'avons su y voir qu'une simple question de fait. Puisque M. le professeur Alquié nous condamne, nous avons incontestablement tort ; mais en échange de notre soumission, nous attendons de notre distingué confrère qu'il veuille bien, à l'avenir, abaisser la hauteur de sa rédaction jusqu'au niveau de clarté qu'exigent nos faibles études en matière de philosophie médicale.

— Dans la séance solennelle de décembre 1854, l'Académie médico-chirurgicale de Naples décernera une médaille d'or de la valeur de 100 ducats à l'auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante :

« Déterminer si les éclampsies des jeunes garçons procèdent toujours d'une lésion du cerveau ou des méninges, ou bien si elles peuvent être entièrement symptomatiques d'une affection ayant son siége ailleurs que dans les centres nerveux. Déterminer, en outre, quelles relations il existe entre l'éclampsie et l'époque de la dentition à laquelle cette maladie se manifeste le plus ordinairement. »

Les Mémoires écrits en italien, en latin ou en français devront parvenir *franco*, dans les formes académiques, au plus tard le 31 mai 1854, au secrétaire, M. le chevalier Pietro Magliari, strada S.-Sebastiano, n° 49, à Naples.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Du Charlatanisme médical et des moyens de le réprimer, par le docteur G. Piogey. — Broch. in-8. — Chez Victor Masson. — Prix : 1 fr. 50.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 121. 1re année. Samedi 8 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 8 fr. 50 — 6 mois, 16 fr. — 1 an, 25 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Du mode d'action de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital de la Pitié. M. Laugier. Observation d'abcès considérables du foie. Ponction. Mort après une amélioration passagère. — Extrait sommaire du mémoire adressé en 1851 à l'Académie des sciences par M. Abeille. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement médical simple, par M. F. Neucourt. (*Suite.*) — **CORRESPONDANCE** : Développement de gaz dans les veines. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 7 Octobre 1853.

Du mode d'action de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire.

Tel est le titre d'un travail intéressant dont M. Marotte, médecin de l'hôpital de la Pitié, vient de publier la première partie dans la *Revue médico-chirurgicale*.

Ainsi que ce titre l'indique, l'auteur, dans le but de contrôler les opinions émises par M. le docteur A. Fabre et par M. le professeur Trousseau, s'est proposé de déterminer si la vératrine guérissait le rhumatisme principalement en purgeant, ou principalement par une action spécifique sur la maladie, et il se prononce d'avance pour cette dernière opinion.

Il est extrêmement curieux sans doute, il n'est même pas sans importance de savoir par quel mécanisme agissent les médicaments ; mais ce qui est plus intéressant et plus important encore, c'est de savoir jusqu'à quel point et dans quel sens ils agissent réellement. C'est là, suivant nous, ce que M. Marotte aurait dû chercher d'abord à déterminer. Les observations qu'il rapporte sont loin, en effet, de pouvoir édifier les praticiens sur cette question capitale et préalable. C'est ce que nous allons démontrer en peu de mots, après avoir rapporté ces observations, ainsi que les remarques dont l'auteur les fait suivre.

1re *Observation.*— Le 4 juin 1852, est entré à l'hôpital Sainte-Marguerite le nommé Limeuil (Joseph), âgé de 44 ans.

Cet homme jouit habituellement d'une bonne santé. Il n'a pas eu antérieurement de rhumatisme.

Il a été pris de frisson et de fièvre, il y a cinq jours ; le genou gauche le premier, puis le droit, puis les deux épaules sont devenus gonflés, rouges et douloureux.

Le jour de son entrée, les articulations indiquées ci-dessus sont prises, mais la douleur et le gonflement sont plus considérables au genou droit. Pouls à 75, battements du cœur faibles ; le premier temps est prolongé.

5 *juin.* Le malade prend 2 pilules de vératrine de 5 milligrammes chacune. 2 *bouillons.*

Le 6, le pouls est à 72. Les genoux sont encore gonflés et moins douloureux, mais le rhumatisme a envahi les deux articulations tibio-tarsiennes. 2 *bouillons;* 4 *pilules de vératrine.*

Le 7, les articulations malades sont dans un état satisfaisant ; le genou gauche est encore assez gonflé, mais non douloureux. Le pouls est à 60. La peau est couverte de moiteur. 2 *bouillons;* 2 *soupes;* 6 *pilules de vératrine.*

Le 8, pouls à 48. Le malade a joui pendant toute la nuit d'un sommeil plus complet que la veille. Une portion d'aliments. *Continuer les* 6 *pilules de vératrine.*

Le 9, pouls à 56 ; état aussi satisfaisant que la veille. Les genoux restant un peu gonflés, je prescris un bain de vapeur, les pilules sont suspendues.

Le 10, nouveau bain de vapeur.

Le 11, le malade demande son *exeat.*

Les circonstances à noter dans cette observation sont :

Relativement au malade et à la maladie : la bonne santé habituelle ; l'absence de rhumatismes antérieurs ; l'intensité médiocre du mouvement fébrile, *malgré le nombre des articulations prises ;* la mobilité des douleurs ; l'absence de tout symptôme d'irritation gastro-intestinale.

Relativement à l'agent thérapeutique : la nullité de son action physiologique sur la muqueuse gastro-intestinale, le malade n'ayant accusé ni nausées, ni coliques, ni quelque autre signe de malaise pendant les six jours qu'il a pris la vératrine, et quoique celle-ci ait été donnée à des doses plus élevées et plus rapidement progressives que dans les observations du docteur Fabre. J'avais suivi en cela les recommandations que donne M. Piédagnel. L'action du médicament me paraît évidente, au contraire, sur le pouls qui était descendu en trois jours de 76 à 48. La fraîcheur de la peau, la moiteur survenue dès le troisième jour attestent encore cette action.

Ajouterai-je enfin que les lésions articulaires se sont amendées et ont disparu avec une rapidité, avec une netteté qui n'appartiennent pas au rhumatisme articulaire abandonné à lui-même ?

2e *Observation.* — Le nommé Bidoux (Michel), âgé de 20 ans, maçon, est entré le 7 mai 1852 à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Saint-Augustin, n° 36, se plaignant de douleurs dans les jointures, depuis six jours.

Il jouit d'une bonne santé habituelle ; il n'a jamais eu de rhumatismes, mais il a travaillé dans des caves, et c'est après avoir séjourné dans ces lieux insalubres qu'il a été pris d'accidents articulaires qui l'ont forcé de suspendre son travail.

Les genoux et les coudes-pieds ont été envahis les premiers, après eux le bras s'est pris ; le jour de l'entrée, ce sont les épaules et les genoux qui sont le siége des douleurs les plus vives et de la tuméfaction la plus considérable. Le pouls est à 112. Il existe, au premier temps du cœur, un souffle dont le maximum correspond à la base.

Le lendemain, 8 *mai,* les symptômes n'ont pas changé, le pouls est à 108; 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *chacune, chiendent sucré; diète.*

Le 9, pouls à 92. Le souffle est toujours très-marqué. L'articulation tibio-tarsienne gauche, les deux genoux, l'épaule droite, sont le siége des principales douleurs; 4 *pilules.*

Le 10, les douleurs ont diminué; le pouls est à 78. Il existe de la moiteur sur tout le corps.

Le 13, pouls à 62; plus de souffle cardiaque. Les localisations articulaires ont disparu; 3 *pilules.*

Le 14, pouls à 66; état des plus satisfaisants. *Suspension de la vératrine.*

Le 15, pouls à 64.

Le 16, douleurs vagues dans le poignet, qui sont dissipées le lendemain.

Le 21, le malade est pris de varioloïde. Celle-ci est légère et le malade sort guéri le 7 juin.

Cette observation a la plus grande analogie avec la précédente.

En effet, la santé habituelle est bonne; il n'y a pas eu d'attaques antérieures de rhumatisme. La cause est tout extérieure. Le mouvement fébrile est plus intense; mais les localisations articulaires restent mobiles, malgré leur intensité.

L'action de la vératrine sur le pouls a été la même que chez le précédent malade; mais elle ne s'est pas manifestée par le plus léger trouble sur les voies digestives, et cependant, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, j'ai rapidement élevé la dose du médicament.

La marche décroissante du rhumatisme a été rapide, progressive, c'est-à-dire sans oscillation. La durée de la maladie a été de huit jours à dater de l'invasion.

Je ferai remarquer en passant la disparition du bruit de souffle en même temps que celle des lésions articulaires. Je rapprocherai de ces deux faits la 3e observation du *Compte rendu* de la clinique de M. Trousseau (*Union médicale, loc. cit.*). Dès le quatrième jour du traitement, le neuvième de la maladie, le jeune homme qui en fait le sujet éprouvait une amélioration si grande et si rapide, « qu'il se déclarait complétement guéri, et « le prouvait en imprimant, avec une facilité extrême, tous les « mouvements possibles à ses articulations qui, d'ailleurs, ne « présentaient plus ni chaleur, ni gonflement, ni douleur à la « pression. » Quatre jours auparavant, le pouls était à 104; les poignets, les coudes, les épaules, les genoux, les bourses séreuses des grands trochanters étaient envahis. La vératrine fut continuée quatre jours encore à la dose de 3 pilules de 0,005; et pendant toute la durée du traitement, le médicament « n'a point « paru exciter chez lui d'irritation gastro-intestinale; il n'a eu « ni vomissements, ni diarrhée, ni coliques, etc. »

Une première conclusion ressort de ces trois faits : c'est qu'il y a des rhumatismes articulaires qui s'amendent et guérissent pendant l'administration de la vératrine, sans qu'on ait observé pendant leur cours aucune action irritante sur le tube digestif; et que leur guérison est trop rapide, trop nette, comparativement à la marche habituelle de cette affection, qu'elle s'accompagne de symptômes de sédation trop évidents, pour qu'il soit possible de nier l'influence thérapeutique du médicament.

Cette preuve pourrait tenir lieu de toutes les autres, mais nous verrons que la puissance purgative de la vératrine ne peut pas être invoquée avec plus de fondement dans le cas où l'on a observé quelques troubles du côté de l'estomac ou de l'intestin.

3e *Observation.* — Bouchard (Pierre), âgé de 30 ans, boulanger, entré le 24 août 1852.

Cet homme est bien constitué; depuis deux jours il éprouve dans les articulations des membres inférieurs des douleurs fort vives qui l'obligent, dit-il, à maintenir les jambes fléchies à angle droit. Les malléoles sont, en effet, fort douloureuses au toucher; elles sont aussi fort rouges. Ces symptômes sont encore plus prononcés aux genoux. Le mouvement fébrile n'est pas tout à fait en rapport avec les phénomènes locaux. Le pouls ne dépasse pas 90; rien au cœur. 2 *pilules de vératrine.*

26 *août.* Pas de changement appréciable dans les articulations envahies. L'épaule droite est devenue douloureuse. Néanmoins le pouls est descendu à 82. 4 *pilules.*

Le 27, le pouls est à 60, le malade n'a pu prendre que deux pilules, celles-ci ayant excité de fortes nausées pendant le jour et deux ou trois vomissements pendant la nuit. Les vomissements ayant cessé et les autres symptômes s'étant amendés, je continue les pilules à la dose de 4.

Le 28, le pouls est à 60 comme la veille; il n'y a pas eu de vomissements, quoique les quatre pilules aient été prises. Les genoux sont moins gonflés, moins douloureux; mais l'épaule et la cuisse droites sont à peu près dans le même état. 2 *bouillons,* 2 *soupes.*

Le 29, le pouls est remonté à 64, il n'y a eu, comme la veille, ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée. Les symptômes articulaires ont considérablement diminué. 1 *portion d'aliments,* 6 *pilules de vératrine.*

Le 30, pouls à 52. Le malade est dans l'état le plus satisfaisant sous tous les rapports. Malgré cela, voulant expérimenter la vératrine, je portai à 8 le nombre des pilules; 2 *portions.*

Le 31, pouls à 48; 6 *pilules.*

1er *septembre.* Pouls à 52; 2 *pilules, bain de vapeur* destiné à combattre la roideur qui persiste dans les articulations.

Le 2, pouls à 64; quelques douleurs articulaires vagues; 4 *pilules.*

Le 5, l'épaule droite est redevenue légèrement douloureuse; 6 *pilules.*

Le 6, les douleurs articulaires, même celle de l'épaule, ont disparu.

Le 7, quelques douleurs ont reparu, *parce que le malade a eu le tort de rester turd au jardin,* aussi la dose des pilules est-elle conservée.

Le 8, 2 *pilules* seulement, le malade étant dans l'état le plus satisfaisant.

Le 11, les pilules sont supprimées; le pouls est à 68.

Les conditions sont ici les mêmes que dans les deux observations précédentes, sous le rapport de la santé, des antécédents, de la saison, et de la mobilité des lésions articulaires.

La disproportion est plus marquée entre les accidents articulaires et le mouvement fébrile. La douleur et le gonflement des jointures étaient intenses, quoique le pouls ne marquât que 90.

L'influence du médicament a été très-marquée sur le pouls, qui est descendu, en six jours, de 90 à 48. Elle n'a pas été moins grande sur la chaleur de la peau et sur les lésions articulaires, qui ne consistaient plus qu'en une simple roideur le huitième jour à dater du début de la maladie, le sixième jour à dater du traitement. Cette action rapide, immédiate, n'a pas empêché deux recrudescences d'un jour chacune, dues, la première peut-être aussi bien que la seconde, à une imprudence du malade qui m'a été cachée.

Mais la circonstance la plus importante, au point de vue qui nous occupe, est fournie par les symptômes gastriques. Ici des nausées et des vomissements se sont montrés dès la troisième dose de vératrine; mais, ce qui est remarquable, c'est qu'il a suffi de ne pas augmenter le nombre des pilules pour qu'ils ne se renouvelassent pas et qu'il s'établît une véritable tolérance; tolérance telle que la dose de vératrine a pu être plus forte du tiers, puis du double, et que le médicament a pu être continué plusieurs jours de suite, sans que l'estomac et les intestins aient témoigné la moindre souffrance. Peut-on sincèrement attribuer la guérison au trouble passager de l'estomac?

4e *Observation.* — Gazaux (Eulalie), âgée de 50 ans, femme de ménage, entrée le 25 avril 1853.

Cette femme a eu quatre enfants; elle jouit habituellement d'une très-bonne santé; elle voit encore ses règles; elle n'a ja-

mais éprouvé de palpitations ou tout autre symptôme d'affection du cœur.

Sa maladie s'est déclarée depuis huit jours seulement ; elle a éprouvé, en sortant de faire un ménage, des lassitudes et de la courbature auxquelles se sont jointes, les jours suivants, des douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs.

Le jour de l'entrée, M. Laboulbène, interne de service, constate l'état suivant : Fièvre, peau chaude, anorexie ; pouls à 96 régulier ; douleurs très-vives dans les articulations coxo-fémorales, les genoux, les coudes et les épaules : les genoux sont très-enflés et les membres inférieurs sont le siége d'un œdème résistant. Il existe un léger souffle au cœur, dont les battements sont sourds ; la matité n'en paraît cependant pas plus étendue à la région précordiale. Râles sans caractères dans les deux poumons ; pas de toux.

26 *avril*. Par l'effet du repos sans doute, le pouls n'est plus qu'à 92, régulier ; 2 *pilules de vératrine, chiendent sucré; diète*.

Le 27, le pouls varie entre 76 et 80, il est irrégulier, intermittent ; 4 *pilules*.

Le 28, pouls à 76, ayant les mêmes caractères que la veille ; le souffle cardiaque est très-évident à la fin du grand silence, le maximum est à la pointe ; 6 *pilules*.

Le 29, le pouls n'est plus qu'à 68 ; les douleurs des jointures, qui avaient un peu diminué, ont repris de l'intensité ; depuis la veille au soir, il y a eu plusieurs selles liquides, aussi le nombre des pilules n'est-il pas augmenté.

Le 30, pouls à 56 ; les douleurs et le gonflement articulaire sont moindres ; le dévoiement lui-même a diminué ; les garde-robes ont été moins nombreuses ; néanmoins, les pilules sont réduites à 4.

1er *mai*. Le nombre des pulsations est de 48 à 50 ; elles sont régulières. Les garde-robes ont cessé, la malade n'a pas éprouvé de coliques ; néanmoins, l'état des articulations est encore plus satisfaisant que les jours précédents. Le gonflement des membres inférieurs a notablement diminué ; 4 *pilules*, 2 *bouillons*, 2 *soupes*.

2 et 3 *mai*. Continuation des 4 *pilules*.

Le 4, le gonflement des jambes est presque nul, à peine un peu de roideur articulaire ; 2 *pilules*.

Le 6, cessation des pilules. Je conserve la malade jusqu'au 18 pour lui permettre de recouvrer entièrement ses forces.

Chez cette malade, la guérison s'est fait plus longtemps attendre que dans les observations précédentes. L'action thérapeutique de la vératrine a été moins manifeste pendant les premiers jours. La durée totale a été, en effet, de dix-huit jours à dater de l'invasion, et de dix jours à dater de la première administration de la vératrine. Mais il ne faut pas oublier que nous étions au mois d'avril, que la malade avait 50 ans, qu'elle avait continué ses occupations jusqu'à la veille de son entrée ; que les lésions articulaires étaient intenses, et enfin que la valvule auriculo-ventriculaire gauche était prise.

Abandonné à lui-même dans des conditions semblables, le rhumatisme eût probablement résisté beaucoup plus longtemps.

Ces réserves faites sur l'action thérapeutique de la vératrine, passons à ses effets sur la muqueuse gastro-intestinale, et nous verrons qu'ils ne sont pas de nature à infirmer son action spéciale, c'est-à-dire indépendante de ces mêmes effets physiologiques. En six jours, le pouls est descendu de 92 à 48. Il n'y a eu ni nausées, ni vomissements pendant toute la durée du traitement ; la diarrhée s'est déclarée vers la fin du quatrième jour ; mais la dose était déjà de six dixièmes de grains en vingt-quatre heures. Le lendemain elle avait diminué sans qu'on eût abaissé le nombre des pilules, et ce n'est que par excès de précaution et aussi parce que le rhumatisme s'amendait que je l'ai réduit à 4. Plus sûr de moi dans la deuxième observation qui a été recueillie postérieurement à celle-ci, je me suis contenté de rester stationnaire, et je n'en ai pas moins vu cesser les accidents gastriques.

La lecture de ces deux observations et les réflexions qui leur sont annexées, démontrent surabondamment que les troubles de l'estomac et des intestins n'y ont pas joué d'autre rôle que celui d'un fait accidentel et passager, tandis que la sédation de la circulation et la diminution correspondante des lésions articulaires, qui leur sont communes avec les observations précédentes, constituent le fait capital.

La première observation du compte rendu de la clinique de M. Trousseau n'est pas moins probante. La vératrine administrée cinq jours après le début de la maladie a déterminé une amélioration notable des symptômes généraux et locaux, dès la fin du troisième jour, et avant l'apparition des symptômes gastro-intestinaux. Cette amélioration ne peut donc leur être imputée. Mais il y a plus : malgré les envies de vomir, les coliques et la diarrhée qui se sont manifestées le soir de ce troisième jour, la sédation du pouls est tellement grande le lendemain, quatrième jour du traitement (il est descendu en quatre jours de 100 à 42), l'état des articulations est tellement satisfaisant, que « M. Trousseau fait remarquer aux élèves cette sédation prodigieuse du système circulatoire ; ce qui, suivant lui, explique comment dans une maladie essentiellement inflammatoire comme celle-ci, on a obtenu en si peu de temps, trois jours, une amélioration qui pourrait à la rigueur s'appeler une guérison, puisque toutes les articulations sont revenues à leur état normal, et qu'il ne reste plus qu'un prolongement ou une obscurité du premier bruit du cœur. » J'ajouterai que la dose de 3 pilules n'ayant pas été augmentée lors de l'apparition des accidents gastro-intestinaux, cette précaution a suffi pour les faire cesser, et qu'ils ne se sont pas reproduits, malgré la continuation du médicament à la même dose.

La quatrième observation du mémoire de M. Fabre vient aussi à l'appui de ma thèse. Le malade fait usage de la vératrine pendant trois jours ; il a atteint la dose de 3 pilules non-seulement sans avoir de diarrhée, mais sans avoir eu de garde-robe depuis quatre jours ; 4 pilules déterminent le jour suivant quelques envies de vomir, des coliques et une seule garde-robe. Malgré ce léger trouble gastro-intestinal, 5 pilules sont prescrites ; loin d'augmenter, il se réduit à quelques envies de vomir après la quatrième pilule ; pas de vomissements ; coliques, pas de diarrhée ; 4 pilules déterminent la nuit suivante deux vomissements sans colique ni diarrhée. La vératrine est continuée pendant quatre jours à la même dose, et les voies digestives ne manifestent plus de malaise pendant tout ce temps, tandis que le pouls s'abaisse et que les articulations guérissent.

La cinquième observation du même mémoire présente des circonstances analogues. Une pilule détermine quatre garde-robes et quelques envies de vomir ; 2 pilules sont données le lendemain, 3 le surlendemain, sans production de diarrhée et de coliques ; pendant ce temps-là l'action sédative se manifeste de plus en plus par l'abaissement du pouls et par la disposition des localisations rhumatismales. Le quatrième jour du traitement, « il n'y a plus de douleurs nulle part ; de 102 le pouls est descendu à 72. » Les garde-robes reparaissent les trois jours suivants sous l'influence de 4 pilules ; mais elles ne dépassent jamais le nombre de deux.

La première remarque générale que nous ayons à faire sur ces observations portera sur la négligence avec laquelle elles sont recueillies : le vague qui règne sur le début et la terminaison de la maladie, sur le caractère précis des symptômes observés, même sur les symptômes articulaires, fait que ces observations sont peu propres à servir d'éléments pour la solution d'un problème thérapeutique. Si, à cette première considération, on ajoute que quatre observations, même rigoureusement recueillies, prouveraient peu de chose dans une question aussi difficile que celle du traitement du rhumatisme articulaire, on reconnaîtra que M. Marotte n'a pas tout à fait suivi, en publiant son travail, ces principes sévères qui devraient

présider aux travaux scientifiques de notre époque, et qui commencent heureusement à s'introduire dans les mœurs du personnel médical des hôpitaux de Paris.

Entrons maintenant dans quelques détails.

Relativement à la première observation, nous ferons remarquer que, le 9 juin, les genoux restent un peu gonflés ; on prescrit un bain de vapeur. Le 10, on en prescrit un nouveau sans dire dans quel état se trouvait le malade, qui demande son *exeat* le 11. Toute trace de maladie avait-elle disparu ? On l'admettra difficilement, et, dans tous les cas, ce qu'on admettra plus difficilement encore lorsqu'on n'a pas oublié les fréquentes rémittences qu'on observe dans la marche du rhumatisme, c'est qu'alors même qu'il en aurait été ainsi, on ait pu considérer une telle guérison comme définitive. En résumé, la maladie, chez ce premier malade, a duré *au moins* 11 jours, et très-probablement davantage.

M. Marotte fait observer, dans les remarques qui suivent cette observation, que l'intensité du mouvement fébrile était médiocre, *malgré le nombre des articulations prises ;* notre savant confrère a sans doute perdu de vue, pour un moment, que le mouvement fébrile du rhumatisme ne se règle nullement sur le nombre des articulations prises.

Les remarques précédentes sont entièrement applicables à la seconde observation.

Le 16 mai, *quinze jours* après le début *approximatif* de la maladie, il est dit qu'il existe dans le poignet des douleurs vagues qui disparaissent le lendemain ; puis il n'est plus question de rien jusqu'au 21, où le malade est pris d'une varioloïde qui le conduit jusqu'au 7 juin. Comment, dans les réflexions qui suivent cette observation si incomplète, M. Marotte peut-il dire que la maladie a duré *huit jours à dater de l'invasion ?* Nous ne pouvons nous expliquer ce calcul. Nous ne nous expliquons pas davantage ce que l'auteur a voulu dire par ces mots : *La cause est tout extérieure.*

La troisième observation est tout aussi peu concluante que les deux premières ; elle l'est même moins s'il est possible, car elle démontre que deux rechutes ont eu lieu pendant l'administration de la vératrine, ce qui prouve peu en faveur de ce médicament, même quand on invoquerait, avec M. Marotte, l'influence douteuse du jardin.

Dans la quatrième observation, qui offre exactement les mêmes lacunes que les autres, sauf peut-être en ce qui concerne la terminaison de la maladie, nous remarquons cette singulière locution : *râles sans caractères* dans les deux poumons ; cette locution, qui n'est pas admise, que nous sachions, en auscultation, nous semble prouver que le savant médecin de la Pitié ne s'est pas suffisamment pénétré de l'attention extrême qu'exige l'observation des faits médicaux, de ceux spécialement qui sont destinés à éclairer les questions de thérapeutique.

Nous espérons que ces courtes remarques le convaincront de l'insuffisance des observations semblables à celles qu'il vient de publier, et de la nécessité de recourir à une méthode plus rigoureuse, non-seulement pour déterminer si la vératrine agit comme purgatif ou comme contro-stimulant, mais encore, et avant tout, si elle agit comme médicament *curatif.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Laugier.

Observation d'abcès considérables du foie. — Ponction. — Mort après une amélioration passagère.

Depuis que le modèle de nos observateurs, le médecin consciencieux par excellence, depuis que M. Louis a appelé l'attention sur les abcès du foie, les faits spécialement étudiés par M. Louis se sont suffisamment multipliés pour qu'ils ne puissent plus avoir aujourd'hui l'intérêt des cas rares. Toutefois, celui qui a été observé récemment dans le service de M. Laugier, et dont nous devons la relation à la bienveillance de M. Prost, interne du service, offre quelques particularités assez intéressantes pour qu'il y ait quelque utilité à le mettre sous les yeux des praticiens. Voici d'abord ce fait :

Au n° 24 de la salle Saint-Gabriel, est couché le nommé R...., âgé de 25 ans, vérificateur, né à Paris, entré à l'hôpital le 28 juin 1853.

Ce jeune homme était d'un bonne constitution ; il n'a jamais fait de maladie grave, n'a pas reçu de contusion sur le côté droit, ni de coups à la tête ; il n'a pas eu la syphilis. Ses parents jouissent d'une bonne santé.

Dans le courant de l'année 1852, il a éprouvé de violents chagrins, des privations. Étant en Afrique, il contracta la fièvre intermittente. A son retour en France, au mois d'octobre de la même année, il fit à pied le voyage de Cette à Chartres, supportant des privations et beaucoup de fatigue ; la fièvre intermittente persista encore jusqu'au mois de décembre. A cette époque, il fut pris de diarrhée avec malaise général, perte d'appétit et de sommeil, amaigrissement, diminution des forces. Cet état maladif dura jusqu'au mois d'avril 1853, époque à laquelle il ressentit des douleurs vagues au côté droit. De temps à autre, il avait de la diarrhée pendant plusieurs jours avec aggravation de l'état général.

État du 29 juin 1853. — Ce malade est d'une maigreur extrême, pâle, très-faible ; l'appétit est bon, les digestions sont faciles, les garde-robes constamment liquides ; peu de fièvre. Tout l'hypochondre droit est tuméfié jusqu'à l'épigastre, douloureux à la pression ; la tuméfaction déborde les fausses côtes ; les téguments présentent un certain empâtement, surtout en arrière ; mais ils ont conservé leur coloration normale, si ce n'est à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur du rebord costal. En cet endroit existe une tumeur de l'étendue de la paume de la main, dure, violacée, douloureuse à la pression. La peau qui la recouvre est adhérente et amincie. Cette tumeur ressemble assez à un anthrax. Un peu en arrière, en suivant le rebord des côtes, on sent une fluctuation profonde. Ce malade n'a jamais eu d'ictère. Le foie est exploré à son volume normal.

Le 30, un bistouri est plongé perpendiculairement au point où la fluctuation est la plus apparente, à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur, le long du rebord des côtes, dans la direction du foie.

Après avoir traversé les parois thoraciques, on tombe dans une cavité située, suivant toutes les apparences, dans l'épaisseur du tissu hépatique ; l'ouverture de 0,03 centimètres donne issue à un litre d'une matière lie de vin, contenant des grumeaux noirâtres ; en pressant la paroi abdominale à l'épigastre, on fait refluer le pus par l'ouverture pratiquée.

1er *juillet.* État satisfaisant ; le malade n'a éprouvé aucun accident.

9 *juillet.* L'état général continu à être assez bon ; la diarrhée que le malade avait avant son entrée à l'hôpital est arrêtée. La plaie donne issue à une quantité considérable d'un liquide séreux, rougeâtre, lie de vin.

15 *juillet*. La partie de la tumeur qui faisait saillie et ressemblait à un anthrax, est tombée en escarre; il existe au côté droit une plaie de la largeur de la main qui s'est réunie à l'ouverture faite avec le bistouri; les bords sont taillés à pics déchiquetés, renversés, d'une coloration violacée, à fond grisâtre, sanieux; la pourriture d'hôpital a envahi cette plaie et tend incessamment à l'agrandir. Vers le centre, existe une ouverture fistuleuse qui pénètre dans le foyer, la sérosité roussâtre qui s'en écoule a pris une fétidité excessive. La diarrhée est revenue depuis deux jours. Le soir, le malade a de la fièvre sans frisson; le pansement avec le citron n'a nullement modifié la surface de la plaie.

Le 19, même état; la fièvre est continuelle et s'exaspère vers le soir; les facultés intellectuelles sont bien conservées; pas de délire.

Depuis ce moment jusqu'au 28 juillet, jour de sa mort, aucune modification ne s'est manifestée dans la marche de la maladie. La plaie du côté a constamment augmenté d'étendue; au fond de cette plaie, les dernières côtes sont à nu, recouvertes de fongosités blafardes. La fistule, largement béante, laisse pénétrer l'air dans la plaie; la diarrhée a continué malgré les opiacés, le diascordium, etc., etc. Trois ou quatre jours avant la mort seulement, l'appétit, qui s'était soutenu, a diminué.

Autopsie. — Abdomen. — Péritonite générale; épanchement séro-purulent dans le petit bassin; fausses membranes peu consistantes sur les intestins; le bord-tranchant du foie est adhérent aux circonvolutions intestinales et à la paroi abdominale dans toute son étendue; la surface convexe du foie, à gauche du ligament coronaire, est intacte de toute péritonite; le côté droit est adhérent à la face concave du diaphragme par des fausses membranes peu consistantes mêlées de pus phlegmoneux, blanchâtre. A l'extrémité droite, au niveau de la plaie des téguments, le foie est fortement adhérent à la paroi; en cet endroit existe un foyer volumineux, remontant entre la face convexe de cet organe d'une part, la paroi abdominale et la face concave du diaphragme d'autre part, foyer qui s'ouvre largement à l'extérieur par la plaie, revêtu et circonscrit par une fausse membrane. Un peu au-dessus de cette cavité et communiquant avec elle en suivant la face convexe du foie, on rencontre à la surface de l'organe une ouverture large comme une pièce de deux francs, conduisant dans une cavité du volume d'une noix; les parois en sont recouvertes par une membrane blanchâtre, fort adhérente au tissu hépatique, et de la face interne de laquelle partent des fibriles qui rappellent ce que dans les racines on nomme le chevelu. Cette cavité est remplie de pus parfaitement crémeux. Le diaphragme, à ce niveau, est aminci et forme une sorte de membrane en godet.

Le foie retiré de l'abdomen, on constate d'abord par la palpation que le lobe de Spigel tout entier est transformé en une cavité purulente qui s'étend jusqu'au bord postérieur de l'organe; ce nouveau kyste, clos de toutes parts, a le volume du poing; il est rempli d'un pus phlegmoneux blanchâtre et ses parois sont recouvertes d'une membrane analogue à celle déjà décrite.

Dans l'épaisseur du lobe gauche, à un pouce de la surface, existe un corps jaunâtre du volume d'un pois, élastique, fort adhérent au tissu hépatique, lequel est comme ridé, rétracté au bord de ce corps.

Rien dans les autres organes.

On ne conteste plus aujourd'hui, depuis les travaux de M. Louis, auxquels nous avons déjà fait allusion, que le pus d'un abcès du foie situé même au centre de l'organe, ne puisse présenter tous les caractères du pus phlegmoneux. Sous ce rapport, l'observation qu'on vient de lire ne présente donc rien de nouveau, quoiqu'il confirme un fait curieux. Mais il est certainement très-remarquable de voir que le pus qui, dans les abcès de l'intérieur du foie, était crémeux, présentât, au contraire, un aspect lie de vin dans l'abcès situé à la périphérie, et, à ce qu'il paraît, tout à fait à l'extérieur de l'organe; si cet abcès extérieur avait été unique, nul doute qu'on ne l'eût pris pour un abcès du foie au moment où la ponction en aurait été faite, et nul doute aussi que, dans le cas où la guérison aurait été obtenue, on n'eût enregistré le fait comme un cas de guérison d'un abcès du foie. La circonstance sur laquelle nous insistons offre donc un véritable intérêt et au point de vue du diagnostic, et au point de vue du pronostic.

Sous le rapport de l'étiologie et de la marche, le fait précédent ne présente aucune circonstance qui sorte de ce qu'on observe habituellement des abcès; on ne peut que s'étonner une fois de plus, quoique cette circonstance soit bien connue, de la faible réaction qui s'est manifestée pendant la formation des vastes collections purulentes que portait le malade.

L'amélioration très-notable et assez prolongée qui a suivi la ponction, a pu faire espérer un instant que l'art triompherait de la maladie; probablement en aurait-il été ainsi si le foyer ouvert par le bistouri avait été seul; mais l'issue de la maladie et l'autopsie ont bientôt prouvé à quels fâcheux hasards impossibles à prévoir, était subordonné le succès des tentatives les mieux dirigées. Est-ce une raison pour renoncer à ces tentatives, faites avec la prudence et l'habileté qui sont familières à M. Laugier? Nous ne le pensons pas, et nous croyons que tout praticien devra, dans les mêmes circonstances, suivre l'exemple du savant professeur, qui n'a d'ailleurs fait que mettre en pratique les principes adoptés par tous les chirurgiens éclairés.

Extrait sommaire du mémoire adressé en 1851 à l'Académie des sciences par M. Abeille.

Notre honorable confrère, M. Abeille, nous adresse l'extrait suivant de son mémoire présenté en 1851 à l'Académie des sciences, sur l'emploi de l'électricité contre les accidents chloroformiques.

En 1848, l'auteur pratiquant pour la troisième fois l'électro-poncture sur un jeune homme de 16 ans, et ayant préalablement essayé d'endormir son malade par le chloroforme, les inhalations suscitèrent subitement un état très-alarmant, bien que maniées comme dans les deux précédentes séances.

La respiration stertoreuse, le refroidissement et la teinte violacée de la face et des mains, l'extrême petitesse du pouls devenu fuyant, etc., tout faisait craindre immédiatement une issue funeste.

L'exposition au grand air, la titillation de la muqueuse nasale et buccale, l'insufflation d'air, les aspersions d'eau froide et les frictions, tout cela rapidement employé restait sans résultat.

Le souvenir du réveil subit causé par l'électro-poncture dans les deux précédentes séances engagea l'opérateur à faire immédiatement l'application de ce moyen.

Deux aiguilles implantées à la région cervicale servirent de conducteur à l'électricité mise aussitôt en jeu.

En moins de deux minutes, le malade était revenu à son état normal par le retour successif de la circulation et de la respiration sous l'influence de l'électricité.

Partant de ce fait, M. Abeille entreprit immédiatement des expériences sur les animaux pour s'assurer si l'électricité était réellement un remède sûr à opposer aux accidents causés par les inhalations chloroformiques.

Dans une première série d'expériences, les chiens étaient volontairement foudroyés par le chloroforme. Il y avait absence de respiration et de pouls, cessation absolue de toute impulsion du cœur, la mort était bien réelle. L'électro-poncture déterminait, dans ces cas, des secousses musculaires, des mouvements fac-

tices de respiration, mais la mort persistait, quel que fût le temps qu'on prolongeât l'électricité.

Dans une seconde série, la chloroformisation était poussée progressivement jusqu'à la presque insensibilité du pouls, le cœur donnant encore de faibles impulsions, mais la mort paraissant imminente, à cause de la cessation de la respiration. Sous l'influence de l'électro-poncture, la respiration s'exécutait d'abord factice, puis réelle; le pouls reparaissait irrégulier et confus d'abord, puis énergique, saccadé et régulier; le cœur soulevait les parois thoraciques. Terme moyen, entre une minute et deux minutes et demie, l'animal récupérait les fonctions physiologiques.

Dans une troisième série, les chiens étaient amenés à l'état de relâchement musculaire le plus complet, mais conservant une respiration diaphragmatique et un pouls faible et très-fréquent.

Dans cet état, en moins d'une minute, on voyait le retour à toutes les fonctions physiologiques par l'électro-poncture.

Dans deux cas, la mort eût paru réelle si l'on n'eût senti un frémissement du cœur, tant toutes les fonctions étaient anéanties et le pouls insaisissable, et cependant l'électro-poncture, pratiquée sur l'axe cérébro-spinal, rappela encore à la vie.

Dans un cas d'opération d'anévrisme de la sous-clavière par l'électro-poncture, pratiquée précédemment par M. Abeille, la malade, profondément endormie par le chloroforme, se réveillait, après trois ou quatre secondes, de l'action électrique, et il ne fallut pas moins de cinq aides pour la maintenir pendant le reste de l'opération.

De ses expériences sur les animaux, M. Abeille a dû conclure que les accidents qui résultent parfois de l'inhalation chloroformique dépend de troubles profonds imprimés aux systèmes nerveux et consécutivement aux organes qu'ils régissent.

Ces troubles portent d'abord sur le système de la vie de relation, et, plus tard, dans une période extrême, sur celui de la vie animale. Quand le système de la vie animale est affecté, le danger pour le malade commence ou est imminent.

Quoique la transition de l'action chloroformique sur les deux systèmes suive généralement une marche graduée, il peut arriver que sa transition d'un système à l'autre soit tellement soudaine, que l'opérateur n'ait pas le temps de la saisir; la paralysie des organes de la vie animale arrive alors avec une telle promptitude, que la mort survient instantanément.

Le même auteur conclut de ses expériences sur les animaux et des deux faits observés sur l'homme, que l'électricité est, pour ainsi dire, l'antidote de l'anesthésie chloroformique, et que, quand il survient des accidents à la suite de l'inhalation, le moyen le plus prompt, le plus sûr, le seul qui mérite d'être immédiatement employé, est l'électro-poncture. Elle rétablit constamment les fonctions suspendues, si la mort n'est pas réelle.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement *médical* simple,

Par F. Neucourt, *ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Verdun.*

(*Suite. Voir les nos* 117, 119.)

4e *Observation. — Dyspnée continue avec expectoration muqueuse, entretenue par une hypertrophie du corps tyroïde; guérie par un traitement iodé.*

Une femme de 36 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, née de parents sains, a eu cinq enfants qu'elle a tous nourris (elle allaite le dernier), s'aperçut, après chaque accouchement, que son cou devenait plus volumineux. Aux deux dernières grossesses, cette hypertrophie devint plus sensible : en même temps, la malade fut en proie à une dyspnée très-fatigante, qui ne lui permettait pas de monter un escalier sans s'arrêter. Étant devenue encore une fois enceinte, les symptômes dyspnéiques augmentèrent encore ; la respiration, même à l'état de repos, était bruyante, fatigante à entendre, et semblable au cornage des chevaux. La parole était haletante, fréquemment interrompue par le besoin de respirer. Toux fréquente, râle muqueux, surtout le matin, expectoration muqueuse tantôt plus, tantôt moins abondante. La tumeur du cou a le volume de la moitié du poing; elle est bilobée, non douloureuse au toucher, élastique, située sur les parties latérales du larynx ; lorsqu'on la comprime, la gêne de la respiration augmente notablement.

Pendant toute la grossesse, ces symptômes persistèrent : la malade, peu disposée à se soigner, reculait toujours, espérant qu'une fois accouchée elle irait mieux. En effet, à cette époque il y eut un peu de rémission, mais bientôt les symptômes reprirent de l'intensité : ils étaient devenus plus pénibles que jamais quatre mois après l'accouchement, et la malade consentit à suivre un traitement.

Je pensais bien que l'hypertrophie du corps tyroïde était pour quelque chose dans les accidents, mais j'avoue que la toux et l'expectoration me paraissaient en être, jusqu'à un certain point, indépendants. Quoi qu'il en soit, je crus que la première chose à faire était de diminuer le volume du corps tyroïde, et je prescrivis le traitement suivant :

Frictions matin et soir avec la pommade d'iodure de potassium iodurée ; sachet d'hydrochlorate d'ammoniaque, éponge brûlée et iode. Un gramme d'iodure de potassium par jour, dans un demi-litre de boisson.

La pommade détermina une inflammation cutanée assez douloureuse. Cependant, au bout de quinze jours, la tumeur du cou avait diminué du tiers; elle était molle et flasque, au lieu d'être dure et élastique. En même temps, chose remarquable, la toux avait cessé, l'expectoration était devenue presque nulle, la dyspnée à peine sensible ; la respiration bruyante avait complétement disparu.

Continuation du traitement.

Au bout de six semaines, l'amélioration était telle, que la malade se considérait comme guérie. Cependant, le corps tyroïde était encore plus volumineux qu'à l'état normal, et j'insistai sur le traitement.

Quelque temps après, la malade ayant cessé toute médication, la dyspnée reparut, quoique beaucoup moins intense. Le corps tyroïde, qui était devenu mou et moins volumineux, reprit de la dureté et un volume presque égal à celui qu'il avait auparavant.

Le traitement suivi comme antérieurement, amena une amélioration rapide.

La dyspnée a complétement disparu depuis le mois de juin 1851, sans nouveau traitement. Actuellement (août 1851), il n'y a plus de dyspnée, ni aucun phénomène du côté des bronches : le corps tyroïde a sensiblement diminué de volume, quoiqu'il ne soit pas à l'état normal.

Je ne pense pas, sans doute, que, dans un cas semblable, aucun chirurgien ait songé à une opération, mais cette observation, outre l'intérêt qu'elle présente par elle-même en raison des phénomènes broncho-dyspnéiques résultant de l'hypertrophie du corps tyroïde, fait voir quels résultats satisfaisants on peut obtenir d'une médication interne, pour conjurer des accidents qui, au premier abord, ne paraissent avoir qu'une corrélation bien douteuse avec l'état du corps tyroïde. Il autorise aussi à user avec persévérance des médications locales et générales dans les cas analogues, avant de tenter une opération.

Eu égard aux tendances actuelles, le chirurgien, avant de prendre l'instrument, doit avoir longuement réfléchi sur les ressources que peuvent lui fournir la nature et l'art, indépendamment de l'opération.

Il y a beaucoup de points qui ne sont pas éclaircis sur cette route périlleuse. Ainsi, on voit tous les jours préconiser de nouvelles méthodes pour le traitement des tumeurs érectiles ; ablation par le bistouri, cautérisation, procédé par les aiguilles, par le vaccin, ligatures de diverses sortes, etc. J'ai moi-même en-

levé par le bistouri plusieurs de ces tumeurs, et j'en ai fait disparaître un plus grand nombre en y déterminant de l'inflammation au moyen des épingles (procédé Lallemand). Cependant, en agissant ainsi, on commence par la fin. On sait très-peu ce que deviendraient la plupart de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes. Les Traités de chirurgie ne donnent que des renseignements très-incomplets sur la question de savoir combien disparaissent spontanément, combien restent stationnaires, combien ont déterminé des accidents. Quelques observations particulières m'ont déjà fait réfléchir sur la possibilité de la disparition spontanée de ces tumeurs, même artérielles, et sur les conséquences qui en devraient résulter pour le traitement. J'ai vu dernièrement, par une discussion de la Société de chirurgie, que la science est loin d'être fixée à ce sujet : en effet, M. Marjolin fils, ayant donné l'observation d'une tumeur veineuse très-étendue, qui avait été guérie par la vaccination, la plupart des membres de la Société mirent en doute que la vaccination fût la véritable cause de la guérison, et ces chirurgiens rapportèrent plusieurs cas de tumeurs érectiles guéries spontanément.

Parmi les faits de cette nature que j'ai eu occasion d'étudier, et qui pourraient prêter à la discussion, j'en citerai un que j'opérai par les épingles. La tumeur était très-considérable, et située d'une façon fâcheuse dans la joue : elle disparut complétement, et il est à présumer que l'opération a contribué à ce résultat favorable. Cependant, le long temps que le tissu anormal a mis à disparaître peut autoriser le doute à cet égard, comme dans le fait de M. Marjolin. Quoi qu'il en soit, on ne m'en a pas fait honneur, et les parents m'ont insinué qu'ils regrettaient fort l'application des épingles, qui avaient laissé des cicatricules nombreuses, et sur l'efficacité desquelles ils ne paraissaient pas complétement édifiés. Voici ce fait.

5e *Observation. — Tumeur érectile de la joue opérée d'abord par la cautérisation; insuccès; ensuite par les aiguilles; même état quatre mois après l'opération; disparition complète du tissu érectile trois ans plus tard.*

Le 29 mai 1848, on m'apporta une petite fille de six mois sur laquelle on me donna les renseignements suivants : en naissant, elle avait sur la joue gauche une large tache rouge, et cette joue était plus grosse que l'autre. Cette difformité augmentant peu à peu, les parents consultèrent un médecin, qui employa un caustique pour détruire la partie rouge. Malgré cette cautérisation, le volume de la joue augmenta encore; c'est alors qu'ils me l'apportèrent.

Je la trouvai dans l'état suivant : bonne constitution générale, plaque d'un rouge vif, large comme une pièce d'un franc au moins, située juste au milieu de la joue gauche. Le centre de cette plaque est occupé par une cicatrice un peu enfoncée, d'un rouge moins vif, produite par la cautérisation, laquelle, quoique forte et profonde, n'a pas attaqué toute la partie rouge (à moins qu'elle n'ait augmenté depuis). Autour de la plaque rouge, les tissus ont le double du volume de ceux de la joue droite : ces tissus sont très-résistants, de nombreux vaisseaux bleus les sillonnent, et sont d'autant plus multipliés qu'on approche de la plaque rouge. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagie.

J'enfonce à la base une trentaine de fortes et longues épingles, je forme à l'aide de ces épingles un lacis de fils cirés qui recouvrent toute la tumeur, comme dans le bec-de-lièvre; il n'est pas sorti une goutte de sang.

Le 2 juin, cinq jours après l'opération, l'enfant n'a donné aucun signe de souffrance. Tout est en place, sauf une épingle qui est tombée.

Le 17 juin, pas de traces d'inflammation ni de suppuration.

Peu à peu, les épingles tombent, chassées par la suppuration.

Le 25 août, toutes les piqûres sont guéries, mais la tumeur a toujours le même volume : même sur les cicatrices des piqûres, le tissu est rouge foncé.

J'avais perdu de vue cette enfant, lorsqu'on me la représenta en juin 1851 (trois ans après l'opération). La joue est encore un peu plus grosse que du côté opposé, mais toute trace de tissu érectile a disparu; la coloration est rosée, et les tissus ne présentent pas plus de dureté que du côté opposé. Seulement, il y a la cicatrice très-forte produite par le caustique, et de nombreuses cicatrices analogues à de fortes marques de petite vérole produites par les piqûres des épingles.

Voilà une guérison, sans doute, la maladie n'a pas laissé de traces, mais le traitement en a laissé de très-prononcées, d'irréparables; et, je le répète, dans l'état actuel de la science, il est très-difficile de dire si le traitement était nécessaire, s'il était même utile.

Je n'ai pas intention de passer en revue toutes les maladies pour lesquelles on recourt volontiers à des opérations, et qui sont susceptibles de guérir spontanément, ou par des moyens plus doux. Cependant, je ne puis m'empêcher d'en signaler une pour lesquelles mes idées ont subi une modification complète; je veux parler de l'hygroma.

Pendant mon internat dans les hôpitaux de Paris, j'ai vu pratiquer de nombreuses opérations, au moyen desquelles on débarrassait les sujets atteints de cette petite infirmité. Je remarquai qu'outre la douleur produite par les incisions, ponctions ou sétons traversant la tumeur, il survenait une inflammation souvent très-forte, pouvant même, par suite de complications, mettre les jours du malade en danger. Ceux-ci étaient, en outre, forcés de garder le lit pendant quinze jours ou trois semaines, ce qui ne laisse pas d'être une considération importante. Or, lorsque dans ma pratique particulière, j'eus à traiter des cas de cette espèce, j'employai des moyens plus doux à titre d'essai. Des observations nombreuses me firent voir que cette affection disparaissait parfois spontanément, et dans tous les cas, finissait par se résoudre au bout de plusieurs mois, par l'emploi plus ou moins persévérant de compresses trempées dans une liqueur résolutive dont l'espèce importe assez peu : eau salée, eau-de-vie camphrée, vin aromatique, liniment savonneux, etc. En somme, sur un grand nombre de cas d'hygroma que j'ai eu à traiter, je n'ai jamais eu recours à l'opération, et j'ai toujours vu la tumeur disparaître après plusieurs mois, par l'emploi des moyens que je viens d'indiquer.

Voici quelques-unes des observations qui ont commencé à porter la conviction dans mon esprit. Elles se sont multipliées depuis, sans rien présenter qui mérite une mention spéciale. Celles qu'on va lire font voir comment j'ai été amené à adopter le traitement médical avant tout autre; elles offrent comme particularité intéressante, dans les trois cas, la présence dans le kyste de ces nombreux petits corps fibro-cartilagineux qui donnent à la pression la sensation de grains de semoule, et qui n'ont pas empêché la guérison de se faire complète.

6e *Observation. — Hygroma considérable du genou droit; disparition complète de la tumeur, après l'emploi de compresses résolutives.*

Une femme de 55 ans, grande, maigre, s'appuyant souvent sur le genou droit pour faire son ménage, vint me trouver en février 1847, pour une tumeur du volume d'un demi-œuf, siégeant au-devant de la rotule du genou droit. Cette tumeur, qui est devenue douloureuse depuis quelques jours, est molle, un peu empâtée; la pression donne la sensation de petits corps durs, très-nombreux, qui glissent facilement sous le doigt.

Prescription. — Cataplasme émollient, huit sangsues, repos. — Les douleurs diminuent bientôt, et je n'en entends plus parler.

Huit mois après, je revis cette femme pour une autre maladie. Je constatai que la tumeur du genou avait complétement disparu. Cette femme me dit qu'après plusieurs remèdes, elle avait tenu, d'après le conseil d'un guérisseur, des compresses de sel et d'urine, pendant trois mois, sur la tumeur, et qu'à la suite de ce traitement tout avait disparu.

7e *Observation. — Hygroma du genou droit, donnant la sensation de grain de semoule ; disparition de la tumeur, suivie d'une douleur avec éruption eczémateuse à la cuisse.*

Un homme de 40 ans, délicat, s'appuyant fréquemment sur le genou droit, vint me trouver pour une tumeur siégeant sur le devant de la rotule, du volume d'un demi-œuf, donnant une sensation de grumeaux à la pression. Cette tumeur était devenue douloureuse depuis quelque temps, ce qui avait inquiété le malade et l'avait décidé à consulter un médecin. — Des sangsues et des cataplasmes firent rapidement disparaître l'inflammation. J'employai ensuite un liniment savonneux. Peu après, le volume de la tumeur diminua ; en même temps, il survint à la cuisse du même côté, une douleur très-vive qui obligea le malade à garder le lit. On fit usage d'une pommade qui détermina l'apparition de vésicules nombreuses ; peu à peu tout rentra dans l'ordre, et un an après j'ai revu cet homme bien portant, n'ayant plus ni tumeur sur la rotule, ni douleur à la cuisse.

8e *Observation. — Hydropisie de la bourse muqueuse du coude, avec sensation de noyaux fibro-cartilagineux ; disparition complète sans traitement.*

M. D...., causant avec moi, me parla d'une légère douleur qu'il ressentait au coude gauche. Je trouvai la saillie cubitale de ce côté très-considérable, arrondie, ayant trois fois au moins le volume de celle du côté opposé. En pressant, on sentait de la fluctuation, avec cette sensation particulière que l'on a comparée à celle qu'on éprouve en pressant de l'amidon entre les doigts : il était facile de constater qu'il existait des petits noyaux ayant depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'un grain de millet. On ne pouvait trouver la saillie du cubitus, il semblait qu'il y avait enfoncement de cette saillie, comme cela a lieu pour les tumeurs sanguines du crâne, selon la remarque de M. J.-P. Petit. Je ne prescrivis aucun traitement.

Quatre mois après, M. D.... me fit remarquer que tout avait disparu. En effet, je trouvai le coude de ce côté semblable à celui du côté opposé, de sorte que si je n'avais pas constaté par moi-même l'existence de la tumeur, j'aurais pensé que le coude avait toujours été sain.

Je pourrais facilement multiplier les observations semblables, mais cela serait fastidieux et inutile.

Il est un point de la médecine opératoire sur lequel les chirurgiens de l'époque actuelle ont amené une réforme complète qui constate un grand progrès, je veux parler de l'opération du trépan. Autrefois, on appliquait cet instrument, on peut le dire, à tort et à travers. Comme on en usait dans le plus grand nombre des cas graves dans lesquels la violence avait porté sur la tête, on attribuait au trépan les guérisons obtenues. Cependant, on finit par s'apercevoir que si le malade guérissait parfois malgré le trépan, il arrivait aussi qu'il guérissait sans le trépan, et on commença à ne plus avoir une foi aussi robuste dans son efficacité.

La pratique des opérateurs modernes présente un contraste très-frappant, sous ce rapport, avec celle du siècle précédent : demander qu'on aille plus loin serait tomber dans l'excès contraire. Cependant, comme confirmation des idées modernes sur ce point de médecine opératoire, je demanderai à citer les deux observations suivantes, qui font voir combien est grande la puissance de la nature pour remédier à des désordres cérébraux même très-graves. (*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Développement de gaz dans les veines.

Notre cher et excellent collaborateur, M. Maisonneuve, nous adresse la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Voici deux fois que, dans votre très-estimable journal, vous dites que M. Chassaignac a, dès 1850, signalé la présence de gaz putrides dans les veines chez l'homme vivant.

Seriez-vous assez bon, pour l'édification de vos lecteurs et la mienne, de rapporter textuellement la phrase ou le passage où ce fait se trouve consigné.

Si, comme je crois en être sûr, ce passage n'existe pas, je vous prierai d'avoir la franchise de le dire : *Suum cuique.*

Recevez, etc. B. Maisonneuve.

Que notre bien cher collaborateur nous permette deux remarques à l'occasion de sa lettre :

1° M. Maisonneuve a confondu, en lisant le *Moniteur,* ce qui appartient à la rédaction du journal avec ce qui n'est qu'un simple compte rendu des Sociétés savantes. Nous avons *annoncé* dans notre journal que M. Maisonneuve avait constaté la présence de gaz dans les veines ; nous avons *annoncé* que M. Chassaignac y en avait constaté aussi ; mais nulle part nous n'avons cherché à apprécier qui avait la priorité de la découverte, ni même s'il y avait découverte ou même réalité dans le fait annoncé. C'est qu'en effet nous ne sommes pas encore fixé sur cette dernière question.

2° Quant à la recommandation de franchise que nous adresse notre excellent collaborateur, il a oublié sans doute, en l'écrivant, quelles sont les habitudes que nous avons prises à cet égard, et les preuves que nous restons fidèle à ces habitudes ne doivent pas lui avoir manqué depuis quelque temps. Il pouvait donc s'en rapporter à nous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nouvelles du choléra.* — Les journaux de Londres nous apportent les nouvelles suivantes sur la marche du choléra en Angleterre :

« L'épidémie cholérique est toujours en décroissance à Newcastle et à Gateshead. Le 3 octobre, il y a eu seulement 11 décès dans la première ville, et dans la seconde, le nombre des décès a été de 6 le 30 septembre, de 5 le 1er octobre, et de 8 le 2 octobre. Total des décès aux dernières nouvelles, 1,392 à Newcastle, et 385 à Gateshead. Le nombre des diarrhées est toujours considérable dans ces deux villes et dans leurs environs. A Liverpool, le choléra a éprouvé une recrudescence marquée parmi les émigrants allemands : 10 décès ont été constatés dans un intervalle de quelques jours. Rien n'annonce encore que le choléra règne sous forme épidémique à Londres. »

Cette dernière assertion n'est plus tout à fait exacte ; il est évident que l'épidémie fait maintenant sentir son influence à Londres, quoique d'une manière très-modérée. Dans la semaine qui a fini le 1er octobre, les tables de mortalité de Londres attribuent 48 décès au choléra, ce qui est une proportion évidemment anormale.

— Dans le nord de l'Europe, l'épidémie est en voie de diminution. En Suède, en Norwége, en Danemark, il perd chaque jour de son intensité. A Berlin, il paraît néanmoins avoir éprouvé une légère recrudescence.

— A Paris, il ne règne toujours qu'un grand nombre de diarrhées. Un cas de choléra, qui s'est terminé par la mort en deux heures, a cependant eu lieu dans le quartier Notre-Dame-de-Lorette. Mais nous n'avons eu connaissance d'aucun autre cas.

Errata. — Des erreurs typographiques nous ont fait rédiger, dans le dernier numéro, des phrases qui ont absolument besoin d'être rétablies.

Page 954, col. 1, lignes 36 et 37, au lieu de : *corps savants,* lisez : corps *vivants.*

Page 990, col. 2, ligne 11, au lieu de : portée contre *elle,* lisez : portée contre *eux.*

Même colonne, ligne 31, au lieu de : « *voir dans celle des autres,* » etc., lisez : *à ne voir dans celle des autres que celle qu'expriment réellement les mots qu'ils emploient.*

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome I. — N° 122. 1re ANNÉE. Mardi 11 Octobre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 8 fr. 50 ; 6 mois, 16 fr. ; 1 an, 25 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : De la luxation des phalanges des orteils ; Lettre à M. le professeur Malgaigne, par M. P. Broca. — Réduction d'une luxation métacarpo-phalangienne du pouce, à l'aide du poinçon, par M. Malgaigne. — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement médical simple, par M. F. Neucourt. (*Suite et fin.*) — **HYGIÈNE PUBLIQUE** : Falsification des vins. — Note sur la Getah Lahae, nouvelle substance pharmaceutique, par le Dr J.-F. Van Hengel. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

CLINIQUE DES HOPITAUX.

De la luxation des phalanges des orteils. — Lettre à M. le professeur Malgaigne,

Par M. P. Broca, *chirurgien du Bureau central des hôpitaux.*

—

Monsieur et très-honoré maître,

Je vous adresse une observation qui mérite, je crois, par sa rareté, de fixer un moment l'attention de vos lecteurs. Le temps n'est pas éloigné où un cas de ce genre n'eût excité aucun intérêt, et c'est pour cela, sans doute, que je n'ai pu trouver aucun fait analogue dans la science.

Mais nous savons aujourd'hui, et c'est vous surtout qui nous l'avez appris, que l'histoire de la plupart des luxations est tout entière à refaire. Cette histoire a été édifiée dans l'origine avec le raisonnement pur. C'est en contemplant le squelette et en appliquant à chaque articulation les idées plus ou moins exactes qu'ils se faisaient des luxations en général, que les premiers chirurgiens arrivèrent à décrire à la fois, et les luxations qu'ils connaissaient et celles qu'ils n'avaient point vues.

Or, il n'est pas douteux que les luxations des phalanges entre elles sont au nombre de celles qui ont été devinées avant d'être observées. En comparant les descriptions classiques avec les observations publiées, il vous a été facile de redresser plusieurs erreurs d'une antiquité respectable, et de tracer pour la première fois, l'histoire réelle des luxations des phalanges des doigts (*V. Journ. de chir.*, 1825, t. 3, p. 104).

Quant aux luxations des phalanges des orteils, j'ose dire que, jusqu'ici, personne ne les a décrites. A l'exemple d'Hippocrate et de Celse, tous les auteurs ont répété, purement et simplement, que ces luxations se produisaient et se traitaient comme celles des phalanges des doigts. C'était commode et facile. Mais jusqu'à quel point était-ce conforme à la vérité? C'est ce que nous ne pourrons savoir que plus tard, lorsque des observations auront été publiées en nombre suffisant. On disait aussi autrefois que les luxations des os du tarse ne différaient pas de celle des os du carpe, et nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur l'exactitude de cette dernière assertion.

En tout cas, il est certain aujourd'hui que les auteurs classiques ont donné une description inexacte des luxations phalangiennes des doigts. Il ne reste donc dans la science aucun document théorique applicable aux luxations phalangiennes des orteils. De plus, ces luxations, à cause de leur prétendue simplicité, n'ont pas été jugées dignes, jusqu'ici d'une attention spéciale. Les chirurgiens qui en ont vu des exemples, n'ont pas cru devoir publier les détails de leurs observations. Il y a donc ici une lacune à remplir. Je n'essaierai pourtant pas de le faire. Ce travail ne pourra être entrepris avec quelque chance de succès que beaucoup plus tard, lorsqu'il y aura dans la science un certain nombre de faits. En attendant, je crois devoir livrer à la publicité l'observation suivante, en émettant le vœu que ceux de nos confrères qui ont eu l'occasion d'en recueillir quelques autres veuillent bien les publier aussi.

Observation. — Dans la soirée du 7 juin 1853, M. F...., âgé de 45 ans, ancien commissaire du gouvernement provisoire, se promenait dans le jardin des Tuileries, conduisant son chien en laisse. L'animal indocile s'arrêta et refusa d'avancer. Pour vaincre son obstination, M. F.... fut obligé de lui administrer un coup de pied.

M. F.... portait des souliers vernis assez minces. La partie la plus antérieure de la semelle rencontra le flanc de l'animal, ce qui produisit une extension forcée sur la région digitale du pied.

Une vive douleur annonça à M. F.... que la correction avait dépassé son but. Il ne put reposer le pied sur le sol qu'avec difficulté, et pensa aussitôt que quelque os était déplacé. Il crut même s'apercevoir que l'extrémité antérieure de sa chaussure était soulevée en totalité et portée dans l'extension, comme si tout le segment digital du pied eût été luxé en haut. Il saisit à pleine main cette partie du membre, s'efforça de la redresser, et crut avoir réussi. Cette manœuvre, dit-il, calma un peu la douleur. Il lui fut alors possible de reprendre sa promenade, il ne rentra même chez lui qu'au bout de deux heures ; mais il n'avait pas cessé de souffrir et avait boité pendant tout ce temps.

Je le vis le lendemain matin, douze heures environ après l'accident. Je constatai les particularités suivantes :

Le malade éprouve une douleur assez vive qui occupe la partie moyenne du troisième orteil du pied droit. Le reste de l'avant-pied est un peu douloureux aussi, comme on le verra tout à l'heure, mais il est manifeste que c'est le troisième orteil qui est le siége de la principale lésion.

Cet orteil est légèrement tuméfié au niveau à peu près de sa deuxième phalange ; du reste, la peau est saine et ne présente ni rougeur ni ecchymose.

A première vue, on n'aperçoit aucune autre déformation, l'orteil n'est *ni fléchi ni étendu*, il est parfaitement parallèle aux orteils voisins. Sa longueur est exactement égale à celle de l'orteil correspondant du pied gauche.

La palpation et les mouvements communiqués fournissent des données plus caractéristiques.

On peut comprimer, sans provoquer aucune douleur, la phalange unguéale et la phalange métatarsienne. La pression sur la deuxième phalange est, au contraire, fort douloureuse.

Lorsque, malgré cette douleur, on fixe cette deuxième phalange entre le pouce et l'index, on peut faire mouvoir la phalange unguéale sans produire aucune souffrance nouvelle. La deuxième articulation phalangienne est, par conséquent, intacte.

Si au lieu de cela, on fixe la phalange métatarsienne et qu'on fasse

mouvoir le reste de l'orteil, la douleur redouble aussitôt, et il devient évident que le mal a son siége, soit dans la première articulation phalangienne, soit quelque part dans la continuité de la deuxième phalange.

Dès lors, je me demandai s'il s'agissait d'une entorse ou d'une fracture de l'extrémité postérieure de la deuxième phalange. J'avoue que la facilité des mouvements communiqués et l'absence de déformation écartèrent d'abord de mon esprit l'idée d'une luxation dont je ne connaissais pas d'exemple.

Après avoir vainement cherché la crépitation, j'acquis la conviction qu'il n'y avait aucune fracture.

Cependant, avant de porter définitivement le diagnostic d'une entorse et de diriger le traitement en conséquence, je dus examiner attentivement l'articulation; je palpai les parties avec plus de force, et je ne tardai pas à m'assurer qu'il y avait un déplacement véritable.

Je trouvai d'abord, vers la face dorsale, une saillie osseuse formée par l'extrémité postérieure de la deuxième phalange; une dépression située immédiatement derrière la saillie annonçait que cette phalange était déplacée en haut. — Vers la face plantaire, je trouvai une disposition précisément inverse. C'était l'extrémité de la première phalange qui soulevait les parties molles. Seulement, cette saillie était beaucoup moins prononcée que la première, à cause de la plus grande épaisseur des chairs.

Je comparai alors l'épaisseur verticale de l'orteil à ce niveau, avec celle de l'orteil correspondant du pied gauche, et je reconnus que cette épaisseur était augmentée, mais l'augmentation était loin d'être aussi considérable qu'elle aurait dû l'être, si la luxation eût été complète et accompagnée de chevauchement.

Rapprochant cette donnée de celles que je possédais déjà, c'est-à-dire de l'absence de tout raccourcissement et de la conservation d'une mobilité assez étendue, j'arrivai à cette conclusion qu'il s'agissait d'une *luxation incomplète de la deuxième phalange en haut.*

Je procédai immédiatement à la réduction, sans même en prévenir le malade, qui pensa que je continuais mon exploration. J'appliquai mes deux pouces sur la saillie dorsale, mes deux index sur la saillie plantaire, et je repoussai avec force ces deux saillies en sens inverse, la première en bas et un peu en avant, la deuxième en haut et un peu en arrière. Au bout de quelques instants, il se produisit un mouvement brusque; les os glissèrent sous mes doigts, comme un noyau de cerise expulsé par une pression subite, et le malade s'écria aussitôt : Je sens que les os sont remis en place.

J'appliquai sur la face dorsale et sur la face plantaire de l'orteil, deux petites attelles de carton mince que je fixai avec d'étroites lanières de diachylon, et je me bornai à prescrire le repos au lit.

Je revins le lendemain, 10 juin. Le malade m'annonça qu'il avait souffert pendant la première nuit, puis que la douleur principale s'était apaisée, mais qu'il restait un certain endolorissement dans toute la portion antérieure du pied. Il me pria d'examiner les orteils voisins Je n'y trouvai aucun gonflement; toutefois, lorsque je voulus les faire mouvoir, je reconnus que toutes les articulations métatarso-phalangiennes étaient un peu douloureuses; elles avaient sans doute subi un mouvement forcé d'extension au moment de l'accident.

Le malade devant garder le lit pendant quelque temps encore, je ne m'occupai pas de ce dernier détail, comptant bien que ces douleurs articulaires disparaîtraient d'elles-mêmes sous l'influence du repos.

Le troisième orteil ne paraissait pas gonflé, je ne touchai pas à l'appareil.

Le septième jour, j'enlevai les bandelettes. Une petite tache bleuâtre, très-circonscrite, existait du côté de la face dorsale, au niveau de l'articulation luxée. Il ne restait presque aucun gonflement; les mouvements paraissaient libres. Le malade, impatient de se lever, demanda un appareil qui lui permît d'appuyer le pied sur le sol. J'appliquai sur toute la longueur du troisième orteil une petite bande dextrinée.

M. F..., toutefois, ne commença à sortir qu'une semaine plus tard. Il attendait pour cela une chaussure large et flexible qu'il avait commandée.

L'appareil ne fut enlevé que le 4 juillet. L'articulation était roide; ne me fiant pas à la marche seule pour rétablir toute l'étendue des mouvements, je recommandai au malade de mouvoir avec les mains, matin et soir, les articulations de son orteil. Aujourd'hui, la guérison est parfaite.

Voici maintenant un détail relatif à un fait que je n'ai point vu, mais qui a peut-être son importance.

Le soir même du jour où j'avais appliqué l'appareil dextriné, M. F... vit paraître sur la face dorsale du *deuxième* orteil, au niveau de la première articulation phalangienne, une petite tache bleue qui s'élargit les jours suivants, en prenant des teintes moins foncées. Cette ecchymose tardive, qui ne s'était manifestée que le huitième jour, avait presque entièrement disparu, lorsque je revis le malade, une semaine plus tard.

Il ne restait qu'une légère coloration jaunâtre, qui occupait, dans toute sa longueur, la face externe de la première phalange. En recevant ce nouveau renseignement, j'explorai attentivement les articulations du deuxième orteil; mais je n'y trouvai ni tuméfaction, ni crépitation, ni douleur, ni roideur, ni mobilité anormale. — Je ne puis douter de l'exactitude du renseignement que le malade m'a fourni, et il me paraît évident que la cause qui a produit une luxation sur le troisième orteil, a déterminé une lésion quelconque au niveau de l'articulation correspondante de l'orteil voisin. — Quelle a été cette lésion? C'est ce qu'il est plus difficile de dire, la partie n'ayant pas été examinée pendant les premiers jours. J'ai cru d'abord que c'était une entorse. Mais vos recherches, monsieur et très-honoré maître, ont montré combien il est rare de trouver une ecchymose dans le cas de simple entorse. — Je ne puis croire à une fracture, et je me demande s'il ne s'agissait pas seulement d'une contusion des parties molles produites par la résistance de la chaussure.

Vous me permettrez d'ajouter quelques courtes réflexions à l'observation précédente.

Le mécanisme de cette luxation est au moins embarrassant. Tout permet de croire que le déplacement des os a été la conséquence d'une extension brusque et forcée. Mais il faut bien avouer qu'entre cette cause et cet effet la corrélation est difficile à établir.

Qu'on saisisse isolément un orteil par son extrémité libre, qu'on le porte dans l'extension, et on verra que le mouvement se passe presque exclusivement dans l'articulation métatarso-phalangienne.

Pour obtenir un mouvement notable d'extension dans l'une ou l'autre des articulations médio-phalangiennes, il faut commencer par fixer la première phalange. Je viens de faire cette expérience sur le cadavre, un grand nombre de fois. J'ai poussé l'extension aussi loin que possible, j'ai employé une grande force, et les résultats que j'ai obtenus sont assez constants pour mériter d'être indiqués ici.

Aussi longtemps que les articulations phalangiennes résistent, il est impossible de pousser l'extension au delà de la ligne droite; mais en appliquant une force plus considérable, on entend tout à coup un craquement assez fort, et aussitôt l'orteil, cédant à la pression, s'infléchit en haut et en arrière de telle sorte que l'axe de la première phalange et celui du reste de l'orteil interceptent un angle droit. Parvenu à cette limite, le mouvement d'extension est arrêté par une barrière à peu près invincible, et lorsqu'on abandonne ensuite les choses à elles-mêmes, on voit l'orteil revenir spontanément à sa forme et à sa direction naturelles. Voilà tout ce que j'ai pu obtenir; il m'a été absolument impossible de produire la moindre luxation sur les phalanges des orteils.

Voici maintenant ce que la dissection m'a permis de constater dans *tous* les cas.

On sait que la face inférieure des articulations phalangiennes est protégée par une épaisse plaque fibreuse qu'on appelle le ligament glénoïdien. Ce ligament prend sa principale insertion sur le bord postérieur de la phalange la plus antérieure. Sa face inférieure, creusée en gouttière, prend part à la formation de la gaîne fibreuse dans laquelle jouent les tendons fléchisseurs, et son extrémité postérieure se continue sans interruption avec la paroi supérieure de cette gaîne. On pourra consulter, pour plus de détails, un article de M. Jarjavay sur les articulations phalangiennes des doigts; car la disposition anatomique est exactement la même sur les orteils (voir *Archives générales*, 1849, 4e série, t. 21, p. 284).

Or, à la suite des mouvements forcés dont il vient d'être question, on ne trouve, par la dissection, qu'une lésion unique et constante. Le ligament glénoïdien est arraché à son insertion antérieure, et une mince lame osseuse, appartenant à la seconde phalange, est arrachée avec lui. Les ligaments latéraux sont intacts, ainsi que le reste de l'articulation. — Si après la dissection on cherche à produire un déplacement, on arrive aisément à donner à la deuxième phalange une direction verticale; mais quelle que soit la force que l'on emploie, on ne peut jamais réus-

sir à rendre le déplacement durable. La simple élasticité des parties ramène toujours les os à leur situation naturelle, dès qu'on cesse d'agir sur eux.

Ainsi, en supposant la première phalange fixée, et en apliquant une force considérable sur le reste de l'orteil, on ne peut parvenir à faire une luxation.

Or, sur le vivant, lorsque le pied est renfermé dans une chaussure, les difficultés sont bien plus grandes encore.

En premier lieu, les orteils, surtout les quatre derniers, forment, pour ainsi dire, un tout unique. Ils se meuvent ensemble, et il n'est guère aisé de comprendre, qu'à travers une semelle épaisse, une cause traumatique puisse agir séparément sur chacun d'eux.

Que le premier ou le cinquième orteil puisse recevoir une impulsion isolée, on le conçoit à la rigueur, lorsqu'un choc atteint un peu obliquement la pointe du pied.

On conçoit encore, avec un peu de complaisance, que, dans une chute sur la pointe, le choc soit supporté principalement par le deuxième orteil. Cet orteil, comme on le sait, est un peu plus long que les autres sur les pieds bien conformés, bien que des peintres, des sculpteurs et même des anatomistes aient pu méconnaître cette disposition.

Mais le troisième orteil est certes le mieux protégé de tous, et dans le sens transversal par la présence des orteils voisins, et dans le sens antéro-postérieur par sa propre brièveté.

Il se trouve précisément que le pied de M. F.... présente la conformation la plus régulière. Tous les orteils sont sur le même plan, et l'extrémité antérieure du deuxième déborde celle du troisième de près de 3 millimètres.

Il y a plus : qu'on examine une chaussure pendant le repos et pendant la marche, on y trouvera une brisure transversale correspondant à la rangée des articulations phalango-métatarsiennes. Mais aucune brisure ne correspond aux articulations médio-phalangiennes. C'est-à-dire que l'empeigne protége simultanément et également toutes les phalanges du même orteil, et soutient leurs articulations dans les mouvements d'extension forcée.

J'avoue donc que je ne puis me rendre compte du mécanisme de cette luxation. Je serais bien plus embarrassé encore s'il fallait dire comment une luxation *incomplète* a pu se produire et persister dans une jointure comme celle-là. J'aime mieux clore ici cette lettre, de peur qu'on ne m'applique cette phrase de Montaigne, qui semble faite pour la circonstance, puisqu'elle se trouve dans un charmant chapitre intitulé : *des Boiteux :* « Ils laissent là les choses et s'amusent à traicter les causes : plaisants causeurs ! »

Agréez, monsieur et très-honoré maître, etc. Paul Broca.

(*Rev. med. chir.*)

Réduction d'une luxation métacarpo-phalangienne du pouce, à l'aide du poinçon,

Par M. Malgaigne.

Le travail qu'on vient de lire semble servir de complément aux observations que M. Bourguet a publiées dans cette Revue. On y pouvait cependant regretter une lacune touchant les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce, si faciles à réduire quelquefois, mais aussi quelquefois si opiniâtres qu'elles se jouent de tous les efforts des chirurgiens. Le hasard m'en a envoyé une de ce genre, pour laquelle déjà cinq confrères avaient usé en vain de tous les procédés ordinaires ; et j'aurais certainement échoué comme eux, si je n'avais eu en réserve un procédé qui m'est propre, dont j'ai déjà exposé dans ce journal diverses applications, mais que je n'avais pas encore eu occasion d'employer pour les luxations du pouce. C'est donc une nouvelle ressource que j'offre aux chirurgiens ; je ne veux, quant à présent, ajouter aucune remarque ; la lecture de l'observation indiquera de reste le mode et les petites difficultés de son emploi.

Observation. — Cuvillier, âgé de 23 ans, mécanicien, attaché au chemin de fer à Épernay, tomba le 2 septembre au soir dans une fosse profonde d'un mètre environ, de telle sorte que le poids du corps porta, dit-il, sur la main gauche. Il se releva seul ; et éprouvant une légère oppression, il porta ses deux mains sur sa poitrine ; ce fut alors seulement qu'il s'aperçut que le pouce gauche était renversé en arrière et à angle droit sur le métacarpien, dont la tête faisait saillie dans la paume de la main. Il chercha à le remettre en position naturelle, et ne réussit qu'à le ramener dans une direction parallèle au métacarpien. Il se rendit immédiatement chez un médecin d'Epernay, qui, aidé d'un domestique, fit d'inutiles efforts pour réduire la luxation, et le renvoya en lui recommandant de maintenir pendant la nuit de l'eau fraîche sur sa main.

Le lendemain, à huit heures, il alla à l'hospice d'Épernay, où trois médecins, après avoir essayé une clef qui ne put aller à son pouce, s'efforcèrent de réduire avec leurs mains, sans pouvoir y réussir. Un quatrième confrère vint se joindre à eux ; alors ils enroulèrent autour de la première phalange un ruban de toile sur lequel deux personnes exercèrent de fortes tractions, mais également sans résultat. Il revint à midi, on l'endormit avec le chloroforme. Cinq médecins, dit-il, étaient présents, et les tractions furent reprises aussi inutilement. A huit heures du soir, on recommença de nouvelles tentatives, et après avoir encore échoué, on se décida à l'envoyer à Paris, où il arriva le 5 au matin, et M. Oulmont, médecin du chemin de fer, me l'adressa immédiatement à l'hôpital Saint-Louis.

La luxation était évidente et bien complète : la première phalange, jetée en arrière du métacarpien, se trouvait dans une direction parallèle à cet os, et, à la face palmaire, on voyait et l'on sentait mieux encore une énorme saillie formée par la tête du métacarpien, dont l'angle antérieur et interne semblait à nu sous la peau. Une plaie demi-circulaire occupait le dos de la phalange, et le gonflement, bien que médiocre, empêchait de pousser plus loin les explorations.

Je commençai par faire respirer du chloroforme jusqu'à l'anesthésie et le relâchement musculaire le plus complet. Alors j'essayai de presser avec mon pouce sur la base de la phalange pour la faire glisser en bas et en avant ; mais le gonflement rétro-phalangien m'empêchait d'avoir une prise suffisante. Je relevai alors la phalange à angle droit en arrière, et je poussai doucement sur le dos de l'os, en même temps qu'avec l'index je rappelais le métacarpien en arrière ; la résistance fut invincible. J'embrassai la phalange à pleine main, et refoulant avec l'index la tête du métacarpien, je tentai d'incliner le pouce vers la face palmaire en l'attirant doucement en bas ; même insuccès. Puis en vue d'éluder l'obstacle qui pouvait résulter de la boutonnière musculaire, j'essayai de faire faire à la phalange un demi-tour en dehors, puis un demi-tour en dedans : tout échoua.

Je m'armai alors d'un poinçon solide, que je plongeai en arrière à travers les téguments, de manière à arriver perpendiculairement sur la face articulaire de la phalange, et je la poussai en avant en retenant avec les doigts le métacarpien. La pression, d'abord modérée, dut peu à peu devenir assez énergique ; mais alors un défaut de résistance m'avertit que le poinçon s'engageait dans le tissu spongieux de l'os. Je le retirai donc, et redressant la phalange en arrière à angle droit, je le plongeai sur le dos de l'os où j'étais assuré de trouver du tissu compact, et je recommençai à pousser. Autre péril ; obligé de recourir peu à peu à toute la force du poignet, je me sentais arrêté par la crainte que la pointe, glissant de l'un ou de l'autre côté de l'os, n'allât traverser les chairs jusque dans la paume de la main. D'ailleurs, si l'action du poinçon laissait libres les téguments de la face dorsale, la contre-pression établie sur la tête du métacarpien attirait en arrière la peau de la face palmaire du pouce, et créait ainsi un nouvel obstacle à l'écartement des deux os. Enfin, en agissant sur la phalange, je n'exerçais qu'une pression brute, d'autant moins facile à diriger en divers sens qu'elle était plus énergique ; tandis qu'en reportant la pression du poinçon sur la tête du métacarpien, je pouvais donner à la phalange toutes les impulsions nécessaires. En conséquence, je le reportai en avant et l'enfonçai au centre de la tête métacarpienne ; puis le tenant de la main gauche, et attirant la phalange de la main droite, presque sans effort, et sans avoir eu besoin de recourir à d'autres manœuvres, j'entendis un léger craquement, et je sentis la phalange revenir à sa place. Elle était en droite ligne avec le métacarpien, et toute saillie anormale avait disparu. Cependant la flexion du pouce ne pouvait encore se faire. Néanmoins, sûr du résultat, je retirai le poinçon désormais inutile, et embrassant le pouce à pleine main, pressant de mon pouce sur la base de la phalange, et refoulant le métacarpien avec l'indicateur, je forçai la flexion qui s'opéra avec un nouveau craquement, et la réduction fut complète.

Je m'occupai alors de maintenir le pouce fortement fléchi avec une compresse, dont le plein embrassait le dos de la phalange et les deux bouts venaient se croiser au-devant du poignet ; je repliai en outre les autres doigts par-dessus le pouce, et fixai le tout avec quelques tours de bande. La bande fut placée sur un coussin élevé, et je recommandai d'arroser la bande avec de l'eau fraîche.

Le lendemain, 6 septembre, le pouce n'est douloureux qu'à la pression ;

et les deux piqûres postérieures offrent à peine un peu de rougeur. Le malade se sent du reste très-bien et accuse un grand appétit. *Quatre portions.*

Le 7, j'enlève le bandage et maintiens le pouce à demi fléchi avec une simple bandelette de diachylon; je panse également avec du diachylon l'écorchure demi-circulaire. Le malade se trouve si bien, qu'il voudrait quitter l'hôpital.

Le 9, les piqûres du poinçon paraissent guéries : l'écorchure de la phalange est en voie de cicatrisation. Le malade peut non-seulement faire exécuter des mouvements à la phalange unguéale, mais encore à celle qui joue sur le métacarpien, et il n'éprouve aucune douleur, ni lorsqu'il remue son doigt, ni lorsqu'on presse dessus. Il insiste pour sortir, et je ne vois aucun motif de me refuser à sa demande; seulement je renouvelle la bandelette de diachylon, et je l'engage à ne pas reprendre ses travaux avant cinq ou six jours.

J'ai publié, il y a deux ans (*Revue méd.-chirurg.*, t. 9, p. 305), une observation de luxation incomplète de la phalange du gros orteil, qui avait résisté à tous les procédés appliqués par M. Michon, M. Gerdy et moi-même. J'avais eu alors l'idée de me servir du poinçon, et le fait qu'on vient de lire me fait regretter de ne pas avoir mis cette idés à exécution.

(*Rev. méd. chir.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations chirurgicales pratiques et remarques sur l'expectation et le traitement *médical* simple,

Par F. Neucourt, *ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Verdun.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 117, 119, 121.)

9e *Observation. — Plaie de tête avec issue de la substance cérébrale; guérison.*

Un enfant de 4 ans et demi reçut, le 6 juillet 1848, un coup de pied de cheval à la tête : il perdit connaissance immédiatement, et revint à lui au bout d'une demi-heure.

Arrivé une heure après, je trouvai l'enfant très-agité, répondant nettement à mes questions : il avait vomi ses aliments. Je constate, à la partie supérieure gauche du front, une plaie de la longueur de 3 pouces, à travers laquelle on voit saillir un champignon blanc, ayant environ 1 pouce de diamètre; la substance qui le forme est molle, quelques petites portions qu'on en détache facilement s'écrasent sous le doigt, et ont tous les caractères de la substance cérébrale. Les os du pourtour de la plaie paraissent céder un peu, comme s'il y avait fracture; mais je ne cherche pas à m'en assurer positivement, attendu qu'en l'absence de signes de compression du cerveau, ce n'était qu'une curiosité déplacée. Pouls tranquille.

Prescription. Compresses d'eau froide sur la tête, eau panée.

Le 7, nuit assez calme, l'enfant demande qu'on renouvelle souvent les compresses, à cause du soulagement qu'il en éprouve. Intelligence nette, toujours un peu d'agitation générale, pouls tranquille. L'enfant vomit toutes les boissons. La pulpe cérébrale ne fait plus saillie, il ne reste qu'une large plaie régulière.

Le 8, infiltration séro-sanguine de tout le côté malade, s'étendant jusqu'aux yeux : un peu d'accélération du pouls, toujours vomissements.

Prescription. Quatre sangsues aux cuisses, toujours eau fraîche en compresses.

Le 10, bon état général, moins de vomissements, teint plus coloré que les jours précédents.

Prescription. Quatre nouvelles sangsues aux cuisses.

Le 12, l'enfant est bien, il demande à manger; potages.

Une suppuration régulière s'établit sur la plaie; l'enfant étant très-bien, je cesse de le voir à cause de l'éloignement, on m'en donne des nouvelles de temps en temps. — Deux mois après, la cicatrice est complétement fermée, et l'enfant retourne garder les troupeaux avec son père.

10e *Observation. — Commotion cérébrale avec paralysie de la septième paire; fracture probable de la base du crâne; guérison.*

Un enfant de dix ans montait un cheval qui s'emporta; il fut jeté à terre et traîné pendant quelques minutes : il resta sans connaissance pendant une demi-heure environ, et eut une hémorrhagie nasale abondante.

Examiné à dix heures du soir, deux heures après l'accident, il est très-agité, répond difficilement aux questions : on ne peut lui faire ouvrir les yeux. Ecchymose sous la paupière inférieure gauche, sans aucune trace de contusion ni d'écorchure. Épanchement sanguin de l'étendue de deux pièces de cinq francs sur la portion droite de l'occipital, avec douleur à la pression, sans enfoncement appréciable. L'épistaxie a cessé. Toutes les demi-heures, à peu près, anxiété, agitation violente, suivie d'un vomissement de sang mêlé de mucosités. Peau froide, avec chair de poule sur tout le corps, pouls faible, à 70; pas de selles ni d'urines. Il n'y a rien ailleurs qu'une légère contusion sur les lombes.

Prescription. — Tilleul, raser la partie contuse, cataplasmes froids. Si le pouls se relève, quatre sangsues derrière l'oreille.

Le lendemain, 28 juin, même état d'anxiété : tantôt l'enfant crie et s'agite, tantôt il est assoupi, mais on ne peut obtenir de réponses nettes : toujours les yeux fermés. Lorsqu'on remue l'enfant, contraction douloureuse des traits du côté gauche, le côté droit restant complétement immobile, sauf la paupière qui, habituellement baissée, se relève un peu par moments. Douleur vive avec gonflement sous l'oreille droite.

Prescription. — Les sangsues ont été appliquées, on en pose quatre autres. Limonade émétisée, compresses froides, diète absolue.

Le 29, l'enfant refuse de boire; nuit très-agitée, pouls fréquent, peau brûlante, même état du reste.

Prescription. — Saignée du bras de trois palettes, émétique, 5 centigrammes dans un verre d'eau.

Le 30, l'enfant est plus tranquille, l'émétique a été pris et a procuré d'abondants vomissements, à la suite desquels le calme a commencé.

Prescription. — Même dose d'émétique.

Le 31, évacuations abondantes par le vomissement et les selles. Les jours suivants, l'enfant se lève, il a bon appétit. La paralysie faciale du côté droit persiste : l'œil se ferme preque complétement, mais le sourcil ne se contracte pas, l'action de siffler est impossible.

Le 15 juillet, les mouvements de la face commencent à revenir; ils étaient complétement rétablis un an après.

Si dans le premier cas il n'y avait aucune indication d'appliquer le trépan, on n'en devra pas moins remarquer le désordre extrême des parties atteintes, puisqu'il y a eu perforation du crâne et issue de la substance cérébrale, lésions malgré la gravité desquelles la guérison a eu lieu. Pour le second cas, on peut lire dans nombre d'auteurs l'histoire de lésions beaucoup moins graves ou moins précises, pour lesquelles le trépan fut appliqué. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les observations de Pott sur les lésions de la tête par cause externe. Si dans quelques cas il a trouvé du pus en appliquant le trépan dans les contusions sans plaie, la lecture attentive de certaines observations fait douter s'il n'a pas eu affaire, dans quelques cas, à de simples méningites, qu'il rapportait, à tort, à un coup insignifiant reçu quinze jours ou trois semaines auparavant.

Tels sont les principaux faits qu'il m'a été donné d'observer relativement à la question de médecine opératoire que j'ai indiquée en commençant. Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit, mais avant de terminer je demanderai à relater un fait chirurgical intéressant par lui-même, bien qu'il n'ait aucun rapport avec les observations qui précèdent; il en est même complétement différent, car tout indique que la guérison n'aurait pas eu lieu sans l'intervention de la médecine opératoire.

11e *Observation.* — *Hydropisie ascite compliquée d'hydatide; ponctions successives, ayant nécessité l'emploi d'un trois-quarts volumineux; suintement prolongé par les piqûres; guérison définitive.*

Madame H..., bouchère, âgée de 30 ans, petite, bien musclée, brune, mariée depuis deux ans et n'ayant pas eu d'enfants, avait joui, étant demoiselle, d'une assez bonne santé. Cependant, à la suite d'un refroidissement au moment des règles, elle fut prise de flèvres, et depuis ce moment son ventre a pris un développement plus considérable. Du reste, les menstrues ont toujours bien coulé.

Déjà, au moment de son mariage, elle avait le ventre volumineux, au point que plusieurs personnes la croyaient enceinte. La santé générale continuait à être bonne, mais le volume du ventre paraissait aller en augmentant.

Je la vis pour la première fois dans le courant de l'été 1845. A ce moment, le ventre était régulièrement distendu, la percussion donnait un son mat partout, excepté au niveau de la région épigastrique : fluctuation très-manifeste dans toute la portion mate. Douleur accusée par la malade, principalement à la région épigastrique et un peu à droite de cette région. Étouffements fréquents, gêne de la respiration; pas d'œdème des extrémités. Du reste, bon appétit, selles normales, battements de cœur réguliers, pas de fièvre, bon état général.

Je prescris à la malade des diurétiques et des purgatifs, afin de chercher à diminuer l'ascite. A la suite de ces remèdes, il y a un peu moins de gêne dans l'abdomen et le thorax.

Comme je ne promettais pas la guérison, cette femme et son mari consultèrent un grand nombre de médecins, de bonnes femmes, de consulteurs d'urine. On prescrivit successivement la digitale, la scille, les sudorifiques, les drastiques, la cendre de genet, enfin tous les remèdes préconisés contre les hydropisies, le tout sans succès.

Je l'avais presque perdu de vue, lorsque dans le courant de novembre son mari vint me prier de la visiter.

Elle était dans l'état suivant : douleur extrêmement vive au niveau du foie, augmentant sensiblement par la pression et se propageant à l'épigastre; abdomen tendu et fluctuant. Langue blanche, un peu sèche, pas d'envies de vomir, pas d'appétit, constipation; peau brûlante et sèche, pouls à 110, tendu. Pas d'œdème des extrémités, urines rouges, rendues en petite quantité. Je la vis avec le docteur Lespine. Nous prescrivîmes douze sangsues et des cataplasmes dans le flanc droit. Boissons acidulées, lavements huileux.

Nous la visitâmes plusieurs fois, elle était mieux, puis de rechef, pendant un mois, je n'en entendis plus parler.

Le mari revint le 2 janvier 1846. Il me raconta qu'on avait encore consulté plusieurs médecins, mais que les remèdes n'opérant pas, et la malade étant de plus en plus mal, il venait me prier de lui faire la ponction, dont nous avions touché quelques mots avec mon confrère.

Le 3 janvier, elle était dans l'état suivant : douleur moindre dans le côté droit, ventre énormément distendu, très-rénitent, matité de tout l'abdomen, sonorité seulement à la partie supérieure, dans une hauteur de quatre travers de doigts environ, au-dessous de l'extrémité inférieure du sternum. Peau chaude, pouls médiocrement tendu à 90. Langue d'un rouge vif, pas d'appétit, selles normales. Les menstrues ont toujours coulé, quoiqu'en moindre quantité. Urines rares et épaisses; dyspnée intense, anxiété continuelle, ce qui fait que la malade se résigne à la ponction.

Nous enfonçons le trois-quarts ordinaire à gauche, au lieu d'élection. Il s'écoule environ six litres d'un liquide jaunâtre et semblable à une purée claire; après quoi le jet s'arrête tout à coup. Au moyen du stylet, nous faisons écouler encore une demi-assiettée de ce liquide, mais il est composé presque entièrement de globules arrondis, transparents, du volume d'un gros pois, remplis d'un liquide transparent, enveloppé d'une membrane très-mince. Ce sont ces corps qui obstruent la canule et qui empêchent l'écoulement du reste du liquide. Après diverses tentatives, force nous est de retirer la canule.

Prescription. Boissons acidules, lavements huileux, sirop de pointes d'asperges.

Je réfléchis à la nature de la maladie, et d'après commémoratifs, voici ce que je présume : cette femme aura eu un kyste hydatique du foie, qui, par la compression exercée sur les vaisseaux de cet organe, aura déterminé une hydropisie ascite. Par une cause à nous inconnue, peut-être les nombreux traitements irritants que la malade a subis, ce kyste se sera enflammé, et c'est cette inflammation qui aura produit la douleur très-vive du côté droit avec fièvre, faiblesse générale, etc., accidents pour lesquels nous avons appliqué des sangsues. Enfin l'inflammation se sera terminée par suppuration, et par l'ouverture du kyste hydatique dans le péritoine, d'où augmentation de la distension du ventre, et présence des hydatiques dans le liquide extrait par la ponction.

Nous nous décidons à une autre ponction, et pour cela je fais faire un trois-quarts d'un volume double des trois-quarts ordinaires.

Le 12, nous revenons pour pratiquer cette seconde ponction. La malade a les traits tirés, teint légèrement jaunâtre, langue rouge recouverte, çà et là des plaques de muguet d'un blanc de lait. La malade se plaint que ces peaux lui descendent jusque dans la gorge et la gênant beaucoup. Il y a eu depuis un mois une légère infiltration des jambes, qui a disparu depuis la dernière ponction. Le ventre est fortement distendu. On perçoit facilement la fluctuation; le son est mat, mais soit en percutant, soit en cherchant à produire la fluctuation, le doigt sent un rebondissement, une sorte de frémissement tout particulier, qui me paraît être ce que les auteurs appellent sentiment de collision, et qui est différent de tout autre. C'est l'exagération de la sensation qu'on éprouve par la percussion d'un abdomen fortement distendu par un liquide simple.

Nous pratiquons la ponction, et, cette fois, le liquide s'écoule avec de très-nombreuses hydatides : il offre une odeur d'une fétidité repoussante, quoiqu'il ne diffère pas, par les caractères extérieurs, de celui de la première ponction. Lorsqu'on retire la canule, elle offre, dans la portion qui plongeait dans le ventre, une coloration brun-jaunâtre comme si elle avait passé au feu. Il restait une petite quantité de liquide, lorsque tout à coup le jet s'arrêta : je passai un stylet, et sentis quelque chose de mou. Je craignis que ce ne fût l'intestin, cependant le son était mat tout autour de l'endroit où la canule avait été enfoncée, ce qui donnait à penser que ce n'était pas cet organe. Toutefois, voyant que le liquide ne coulait plus, je retirai l'instrument, et je vis une hydatide trois fois grosse comme les autres, à moitié vide, qui s'était engagée dans la canule et qui l'obturait. Cet engagement de l'hydatide m'expliqua pourquoi les trous latéraux que j'avais fait percer sur la canule ne donnaient plus de liquide; la poche hydatique formait bouchon. Si j'avais connu la vraie cause de l'interruption du jet, j'aurais fait un petit crochet avec lequel j'aurais ramené l'hydatide, mais je ne l'osai pas, craignant que ce ne fût l'intestin.

Il s'écoula par la plaie un peu de sang rutilant. On appliqua un carré de diachylon et des serviettes sur le ventre. En palpant le ventre, on sentait un corps dur, à bord facilement appréciable, descendant de trois travers de doigts au-dessous des fausses côtes à droite; cette partie, manifestement formée par le foie augmenté de volume, était douloureuse au toucher. Il s'est écoulé deux seaux de liquide.

Prescription. Boissons acidules; gargarisme aluminé; diète.

Chose remarquable, le liquide continua à couler par les deux ouvertures accidentelles et par l'ombilic. La santé se rétablit peu à peu, et, trois mois après la seconde ponction, cette femme venait sur le marché vendre de la viande.

L'écoulement diminua peu à peu, il cessa complétement un an environ après la ponction. Actuellement (1851), cette femme jouit d'une excellente santé.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Falsification des vins.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur cette fraude honteuse que la vigilance et la juste sévérité de l'administration ne peuvent parvenir à réprimer d'une manière complète. Un nouveau rapport fait à propos d'une de ces fraudes, par M. Chevallier, renferme des détails que nos lecteurs liront avec intérêt.

1° *Détermination de la quantité d'alcool.* — On a pris 3 décilitres du vin provenant d'un échantillon commun, qui avait été pris sur les quatre demi-muids non marqués d'un trèfle, on les a introduits dans un petit appareil distillatoire (l'appareil Duval), puis on a chauffé à l'aide d'une lampe à l'alcool, en ayant soin de rafraîchir continuellement le serpentin; on a poussé la distillation de manière à obtenir 1 décilitre *d'eau-de-vie.* Ce liquide, amené à la température de 15°, marquait à l'alcoolomètre de Gay-Lussac 22°, ce qui démontre que ce vin contenait 7,33 d'alcool en volume.

L'expérience faite à l'aide du dernier appareil de Conaty et de Lerebours donnait pour résultat 7,75.

Une expérience semblable à la première a été faite en opérant sur l'échantillon commun prélevé sur les pièces sur lesquelles on avait tracé la figure d'un trèfle.

Le résultat de cette opération fut 1 décilitre *d'eau-de-vie*, qui, à 15° de température, marquait 24°, ce qui démontre que ce vin contenait 8 d'alcool en volume.

2° *Détermination de la quantité d'extrait.* — 5 décilitres du vin provenant d'un échantillon commun, prélevé sur les tonneaux qui ne portaient pas de trèfle, ont été placés dans une capsule de porcelaine et exposés, à l'aide de la vapeur d'eau, de manière à être amenés à l'état d'extrait. Cet extrait fut ensuite placé à l'étuve, et desséché le plus possible; il a ensuite été enlevé de la capsule et pesé : son poids était de 7 grammes 80 centigrammes, ce qui donne 15,60 d'extrait pour 1 litre de vin.

La même opération a été faite sur 5 décilitres de l'échantillon commun tiré des pièces qui avaient été marquées d'un trèfle. L'extrait obtenu, desséché dans les mêmes circonstances, pesait 7,62 fort, ce qui donne 15,75 d'extrait pour un litre de vin.

La minime quantité d'extrait fournie par ces vins nous a porté à faire une nouvelle expérience : nous avons pris une petite capsule de porcelaine, nous l'avons pesée exactement, nous y avons ensuite versé 1 décilitre de vin provenant des pièces sans trèfle, et nous avons fait évaporer de manière à obtenir l'extrait le plus sec possible; la capsule a été pesée, et on a reconnu que l'extrait provenant du décilitre du vin évaporé pesait 1 gramme 4 décigrammes, ce qui, pour le litre, donne 14 grammes d'extrait.

La même opération faite sur le vin provenant de l'échantillon commun des pièces marquées d'un trèfle, nous donna en extrait 1 gramme 5 décigrammes, ce qui fournirait 15 d'extrait pour chaque litre de vin.

Procédant ensuite à la combustion de l'extrait, nous vîmes que l'extrait provenant du vin pris dans les tonneaux qui n'étaient point marqués d'un trèfle, et même celui qui provenait des fûts marqués d'un trèfle, ne contenaient pas de substances métalliques toxiques susceptibles de nuire à la santé. On y trouvait bien quelques traces d'une matière brunissant par l'acide hydrosulfurique; mais les expériences que nous avons faites sur des vins de *Bordeaux* et de *Langlade*, dont la pureté nous est démontrée, nous ont fourni les mêmes résultats.

Les essais faits jusqu'ici sur divers vins, ayant fait connaître que les quantités d'extrait qu'on obtient par l'évaporation de ces liquides, étaient plus considérables que celles fournies par le vin saisi sur le sieur G..., nous avons voulu nous assurer du fait, qui avait une très-grande importance; nous avons donc recherché ce qui avait été fait jusqu'ici, puis nous avons opéré nous-mêmes. Voici ce qui résulte de nos recherches :

En juillet 1845, des experts, au nombre desquels se trouvaient MM. Hubert et Lassaigne, avaient constaté, 1° que onze échantillons de vin rouge, prélevés chacun sur dix pièces, avaient fourni, par litre, les quantités d'extrait que nous allons faire connaître :

Numéros.	Quantité d'extrait par litre.	
1	20 grammes	8 décigrammes.
2	21 —	0 —
3	21 —	4 —
4	21 —	3 —
5	21 —	2 —
6	20 —	0 —
7	20 —	4 —
8	19 —	8 —
9	20 —	0 —
10	20 —	2 —
11	19 —	8 —

La moyenne était donc de 20 grammes 5 décigrammes.

2° Que le vin provenant de six gros fûts de vin très-coloré fournissait 23 grammes 4 décigrammes d'extrait par litre de vin.

Nous demandâmes à M. A... des échantillons de petits vins que l'on fait entrer dans les cuvées.

Ces vins, après l'évaporation, fournissaient 17 grammes 20 centigrammes; 17 grammes 18 centigrammes; 21 grammes; 20 grammes 15 centigrammes; 17 grammes 70 centigrammes d'extrait par litre de vin; en moyenne, plus de 18 pour 100.

D'autres échantillons de vins peu chargés, pris dans le commerce, ont donné 17 grammes 5 décigrammes; 18 grammes; 21 grammes; 22 grammes 20 centigrammes; en moyenne, 19 grammes 67 centigrammes.

Nous étant de nouveau procuré des échantillons de vins divers, ils furent examinés. Le *bourgogne rouge* donna 55 grammes 50 centigrammes d'extrait par litre; le *gaillac*, 25 grammes 60 centigrammes; le *cher*, 19 grammes 20 centigrammes; le *bourgogne blanc*, 22 grammes 60 centigrammes.

Toutes ces expériences étant faites, nous fîmes appeler M. G..., nous lui fîmes connaître nos résultats, et les conclusions qui devaient en découler; nous le priâmes de nous indiquer quels étaient les vins qu'il avait employés dans le coupage que nous avions à examiner, et où nous pourrions nous procurer des vins fournissant si peu d'extrait. M. G... nous déclara qu'il n'avait plus en sa possession ces vins. Il remit cependant à l'un de nous une bouteille d'un vin rouge déclaré être du vin vieux *petit-orléans.* On alla prendre de nouveau, à l'Entrepôt, des échantillons des vins saisis chez M. G..., et on fit de nouveau des évaporations, en agissant d'une manière comparative. Ces expériences ont donné les résultats suivants :

Un litre de vin G..., sans trèfle, fournissait	14 grammes	d'extrait.
Un litre de vin G..., pièce à trèfle . . .	15 —	75 centigr.
Un litre de vin de Gâtinais	18 —	
Un litre de vin petit-orléans	17 —	
Un litre de vin blanc L... 1850	24 —	

Conclusions. — De ce qui précède il résulte pour nous :

1° Que les vins saisis sur le sieur G... ne contiennent aucune substance nuisible à la santé.

2° Que nous ne pouvons nous expliquer la minime quantité d'extrait que fournissent ces vins par l'évaporation, qu'en supposant que ces vins ont été additionnés d'une certaine quantité d'eau, qui, par l'évaporation, ne fournit que de petites quantités de matières extractives, tandis que le vin en fournit d'assez grandes quantités.

3° Que pour ne pas se prononcer, ainsi que nous le faisons, il aurait fallu trouver, dans le commerce, des vins contenant

aussi peu d'extrait que ceux saisis sur le sieur G..., ce que nous n'avons pu faire, malgré toutes les recherches que nous avons faites.

Paris, le 4 août 1851. A. C.

Note sur la Getah Lahae, nouvelle substance pharmaceutique,

Par le docteur J. F. Van Hengel, *de Hilversum* (*Hollande*).

M. Van Hengel a publié dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale,* la Note suivante sur une substance qu'on a désignée en France sous le nom de *Gelah Lahoe,* et que l'honorable confrère appelle *Getah Lahae*. Cette Note intéressera spécialement plusieurs de nos lecteurs.

En examinant les objets qui nous entourent, nous en rencontrons souvent dont les propriétés nous sont encore entièrement inconnues. Nous connaissons beaucoup moins encore les produits qui nous arrivent de temps en temps des contrées éloignées. Nos colonies transatlantiques, par exemple, renferment une foule de produits qui, soit parce qu'on ne s'est pas donné la peine de les étudier, soit parce qu'on ne les a pas étudiés convenablement, sont restés perdus pour les arts et la médecine, bien que possédant des propriétés qu'il suffirait de connaître pour les mettre à profit. Parmi ces produits exotiques, il en est un, nommé *Getah Lahae,* qui m'a été remis par un des directeurs de la Société de commerce des Pays-Bas (*Nederlandsche Handel-maatschappy*), avec prière de m'assurer s'il ne pourrait pas être utilisé au point de vue médical. L'objet de cette Note est de faire connaître ce que l'expérience m'a appris à ce sujet.

Le Getah Lahae est une résine provenant d'un arbre connu dans les Indes sous le nom de *Lahae.* Cet arbre se rencontre abondamment dans nos colonies de l'Archipel indien, aussi bien dans les terrains élevés et secs que dans ceux qui sont bas et humides. La résine en découle à la moindre incision de l'enveloppe corticale, et en masse quand on l'abat. La quantité de Getah retirée en moyenne d'un arbre de 3 à 4 pieds de diamètre, s'élève de 48 à 68 hectogrammes. Elle est surtout abondante dans les arbres qui croissent dans les lieux bas et humides et dans ceux qui ont les feuilles les plus longues et les plus foncées. Les indigènes reconnaissent tout d'abord les arbres les plus productifs dont ils emploient la résine pour fabriquer leurs torches.

Le Getah Lahae, tel qu'on l'exporte en Europe, est une matière résineuse solide, légèrement onctueuse au toucher et d'une couleur grise sale. Enveloppée dans du papier et mise en contact avec du feu, elle brûle facilement et plus longtemps que ne le fait une égale quantité de cire jaune, et projette une flamme jaune éclatante. Mise dans l'eau, elle surnage, mais ne s'y dissout pas; elle ne se dissout pas davantage dans l'éther ni dans l'alcool, mais bien dans diverses huiles. Elle se fond dans l'eau bouillante et présente alors des propriétés adhésives remarquables. Elle est poreuse et fragile et se laisse facilement pulvériser.

Désirant instituer quelques essais thérapeutiques avec le Getah Lahae, j'ai d'abord traité cette substance de la manière suivante : après l'avoir fait fondre au moyen de l'eau chaude, je l'ai remuée, dans le but de la débarrasser des matières étrangères qui descendaient ainsi au fond du vase, au moyen d'un petit bâton entouré de linge préalablement mouillé, pour qu'elle n'y adhérât point; puis la résine ainsi fondue fut placée sur un tamis également mouillé, et je versai dessus, d'une manière continue, de l'eau bouillante, afin de la purifier davantage. C'est de cette résine passée ainsi à travers les mailles du tamis, que je me suis servi dans mes expériences.

Administré d'abord à la dose de 2 grains, le Getah Lahae ne me parut pas agir autrement qu'une substance inerte; à la dose de 15 grains, il produisit, chez moi, un retard prolongé de selles, auquel je dus remédier par l'administration de pilules composées d'extrait d'aloës et de savon amygdalin. Je pus m'assurer de cet effet à trois reprises différentes. Je n'ai pas encore eu occasion de recourir à cette substance pour essayer de combattre les diarrhées colliquatives chez les phthisiques.

Voulant tirer parti des propriétés adhésives du Getah, voici comment j'ai opéré : j'ai pulvérisé grossièrement dans un mortier la résine refroidie; la poudre ainsi obtenue fut jetée sur un tamis sec et à mailles larges, puis je la répandis uniformément sur un morceau de linge; enfin, je passai légèrement sur celle-ci un fer à repasser. Ce linge, ainsi préparé et préalablement chauffé, est, quand on l'applique sur une plaie dont les lèvres ou les bords sont secs, le meilleur adhésif que je connaisse. J'ai employé cet emplâtre adhésif avec un remarquable et prompt succès sur une plaie qui était le siége d'une hémorrhagie veineuse abondante. Je l'ai appliqué avec non moins de succès sur des ulcères atoniques des extrémités. On peut aussi le diviser en lanières, et s'en servir à la manière des bandelettes de Baynton, sur lesquelles il a l'avantage d'adhérer mieux, d'être d'un prix moins élevé, et de pouvoir servir plus d'une fois sans perdre de sa force adhésive.

Le Getah Lahae présente beaucoup d'analogie avec la cire jaune, mais il coûte moins cher de moitié, sa valeur vénale n'étant tout au plus que d'un florin le kilo. Il peut fort bien remplacer la cire jaune et blanche dans la préparation des onguents. Fondu avec l'huile d'olives, à la quantité d'une once sur trois d'huile, il pourra remplacer avantageusement l'*unguentum simplex,* et sa couleur n'est pas foncée, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, quand on prend la précaution de remuer le mélange jusqu'à complet refroidissement. J'ai eu occasion d'employer cet onguent dans sept cas différents, et j'ai été étonné de son efficacité. Un de ces cas a trait à la femme Zwelheim, vieille juive cacochyme, qui portait à la jambe gauche un ulcère inflammatoire, douloureux, étendu, à bords irrégulièrement découpés et couvert d'une matière ichoreuse. Cet ulcère provenait d'une morsure de chien faite plusieurs semaines auparavant, et contre laquelle on n'avait dirigé que des moyens insuffisants. Après deux jours d'emploi de l'onguent de Lahae appliqué deux fois par jour, l'ulcère commença à prendre un meilleur aspect et la cicatrisation fut complète douze jours après. Employé dans un cas d'anthrax, il m'a semblé qu'il a notablement favorisé l'élimination du bourbillon; je l'ai encore employé dans un cas de plaie suppurante résultant de brûlure; enfin dans des cas d'ulcères chroniques.

Employé dans la préparation de l'*unguentum basilicum,* il rend cet onguent plus adhésif. Quand on l'emploie dans la confection des *emplastrum cicutæ, emplastrum aromaticum, emplastrum vesicatorium,* on doit avoir soin de prendre moins de Getah Lahae que la pharmacopée ne prescrit de cire, pour ne pas porter trop loin la force adhésive de ces divers emplastiques.

Avant de terminer cette Note, je dois faire une dernière observation. Partant de l'imperméabilité des emplâtres préparés avec le Getah Lahae et de leur prix peu élevé, je me suis bien trouvé d'employer la toile recouverte de cette résine, à la manière de la toile cirée, chez les gâteux, chez les femmes pendant la parturition ou pendant les couches, etc. Avant d'employer le linge de Getah Lahae à cet usage, il faut avoir la précaution de lui enlever sa force adhésive; à cet effet, il suffit de le laver avec une éponge trempée dans du pétrole.

D'après ce qui précède, je crois pouvoir admettre que la résine de Getah Lahae mérite d'occuper une place dans le domaine de la matière médicale, et que les praticiens auront occasion d'en faire usage dans une infinité de cas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de Lille ;
Musard, médecin du bureau de bienfaisance de Saint-Omer ;
Évrard, médecin du Lycée de Saint-Omer.

— On lit dans la *Gazette médicale* de Lyon :

« *Conseil général du Rhône.* — Le conseil général, considérant que la ville de Lyon, par l'importance de ses vastes hôpitaux consacrés aux maladies générales et aux spécialités, renferme une des conditions les plus essentielles pour l'étude de la science médicale ;

« Qu'une Faculté de médecine serait le véritable complément des Facultés des sciences et des lettres ;

« Que la prospérité de l'école préparatoire actuelle ne permet aucun doute sur l'avenir brillant qui est réservé à une Faculté ;

« Vu la délibération du conseil général du Rhône du 25 août 1838. »

Émet le vœu :

« Qu'une Faculté de médecine soit promptement établie dans la ville de Lyon. »

Ceux de nos lecteurs qui se rappellent la lettre écrite de Lyon, il y a un an, par le rédacteur en chef de ce journal, savent combien nous devons nous montrer favorables au vœu émis par le conseil général de Lyon. Mais on ne peut méconnaître les graves obstacles qui s'opposent à la réalisation de ce vœu, et il est bien à craindre que ces obstacles n'arrêtent longtemps encore la bonne volonté de l'administration.

— On écrit de Berlin, 6 octobre :

« Le docteur Lélut, médecin français distingué, est arrivé ici pour examiner les principales maisons d'aliénés, etc. Le ministre des cultes a donné l'ordre de le traiter avec les plus grandes prévenances. »

Troisième Congrès général de l'Association médicale des États-Sardes.

Depuis les Congrès tenus à Alexandrie et à Gênes, l'Association générale des États-Sardes avait résolu de continuer chaque année ses utiles réunions, et la ville désignée d'un avis unanime pour réunir le Congrès de 1853, a été Novare. Ainsi, aux portes mêmes de la Lombardie (dans les journées des 3, 4, 5, et 6 octobre), cette ville a vu de nouveau se resserrer d'une manière solennelle ce pacte libéral qui, en réunissant en une vaste famille les membres épars du corps médical, assurera à la corporation tout entière et à chacun de ses membres en particulier, le rang et le degré de considération auxquels notre mutuel isolement nous a fait aspirer en vain depuis si longtemps.

Heureux ceux de nos collègues qui les premiers, en Italie, peuvent recueillir les bienfaits des institutions libérales et les faire tourner à l'avancement de la science et à l'honneur de l'art !

Dr Gaetano Strambio.

(*Gaz. méd. it. Lombard.*)

Programme des matières qui ont été traitées au Congrès général de l'Association médicale (1).

ORDRE DU JOUR.

Séance générale du 3 octobre 1853.

Discours d'inauguration du Congrès, par le professeur Pagano, président général.

Compte rendu des travaux de l'Association médicale pendant l'année écoulée, par le docteur Gianotti, secrétaire du conseil.

Rapport de la commission du concours pour le prix Strada de mille livres, sur les travaux des concurrents (petit traité d'hygiène populaire).

Présentation du budget de l'Association pour 1854, et nomination d'une commission à ce sujet.

Élection des différents présidents de chacune des trois sections du Congrès.

Questions à résoudre par les trois sections réunies.

1° La direction des hôpitaux doit-elle se composer d'un grand ou d'un petit nombre de personnes ?

2° La responsabilité des commissions directrices vis-à-vis du gouvernement et du public étant nécessaire et indispensable, quel est le meilleur moyen de l'établir ?

4° Quelle part doivent avoir les médecins dans la direction des hôpitaux ?

3° Déterminer si, pour la meilleure administration des hôpitaux, il est préférable que les directeurs soient payés ou non.

5° Si cette part de direction relative aux médecins doit être confiée aux médecins ordinaires des hôpitaux qui y font actuellement un service, ou s'il vaut mieux qu'elle soit donnée à des médecins étrangers à l'établissement.

6° Enfin, si la nomination des officiers sanitaires des hôpitaux doit être faite par un décret royal, par les commissions directrices de chaque établissement ou par la voie du concours.

Questions soumises à la section médicale.

1° Est-il nécessaire, pour faciliter et répandre l'instruction obstétricale, d'établir, au moins dans chaque chef-lieu de province, une maison d'accouchement pour les femmes pauvres ?

2° Y a-t-il plus d'utilité à réunir les aliénés dans un petit nombre de grands établissements ou d'établir des maisons spéciales dans chaque division administrative ?

3° Peut-on établir d'une manière positive et sûre la distance à établir entre les terrains affectés à la culture du riz et les endroits habités ; et, dans ce cas, quelle doit être cette distance ?

4° Propositions relatives au projet de loi sur les vaccinations, rédigé par le conseil de l'Association et en son nom, à adresser au ministre de l'intérieur.

Questions soumises à la section chimico-pharmaceutique.

1° Dans les localités ou le commerce des médicaments assure aux pharmaciens des bénéfices suffisants, ceux-ci doivent-ils se permettre l'exercice cumulatif d'un autre genre de commerce ?

2° Quel est le meilleur moyen d'empêcher la vente illégale des médicaments et d'obvier à l'abus, devenu si général, de la vente publique et particulière des remèdes secrets ?

3° Quels seraient les moyens à adopter pour que les communes, trop petites pour défrayer une pharmacie, pussent néanmoins être pourvues des médicaments les plus essentiels et indispensables ?

Questions soumises à la section de médecine vétérinaire.

1° Savoir si, d'après les observations faites et les faits recueillis jusqu'à présent par la science, on doit regarder comme incontestablement démontrée l'efficacité de l'inoculation de la pneumonie comme moyen prophylactique de cette même maladie épizootique dans l'espèce bovine. De toute manière, vu la grande importance de cette question, savoir s'il n'y a pas lieu de faire un appel à tous les vétérinaires des provinces où la maladie règne épidémiquement, pour les engager à étendre l'inoculation sur la plus grande échelle possible, à en faire connaître ensuite le résultat, afin qu'on puisse se prononcer d'une manière péremptoire sur la valeur de la découverte belge.

2° De quelle utilité pourrait être pour notre pays l'institution d'une école zootechnique, où les fermiers trouveraient des instructions bonnes et positives pour élever les animaux domestiques et en améliorer la race ?

3° Quel est le moyen le plus efficace de délivrer l'art vétérinaire de l'empirisme ? En tolérant celui-ci comme par le passé, et comme actuellement encore, ne voit-on pas diminuer d'autant le fruit qu'on devrait attendre de l'existence d'une école vétérinaire entretenue à grands frais par le trésor public ?

4° Une loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire étant un besoin généralement senti et auquel donne une satisfaction trop imparfaite ce qui a rapport à ce sujet dans le projet de loi sur l'administration sanitaire, et sur l'exercice des professions qui en dépendent, projet présenté par le Conseil supérieur de santé, faire connaître le meilleur moyen d'aviser à ce que cette loi, désormais reconnue d'une nécessité absolue, soit convenablement élaborée et promulguée.

Signé : Ch. Demaria, *président du conseil.*
Dr Cæsar Schina, *secrétaire.*

On voit que les questions choisies par le bureau du Congrès sont aussi importantes que bien choisies. Nous espérons pouvoir faire connaître les solutions que les principales d'entre elles auront reçues.

(1) Les médecins, pharmaciens et vétérinaires, quoique ne faisant pas encore partie de l'Association, ont été admis à ce Congrès.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 123. 1re année. Jeudi 13 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — A nos Lecteurs. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — **CLINIQUE CIVILE** : Observation de kyste de l'ovaire guéri par une injection iodée, par le Dr Gaston Dumont. — ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE. Cachexie paludéenne ; anémie profonde ; douleurs rhumatismales ; augmentation énorme du volume du foie et de la rate ; dyspepsie, diarrhée, amaigrissement considérable. Guérison. — De l'emploi du réducteur à air, comme agent compresseur dans les hémorrhagies graves de l'utérus, par M. le Dr Alexis Favrot. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MEDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A nos Lecteurs.

Une de nos espérances, en fondant le Moniteur des Hôpitaux, *était de parvenir à renouveler, dans la presse médicale, la révolution qui a été accomplie, il y a dix-sept ans, dans la presse périodique, c'est-à-dire de mettre à la portée de toutes les bourses un journal sérieux, complet, exclusivement scientifique, pouvant tenir les médecins au courant de tous les progrès qui intéressent plus spécialement la pratique.*

Cette espérance, nous nous étions gardé de la manifester à notre début, parce que nous n'ignorions point que, pour la réaliser, il fallait ou un capital considérable, ou une grande sympathie du corps médical.

Pour qu'un journal puisse conserver toute son indépendance, celui qui le fonde doit se garder de recourir à des appuis étrangers qui doivent nécessairement gêner son action; il doit vivre de ses propres ressources ; c'est ce que nous avons fait : la première condition nous a donc manqué. Quant à la seconde, peut-être dépendait-elle aussi bien du temps et de la fortune que de nos propres efforts, et malgré toute notre confiance dans les sentiments honnêtes et éclairés du corps médical, dans sa sympathie pour toutes les œuvres de conscience et d'indépendance, nous ne pouvions la considérer comme nous étant complétement acquise.

Grâces à Dieu, ce qu'il nous restait de doutes est aujourd'hui entièrement dissipé ; nous pouvons entrer largement dans la voie de progrès que nous avions espérée, et rendre désormais le Moniteur des Hôpitaux *accessible à un beaucoup plus grand nombre de lecteurs. La réduction de prix que nous annonçons aujourd'hui ne saurait d'ailleurs être considérée comme la dernière limite du bon marché à laquelle nous puissions descendre. Si ceux qui s'intéressent au progrès scientifique veulent bien continuer à encourager notre œuvre, qui maintenant est aussi un peu la leur, nous espérons pouvoir, l'année prochaine à pareille époque, avancer d'un pas dans la voie que nous nous sommes tracée.*

FEUILLETON.

Recherches sur les glandes des paupières.

Dans un travail extrêmement bien fait, présenté par M. Sappey à la Société de biologie, cet habile anatomiste a fait connaître, sur les glandes des paupières, des faits curieux et entièrement neufs qui intéresseront d'autant plus nos lecteurs que l'intelligence de ces faits est rendue facile par des dessins très-remarquables dus à l'habileté de M. Beau, et que rendent assez bien les gravures suivantes. Ces gravures nous dispenseront d'entrer dans de longs détails descriptifs.

Les glandes annexées aux paupières sont extrêmement multipliées ; M. Sappey les divise en trois ordres :

A. En celles qui versent le produit de leurs sécrétions sur la conjonctive ;

B. En celles qui déposent ce produit sur la peau ;

C. Et en celles qui le répandent sur le pourtour de l'ouverture palpébrale ; c'est-à-dire sur les limites respectives de la peau et de la conjonctive.

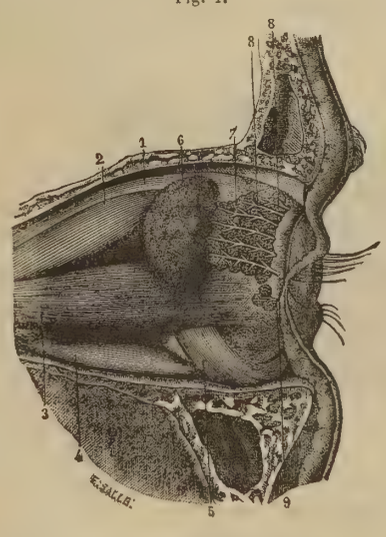
A. — Glandes palpébrales dépendantes de la conjonctive.

Ces glandes sont destinées, d'une part à la sécrétion des larmes, de l'autre à la sécrétion du mucus conjonctival ; elles sont représentées dans les figures suivantes.

1° *Glande lacrymale.*

Figure 1. — 1, muscle élévateur de la paupière supérieure. — 2, muscle élévateur de la pupille. — 3, muscle adducteur de la pupille. — 4, muscle abais-

Fig. 1.



Glande lacrymale vue par sa face supérieure.

Fig. 2.

Conduit excréteur de la glande lacrymale vu à un grossissement de cinq diamètres.

A partir du 1er novembre prochain, le prix d'abonnement du Moniteur des Hôpitaux *sera fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Pour diminuer, autant que possible, le poids de nos sacrifices, nous attendons de nos abonnés qu'ils veuillent bien joindre un bon sur la poste ou sur une maison de Paris à leur demande d'abonnement.

Paris, le 12 Octobre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous avons souvent regretté que l'art de la sténographie n'entrât pas dans l'éducation et qu'il ne fût pas familier au moins à tous les journalistes. Mais c'est surtout hier que nous avons éprouvé un pareil regret. Une discussion si prolongée, si compliquée, a eu lieu à l'Académie à propos du dernier rapport de M. Gibert sur la syphilis larvée, que, malgré toute notre bonne volonté, il nous serait impossible de la reproduire avec exactitude et de l'apprécier avec justice, sans recevoir des communications directes des divers orateurs. Nous attendrons donc ces communications, et nous ne nous occuperons aujourd'hui que du rapport de M. Caventou sur une nouvelle préparation de M. Gille, qui permet d'administrer le proto-iodure de fer sous forme liquide.

On sait que la thérapeutique doit déjà à ce laborieux pharmacien le seul procédé efficace pour préserver, sous forme solide, le proto-iodure de fer de toute altération (les dragées d'iodure de fer). Aujourd'hui il nous fournit le moyen de l'administrer sous forme liquide, et les observations consignées à l'appui du rapport prouvent que sous cette forme le précieux médicament n'est pas moins actif.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue thérapeutique, ni en ce qui concerne l'iodure ferreux seulement, que la découverte de M. Gille offre de l'intérêt ; c'est aussi au point de vue chimique et au point de vue de l'application générale du principe qui l'a guidé dans ses recherches. Peut-être le savant rapporteur n'a-t-il pas suffisamment insisté sur ce point de vue, et c'est pour cette raison que nous en dirons quelques mots.

On sait bien depuis longtemps en chimie que certains corps qui, tout formés, ne se dissolvent pas dans un liquide, s'y dissolvent, au contraire, quand ils se forment au sein même de ce liquide. Mais, jusqu'à présent, ce fait d'observation avait été à peu près perdu pour la thérapeutique. Ne serait-il pas possible qu'une foule de substances insolubles et auxquelles on doit, *à priori*, supposer quelque efficacité dans certaines maladies, que des phosphates (1), par exemple, pussent être dissous dans un liquide dans lequel ils prendraient naissance ! On pouvait l'espérer avant le travail de M. Gille ; on doit l'espérer bien davantage aujourd'hui ; car, s'il nous en souvient, lorsque M. Gille déposa son travail à l'Académie, il y a deux ans environ, il ne se borna pas à annoncer qu'il était parvenu à dissoudre dans l'huile le proto-iodure de fer, mais aussi l'iodure de soufre et quelques autres composés. C'est là toute une nouvelle voie de recherches ouverte aux investigations des pharmaciens et qui pourra conduire à des résultats précieux pour la thérapeutique.

CLINIQUE CIVILE.

Observation de kyste de l'ovaire guéri par une injection iodée,

Par le Dr GASTON DUMONT, *médecin de l'hospice des Quinze-Vingts.*

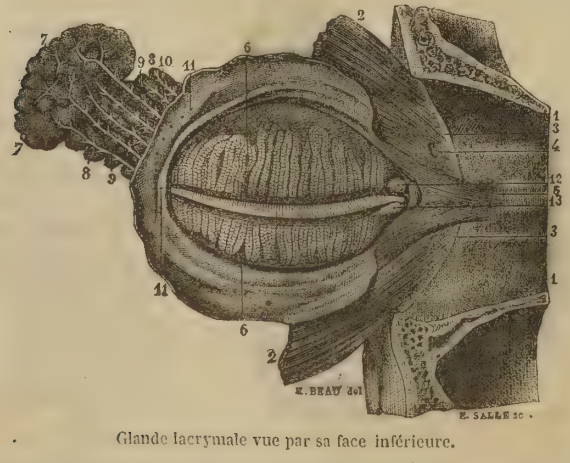
On a lu récemment dans ce journal un cas d'hydropisie de l'ovaire dans lequel la simple ponction du kyste détermina rapidement la mort de la malade. Cette observation était empruntée à une leçon remarquable de M. le professeur Velpeau qui, assez contrairement à l'usage général et avec une loyauté à laquelle on ne saurait donner trop d'éloges, livrait à la publicité un de ces revers que les plus grands chirurgiens ne peuvent toujours éviter dans la pratique, et en tirait pour ses élèves un utile enseignement clinique.

Notre savant maître s'est borné, avec juste raison, à recommander de faire la ponction de ces kystes le plus tardivement possible et de s'abstenir de toute tentative de guérison radicale des kystes qui ont une grande étendue. Mais tout en signalant le danger, il n'a pas proscrit invariablement les injections iodées dans le traitement de cette maladie.

(1) On sait que M. le professeur Piorry attache une grande importance à l'emploi des phosphates.

seur de la pupille. — 5, muscle petit oblique ou petit rotateur de la pupille. — 6, portion orbitaire de la glande lacrymale. — 7, portion palpébrale de cette

Fig. 3.



Glande lacrymale vue par sa face inférieure.

glande traversée par quatre conduits émanés de la portion orbitaire, et envoyant dans ces conduits les canalicules de la plupart de ses lobules. — 8, 8, conduits accessoires provenant exclusivement des lobules qui forment le bord supérieur de la portion palpébrale. — 9, un autre conduit accessoire naissant de trois lobules situés à la partie inférieure de cette même portion.

Figure 2. — 1, 1, tronc de ce conduit. — 2, 2, 2, 2, lobules de la portion palpébrale de chacun desquels part un petit conduit qui vient ensuite s'aboucher dans le conduit principal. — 3, 3, une partie du bord antérieur de la portion orbitaire de la glande. — 4, 4, 4, divers troncules qui, nés dans l'épaisseur de cette portion, se réunissent successivement pour donner naissance au conduit principal.

1, 1, paroi interne de l'orbite. — 2, 2, partie interne du muscle orbiculaire. — 3, 3, insertion de ce muscle à la partie interne de la circonférence de l'orbite. — 4, petit anneau fibreux à travers lequel passent le tronc des artères palpébrales et le rameau externe du nerf nasal. — 5, muscle de Horner. — 6, 6, glandes de Meibomius. — 7, 7, portion orbitaire de la glande lacrymale. — 8, 8, portion palpébrale de cette glande. — 9, 9, conduits principaux de la glande lacrymale, émanant de la portion orbitaire, et recevant dans leur trajet la plupart des canalicules partis de la portion palpébrale. — 10, deux conduits accessoires provenant des lobules les plus élevés de cette dernière portion. — 11, 11, embouchure de ces sept conduits.

(*La suite à un prochain numéro.*)

C'est qu'en effet le temps seul apprendra quelle est la valeur et quel est aussi le danger de ce moyen curatif. Quelques beaux succès (il y en a, je crois, trois ou quatre de publiés) ne suffisent pas pour juger une méthode. Avant que cette question importante puisse être résolue, il faut que chacun apporte son contingent et fasse connaître les faits qui lui sont propres. C'est pourquoi je publie l'observation suivante.

Si au bout de quatre mois il n'est pas encore permis d'affirmer que l'hydropisie ne se reproduira pas, il est du moins à peu près certain qu'elle se serait déjà reproduite, au moins en partie, si l'on n'avait fait que la ponction simple, et qu'ainsi l'injection a reculé la récidive. Ce fait prouve aussi d'ailleurs une fois de plus que, si la mort peut quelquefois survenir après la simple ponction de ces kystes, on peut aussi, dans d'autres cas non-seulement les ponctionner, mais encore y injecter un liquide irritant sans déterminer aucun accident.

La malade qui fait le sujet de cette observation n'a jamais joui d'une bonne santé. Réglée à 15 ans, elle fut atteinte alors d'une chlorose qui lui dura longtemps. Mariée à 20 ans, elle eut presque immédiatement deux enfants; ses grossesses furent fort pénibles, et à la suite du dernier accouchement elle fut atteinte d'une maladie de matrice.

A la fin de 1851, à l'âge de 30 ans, elle a fait une fausse couche. Elle fut depuis lors mal réglée et eut assez souvent des pertes. C'est seulement au mois de juillet 1852 qu'elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume.

En effet, dès cette époque on put constater, à droite, dans la fosse iliaque, une tumeur ayant à peine le volume des deux poings, qui me parut être un kyste de l'ovaire.

Malgré les vésicatoires volants, les frictions avec l'onguent napolitain et l'iodure de potassium, l'emploi de purgatifs et les dragées d'iodure de fer à l'intérieur, ce kyste augmenta sensiblement de volume avec une rapidité exceptionnelle, qui explique sans doute la gravité des symptômes que présenta cette malade.

En effet, à la fin de mai 1853, le ventre offrait assez bien l'aspect d'une grossesse avancée. Les parois sont lisses, tendues; on sent une tumeur ovoïde à surface assez régulière et ne présentant pas d'étranglement. La percussion donne une matité complète. La fluctuation y est perçue, mais avec quelque difficulté.

L'utérus est légèrement abaissé, le col incliné en arrière. Les envies d'uriner sont fréquentes et la miction est difficile. Les urines sont d'ailleurs peu abondantes et très-chargées. La constipation est opiniâtre.

Les menstrues paraissent sans aucune régularité et souvent avec une abondance qui affaiblit encore la malade.

Les digestions s'accomplissent très-mal, la malade a souvent des vomissements et il n'y a pas à s'en étonner, car elle a eu longtemps une affection nerveuse de l'estomac.

La face est pâle, amaigrie et le teint cachectique. La respiration est courte et surtout pénible après l'ingestion des aliments. La malade ne peut se tenir que debout ou assise et le sommeil est presque nul. Enfin, depuis près d'un mois, les jambes sont infiltrées et il y a un bruit de souffle dans les carotides.

Dans la nuit du 10 au 11 juin, ces symptômes s'aggravèrent encore et le matin, la respiration était tellement difficile, que la ponction devint indispensable immédiatement. Mais quelques considérations me déterminèrent aussi à tenter une injection iodée.

En effet, ce kyste s'était développé avec une rapidité qui pouvait inspirer des craintes sérieuses pour l'avenir. On devait croire que l'hydropisie se reproduirait au moins aussi rapidement et la gravité des symptômes observés la première fois ne permettait pas d'espérer que la malade pût subir un grand nombre de ponctions. D'autre part, le peu d'ancienneté de ce kyste, son volume assez peu étendu eu égard à ce que l'on observe quelquefois et l'âge de la malade (32 ans) étaient autant de circonstances favorables qui me décidèrent à tenter la guérison radicale par les injections iodées.

La ponction fut faite à droite, au lieu d'élection, avec un trocart ayant 2 millimètres et demi à 3 millimètres de diamètre : il sortit environ 8 litres de sérosité citrine, et j'eus soin de ne pas évacuer immédiatement tout le liquide contenu dans le kyste. — 200 grammes environ d'un liquide composé d'une partie de teinture d'iode et de deux parties d'eau, furent ensuite injectées dans le kyste, et y séjournèrent pendant cinq minutes. Après quoi je retirai environ 750 grammes de liquide. Le kyste ne fut sans doute pas encore totalement vidé; mais j'aimai mieux cela que de m'exposer à l'introduction de l'air, que je cherchai avant tout à éviter.

Un morceau de diachylon fut ensuite appliqué sur la plaie, et un bandage de corps comprima très-légèrement l'abdomen.

L'injection causa une assez vive douleur. La malade faillit même se trouver mal et eut quelques envies de vomir.

Le soir, le pouls était d'une faiblesse remarquable, à 55 pulsations; la peau un peu sèche, la soif peu intense et la malade se plaignait de douleur dans le ventre (onctions d'onguent napolitain).

Ce n'est que le lendemain que le pouls se releva à 68 et reprit de la force. L'état était d'ailleurs satisfaisant; seulement la malade se plaignant toujours de douleurs dans le ventre, je lui fis donner, le soir et les jours suivants, un bain.

Son état s'améliora ensuite de jour en jour sans qu'il se manifestât de la fièvre ni aucun autre accident. Peu à peu, on comprima plus fortement le ventre. Les fonctions digestives finirent aussi par se rétablir; la malade reprit des forces, et elle n'a jamais eu, dit-elle, une meilleure santé.

Toutefois, il existe encore dans la fosse iliaque droite une tumeur qui peut avoir le volume du poing d'un enfant. Mais cette tumeur me paraît être formée des parois du kyste, qui, une fois vidé, sera revenu sur lui-même; ce qui m'autorise à le penser, c'est qu'à chaque nouvel examen j'ai trouvé cette tumeur sensiblement diminuée de volume.

Il y a donc lieu d'espérer, quatre mois après l'opération, que l'hydropisie ne se reproduira pas, et que la guérison est radicale.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Cachexie paludéenne; anémie profonde; douleurs rhumatismales; augmentation énorme du volume du foie et de la rate; dyspepsie, diarrhée, amaigrissement considérable. — Guérison.

M. Fleury a signalé, dans son *Traité d'hydrothérapie*, la congestion chronique du foie et de la rate comme une altération fort commune; il a décrit les phénomènes qui, sous l'influence de cette lésion, se montrent du côté de la digestion, de la nutrition, de la circulation capillaire générale, de la peau, des organes de la génération, etc.; il a indiqué les signes à l'aide desquels on parvient à établir le diagnostic; enfin, il a formulé la loi suivant laquelle l'hydrothérapie finit par ramener les organes à leurs limites physiologiques et par rétablir l'équilibre entre toutes les fonctions de l'économie.

Depuis deux ans des faits nouveaux se sont produits, et ils ont justifié de tous points la description tracée par M. Fleury; nous reproduisons l'un des plus saillants, en raison des considérations pratiques importantes qui s'y rattachent.

Le malade dont il s'agit, M. de F..., capitaine au 38e de ligne, a été adressé à M. Fleury par M. le docteur Molinard, médecin militaire fort distingué, qui lui-même avait été traité et guéri complétement par l'hydrothérapie, d'une névralgie sciatique qui avait été pour ce médecin la cause de souffrances aussi vives que prolongées (1).

Le 21 avril 1852, M. de F... venait à Bellevue, où l'on recueillait les renseignements suivants :

Pendant douze années de séjour en Afrique, le capitaine de F... a été presque constamment attaché à la direction des bureaux arabes, et soumis à des déplacements continuels. Pendant cette vie nomade, il a le plus ordinairement dormi sous la tente ou même sur la terre humide, sans nulle protection contre les intempéries de l'atmosphère.

La fièvre intermittente ne tarda pas à se montrer, et pendant ce long espace de temps M. de F... en fut presque toujours atteint. Le sulfate de quinine, administré à hautes doses, parvenait bien à en enrayer momentanément les accès, mais ceux-ci ne tardaient point à se reproduire malgré l'administration méthodique du médicament, et bien souvent, disait M. de F..., je fus obligé de me faire hisser à cheval alors que j'étais en proie au frisson ou à la sueur d'un accès fébrile.

Bientôt des douleurs rhumatismales ambulantes se firent successivement sentir dans toutes les parties du corps, occupant tantôt les masses musculaires, tantôt les articulations et principalement celles des épaules, des poignets et des genoux. Ces douleurs ne se présentèrent jamais avec les caractères d'un rhumatisme franchement aigu, mais elles furent accompagnées, néanmoins, de vives souffrances et de gêne dans les mouvements.

Enfin, et pour surcroît de maux, M. de F... éprouva, pendant les deux dernières années de son séjour en Afrique, des accidents qui furent considérés comme se rattachant à l'hépatite et caractérisés par les phénomènes suivants :

Une vive douleur se manifestait brusquement dans l'hypochondre droit, qui devenait tendu et proéminent; l'appétit se perdait, le teint prenait une teinte ictérique, il survenait des vomissements bilieux et un léger mouvement fébrile. Une ou deux applications de sangsues sur la région hépatique faisaient cesser rapidement les accidents, mais ne prévenaient point leur retour, car ils se reproduisirent un grand nombre de fois; d'abord à des intervalles assez éloignés, puis plus fréquemment, et l'on a vu que deux *accès* eurent enfin lieu dans l'espace de quinze jours. C'est alors que, rentré en France, M. de F... vint réclamer les soins de M. Fleury, à Bellevue, où les données suivantes furent fournies par l'examen du malade.

État actuel. — Teint pâle, sub-ictérique; facies profondément altéré; peau sèche, écailleuse; anémie caractérisée par la pâleur des ongles et des membranes muqueuses, des palpitations fréquentes, pénibles; l'éclat métallique du premier bruit du cœur.

Les douleurs rhumatismales sont incessantes, beaucoup plus vives pendant la

(1) L'histoire extrêmement curieuse de ce malade se trouve rapportée à la page 306 du *Traité d'hydrothérapie*.

nuit, et occupent principalement les articulations scapulo-humérales dont les mouvements sont restreints et très-douloureux.

Il n'existe plus d'abcès fébriles intermittents francs, réguliers, périodiques; mais très-souvent, à des intervalles inégaux, M. de F.... éprouve, soit du frisson, soit de la chaleur, soit de la sueur, soit enfin de véritables accès fébriles caractérisés par leurs trois stades; ces accès se montrent de préférence le soir, et ne cessent que vers le milieu de la nuit, après avoir amené une sueur assez copieuse pour obliger M. de F.... à changer de linge.

Les fonctions digestives s'accomplissent fort mal; l'appétit est irrégulier, capricieux, la digestion laborieuse, accompagnée de flatuosités, de tympanite gastro-intestinale, parfois de diarrhée; la langue ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle est décolorée comme les gencives de la muqueuse buccale. M. de F.... a notablement maigri; les forces musculaires ont diminué, à tel point que c'est à peine si le malade peut faire une courte promenade sans éprouver une fatigue extrême, de la brisure dans les articulations, de l'essoufflement et des palpitations. Le travail intellectuel, la simple lecture d'un journal, provoque de la céphalalgie. Le sommeil est très-mauvais, souvent interrompu par de l'agitation, des accès fébriles, et par les douleurs articulaires.

L'examen de l'abdomen fournit des signes importants.

Le volume du foie est considérablement augmenté, ainsi que le prouvent les chiffres suivants obtenus par la percussion plénimétrique :

Diamètre vertical au niveau du mamelon, 24 centimètres et demi.
Diamètre horizontal, au delà de la ligne médiane, 10 centimètres.

La rate est également très-volumineuse : elle a 12 centimètres de haut en bas, et 9 d'avant en arrière.

Dans cet état de choses, M. Fleury n'hésita point à conseiller à M. de F.... de se soumettre à un traitement hydrothérapeutique, et il ne craignit point de lui promettre une prompte guérison. Celle-ci était complète au bout de six semaines, et les effets de la médication avaient été conformes aux prévisions. Huit jours avaient suffi pour faire cesser sans retour les phénomènes fébriles, les accès irréguliers, tous les reliquats, en un mot, de l'intoxication paludéenne; les douleurs rhumatismales disparurent à leur tour au bout d'un mois environ, et le sommeil n'étant plus interrompu par elles, les nuits devinrent calmes et réparatrices. Enfin, sous l'influence de l'action exercée par le traitement sur le foie et la rate, action sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, les fonctions digestives se rétablirent graduellement, et avec elles les forces musculaires, la coloration et les fonctions de la peau, l'embonpoint, le bien-être général, l'intégrité des fonctions intellectuelles et morales. Bientôt il ne resta plus aucune trace d'anémie, et, le 15 juin, M. de F.... quittait Bellevue dans un état de santé parfait, qui ne s'est point démenti un instant jusqu'à ce jour.

Il est bien entendu que le foie et la rate avaient été complétement et définitivement ramenés à leurs limites physiologiques, après avoir passé par les alternatives d'augmentation et de diminution qui ont été indiquées et figurées dans le *Traité d'hydrothérapie*, de M. Fleury, p. 285-287 et planche III; mais, ici, une circonstance fort remarquable s'est présentée.

Le 12 mai, M. de F.... abordait M. Fleury à sept heures du matin, en lui annonçant, avec une sorte de désespoir, qu'il allait être en proie à un *nouvel accès d'hépatite;* que déjà il en éprouvait les premiers symptômes, et qu'il fallait se hâter d'avoir recours aux émissions de sang locales. On constata, en effet, une teinte ictérique générale assez prononcée, un enduit épais et jaunâtre de la langue, des nausées, une douleur très-vive dans l'hypochondre droit devenu tout à coup tendu et proéminent. Le foie, qui la veille présentait un volume indiqué par les chiffres suivants :

Verticalement, au niveau du mamelon . . . 17 centimètres.
Horizontalement, au delà de la ligne médiane . 6 —

avait considérablement augmenté, et présentait maintenant :

Verticalement. . . . . 27 centimètres.
Horizontalement . . . . . 13 —

M. Fleury rassura de son mieux M. de F...., et eut beaucoup de peine à lui faire admettre que la douche remplacerait avec avantage les sangsues. « Une expérience souvent répétée, disait le malade, m'a démontré « l'absolue nécessité des saignées locales, et si vous les repoussez, des « accidents graves se développeront très-certainement. »

Vaincu par les instances de M. Fleury, M. de F.... consentit enfin à se placer sous la douche, et l'effet de celle-ci fut immédiat : le foie diminua séance tenante de 8 centimètres verticalement et de 6 horizontalement.

Deux autres douches, administrées le même jour, l'une à deux heures de l'après-midi, l'autre à six heures du soir, et trois douches prises le lendemain, firent complète justice des accidents, au grand étonnement du malade, qui se refusait à comprendre comment des douches d'eau froide pouvaient produire le même effet que des sangsues.

L'état pathologique que présentait M. de F.... était fort complexe, et certes ce n'est pas le moindre mérite de l'hydrothérapie que celui de pouvoir combattre efficacement et simultanément un si grand nombre de lésions. Existe-t-il, dans la thérapeutique, un autre agent capable d'exercer en même temps une action puissante et favorable sur les phénomènes intermittents, la diathèse rhumatismale, l'anémie, la cachexie paludéenne et générique, et enfin sur l'hypertrophie du foie et de la rate? Non certes; et le cas que nous venons de rapporter est un de ceux dans lesquels l'hydrothérapie n'a point d'équivalent.

Que serait-il advenu du malade si, sans autres réponses que les sangsues, il avait dû attendre le mois de juillet pour se rendre à Vichy? En considérant l'état dans lequel il s'est présenté à Bellevue, on est autorisé à dire que le mois de juillet serait probablement arrivé trop tard! Mais, en supposant le contraire, quel eût été l'effet d'une saison passée à Vichy? On peut croire qu'il eût été nul ou même peu favorable en raison de l'anémie profonde dans laquelle était plongé le malade.

Les congestions hépatiques actives, aiguës, simulant une hépatite, et venant, à intervalles de plus en plus rapprochés, compliquer l'état chronique, est une des circonstances les plus remarquables de cette observation. Les saignées locales, en faisant momentanément disparaître les accidents, n'en avaient pas moins pour résultat de rendre l'anémie de plus en plus profonde, et elles auraient certainement fini par enfermer le malade dans un cercle vicieux, d'autant plus fâcheux que la matière médicale est presque toujours impuissante à le rompre. On a vu avec quel succès les douches froides ont été substituées à ce dangereux palliatif. A. M.

De l'emploi du réducteur à air, comme agent compresseur dans les hémorrhagies graves de l'utérus,

Par M. le Dr Alexis Favrot.

En juin 1852, nous avons eu déjà l'occasion de signaler une hémorrhagie utérine heureusement arrêtée par l'emploi de notre réducteur à air en caoutchouc vulcanisé, dont la construction a été rendue si parfaite par l'habileté de notre confrère, M. Gariel. Aujourd'hui que nous comptons un certain nombre de cas dans lesquels nous avons obtenu des résultats avantageux de ce procédé, nous croyons devoir de nouveau fixer l'attention des praticiens sur les avantages qu'ils peuvent retirer de la compression de l'utérus dans les hémorrhagies qui surviennent à la suite des couches par le défaut de rétraction de cet organe.

Il n'est pas rare, en effet, de voir chez certaines femmes chlorotiques les parois de l'utérus demeurer inertes après l'expulsion du fœtus, et, comme conséquence de cet état, on signale des hémorrhagies graves, quelquefois même mortelles.

Jusqu'à ce jour, on s'était borné à des applications de glace, à l'emploi du seigle ergoté, et au tamponnement vaginal; mais ces médications ne sont pas toujours suffisantes, tant s'en faut: l'observation que je vais rapporter en est une preuve.

Madame L..., artiste dramatique, âgée de 28 ans, chloro-lymphatique, enceinte de huit mois, éprouve une forte frayeur et accouche en moins d'une heure à la suite de quelques douleurs seulement. Immédiatement après, une perte des plus abondantes se manifeste, et lors de mon arrivée je trouve cette jeune femme dans un état de syncope des plus inquiétants.

Sinapismes aux extrémités abdominales et thoraciques, frictions avec du vin sur les membres, compresses d'eau glacée sur la région du pubis, lavement avec le seigle ergoté à la dose de 2 grammes, tamponnement du vagin, tels furent les moyens que j'employai d'abord sans aucun résultat.

Madame L... menaçait de mourir entre mes mains; encouragé par les résultats que j'avais obtenus précédemment dans des conditions semblables, j'appliquai mon réducteur à air, et j'arrivai par la dilatation successive du rectum à refouler l'utérus derrière la symphyse du pubis et les muscles droits de l'abdomen. La compression, ainsi établie par le rectum d'une part, et d'une autre part par les parois de l'abdomen que je soutins à l'aide de serviettes fortement serrées, ne tarda pas à enrayer l'hémorrhagie.

Je ne prétends pas nier d'une manière absolue l'efficacité réelle des moyens précédemment employés. Ils ont été, dans cette circonstance, de précieux auxiliaires peut-être; mais leur action seule, longue à se produire, avait besoin d'un nouvel adjuvant. C'est le rôle qu'a rempli le réducteur à air.

C'est donc à ce titre que je crois devoir fixer l'attention des praticiens sur ce procédé, lorsqu'ils se trouveront en présence d'accidents semblables.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 OCTOBRE.

Huile de proto-iodure de fer de F. GILLE.

M. Caventou, au nom d'une commission composée de MM. Grisolle, Guibourt et Caventou, *rapporteur,* lit un Rapport important dont voici la substance :

L'Académie nous a chargés, MM. Grisolle, Guibourt et moi, de lui faire un rapport sur une *huile de proto-iodure de fer* qui lui a été présentée par *M. Gille,* pharmacien à Paris. Nous venons aujourd'hui accomplir ce devoir.

Le *proto-iodure de fer* est un composé chimique parfaitement défini, mais d'une grande altérabilité ; lorsqu'il a été exposé au contact de l'air atmosphérique, il en attire l'oxygène avec une grande énergie, et de l'*état ferreux,* il ne tarde pas à passer à l'*état ferrique :* cette transformation, toute naturelle au point de vue chimique, car elle tient à l'essence même de ce composé binaire, devient un très-grave inconvénient dans la pratique médicale ; la nature médicatrice du proto-iodure de fer se trouve sinon détruite, du moins très-notablement altérée, ainsi qu'il résulte des observations de clinique faites par plusieurs praticiens, en tête desquels nous citerons le docteur Dupasquier.

Ainsi, *pour pouvoir compter sur l'action thérapeutique du proto-iodure de fer* dans les cas où le médecin juge son application utile, *il est de toute nécessité de faire ingérer ce médicament privé autant que possible de tout contact avec l'air ;* Dupasquier l'avait tellement senti, qu'il recommandait avec raison de conserver sur un *excès de limaille* le proto-iodure de fer dissous dans l'eau, et de titrer cette solution de manière à ce que l'on pût en mêler incessamment un poids ou un volume donné à un liquide approprié, pour le faire avaler promptement au malade.

Mais on conçoit toutes les difficultés attachées à un tel mode d'administration. Comment, en effet, confier à un malade une dissolution titrée de proto-iodure de fer pour en user chaque jour une proportion prescrite par le médecin? Le flacon plein ne tarde pas à se vider graduellement et à recevoir de l'air qui agit sur le médicament et le dénature ; la médication, de ferreuse qu'elle était d'abord, devient ferrique, et le but du médecin se trouve manqué. Aussi, pour remédier à cet inconvénient, le docteur Dupasquier a-t-il recommandé de mêler la dissolution d'iodure ferreux à du sirop de gomme, liquide visqueux qui, en enveloppant le composé chimique, diminue notablement l'action oxydante de l'air, et permet aux malades d'user du médicament pendant plusieurs jours sans qu'il ait subi d'altération bien marquée.

Dans le but de venir en aide à la thérapeutique, plusieurs pharmaciens ont préparé des pilules ou des dragées à base de proto-iodure de fer, en ayant le soin de les entourer d'une enveloppe imperméable à l'action de l'air (1). Sous cette forme médicamenteuse, le *proto-iodure de fer* peut être conservé très-longtemps sans altération et être administré à l'état solide. Enfin, on trouve aussi, dans les Pharmacopées les plus récentes, des formules d'*eau gazeuse,* de *tablettes,* de *vin,* de *chocolat* et même d'*injections* à base de proto-iodure de fer.

Tel est l'état actuel de la pharmaceutique sur le proto-iodure de fer ; il se borne, comme l'on voit, à la possibilité d'administrer ce médicament à l'intérieur sous forme solide ; c'est beaucoup sans doute, puisqu'il peut satisfaire au plus grand nombre d'indications ; mais il manquait néanmoins à la thérapeutique un moyen de pouvoir appliquer ce remède extérieurement sous une forme commode et qui offrît toute sécurité au praticien sur la parfaite conservation du médicament ; c'est cette lacune que M. Gille a tenté de combler par la préparation de l'huile de proto-iodure de fer, qui fait l'objet de ce rapport (2). Il est vrai que l'on trouve dans les formulaires une recette de *pommade d'iodure de fer,* faite avec ce composé chimique et l'axonge ; mais eu égard à l'extrême facilité d'interposition de l'air dans les pores de l'axonge, un tel mélange ne peut inspirer grande confiance aux praticiens, et tout au plus peut-il être considéré comme un médicament magistral.

L'huile fine, comme celle d'amandes douces par exemple, ne présente pas l'inconvénient de l'axonge ; l'air atmosphérique ne s'y dissout pas sensiblement, et, par son onctuosité, ce fluide offre une garantie efficace contre l'oxydation du sel ferreux qu'on parviendrait à y dissoudre ; c'est ce que l'expérience a prouvé, ainsi qu'on va le voir.

M. Gille a donc eu recours à l'huile d'amandes douces pour préparer son huile de proto-iodure de fer. Mais cette préparation n'est pas aussi simple qu'on pourrait le supposer d'abord ; en effet, de quelque manière que l'on s'y prenne, l'huile fixe ne dissout pas le proto-iodure de fer *tout formé,* si ce n'est en proportions infinitésimales et bien insuffisantes pour les besoins de la thérapeutique. Aussi, après de nombreux essais infructueux par le contact immédiat des deux corps, M. Gille pensa-t-il à faire agir l'huile sur les éléments à l'état naissant du proto-iodure de fer, c'est-à-dire par contact médiat ; se fondant sur ce fait, souvent observé en chimie, que des corps insensibles l'un par rapport à l'autre, lorsqu'ils sont mis directement en présence, se combinent néanmoins très-facilement, lorsqu'on les soumet à une affinité prédisposante déterminée.

C'est ce que l'expérience a confirmé à l'égard de l'huile de proto-iodure de fer : M. Gille a broyé dans un mortier de fer, avec de l'huile fixe, un *mélange d'iode de limaille de fer en excès,* de manière à ne former qu'un composé ferreux ; il a introduit le mélange trouble dans un flacon bouché à l'émeril, il a laissé réagir pendant plusieurs jours, en agitant de temps à autre ; et lorsque la présence sensible de l'iode a complétement disparu de l'huile, il a jugé la réaction finie, il a filtré et a ainsi obtenu le médicament qu'il cherchait.

Voici au reste le procédé pratiqué, sous nos yeux, par M. Gille, pour la préparation de ce médicament.

Il a pris :

Iode pur.	2 gram. 25 centig.
Limaille de fer.	15 —
Huile d'amandes douces. . . .	800 —

Il a trituré dans un mortier de fer l'iode et la limaille de fer qui doit être parfaitement décapée ; il a ajouté d'abord 30 grammes d'huile à peu près et il a trituré le mélange pendant une heure sans discontinuer ; il a ensuite laissé la réaction se faire pendant quelques heures, a ajouté le reste de l'huile et a introduit le tout dans un flacon qui a été parfaitement scellé par votre rapporteur. Au bout de huit jours, l'huile qui n'a cessé d'être en contact avec un excès de limaille de fer, a été filtrée ; elle nous a présenté tous les caractères de l'*huile de proto-iodure de fer* présentés à l'Académie par M. Gille. Cette huile peut être plus ou moins chargée de proto-iodure de fer, suivant les proportions relatives d'huile, d'iode et de fer mis en contact ; celle présentée par M. Gille et destinée à l'usage interne, contenait 10 *centigrammes de sel ferreux sur* 30 *grammes d'huile ;* mais on conçoit la possibilité d'augmenter cette proportion, que M. Gille est parvenu à élever jusqu'à 50 *centigrammes,* suivant l'application qu'on en voudrait faire, soit à l'usage interne, soit à l'usage externe.

Ces résultats sont positifs et seront facilement appréciés par ceux qui voudront les vérifier ; mais à juger de la parfaite indifférence de l'huile fixe pour le proto-iodure de fer tout formé, on se demande si, dans la confection du médicament objet de ce rapport, c'est bien de l'*huile d'iodure ferreux* que l'on trouve, et non point un corps ternaire dont les éléments seraient dans les proportions du *proto-iodure.* Au point de vue de la pratique médicale, cette question n'a peut-être point d'importance ; mais on ne peut se dissimuler qu'au point de vue philosophique, elle pourrait présenter un grand intérêt : dans le but d'élucider, votre rapporteur a indiqué à M. Gille quelques expériences à faire, ce à quoi il s'est prêté avec beaucoup de zèle ; mais il n'est resté de toutes ces épreuves que l'incertitude sur la véritable constitution chimique de ce médicament.

Se formerait-il un composé à proportions définies d'iode, de fer et des éléments de l'huile, composé soluble en diverses proportions dans l'huile elle-même? Ce serait alors ce composé défini qu'il faudrait rechercher et tâcher d'isoler pour en étudier la nature et les propriétés : toujours est-il que la dissolution huileuse de proto-iodure de fer présente une grande fixité : mise en contact prolongé soit avec l'eau froide, soit avec l'eau bouillante, elle n'abandonne que des traces de sel ferreux ; il en est de même lorsqu'on la soumet à un courant de vapeur d'eau à 100°. Mais alors elle a contracté une saveur âcre et désagréable qui annonce l'altération qu'elle a subie par l'action réunie de la vapeur et de l'air atmosphérique, indépendamment de la présence du composé ferreux.

Il est encore une question importante dans l'espèce, à laquelle n'avait point pensé M. Gille, que votre rapporteur a tenu essentiellement à faire résoudre, et dont l'Académie va comprendre la portée : en mettant en contact de l'iode, du fer en limaille et de l'huile fixe jusqu'à ce que toute trace apparente d'iode ait disparu, et filtrant ensuite pour séparer l'excès de fer, M. Gille ne doutait pas, comme du reste l'analogie et toutes les réactions portaient à le croire, qu'il se formait véritablement un proto-iodure de fer ; nous avons demandé à l'auteur de déterminer la quantité de fer par l'analyse directe et non par la simple induction théorique tirée des réactions constatées.

Il a, à cet effet, préparé une huile contenant 90 centigrammes d'iodure ferreux pour 100 grammes d'huile, et il a soumis cette huile à l'action

(1) Les dragées de M. Gille sont la seule préparation dans laquelle on ait atteint le but désiré, c'est-à-dire dans laquelle le proto-iodure soit complétement inaltérable, ainsi que le constate un rapport antérieur de l'Académie et les observations des médecins des hôpitaux. (*N. du R.*)

(2) L'huile d'iodure de fer permet, il est vrai, d'administrer l'iodure extérieurement ; mais ce n'est là qu'un avantage accessoire. L'avantage essentiel est de permettre à l'iodure de se conserver indéfiniment et de pouvoir être administré à l'intérieur sous forme de liquide et combiné à un corps gras. (*N. du R.*)

décomposante de l'acide nitrique concentré, dans une capsule de porcelaine placée sur un bain de sable. C'est une opération longue et pénible qui n'a pas duré moins de sept heures pour la réduction du corps gras en charbon. Ce charbon a été détaché avec soin et projeté ensuite par petites parties dans un creuset de porcelaine chauffé à blanc. La complète incinération a encore demandé près de quatre heures. Enfin, le résidu de cette combustion a été traité par l'acide nitrique pour convertir ce fer en peroxyde. La moyenne de *trois combustions* a donné 355 milligrammes de peroxyde de fer par opération ; or, 355 milligrammes de peroxyde de fer correspondent à 242 milligrammes de fer métallique, qui exigent 563 milligrammes d'iode pour constituer 805 milligrammes de proto-iodure ferreux ; la quantité d'iodure ferreux supposé contenu dans les 100 grammes d'huile mise en expérience analytique étant de 900 milligrammes, on voit que la différence est insignifiante. L'analyse directe est donc venue confirmer positivement les prévisions de M. Gille sur la formation d'un véritable iodure ferreux dans la préparation de l'huile de ce nom.

L'*huile de proto-iodure de fer* a une couleur légèrement ambrée ; *elle n'a point d'odeur, elle est presque insipide ;* elle peut se conserver à l'air pendant plusieurs semaines (1), sans éprouver d'altération sensible, toutes propriétés qui doivent rendre son administration commode.

Le temps seul décidera le degré d'utilité de ce médicament ; mais ce que, dès à présent, nous pouvons affirmer à l'Académie, c'est le zèle éclairé de M. Gille pour les recherches propres à faciliter les progrès de l'honorable et utile profession qu'il exerce.

Nous proposons donc qu'il lui soit écrit une lettre pour le remercier de sa communication, et pour l'inviter en même temps à poursuivre des travaux qui peuvent ajouter aux ressources de la thérapeutique. (Adopté à l'unanimité.)

Nous croyons devoir publier à la suite de ce rapport deux des Notes rédigées par divers médecins des hôpitaux de Paris.

Note sur l'emploi de l'huile d'iodure de fer dans la phthisie, par M. VIGLA, *médecin de la Maison nationale de santé.*

J'ai donné l'huile d'iodure de fer depuis cinq ou six semaines à une quinzaine de malades environ, dont 8 mentionnés dans une note ci-jointe.

La dose a été presque toujours de deux cuillerées à bouche en vingt-quatre heures, administrées : la première, une heure environ avant le repas du matin, la seconde, avant le repas du soir.

La première appréciation que je puisse en faire est relative à la manière dont elle a été supportée par les malades.

Sous ce rapport, il faut reconnaître que cette préparation est d'un emploi des plus faciles. Quoique les malades fussent des phthisiques pour la plupart à un degré très-avancé, je n'en ai vu que deux éprouver un léger dérangement gastro-intestinal. Dans ces cas, l'huile ayant été suspendue dès la première apparition de ces accidents, nous avons vu que ceux-ci se produisaient aussi bien en l'absence de l'huile, qui, plus tard, a pu être donnée, lorsque l'estomac était remis, sans que ces accidents se reproduisissent. Je puis donc assurer que sous le rapport de la tolérance de la part de l'estomac ou des intestins, l'huile d'iodure de fer que j'ai expérimentée ne le cède à aucun médicament.

Les malades la prennent sans répugnance ; ils n'éprouvent, après son ingestion, ni mauvais goût dans la bouche, ni rapports désagréables ; ils en continuent l'emploi sans en être rebutés ; ceux qui avaient pris antérieurement de l'huile de foie de morue montrent, à ces différents égards, une préférence très-manifeste pour l'huile d'iodure de fer.

Quant à une seconde appréciation, celle qui consiste à se prononcer sur sa valeur thérapeutique dans le traitement de la phthisie pulmonaire, il faudrait un beaucoup plus grand nombre de faits et beaucoup plus de temps pour se prononcer d'une manière définitive ; je doute même qu'un seul homme, consacrant à cette étude plusieurs années de sa vie, pût arriver à résoudre d'une manière absolue ce problème, tant l'expérimentation est difficile en général, et lorsqu'il s'agit de la phthisie pulmonaire en particulier. Aussi, me bornerai-je à dire purement et simplement ce que j'ai observé, à savoir : que deux malades entrés pour des pleurodynies avec bronchite et soupçon de tuberculisation, ont éprouvé de bons effets de l'huile de proto-iodure ; qu'un scrofuleux (M. Soliman) est dans le même cas ; qu'une jeune malade phthisique a vu, pendant l'usage de ce médicament, reparaître deux fois ses règles, *après cinq mois d'interruption.*

En résumé, il résulte de mes observations que l'huile de proto-iodure de fer de M. Gille, a été administrée par moi chez un certain nombre de malades au lieu d'huile de foie de morue ; qu'elle a été supportée avec la plus grande facilité ; que quelques-uns d'entre ceux qui avaient préalablement pris l'huile de foie de morue ont exprimé leur satisfaction du changement de médicament, et que, dans tous les cas, l'huile de proto-iodure de fer produit comme résultat thérapeutique tout ce que j'avais le droit d'attendre d'un médicament qui contient l'iodure de fer sous forme liquide, sans aucune saveur, et au sein d'un corps gras qui en rend l'assimilation facile et qui constitue peut-être lui-même un médicament avantageux. Dans une maladie (phthisie pulmonaire confirmée) où l'emploi des médicaments actifs est si souvent rendue impossible par l'état d'irritation habituel de l'estomac et des intestins, une préparation telle que l'huile d'iodure de fer est une conquête thérapeutique des plus utiles.

Voici maintenant en quelques mots le résumé de quelques-unes des observations que j'ai faites jusqu'à ce jour (mars 1852).

1er *Fait.* — Mademoiselle Martin, entrée le 7 septembre 1851, encore dans le service. — Phthisie pulmonaire au troisième degré. Amélioration.

Chez cette jeune malade, âgée de 27 ans, la phthisie fait des progrès locaux sans que l'état général soit proportionnellement aussi grave ; elle a pris de nombreux médicaments, surtout l'huile de foie de morue, qui a été continuée jusqu'au mois d'avril ; elle a dû y renoncer à cause du retour assez fréquent de vomissements et de diarrhées qu'elle provoquait. De plus, cette huile lui inspirait beaucoup de dégoût, lui donnant des pesanteurs d'estomac et des digestions pénibles. — Depuis le 15 janvier, l'huile d'iodure de fer a été donnée et prise sans répugnance et digérée facilement.

Le 10 février et le 9 mars, l'écoulement menstruel, *supprimé depuis le mois de septembre*, a reparu au grand soulagement de la malade dont l'état local et général est considérablement amélioré. Elle continue sans la moindre répugnance l'usage du médicament.

2e *Fait.* — M. Chrestien, couché chambre commune, n° 3, lit 1, entré le 5 février, sorti le 19 février. Phthisie au troisième degré. — Huile d'iodure de fer, facilement prise et sans répugnance ; sorti toussant moins, crachant peu, respirant librement et se croyant guéri. En résumé, amélioration très-marquée.

3e *Fait.* — M. Adet, salle 3, lit 3 ; entré le 18 février, mort l'un des premiers jours de mars. — Maladie du cœur ; épanchement pleurétique ; albuminurie ; mort. — L'huile d'iodure de fer qui fut administrée parce que l'interne crut à une phthisie, fut parfaitement supportée et continuée, parce que le malade s'en trouvait bien et lui trouvait un goût agréable d'huile d'amandes douces.

4e *Fait.* — M. Moreau, salle 4, lit 7 ; entré le 8 février, sorti le 6 mars. — Phthisie pulmonaire au troisième degré. — Huile d'iodure de fer bien digérée, après avoir été avalée sans nausées ni répugnance. Il lui trouve seulement un goût fade. Dans les derniers jours de l'administration du médicament, il se manifeste quelques vomissements ; on suspend l'huile ; mais les vomissements se répètent et le malade sort dans un état fort grave.

5e *Fait.* — M. Chardon, salle 4, lit 8 ; entré le 28 janvier ; encore dans la salle (11 mars). — Phthisie laryngée et pulmonaire avancées. Avait renoncé, par une répugnance invincible et par l'absence de tout bon effet, à prendre de l'huile de foie de morue qui lui avait été donnée avant son arrivée à l'hôpital. Il prend l'huile d'iodure de fer depuis son entrée sans répugnance, sans avoir vomi, sans avoir de la diarrhée. — Amélioration, marquée surtout par moins de toux et d'expectoration et par des digestions meilleures.

6e *Fait.* — M. Colin, salle 1, lit 2 ; entré le 2 février, sorti guéri le 16 mars. Plurodynie ; grave soupçon de tubercules. — Huile d'iodure de fer prise d'abord avec quelque répugnance, mais sans nausées ni vomissements ; le malade s'habitue bientôt au goût du médicament qui lui paraissait d'abord désagréable ; la douleur disparaît sous l'influence des révulsifs, et la toux cesse bientôt sous celle de l'huile. Les digestions et l'état général s'améliorent considérablement. Il y a une augmentation sensible d'embonpoint.

7e *Fait.* — Souman, salle 3, lit 5, entré le 8 décembre 1851 ; encore dans les salles aujourd'hui (12 mars). Diathèse scrofuleuse ; abcès froids sous-cutanés nombreux. Toux ancienne et sèche ; aspect des plus chétifs.

L'huile d'iodure a toujours été prise avec répugnance par le malade (c'est le seul qui ait eu un dégoût très-marqué). Vomissements ; de temps en temps diarrhée qui disparaît promptement, malgré la continuation de l'huile ; aujourd'hui le malade prend encore ce médicament et le supporte bien. Son état est fort grave ; cependant il s'améliore sensiblement depuis son séjour à l'hôpital. Quoique cet homme ait un mouvement fébrile continuel et que la nutrition se fasse mal chez lui depuis longtemps, les digestions s'améliorent et les forces augmentent notablement. L'huile est d'ailleurs très-bien supportée aujourd'hui.

8e *Fait.* — Madame Manin, salle 2, n° 4 ; entrée le 16 février 1852, morte le 25. — Phthisie asphyxique. Huile de prot. de fer, facilement supportée malgré l'état presque agonique de la malade. Pas d'effet sensible.

Note sur l'emploi de l'huile d'iodure de M. GILLE, *dans le service de clinique de l'hôpital du Val-de-Grâce, par M. le professeur* MAILLOT, *inspecteur membre du Conseil de santé des armées.*

Depuis deux mois, j'ai administré à plusieurs malades l'huile d'iodure de fer de M. Gille, dans les cas où l'on prescrit l'huile de foie de morue. Ces cas étant toujours constitués par des affections chroniques, il est indispensable, pour apprécier d'une manière complète l'action d'un médicament, de prolonger l'expérimentation pendant un temps très-long ; je ne

(1) M. Gille en a déposé avec sa Note un flacon à l'Académie, il y a près de deux ans ; ce flacon s'est parfaitement conservé jusqu'à ce jour.

puis donc que constater ici les effets immédiats du nouvel agent thérapeutique.

Sous le rapport de la facilité de son administration, ce médicament remplit toutes les conditions désirables. Les malades auxquels je l'ai prescrit l'ont pris sans la moindre répugnance, contrairement à ce qui a lieu, dans la grande majorité des cas, pour l'huile de foie de morue.

Jamais, après avoir été pris, il n'a occasionné le moindre accident du côté des voies digestives. Je n'ai pas même constaté la plus légère nausée.

Dans les cas de phthisie avancée, quelques symptômes, tels que la toux, les sueurs et l'insomnie, ont paru favorablement influencés; mais la lésion pulmonaire n'a pas été améliorée sensiblement; souvent même elle a continué ses progrès, ainsi que l'amaigrissement.

Mais dans un cas où la phthisie, quoique parfaitement caractérisée, était à sa première période, et dont l'observation est jointe à cette Note, tous les symptômes, y compris les signes sthétoscopiques, se sont améliorés, et le poids du corps (que j'ai toujours eu soin de noter dans mes expériences) a augmenté de près de 2 kilogrammes en six semaines.

Ces résultats sont insuffisants pour juger d'une manière définitive l'influence de l'huile d'iodure de fer sur la marche de la phthisie pulmonaire; mais ils suffisent certainement pour encourager les praticiens à expérimenter un médicament qui offre le grand avantage d'être supporté avec une extrême facilité dans une maladie où les voies digestives sont si souvent irritables et réfractaires à une foule d'agents thérapeutiques.

La dose à laquelle j'ai prescrit l'huile de M. Gille est de 30 grammes par jour, contenant 1 décigramme (2 grains) d'iodure de fer. Nous avons appris que la dose prescrite par les médecins qui expérimentent dans les hôpitaux civils est moins élevée. Cela tient sans doute à la différence du personnel maladif. Chez nos jeunes soldats, il faut prescrire les médicaments à des doses assez élevées pour obtenir des effets marqués; tous les médecins militaires sont édifiés sur ce point, qu'il ne faut pas perdre de vue pour comparer les résultats des divers expérimentateurs.

Voici maintenant la relation du fait dans lequel l'huile d'iodure de fer a été donnée au début de la phthisie.

Observation. — Phthisie au début. — Emploi de l'huile d'iodure de fer. — Amélioration marquée. — Le nommé Hubert (Jean), fusilier au 31e de ligne, âgé de 24 ans, n'étant arrivé au corps que depuis trois mois, né dans le département du Bas-Rhin, de parents bien portants, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, salle 30, n° 19, 5 janvier 1852.

Il a les cheveux blonds et les membres assez grêles; sa poitrine est régulière, mais le sternum est un peu saillant. Avant son entrée au régiment, ce malade toussait quelquefois; mais il n'avait jamais fait de maladie grave, ni même été obligé d'interrompre ses occupations. C'est seulement trois semaines avant son entrée au Val-de-Grâce qu'il a été pris de toux, d'insomnie, d'anorexie, d'un malaise général et d'un affaiblissement des forces. A son entrée, on diagnostiqua une *tuberculisation au premier degré affectant le poumon droit.* On prescrivit un régime aussi succulent que possible et des préparations ferrugineuses ordinaires.

L'état du malade reste le même.

Le 19, voulant expérimenter chez ce malade l'iodure de fer, on examine avec le plus grand soin les organes, et l'on note l'état suivant:

Auscultation. — A gauche, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, la respiration est un peu dure; mais l'expansion vésiculaire se fait complétement; à la partie inférieure du même côté, tant en avant qu'en arrière, respiration un peu faible, mais offrant d'ailleurs des caractères normaux. Du côté droit, le bruit respiratoire est en général diminué; postérieurement et en bas, on entend quelques râles secs disséminés et lointains; sous la clavicule, les mêmes râles se font entendre, mais plus abondants et plus superficiels; ce sont, à proprement parler, des craquements.

Percussion. — La différence de sonoréité n'est pas bien sensible entre les deux côtés de la poitrine; cependant, sous les clavicules, le son paraît moins clair à droite qu'à gauche.

Palpation. — Les vibrations locales sont, au contraire, plus prononcées à droite, ainsi que le retentissement de la voix apprécié à l'auscultation. Cette différence est surtout appréciable sous les deux clavicules.

Toux assez fréquente; expectoration médiocrement abondante, n'ayant pas de caractères particuliers. Fièvre légère, surtout le soir. Peu d'appétit.

Poids du corps: 45k975 grammes.

On prescrit le même régime, c'est-à-dire les trois quarts de portion en aliments et en vin, de la tisane amère, et, en outre, 15 grammes d'huile d'iodure de fer.

Le 23, un nouvel examen attentif fait constater ce qui suit:

Dans la fosse sus-épineuse droite, la résonnance vocale, plus prononcée qu'à gauche, donne lieu à une véritable bronchophonie; au contraire, on constate, à plusieurs reprises, que cette résonnance est moindre sous la partie interne de la clavicule droite que dans le point correspondant gauche. Sous la clavicule gauche, l'expiration est un peu prolongée, le murmure respiratoire un peu dur et sans râles. Sous la clavicule droite, on n'entend pas l'expiration; le bruit d'inspiration est masqué par des râles à bulles humides. Dans la fosse sus-épineuse du même côté, les mêmes râles sont perçus: aux deux bases, la respiration est incomplète.

Prescription. Trois quarts d'aliments et de vin; — tisane amère; — huile de proto-iodure de fer, 15 grammes.

Le 13 février, la toux a disparu presque complétement; le facies du malade est meilleur. — La respiration est diminuée dans tout le côté droit, surtout au sommet. Quelques râles disséminés à la base droite. — Au sommet postérieur gauche, quelques petites bulles humides, éloignées. — La sonoréité est notablement diminuée au sommet postérieur droit. Les vibrations vocales sont augmentées dans tout le côté droit postérieurement, ainsi que le retentissement vocal.

Prescription. Trois quarts, tisane amère; huile d'iodure de fer, 30 grammes (1 décigramme d'iodure de fer par jour).

Le 2 mars, le sujet a meilleure apparence; face moins blême, joues légèrement colorées, appétit bon.

Respiration diminuée des deux tiers sous la clavicule droite, avec quelques râles lointains et obscurs à l'inspiration. En arrière, respiration diminuée dans tout le côté droit, légèrement à la base, d'une manière marquée au sommet.

Sonoréité diminuée notablement sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse du côté droit.

Poids net du corps le 2 mars : 47k500 grammes (plus d'un kilogr. et demi d'augmentation). — Le même traitement est continué avec succès jusqu'à ce que le malade se trouve assez bien pour demander sa sortie.

Le second spécimen des faits que j'ai observés n'est pas moins important que celui qui précède, quoique l'amélioration ait été moins marquée. Mais telle qu'elle est, elle n'en est pas moins remarquable dans un cas où la maladie était déjà avancée au point d'avoir déjà produit des cavernes, et où sa marche depuis plusieurs mois avait suivi une progression non interrompue.

Phthisie pulmonaire avancée. — Marche progressive non interrompue. — Huile d'iodure de fer. — Amélioration. — Lombard François, tambour au 44e de ligne, âgé de 26 ans; 4 ans de présence au régiment; entré déjà deux fois à l'hôpital; la première fois, il y a deux ans et demi, en Afrique, pour un ictère; la deuxième fois, à l'hôpital du Roule, à Paris, il y a deux mois, pour une bronchite avec aphonie. Il sortit de cet hôpital après 19 jours de séjour, et entra au Val-de-Grâce le 22 janvier 1852.

Le malade déclare qu'il souffre depuis le 15 octobre, jour où il s'est refroidi étant en sueur et a eu de la fièvre. Depuis cette époque, toux nocturne très-fatigante, sueur, chaleur, mouvement fébrile dans l'après-midi.

A la suite de l'administration des pilules d'agaric blanc, les sueurs ont cessé depuis le 5 février.

Le 10 février, le malade souffre moins; l'amaigrissement, qui était prononcé à son entrée à l'hôpital, ne fait point de progrès, mais ne s'améliore pas non plus. Le malade parle et se promène dans la salle sans essoufflement.

Au côté gauche, postérieurement, la respiration est généralement assez moelleuse, l'expiration n'est point prolongée ni renforcée; sous la clavicule, la respiration est normale. Au côté droit, postérieurement, les bruits d'inspiration et d'expiration sont rudes; au sommet, l'expiration prédomine sur l'inspiration et a un caractère bronchique prononcé. A la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, râle à bulles assez nombreuses, mais inégales, tantôt sèches, tantôt humides, pressées les unes contre les autres; on les entend jusqu'à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse. Sous la clavicule, les mêmes bulles existent, jusqu'au mamelon, où la respiration devient douce et moelleuse.

Le retentissement vocal est très-prononcé au sommet postérieur droit.

Sonoréité diminuée sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse du même côté.

Poids net du malade le 10 février : 51k900 grammes.

Prescription. Demi-portion de viande et légumes; 6 pilules d'agaric blanc, 1 pilule d'opium; *huile d'iodure de fer, une cuillerée à bouche.*

Le 2 mars, toux moindre, expectoration peu abondante, mêlée de liquides salivaires et de mucus opaque, strié. Le malade se sent mieux. Le facies n'est pas amélioré, la voix est toujours rauque.

Postérieurement. Au sommet droit, respiration caverneuse très-prononcée, avec râle caverneux. Au sommet gauche, entre l'omoplate et le rachis, quelques râles humides.

Antérieurement. Sous la clavicule droite, gargouillement; sous la clavicule gauche, la respiration est encore expansive, l'expiration égale l'inspiration.

Poids du corps le 2 mars: 52k800 grammes.

Le malade a pris, depuis le 20 février, un décigramme d'iodure de fer, c'est-à-dire trente grammes d'huile. Le même moyen sera continué.

Séance du 11 Octobre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Neuf rapports sur diverses épidémies qui ont régné en 1852 dans le département du Nord;

2° Spécifique contre l'hydrophobie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Conservation des substances anatomiques. — Embaumements.

M. Falconi, chimiste à Paris, adresse la note suivante :

En adoptant les conclusions du rapport rédigé par MM. Blandin, Caventou, Londe, Orfila-Poiseuille, l'Académie réalisa en 1847 un progrès considérable pour la pratique des embaumements.

Mais quelle que soit l'importance de l'application des substances conservatrices à l'embaumement des corps, cette importance est bien autrement grande lorsqu'il s'agit de conserver les substances animales pour aider aux recherches de l'anatomie, pour en faciliter les démonstrations, pour conserver les pièces pathologiques à l'étude permanente des observateurs, sans qu'elles soient exposées à s'altérer, sans que leur fétidité puisse repousser l'anatomiste, et sans que les instruments puissent être détériorés. C'est là le but essentiel que doivent se proposer ceux qui font une étude spéciale de cette importante branche de la chimie.

Or, à ce point de vue, le rapport de 1847, qui, même dans la question des embaumements, ne pouvait, tant s'en faut, être considéré comme l'apogée de la science, laissait énormément à désirer.

En effet, les systèmes de conservation indiqués ou examinés dans ce rapport, ou ne furent pas suivis dans leur application aux dissections, ou, s'ils le furent, ne produisirent que des résultats bien peu avantageux pour l'étude de l'anatomie ; car, jusqu'ici, les cadavres destinés aux dissections, soit à l'École pratique, soit à l'École anatomique des hôpitaux, ne peuvent se conserver que de quinze à vingt jours ; et les préparations qu'on voudrait conserver subissent toutes les altérations auxquelles elles ont toujours été sujettes ; d'où l'on peut conclure, avec grande apparence de raison, que les embaumements pratiqués par les mêmes systèmes n'empêchent pas les corps de se décomposer dans un délai plus ou moins long, selon les circonstances, mais toujours dans un délai relativement trop court pour satisfaire aux sentiments pieux des personnes qui les font pratiquer.

Lorsque les questions traitées dans le rapport de 1847 se discutaient en France, je m'étais déjà livré, en Italie, à des expériences qui m'avaient conduit aux plus beaux résultats, comme le prouvent les attestations et le rapport du professeur Tomati et des membres du collége des médecins, Minaglia, Ageno, Denegri, etc., etc., et des professeurs Dagna, Platner, Scarenzio, de Catanei, de Momo et Panizza ; mais qui toutefois ne me parurent point suffisamment nombreuses pour être communiquées à l'Académie de France.

Depuis cette époque, j'ai répété et considérablement multiplié mes expériences ; j'ai conservé beaucoup de pièces anatomiques, j'ai fait beaucoup d'embaumements en Italie, et même en France, et il m'est aujourd'hui démontré que la supériorité de mon procédé constitue un progrès signalé sur tout ce qui se pratique aujourd'hui.

C'est cette conviction, monsieur le président, que je désire vivement faire partager à l'Académie. (Comm. : MM. Londe, Caventou, Poisseuille, Chevallier.)

Iode.

M. Duroy, membre de la Société de pharmacie de Paris, adresse un mémoire qui se termine par le résumé suivant :

1° L'iode est un puissant anti-septique ; il arrête et neutralise la fermentation putride ; il montre cette propriété sur les solides et liquides de l'organisme animal, même en présence de l'air ;

2° Il se combine chimiquement à ces diverses substances sans altérer sensiblement leurs formes ;

3° Il se comporte de même à l'égard de l'albumine de l'œuf, de la caséine et du gluten ;

4° L'iode a une affinité plus forte pour les humeurs et les substances protéiques que pour l'amidon ;

5° L'iode élémentaire, aussi bien que l'iodure de potassium, fluidifie les liquides animaux ;

6° Il serait rationnel de tenter l'application interne et externe de l'iode dans les maladies épidémiques, virulentes et miasmatiques. (Comm. MM. Chatin et Gibert.)

Corps fibreux du genou.

M. Pingrenon, médecin principal à l'hôpital militaire de Dunkerque, adresse une observation de corps pédiculé situé à la région antérieure et externe de l'articulation du genou. (Comm. MM. Larrey, Huguier, Robert.)

Le même membre adresse un rapport sur le choléra.

Vaccine.

M. Thouvenin, secrétaire du Comité central de vaccine du département du Nord, adresse le rapport présenté par lui à ce Comité. (Comm. de vaccine.)

DISCUSSION SUR LA SYPHILIS.

A l'occasion du procès-verbal, M. Ricord demande la parole et engage une discussion qui occupe toute la séance. L'importance de cette discussion nous oblige à la remettre à un prochain numéro.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le préfet de police, dont on a pu apprécier plusieurs fois toute la sollicitude pour la santé publique, vient d'adresser aux commissaires de police et aux maires de la banlieue une circulaire relative à la vente des fruits verts. En voici les principaux passages :

« Monsieur,

« . . . . . .

« C'est surtout sur la vente du raisin que j'appelle votre attention. Il s'en vend, à cette époque, dans un état de verdeur tel, qu'il accuse l'absence de toute maturité, et qu'il peut en résulter, sinon un grand danger immédiat, au moins de graves inconvénients pour la santé. Je vous invite donc à faire saisir et détruire les raisins que vous jugerez impropres à la consommation, si les marchands qui en sont détenteurs reconnaissent eux-mêmes, d'après vos observations, qu'il doit en être ainsi. Dans le cas contraire, la marchandise saisie sera envoyée au commissariat de la section des marchés, où elle sera examinée par des inspecteurs compétents, pour être détruite s'il y a lieu, ou restituée aux propriétaires.

« Je ne me dissimule pas que la mesure dont je confie l'exécution à votre sollicitude, frappera particulièrement les marchands ambulants ou étalagistes, qui vendent plus spécialement des fruits non encore mûrs ; mais votre surveillance ne devra pas cependant se borner exclusivement aux produits vendus par eux. Elle s'exercera également, avec toute la réserve nécessaire, sur les marchands en boutique, et aux uns comme aux autres vous devrez donner, avant toute constatation de mise en vente des denrées alimentaires insalubres (prévue et punie par la loi du 27 mars 1851), des avis salutaires pour leur faire comprendre les conséquences possibles de ventes de cette nature. . . . . .

. . . . . .

« *Le préfet de police,*

« PIETRI. »

— *Les Mémoires d'un bourgeois de Paris, par le docteur L. Véron.* — Ce qu'on entend par un *Bourgeois de Paris* n'est pas chose rare ni même fort amusante, et les mémoires qu'il pourrait écrire offriraient, nous le croyons, assez peu d'attrait. Mais un bourgeois comme le docteur L. Véron est un bourgeois hors ligne, et ses mémoires promettent d'être un charmant divertissement, pourvu qu'ils ne soient pas trop longs. Tout le monde trouvera à s'y distraire, et, à en juger par le sommaire des chapitres qu'on vient de faire annoncer dans les journaux, les médecins y trouveront en particulier un doux délassement. Nous consacrerons donc un ou deux feuilletons à l'analyse de cette étonnante conception, dès qu'il nous aura été permis d'y jeter les yeux.

— *Mixture pour le transport des corps morts.* — On sait qu'un règlement de police exige que les corps que l'on transporte à des distances plus ou moins grandes soient entourés de substances propres à en empêcher la trop prompte décomposition et à absorber les fluides qui peuvent s'en écouler. La substance adoptée jusqu'à ce jour était un mélange de poudre de charbon et de tan. Sur le rapport favorable du conseil de salubrité, M. le préfet de police vient d'adopter un mélange qui inspirera beaucoup moins de répugnance aux familles, lequel a été proposé par un chimiste, M. Falconi, qui s'occupe avec succès des applications de la chimie à la conservation des matières animales. Le mélange adopté est composé de sciure de bois blanc et de sulfate de fer ou de zinc.

— Le 3 octobre, lendemain de la mort de M. Arago, l'Académie des sciences a suspendu le cours de ses travaux. Nous n'aurons à publier de compte rendu que dans notre prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur BOUILLAUD, recueillies et rédigées par le docteur RACLE. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Ce travail est délivré gratis aux souscripteurs qui envoient le prix d'un abonnement d'un an.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 124. 1re année. Samedi 15 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Exercice de la médecine par un officier de santé hors du département où il a été reçu. — **CLINIQUE CIVILE :** Croup traité par les vomitifs, l'alun uni au calomel, et les frictions avec l'onguent napolitain. Hydrargyrie. Guérison. Par M. le Dr Thore fils. — **CLINIQUE ÉTRANGÈRE :** Développement de vers dans l'oreille d'une femme maniaque, ayant donné lieu chez cette malade à une tristesse profonde et à une otite violente, par le Dr Andrea Belletti. — **CLINIQUE DEPARTEMENTALE :** Observation de corps étranger ayant séjourné longtemps dans le conduit auditif externe. Tentations d'extraction couronnées de succès, par M. le Dr E. Collin. — **CHIMIE MEDICALE ET PHARMACOLOGIE :** Remarques sur une nouvelle préparation de colchique. Teinture hannemanienne de fleurs, par M. Dorvault. — Un mot sur le mode d'administration de la vératrine dans les maladies fébriles. — **CHIMIE MEDICALE :** Examen chimique des tubercules pulmonaires, etc., par M. J.-L. Lassaigne. — Sur la coloration en rouge de la quinine par le ferro-cyanure de potassium, par M. A. Vogel. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 14 *Octobre* 1853.

Exercice de la médecine par un officier de santé hors du département où il a été reçu.

Il est peu de questions qu'on nous adresse aussi souvent que celle de savoir si un officier de santé peut, avec une autorisation de l'autorité administrative, exercer dans un département autre que celui où il a été reçu. Cette question, souvent controversée, diversement jugée par les tribunaux, avait été résolue enfin par la Cour suprême d'une manière aussi catégorique qu'elle l'a été dans la loi de ventôse an XI elle-même, qui a déclaré formellement (art. 29) :

« Les officiers de santé *ne pourront* s'établir que dans le « département où ils auront été examinés par le jury, après « l'enregistrement de leur diplôme. »

Aussi, ayant été consulté tout récemment par un honorable confrère, n'avons-nous pas hésité à lui répondre catégoriquement dans le sens de l'arrêt de la Cour de cassation, et, ce qui était mieux encore, dans l'esprit très-évident de la loi; et parmi les exemples nombreux sur lesquels nous aurions pu appuyer notre opinion, nous avons cité celui d'un officier de santé qui avait obtenu du Ministre de l'Instruction publique une autorisation pour exercer dans un département autre que celui où il avait été reçu, et qui n'en avait pas moins été condamné pour exercice illégal de la médecine.

Il nous paraissait donc impossible que cette question pût être de nouveau jugée différemment. Il n'en a pas été ainsi : la Cour de Caen vient de confirmer un jugement du tribunal de Lisieux, qui déclare légal l'exercice de la médecine dans le département du Calvados par un officier de santé reçu dans le département de la Seine. Voici dans quelles circonstances l'arrêt de la Cour a été rendu :

M. Rosey, officier de santé reçu par le jury médical du département de la Seine, est venu s'établir et exercer sa profession dans la commune de Saint-Pierre-de-Mailloc, arrondissement de Lisieux, après avoir fait viser son diplôme par le préfet du Calvados, pour exercer la médecine dans ce département. Ce diplôme a été inscrit, à la diligence de M. Rosey, au greffe du tribunal de Lisieux.

Le ministère public a cité M. Rosey devant le tribunal correctionnel, pour exercice illégal de la profession d'officier de santé dans un département où il n'a pas été reçu, et aussi pour avoir fourni des médicaments à ses malades dans une commune où il y avait une pharmacie.

Acquitté sur le premier chef, M. Rosey a été condamné sur le deuxième.

Il a interjeté appel de ce jugement.

La Cour, après avoir entendu la plaidoirie de Me Poulouy, du barreau de Lisieux, pour M. Rosey, et les conclusions de M. l'avocat-général Farjas, qui a insisté pour la confirmation du jugement, a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant que Rosey établit par un diplôme qu'il est reçu officier de santé par le jury médical du département de la Seine; que le titre d'officier de santé lui appartient, et qu'aux termes de la jurisprudence, il peut s'en prévaloir, même en dehors du département où il a été reçu, sans encourir les peines prononcées contre l'usurpation de ce titre;

« Considérant qu'à la vérité, l'art. 29 de la loi du 19 ventôse an XI dispose que les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury, après s'être fait enregistrer au greffe des tribunaux, conformément à l'art. 25, *mais que l'infraction à cet article n'est sanctionnée par aucune peine écrite dans la loi même;*

« Considérant qu'on ne peut suppléer à cette lacune par les dispositions de l'art. 471, n° 15 du *Code pénal,* lequel, par ses termes exprès, ne sert de sanction qu'aux règlements admnisi-

ratifs et municipaux, et non aux lois prohibitives qui doivent elles-mêmes contenir leur sanction;

« Considérant que l'art. 35 de la loi du 19 ventôse an XI ne peut être applicable à Rosey; qu'en effet, la peine prononcée par cet article atteint ceux qui exercent la médecine sans diplôme et sans être portés sur les listes établies par les art. 25, 26 et 34; que Rosey est pourvu d'un diplôme visé le 10 septembre 1831, par le préfet du Calvados, pour exercer la médecine dans le Calvados; que ce visa porte un numéro d'ordre des bureaux de la préfecture; qu'il a été, à la diligence de Rosey, inscrit au greffe du tribunal de Lisieux; qu'aucune liste des docteurs et médecins de l'arrondissement de Lisieux n'étant représentée, il incombait seulement à Rosey de justifier, ainsi qu'il l'a fait, qu'avec l'approbation de l'autorité administrative, il avait présenté son diplôme et fait inscrire son nom au greffe du tribunal, le surplus étant laissé aux soins de l'administration et du ministère public, ainsi que le déclare formellement l'art. 25 de la loi du 19 ventôse an XI;

« Considérant, sous un autre point de vue, qu'en admettant l'art. 471, n° 15, du Code pénal, comme sanction de l'art. 29 de la loi précitée, on ne pourrait se fonder que sur ce que l'art. 29 de la loi du 19 ventôse an XI serait un règlement légalement fait par l'autorité administrative auquel il aurait été contrevenu;

« Mais qu'ici la contravention ne saurait être imputée à Rosey, qui produit une autorisation de l'autorité administrative elle-même, accordée sans condition ni limite de durée;

« Que les autorisations de ce genre sont conservées par l'usage; qu'il résulte des documents produits qu'elles sont fréquemment délivrées par les préfets et par le ministre même, sans doute parce que l'autorité administrative se reconnaît, en certains cas, le droit de modifier ses propres règlements auxquels les nécessités de la santé publique peuvent obliger parfois d'apporter des exceptions imprévues;

« Considérant que Rosey ne saurait donc raisonnablement être déclaré convaincu de contravention aux règlements de l'administration, quand il n'a fait que profiter d'une autorisation obtenue d'elle;

« En ce qui touche la vente ou la distribution faite par Rosey de préparations pharmaceutiques:

« Considérant qu'Étard, pharmacien reçu, tient une officine ouverte dans la commune de Saint-Pierre-de-Mailloc, habitée par Rosey; que cet officier de santé ne peut, dès lors, se prévaloir de l'exception prévue par l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI; qu'il y a lieu, d'ailleurs, d'adopter sur ce chef les motifs et la décision des premiers juges,

« La Cour,

« Par ces motifs,

« Sur le premier chef, réforme le jugement dont est appel, et décharge Rosey de la condamnation à 5 fr. d'amende contre lui prononcée, pour exercice illégal de la médecine;

« Confirme ledit jugement au chef où il a prononcé 25 francs d'amende, pour vente et distribution de médicaments;

« Condamne Rosey aux dépens taxés avec ceux de première instance. »

Le seul considérant grave sur lequel cet arrêt se fonde, est tiré de ce que l'interdiction prononcée par l'art. 29 de ventôse *n'est sanctionnée par aucune peine* ÉCRITE DANS LA LOI ELLE-MÊME. Nos lumières en législation et en jurisprudence ne nous permettent pas de discuter si l'absence d'une telle sanction, *dans la loi même* qui prononce l'interdiction, suffit pour rendre nulle une prescription aussi formelle que celle de la loi de ventôse. Mais on doit concevoir qu'au point de vue de la raison générale, un tel principe est singulièrement défectueux, car il suppose ou que le législateur qui a fait la loi ignorait la condition essentielle de la loi, ou bien qu'il a sciemment formulé des prescriptions puériles et absolument sans valeur. Or, ni l'une ni l'autre de ces suppositions ne sauraient, suivant nous, être admises.

Cependant, puisqu'une Cour impériale vient de se prononcer contrairement à notre doctrine, conforme elle-même à celle de la Cour de cassation, il nous paraîtrait désirable que le ministère public en appelât, afin que la Cour suprême, chambres assemblées, rendît un arrêt qui eût enfin force de loi.

Mais tout en nous prononçant pour l'interdiction formulée par la loi de ventôse, nous ne devons pas moins répéter, en terminant, ce que nous avons dit plusieurs fois déjà, à savoir: que cette interdiction ne nous paraît fondée sur aucun motif plausible, et qu'au point de vue de la raison générale, comme sous le rapport scientifique, les autorisations délivrées par l'autorité sont irréprochables. Ce serait, ce nous semble, le cas de dire: *Il faut sortir de la légalité pour entrer dans le droit.*

CLINIQUE CIVILE.

Croup traité par les vomitifs, l'alun uni au calomel, et les frictions avec l'onguent napolitain. — Hydrargyrie. — Guérison.

Observation communiquée par M. le docteur THORE fils, *ancien interne des hôpitaux,* etc.

Observation. — Un jeune garçon âgé de 3 ans, d'une santé assez bonne, quoique ayant une tendance marquée au rachitisme, est pris, dans la soirée du 17 juin 1851, de vomissements accompagnés de fièvre pendant la nuit, qui est fort agitée; il survient une toux avec sifflement et suffocation. Appelé de très-grand matin auprès de lui, je constate les symptômes suivants: fièvre intense, 120 pulsations, anxiété très-marquée, voix éteinte, toux semblable à un aboiement, respiration sifflante; la face est très-congestionnée, les conjonctives fortement injectées.

On applique 4 sangsues à l'anus, et on administre le sirop d'ipécacuanha à fortes doses.

A trois heures, l'état du petit malade est à peu près le même; il a vomi assez abondamment. Au milieu du liquide rejeté, qui est incolore et visqueux, on voit nager des fragments pseudo-membraneux, allongés, aplatis et consistants. La fièvre est toujours fort intense; la voix et la toux sont caractéristiques. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; les amygdales, d'un rouge sombre, sont volumineuses et commencent à se couvrir de productions couenneuses. Elles sont énergiquement cautérisées avec l'azotate d'argent solide. Je prescris des frictions sur le cou et la partie supérieure de la poitrine avec l'onguent napolitain.

Le soir, l'état du petit malade s'est tellement aggravé, que son père qui, par sa profession de pharmacien, se trouvait plus que d'autres à même d'apprécier les changements fâcheux survenus en un si court espace de temps, me fait appeler de nouveau, en me disant que son enfant n'a plus que quelques instants à vivre. En effet, tous les symptômes avaient pris une intensité effrayante; la face, jusqu'alors très-colorée, était d'une pâleur livide; les lèvres et la langue étaient violacées; le pouls à 132; le malade était dans un état d'agitation et d'angoisse impossible à décrire. La voix est tout à fait éteinte; la toux est rare et aphone; sifflement laryngo-trachéal très-intense. Les ganglions sous-maxillaires sont extrêmement engorgés. Je prescris une potion avec 10 centigrammes d'émétique; les premières cuillerées produisent des vomissements très-abondants, semblables à ceux déjà décrits et contenant encore des débris pseudo-membraneux. Bientôt les vomissements deviennent presque incessants, et bien qu'on ait été obligé de suspendre la potion stibiée, ils continuent pendant toute la soirée. Ne pouvant plus compter sur ce moyen auquel l'estomac paraissait absolument réfractaire, je prescris un paquet contenant 5 centigrammes d'alun et autant

de calomel, à prendre toutes les heures pendant la nuit. Je le quitte à onze heures du soir, en proie à tous les accidents décrits plus haut.

Le 19, la nuit a été plus calme qu'on ne l'espérait; le pouls conserve beaucoup de fréquence, à 132. Les amygdales sont fortement excavées, rougeâtres, inégales, couvertes de fausses membranes épaisses et d'un gris jaunâtre, assez adhérentes. La voix est complétement éteinte, la toux toujours semblable à un aboiement. La poitrine est sonore et le murmure respiratoire assez pur. Moins d'agitation et d'anxiété. L'enfant a été toute la nuit dans un état de nausée incessant; il a plusieurs fois vomi. Les frictions ont provoqué une éruption érythémateuse qui a envahi tout le col, toute la partie supérieure de la poitrine et du bras droit, accompagnée d'une très-vive démangeaison. On continue le paquet d'alun et de calomel (1 décigr.).

Dans l'après-midi, la voix paraît moins éteinte; elle est fortement enrouée, mais non aphone comme le matin et la veille; la toux tend à prendre un caractère muqueux; les amygdales sont toujours déchiquetées et sont couvertes de couennes qui nécessitent une nouvelle cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; la langue est nette et humide. Il a plusieurs fois vomi depuis ce matin; il vomit encore après la cautérisation, et il rejette devant moi plusieurs débris de fausses membranes. Les ganglions sous-maxillaires sont toujours très-volumineux.

Le soir, l'enfant est assez calme; la voix reprend un peu de sonorité; toux sèche et conservant toujours le caractère déjà décrit. Il ronfle bruyamment pendant le sommeil. Les paquets de calomel qui avaient été régulièrement administrés pendant le jour, sont suspendus pendant la nuit.

L'hydrargyrie continue à s'étendre et à causer de vives démangeaisons. Elle occupe le col, toute la partie supérieure de la poitrine et le bras droit, jusqu'au poignet. Elle est d'un rouge framboisé, formant une couche continue absolument semblable à une scarlatine la plus régulière; elle se présente sur le ventre sous la forme de petites taches isolées.

Le 20, la nuit a été fort mauvaise, l'enfant est fort agité, change de place à chaque instant; il a eu du sommeil par moments, et il ronfle très-bruyamment. Le pouls est à 120; la peau moins chaude; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas plus engorgés; les amygdales sont fort inégales, excavées et encore couvertes de couennes grisâtres. L'inspiration est toujours sifflante, la voix mieux timbrée, et prend dans le cri un peu d'éclat; la toux est toujours semblable à l'aboiement d'un petit chien. Le malade a vomi une fois pendant la nuit et a eu trois selles verdâtres et foncées.

L'éruption hydrargyrique s'étend vers le bras gauche aujourd'hui. Ce bras qui, peu de temps auparavant, avait été le siége d'une profonde brûlure qui est à peine cicatrisée aujourd'hui, est beaucoup plus douloureux que le droit. L'éruption forme une couche mi-régulière et s'étend aussi du côté de l'abdomen; la démangeaison est très-vive.

Cautérisation des amygdales; prises de calomel et d'alun (5 centigrammes); un lavement émollient. Les frictions ont été suspendues aussitôt que l'éruption s'est développée.

Le soir, le pouls est à 108. Les symptômes locaux sont stationnaires. L'éruption ne s'est point étendue davantage; langue blanche et humide. On cesse les paquets.

Le 21, l'enfant a été fort calme pendant la nuit; il a dormi assez longtemps avec un ronflement très-prononcé, que j'ai pu constater moi-même.

Le sifflement laryngo-trachéal est moins aigu; la toux conserve le caractère croupal; la voix a repris de la sonorité; peau chaude; pouls à 120. Les amygdales sont couvertes de fausses membranes. Nouvelle cautérisation qui provoque un vomissement. Il a eu trois selles verdâtres. On continue les paquets.

L'éruption commence à pâlir; elle ne s'étend plus. La démangeaison diminue.

Le 22, un mieux bien marqué se manifeste; le pouls est à 104-108. Le ronflement pendant le sommeil a cessé, ainsi que j'ai pu m'en assurer moi-même. Deux points pseudo-membraneux peu étendus se voient encore à la base des amygdales. Ils sont cautérisés. La toux devient plus muqueuse, la voix plus sonore.

L'éruption a complétement disparu. On reprend les onctions mercurielles et on suspend les poudres. L'enfant a eu encore deux selles. Il a vomi une fois pendant la nuit.

Le 23, pouls à 92. La toux reprend le caractère croupal par intervalles; la voix est sonore, presque normale; les tonsilles sont d'un rouge sombre et inégales, mais sans couennes. La langue est jaune et sale. Plus de vomissements. Une selle d'un noir verdâtre.

L'éruption a complétement disparu; elle a laissé à sa suite, surtout à la région du col et à la partie supérieure du thorax, une desquammation tout à fait semblable à celle qui succède à la scarlatine, et elle est si prononcée qu'il serait impossible de l'en distinguer.

On cesse tout traitement actif; on accorde un peu de bouillon.

Le 24, le pouls est à 84. La toux est humide, la voix naturelle. Il n'y a plus de ronflement; les amygdales sont pâles et régulières. Appétit.

La desquammation est de plus en plus marquée dans les points indiqués. Elle se développe sous forme de très-larges plaques qui se détachent avec facilité.

Le 25, il va tout à fait bien; il mange des potages; la desquammation est de beaucoup moins abondante.

La convalescence a d'ailleurs été assez longue. Il a eu à plusieurs reprises de la diarrhée et un peu de fièvre.

Pendant un mois, il a été nécessaire de maintenir l'enfant à un régime assez sévère.

Un intérêt tout naturel s'attache toujours aux faits de guérison de croup bien constatés, et il nous semble que celui qui vient d'être rapporté est trop caractérisé sous le rapport de la nature et de la gravité de la maladie, pour qu'il soit nécessaire de revenir sur l'étude des symptômes que le petit malade a présentés. Nous nous bornerons à quelques réflexions que ce fait suggère au point de vue thérapeutique.

Tout le monde est d'accord sur l'extrême utilité du vomitif dans le traitement du croup. C'est sur ce moyen qu'il faut surtout compter, et c'est par lui qu'on doit attaquer les accidents les plus effrayants de cette grave affection. Mais il peut arriver que les voies digestives soient réfractaires à son administration, et c'est alors que le praticien doit appeler à son aide des agents thérapeutiques dont l'efficacité est peut-être moins solidement établie.

Dans le cas qui nous occupe, l'ipécacuanha, administré à assez forte dose, n'ayant amené aucune amélioration, et les symptômes s'aggravant avec une extrême rapidité, j'administrai au plus vite le tartre stibié. Mais après les premières cueillerées de la potion émétisée, les vomissements devinrent tellement intenses et tellement fréquents qu'il fallut bientôt la suspendre. Désespérant de réussir par ce moyen, et craignant dans une position si critique de perdre même quelques minutes, je prescrivis pour la nuit le calomel et l'alun à doses égales et administrées par paquets de 1 décigramme d'heure en heure, en même temps que l'on continuait les onctions avec l'onguent napolitain.

Déjà MM. Bretonneau, Guersant et Trousseau avaient mis en usage le calomel et l'alun dans le traitement du croup, à doses plus ou moins élevées et de diverses manières. M. Miquel (d'Amboise) réunit ces deux médicaments d'après une nouvelle formule que j'ai suivie, et qui l'avait été avant moi par plusieurs praticiens, et récemment encore par M. le docteur Berton. On lira dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1850, p. 107) un fait remarquable de guérison du croup par ce mode de traitement.

Doit-on attribuer seulement à l'usage du calomel et de l'alun le succès que nous avons obtenu? Ne serait-il pas juste d'accorder une bonne partie de cet honneur à l'émétique? Il me semble rationnel d'admettre cette dernière manière de voir, et je crois que, sans les violentes secousses causées par le vomitif, le calomel et l'alun n'eussent peut-être point donné d'aussi bons résul-

tats. Quoi qu'il en soit, c'est une précieuse ressource que l'on ne saurait trop recommander dans le traitement d'une maladie contre laquelle les agents les plus énergiques ne sont que trop souvent frappés d'impuissance.

Il ne sera peut-être pas très-facile d'expliquer, dans ce cas, l'action combinée des deux médicaments habituellement administrés d'une manière séparée. Voici l'explication que M. Berton propose (*loc. cit.*, p. 108) :

« Dans le procédé de M. Miquel, la médication substitutive « est plus promptement et plus sûrement obtenue au moyen de « l'association de l'alun et du calomel, qui contre-balancerait, « enrayerait la double action, l'action purgative de ce dernier, « et par suite laisserait agir seul ou exalterait son action mer- « curielle sur la muqueuse de la bouche et de l'arrière-gorge. »

Je ne sais jusqu'à quel point cette explication sera trouvée satisfaisante. Je me suis borné à suivre la formule telle qu'elle a été employée avec succès, sans trop rechercher son mode d'action. Cependant, si l'on se propose seulement d'employer le calomel comme altérant, n'obtiendrait-on pas les mêmes résultats en l'administrant seul et à doses beaucoup plus réfractées? Si l'on veut éviter l'effet purgatif, est-il bien de le donner à la dose d'un décigramme toutes les heures? Moi-même j'ai cru devoir l'employer à dose plus faible (5 centigr.), et il m'a paru surtout agir comme purgatif dans le fait qui m'appartient, et c'est plutôt à ce titre qu'il a eu quelque efficacité.

Les onctions faites avec l'onguent napolitain à la région du cou ont été préconisées par les médecins anglais et allemands, en France par M. Guersant et Bretonneau. Plus récemment elles ont été recommandées par un savant praticien de Lyon, M. Levrat-Perroton, qui a obtenu des succès très-remarquables et constants. Jusqu'à présent je n'ai pu constater d'une manière bien directe les bons effets que d'autres médecins paraissent avoir obtenus par ce mode de traitement. Cette dernière fois j'ai été obligé de le suspendre à cause d'un accident qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Les faits relatifs aux éruptions produites par l'action du mercure sont assez rares, au moins en France, et l'on doit savoir gré à M. C. Baron d'avoir rapporté des observations recueillies chez les enfants. Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'y ajouter la nôtre.

Nous noterons d'abord l'âge de notre petit malade (3 ans), pour faire voir que non-seulement cette maladie n'est pas particulière aux adultes, ainsi que M. Baron l'a surabondamment prouvé, mais qu'elle peut se manifester chez des enfants plus jeunes que ceux dont il a rapporté l'histoire.

Je ferai remarquer aussi que l'enfant était du sexe masculin, ce qui fortifierait cette observation que l'hydrargyrie est plus fréquente dans ce sexe.

Il est juste d'attribuer l'hydrargyrie aux frictions, puisqu'elle s'est développée après la première application de l'onguent napolitain, tandis que le calomel n'avait point eu le temps de manifester encore son action.

L'éruption a été en tout semblable à la scarlatine ; elle a été limitée au col et à la paroi supérieure de la poitrine, au dos, aux bras et aux avant-bras, c'est-à-dire aux parties que l'on avait enduites de pommade et à celles qui étaient les plus voisines. Elle a duré trois jours. Aussitôt après qu'elle a disparu, la desquammation a commencé; elle était très-prononcée et en tout semblable à celle qui suit la scarlatine.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Développement de vers dans l'oreille d'une femme maniaque, ayant donné lieu chez cette malade à une tristesse profonde et à une otite violente.

Observation du docteur Andrea Belletti,

Traduite de l'italien par le docteur G. Vignolo.

La nommée P. L...., âgée de 32 ans, d'un tempérament nerveux avec prédominance hépatique, entra le 13 août 1830 à l'hôpital civil de Palerme, où elle fut placée, je ne sais pour quelle maladie, dans la salle de chirurgie. Elle y était à peine depuis quelques jours, lorsqu'elle fut tout à coup frappée de manie avec de tels accès de fureur, qu'il fut impossible de la laisser en compagnie des autres malades. Et comme, à cette époque, dans notre maison d'aliénés, la partie affectée aux femmes folles était encore en construction, on fut obligé de la transporter dans la prison des femmes où elle commença par offrir des symptômes bien caractérisés de monomanie orgueilleuse. Se couronnant la tête de fleurs et ceignant son front d'une espèce de turban à la mode des femmes musulmanes, elle prenait une pose impériale et commandait toujours aux femmes détenues. Souvent gaie et gentille, elle était douée d'une parole douce et éloquente qui divertissait tous ceux qui l'approchaient.

Le 20 janvier 1832, elle fut admise à la maison royale des aliénés; et, outre les symptômes ordinaires de la monomanie orgueilleuse, elle était prise de temps à autre de violents accès de délire et d'extrême agitation, pendant lesquels elle se livrait à une loquacité excessive, chantait, dansait et courait çà et là comme une étourdie.

Dans ses moments de calme, elle s'occupait à tout espèce de travaux et se rendait utile à l'établissement.

Au bout de quelques années, elle en était arrivée à ce degré de quiétisme ordinairement voisin ou avant-coureur de la démence; elle conservait néanmoins une certaine gaîté, et ne se refusait jamais au travail. Elle était dans cet état, lorsqu'au mois d'octobre 1844, on la vit fuir la fatigue, devenir taciturne, chercher la solitude et s'abandonner à la tristesse. Les moyens moraux employés n'eurent aucun effet; elle tomba dans une mélancolie de jour en jour plus prononcée, se reléguant toujours dans un coin reculé de la salle, et refusant même quelquefois les aliments.

Après être restée quelque temps dans cet état, elle se livra une nuit à de tels gémissements et poussa des cris si bruyants, que les gardiens accoururent pour voir quelle en était la cause; ils la trouvèrent agitée, furieuse, et en proie à d'atroces douleurs. Le lendemain, comme j'appris ce qui s'était passé, j'observai attentivement la malade, et je découvris qu'il s'agissait d'une inflammation aiguë de l'oreille gauche. L'orifice externe du conduit auditif était rouge, douloureux, gonflé et fermé à tel point qu'il ne permettait pas même l'introduction d'une petite sonde. La face était vultueuse, les yeux vifs et animés, la langue enduite d'une couche blanc-jaunâtre : le pouls était dur et fréquent. Je prescrivis une saignée de bras, une application de sangsues autour de l'oreille, des cataplasmes émollients, la diète. Et comme, sous l'influence de ces différents moyens, non seulement la douleur ne diminuait pas d'intensité, mais, au contraire, se compliquait de délire, j'ordonnai une nouvelle application de sangsues, un purgatif huileux et des sinapismes aux pieds. Ce fut alors seulement qu'il y eut un amendement notable de tous les symptômes précités. La douleur et le délire diminuèrent et la malade annonça elle-même qu'elle se trouvait beaucoup mieux. Mais un phénomène local frappa plus que tout autre mon attention : de l'orifice de l'oreille déjà moins rouge, moins gonflé et plus dilaté, s'échappait un corps étranger, de couleur blanc de perle, lisse, convexe et comme adhérent aux parties environnantes; toutes les tentatives faites pour en opérer l'extraction n'atteignant pas leur but, je crus devoir l'inciser verticalement. Mais quelle ne fut pas ma surprise ainsi que celle du chevalier Amari et du docteur Signocco qui étaient présents, lorsque nous vîmes sortir de l'ouverture faite par l'incision, pendant environ un quart d'heure, une grande quantité de petits vers d'une couleur jaune brun de 3 lignes de longueur, s'agitant dans un liquide demi-transparent et visqueux. Pour mieux en favoriser la sortie, je détruisis entièrement la fausse membrane, je fis des injections d'eau tiède dans le conduit auditif externe, et je disposai les choses pour que la malade qui était presque instantanément revenue à son état de santé ordinaire, se couchât l'oreille gauche reposant sur l'oreiller.

Au bout de trois jours, temps pendant lequel les vers avaient continué de sortir quoiqu'en petit nombre, n'en voyant plus paraître, j'explorai le conduit auditif avec la sonde et crus reconnaître la présence de corps étrangers durs et élastiques; et quoique les docteurs de Loggia, Calcara, et Gebbia qui voulurent répéter l'exploration fussent d'un avis contraire, j'introduisis de nouveau l'instrument et m'en servant comme d'un levier que je fis glisser entre le prétendu corps étranger et les parois du conduit auditif, j'amenai au dehors un ver d'un volume six fois plus grand que ceux qui étaient précédemment sortis. Du reste, il était de même nature qu'eux, au point qu'il ne vint à l'idée de personne de le regarder comme d'une espèce différente. J'en retirai immédiatement après deux autres de même forme et de même volume.

Le docteur Pierre Calcara, professeur d'histoire naturelle de notre Université royale des études, qui a examiné ces vers, et qui les conserve dans son cabinet, nous a transmis sur eux la note suivante : « Chenille d'insecte coléoptère munie de pieds « symétriques, de couleur jaune-brun, qui, si elle eût continué « à demeurer dans le conduit auditif, aurait subi sa métamor- « phose, et se fût transformée en coléoptère parfait de la tribu « des clavicornes, et probablement du genre *Nicrophorus der-* « *mestes*, insecte qui se loge ordinairement dans le tissu de la « peau des cadavres d'animaux en proie à la fermentation « putride. »

La malade, débarrassée et complétement guérie de son mal d'oreille, avait repris le cours de ses occupations habituelles dans l'établissement, mais ce ne fut que pour quelques mois, car elle fut frappée d'une attaque d'apoplexie dont elle mourut le 6 mars 1845.

A l'autopsie, on trouva les sinus de la dure-mère, ainsi que les vaisseaux des méninges et du cerveau, gorgés de sang. Le cerveau lui-même offrait un ramollissement marqué; incisée en plusieurs sens, la pulpe cérébrale n'a offert d'autre altération qu'un pointillement rouge. Dans l'oreille gauche, la membrane du tympan était complétement détruite; l'osselet, le marteau, manquaient pareillement; quant aux autres parties de l'oreille, elles offraient leur état normal.

Assurément, en remontant à la plus haute antiquité, on n'ignorait pas que des larves d'insectes peuvent se développer dans le conduit auditif, et que leur présence offre ordinairement des symptômes très-graves. Galien, Aétius, Lanzoni, Behrens, Valsalva, Morgagni, etc., rapportent des faits de ce genre. Néanmoins, je considère celui que je viens de rapporter comme un des plus rares qu'on ait rencontrés à cause du nombre extraordinaire de vers qui ont été expulsés. On aurait cru que le conduit auditif et la cavité de la caisse du tympan eussent été insuffisants à les renfermer.

Pendant le temps que la malade était restée à l'hospice, elle n'avait jamais présenté aucune maladie de l'oreille; aussi est-il impossible d'admettre qu'un insecte aura déposé ses œufs au fond d'une ulcère chronique. D'un autre côté, la guérison radicale et si prompte du mal, immédiatement après l'issue des vers, oblige à renoncer à cette idée. Il y aurait plutôt lieu de présumer que la malade en question introduisit elle-même dans son oreille quelque fragment de matière organique, dont la putréfaction aura provoqué quelque insecte à y déposer ses œufs.

L'espèce de membrane, d'un blanc de perle, résistante et faisant saillie au dehors, que nous avons signalée comme fermant hermétiquement l'orifice du conduit auditif externe, n'était bien certainement autre chose que l'humeur visqueuse et semi-transparente où nageaient les petits vers, qui s'était condensée et desséchée au contact de l'air. Et je regarde comme une chose certaine que, si les larves n'ont pas acquis un plus grand développement, c'est uniquement parce qu'elles se trouvaient renfermées et comprimées dans cette espèce de kyste renfermé lui-même dans la cavité de l'oreille. En effet, les derniers vers qui furent extraits au bout de trois jours acquirent, comme nous l'avons dit, un volume sextuple des précédents, dont ils ne différaient absolument que par le volume.

La mélancolie profonde où tomba la malade n'eut évidemment d'autre cause que la présence de ces corps étrangers dans l'oreille. Et il est bien certain que si l'art ne fût venu en aide à cette malheureuse femme, son état aurait présenté des symptômes bien autrement graves. Rappelons ici, en effet, le cas observé par Fabrice de Hilden, sur une jeune fille de 10 ans, chez laquelle la présence d'une petite boulette en verre de la grosseur d'un petit pois, qui lui avait été jetée dans l'oreille, suffit pour déterminer un engourdissement dans un bras, dans les lombes, à la cuisse et à la jambe gauches, et qui fut prise, en outre, d'une toux continue et de convulsions épileptiques. Tous ces symptômes disparurent dès que le corps étranger fut extrait.

(Extrait de la *Gazette médicale italienne* (Lombardie), n° 38, 19 septembre 1853, qui l'a extrait elle-même du *giornale psichiatrico* il Pisani.)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observation de corps étranger ayant séjourné longtemps dans le conduit auditif externe. — Tentations d'extraction couronnées de succès.

Un de nos honorables correspondants de l'armée, M. le docteur Collin, nous adresse la lettre suivante à propos d'un fait intéressant qu'il vient d'observer. Nous croyons utile de le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous communiquer une observation de corps étranger ayant séjourné, pendant de longues années, dans le conduit auditif externe, sans donner lieu à aucun accident.

Les faits de ce genre, vous le savez, sont rares dans la science, et je n'ai pu en trouver que trois cas :

Le premier est cité par Larrey : le corps étranger avait séjourné dix ans.

Le deuxième est dû à M. Poullain, qui a pu extraire un haricot après sept ans; l'ouïe s'est rétablie sans altération.

Enfin, M. Yvan a pu faire sortir, à l'aide d'injections savonneuses, un noyau de cerise resté vingt ans dans l'oreille sans avoir occasionné la perte de l'audition.

Ces deux derniers cas sont cités par Pétrequin dans son *Traité d'anatomie*, d'après la *Gazette médicale* de 1837, n° 44.

Voici celui qui s'est présenté à mon observation :

Le nommé Collet, hussard au 3e régiment, se présente, il y a quelques jours, à ma visite. Il est âgé de 23 ans.

Il me dit qu'à l'âge de six ans, il s'amusait un jour avec d'autres enfants à s'introduire dans l'oreille des noyaux de prunelles; qu'un de ces noyaux n'ayant pu être retiré, il l'avait gardé depuis sans en souffrir jamais.

« J'entends très-peu de cette oreille, ajouta cet homme, et quelquefois la surdité est complète de ce côté; mais alors, à l'aide d'une épingle, je fais remuer ce noyau et aussitôt après j'entends un peu mieux. Hier, je n'ai pu arriver à produire l'ébranlement accoutumé, et je viens vous prier de me débarrasser de cette infirmité. »

J'avoue, monsieur le rédacteur, que je doutai d'abord, vu la rareté de ces cas; mais force fut bien de se rendre à l'évidence, lorsque, après avoir introduit un stylet, je sentis manifestement un corps étranger.

Après avoir débarrassé, autant que possible, le conduit auditif du cérumen qui y était amassé en quantité considérable, j'introduisis, avec toute la précaution nécessaire à une opération aussi délicate, une pince dont je tenais les mors rapprochés l'un de l'autre. Arrivé sur le corps étranger, je cédai légèrement et je pus saisir et amener au dehors un noyau qui séjournait là depuis

dix-sept ans et dont la grosseur était presque doublée par la quantité de cérumen desséché qui l'entourait.

Immédiatement après la sortie de ce corps, l'ouïe reprenait *toute sa perfection*....

Agréez, etc. Dr E. Collin,
aide-major au 3e hussards.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Remarques sur une nouvelle préparation de colchique.—Teinture hannemanienne de fleurs,

Par M. Dorvault, *pharmacien à Paris.*

Un point de matière médicale fort important, et dont on ne s'occupe pas avec assez de soin, est de rechercher celles des diverses parties des plantes qui sont les plus actives. Ce n'est qu'à la longue et par voie d'élimination que ce travail si profitable à la médecine pratique s'accomplit. Si cette marche est la plus lente, elle est aussi la plus profitable ; car arrivé au but, il n'est plus possible de revenir en arrière. Quelques renseignements précieux, que nous avons reçus pendant un récent voyage en Suisse, nous permettent d'espérer que le moment est prochain où nous pourrons fixer la valeur des diverses parties du colchique.

L'oignon fut la seule partie employée par Storck, à qui l'on doit la première étude thérapeutique des propriétés de cette plante. Ce choix s'explique facilement : l'illustre médecin viennois étudiait comparativement le colchique et la scille ; il usa donc des mêmes parties. La double propriété qu'il ne tarda pas à reconnaître au bulbe de colchique, en l'essayant sur lui-même, ainsi qu'il avait l'habitude de le faire, l'engagea à l'employer dans les hydropisies passives. Malgré les succès signalés par Storck, et qui ont été étayés par le témoignage de médecins recommandables, entre autres de Carminati, l'emploi des préparations de colchique dans ces maladies est resté très-limité. L'énergie d'action de cet agent en est la première cause ; Storck l'avait vu : car il chercha un véhicule qui réfrénât la trop grande violence du colchique ; il arrêta son choix sur le vinaigre, et se servit exclusivement de l'oxymel de colchique pour le traitement de ses hydropiques.

Cet expérimentateur a encore vanté l'usage de cette préparation dans le catarrhe muqueux chronique. L'oximel de colchique, employé à petites doses dans ces affections, dit cet auteur, fait cesser la toux et provoque l'expectoration. Aussi Storck le regarde comme incisif et fondant dans ces derniers cas.

Ainsi, bon diurétique et purgatif drastique dans les hydropisies chroniques, incisif et fondant dans les affections pulmonaires chroniques, telles sont les seules propriétés thérapeutiques auxquelles Storck était arrivé. Ces résultats expliquent comment, malgré l'attention spéciale qu'il appela sur ce médicament, les préparations de colchique disparurent peu à peu de la pratique. La scille est abondante, à bon marché, son action diurétique aussi certaine au moins, et son emploi beaucoup moins dangereux que celui du colchique. Comme agent diurétique, nous en pouvons dire autant de la digitale. Quant à son action purgative, les agents ne manquent pas dans la matière médicale : restait donc son action incisive ; l'oxymel scillitique est venu encore le détrôner à cet égard.

Le colchique aurait probablement disparu de la matière médicale, si une nouvelle série d'expérimentations n'était venue préserver ce médicament de l'oubli. Vers 1814, parut en Angleterre, sous le nom de *eau médicinale d'Husson,* un remède secret qui prétendait guérir la goutte. Quelques succès remarquables, obtenus avec le nouveau moyen, fixèrent l'attention des praticiens anglais ; et l'un d'entre eux, ayant appris que l'oignon du colchique entrait dans la formule du remède, eut l'idée de l'expérimenter, non plus sous la forme classique d'oximel, mais en liqueur alcoolique : le vin et la teinture. Sir Everard Home fit usage du vin de colchique sur lui-même pendant dix-sept mois, et proclama, d'après son expérience personnelle, que cette préparation faisait cesser très-promptement les accès de goutte et les rendait plus rares. Depuis cette époque, les journaux anglais sont pleins de travaux qui témoignent des bons effets des préparations de colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.

C'est à la forme de teinture que se sont arrêtés la plupart des expérimentateurs ; mais cette forme pharmaceutique ne pouvait empêcher la variabilité des préparations faites avec le *bulbe* de colchique, puisque l'énergie du médicament dépend exclusivement de l'époque à laquelle le bulbe a été récolté. Aussi ce fut un progrès marqué dans l'histoire de cet agent thérapeutique, lorsqu'en 1820, le docteur William proposa de substituer les *semences* au bulbe, dans la confection de la teinture. L'effet beaucoup moins incertain de cette nouvelle préparation a depuis fait inscrire le colchique dans tous nos formulaires.

Nous venons aujourd'hui appeler l'attention des praticiens sur une nouvelle substitution, celle de la *fleur* du colchique, à l'exclusion de toutes les autres parties de la plante. La teinture de fleurs est beaucoup moins variable encore que celle de semences, et surtout que celle de bulbes, et pourtant plus efficace. Depuis un grand nombre d'années, notre savant confrère, M. le docteur Coindet, nous a dit employer avec un grand succès cette teinture de fleurs. Voici, à l'égard de cette préparation, les renseignements que m'a fournis un pharmacien distingué de Genève, M. Suskind :

On cueille les fleurs avant leur épanouissement, par une belle matinée chaude et sèche, dans une prairie exposée aux rayons du soleil et qui, quoique humide, ne soit pas marécageuse ; on les pile sans délai et on les soumet à la presse, enfermées dans un sac de toile. Le suc, de couleur brune obscure, a une odeur vireuse ; on le mêle *de suite* avec partie égale d'alcool très-fort ; après un mois de repos à la cave, on le filtre au papier joseph.

M. Coindet trouve la dose d'alcool trop considérable et préfère les préparations dans lesquelles on emploie seulement une partie d'alcool pour deux de suc de fleurs. Il est certain que l'excès du véhicule a des inconvénients manifestes lorsqu'on met en usage le médicament dans des affections aiguës.

Il ne faut pas croire que ce soit la première fois que les avantages des fleurs de colchique sont signalés, et M. Kuhn, auquel nous devons une excellente thèse sur les *colchicacées*, rapporte qu'en 1823 le docteur Copland administra les fleurs mêmes du colchique, fraîches, les trouvant plus douces et plus efficaces encore que les semences, dans les cas de rhumatisme : elles ont été aussi employées par Frost, Bushell, sous forme de vinaigre et de teinture ; suivant ce dernier, elles guérissaient non-seulement la goutte et le rhumatisme aigu, mais encore le rhumatisme chronique. Bushell ajoute qu'il a observé qu'elles ralentissaient les mouvements du cœur.

Malgré ces assertions, le bulbe et les semences sont les seules parties de la plante mentionnées dans nos traités de matière médicale et nos formulaires classiques. Nous venons nous élever contre cette proscription, et croyons rendre service aux praticiens en leur signalant une préparation non-seulement plus efficace que celles qui sont entre leurs mains, mais surtout d'une action plus uniforme. C'est la variabilité des préparations qu'on nous a fournies jusqu'ici qui s'est opposée à la vulgarisation de l'emploi du colchique, surtout dans les accidents variés qui sont sous la dépendance des diathèses goutteuses et rhumatismales.

Nous avons essayé la nouvelle teinture de fleurs de colchique avec succès dans plusieurs cas de névralgies rhumatismales rebelles et d'accès de goutte. Voici un fait observé dans le service de M. Aran, et qui ne laissera aucun doute dans l'esprit du lecteur sur la puissance plus grande de cette préparation.

Une femme de 27 ans, Costard (Eugénie), marchande de lait, était depuis un mois et demi dans le service de M. Aran, à l'hô-

pital de la Pitié, pour un rhumatisme chronique avec fièvre et complication d'endopéricardite. L'état de cette malade était des plus fâcheux. Le rhumatisme passait continuellement d'une articulation à l'autre, et déjà plusieurs articulations des doigts et les poignets étaient en voie de déformation et d'ankylose incomplète. Pas de sommeil, à cause des douleurs ; un pouls toujours très-vif, variant entre 88 et 112 pulsations ; des palpitations de cœur au moindre mouvement, de la gêne dans la respiration, tels étaient les phénomènes persistants présentés par cette malade, phénomènes dont le début remontait déjà à deux mois avant son entrée à l'hôpital, et que M. Aran avait combattus sans grand succès par la liqueur sédative des deux médecins anglais (dont M. Aran a parlé dans son Mémoire sur la vératrine), par le nitre à haute dose, l'extrait d'aconit administré à dose croissante jusqu'à 25 centigrammes, la teinture de semences de colchique, l'opium, et même par l'enveloppement dans le drap mouillé.

M. Aran m'ayant parlé un jour de cette malade, je lui remis une petite quantité de teinture de fleurs de colchique que j'avais à ma disposition. Ce cas me paraissait d'autant moins favorable que déjà la teinture de semences de colchique avait échoué. Le 17 décembre, la teinture de fleurs fut administrée d'abord deux fois par jour, à la dose de 8 et 10 gouttes, puis, à partir du 21, à la dose de 12 gouttes. Au moment où ce traitement fut commencé, la malade souffrait encore beaucoup de la main et du poignet droits, qui étaient fortement tuméfiés ; le poignet gauche était aussi en voie de tuméfaction ; pas de sommeil ; chaleur de la peau ; pouls à 100 ou 104. Chaque dose eut pour effet de calmer immédiatement les douleurs articulaires ; le gonflement disparut aussi rapidement, et après quatre jours de ce traitement, la malade, qui n'aurait pas pu se remuer dans son lit sans aide, se retournait, dans son sommeil, sans s'en apercevoir et au milieu d'une agitation assez vive causée par le médicament. Dès le 23 décembre, elle n'avait plus de douleurs ; seulement un peu de roideur et d'engourdissement ; le pouls était descendu à 92 ; la malade transpirait et urinait abondamment. Pendant seize jours, la teinture de fleurs de colchique fut continuée, et toujours avec le même résultat favorable pour les douleurs ; on ne l'interrompit que pour combattre les accidents cardiaques, qui devenaient de plus en plus menaçants, et dont la malade s'est rétablie momentanément, grâce à un traitement approprié.

Nous aurions voulu joindre un plus grand nombre d'essais comparatifs, afin de mieux mettre en relief la plus grande valeur de la nouvelle préparation, mais c'était laisser passer le moment où doit se faire la récolte des fleurs de colchique. Cette plante, on le sait, fleurit à l'automne. « *Colchicum autumni et gelu nuntia est*, » dit Linné dans sa Philosophie botanique. Nous engageons donc nos confrères à prier les pharmaciens avec lesquels ils sont en rapport, de leur préparer cette nouvelle teinture. Rien n'est plus simple, on l'a vu. Le colchique émaille en ce moment les prés de ses fleurs roses ; qu'on se mette à l'œuvre sans retard. Nous prenons l'engagement de leur faire part de nos essais, afin de guider leur propre expérimentation. Nous avons partagé la petite provision que nous avons rapportée de Genève, et que nous devons à l'obligeance de M. Suskind, avec M. le professeur Forget, et notre savant collaborateur nous a promis de nous seconder dans cette étude. N'oublions pas d'ailleurs que la valeur thérapeutique des fleurs de colchique, outre les assertions des médecins anglais, s'offre à nous appuyée sur une longue expérimentation d'un thérapeutiste distingué, M. le docteur Coindet. Une remarque importante que nous a faite notre confrère est celle-ci : Dans les essais que l'on tente avec les agents thérapeutiques, on exige trop d'eux ; il semble que ce soit une panacée qu'on expérimente. Les maladies sont composées d'éléments variés, chacun d'eux réclame son moyen. Dans les névralgies de nature rhumatismale, par exemple, M. Coindet associe avec grand profit les extraits de belladone ou de jusquiame à la teinture hannemanienne de fleurs de colchique. Un praticien fort distingué de Lausanne, M. Perey, emploie le colchique principalement dans les cas de rhumatismes localisés dans la tête, et M. Recordon, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de l'asile des aveugles de la même ville, nous a dit que, à l'exemple des ophthalmologistes allemands, il avait recours au colchique, avec beaucoup de succès, dans les inflammations oculaires, la sclérotite en particulier. (*Bull. de thér.*)

Un mot sur le mode d'administration de la vératrine dans les maladies fébriles.

Plusieurs de nos confrères des départements nous ont demandé quelques éclaircissements relativement au meilleur mode d'administration à adopter dans l'emploi de la vératrine contre les maladies fébriles, et en particulier contre la pneumonie. Dans le Mémoire qu'il a publié sur ce sujet, notre collaborateur M. Aran a indiqué les principales règles à suivre pour ce traitement, et nous rappellerons que ses premières expériences ont été faites avec des pilules de 5 milligr. de vératrine, telles qu'elles ont été prescrites dans le rhumatisme articulaire aigu par M. Piédagnel et M. le professeur Trousseau. Mais M. Aran n'a pas tardé à reconnaître des inconvénients à ce mode d'administration. D'abord, beaucoup de malades répugnent à prendre des pilules ; mais si les premières pilules sont bien supportées, il arrive un moment, celui qui correspond à l'établissement de l'état nauséeux ou des vomissements, où il devient extrêmement difficile de faire avaler aux malades de nouvelles pilules ; ou bien, lorsqu'elles sont avalées, elles sont quelquefois rendues par les vomissements, sans être attaquées. La difficulté est bien autrement grande si les pilules produisent, comme cela arrive fort souvent, une sensation de brûlure le long de l'œsophage, dans le pharynx ou dans l'estomac. Alors il faut littéralement faire violence aux malades, et dans cette lutte les malades peuvent tromper aisément la personne qui leur administre les pilules, en les logeant entre la joue et les mâchoires, sauf à les cracher quelques instants après.

C'est pour remédier à ces inconvénients que M. Aran administre aujourd'hui la vératrine en potion, comme suit :

Pr. Vératrine.	5 centigr.
Faites dissoudre dans	
Alcool.	Q. S.
Ajoutez	
Sirop de sucre	50 gramm.
Mélangez exactement et ajoutez :	
Eau distillée de fleurs d'oranger	30 gramm.
Eau distillée	Q. S.

pour une potion de 150 gramm. — Chaque cuillerée de 15 gramm. contient 5 milligramm. de vératrine.

Cette potion, malgré son goût amer et un peu âcre, est avalée sans difficulté par les malades. La dose est d'une cuillerée toutes les deux ou trois heures, jusqu'à production d'effets nauséeux ou de vomissement. Nous ne saurions trop le répéter, pour obtenir de la vératrine quelque résultat favorable, il faut en continuer l'action jusqu'à production d'un effet hyposthénisant marqué, qui se traduit par un abattement très-prononcé du pouls et de la respiration, par de la diminution dans la chaleur animale, etc. : ces effets coïncident, en général, avec la production de l'état nauséeux ou des vomissements. Une fois arrivé à ce point, on peut suspendre pour quelques heures l'administration de la vératrine, sauf à la reprendre dès que les phénomènes fébriles font mine de reparaître, ou si leur diminution n'est pas assez notable. Quant à l'action de la vératrine sur l'état fébrile, elle est tellement évidente, tellement constante, que nous ne doutons pas qu'elle ne soit bientôt vérifiée par tous nos confrères, à la condition, bien entendu, de continuer le médicament jusqu'à production de l'effet nauséeux ou des vomissements. On verra, du

reste, par la publication de la seconde partie du travail de M. Aran, qui paraîtra dans un de nos prochains numéros, que ce n'est pas seulement dans la pneumonie, mais aussi dans un très-grand nombre de maladies fébriles que l'on peut obtenir, par la vératrine, la cessation momentanée ou définitive de l'état réactionnel qui porte le nom de fièvre. (*Bull. de thér.*)

CHIMIE MÉDICALE.

Examen chimique des tubercules pulmonaires, de la matière pulmonaire et des ganglions lymphatiques des bronches du taureau mort de la péripneumonie,

Par J.-L. LASSAIGNE.

Tubercules pulmonaires.

Humidité.	27
Matière albuminoïde.	62
Sous-phosphate de chaux.	11
Traces de carbonate.	
	100

Matière pulmonaire.

Humidité.	65,4
Albumine soluble.	2,6
Albumine concrétée.	25,0
Matière grasse.	1,7
Sous-phosphate de chaux.	5,3
Traces de carbonate.	
	100,0

Ganglions lymphatiques.

Humidité.	59,2
Albumine soluble.	3,5
Albumine et matière organisée. . . .	31,0
Matière grasse.	0,2
Sous-phosphate de chaux.	6,1
Traces de carbonate.	
	100,0

(*Journ. de chir. méd.*)

Sur la coloration en rouge de la quinine par le ferro-cyanure de potassium,

Par M. A. VOGEL.

M. Vogel avait déjà indiqué une nouvelle réaction du sulfate de quinine, qui consistait en une coloration en rouge foncé lorsqu'on mêlait une dissolution de ce sulfate avec de l'eau chlorée, et avec une solution concentrée de ferro-cyanure de potassium; les précautions à prendre consistaient à employer l'eau chlorée très-concentrée et exempte d'acide chlorhydrique, la solution de ferro-cyanure devait être préparée à chaud et saturée. Si cette dernière solution n'était pas dans ces conditions, le phénomène n'apparaîtrait pas immédiatement, à moins qu'on n'ajoute une goutte d'ammoniaque. Il faut encore ne mettre qu'une petite quantité d'eau chlorée et un grand excès de ferro-cyanure, ou bien ajouter l'ammoniaque. La solution du sulfate doit être une solution aqueuse, elle doit avoir la préférence sur la solution alcoolique.

M. Vogel opère de la manière suivante : il introduit le sulfate de quinine dans un tube de verre, il introduit dans ce tube une petite quantité d'eau, de façon à ce que la plus grande partie du sel reste en suspension. Il verse quelques gouttes de ce liquide dans un verre de montre, puis il y ajoute assez de chlore pour obtenir une solution limpide de couleur jaune. Il ajoute à cette liqueur du prussiate de potasse en poudre jusqu'à ce qu'elle se colore en rose. Si l'on ajoute un petit excès de prussiate, bientôt la coloration devient d'un rouge vif.

(*Jour. de chim. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nouvelles du choléra.* — On lit dans le *Daily News* :

« *Etat sanitaire de Londres pendant la semaine.* — Suivant le rapport officiel, mille et un décès ont été enregistrés à Londres dans la semaine qui a fini samedi. Dans les dix semaines correspondantes des années 1843-52, la moyenne des décès a été de 952; relativement à l'accroissement de la population, elle répond au chiffre de 1,047. Ainsi, la mortalité provenant de toutes les causes diffère peu du chiffre ordinaire des décès dans cette saison de l'année.

« La semaine dernière, la scarlatine a été fatale à 57 enfants, et, en quelques cas, elle s'est aggravée de certaines causes locales. La diarrhée a emporté 71 personnes, à peu près comme dans la semaine précédente. Tous les cas, à l'exception de 20, se sont déclarés parmi les enfants. Le choléra paraît décidément avoir une tendance à redoubler d'intensité. Dans les trois précédentes semaines, les cas malheureux ont été au nombre de 16, 29, 47. La semaine dernière, ils se sont élevés à 66, dont 29 pour les hommes et 37 pour les femmes.

« Les décès ont été en majorité parmi les individus de moyen âge. Ont succombé 26 individus au-dessous de quinze ans, 36 âgés de quinze ans et au-dessous de soixante, 4 à soixante et au-dessus. Dans la semaine correspondante de 1848, bientôt après que la maladie épidémique de cette époque eut fait son apparition à Londres, le nombre des décès, par suite du choléra, a été de 30; dans la semaine correspondante de 1849, lorsque le fléau commençait à disparaître, on en a compté 110. Les 66 cas de la semaine dernière se sont ainsi répartis dans la métropole : dans les districts de l'ouest, 9 ; dans ceux du nord, 5; dans ceux du centre, 2; dans les districts de l'est, 8 ; et dans ceux qui sont au sud de la Tamise, 42. »

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Des Granulations Méningiennes. Thèse de la Faculté de Paris, par M. le docteur ERN. FAIVRE, ancien élève des hôpitaux civils de Paris. — Au Bureau du Journal. — Prix : 2 fr.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Recherches cliniques sur le chloroforme, par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Broch. in-8 de 40 pages.

Ce travail est envoyé gratis à tous les souscripteurs qui en font la demande accompagnée du prix de l'abonnement d'un an.

Du Charlatanisme médical et des moyens de le réprimer, par le docteur G. PIOGEY. — Broch. in-8. — Chez Victor MASSON. — Prix : 1 fr. 50.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 125. 1re année. Mardi 18 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Sur le traitement des anévrismes par l'injection de perchlorure de fer. — **THERAPEUTIQUE** : Note lue à l'Académie de médecine, pour discuter et établir les meilleurs modes de pratiquer la cautérisation dans les voies génito-urinaires en général, et en particulier dans le vagin, par M. A. Debeney. — **CHRONIQUE**. — **FEUILLETON**.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 17 *Octobre* 1853.

Sur le traitement des anévrismes par l'injection de perchlorure de fer.

Deux nouvelles observations publiées cette semaine viennent augmenter d'autant les documents qui doivent servir à l'histoire de la méthode proposée par M. Pravaz. L'une d'elles, qui n'est nouvelle qu'à moitié, puisque déjà nous en avons entretenu deux fois nos lecteurs, est celle que M. Lenoir a publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, avec des considérations qui lui donnent une nouvelle importance ; l'autre est due à M. le professeur Alquié, qui l'a fait paraître dans les *Annales de clinique de Montpellier*. Nous allons d'abord reproduire les observations et les remarques de ces deux praticiens et nous les ferons suivre ensuite de quelques réflexions.

Observation de M. LENOIR.

Observation d'anévrisme poplité traité par l'injection de perchlorure de fer. — Réflexions sur cette nouvelle méthode de traitement,

Par A. LENOIR, *chirurgien de l'hôpital Necker*, etc.

Je n'ai jamais eu de goût pour la *chirurgie expérimentale*, et, à l'hôpital comme ailleurs, j'ai toujours préféré la tranquillité de conscience du praticien responsable de ses œuvres, et l'intérêt bien entendu de mes malades, à la gloire que le novateur ou le savant peuvent recueillir, en signalant au public médical une voie encore inexplorée de la thérapeutique des maladies. Mais si je ne suis pas de ceux dont la pratique est une expérimentation continuelle de procédés nouveaux ou de sub-

FEUILLETON.

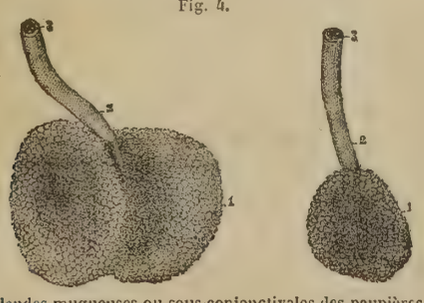
Recherches sur les glandes des paupières.

(*Suite. Voir le n° 123.*)

2° *Glandes muqueuses ou sous-conjonctivales.*

La plupart ne dépassent pas dans leurs plus grandes dimensions un quart ou un cinquième de millimètre ; d'autres sont plus petites et ne deviennent visibles

Fig. 4.



Glandes muqueuses ou sous-conjonctivales des paupières.

qu'à un grossissement de 15 ou 20 diamètres ; mais il n'est pas rare d'en rencontrer qui offrent jusqu'à un demi-millimètre d'épaisseur.

Leur forme est en général arrondie ; le plus fréquemment elles se montrent isolées et indépendantes les unes des autres ; quelquefois elles s'unissent deux à deux et prennent alors un aspect bilobé.

Vues au microscope, à un grossissement de 20 ou 25 diamètres, ces glandes présentent une structure tout à fait semblable à celle des glandules mucipares situées à la base de la langue. Leur aspect est parfaitement identique à celui des lobules qui composent chez les mammifères la glande de Harder. Celle-ci, on le sait, repose sur le côté interne du globe oculaire, en arrière de la caroncule lacrymale ; ses conduits excréteurs que j'ai injectés sur le mouton et sur le bœuf viennent s'ouvrir au côté interne du pli qui a été considéré chez ces animaux comme une troisième paupière à l'état rudimentaire. Or il est digne de remarque que parmi les animaux dont la conjonctive est recouverte d'une couche de mucus, les uns ne possèdent pour organe sécréteur de ce mucus qu'un seul corps glanduleux, la *glande de Harder*, tandis que d'autres possèdent, indépendamment de cette glande principale, des glandules mucipares irrégulièrement disséminées dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Ces dernières sont les seules qu'on observe dans l'espèce humaine. L'homme, par conséquent, n'est pas privé de la glande de Harder, ainsi qu'on l'a pensé jusqu'à présent.

B. — Glandes palpébrales dépendantes de la peau.

Deux espèces de glandes sont annexées à la peau des paupières, des glandes sudorifères et des glandes sébacées.

Les glandes sudorifères se présentent dans les voiles palpébraux avec les caractères qu'elles offrent dans toutes les autres parties de l'enveloppe cutanée. Elles m'ont paru cependant un peu moins nombreuses, surtout au voisinage des

stances médicamenteuses inusitées, je ne suis pas non plus de ceux qui repoussent toute innovation ; et quand une méthode de traitement ou un procédé opératoire se produisent dans la science et se recommandent à l'attention des hommes de l'art, si le raisonnement me les montre plus efficaces dans leur action et moins dangereux dans leur application ou dans leurs suites que ceux que j'avais employés jusque-là, je les étudie pour les soumettre à l'épreuve de la clinique. Cette épreuve me donne-t-elle la certitude que la méthode ou le procédé opératoire dernier venu dans la science en est le meilleur ou le plus inoffensif, je l'adopte alors et m'y tiens jusqu'à nouveau progrès. Il m'arrive bien souvent, dans cette étude, de reconnaître que des moyens nouveaux, ou simplement reproduits sous des noms nouveaux, quoique démesurément vantés par leurs auteurs, ont moins de valeur ou en ont tout juste autant que ceux qu'ils ont la prétention de remplacer. Ceux-là, je les abandonne, car la chirurgie, qui fait *autrement* sans faire *mieux*, n'est pas plus de mon goût que sa digne émule, la chirurgie expérimentale.

Guidé par ces principes, j'ai, dans ces derniers temps, dirigé contre un anévrisme poplité une méthode de traitement qui a été récemment signalée par le regrettable Pravaz. Quoique dans ce cas la méthode ait échoué et que mon malade ait succombé aux suites de son application, cependant, comme son emploi était ici presque exclusivement indiqué, et comme elle me paraît, malgré son insuccès, avoir des avantages incontestables sur les autres méthodes recommandées jusqu'à présent dans la cure des anévrismes, je n'hésiterais pas à l'employer de nouveau ; mais l'occasion de cette seconde épreuve pouvant ne pas se présenter de sitôt dans ma pratique, j'ai pensé qu'en publiant cette observation et en la faisant suivre de l'exposé de quelques-unes des difficultés que j'ai eu à surmonter dans le cours du traitement, je ferais quelque chose d'utile pour ceux de mes collègues qui voudraient mettre en usage ce nouveau moyen de produire la coagulation du sang dans les poches anévrismales. Cette note n'a pas d'autre but.

Voici d'abord cette observation telle qu'elle a été prise par un de mes internes, M. Oscar Masson. Je garantis l'exactitude des détails qui y sont consignés.

Le 10 février 1853 est entré au n° 7 de la salle Saint-Pierre (hôpital Necker), pour y être traité d'une tumeur du jarret, un homme âgé de 62 ans, Polonais de naissance, journalier de profession, ayant presque toujours été employé à conduire ou à soigner les chevaux, et nommé André Lizoski.

Cet homme, d'une taille au-dessus de l'ordinaire, maigre, paraissant plus âgé qu'il ne l'est réellement, a toujours été employé à de rudes travaux ; il a servi autrefois dans un corps à cheval, puis a successivement rempli l'état de postillon et de palefrenier ; il était encore palefrenier au moment où il est entré à l'hôpital.

Il ne se rappelle pas avoir eu de maladies graves ; il est seulement sujet à des attaques d'oppression qui se dissipent après un ou deux jours de durée ; il est du reste peu intelligent, et l'on obtient difficilement de lui des réponses précises.

Au moment où il entre dans le service, une tumeur occupe la région poplitée du côté droit. Cette tumeur, uniformément arrondie, du volume d'un œuf de poule environ, remplit exactement le creux du jarret ; elle est dure et s'affaisse difficilement sous la main qui la comprime. En appliquant les doigts sur cette tumeur, on trouve qu'elle est pulsatile et que ses pulsations sont isochrones aux battements du cœur. Si on l'embrasse avec la main, elle soulève celle-ci en donnant à l'observateur la sensation d'un véritable mouvement d'expansion.

Si l'on vient à comprimer l'artère fémorale sur un point quelconque de son trajet, on suspend complétement les battements de la tumeur.

En appliquant dans le creux du jarret l'oreille, munie ou non d'un stéthoscope, on constate l'existence d'un bruit de souffle non continu, se produisant pendant la diastole artérielle. Ce bruit de souffle se retrouve sur toute la longueur de l'artère fémorale ; très-intense au niveau de l'anneau du troisième adducteur, il diminue d'intensité à mesure qu'on approche de l'arcade fémorale.

On sent facilement les pulsations de l'artère crurale sur toute la longueur de cette artère ; mais elle roule sous le doigt comme une artère ossifiée ; on la maintient assez facilement comprimée en appuyant sur elle avec les doigts, au niveau de l'arcade fémorale et à la partie moyenne de la cuisse, mais si l'on se sert d'un compresseur à cet effet, on ne parvient que momentanément à suspendre la circulation dans son intérieur ; car, au bout de quelques instants, les battements, un instant suspendus dans la tumeur, y reparaissent comme avant la compression.

Le membre inférieur n'est ni augmenté de volume, ni œdématié ; le malade accuse la sensation de battements dans le jarret ; ces battements lui causent une douleur sourde, peu intense quand il est en repos ; d'ailleurs, pas de douleurs, pas de fourmillements dans le reste du membre qui est seulement un peu engourdi. Les mouvements d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse sont conservés ; cependant la flexion portée au delà de l'angle droit est un peu douloureuse ; la marche est gênée et bientôt suivie de fatigue qui oblige le malade à se reposer. Les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont notablement dilatées. L'artère radiale donne aux doigts la sensation d'une artère ossifiée ; rien d'anormal dans les bruits ni dans les battements du cœur ; seulement la matité précordiale est un peu plus étendue qu'à l'ordinaire.

Le malade assure que le début de son mal ne remonte pas à plus d'un mois ; il s'en est aperçu à la gêne qu'il éprouvait en marchant, et il a constaté tout de suite l'existence d'une tumeur dans le creux du jarret ; il est certain de n'avoir pas reçu de coup dans cette région, et attribue l'apparition de sa maladie à une marche forcée. Le médecin qui l'a vu avant son entrée à l'hôpital, lui a conseillé le repos et l'application de cataplasmes.

Après avoir reconnu l'existence d'un anévrisme poplité, M. Lenoir songe au traitement qu'il emploiera. L'ossification partielle de l'artère

---

cils ; j'ajouterai qu'elles se trouvent logées, non dans l'épaisseur de la peau, ainsi qu'on l'observe sur un grand nombre de régions, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire entre la peau et le muscle orbiculaire.

Les glandes sébacées des paupières sont peu développées. Toutes ou presque toutes viennent s'aboucher dans les follicules pileux dont elles constituent une dépendance. Par leur situation, leur forme, leurs connexions, elles ne diffèrent pas des glandes pilifères. Les follicules pileux sur les parois desquels ces glandes viennent s'ouvrir sont remarquables par la dilatation et les dimensions de leur cavité, très-supérieures au volume du poil du duvet qui l'occupe. Entre la surface de ce poil et les parois de la cavité du follicule, il existe un liquide onctueux semblable ou analogue à celui que sécrète la glande pilifère.

Lorsqu'une tumeur enkystée se développe au-dessous de la couche cutanée des paupières, ce sont très-vraisemblablement ces follicules qui en deviennent le siége et non les petites glandes sébacées qui en dépendent. L'anatomie pathologique n'a-t-elle pas démontré, en effet, que les loupes ou kystes des paupières renferment très-fréquemment des poils ? Non-seulement ceux-ci ont été rencontrés dans les kystes palpébraux, mais on les y rencontre quelquefois en grand nombre. La substance contenue dans les tumeurs enkystées des paupières diffère souvent, il est vrai, de la matière sébacée ; c'est ce qu'on observe surtout dans les tumeurs un peu volumineuses et dans les tumeurs anciennes. Or, remarquons que dans ces deux cas les parois du follicule qui a été le point de départ de la tumeur sont notablement modifiées ; nous ne saurions nous étonner par conséquent que le produit sécrété par ces parois le soit aussi. Ajoutons que les poils de duvet qui végètent à la surface des paupières sont très-nombreux, et que cette multiplicité des follicules pileux se trouve en rapport avec la fréquence des kystes palpébraux. Ce serait donc à tort que le siége de ces kystes a été placé jusqu'à présent dans les glandes sébacées des paupières qui sont à la fois et peu nombreuses et peu développées. Ces kystes, dans la très-grande majorité des cas, paraissent être constitués uniquement par les follicules pileux.

C. — Glandes situées sur le pourtour de l'orifice palpébral.

Ces glandes sont extrêmement multipliées. Toutes sécrètent une matière sébacée, et semblent ainsi former une seule et même famille. Cependant elles diffèrent beaucoup par leur siége et leur conformation. Considérées sous ce double point de vue, elles se partagent en trois groupes bien distincts : celles qui occupent l'épaisseur des cartilages tarses ou *glandes de Meibomius*, celles qui sont annexées aux follicules des cils ou *glandes ciliaires*, et enfin celles qui composent la caroncule lacrymale.

1° *Glandes de Meibomius.*

Les glandes de Meibomius, un peu plus rapprochées de la face postérieure que de la face antérieure des cartilages tarses, ne sont pas également nombreuses pour les deux paupières ; leur nombre varie de 25 à 30 pour la paupière supérieure, et de 20 à 25 pour la paupière inférieure. La plupart suivent une direction perpendiculaire au bord libre des voiles palpébraux, et marchent en ligne droite par conséquent. Toutefois, dans le cartilage tarse supérieur, on en remarque plusieurs qui s'écartent de ce trajet rectiligne : quelques-unes décrivent de légères flexuosités ; d'autres suivent d'abord une direction ascendante, puis se réfléchissent pour se porter verticalement en bas ; d'autres marchent parallèlement au bord adhérent du cartilage, passent sur le sommet de plusieurs glandes, se courbent ensuite à angle droit ou à angle obtus, et descendent perpendiculairement vers le bord libre

fémorale lui semble devoir faire rejeter dans ce cas l'application de la ligature par la méthode ordinaire. On exposerait par elle le malade aux dangers d'une hémorrhagie consécutive.

La compression est le traitement qu'il essaiera d'abord. Il se sert pour la pratiquer du compresseur de Dupuytren, qu'il applique successivement au niveau de la partie moyenne de la cuisse, puis sur le pubis au niveau de l'arcade fémorale. Mais ce compresseur ne suspend la circulation que pendant quelques instants ; l'artère lui échappe, probablement à cause de sa facilité à rouler par suite de son ossification. Au compresseur de Dupuytren M. Lenoir substitue le compresseur de Signorini, au moyen duquel il suspend, pendant un temps un peu plus long la circulation dans l'artère fémorale; le malade garde ce compresseur pendant deux ou trois heures chaque jour, non sans se plaindre beaucoup. Quand j'arrive pour le lui retirer, je le trouve chaque fois pâle, baigné de sueur, accusant de vives douleurs, et me suppliant de le délivrer. Chaque jois je constate, avant d'enlever l'appareil, que les battements se sont reproduits dans la tumeur.

Au bout d'un mois de ce traitement, rien n'était changé dans l'anévrisme quant à ses battements, et son volume avait même augmenté. On s'aperçut alors qu'en plaçant la jambe dans la demi-flexion sur la cuisse, on suspendait les battements dans le creux poplité; cependant dans cette position le bruit de souffle y persistait et s'entendait avec plus d'intensité qu'à l'ordinaire, au niveau de l'anneau du troisième adducteur ; à ce même endroit, on constatait alors une augmentation de volume, et la main appliquée sur la tumeur y percevait des battements presque aussi forts que ceux perçus dans le creux du jarret lorsque la jambe était étendue; peut-être que le kyste anévrismatique était alors seulement déplacé par la flexion de la jambe ? Néanmoins cette position devant nécessairement gêner le cours du sang dans l'intérieur de celui-ci, la jambe fut fixée dans la position demi-fléchie, appuyant sur un coussin par sa face externe.

Elle resta pendant un mois dans cette position. Au bout de ce temps on étend la jambe et l'on explore la tumeur. Pas la moindre amélioration, si ce n'est cependant que l'on constate un développement remarquable des artères collatérales péri-articulaires. Ce développement est surtout notable pour une artère placée au côté interne du genou.

Ainsi la compression avait échoué. La flexion de la jambe sur la cuisse, maintenue pendant un mois, n'avait pas produit le résultat qu'on en attendait; la ligature semblait devoir être rejetée à cause de l'ossification de l'artère. Les succès obtenus par M. Pravaz au moyen des injections de perchlorure de fer dans les anévrismes faisaient grand bruit à ce moment. S'il était un cas où cette méthode parût applicable, c'était bien celui-là où la compression avait échoué, où la ligature n'était pas praticable. M. Lenoir arriva donc, par exclusion, à essayer contre cet anévrisme les injections de perchlorure de fer.

La première injection fut faite avec la seringue de M. Pravaz, le 19 mai 1853, en présence de MM. Giraldès, Lallemand, Marjolin, etc. Le malade étant couché sur le ventre, on ponctionna la tumeur au niveau de sa partie moyenne en se rapprochant du point où l'artère s'abouche supérieurement dans le sac anévrismal; le trocart retiré, quelques gouttes de sang veineux sortirent par la canule. La compression étant faite, on adapta à la canule une seringue dont le piston se meut au moyen d'une vis (chaque demi-tour de la vis donnant issue à une goutte de liquide). On pousse sept gouttes. La compression est maintenue pendant dix minutes après l'injection, et interrompue une fois pendant ce temps pour savoir si les battements avaient cessé ; ils étaient aussi forts. Au bout de dix minutes, on sépare la petite seringue de la canule; celle-ci laisse écouler quelques gouttes d'un liquide qui semble du perchlorure de fer à peu près pur. Les battements n'ont pas cessé. La canule retirée, on porte le malade à son lit; la jambe est placée sur un coussin, légèrement fléchie et couchée sur le côté externe. Le lendemain et les jours suivants, rien de nouveau ; pas de diminution appréciable dans les battements, bien que le malade déclare que, pour lui, ils sont moins forts.

31 *mai*. Nouvelle tentative faite au lit du malade, en présence de MM. Giraldès et Lustreman. On pratique dans la même séance deux ponctions suivies de deux injections : l'une très-près du lieu de la première opération, et le malade étant couché sur le ventre; l'autre à la partie la plus élevée et la plus interne de la tumeur, la jambe étant demi-fléchie sur la cuisse et le malade couché sur le dos. On injecte en tout seize gouttes de liquide, et tout se passe dans cette opération comme dans la première. Les résultats n'en sont pas plus favorables, quoiqu'on ait employé cette fois des instruments qui donnent plus de précision et de sûreté à la manœuvre.

18 *juin*. M. Lenoir se décide à une nouvelle injection ; elle est faite en présence de MM. Giraldès, Galtier et des élèves de l'hôpital. Il doit opérer avec du perchlorure de fer envoyé de Lyon par M. Burin-Dubuisson, et la seringue dont il va se servir, fabriquée par M. Charrière, est de verre, afin qu'on puisse voir si le liquide ne passe pas au-dessus du piston. M. Lenoir pénètre dans la tumeur, en se rapprochant le plus possible du lieu où l'artère s'abouche dans le sac; la tige du trocart enlevée, il s'écoule par la canule un peu de sang veineux. On déplace légèrement cette canule en la poussant plus avant, et l'on en voit bientôt sortir un véritable jet peu élevé, mais saccadé, d'un liquide vermeil qui, à n'en pas douter, est du sang artériel. Un aide fait la compression, le jet s'arrête aussitôt, et au moyen du long tube de la seringue introduit dans la canule, M. Lenoir injecte six gouttes de perchlorure de fer ; la compression est maintenue pendant cinq minutes, après quoi on la supprime ; les battements se reproduisent aussitôt, et la canule participe d'une manière visible aux mouvements du sac.

Nouvelle injection de six gouttes du liquide coagulant, après avoir débouché la canule (laissée en place) au moyen de la tige du trocart introduite dans son intérieur. La compression est faite pendant cinq minutes; on la supprime de nouveau, et les battements reparaissent aussitôt. On enlève enfin la canule et l'on applique sur la piqûre un morceau de diachylon. La canule enlevée, un peu de perchlorure s'écoule par son orifice supérieur ; en y introduisant le trocart, on en fait sortir un long caillot très-ferme et filiforme.

(Pendant l'injection, un peu de perchlorure est remonté au-dessus du piston, de sorte qu'il n'en est pas entré 12 gouttes dans le sac.)

24 *juin*. Depuis la dernière injection, c'est-à-dire depuis six jours, le malade n'avait pas éprouvé de douleur dans la tumeur; il trouvait que les battements étaient beaucoup moins forts; mais, pour M. Lenoir, il y avait peu de différence dans leur intensité. Hier au soir, 23 juin, le malade a

---

de la paupière. Toutes viennent s'ouvrir sur la lèvre postérieure de ce bord libre par un orifice bien apparent à travers lequel on peut facilement exprimer une partie du produit onctueux qu'elles renferment.

Ces glandes ont été considérées jusqu'à présent comme des follicules agrégés ; une étude plus attentive de leur structure démontre qu'elles doivent être classées parmi les glandes en grappe. Sur les côtés du canal excréteur qui les parcourt dans toute leur longueur, on observe en effet, non de simples follicules s'ouvrant directement dans la cavité de celui-ci, mais des groupes de follicules qui s'ouvrent dans le conduit principal par autant de conduits accessoires, de telle sorte que chacun de ces groupes représente un petit lobe. Pour bien distinguer ces lobes, il convient de laisser macérer pendant quelques jours les cartilages tarses dans une solution d'acide acétique. Si on les examine alors avec une loupe, on réussira facilement à constater : 1° que leur nombre s'élève à 30 ou 40 pour les glandes de moyenne longueur; 2° qu'ils sont échelonnés à droite et à gauche du canal central, sans affecter cependant une grande régularité ; 3° qu'ils n'offrent pas un égal développement : les uns sont simples et les autres composés.

Les lobes simples sont des agglomérations d'utricules groupées autour d'un petit conduit qui reçoit le produit de leur sécrétion et qui le dépose ensuite dans le conduit principal.

Les lobes composés sont formés de lobules constitués eux-mêmes par des groupes d'utricules; seulement les conduits excréteurs partis de ces lobules, au lieu d'aller s'ouvrir directement dans le canal central, se réunissent entre eux pour donner naissance à un troncule qui vient s'aboucher ensuite dans ce canal. C'est surtout à l'origine des glandes de Meibomius, c'est-à-dire au voisinage du bord adhérent du cartilage tarse de la paupière supérieure qu'on observe ces lobes composés. Les

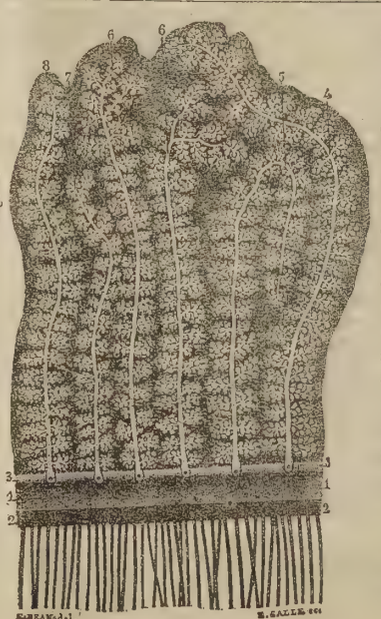


Fig. 5.

Glandes de Meibomius vues à un grossissement de sept diamètres.

glandes qui répondent à la partie moyenne du cartilage présentent presque constamment à leur origine trois ou quatre de ces lobes qui leur donnent un aspect tout à fait identique à celui d'une grappe.

Fig. 5. — 1, 1, bord libre de la paupière. — 2, 2, lèvre antérieure de ce bord traversée par les cils. — 3, 3, lèvre postérieure du même bord sur laquelle on observe l'embouchure des glandes de Meibomius. — 4, l'une de ces glandes passant obliquement sur le sommet de deux autres et descendant ensuite vers le bord libre. — 5, une autre glande se portant d'abord verticalement en haut et se réfléchissant ensuite pour se diriger verticalement en bas. — 6, 6, deux glandes offrant à leur origine une forme en grappe très-accusée. — 7, une glande de petite dimension. — 8, glande de dimension moyenne.

(*La suite à un prochain numéro.*)

éprouvé tout à coup une douleur sourde dans le jarret, et a été pris successivement de frisson, de chaleur et de sueur. Pendant la nuit, la douleur n'a fait qu'augmenter, malgré un cataplasme.

Ce matin, le malade se plaint beaucoup ; la région poplitée est chaude, tendue, très-douloureuse à la pression ; les battements y sont beaucoup moins forts ; le bruit de souffle est aussi intense et s'entend dans la même étendue. Le pouls est fort (120 pulsations) ; la peau très-chaude et sèche ; gémissements continuels ; les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont plus distendues qu'à l'ordinaire. Une des artères collatérales articulaires, placée au côté interne du genou, bat comme une radiale.

Prescription. Saignée de deux palettes ; cataplasmes et frictions mercurielles sur la tumeur ; limonade, diète.

25 *juin.* La saignée a coulé un peu en bavant ; le caillot est volumineux, non rétracté, recouvert d'une couche épaisse de couenne verdâtre. Hier au soir, la peau était moins chaude, le pouls à 104 ; ce matin, les douleurs sont vives, les battements presque entièrement suspendus, le bruit de souffle plus faible ; la tumeur est toujours chaude, tendue ; le pouls est fort et fréquent ; 124 pulsations.

Prescription. Diète ; limonade, 3 pots, 20 sangsues sur le côté interne de l'articulation du genou ; cataplasmes.

26 *juin.* Les sangsues ont toutes pris, et leurs piqûres ont beaucoup saigné. Le malade a dormi dans la journée d'hier et un peu pendant la nuit. La tumeur est moins chaude, toujours aussi tendue ; on ne sent plus du tout les battements. J'applique l'oreille sur la tumeur sans rien entendre. La jambe droite est un peu œdématiée ; le malade dit qu'elle est engourdie ; il sent bien quand je la pince. Peau naturelle ; pouls moins fort, toujours fréquent ; 120 pulsations. Le malade a devant moi une envie de vomir.

Prescription. Cataplasmes et frictions mercurielles ; diète ; limonade, 3 pots.

27 *juin.* Même état, si ce n'est un peu moins de tension dans la tumeur. Le malade ne va pas à la selle.

Prescription. Lavement ; limonade vineuse.

Le soir, le pouls est plus faible, mais aussi fréquent. Les douleurs sont plus vives, la jambe plus fortement œdématiée ; faiblesse extrême ; délire tranquille.

Le malade meurt dans la matinée du 28, après la visite ; au moment de la visite, nous l'avions trouvé dans le même état que la veille au soir.

30 *juin.* — *Autopsie.* — M. Lenoir procède lui-même à la dissection. Il découvre l'artère fémorale à partir du triangle de Scarpa ; arrivé au niveau de la tumeur, il dissèque la peau avec le plus grand soin, et constate un épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'on peut attribuer peut-être aux sangsues, mais qui cependant existe aussi au côté externe du membre. On trouve aussi du sang épanché dans les interstices des muscles qui entourent le sac, et M. Giraldès en découvre jusque dans la jambe, au niveau du mollet, sous les muscles jumeaux et soléaires.

La tumeur est recouverte par les muscles biceps, demi-membraneux, jumeaux, dont les fibres amincies et infiltrées de sang noir adhèrent intimement au sac ; elle est, en outre, entourée d'un tissu cellulaire graisseux très-abondant, également infiltré de sang, dont on l'isole le mieux possible ; le nerf sciatique et ses divisions sont appliqués sur la tumeur, et un peu aplatis par la distension qu'ils ont subie.

La veine fémorale au niveau de la tumeur est aplatie, presque imperméable au sang et très-difficile à isoler. Au-dessus de la tumeur, elle est remplie d'une sanie couleur lie de vin qui ne remonte pas, du reste, dans les veines du bassin.

L'artère fémorale au-dessus de la tumeur présente des plaques nombreuses d'ossification qui justifient le diagnostic porté pendant la vie.

La tumeur elle-même est dure, semble fortement distendue par des caillots, recouverte d'une paroi infiltrée, et assez mince quand on a enlevé les fibres musculaires et le tissu cellulaire qui la doublaient, très-mince dans la partie de sa surface extérieure qui est appliquée contre l'articulation dont elle était séparée par un tissu cellulaire graisseux, abondant, et dont il a été difficile de l'isoler sans produire quelque solution de continuité. Elle présente, dans le reste de son étendue, une épaisseur plus grande et une consistance assez marquée.

Quant à l'intérieur de la poche anévrismale, elle est remplie assez exactement par un magma sanguin, adhérent aux parois, plus résistant à son centre qu'à sa circonférence, et d'une couleur lie de vin.

Examen de la cavité thoracique. — Adhérences anciennes de la plèvre, surtout à droite. Plusieurs bulles d'emphysème sous la plèvre pulmonaire, principalement au niveau de la face diaphragmatique des deux poumons.

Le péricarde contient quelques cuillerées de sérosité ; il est très-épaissi, et présente sur ses deux feuillets les altérations d'une péricardite ancienne ; fausses membranes épaisses, grisâtres et chagrinées. Le cœur, un peu hypertrophié, présente à tous ses orifices des concrétions calcaires, très-prononcées au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte. L'aorte est dilatée au niveau de sa courbure, et remplie dans toute sa longueur de larges plaques d'ossification.

Résumons cette observation en peu de mots.

Voilà un homme âgé de 62 ans, usé par la fatigue et par la misère, qui porte un anévrisme poplité, sans complication appréciable de maladies du cœur ou des gros vaisseaux autres qu'un commencement d'ossification des parois des principales artères, si fréquent chez les vieillards. On ne peut traiter cet anévrisme par la compression, à cause des douleurs que l'application de ce moyen détermine, et à cause de la difficulté qu'on éprouve à fixer le tube artériel induré sur un plan résistant : il présente cette circonstance rare, mais déjà signalée par Monteggia, que les battements de la tumeur du jarret sont interrompus, ou peut-être seulement masqués par la flexion de la jambe sur la cuisse, et l'on maintient le membre dans cette position pendant un mois, sans que par elle, ainsi que par la compression de l'artère sur la branche horizontale du pubis, on obtienne d'autres résultats que de faire développer quelques branches collatérales autour du genou. Enfin, ce qu'on sait aujourd'hui du mode d'action des ligatures fines appliquées sur des vaisseaux ossifiés porte à penser qu'il eût été dangereux de traiter cet anévrisme par une ligature faite dans le lieu d'élection, et d'après la méthode ordinaire : il eût fallu lui appliquer le procédé de Scarpa, c'est-à-dire étreindre l'artère entre deux rouleaux de diachylon et un fil plat ; mais MM. Manec et Amussat ont montré, par des expériences sur de gros animaux, que cette manière d'agir produisait la destruction par gangrène d'une certaine étendue du tube artériel, des abcès dans la gaîne du vaisseau et des hémorrhagies consécutives. Ce procédé, malgré les succès qu'il a eus dans les mains de M. le professeur Roux, est aujourd'hui assez généralement regardé comme dangereux. J'ai donc pu dire avec quelque raison, dans une des conférences cliniques dont ce cas intéressant a été le sujet, que si la méthode par injection de perchlorure de fer dans la poche anévrismale n'existait pas, il faudrait l'inventer pour le malade que nous avions à traiter ; car cette méthode était peut-être la seule qui lui fût applicable. C'est elle, en effet, que j'ai préférée, et l'on a pu voir avec quelle prudence j'ai procédé à son exécution. Je savais que dans deux opérations faites en province, et dont les résultats avaient été communiqués à l'Institut, on avait guéri des tumeurs anévrismales par l'injection de vingt gouttes de perchlorure de fer ; mais on avait, dans ces deux cas, dépassé le but qu'on doit se proposer d'obtenir par la méthode nouvelle. On avait, en effet, produit la fonte purulente de la poche au lieu de la simple coagulation du sang contenu dans son intérieur. La dose élevée à laquelle on avait de prime abord porté la solution du sel ferreux me parut être la cause de cette fâcheuse terminaison, et je pris toutes les précautions possibles pour l'éviter. Je résolus donc de n'injecter d'abord que cinq ou six gouttes du liquide coagulant, et d'augmenter graduellement le nombre de ces gouttes suivant l'effet qu'elles produiraient, l'indication à remplir ici n'étant pas, comme l'a très-bien dit Pravaz, d'arrêter brusquement le cours du sang dans la tumeur anévrismale, mais d'y déposer un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation des couches albumineuses successives. Ce mode de procéder à l'opération exigeait, dans le fonctionnement des instruments, une rigueur mathématique que je ne rencontrais pas dans ceux qu'on avait employés jusqu'alors ; ce fut une première difficulté que je surmontai bientôt.

L'appareil de Pravaz, que mon collègue le docteur Giraldès m'avait prêté, se compose : 1° d'un trocart d'acier, dont le volume est celui d'une aiguille ordinaire ; ce trocart est renfermé dans une canule de platine, dont une des extrémités taraudée est munie d'un pas de vis ; 2° d'un corps de seringue de platine aussi, plus petit encore que celui de la seringue d'Anel, et dans lequel le piston marche au moyen d'un pas de vis. Quand l'instrument est rempli de liquide, chaque demi-tour imprimé aux oreilles qui terminent la tige de ce piston fait sortir une goutte par le bout de la canule. Enfin, le corps de seringue offre lui-même en

bas un pas de vis saillant qui est reçu dans celui de la canule du trocart.

La manière de se servir de cet appareil dans la nouvelle opération de l'anévrisme est très-simple : on ponctionne le sac avec le trocart muni de sa canule, puis on retire la tige qui remplit celle-ci ; et si l'on est tombé dans le courant sanguin, ce dont on est averti par l'écoulement saccadé d'un liquide vermeil, on adapte le corps de la seringue à la canule du trocart, au moyen du pas de vis dont ils sont munis l'un et l'autre, et l'on fait descendre le piston, en tournant entre le pouce et l'index la tige qui le supporte, autant de fois qu'on veut introduire de gouttes de perchlorure de fer dans la tumeur. Rien de plus facile à exécuter.

Cet appareil, toutefois, ne me donnait pas toute la précision d'action dont j'avais besoin. On conçoit, en effet, que lorsqu'on a adapté l'un à l'autre le corps de la seringue remplie de liquide coagulant et la canule remplie de sang artériel, il faut tourner un nombre de fois indéterminé la tige du piston pour substituer le premier de ces liquides au second dans toute l'étendue de la canule ; car cette substitution se fait plus ou moins facilement, suivant la longueur et la densité du caillot que le perchlorure produit dans la canule elle-même en se mêlant au sang qu'elle contient, et quelquefois même il arrive que la résistance que ce caillot oppose à l'introduction de la solution du sel de fer dans la poche anévrismale est si grande, que cette solution passe en tout ou en partie par-dessus le piston, dans la portion vide du corps de la seringue. Dans l'un et l'autre cas, on ne peut donc avoir que des données approximatives sur la quantité du liquide qu'on injecte.

J'ai paré au premier de ces inconvénients, en faisant adapter au corps de la seringue de Pravaz une canule aussi longue, mais un peu moins volumineuse que celle de son trocart, et destinée à s'introduire dans l'intérieur de celle-ci, quand la tige en est ôtée. Avec cette canule, remplie du liquide coagulant jusqu'à son extrémité, je porte dans le courant sanguin de la poche anévrismale le persulfate de fer, sans craindre de coaguler avec lui le sang renfermé dans la canule du trocart, ou, si cela avait lieu, je détruirais bien vite avec elle le caillot qui se serait formé.

J'ai paré au second de ces inconvénients, celui de faire refluer à son insu, au-dessus du piston, le liquide qui doit pénétrer dans l'anévrisme, en me servant d'un corps de seringue de verre, matière qui, bien qu'assez épaisse, laisse voir ce qui se passe dans l'intérieur de l'instrument. Au moyen de ces petites modifications faites à l'appareil de Pravaz, j'ai pu exactement compter le nombre de gouttes que je voulais injecter.

Mais une autre difficulté s'est souvent présentée, qu'il ne m'a pas été donné de surmonter aussi facilement : c'est celle de faire arriver l'extrémité du trocart dans la colonne sanguine qui traverse la poche anévrismale, et sur laquelle il importe d'agir exclusivement. J'ai plusieurs fois éprouvé cette difficulté à chacune des tentatives d'oblitération du sac que j'ai faites chez mon malade : je piquais la tumeur du jarret sur ses côtés ou sur l'une ou l'autre de ses extrémités, et souvent il m'arrivait de ne pas voir sortir une goutte de sang par la canule ; alors j'étais obligé ou de déplacer l'extrémité de l'instrument, ou de refaire une autre ponction, manœuvre qui, si elle était fréquemment répétée, pourrait amener à elle seule l'inflammation et la suppuration de l'anévrisme : j'ai pensé que, dans cette circonstance, je faisais pénétrer mon trocart dans l'épaisseur d'une substance fibrineuse stratifiée à l'intérieur du kyste sanguin, comme on en voit fréquemment dans les anévrismes volumineux et anciens des gros troncs artériels. Peut-être que cette difficulté ne se rencontrera que dans certains cas ; mais dans celui que j'ai eu à traiter, elle a été assez grande et assez répétée pour que je me demande s'il ne conviendrait pas mieux, en pareille circonstance, de faire l'injection coagulante dans la portion d'artère placée immédiatement au-dessus ou au-dessous du sac anévrismal, que de la faire dans le sac lui-même. En agissant ainsi, on aurait le triple avantage de n'avoir besoin d'injecter qu'une petite quantité de perchlorure, d'agir sur une partie d'artère saine et dont les rapports anatomiques n'ont subi aucun changement, enfin d'obtenir le même résultat, c'est-à-dire l'oblitération de la tumeur anévrismale, par stagnation du sang dans son intérieur.

Une dernière difficulté de l'opération, que l'expérience m'a fait connaître aussi, dans ce cas, c'est d'éviter de ponctionner avec le trocart des organes importants à ménager, placés dans le voisinage de la poche, tels que les veines et les nerfs d'un certain calibre : on a vu dans l'observation qui précède, qu'une seule altération organique pouvant rendre compte de la mort prompte de mon malade a été rencontrée à l'autopsie, c'est l'inflammation de la veine poplitée et le séjour dans son intérieur d'un liquide sanieux et purulent. Je me suis demandé, depuis, si cette inflammation ne s'était pas développée à la suite d'une des piqûres que j'ai faites à l'anévrisme. Je comprends d'autant mieux qu'il en puisse être ainsi, que la veine poplitée était aplatie et intimement adhérente à la tumeur du jarret ; qu'elle était presque imperméable au sang, et, par conséquent, sans que rien puisse indiquer sa présence à l'opérateur dans un point quelconque du voisinage de l'anévrisme.

Je regarde cette difficulté comme bien plus importante à signaler et plus difficile à surmonter que celles qui précèdent ; on me pardonnera de les avoir exposées avec quelques détails : c'était le seul moyen, je crois, de les faire éviter aux chirurgiens qui seraient comme moi tentés de mettre de nouveau à l'épreuve une méthode qui est appelée à rendre de grands services, et par l'extrême simplicité de son exécution, et surtout par l'application qu'on peut en faire à des cas considérés aujourd'hui comme au-dessus des ressources de l'art et par leur siége et par leur volume.

Observation de M. Alquié.

Mejean (Louis), âgé de 50 ans, tailleur d'habits, de Valleraugue, est d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin : à 25 ans, il eut un rhumatisme aigu général ; d'après le malade du moins, les douleurs furent très-vives pendant un mois et demi, et le rhumatisme ne disparut complétement qu'au bout d'un an. Des purgatifs furent employés. Il y a deux ans, il fit une chute sur la région occipitale ; il y eut une plaie légère, mais il y eut perte de connaissance pendant une heure et écoulement de sang par l'oreille droite ; un peu de surdité a persisté depuis de ce côté.

Il y a un mois, en coupant des branches d'arbre avec une serpette, il se fit, à la région hypothénar de la main gauche, une plaie longitudinale de 2 centimètres ; il y eut une hémorrhagie de près de 3 litres de sang qui provoqua une syncope. *Un appareil compressif fut appliqué sur les deux artères de l'avant-bras ;* mais l'hémorrhagie se renouvela le lendemain, et fut suspendue par la compression avec une nouvelle bande. Le *même bandage compressif* (*c'est-à-dire des compresses graduées sur les artères et une bande*) *fut renouvelé encore pendant* 7-8 *jours*, pendant lesquels le malade garda le lit et fut au régime ; mais la main était très-gonflée et les mouvements difficiles.

Le 16 juillet, jour de son entrée, ce malade présente, dans la région hypothénar de la main gauche, une plaie longitudinale de 2 ou 3 centimètres de longueur en dehors de l'éminence que forme l'os pisiforme, s'étendant jusqu'au sillon du poignet. Cette plaie offre des bourgeons charnus saignant au moindre contact.

La plaie est située sur une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, limitée en dehors par la région thénar, en dedans par le pisiforme, en haut par la brisure du poignet, elle s'étend en bas jusqu'au milieu de la région hypothénar. Cette tumeur, molle dans son milieu, présente des mouvements d'expansion isochrones aux battements du pouls. *La compression isolée ou simultanée de la radiale et de la cubitale n'arrête qu'incomplétement ces mouvements, ainsi que le bruit de souffle léger qui y existe, la compression de l'humérale suspend tous ces phénomènes.* Cette tumeur s'est formée progressivement ; cette mollesse qui existe au centre est la conséquence probable de l'arrivée du sang par les deux bouts de l'artère dans la tumeur qui, dans le principe, était diffuse et moins limitée qu'aujourd'hui. Les trois derniers doigts sont légèrement tuméfiés, les mouvements sont difficiles, la douleur est peu intense, les fonctions respiratoires et digestives s'accomplissent bien.

Le 18 et le 19, on fait un pansement légèrement compressif avec des compresses graduées placées au-dessus de la tumeur et maintenues avec des bandelettes. Quart.

Le 20, la tumeur et la plaie offrent les mêmes caractères ; *les batte-*

ments sont toujours et de plus en plus manifestes. On fait pénétrer dans la tumeur une canule effilée, et une injection de 4 ou 5 gouttes de perchlorure de fer est introduite dans la tumeur. Le soir, le malade n'a rien éprouvé de particulier. Quart.

Le 21, le malade a mal dormi; jusqu'à minuit, il a senti des douleurs lancinantes dans la tumeur. Vers trois heures, à son réveil, les douleurs ont persisté aussi vives; la tumeur et la plaie offrent les mêmes caractères. Application, sur la plaie, d'amadou imbibé de perchlorure; bandage légèrement compressif.

Soir. Mêmes douleurs que la nuit; léger frisson général; le membre du côté malade est le siége d'une chaleur très-vive; les doigts sont tuméfiés; la plaie est plus rouge et plus sensible au toucher. Régime léger.

Le 22, la face est pâle, la langue large et blanche, inappétence; quelques bouffées de chaleur ce matin. Peu de sommeil cette nuit; les picotements dans la plaie ont été moins douloureux. (Potion éthérée.)

Soir. Douleurs moins vives; frisson léger à deux heures: à quatre heures, pouls plein, fréquent; céphalalgie légère. La température du bras blessé est plus élevée que celle du côté opposé.

Le 23, pas de sommeil cette nuit; douleurs vives dans la tumeur et à la partie inférieure de l'avant-bras; les doigts et la main sont gonflés; il existe une rougeur vive sur la tumeur et sur l'avant-bras, jusqu'auprès du pli du coude; chaleur vive dans ces parties. Quelques lignes rougeâtres s'étendent vers le cou; pas d'engorgement des ganglions sous-axillaires. *Les battements de la tumeur sont superficiels et semblent menacer de faire éclater la tumeur; aussi le malade est-il gardé à vue en cas d'hémorrhagie.* (Looch calmant. Diète. Catap. émollient sur l'avant-bras.)

Le 24, les douleurs ont été encore très-vives; il y a peu de gonflement, mais la rougeur persiste. *Les battements dans la plaie sont toujours très-superficiels et soulèvent le caillot, les bords de la plaie sont écartés.* Il n'y a pas eu de frissons hier. (Diète. Looch calmant. Frictions sur l'avant-bras avec l'onguent mercuriel.)

Le 25, douleurs moins vives cette nuit; le gonflement et la rougeur ont diminué; les bords de la plaie sont écartés, ulcérés, anfractueux, affaissés; léger écoulement de sanie; le pouls a perdu de sa fréquence. (Bouillon. Looch calmant. On continue les onctions mercurielles.)

Le 26, les phénomènes inflammatoires se sont amendés notablement; les battements sont toujours très-superficiels. On suspend la potion et les frictions mercurielles; des compresses imbibées de décoction de quinquina sont appliquées sur l'avant-bras. On lui donne le quart.

Le 27, il y a peu de douleur; le sommeil est bon; les bords de la plaie sont rosés, mais écartés. *Les battements menacent de rompre le caillot.* Des compresses imbibées de décoction de quinquina sont placées sur l'avant-bras et la tumeur.

Le 28, à la partie inférieure de la tumeur, existe une tumeur noirâtre formée par du sang condensé; cette petite tumeur est le siége de battements isochrones aux battements du pouls. *Ces battements sont tellement superficiels, qu'ils font craindre une hémorrhagie à chaque instant; aussi la ligature de l'humérale est-elle résolue.* Même pansement.

Le 29, la tumeur offre les mêmes caractères. On procède à la ligature après avoir soumis le malade aux inhalations du chloroforme. Une incision est faite au niveau du bord interne du biceps vers sa partie médiane. Après l'incision de la peau du fascia superficiel et de l'aponévrose, le nerf médian et la veine humérale étant isolés de l'artère, cette dernière est mise à nu dans l'étendue d'un centimètre environ, et *la ligature est pratiquée.* Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. La plaie, de 4 ou 5 centimètres, a été réunie par trois points de suture. *Les battements de la tumeur du poignet ont complétement disparu.* Une légère compression y a été établie. Le bras est mis en écharpe. (Potion éthérée, bouillon.)

Le 30, le malade n'a pas souffert; la nuit a été bonne; il n'y a pas eu de fièvre; la température de l'avant-bras gauche n'a pas diminué; le pouls est large, assez fort, sans fréquence; les battements de la cubitale et de la radiale gauche ne sont pas très-appréciables. Depuis deux jours, le malade a un peu de diarrhée dont il ne s'est pas plaint avant l'opération. (Tisane de riz gommée. 2 potages. Orange.)

Le 31, la température des parties situées au-dessous de la ligature est plus élevée; le pouls est calme; bon sommeil; plus de diarrhée. (Tisane de riz. Quart.)

1er *août.* Un peu de douleur dans la plaie de la main; un peu de gonflement au coude produit par la compression du bandage situé au-dessus. (Limonade. Infusion de quinquina. Quart. Looch calmant. Cataplasme émollient sur le coude.)

Le 2, le gonflement du coude a disparu en partie; la plaie du bras est réunie; il n'y a pas de suppuration; il n'y a pas de rougeur ni de gonflement; la plaie de la main est toujours douloureuse et laisse écouler un peu de sanie; il n'y a plus de battements. (Vin amer, volaille. Potage avec sirop diacode 60,00.)

Le 3 il n'y a rien de particulier à noter. (Même prescription.)

Le 4, lorsqu'on met la plaie du poignet à découvert, on aperçoit une légère expansion communiquée à la tumeur par le sang qui y arrive. Des compresses imbibées de décoction de quinquina sont placées sur la main et l'avant-bras.

Le 5, les battements deviennent plus manifestes. (Même pansement.)

Le 6, les battements sont très-appréciables à la vue et au toucher. On les voit soulever un petit caillot noirâtre qui s'est formé au fond de la plaie. (Compresse cératée sur la plaie, légère compression avec une bande.)

Le 7, *hémorrhagie* cette nuit, à trois heures, par la plaie du poignet. M. le professeur Alquié ayant été aussitôt appelé, a fait la ligature du bout supérieur de la cubitale et d'une collatérale assez volumineuse. Une incision partant de l'extrémité supérieure de la plaie primitive s'étend jusqu'à 3 centimètres environ au-dessus; deux bandelettes ont été appliquées pour rapprocher les bords de la plaie, et les battements ont disparu. La *ligature* a été un peu laborieuse à cause de l'inflammation qui avait existé et qui avait amené l'induration, l'engorgement de ces parties au milieu desquelles il fallait découvrir l'artère. (Potion éthérée.)

Le 8, peu de sommeil cette nuit. La douleur a été assez vive dans la plaie. Il y a peu de gonflement. Le pouls est fort, un peu fréquent. Il n'y a pas eu de frissons. La température de la main et de l'avant-bras n'a pas diminué. (Cataplasme sur l'avant-bras; deux potions éthérées.)

Le 9, moins de gonflement de l'avant-bras et de la main. L'opéré remue facilement les doigts. La température de la main et de l'avant-bras n'a pas diminué. Les battements de la tumeur ont disparu. On voit des bourgeons charnus sur les bords de la plaie primitive du poignet. (Potion éthérée; cataplasme émollient.)

Le 10, le malade a souffert un peu cette nuit de la plaie faite à la partie inférieure de l'avant-bras lors de la ligature de l'extrémité de la cubitale. Il n'y a pas eu de frissons hier. La température de la main est à peu près aussi élevée que celle du reste du corps. Il n'y a pas de fièvre. Pas de battements. Dans la suite, la cicatrisation des différentes plaies s'opère sans accident; la tumeur anévrismale se cicatrise et devient progressivement plus dure; la santé de cet homme se rétablit, de sorte que la guérison est achevée quand on signe le billet de sortie dans les premiers jours de septembre.

Les détails de ce fait remarquable nous montrent les circonstances suivantes : 1° L'anévrisme traumatique a été vainement combattu, pendant un mois environ, par un appareil compressif des deux artères de l'avant-bras et de la tumeur que le malade portait encore au moment de son arrivée à l'Hôtel-Dieu. 2° La tumeur ulcérée menaçait de renouveler les hémorrhagies déjà plusieurs fois survenues. 3° La compression simultanée des artères cubitale et radiale ne suspendait qu'imparfaitement l'arrivée du sang dans l'anévrisme. 4° La compression de l'humérale suspendait seule les battements dans la tumeur. 5° L'injection au perchlorure de fer a été pratiquée avec les précautions plusieurs fois mises en œuvre, notamment chez le malade dont l'observation a été publiée récemment par M. le professeur Malgaigne; procédé qui, pour être moins énergique que celui employé dans plusieurs cas fâcheux, n'en a pas moins déterminé la gangrène du membre, et la nécessité de l'amputation à laquelle l'opéré a succombé. La seule modification apportée au procédé a été l'emploi d'une seringue en verre, nouveau modèle, c'est-à-dire parfaitement calibrée et permettant de suivre de l'œil la marche de l'injection. 6° Le perchlorure de fer a déterminé ici ce que des expériences préalables tentées sur les animaux par M. le professeur Alquié lui avaient fait craindre, c'est-à-dire la solidification incomplète et purement chimique du sang, et partant la formation d'un corps étranger, et non une coagulation vitale, comme cela a lieu après la ligature des troncs artériels. De là résultent les accidents survenus chez presque tous les opérés à l'aide du perchlorure de fer : l'inflammation éliminatrice, la gangrène plus ou moins étendue, et des suites plus ou moins fâcheuses. 7° L'effet observé de cet essai nouveau ayant dévoilé au chirurgien en chef la principale raison des accidents ultérieurement connus, une nouvelle tentative du même genre n'a pas été faite. Les parois de la tumeur, de plus en plus ulcérées, menaçant de produire une perte grave de sang, l'on a dû avoir recours à la ligature de l'humérale qui seule suspendait complétement l'arrivée du sang dans l'anévrisme. 8° Cette ligature a eu son effet immédiat ordinaire, et a suspendu tout battement dans la tumeur pendant plusieurs jours. Néanmoins l'inflammation éliminatrice déterminée dans l'anévrisme par la présence du sang condensé sous l'influence du perchlorure de fer, a chassé cette sorte de

caillot, et reproduit une hémorrhagie considérable. La tumeur avait cependant diminué; il fallait lier les vaisseaux près de celle-ci; on a commencé par le bout supérieur. Malgré quelques petits accidents, la *guérison* a enfin eu lieu un mois et demi après le commencement du traitement.

A ces réflexions, qui résultent immédiatement de l'observation de cet opéré, nous ajouterons les suivantes sur lesquelles M. le professeur Alquié insistait dans ses leçons. L'expérience paraît démontrer que l'on se méprend sur le mode d'action du perchlorure de fer injecté dans les anévrismes. On croit obtenir ainsi la formation d'un caillot pareil à celui qui suit la ligature d'après la méthode de J. Hunter, et, par suite, un travail médicateur le plus souvent sans orages. Les expériences sur les animaux vivants, et les faits déjà connus, nous paraissent prouver que l'injection au perchlorure de fer produit, non une coagulation, c'est-à-dire une adhésion *vitale* du sang, mais une condensation analogue à celle que cause un acide sur le lait; la chaleur ou un acide sur l'albumine, la gélatine; enfin une action physique et chimique. Aussi cette masse sanguine condensée et non coagulée n'est-elle point susceptible de s'organiser et d'être tolérée au sein de la poche sanguine. Elle constitue, au contraire, un corps étranger très-irritant : de là l'inflammation violente et les abcès considérables, les phlegmons étendus, l'élimination du contenu de la poche sanguine, la gangrène plus ou moins grave, enfin les accidents terribles qui ont été observés dans la plupart des cas.

Mejean a éprouvé des douleurs très-vives dans tout le bras, une inflammation éliminatrice et ulcéreuse, l'expulsion du magma sanguin de l'intérieur de l'anévrisme et les conséquences déjà signalées. Si des succès ont été constatés, ils doivent être attribués, non à la coagulation du sang, mais aux effets anatomo-pathologiques de la phlogose bien capable de déterminer l'oblitération des poches anévrismales, comme le prouvent les résultats obtenus à la faveur de la méthode opératoire des anciens. Du reste, les accidents décrits par M. Serre d'Alais, et les autres faits déjà mentionnés, montrent que la méthode préconisée par M. Pravaz ne saurait être préférée à la manière ordinaire de traiter les anévrismes.

P. Raynaud, *ex-chef de clin. chir. int.*

Les remarques extrêmement judicieuses et non moins bien exposées dont M. Lenoir a fait suivre son observation, nous dispensent d'insister sur les précautions à suivre dans le manuel opératoire de l'injection.

Cependant, pour montrer combien ces précautions sont indispensables, nous dirons que dans la première tentative faite par M. Lenoir, il ne s'écoula point par la canule un jet saccadé, et qu'il resta par conséquent des doutes dans l'esprit des assistants sur la question de savoir si le liquide coagulant avait réellement pénétré dans la partie liquide du sac anévrismal. Il paraît en avoir été de même dans la seconde tentative, et la troisième est la seule où il ait paru y avoir une certitude complète à cet égard.

Cette certitude ne nous semble pas exister dans l'observation de M. Alquié, et pour cette raison, nous ne pensons pas qu'elle puisse servir à éclairer beaucoup la question de l'efficacité du perchlorure; elle peut démontrer seulement combien la condition essentielle de la méthode de Pravaz est difficile à remplir.

Au reste, d'après le peu de détails descriptifs donnés par M. Alquié, il nous paraît probable que la seringue qu'il a a mise en usage est peu propre à donner au praticien une certitude sur la condition dont il s'agit, et toutes les fois qu'on n'emploiera pas la seringue à double canule dont parle M. Lenoir, la certitude ne pourra exister.

Avec la lacune que nous signalons, l'observation de M. Alquié peut bien moins autoriser les conclusions qu'il en tire relativement à la possibilité ou la non possibilité d'absorption du caillot produit par le perchlorure : l'opinion de M. Alquié, à cet égard, ne peut être fondée que sur des présomptions en apparence raisonnables, mais qui enfin ne sauraient équivaloir à une démonstration directe. Quant à l'opinion que l'honorable professeur prête à un certain nombre de chirurgiens d'avoir considéré le caillot produit par l'injection comme un caillot ordinaire ou *vital*, suivant l'expression de M. Alquié, nous ne connaissons personne à qui l'on puisse imputer cette opinion.

THÉRAPEUTIQUE.

Note lue à l'Académie de médecine, pour discuter et établir les meilleurs modes de pratiquer la cautérisation dans les voies génito-urinaires en général, et en particulier dans le vagin.

L'azotate d'argent est le modificateur souverain de la vitalité des membranes muqueuses, altérée ou pervertie par l'inflammation : cette proposition, qui forme la conclusion de mon premier mémoire, publié en 1842 sur les injections caustiques dans l'urétrite, est restée définitivement démontrée depuis la publication de mes travaux sur la cautérisation par l'azotate d'argent, appliquée à la cure du catarrhe des muqueuses urétrale, vésicale, vaginale et utérine. Mais il y a deux manières de pratiquer la méthode; il y a deux procédés de cautérisation : le procédé par la voie solide ou l'emploi du crayon; et le procédé par la voie liquide ou en solution concentrée.

Le procédé de cautérisation de la muqueuse vaginale par la voie solide, soit au moyen du crayon d'azotate d'argent, présenté dernièrement comme nouveau à l'Académie, est un procédé ancien, défectueux et arriéré dans l'état actuel de l'art, incertain dans ses résultats et condamné par l'expérience, qui a démontré l'excellence et l'infaillibilité de la cautérisation par la voie liquide, soit par la solution concentrée d'azotate d'argent.

1° Proposée et chaudement recommandée, en 1830, par le docteur Jewel, la cautérisation dans le vagin par l'azotate d'argent solide, pour le traitement de la gonorrhée, fut de nouveau prônée, sept ans après, avec un rare concert d'éloges, par six chirurgiens anglais (Annay, Bell, Thomson, Summers, Palethorp et Smith). Les travaux de ces chirurgiens, publiés dans le *London medical gazette*, furent résumés par la *Gazette médicale* de Paris, dans son numéro du 22 juillet 1837, avec cette conclusion : « Dans l'état actuel de la thérapeutique, le nitrate d'argent en substance est le remède par excellence pour guérir la gonorrhée chez la femme, à toutes les périodes. »

Malgré cette *excellence* si bien appuyée, il faut que le *remède* ait fait peu de fortune pour qu'on soit venu, quinze ans après, le présenter comme chose neuve à l'Académie. Oui, ce moyen de traitement a été repoussé de la pratique, mais ce n'est qu'après expérience et pour de bonnes raisons que j'ai vérifiées, dès 1840, dans mes premiers essais de cautérisation des muqueuses des diverses sections de l'appareil génito-urinaire.

2° Cette défectuosité consiste dans une opération pénible, longue et douloureuse, aboutissant à une cautérisation imparfaite. Il y a douleur surajoutée par l'introduction du spéculum, douleur vive dans la vaginite aiguë : dans tous les cas, la douleur inhérente à la cautérisation est prolongée par la longue durée de son exécution.

L'opération est incomplète et partant faillible dans ses résultats. Je n'hésite pas à affirmer d'une manière absolue l'impossibilité générale de cautériser exactement la surface de la muqueuse vaginale avec le crayon d'azotate d'argent. Ce n'est pas que cette cautérisation exacte soit nécessaire dans tous les cas : non, il est certaines variétés étiologiques de catarrhe vaginal, que je me suis appliqué à déterminer, où l'on peut produire la guérison par une cautérisation incomplète; et même dans certains cas très-incomplètes, si l'on en croit M. le docteur Francis Devay qui a soutenu, dans un mémoire spécial, publié à cet effet en 1845, qu'il suffit de cautériser la muqueuse dans quelques points isolés. Soit; et cela peut expliquer les succès des chirurgiens anglais, retrouvés par M. Becquerel.

Mais il y a des cas où la nécessité de la cautérisation complète est évidente *à priori*. Il est évident que la cautérisation doit être générale et parfaite dans les cas d'inflammation spéciale, de catarrhe à sécrétion contagieuse. L'inexactitude de la cautérisation est un vice qui frappe le traitement de nullité dans la vaginite blennorrhagique ou mieux blennorrhagie vaginale; en effet, pour peu que la muqueuse, dans un point de ses replis, ait échappé au contact du crayon, on verra l'inflammation blennorrhagique, de nature essentiellement expansive, s'irradier de nouveau; il suffira qu'un seul follicule muqueux soit resté hors d'atteinte de l'action caustique pour que sa sécrétion reproduise la contamination. Et, comme en fait de catarrhe vaginal, l'étiolo-

gie et le diagnostic différentiels sont chose fort difficile, il convient, au point de vue du traitement, de se placer en général dans l'hypothèse de la blennorrhagie. Eh bien ! parmi les chirurgiens familiarisés avec la conformation du vagin, et la disposition de sa membrane, en est-il beaucoup qui puissent répondre d'atteindre par le crayon cette muqueuse, assez exactement, pour ne pas laisser échapper un coin de ses replis, un follicule ?

Mais il est peu important d'insister sur la défectuosité en elle-même du procédé de cautérisation par la voie solide, lorsque nous trouvons dans le procédé par la voie liquide un mode d'action commode, facile, certain et très-doux, relativement. Ce procédé offre deux modes : l'injection et le badigeonnage. Je me suis adressé d'abord à l'injection. Pour pratiquer l'injection, je remplis de la solution concentrée d'azotate d'agent (2 grammes d'azotate pour 30 grammes d'eau), une longue seringue, terminée par une pomme d'arrosoir, en forme d'olive et de la grosseur d'une noix moyenne.

L'instrument introduit dans le vagin, et la pomme d'arrosoir placée dans le fond de sa cavité, je retire lentement la seringue, en poussant le piston à mesure, et j'inonde la surface muqueuse d'une pluie caustique qui la pénètre uniformément. Ce mode a l'avantage de ne point nécessiter l'introduction du spéculum et de ne produire absolument aucune autre douleur que celle de l'action caustique : à ce titre, il est précieux, surtout dans le cas de vaginite aiguë; et comme il présente une assez grande certitude d'action, il peut suffire dans la très-grande majorité des cas. Mais il est des cas exceptionnels où il peut devenir insuffisant, alors que certaine dimension du vagin et la disposition de sa membrane, exagérant la profondeur et la multiplicité de ses replis, le rendent plus difficile à fouiller. Alors, il faut avoir recours au badigeonnage : voici le mode d'opération qui remplit toutes les conditions désirables. A travers un spéculum rond j'introduis au fond du vagin un tampon d'éponge, fixée solidement à l'extrémité d'une tige rigide et imbibée de la solution concentrée d'azotate d'argent (le contact de l'éponge est moins rude que celui de la charpie pour la muqueuse enflammée); ayant pressé contre le fond de la cavité, je retire le spéculum, et derrière lui le tampon d'éponge, sur lequel la muqueuse déplissée vient s'appliquer et qu'elle presse pour en exprimer le liquide caustique, dont elle est baignée d'une manière uniforme.

Ce mode présente l'inconvénient de l'introduction du spéculum; mais on peut éviter la douleur qui en résulte dans la vaginite aiguë, en préludant par l'injection caustique, qui éteint l'inflammation sur la plus grande partie de la muqueuse, pour laquelle le badigeonnage est reconnu nécessaire.

L'introduction du procédé de cautérisation par la voie liquide a réintégré dans la pratique la cautérisation de la muqueuse vaginale, qui était à peu près abandonnée, lorsque la polémique élevée dans la presse médicale à propos des injections caustiques dans le canal de l'urètre est venue rappeler vivement l'attention des esprits sur cette méthode de traitement. Elle est aujourd'hui d'un emploi général : je puis l'assurer au moins pour Paris, Lyon et Bordeaux ; car ce n'est qu'après avoir reçu les réclamations de plusieurs praticiens de ces trois grands centres, que je me suis décidé à venir protester devant l'Académie, pour le progrès contre une tentative de rétroaction vers le passé.

Quant aux prétentions d'invention et de priorité soulevées en cette occasion, elles ne sont nullement fondées; il n'y a pas, à l'égard du traitement des muqueuses par l'azotate d'argent, de question d'invention à discuter entre les contemporains. Il y a eu un grand progrès accompli par l'extension, la généralisation d'un moyen puissant, héroïque ; il y a eu une conquête précieuse pour la thérapeutique, dans l'institution d'une méthode générale, rendue possible par la mise en œuvre d'un procédé qui répond à toutes les exigences de l'application. Or, cette conquête, cette institution d'une méthode générale, c'est mon œuvre ; cette initiative est au-dessus de toute contestation ; bien que plusieurs écrivains, les uns par ignorance, les autres par mauvaise foi, aient persisté à rapporter la méthode des injections caustiques à Carmichaël, — Carmichaël qui n'a parlé de cette méthode que pour la frapper de la condamnation la plus formelle ; condamnation du reste sans valeur, puisqu'il ne l'avait pas expérimentée : condamner sans connaître ce n'est pas juger, mais préjuger ; — celui qui a produit et soutenu la méthode, alors qu'elle était repoussée par une réprobation générale, a bien le droit de la revendiquer aujourd'hui qu'elle a triomphé.

A cette généralisation de la méthode, je suis arrivé par voie de déduction logique : en effet, embrassant dans une vue synthétique les précédents de l'azotate d'argent, en tant qu'appliqué comme modificateur des membranes muqueuses perverties par l'inflammation, j'ai trouvé son efficacité prouvée et vérifiée à l'égard des muqueuses oculaire, buccale, pharyngienne et vaginale; alors, considérant que les membranes qui tapissent les réservoirs et les conduits de l'économie, sont identiques dans leur organisation et dans leurs fonctions, j'ai conclu à l'identité de vitalité et de réaction, sous l'influence du même modificateur.

J'ai cherché dès lors à faire participer au bénéfice de la cautérisation, les muqueuses des organes génito-urinaires, vis-à-vis desquelles on était resté dans une réserve bien peu fondée en raison, à savoir : les muqueuses urétrale, vésicale et utérine. Restait la question d'application : elle a été résolue par la substitution de la solution concentrée du sel au crayon : ainsi, injection dans le canal de l'urètre, chez l'homme et chez la femme; injection dans la vessie ; injection dans la cavité du col et dans celle du corps de l'utérus ; enfin, dans le vagin, injection et badigeonnage. J'ai fait connaître dans une série de publications mes expériences et les règles qu'elles m'ont conduit à tracer. Il est évident dès lors, que tous les travaux qui depuis ont été entrepris sur la cautérisation par l'azotate d'argent des membranes muqueuses des voies génito-urinaires, ne constituent, au point de vue scientifique, que des opérations de vérification des propositions générales et absolues que j'ai posées dans le principe ; vérification longue et depuis longtemps terminée, dont le résultat est cette conclusion définitive : la méthode du traitement qui a pour base la cautérisation au moyen de l'azotate d'argent par la voie liquide, est une méthode prompte et infaillible pour la cure des catarrhes ou inflammations, à tous les degrés et à toutes les périodes, des muqueuses de toutes les sections des appareils génital et urinaire. A. DEBENEY, D. M. P.

CHRONIQUE.

— *Une action comme on n'en voit guère ou plutôt comme on n'en voit pas.* — La lettre suivante explique en quoi consiste cette action :

« Monsieur le Rédacteur,

« Je vous préviens que vous allez recevoir un grand coup ; prenez garde que l'émotion ne vous étouffe.

« Il paraît que les grands cœurs sont comme les grands esprits, ils se rencontrent !

« Depuis plus de vingt-cinq ans je suis dévoré du besoin de reconnaître tous les services que m'a rendus la *Presse médicale* (sans calembourg), à laquelle je dois des succès qui, outre quelque réputation (je dis *quelque* par modestie), m'ont valu une fabuleuse fortune ; j'étais donc dévoré du besoin de lui donner pendant ma vie et de lui léguer après ma mort CENT MILLE FRANCS de rente ou DEUX MILLIONS de capital, à son choix !

« Une seule considération s'est opposée jusqu'à ce jour à l'exécution d'un projet sans exemple dans les annales de l'humanité (si ce n'est peut-être dans l'*Histoire de la Phalange,* laquelle, par parenthèse, n'en a pas moins expiré d'inanition, malgré ses 100 mille francs de rente), c'est que je voulais que le nom du bienfaiteur fût à jamais ignoré.

Or, me disais-je, pour faire un si grand acte de générosité, il faut d'abord faire un acte de donation, et les notaires de notre temps sont si indiscrets, sans compter les journalistes, qu'ils pourraient bien un jour ou l'autre divulguer mon nom, ce qui me ferait mourir de confusion.

« Je voulais en outre contribuer (de mon vivant seulement) à la distribution des susdits cent mille francs, et j'avais beau, dans ma petite cervelle, tourner et retourner cette question : comment pourrai-je surveiller l'exécution de ma donation, si je ne me montre pas quelque part avec des titres qui me trahiront ? Je ne pouvais y trouver de solution, malgré toute l'habileté dont je suis redevable à la *Presse médicale*.

« Je me disais de plus : Comment faire même pour rédiger mon acte de donation? la *Presse médicale*, en général, n'est pas une personne ou une société qui ait qualité pour accepter une donation; les *Archives* ou tel autre journal en particulier ne l'est pas davantage ; il fallait donc, me semblait-il, livrer mes écus nommément aux directeurs des journaux ; et j'avoue qu'il en est dans les mains de qui je ne les croirais pas en entière sécurité.

« Toutes mes craintes étant dissipées, tous les obstacles que je prévoyais étant levés par le miraculeux exemple donné, le lendemain de votre baisse de prix, par un confrère que les journaux politiques disent être un médecin des *hôpitaux,* que d'autres déclarent n'être qu'un trop modeste confrère ; donc je n'y tiens plus, et je déclare dès ce moment que :

« Je *lègue, de mon vivant,* et je *donne, après ma mort,* la somme de

CENT MILLE FRANCS de rente
ou
DEUX MILLIONS de capital,

à son choix, à

LA GAZETTE DE CARPENTRAS,

à moins qu'on ne me prouve que le grand acte de munificence ne soit.... tout ce qu'il peut être !!!

« P. le Dr X....,
« L'exécuteur des legs et donations,
« TARTEMPION. »

Erratum. — L'article publié dans notre dernier numéro, sur une nouvelle préparation de colchique, a été, par erreur, attribué à *M. Dorvault* ; c'est *M. Debout* qui en est l'auteur.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 126. 1re année. Jeudi 20 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. / 6 mois, 12 fr. / 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Essai sur la classification des différents genres de folie, par M. Baillarger. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL COCHIN. M. BEAU. Sur la fièvre typhoïde. Sa pathogénie. Son traitement. Observation. Réflexions. Par M. le Dr H. Huguet. — CLINIQUE CIVILE : Guérison d'un vrai croup sans opération, par le Dr E. Triquet. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MEDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 19 *Octobre* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Quand on enfante des *produits* (comme dirait M. Chailly) semblables à ceux de M. Danyau, on ne saurait être trop fécond, et personne sans doute ne sera surpris que l'Académie ait entendu hier, avec un intérêt soutenu, quatre rapports coup sur coup, rédigés par cet honorable praticien qui n'est pas seulement un accoucheur habile, prudent, judicieux, mais qui est encore un véritable modèle d'académicien. Comme dans ses précédents rapports, M. Danyau, tout en conservant une exquise urbanité, une grande bienveillance pour les personnes, a soumis à une critique sévère et approfondie les travaux, et a montré nettement quelle importance l'Académie devait leur accorder ; c'est ainsi seulement, c'est par des rapports semblables que l'Académie peut encourager les véritables travailleurs et concourir efficacement au progrès de la science.

Quant au fond même de la question que M. Danyau a traitée dans ses quatre rapports, nous déclarons franchement n'être point en mesure d'en aborder l'examen ; nous dirons seulement que les considérations, que les raisonnements de l'habile académicien nous ont vivement frappé, et que nous sommes bien près de croire en ce moment que le rôle de l'ergot de seigle auquel la généralité des accoucheurs a donné tant d'importance depuis trente ans, que ce rôle doit être extrêmement réduit. Comment ne pas tendre vers une opinion à laquelle se rattachent à la fois des hommes comme MM. P. Dubois, Danyau, Depaul et Cazeaux ? Nous avouons qu'à côté de tels noms, ceux du vénérable Villeneuve et du poétique M. Chailly ne nous ébranlent guère, y joignît-on même celui de l'impétueux et savant M. Chrestien. Ne pouvant malheureusement reproduire textuellement les quatre rapports de M. Danyau, nous publions celui qui est relatif au travail de M. Chrestien, le plus important de tous par la position de l'auteur.

On comprendra facilement que les quatre rapports de M. Danyau aient occupé et bien occupé la plus grande partie de la séance. Cependant l'Académie a entendu en outre une lecture de M. Jolly sur le choléra, et une autre de M. Robert-Latour sur un cas de péritonite sur-aiguë traitée avec succès par l'enduit imperméable de collodion appliqué sur la peau. Quand nous songeons au caractère éminemment honorable de M. Robert-Latour, nous nous sentons pris d'une grande foi dans ses observations ; mais quand nous en entendons la lecture, nous avouons franchement que nous ne pouvons nous défendre d'un certain scepticisme ; comment en serait-il autrement, quand nous trouvons, semées dans l'histoire d'une observation, des phrases aussi pindariques que la suivante :

« Nous n'aurons donc échappé à l'immense péril d'une affreuse inflammation, que pour nous heurter à la résorption purulente ; implacable fléau ! qui trop souvent déchira dans la main du praticien les bulletins de victoire ! »

L'estime toute particulière que nous professons pour M. Robert-Latour nous oblige à lui conseiller d'abandonner ce genre de rédaction qui ne peut que nuire au crédit de ses opinions et de ses observations.

Quant au travail de M. Jolly, n'ayant pu le parcourir après la séance, nous craindrions de ne pas l'apprécier comme il le mérite après une simple audition.

Essai sur la classification des différents genres de folie.

Par M. BAILLARGER, *médecin de la Salpêtrière.*

L'aliénation mentale est la privation du libre arbitre par suite du développement incomplet ou d'une lésion de l'entendement.

Elle se divise en trois grandes classes :

L'*imbécillité*, caractérisée par le développement incomplet des facultés intellectuelles et morales.

La *folie*, affection cérébrale apyrétique, ordinairement de longue durée et dont le caractère principal est un désordre de l'entendement dont le malade n'a pas conscience ou qui l'entraîne à des actes que sa volonté est impuissante à réprimer.

La *démence*, caractérisée par un affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, affaiblissement dont le malade n'a pas conscience.

Je laisserai dans ce travail tout ce qui a trait à l'imbécillité et à la démence, pour m'occuper exclusivement de la folie et rechercher quelles divisions principales il convient d'établir.

Rappelons d'abord l'état actuel de la science et en particulier la classification d'Esquirol, généralement adoptée aujourd'hui.

Pour Esquirol, les formes générales de la folie se résument dans les termes suivants et caractérisent cinq genres :

« 1° *Lypémanie* (mélancolie des anciens), délire sur un objet ou un petit nombre d'objets avec prédominance d'une passion triste et dépressive.

« 2° *Monomanie*, dans laquelle le délire est borné à un seul objet ou à un petit nombre d'objets, avec excitation et prédominance d'une passion gaie et expansive.

« 3° La *manie*, dans laquelle le délire s'étend sur toutes sortes d'objets et s'accompagne d'excitation.

« 4° La *démence*, dans laquelle les insensés déraisonnent, parce que les organes de la pensée ont perdu leur énergie et la force nécessaire pour remplir leurs fonctions.

« 5° L'*imbécillité* ou l'*idiotie*, dans laquelle les organes n'ont jamais été assez bien conformés pour que ceux qui en sont atteints puissent raisonner juste (t. 1er, p. 22). »

J'ai dit que je laisserais à part l'imbécillité et la démence, qui forment la première et la troisième division de l'aliénation mentale.

Les genres de folie, reconnus par Esquirol, se trouvent ainsi réduits à trois, mais Georget, l'un de ses élèves les plus distingués, crut devoir, sous le nom de *stupidité*, admettre une quatrième division. Georget définit la stupidité : l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer.

Ce quatrième genre a été généralement adopté et la plupart des médecins se servent aujourd'hui de la classification suivante :

Délire partiel	avec excitation et gaieté. .	*Monomanie.*
	avec abattement et tristesse.	*Mélancolie.*
Délire général..		*Manie.*
Suspension de l'intelligence.		*Stupidité.*

On voit que, dans cette classification, le délire partiel forme deux genres : la monomanie et la mélancolie ; le délire général, au contraire, n'en comprend qu'un seul, la manie. En outre, la stupidité ne rentre, ni dans le délire général, ni dans le délire partiel.

Les modifications que je crois devoir proposer à cette division sont les suivantes :

Les différents genres de folie se rangeraient sous deux titres :

1° Les délires avec lésion partielle de l'intelligence.

2° Les délires avec lésion générale.

La première classe ne comprendrait qu'un genre : la *monomanie*.

La seconde classe en renfermerait deux : la *mélancolie* et la *manie*.

On obtiendrait ainsi le tableau suivant :

Délire avec lésion partielle.	*Monomanie.*
Délire avec lésion générale.	*Mélancolie.*
	Manie.

Si l'on compare ce tableau au précédent, on voit qu'il existe entre la division que je propose et celle généralement admise aujourd'hui deux différences principales :

1° La mélancolie passerait de la classe des délires partiels dans celle des délires avec lésion générale ;

2° La stupidité cesserait de figurer comme un genre spécial et par suite il ne resterait plus que trois genres principaux de folie au lieu de quatre.

Ces changements peuvent-ils être justifiés et leur nécessité démontrée ? Je dis nécessité, car en fait de classification le mieux est souvent ennemi du bien, et je pense qu'on ne doit proposer de modifications qu'en s'appuyant sur des motifs graves.

On jugera, par les développements qui suivent, si les raisons qui m'ont déterminé sont suffisantes.

Et d'abord, on peut remarquer que j'ai ajouté aux mots *délire partiel, délire général,* le mot *lésion*.

Ce changement qui peut de prime abord paraître minime, n'est pas cependant, je crois, sans importance.

En y réfléchissant bien, en effet, il ne m'a pas semblé que les locutions de *délire partiel* et *délire général* fussent complétement rigoureuses et à l'abri de tout reproche, c'est ce que je vais d'abord essayer de démontrer.

Le mot *délire*, et à cet égard il ne saurait y avoir de doute, est ici synonyme de celui de *folie*. Hippocrate, on le sait, définissait cette maladie un délire sans fièvre, et quand on dit délire général ou délire partiel, c'est évidemment comme si l'on employait les mots *folie générale, folie partielle*.

Or peut-on dire que la folie est partielle ou générale ?

Pour décider cette question, il est indispensable de chercher à se rendre compte de ce que c'est que la folie et en quoi consiste son phénomène radical.

Il y a dans la folie deux éléments très-distincts :

Le premier est un trouble, un désordre, une lésion de l'entendement.

Le second est la perte de conscience de ce trouble, de ce désordre, de cette lésion.

Prenons pour exemple un halluciné.

Nous trouvons d'abord l'hallucination, lésion de l'intelligence et de la sensibilité, constituant le premier élément, puis la conviction du malade que cette hallucination a réellement une cause dans le monde extérieur et qu'elle est le résultat d'une persécution, etc. C'est-à-dire, *perte* ou *absence de conscience*, que cette hallucination n'est qu'un symptôme de dérangement intellectuel. C'est le deuxième élément.

Quel est ici le phénomène principal ?

La réponse est bien facile et ne peut soulever aucune objection.

Il est bien évident que ce n'est pas l'hallucination, c'est-à-dire la lésion de l'entendement. Car un homme, et les exemples n'en sont pas très-rares, peut être halluciné sans être aliéné, cela arrive tant qu'il conserve la conscience qu'il n'y a chez lui qu'un fait pathologique jugé et apprécié par lui comme par le médecin lui-même.

Le phénomène radical, c'est donc la perte de conscience (1).

Or, la perte de conscience d'une lésion peut-elle être partielle ou générale ?

Non, assurément. Ce qui peut s'étendre et se limiter, c'est la lésion, mais non la perte de conscience.

Me fondant sur les raisons qui précèdent, je crois donc qu'il

---

(1) « Le symptôme essentiel de la folie, celui qui la caractérise et sans lequel « elle n'existerait pas, sur qui reposent les divisions en genres, espèces et variétés, dépend d'une lésion des fonctions cérébrales ; il consiste en des désordres « intellectuels auxquels on a donné le nom de délire ; il n'y a point de folie sans « délire (Georget, *De la folie*, p. 75). »

C'est cette manière d'envisager la folie que je crois devoir combattre. Oui, c'est sur les désordres de l'intelligence que doivent reposer les divisions de la folie, mais ces désordres n'en sont point le caractère essentiel. Il est bien vrai qu'il n'y a pas de folie sans certains désordres intellectuels, mais les mêmes désordres peuvent exister sans folie. C'est dans l'appréciation exacte ou non de ces désordres qu'il faut chercher le phénomène radical de l'aliénation mentale. Il est là ou dans l'impuissance de la volonté. Georget ne fait d'ailleurs que reproduire ici l'opinion d'Esquirol qui définit la folie « une affection cérébrale ordinairement chronique sans fièvre *caractérisée* par des *désordres* de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. »

serait plus rigoureux de dire : délire avec *lésion* partielle, délire avec *lésion* générale.

Peut-être serait-on tenté de ne voir ici qu'un changement de mots, voici la preuve qu'il n'en est pas ainsi.

J'ai dit que la stupidité ne pouvait rentrer ni dans le délire général, ni dans le délire partiel; il répugnerait beaucoup, en effet, de dire de ces malades inertes et stupides qu'ils ont un délire général; il y aurait même là quelque chose de choquant; encore moins pourrait-on voir là un délire partiel. Mais si la stupidité n'est ni un délire général ni un délire partiel, elle est évidemment caractérisée par une lésion générale de l'intelligence, et, comme le malade n'a pas conscience de cette lésion, on peut très-facilement ranger la stupidité dans les délires avec lésion générale. On voit donc qu'il y a ici plus qu'une distinction de mots.

Ce que j'ai dit des folies par perte de conscience s'applique aussi à celles qui ont pour caractère principal l'impuissance de la volonté, et je crois inutile d'insister davantage sur ce point.

Les lésions des facultés intellectuelles et morales, outre qu'elles peuvent s'étendre ou se limiter, se présentent aussi avec des caractères très-différents et souvent même opposés.

On comprend donc que c'est sur l'étendue ou le caractère de ces lésions que pourra être basée la classification des diverses formes de la folie, dont le phénomène radical, la perte de conscience, restera toujours le même.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

De la fièvre typhoïde. — Sa pathogénie. — Son traitement. — Observation. — Réflexions.

La fièvre typhoïde consiste-t-elle, oui ou non, dans une *altération primitive*, des plaques de Peyer, etc., ou bien doit-on lui reconnaître une autre cause, et par suite lui opposer un traitement différent?

Lorsque l'on croit avoir une solution favorable à une question qui intéresse aussi vivement la santé publique, il n'est pas permis de garder le silence. C'est aux faits cliniques de parler, et c'est à propos d'un des plus remarquables que nous prenons la plume en ce moment.

Dans le courant d'août dernier, il se présenta à la consultation de M. Beau, à l'hôpital Cochin, une femme de 23 ans, cuisinière. Alitée chez elle depuis huit jours, elle n'avait pris pour tout remède que de la tisane; elle nous parut se tenir debout avec la plus grande peine; sa langue rouge, sèche, enflammée, sa face vultueuse, hébétée, et bientôt les fuliginosités dentaires, formées par un amas de mucosités desséchées, ne laissaient aucun doute sur l'état typhoïde de cette malade. M. Beau lui appliqua de suite le traitement évacuant, mais sans résultat; rien ne put rendre les évacuations alvines assez abondantes. Les symptômes typhoïdes devinrent de plus en plus graves; une bronchite à râles bullaires *foudroyante* et *généralisée* vint surajouter ses dangers à ceux qui existaient déjà, et bientôt un râle trachéal des plus prononcés, s'entendant à distance, précéda de quelques heures la mort de cette malheureuse.

Quels devaient être les désordres de l'intestin dans une affection qui se manifesta avec des symptômes si alarmants et qui devint si promptement funeste !...

La nécropsie fut faite sous les yeux de M. Beau, en présence de M. Maisonneuve, des élèves de service et de plusieurs autres personnes. On examina d'abord les poumons pour voir si une pneumonie n'aurait pas échappé, pendant la vie, aux investigations; il n'y avait qu'une forte congestion, avec des mucosités bronchiques très-abondantes.

Le péritoine était sain, et la surface extérieure des circonvolutions intestinales ne présentait rien qui indiquât un travail phlegmasique.

L'intestin grêle, séparé du mésentère, est examiné avec soin dans toute sa longueur; vers son tiers inférieur, à peu près, on remarque des indices d'invagination, *sans la moindre trace de phlegmasie. On redonnait à l'intestin sa forme normale en le tirant en des sens opposés* au niveau des invaginations: le bout supérieur de l'intestin s'invaginait dans le bout inférieur sur une étendue de plusieurs centimètres. L'intestin ouvert, on ne trouva *aucune lésion* de l'iléon dans la portion située au-dessous de l'obstacle: un peu plus haut, là où les liquides pouvaient arriver, on trouva une infiltration gazeuse qui s'était produite dans une assez grande étendue, à travers une petite ulcération rencontrée en ce point.

Voilà donc des symptômes typhoïdes des mieux caractérisés pendant la vie, sans que l'on trouve à l'autopsie l'altération des plaques de Peyer, même aux abords de la valvule iléo-cœcale, où elle se rencontre le plus souvent; altération que l'on veut regarder encore comme la *cause essentielle* de la maladie typhoïde.

Il y avait obstacle au cours des matières, et au-dessus de l'obstacle une ulcération avec infiltration gazeuse du tissu cellulaire sous-muqueux. Les évacuations alvines avaient été singulièrement entravées par les obstacles intestinaux dont nous venons de parler.

Que conclure de ces faits?

1° que l'on n'a pas besoin d'autres signes que ceux fournis par l'état général du malade pour diagnostiquer une fièvre typhoïde, même à sa première période;

2° Que la lésion de l'intestin pouvant *manquer* dans certains cas, cette lésion ne saurait être regardée comme étant la *cause du mal;*

3° Que l'altération de l'intestin paraît et doit être produite par un état *particulier des liquides intestinaux*, puisque, lorsqu'un obstacle arrête ces liquides, l'altération n'existe qu'au-dessus de l'obstacle, les parties situées au-dessous restant parfaitement saines;

4° Que traiter l'état *présumé* de l'intestin, pour guérir l'état général, est prendre l'effet pour la cause, et traiter une inconnue, pendant qu'on laisse un *poison réel* exercer ses ravages, lorsqu'on pourrait le neutraliser et le *chasser* au dehors.

L'observation qui nous a amené à ces conclusions n'est pas la seule que possèdent la science et la clinique médicale; notre excellent maître, M. Beau, en possède déjà un certain nombre.

Puisque l'altération des plaques de Peyer fait défaut, malgré la manifestation de tous les autres phénomènes qui caractérisent la fièvre typhoïde, pourquoi persisterait-on encore à voir, entre les altérations de l'iléon et la nature du mal, une connexion qui est contraire à l'observation clinique?

Vous voulez que tel état soit dû à telle cause, vous rencontrez souvent le même état sans votre *prétendue cause;* et vous persistez à les unir dans votre pathogénie! Voilà ce que l'on comprend difficilement.

Vous dites que l'altération de l'intestin ne se rencontre que du septième au dixième jour de l'affection, et vous diagnostiquez vous-même l'affection par ses symptômes généraux, *souvent dès son début !*

Je vous reconnais en cela plus de mérite clinique que de logique; car si vous reconnaissez l'affection dès les premiers jours, *avant* le développement des accidents de l'intestin, c'est que ces accidents ne sont que des signes de *deuxième ordre*. Si vous les attendiez toujours pour vous prononcer, il est des cas où vous ne vous prononceriez jamais, puisque souvent on ne les rencontre pas même après la mort.

Ainsi donc, je le répète, si d'une part il n'est pas besoin des lésions de l'iléon pour reconnaître une fièvre typhoïde, c'est que cette *lésion* n'est pas de premier ordre dans la question; si, d'une autre part, cette lésion peut manquer lorsque tous les autres caractères de l'affection typhoïde existent, c'est que cette *lésion*, quand elle existe, aussi bien que l'affection elle-même, tient à une *cause spéciale productrice* des accidents *généraux d'abord*, puis des accidents *locaux ensuite*, quand cette cause peut descendre jusqu'à l'iléon sans rencontrer d'obstacle sur son chemin.

Pendant que les solidistes tiennent à leurs idées jusqu'à l'*hydrophobie*, et attendent les désorganisations de tissus pour asseoir leur diagnose, les humoristes, au contraire, après une analyse sévère de l'état général du malade, ne portent pas plus loin leur exigence, et dès ce moment, la *nature* du mal et sa *cause* leur étant connues, ils appliquent vigoureusement le remède. Ils ont moins souvent peut-être l'occasion de vérifier, *de visu*, l'état de l'intestin, mais ils s'en consolent en voyant le malade se rétablir rapidement. Il est une question que nous aimerions bien à voir résoudre par les *entérophiles*, qu'on nous passe cette expression de circonstance: si l'altération des plaques de Peyer est l'épine typhoïde, c'est donc elle qui produit le liquide intestinal? A une réponse affirmative, nous objecterons ceci: depuis quand une *petite* ulcération, quand *ulcération* il y a, fournit-elle un produit de sécrétion aussi abondant? et puis a-t-on jamais vu une ulcération phlegmasique simple, ou même d'une spécificité quelconque, sécréter un liquide qui ait la *couleur* et l'*odeur* de la bile? Si ce liquide diarrhéique n'est pas fourni par l'ulcération, il vient d'une autre source, et nous avons montré que cette source était située bien au-dessus du point où on la cherchait.

Combien de fois n'avons-nous pas vu, tant dans le service de M. Beau que dans notre pratique particulière, des malades qui, après

voir passé déjà la première période de la maladie, étaient soulagés, dès le soir même du jour où ils avaient pris un vomitif? L'état saburral de la langue, la sécheresse, la soif, l'anxiété, l'abattement, la fièvre, se dissipaient comme par enchantement. On nous dira peut-être qu'il ne s'agissait pas de vraies fièvres typhoïdes. Non, répondrons-nous, si vous n'appelez typhoïde que cette période où, suivant nous, *la bile altérée* a enflammé et ulcéré l'intestin lorsqu'on n'a pas enlevé cette cause morbifique ; oui, si, comme nous, vous appliquez l'épithète typhoïde à l'ensemble des phénomènes généraux qui, pour nous, sont des phénomènes *primitifs*, CAUSE tenant à la BILE ALTÉRÉE, que nous attaquons *le plus tôt possible;* avant qu'elle ait eu le temps d'agir *localement* sur l'intestin et d'y amener des *altérations de tissus*.

Du reste, notre mode de traitement et la guérison qui s'ensuit n'indiquent-ils pas la nature et la cause de la maladie? Voyez : presque toujours, surtout dans les sept ou huit premiers jours, un émétique ou un éméto-cathartique diminuent la fièvre presque subitement et amènent le calme dans les autres symptômes. Toutes les fois que les déjections bilieuses sont abondantes, le mieux se déclare avec plus de promptitude. Chaque jour, plusieurs fois par jour, cela se remarque dans le service de M. Beau. Nous y avons même observé ceci de très-remarquable : à la première période d'une fièvre typhoïde, diagnostiquée d'après les symptômes généraux les plus *tranchés*, M. Beau avait prescrit une potion ipéca-stibiée. Il n'y avait pas eu de vomissements bilieux ; l'état était resté aussi grave qu'avant. On prescrit un drastique pour le lendemain : par erreur, on administre un second émétique ; il y a des vomissements bilieux très-abondants; le mieux les suit de près, et bientôt la fièvre tombe ; les autres symptômes se dissipent et le malade entre en convalescence.

Ne voit-on pas, dans ces faits, quelque chose de bien digne d'exciter l'attention et qui entraîne avec force à regarder la BILE devenue septique comme l'*élément morbide primitif* et *unique* de la fièvre typhoïde ?

Depuis que nous avons adopté cette pathogénie de la fièvre typhoïde, nous n'avons eu, pour notre part, qu'à nous en applaudir ; car tous nos malades, même à une époque avancée de la maladie, ont très-bien guéri. Dans un cas fort remarquable où une bronchite généralisée à râles bullaires des plus graves faisait passer, aux yeux de plusieurs, notre malade pour être atteinte de *tubercules ramollis*, nous avons eu le bonheur de la voir promptement entrer en convalescence. (Un large vésicat. et une pot. gomm. kermét. ont très-efficacement secondé nos efforts.)

Depuis dix mois que nous vérifions l'exactitude de cette doctrine et les heureux effets des vomitifs et des purgatifs administrés : les premiers, tous les quatre ou cinq jours ; les seconds, tous les jours, et secondés, suivant le cas, par les ablutions froides, nous ne comprenons plus une manière de faire différente.

Si nous envisageons la convalescence après l'une et l'autre méthode, nous sommes encore plus frappé des résultats de celle que nous soutenons; car aussitôt que l'appétit est revenu aux malades (et c'est l'affaire de quelques jours), on peut les considérer comme guéris. La convalescence, au lieu de durer souvent plusieurs mois, n'est que d'un temps fort court ; nous n'avons pas de ces accidents terribles, suite d'un long séjour au lit et des pertes considérables subies par l'économie, tels que : les escarres gangréneuses, etc., etc. Si le météorisme s'était montré, nous le voyions vite disparaître, et notre pronostic est d'autant plus favorables, sitôt que le ventre s'aplatit.

Bien loin d'arrêter les déjections alvines, *comme on le fait dans certaines pratiques*, nous les favorisons et nous les provoquons lorsqu'elles ne se montrent pas d'elles-mêmes. C'est ainsi que nous chassons de l'économie les *matières septiques* qui l'*empoisonnent*, et bientôt le calme le plus parfait succède aux orages qui menaçaient de devenir effrayants.

En résumé donc, la fièvre typhoïde n'est pour nous, comme pour M. Beau, qu'un *empoisonnement* du *sang* par la BILE ALTÉRÉE, une espèce de *ptyalisme* du foie, qui sécrète, plus abondamment que de coutume, un liquide *putrescible* et dont la *putréfaction* se fait *dans l'intestin*. Une cause puissante d'intoxication nous paraît tenir aussi aux gaz qui sont le résultat de la fermentation biliaire et à leur absorption.

Le seul traitement rationnel de cette affection consiste donc à nettoyer l'intestin tous les jours, par les purgatifs, et à vider tous les quatre ou cinq jours l'estomac de la bile qu'il pourrait contenir, en même temps qu'on aura recours aux boissons abondantes fraîches et acidulées, aux bains et aux ablutions fraîches qui soulagent souvent beaucoup les malades.

Nous ne saurions trop engager les praticiens véritablement impartiaux et amis de leurs semblables à essayer ce moyen, et bientôt, nous en sommes sûr, ils en reconnaîtront toute l'efficacité, ainsi que la vérité des doctrines que nous nous faisons un devoir de soutenir et de répandre de toutes nos forces. Dr H. HUGUET, D. M. P.

CLINIQUE CIVILE.

Guérison d'un vrai croup sans opération.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans le numéro du 15 octobre de votre journal, une observation de *croup véritable,* traitée avec succès par l'alun et le calomel, à l'intérieur; les frictions d'onguent napolitain sur le col. Ma propre pratique vient de m'offrir un cas analogue : il y a seulement cette différence que j'ai fait trois cautérisations pharyngiennes, l'une avec la solution de nitrate d'argent (2 grammes pour 8 d'eau), et deux autres avec l'acide chlorhydrique pur et fumant.

Malgré cette différence, ce fait est très-intéressant, surtout au point de vue pratique, et je vous prie de vouloir bien le publier.

Observation. — Angine couenneuse. — Croup laryngo-bronchique. — Extension des fausses membranes aux fosses nasales. — Traitement par l'alun et le calomel à l'intérieur, les frictions d'onguent napolitain sur le col, la cautérisation du pharynx avec l'acide chlorhydrique fumant. — Guérison.

Observation communiquée par M. le Dr THIQUET, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc.

Une jeune fille, Marie-Joséphine B...., passage Saint-Avoye, n° 14, âgée de 5 ans, d'une santé assez bonne et n'ayant jamais eu de maladie grave jusqu'à cette époque, est prise le 14 septembre 1853, d'une petite toux, revenant par quintes, avec un coryza dont l'écoulement était abondant.

La famille, pour éviter que cette petite indisposition eût des suites, confia l'enfant à une tante qui s'en allait à la campagne (Saint-Maur). Mais la toux et le coryza n'en continuèrent pas moins : toutefois, aucune des autres fonctions ne paraissait altérée ; la petite malade avait faim ; elle mangeait volontiers ; le sommeil était bon, quoique troublé chaque nuit par une ou deux quintes de toux, dont le caractère n'offrait rien de particulier. Point de fièvre.

Dans la nuit du samedi 17 septembre, c'est-à-dire après trois jours de prodrômes, l'enfant fut réveillée en sursaut par une quinte de toux plus violente que les autres, avec suffocation : en même temps la voix était voilée.

On envoya de suite chercher M. le docteur Beaumont, qui exerce la médecine avec distinction dans cette localité (Saint-Maur). Il n'eut pas de peine à reconnaître tous les symptômes de l'*angine croupale,* diphtéritique : plaques blanches, pseudo-membraneuses, sur les amygdales, sur les piliers du voile du palais ; toux et voix croupales, etc. En présence de ces symptômes graves, M. Beaumont pratiqua immédiatement une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, et il fut décidé que l'enfant serait ramenée à Paris.

Je vis l'enfant dans la matinée du dimanche 18, avec M. P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, et M. le docteur Beaumont.

Voici en quel état nous trouvons la petite malade : c'est une enfant assez grande, mais encore délicate ; ce qui frappe tout d'abord, c'est l'état d'agitation et de dyspnée dans lequel nous trouvons cette enfant. Il y a de la fièvre (120 à 130 puls. par minute) ; la respiration est précipitée, anxieuse ; mais à l'auscultation, le murmure vésiculaire était complet dans tous les points de la poitrine. Le pharynx et les amygdales nous présen-

tent des plaques pseudo-membraneuses très-prononcées, engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Il fut convenu qu'on mettrait en usage le traitement suivant :

1° Faire une cautérisation avec la solution d'azotate d'argent d'après la formule :

Nitrate d'argent.	2 grammes.
Eau distillée.	10 —

2° Donner *toutes les heures* une cuillerée à café d'une des mixtures suivantes :

Mixture n° 1.

Calomel.	1 gramme.
Miel.	30 —

Mixture n° 2.

Alun pulvérisé.	1 gramme.
Miel.	30 —

3° Faire toutes les deux heures une friction à la région antérieure du col, avec 4 grammes d'onguent napolitain.

La cautérisation fut pratiquée immédiatement, et l'on commença à donner une cuillerée de la mixture n° 1.

La journée du dimanche 18 septembre se passa ainsi ; mais, vers le soir, l'enfant fut prise d'un accès violent de suffocation : appelé immédiatement, je fis ouvrir la bouche de l'enfant, non sans peine, et il me fut facile de voir que la cicatrisation faite le matin avait à peine effleuré les fausses membranes.

Je me décidai, séance tenante (pendant qu'on envoyait chercher M. Guersant), à pratiquer une cautérisation énergique avec l'acide chlorhydrique pur et fumant (1).

Voici comment je procédai : une éponge fine et petite, fixée solidement sur une baleine recourbée, est trempée dans l'acide ; l'éponge ainsi chargée, doit être secouée assez fortement pour faire disparaître l'acide en excès qui l'imbibe ; alors la bouche de l'enfant est ouverte, bon gré mal gré, avec une cuiller, par exemple, ou une sorte de doigt en corne, comme celui que M. Guersant emploie de préférence ; et, sans perdre de temps, l'éponge est portée sur les amygdales de façon à toucher tous les points blancs. Un détail important est de laisser l'éponge un moment en place, surtout quand les fausses membranes ont déjà pénétré dans le larynx ; car voici ce qui arrive : l'enfant, au bout de quelques secondes, fait une inspiration, et la vapeur qui se dégage de l'acide, pénétrant avec l'air dans le larynx et les bronches, cautérise les fausses membranes dans des points que l'acide, à l'état liquide, ne saurait atteindre.

Une quinte de toux assez forte suivit cette cautérisation et me laissa penser que mon but était rempli. L'enfant fut reportée dans son lit.

L'alun et le calomel furent donnés toutes les heures, avec un peu de sirop de groseilles.

M. Guersant arriva sur les onze heures du soir et trouva la petite malade un peu mieux : elle avait dormi une heure à peu près.

La respiration semblait moins gênée : en conséquence, il fut convenu que l'on remettrait au lendemain l'opération de la *trachéotomie,* pour laquelle on l'avait demandé.

La nuit fut assez bonne, et M. le docteur Beaumont, qui veilla près de la malade, trouva qu'elle avait été assez calme.

Le 19, il n'y avait plus de motifs suffisants pour recourir à une opération : en conséquence, l'alun et le calomel furent continués à la dose d'*un gramme* selon la formule, comme la veille, et donnés l'un après l'autre à une heure d'intervalle.

Pendant la journée, il y eut encore une ou deux quintes de toux avec suffocation ; la petite malade eût une epistaxis assez abondante qu'on arrêta en faisant renifler de l'eau froide. L'on put constater qu'il y avait des fausses membranes sur la muqueuse *pituitaire* et jusqu'à l'ouverture antérieure des narines, surtout du côté droit (trois selles verdâtres, diarrhéiques).

Dans la soirée, une nouvelle cautérisation fut faite avec l'acide chlorhydrique.

La nuit fut encore assez bonne ; cependant la fièvre était devenue assez forte (140 puls.) et il y eut un peu d'agitation, mais plus d'accès de suffocation.

Le 20, même état ; un peu moins de fièvre. L'alun et le calomel sont encore continués. Eau de groseilles pour boisson ; un peu de bouillon ; encore une épistaxis.

Le 21, amélioration ; toux moins croupale, plus humide, *comme catarrhale ;* quelques débris de fausses membranes se trouvent au milieu des crachats. La fièvre a diminué ; 100 puls.

Les gencives sont gonflées, l'haleine est mercurielle. Le calomel et l'alun sont suspendus ; les frictions avec l'onguent napolitain sont continuées.

Dans la journée, l'enfant est prise d'une quinte de toux violente et rend une fausse membrane longue de 17 centimètres, large de 15 millimètres. M. Guersant qui la conserve précieusement, assure que c'est une fausse membrane *œsophagienne.*

Le 22, l'amélioration se prononce ; seulement l'enfant est devenue très-pâle, comme anémique, probablement sous l'influence des préparations mercurielles. Gruau, bouillon ; mais les liquides ne passent qu'avec une grande difficulté. Ils déterminent des quintes de toux violentes. Les frictions sur le col avec l'onguent napolitain sont suspendues.

Les 23 et 24, *convalescence.* On essaie de faire prendre à l'enfant un peu de café de glands doux, dans lequel sont dissous 2 grammes d'extrait de quinquina ; un peu de vin vieux de Bordeaux, mais la difficulté pour la déglutition des liquides est toujours considérable. Cet acte détermine une quinte de toux violente, et les liquides reviennent par le nez.

Le 25, quelques débris de fausses membranes sont toujours rendus par les crachats. Tapioka pour nourriture, café de glands (extrait de quinquina).

Le 26, aucune récidive ne survient et la convalescence nous semble franche, légitime.

Aujourd'hui, 15 octobre, 1° cette enfant a repris toutes *ses habitudes de santé ;* 2° mais il lui reste encore un peu de toux ; 3° la voix conserve un timbre dur et strident : on dirait que cette enfant fait de fausses notes en parlant ; 4° la déglutition des liquides est encore très-difficile, et souvent il en revient une petite quantité par le nez.

On se demande si l'inflammation diphtéritique a laissé des traces de son passage sur le voile du palais (par exemple des traces de phlegmasie chronique, une induration par plaques de la muqueuse qui revêt cet organe important ; si ces altérations ont amené, à leur suite, quelque paralysie partielle des petits muscles palatins ou pharyngiens, dont le jeu est si nécessaire aux différents mouvements que doit accomplir le voile du palais, le pharynx. Ce sont là des hypothèses probables. Je les livre aux méditations des physiologistes.

Dr E. Triquet.

(1) L'acide *chlorhydrique* nous semble avoir cet avantage : c'est que la vapeur qu'il laisse échapper sous forme de flocons blancs, doit pénétrer plus loin que l'acide lui-même et probablement jusque dans le larynx, surtout si l'enfant fait une inspiration en ce moment.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Octobre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur l'établissement thermal de Gréoux (Basses-Alpes), par M. Jaubert ;

2° Rapports sur deux épidémies de fièvre typhoïde, par MM. Degen, médecin cantonnal à Rorbach (Moselle), et Leblanc-Bellevaulx, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nevers ;

3° Lettre de M. Girard, médecin à Moutieriender (Haute-Marne), annonçant que la vaccine préserve de la fièvre typhoïde, au lieu d'en favoriser le développement ;

4° Observations sur la vaccine et la fièvre typhoïde, par M. Remy, médecin à Châtillon-sur-Marne, qui croit que la question soulevée par M. Ancelon n'est pas encore résolue.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sécateur de l'urètre.

M. le docteur Alexis Favrot soumet à l'appréciation de l'Académie un instrument qui paraît se recommander par sa simplicité et sa précision. Il se compose d'une tige mousse graduée, terminée en olive, véritable sonde droite assez fine; près de l'extrémité olivaire (C) se voient trois ouvertures très-petites; de son manche (D) un ressort (B) soulevé et fort doux.

Dès qu'on presse sur le ressort (B) apparaissent par les ouvertures de l'extrémité olivaire trois petites lames en serpette, à pointe vers l'olive et à tranchant vers le manche.

Plus on presse sur le ressort, plus leur saillie est considérable; elles peuvent arriver à circonscrire dans leur plus grand développement un cercle de 0,014 millimètres de diamètre.

Pour lui donner une précision tout à fait mathématique, M. Favrot se propose de faire placer près du ressort (B) une petite tige graduée perpendiculaire à l'instrument. Elle sera destinée à rendre compte au dehors de la saillie des lames dans l'urètre, de manière à pouvoir alors apprécier exactement l'étendue des incisions, non-seulement en longueur, mais aussi en profondeur.

Cet instrument sort des ateliers d'un de nos habiles fabricants, M. Mathieu.

Acoumétrie.

M. le docteur James Yearsley adresse la description d'un instrument de son invention, dont il se sert pour mesurer le degré d'amélioration survenue par l'application du coton hydraté dans les cas de surdité accompagnée de perte de la membrane du tympan. Cet instrument peut servir aussi pour mesurer le degré de surdité dans les cas ordinaires. L'instrument rend des sons qui varient depuis un degré, où les mieux entendants l'apprécient à peine, jusqu'à un degré assez fort pour indiquer une surdité complète. C'est un petit marteau qui, par suite d'un mécanisme d'horlogerie, frappe plus ou moins fort dans une boîte.

Névralgie de la vessie.

M. Leroy (d'Étiolles) adresse une Note sur le *Traitement de la névralgie du col de la vessie par l'incision de cet orifice de l'urètre.*

Ce chirurgien dit que la première pensée de ce moyen de guérison lui a été suggérée par des opérations de tailles pratiquées par divers chirurgiens sur des malades qui n'avaient pas de pierres, mais qui étaient affectés de névralgie de la vessie, dont ils ont été guéris. A ce sujet, M. le professeur Roux avait, dans ses leçons, émis cette opinion que si la taille n'était pas aussi dangereuse, il inclinerait à la conseiller comme moyen de traitement de la névralgie de la vessie. Cette réflexion avait éveillé l'attention de M. Leroy (d'Étiolles), et lorsque des incisions et des excisions répétées de bourrelets, de valvules et de portions du col de la vessie pratiquées dans le but de faire cesser des rétentions d'urine, lui eurent donné la certitude de l'innocuité habituelle de ces opérations, il se décida à tenter l'incision du col pour guérir des névralgies assez douloureuses et assez fatigantes pour en faire courir les risques. Cette légère opération a été pratiquée sur quatre malades; sur deux les symptômes ont cessé complétement, il y a eu seulement amélioration sur un troisième, le quatrième n'a éprouvé aucun changement.

L'instrument dont M. Leroy (d'Étiolles) se sert est son scarificateur ou inciseur du col de la vessie en forme de brise-pierre.

Iode.

M. Boinet adresse une réclamation de priorité touchant la communication de M. Duroy, dans le cas où ce correspondant aurait donné la découverte des propriétés anti-septiques, anti-virulentes, etc., de l'iode.

Amputation de la langue.

M. Maisonneuve communique l'observation suivante : *Amputation de la langue dans une étendue de huit centimètres; guérison complète avec conservation de la parole.*

M. le docteur J..., membre correspondant de l'Académie et président du Comité de vaccine, s'occupait depuis plusieurs années d'envoyer dans les départements du vaccin liquide.

Ce travail, qu'il faisait lui-même, exigeait qu'il tînt dans sa bouche un certain nombre de petits tubes en verre. Plusieurs fois leur pointe acérée détermina sur la langue des piqûres qui produisaient souvent de petits boutons.

Ceux-ci disparaissaient ordinairement au bout de quelques jours; mais, à la longue, il survint une induration qui persista et fut l'origine d'une maladie plus grave.

En effet, tourmenté de la persistance de cette induration, M. J... voulut la faire disparaître en la cautérisant. Il employa d'abord le nitrate d'argent, puis le nitrate acide de mercure, mais cette médication, loin d'arrêter les progrès du mal, ne fit que l'aggraver; des plaques épidermiques se développèrent sur toute la surface de la langue, et plus tard une ulcération profonde envahit la partie centrale de cet organe.

D'après les conseils de quelques amis, il se soumit à une cautérisation plus énergique avec le fer rouge, mais celle-ci donna encore à la maladie une activité nouvelle.

Toute la partie antérieure de la langue jusque vers les papilles caliciformes, devint, dans une longueur de huit centimètres, le siége d'une induration considérable, en même temps que l'ulcère central faisait des progrès rapides.

A ces symptômes se joignirent bientôt des douleurs lancinantes qui ne laissaient au malade aucun repos.

Il consulta M. le docteur Ricord, qui le soumit à l'iodure de potassium; malgré ce traitement, le mal s'aggravait de jour en jour, la langue, énormément tuméfiée, finit par obstruer la cavité buccale, la salive s'écoulait d'une manière continue, la parole était devenue impossible, et le malade se trouvait réduit à prendre pour toute nourriture des aliments liquides.

C'est dans ces conditions que, sur l'avis de M. le docteur Ricord, M. J... vint me consulter.

En présence d'une affection aussi grave, contre laquelle avaient échoué les médications les plus rationnelles, je crus devoir proposer l'amputation comme unique ressource.

Elle eut lieu le 24 août à la maison de santé de M. le docteur Pinel, en présence de MM. les docteurs Larrey, Ricord, Richard Dumotet, Langlebert, Pinel et Alexis Favrot. Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, j'incisai d'abord, sur la ligne médiane, la lèvre et les parties molles du menton. Je fis ensuite, au moyen d'une scie à chaîne, la section de la mâchoire inférieure, dont les deux branches écartées permirent de saisir la langue et de l'attirer au dehors. Par une dissection rapide, l'organe malade fut ensuite séparé des parties saines jusqu'au delà de sa moitié antérieure, et, dans une étendue de 8 centimètres, la glande sub-linguale dut aussi être sacrifiée. Des ligatures furent appliquées sur chacun des vaisseaux importants, de sorte qu'il ne survint aucune hémorrhagie. Après cette opération, les branches de la mâchoire furent rapprochées et maintenues en contact au moyen d'un fil enroulé autour des dents incisives et canines. Les ligatures placées sur les vaisseaux furent dirigés en dessous du menton, dans l'angle inférieur de la plaie, et les bords de la division furent réunis à l'aide de la suture entortillée. Malgré l'extrême gravité de cette opération, aucun accident ne s'est manifesté.

La cicatrice des parties molles s'est opérée par première intention, l'énorme perte de substance s'est comblée rapidement, les os se sont consolidés, et, chose remarquable, aujourd'hui, quarante jours après l'opération, le malade a pu recouvrer la parole en même temps que la faculté de saisir et de broyer les aliments.

L'examen anatomique a démontré que l'affection appartenait à la classe des cancroïdes épithéliaux, tout fait donc espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

Sirop d'aconit.

M. Ferrand, pharmacien à Lyon, adresse un travail sur les préparations d'aconit napel, et spécialement sur un sirop de cette plante. Ce sirop se compose ainsi :

Sirop simple (contenant 32 déc.). . . .	1,000 grammes.
Alcoolature d'aconit (contenant 1 gramme d'extrait ou 4 pour 100).	25 —

30 grammes de ce sirop représentent 3 centigrammes d'extrait alcoolique.

Cautérisation du col utérin.

M. Courty adresse un second exemplaire de sa communication à l'Académie des sciences.

Variole.

M. de Larue, de Bergerac, adresse un mémoire sur la variole et la vaccine.

RAPPORTS.

M. Danyau donne lecture de quatre rapports successifs sur l'emploi du seigle ergoté. L'intérêt qu'ils présentent nous engage à en reproduire au moins un textuellement.

Voici le premier de ces rapports qui est relatif à un travail de M. Chrestien, de Montpellier.

Ce n'est pas à proprement parler, dit M. Danyau, un Mémoire que M. le docteur adresse à l'Académie, mais un recueil d'observations. C'est par des faits, et non par des raisonnements, qu'il veut justifier sa confiance dans un médicament qui n'a pas, suivant lui, d'influence fâcheuse sur la vie des enfants ni sur la santé des mères, quand il est administré après une dilatation suffisante du col utérin. M. Chrestien a certainement choisi le meilleur des arguments, le seul qui pût, en pareille matière, porter la conviction dans les esprits.

Ses observations sont au nombre de 20. L'insuffisance du médicament a obligé de recourir au forceps quatre fois; des 16 autres cas, 14 ont eu l'issue la plus heureuse! Les enfants sont nés en bon état; deux fois seulement l'enfant n'a pas vécu.

L'Académie n'attend pas de moi l'analyse même succincte de ces vingt observations. J'aurais voulu seulement en extraire quelques résultats statistiques. Je n'en ai malheureusement pas trouvé les éléments, dans les faits rapportés par M. Chrestien, faute de détails complets et suffisamment précis. Prenons d'abord la catégorie des cas où le seigle ergoté a produit, et plus ou moins accéléré l'expulsion de l'enfant. Dans une question de ce genre, n'eût-il pas été intéressant de tenir compte de la primiparité et de la multiparité? Sur les 16 cas, il n'y en pas moins de 6 où le renseignement fait défaut. M. Chrestien dit que l'administration du seigle ergoté est exempte de danger quand il y a dilatation suffisante du col utérin. C'est là, tout le monde en conviendra, un terme un peu vague, et cette énonciation peu précise se trouve malheureusement trop souvent dans la relation des faits particuliers, quand, ce qui n'arrive pas moins de cinq à six fois, ce point important n'est pas tout à fait passé sous silence. M. Chrestien a cependant pris soin d'indiquer, dans six cas, que la dilatation était complète ou à peu près complète, et l'on peut en conclure que, bien qu'elle ne le fût pas dans les autres, le seigle ergoté n'en était pas, suivant lui, moins indiqué. C'était assez qu'elle fût *suffisante*. Nous trouvons bien, dans un certain nombre de cas, l'indication du temps écoulé entre l'administration de l'ergot et la terminaison de l'accouchement; mais six ou sept fois, à la place de la mesure exacte du temps, il n'y a qu'un terme général et vague. Nous voyons bien dans ces observations, qui démontrent sans réplique la puissance du seigle ergoté, que les contractions se sont rapprochées et accrues sous l'influence du médicament, mais nous regrettons de ne pas y trouver mentionné avec soin le caractère de ces contractions. Ont-elles ou non toujours eu cette forme permanente comme tétanique qui les distingue des contractions anormales? Tout le danger du seigle réside dans cette fâcheuse modification : à quel degré, dans quelle proportion de nombre existaient-elle? M. Chrestien répondrait sans doute à l'expression d'un pareil regret, que cette indication importe peu ; que c'est le résultat qu'il faut considérer, sans s'arrêter aux circonstances accessoires. Nous ne serions pas de son avis : puisqu'il y a des praticiens timorés, que M. le docteur Chrestien se donne la peine de reproduire les résultats de sa pratique pour les convaincre; il ne devait rien négliger pour dissiper leurs doutes. On pourrait toujours impunément administrer le seigle, si les contractions devenaient seulement plus fortes et plus fréquentes, si, dans les intervalles qui les séparent, le relâchement franc, complet de l'utérus, permettait à la circulation utéro-placentaire de se rétablir. On ne serait pas moins confiant dans le résultat, si l'on était sûr que les contractions provoquées, fussent-elles permanentes, dussent produire une très-prompte expulsion. Mais, à tort ou à raison, ce spasme, cet état tétanique de l'utérus est fort redouté de quelques praticiens, et il n'eût pas été hors de propos de prouver que ces craintes sont chimériques; que le spasme n'existe pas ou n'existe que rarement, et que, dans les cas même où on le conteste, il n'a pas les conséquences qu'on lui attribue. C'est ce qui serait peut-être ressorti de l'ensemble des faits, si pour chacun d'eux en particulier bien des détails oubliés eussent été exactement indiqués. En ceci, M. le docteur Chrestien a agi comme un homme convaincu, peu disposé dès lors à supposer des doutes chez les autres, et qui ne songe pas assez qu'il y a des esprits difficiles à convaincre.

Nous ne ferons point à M. le docteur Chrestien l'objection souvent répétée, et devenue banale, qu'il aurait mis trop d'empressement à administrer le seigle. L'inaction est généralement bien établie, et s'il n'est pas démontré qu'elle n'eût pas cédé à d'autres moyens, il est au moins incontestable que l'ergot en a triomphé dans la plupart des cas en très-peu de temps.

Ce n'est pas tant, au reste, la puissance du seigle ergoté que son innocuité que notre confrère de Montpellier s'est proposé de mettre en évidence. Or, sur ce point, notre opinion est moins arrêtée, notre conviction moins absolue que la sienne ; pour rester dans le doute, nous n'avons pas besoin d'invoquer d'autres faits que ceux qu'il a lui-même communiqués à l'Académie. Il compte à la vérité, dans ces 16 premières observations, 14 succès complets. Mais il y a aussi deux cas d'enfants nés morts, et ce sont ces deux cas qu'il s'agit maintenant d'examiner. Dans le premier, une sage-femme avait déjà administré le seigle, à dose insuffisante, dit l'auteur sans indiquer pourtant quelle a été cette dose. La tête était depuis sept heures immobile dans l'excavation, l'orifice encore épais et non franchi, lorsque notre confrère arrive; il se hâte d'administrer le seigle et en fait prendre 5 doses de 0,50 dans l'espace d'une heure, au bout de laquelle est expulsé un enfant mort.

Nous ne ferons pas remarquer toutes les lacunes que présente un fait aussi brièvement rapporté. Nous ne voulons signaler que celle relative à l'état de l'enfant antérieurement à l'administration du seigle par M. Chrestien lui-même. S'il avait déjà cessé de vivre, sa mort ne saurait être imputée au seigle, au moins à la seconde administration du médicament. S'il était vivant, et l'auteur semble le croire sans dire pourtant qu'il s'en soit positivement assuré, comment ne pas admettre que le seigle a tout au moins contribué à sa mort, si même il n'en a pas été la cause directe? Enfin, si l'enfant était vivant, mais déjà éprouvé soit par la première dose de la poudre ergotée, soit par la longueur du travail, était-il prudent de recourir à un moyen qui ne pouvait qu'aggraver un état déjà compromettant? Si, en l'absence des renseignements précis qu'on ne paraît pas avoir demandés à l'auscultation, nous admettions, sur quelques indications vagues de l'auteur, que l'enfant était vivant, il nous paraît logique et en quelque sorte forcé d'admettre aussi que le seigle ergoté n'a pas eu dans ce cas son innocuité habituelle. En vain M. Chrestien assure-t-il que ce n'est pas au médicament qu'il faut attribuer la mort, mais à une administration trop tardive; cette assertion n'est point une preuve, et nous ne croyons à personne, dans cette Académie, une foi assez aveugle pour s'en contenter.

Dans la suivante observation, l'enfant, robuste d'ailleurs, ne naquit pas mort, mais ne voulut pas teter et succomba bientôt. M. Chrestien, un peu moins affirmatif cette fois, pense que ce résultat fâcheux eût *peut-être* été prévenu par l'administration du seigle à une époque moins avancée du travail. Or, il nous est impossible de dire, à la lecture de cette observation plus incomplète encore que la première, à quel moment précis (du travail) le seigle a été donné, encore moins de savoir si réellement le choix d'une époque moins avancée eût été plus heureux. A cet égard, il nous est d'autant plus difficile d'accepter l'assertion de M. Chrestien, que le cas nous a semblé du nombre de ceux qui ne réclament pas, qui excluent même l'emploi de l'ergot. Nous croyons, en effet, qu'à l'arrivée de notre confrère, la dilatation n'était pas aussi avancée que les cris et l'agitation de la femme l'avaient fait présumer, que les bords de l'orifice étaient épais, que les douleurs étaient intenses, quoique peu rapprochées, que la patiente était d'une extrême indocilité, agitée de corps et d'esprit, en proie aux craintes les plus exagérées, dans cet état enfin qui fait supposer avec quelque fondement une grande irritabilité de la fibre utérine, une disposition marquée aux contractions spasmodiques irrégulières, si non même à l'existence de ces contractions anormales, circonstance tout au moins peu favorable à l'administration de l'ergot. Encore, si M. Chrestien nous avait dit quel était l'état de la circulation fœtale au moment où il a fait prendre la première dose! mais dans ce cas comme dans le précédent il garde le silence le plus absolu sur ce point. Tout ce que nous avons dit à propos du premier cas, nous pourrions le répéter ici. Ce seraient les mêmes suppositions à faire, entre lesquelles notre choix ne serait probablement pas le même que celui de M. Chrestien. Pour tout dire en un mot, nous pensons que, dans le second cas comme dans le premier, le seigle a eu tout au moins une part, une grande part dans le fâcheux résultat qui a suivi son emploi.

Et maintenant, si telle devait toujours être la proportion, si une fois sur huit la poudre d'ergot devait être fatale à l'enfant, au lieu de conclure comme M. Chrestien ne devrait-on pas se montrer exclusivement réservé?

Nous reconnaissons que d'autres statistiques donnent des résultats plus avantageux, et qu'en les réunissant toutes, on arriverait à une proportion beaucoup plus faible que celle qui ressort des faits que nous avons analysés dans ce rapport ; aussi, n'est-ce pas avec les seize observations de M. Chrestien qu'on pourrait faire le procès au seigle ergoté. Mais ce n'est pas non plus avec seize cas dont deux ont eu une issue funeste, qu'on peut être autorisé à proclamer l'innocuité absolue de ce médicament.

Il y a dans le recueil adressé à l'Académie une seconde série de faits. Elle se compose de quatre cas dans lesquels la poudre d'ergot a été admi-

nistrée sans succès et qui ont exigé l'application du forceps. Deux fois l'enfant a été extrait mort; mais dans un cas l'extraction avait été fort difficile et cette difficulté suffit pour expliquer le résultat. Dans ce sens, le seigle avait déterminé des contractions qui, bien qu'impuissantes, avaient, au dire de l'auteur, été *terribles*. Quand il se décida à appliquer le forceps, les battements cardiaques étaient sensibles, et cependant l'enfant fut extrait dans un état de mort apparente. Par des soins bien entendus on le rappela à la vie, mais il succomba le quatrième jour. Nous voudrions bien pouvoir démêler ici la part du seigle; mais ce serait une tâche bien difficile avec d'aussi vagues indications. Suffit-il que les battements du cœur soient *sensibles* pour prouver que la vie du fœtus n'a subi aucune atteinte? Ils peuvent être *sensibles*, mais faibles, excessivement accélérés, très-ralentis, irréguliers, réduits à une pulsation unique, toutes circonstances qui résultent d'un trouble plus ou moins prolongé dans la circulation utéro-placentaire et qui dénotent un certain état de souffrance chez l'enfant. Nous ne voudrions pas être réduits à de simples conjectures. Comment ne pas présumer cependant que, l'opération ayant été facile, mais précédée de contractions *terribles*, l'ergot qui les avait excitées n'est pas la principale cause de la mort de l'enfant? S'il en était ainsi, ce ne serait pas deux enfants sur seize, mais trois sur vingt auquel le seigle ergoté aurait été funeste.

Nous avons soumis le recueil de M. Chrestien à un examen sévère. La position de l'auteur, agréé de la Faculté de Montpellier, l'importance du sujet, encore en litige parmi les accoucheurs, l'intérêt de la science qui ne peut, en cette question, progresser que par des observations complètes et précises, nous en fesaient un devoir. Il serait cependant injuste de méconnaître l'utile emploi auquel cette collection de faits peut être appliquée; réduits à leur juste valeur, ces faits trouveront leur place dans quelques statistiques futures et contribueront pour leur part à l'élucidation d'une question qui n'est pas encore résolue et que M. Chrestien s'est un peu trop hâté de trancher.

Nous avons l'honneur, messieurs, de vous proposer :

1° D'adresser une lettre de remerciements à l'auteur;

2° De déposer son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

Le second rapport de M. Danyau est relatif à un mémoire de M. le docteur Mérier, médecin de l'asile de Saint-Dizier, dans lequel l'auteur se propose de démontrer que le seigle ergoté doit être administré :

1° Pendant le travail, à de certaines conditions parmi lesquelles l'auteur mentionne, par erreur de rédaction sans doute, celle-ci : *que la tête ne soit pas arrivée au détroit inférieur;*

2° Après l'accouchement, dans le cas de perte;

3° Dans les hémorrhagies qui suivent les fausses couches;

4° Pour la provocation d'un avortement ou d'un accouchement prématuré reconnu nécessaire.

L'auteur cite à l'appui de sa manière de voir quatre observations que M. le rapporteur ne trouve ni assez nombreuses, ni assez concluantes pour constituer un plaidoyer bien important en faveur du seigle ergoté.

Conclusions. Remerciements à l'auteur; dépôt aux archives. (Adopté.)

Le troisième rapport de M. Danyau est relatif à un mémoire de M. le docteur Torel, de Brie-Comte-Robert, dans lequel ce confrère se montre un véritable antagoniste de l'ergot de seigle. L'auteur, après avoir rapporté dix-sept observations, conclut :

1° Que le seigle ergoté est un médicament trop dangereux pour l'enfant et pour la mère pour qu'il soit administré, parce que le travail ne va pas assez vite ou se ralentit;

2° Lorsque le travail se prolonge au delà de ses limites ordinaires, soit par faiblesse, soit par insuffisance de contractions utérines, une application de forceps ou la version, suivant les circonstances, est préférable à l'emploi du seigle;

3° Dans le cas où le seigle aura été donné aux doses suffisantes et n'aura pas déterminé l'expulsion du fœtus au bout d'une heure ou d'une heure et demie au plus, il faut se hâter de terminer l'accouchement par le forceps ou par la version, suivant la présentation;

4° L'utilité de l'ergot de seigle n'est exclusivement démontrée que dans les indications qui naissent de certaines hémorrhagies ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches.

M. le rapporteur fait d'abord remarquer que les observations que l'auteur rapporte ne sont pas toutes à beaucoup près heureusement choisies pour démontrer les propositions qu'il soutient; quant à ces propositions elles-mêmes, elles sont généralement vraies, quoique énoncées d'une manière trop absolue, et la seconde en particulier émet sur l'opportunité de la version une opinion qu'on ne saurait énoncer ainsi d'une manière incidente et qui demanderait les développements dans lesquels l'auteur n'est pas entré. L'indication formulée par l'auteur ne saurait d'ailleurs être acceptée.

M. le rapporteur appréciant le zele dont M. Torel a donné des preuves, propose, néanmoins, qu'il lui soit adressé une lettre de remerciements.

Le quatrième rapport de M. Danyau a pour objet des considérations de M. Spitzer, de Marseille. Le rapporteur, ne jugeant pas que la communication de l'auteur ait une suffisante importance pour exiger un rapport détaillé, se contente de lui voter des remerciements. (Adopté.)

M. Cazeaux s'associe pleinement à M. Danyau pour toutes les opinions et toutes les critiques qu'il a exposées dans ses rapports; il aurait seulement désiré que M. Danyau, au risque de se répéter, formulât de nouveau d'une manière très-catégorique les indications du seiglé ergoté, médicament dont la masse des praticiens continue encore à faire abus.

M. Danyau croit que la sévérité dont il a usé remplira le but que signale M. Cazeaux.

LECTURES.

Péritonite.

M. Robert-Latour lit l'observation d'une *péritonite sur-aiguë liée à la rupture d'un abcès ovarique, traitée avec succès par l'enduit imperméable.*

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— On lit dans les journaux quotidiens de la Grande-Bretagne :

La science médicale vient de faire une grande perte dans la personne de M. le docteur Curie, décédé la semaine dernière à Londres, où il était établi depuis longues années. M. Curie a été un des propagateurs de l'homœopathie en Angleterre. Il n'avait pas seulement toute la science, il avait aussi, et il exerçait, avec une ardeur infatigable, toutes les vertus de sa profession.

Des dispensaires gratuits ont été établis par lui dans les divers quartiers de Londres, et cette grande cité lui doit la fondation d'un hôpital homœopathique. M. Curie n'a jamais oublié son pays, et les Français, jetés en Angleterre par les derniers événements politiques, ont toujours trouvé en lui un compatriote compatissant et dévoué. Il a rendu à l'exil et au malheur des services nobles et désintéressés. L'homme chez lui était à la hauteur du médecin. On voit, par la nature même des vertus pratiquées par M. Curie, que ce praticien ne doit pas être confondu avec le célèbre chirurgien anglais Currie.

— On annonce que M. Auguste de Saint-Hilaire a légué, en mourant, à la bibliothèque de la ville de Montpellier tous les ouvrages scientifiques qui lui appartenaient, à l'exception de la *Physiologie* de M. de Candolle, et d'une *Monographie de la rose*.

M. A. de Saint-Hilaire, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est, comme tout le monde sait, l'un des auteurs d'une *Flore du Brésil* et d'un *Traité de botanique* justement estimés.

— L'absurde opinion de la contagion du choléra produit en Orient les mêmes et stériles embarras qu'en Suède. Voici ce qu'on lit dans une correspondance de Schumla :

« Par décret impérial, le 23 de ce mois a été formé un cordon sanitaire le long de la rive du Danube, de Roustchouk jusqu'à Widdin, pour prévenir l'introduction du choléra qui se manifeste de l'autre côté du Danube. Moustafa-Effendi, directeur de l'Office-Sanitaire de Varna, et le docteur B. Tarron, médecin du 6e régiment des *redifs*, sont partis tous les deux pour surveiller l'exécution de cette mesure. »

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 127. 1re année. Samedi 22 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : L'électrisation et les marchands de vin. — Essai sur la classification des différents genres de folie, par M. Baillarger. (*Suite et fin.*) — **CLINIQUE DÉPARTEMENTALE** : Hydropisie enkystée de l'ovaire. Ponction. Insuccès, Par M. le Dr Notta. — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 21 *Octobre* 1853.

L'électrisation et les marchands de vin.

Nous avons signalé récemment le *progrès* qu'avaient réalisé un grand nombre de marchands de vin de la capitale, en imaginant de distribuer aux consommateurs de petits verres une ou plusieurs électrisations, destinées, soit à récréer les chalands, soit même à les guérir des différents maux dont ils pouvaient être atteints ; mais tout en signalant cette ingénieuse invention, nous avions jugé utile d'appeler sur elle l'attention de M. le Préfet de police. Les faits suivants, entre autres, prouvent jusqu'à quel point nos craintes étaient fondées.

Une femme nommée *Lavenat,* âgée de 28 ans, est entrée le 21 septembre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Cécile, n° 1.

Elle était très-bien portante le 21 au matin. Elle alla acheter un litre de vin chez un marchand, rue du Faubourg Saint-Martin, en montant à gauche, et non loin du boulevard. Là, on l'engagea à se soumettre à l'action de la pile. On lui plaça alternativement dans les mains, sur les bras, au creux de l'estomac et dans le dos un des conducteurs. Elle en éprouva presque immédiatement un trouble général qu'elle a peine à décrire, sans localisation bien manifeste. Mais à peine rentrée chez elle, elle fut prise de céphalalgie et d'oppression très-intense ; cette oppression jointe à des palpitations et à un développement considérable de gaz dans l'intestin.

A son arrivée à l'hôpital, après avoir connu l'histoire de la cause de ces accidents, je jugeai qu'ils étaient essentiellement nerveux.

Des bains, des antispasmodiques et un vésicatoire volant à l'épigastre ont ramené le calme ; et le 28 septembre, la malade est sortie guérie. (*Note communiquée par M. Vernois.*)

FEUILLETON.

Recherches sur les glandes des paupières.

(*Suite. Voir les nos* 123, 125.)

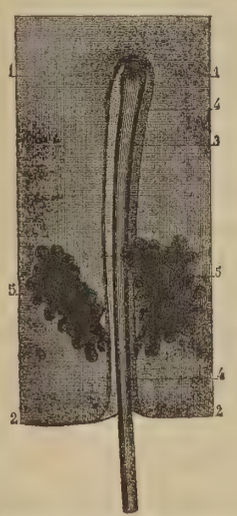
2° *Glandes ciliaires.*

Les glandes annexées aux follicules des cils peuvent être distinguées à l'œil nu, malgré leur extrême petitesse ; mais leur volume devient plus apparent après une immersion de quelques jours dans l'acide acétique. Elles sont plus manifestes chez certains animaux, dans le bœuf et le mouton, par exemple, non-seulement parce que leurs dimensions sont un peu plus considérables, mais surtout parce qu'elles offrent une couleur d'un jaune vif qui contraste avec la couleur blanche du tissu cellulaire.

Deux glandes ciliaires sont attachées à chaque follicule ; et comme ceux-ci, ou, ce qui revient au même, comme les cils existent sur le bord libre des paupières en nombre variable de 60 à 130, 140 et même 150, on voit, en prenant le chiffre 100 pour terme moyen, que la lèvre antérieure de l'ouverture palpébrale est munie de 400 glandes environ.

Vues à l'œil nu, ces glandes ne sont manifestement, chez le bœuf, qu'une agglomération de 7 à 8 acini, groupés autour d'une cavité centrale jouant le rôle de canal excréteur. Chez l'homme, elles offrent la même structure ; mais les acini qui les composent étant plus petits, on ne peut les apercevoir qu'à l'aide d'une loupe ; on les voit surtout très-bien à un grossissement de 20 à 25 diamètres.

C'est en général sur un point assez rapproché de l'extrémité libre des follicules des cils que ces glandes viennent s'ouvrir. Le produit qu'elles sécrètent est



Glandes cillaires vues à un grossissement de vingt-cinq diamètres.

Figure 6. — 1, 1, trame celluleuse sur laquelle repose la base des cils. — 2, 2, bord libre de la paupière. — 3, racine du cil. — 4, follicule de ce cil. — 5, 5, glandes ciliaires s'ouvrant dans ce follicule, au voisinage de son extrémité libre.

Déjà, avant d'avoir reçu cette note détaillée, il était parvenu à notre connaissance :

1° Qu'une femme L...., qui se trouvait à une époque critique et qu'on avait électrisée, comme la malade de M. Vernois, avait dû être rapportée chez elle, très-incommodée par suite de cette électrisation ;

2° Qu'une jeune fille avait éprouvé des accidents convulsifs par suite du même *traitement ;*

3° Que des mouvements hystériques s'étaient fait remarquer chez plusieurs des jeunes filles qui étaient allées se faire électriser chez un marchand de liqueurs.

Ces faits, plus encore que nos réflexions, étaient de nature à exciter la sollicitude de M. le Préfet, dont l'intervention ne s'est pas longtemps fait attendre. Ce magistrat vient d'adresser à messieurs les commissaires de police une circulaire ainsi conçue :

Depuis quelque temps, des débitants de liqueurs et marchands de vin ont fait disposer, dans leurs comptoirs, des appareils électriques qui ont déjà occasionné des accidents graves.

Je vous invite, messieurs, à défendre expressément aux débitants de liqueurs et aux marchands de vin, de placer dans leurs comptoirs des machines électriques d'aucune espèce, et à faire disparaître immédiatement celles qui sont déjà établies.

Je vous recommande, messieurs, d'assurer l'exécution des instructions de la présente circulaire et de constater au besoin toutes contraventions par des procès-verbaux qui seront déférés aux tribunaux compétents.

Le préfet de police, signé PIÉTRI.

Pour expédition conforme :

Le secrétaire-général, A. DE SAULXURES.

Nous ne pouvons que signaler la mesure de M. le Préfet de police à l'exemple de tous les préfets des départements ; car nous avons appris que le progrès thérapeutique des cabarets de la capitale s'est déjà répandu dans plusieurs grandes villes des départements.

Essai sur la classification des différents genres de folie.

Par M. BAILLARGER, *médecin de la Salpêtrière.*

(*Suite et fin. Voir le n° 126.*)

Si l'on passe en revue les lésions des facultés intellectuelles et morales dans la folie, on trouve que les principales sont :

1° Les conceptions délirantes ;
2° Les hallucinations ;
3° Les impulsions insolites ;
4° L'excitation de l'intelligence ;
5° La dépression des facultés intellectuelles et morales.

En recherchant comment les lésions que je viens d'indiquer se groupent chez les différents malades, on reconnaît que quatre d'entre elles peuvent souvent se trouver réunies, mais qu'il en est deux qui s'excluent et n'existent jamais simultanément.

Un aliéné peut présenter des conceptions délirantes, des hallucinations, des impulsions insolites et de l'excitation.

Il peut offrir les trois premiers symptômes réunis à une dépression plus ou moins profonde des facultés intellectuelles et morales, mais ce qu'on ne peut trouver simultanément, c'est l'excitation et la dépression, deux états opposés qui s'excluent.

Je dis que ces états s'excluent quoiqu'on les voie souvent se succéder chez le même malade.

La division des lésions de l'intelligence en lésions partielles et générales se présente donc naturellement.

Aux premières appartiennent les conceptions délirantes, les hallucinations et les impulsions insolites ; aux secondes, l'excitation et la dépression.

Ces deux dernières offrent des degrés très-variables d'intensité.

Depuis l'excitation maniaque la plus légère jusqu'au délire le plus aigu, il y a une foule de degrés et toute une échelle ascendante ; de même depuis le simple embarras dans les idées, et l'obnubilation la plus légère de l'intelligence jusqu'à la stupeur la plus complète, on peut établir toute une échelle descendante et marquer des degrés aussi nombreux que pour l'excitation.

Mais dans l'un et l'autre cas, quelque peu intense que soit le désordre, il porte toujours sur l'ensemble des facultés.

Il y a encore entre les lésions partielles et les lésions générales cette différence capitale, savoir :

Que les premières restent souvent des lésions purement intellectuelles et morales et ne réagissent pas sur l'ensemble de l'organisation ;

Que les secondes, au contraire, s'étendent à l'ensemble des

---

une matière sébacée, analogue à celle qui s'échappe des glandes de Meibomius dont elles se rapprochent ainsi par leurs fonctions, bien qu'elles en diffèrent beaucoup par leur forme. Ce produit, en arrivant au dehors, se dépose autour des cils, en formant une petite couronne à leur base ; lorsqu'il est sécrété en plus grande abondance, comme on l'observe dans la blépharite ciliaire, si fréquente chez les enfants scrofuleux, il se concrète sous la forme d'un petit anneau jaunâtre ; tant que cette sécrétion morbide reste modérée, les anneaux qui entourent la base de chaque cil se montrent indépendants, et il n'existe pas encore de croûtes sur le bord libre des paupières ; mais si elle acquiert plus d'activité, tous ces petits anneaux, d'abord à peine visibles, s'étendent, puis se touchent par leur circonférence, finissent par se confondre et donnent ainsi naissance à ces croûtes molles ou demi-molles qui recouvrent toute ou presque toute la partie antérieure de l'ouverture palpébrale. C'est donc bien à tort que les auteurs ont placé jusqu'à présent le point de départ de la chassie dans les glandes de Meibomius. Ces dernières ne prennent qu'une très-faible part à la formation de ce produit morbide, dont il importait de montrer aux pathologistes les véritables sources ; car, mieux éclairés sur le siége réel du mal, on peut espérer que les agents thérapeutiques dont ils disposent prendront entre leurs mains une efficacité moins douteuse.

3° *Caroncule lacrymale.*

La caroncule lacrymale est un petit corps glanduleux, de forme ovale ou triangulaire, situé dans le grand angle de l'œil, et remarquable par les poils extrêmement fins qui hérissent sa surface. Ce petit corps se compose de 10 à 12 ou 15 glandes sébacées pressées les unes contre les autres et s'ouvrant au dehors par autant d'orifices indépendants. Chacune est formée d'un nombre variable de follicules, à forme plus ou moins allongée, et renflée à leur origine.

Tous les follicules d'une même glandule convergent vers l'extrémité libre d'un follicule pileux et s'ouvrent dans la cavité de celui-ci, au niveau de son embouchure. Les glandules de la caroncule lacrymale offrent ainsi la plus grande analogie avec les glandes ciliaires. Comme ces dernières, elles sécrètent une substance grasse ; comme elles, elles sont constituées par un nombre variable d'acini ; comme elles aussi, elles s'abouchent dans un follicule pileux au voisinage de son embouchure. Seulement le follicule pileux et les glandules qui en dépendent affectent ici un développement inverse : sur le bord libre des paupières, le follicule pileux est très-développé et les glandules qui en forment une dépendance le sont très-peu ; dans la caroncule lacrymale, les follicules pileux sont au contraire rudimentaires et les glandules très-accusées ; d'un côté, c'est le cil qui constitue l'organe principal, de l'autre, c'est l'organe sécréteur ; mais, de part et d'autre, l'organe considéré dans son ensemble reste le même ; il se modifie seulement suivant la destination qu'il est appelé à remplir, et conformément à ce fait général qui a reçu le nom de loi du balancement des organes.

La caroncule lacrymale, les glandes ciliaires et les glandes de Meibomius sont donc trois ordres de glandes sébacées ; les glandes ciliaires et les glandes de Meibomius forment, sur le bord libre des paupières, une double série linéaire que la caroncule relie l'une à l'autre de manière à former, sur l'ouverture palpébrale, deux anneaux glanduleux qu'on peut distinguer d'après leur situation relative en postérieur et antérieur. L'*anneau glanduleux postérieur*, bien que constitué par des glandes très-développées, ne présente en général que des affections légères ; l'*anneau glanduleux antérieur*, constitué par des glandes rudimentaires, est, au con-

fonctions de relation, et se font sentir jusque sur les fonctions de nutrition.

L'excitation des facultés intellectuelles et morales s'accompagne d'une activité musculaire très-grande, de loquacité, d'insomnie, de modifications nombreuses dans la sensibilité, etc.

De même, sous l'influence de la dépression de l'intelligence, on voit toute énergie musculaire disparaître, la voix se casser, les extrémités se refroidir, la sensibilité devenir obtuse, et bientôt même les excrétions être involontaires, etc.

Rien de semblable n'a lieu chez l'aliéné qui présente à l'état de lésions partielles, soit une ou plusieurs conceptions délirantes, soit des hallucinations, soit des impulsions insolites ; ou même chez celui qui offre réunis ces trois ordres de symptômes. Il faut ajouter que toutes ces lésions partielles ou générales peuvent rigoureusement exister sans délire, et cela arrive tant que le malade conserve la conscience de son état et maîtrise ses impulsions.

On a vu qu'il n'est pas très-rare de rencontrer des hallucinés appréciant leurs hallucinations pour ce qu'elles sont. J'ajoute qu'il en est de même pour les conceptions délirantes et les impulsions insolites.

La dépression de l'intelligence, alors même qu'elle réagit sur tout l'organisme, se présente quelquefois, et j'en ai vu plusieurs exemples, sans que le malade perde un instant la conscience de son état et se livre à aucun acte déraisonnable.

Quant à l'excitation, le malade au début en a souvent conscience, mais il est rare qu'il parvienne à maîtriser les impulsions dont cette excitation s'accompagne.

En résumé, la base de toute division, pour les différentes formes de la folie, me paraît être la distinction des lésions en partielles ou générales. C'est en m'appuyant sur cette base qu'il me paraît possible de diviser la folie en trois grands genres principaux.

Le premier comprendrait toutes les lésions partielles ; le second renfermerait tous les malades chez lesquels l'excitation générale des facultés est le symptôme prédominant ; le troisième a pour caractère principal la dépression des facultés intellectuelles et morales.

PREMIER GENRE. — *Monomanie.* — La monomanie renferme tous les délires avec lésions partielles sans exception ; ses symptômes principaux sont des conceptions délirantes, des hallucinations, des impulsions insolites qui peuvent se rencontrer isolées ou réunies.

Ce qui distingue la monomanie, c'est non-seulement le peu d'étendue du délire, mais encore la lucidité, la netteté des idées et l'exercice en apparence normal des fonctions intellectuelles.

« Les monomaniaques, dit Esquirol, hors de leur délire partiel, sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde (t. 2, p. 1). »

« Ils conservent plus ou moins, dit Guislain, le masque et le geste de l'homme normal ; ils ont le souvenir le plus intact ; ils savent compter, calculer ; ils apprécient ce qui est juste et ce qui est injuste ; ils jugent des événements ; ils peuvent jusqu'à un certain point se conduire convenablement dans le monde, quelquefois même gérer leurs affaires (t. 1, p. 277). »

Les monomaniaques n'ont donc ni excitation, ni dépression habituelle des facultés intellectuelles et morales. Je dis habituelle, parce que les monomanes ont tous accidentellement de l'excitation, des moments d'emportement, de violence même, lorsque l'on contrarie leurs idées ; mais tout cela ne saurait être confondu avec l'excitation, comme automatique, du maniaque. Tout le monde sait que les monomanes peuvent rester plus ou moins longtemps sans laisser soupçonner leur délire, que leur conversation est suivie et que souvent même rien dans leur extérieur ne dénote la lésion partielle de leur intelligence. Ils ont, pour rappeler les expressions de M. Guislain, le geste et le masque de l'homme normal.

Rien de semblable chez le malade qui vit dans un état habituel d'excitation et de dépression. Ici les symptômes apparaissent à tous les yeux. La loquacité incohérente du maniaque, l'animation de sa physionomie, le surcroît d'activité qui le domine et l'entraîne, frappent les moins clairvoyants ; l'inertie du mélancolique, le relâchement de ses traits, son mutisme, la lenteur de ses réponses sont des symptômes trop faciles à constater pour qu'aucune confusion soit possible.

La monomanie est d'ailleurs le véritable type de la folie : c'est ici, en effet, que la maladie s'éloigne le plus de tous les états pathologiques connus.

L'excitation du maniaque en s'aggravant conduit par des nuances insensibles au délire aigu qui a la plus grande analogie avec le délire fébrile.

Que l'inertie du mélancolique devienne plus profonde, et le malade tombe dans la stupeur, qui, comme expression symptomatique, trouve dans le cadre nosologique beaucoup d'états qui peuvent lui être comparés.

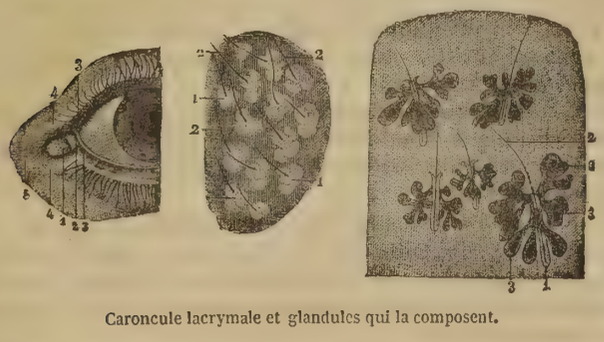
La monomanie seule ne ressemble à rien qu'à elle-même. Assemblage bizarre de délire et de raison ; désordre limité qui, moins qu'aucun autre, semble se rattacher aux lésions dites organiques, la monomanie, je le répète, est le véritable type de la folie.

DEUXIÈME GENRE. — *Manie.* — La manie est caractérisée par une surexcitation générale et permanente des facultés intellec-

---

traire, le siége de maladies à la fois plus fréquentes et plus graves. A quelle cause se rattache cette fâcheuse prédisposition ? Probablement à la différence de structure des deux anneaux glanduleux ; l'antérieur, situé au-dessous de la peau, reçoit un très-grand nombre de filets nerveux ; les artères palpébrales le côtoient dans toute son étendue, et lui abandonnent, chemin faisant, un très-grand nombre de ramuscules qui s'épanouissent en pinceau ou en aigrette sur les follicules des cils

Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9.



Caroncule lacrymale et glandules qui la composent.

et sur les glandes ciliaires. L'anneau glanduleux postérieur, composé des glandes de Meibomius, ne paraît pas recevoir de filets nerveux ; ces glandes reçoivent quelques ramuscules artériels, mais beaucoup moins comparativement que les glandes ciliaires ; d'un côté, nous trouvons donc une exquise sensibilité et une extrême vascularité ; de l'autre, une sensibilité presque nulle et une vascularité moyenne ; or, l'observation a depuis longtemps établi que les organes les plus sensibles et les plus vasculaires sont aussi les plus prédisposés à l'irritation et aux affections de tous genres ; ajoutons que si les glandes ciliaires sont beaucoup moins développées que celles de Meibomius, elles sont beaucoup plus multipliées, et que cette supériorité de nombre compense, jusqu'à un certain point, l'infériorité de leur volume.

Figure 7. — 1, caroncule lacrymale. — 2, repli semi-lunaire de la conjonctive. — 3, 3, points lacrymaux. — 4, 4, relief extérieur des conduits lacrymaux.

Figure 8. — *Glandules de la caroncule vues à un grossissement de sept diamètres.* — 1, 1, ces différentes glandules disséminées dans une trame celluleuse. — 2, 2, 2, poils qui surmontent ces glandules.

Figure 9. — *Cinq glandules de la caroncule vues à un grossissement de vingt diamètres.* — 1, follicule pileux. — 2, poil contenu dans ce follicule. — 3, 3, 3, follicules sébacés convergeant autour de ce même follicule pileux et s'ouvrant dans sa cavité, au niveau de son embouchure.

(*La suite à un prochain numéro.*)

tuelles et morales. Elle se traduit au dehors par les symptômes les plus tranchés : l'altération des traits, le désordre des vêtements, les cris, les emportements, les actes de violence, le bouleversement des idées qui se succèdent sans ordre et sans suite, ont fait de tout temps considérer le maniaque comme le véritable aliéné par les personnes étrangères aux études médicales.

Mais je viens de dire pourquoi il ne saurait en être ainsi pour le médecin.

« La manie se distingue par une excitation nerveuse ou une agitation extrême portée quelquefois jusqu'à la fureur, et par un délire général plus ou moins marqué ; quelquefois avec les jugements les plus extravagants ou même un bouleversement complet de toutes les opérations de l'entendement (Pinel, p. 139). »

« Dans la manie, dit Esquirol, tout annonce l'effort, la violence, l'énergie ; tout est désordre, perturbation, et le défaut d'harmonie est ce qu'il y a de plus saillant dans le délire des maniaques (t. 2, p. 147). »

Les caractères pathognomoniques de la manie sont, d'après M. Guislain, l'exagération, l'exaltation, l'agitation, les passions agressives. Cette maladie, dit-il, porte généralement avec elle la pétulance, la force, la puissance.

Rien d'ailleurs de plus varié que les formes de la manie, cette maladie offrant, depuis la simple excitation maniaque jusqu'au délire aigu, une foule de nuances et de degrés.

Ce qui rend le diagnostic facile dans tous les cas, c'est que la suractivité des fonctions cérébrales, qui caractérise essentiellement la manie, se traduit toujours à l'extérieur, tantôt par une loquacité continuelle et la répétition monotone et comme automatique de certaines phrases, tantôt par un délire général avec agitation, tantôt enfin par de la taciturnité, mais toujours avec agitation, désordres nombreux dans les actes et surtout alors de la violence.

Le maniaque peut, il est vrai, être pour ainsi dire rendu raisonnable rendant quelques instants, si l'on sollicite vivement son attention ; mais, abandonné à lui-même, il reprend bien vite le cours de ses divagations, entraîné par une force intérieure qui le domine.

La manie ne saurait donc être confondue avec la monomanie : dans la première, l'excitation est habituelle et automatique ; dans l'autre, elle est passagère et motivée.

La suractivité des fonctions cérébrales entraîne aussi le trouble des fonctions de nutrition ; le malade maigrit, est plus ou moins privé de sommeil, la constipation est souvent très-forte, etc.

TROISIÈME GENRE. — *Mélancolie.* — Les caractères ici sont tout à fait opposés à ceux de la manie. Le mélancolique est abattu, il passe sa journée à la même place, dans un état d'inertie. Tout effort physique et intellectuel, si léger qu'il soit, lui devient pénible ; ses mouvements sont lents comme ses idées. Tantôt il est opprimé par une tristesse sans motif, tantôt au contraire il ne peut détourner sa pensée de conceptions délirantes de la nature la plus pénible.

Bien différent du monomane, auquel l'activité de son esprit permet, pour peu qu'il y soit sollicité, d'abandonner momentanément ses idées chimériques pour s'occuper de tout autre point, le mélancolique ne peut détourner sa pensée des idées qui l'obsèdent. Son intelligence, comme son corps, est dans un état de détente et de passivité, et il ne faudrait pas, chez lui comme chez le monomane, prendre le refus de répondre pour de l'obstination, car c'est de l'impuissance. Cela est surtout vrai quand la maladie s'aggrave : alors les idées s'obscurcissent et il se produit un véritable état de stupeur. Comme je l'ai déjà dit, l'engourdissement de l'intelligence s'étend à tout l'organisme, la voix s'éteint, la circulation languit, les extrémités se refroidissent, les sphincters se paralysent, et les excrétions deviennent involontaires.

Telles sont les trois grandes divisions qu'il me paraît possible d'établir dans la folie. Chacune d'elles offre des caractères tranchés qui la distingent nettement des deux autres. Il me reste à justifier le changement que cette classification apporterait aux idées actuellement admises.

J'emploie, comme on l'a vu, le mot de mélancolie pour renfermer tous les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales, et par conséquent elle aurait pour symptôme principal une lésion générale de l'intelligence ; or, jusqu'à présent, le mot mélancolie a eu une tout autre signification. Elle n'a été considérée que comme une division de la monomanie. Elle constituait la monomanie triste par opposition à la monomanie gaie ; le mélancolique était avant tout un monomaniaque, c'est-à-dire un homme qui, à part ses quelques conceptions délirantes, avait l'intelligence nette et lucide dans son ensemble, qui pouvait prendre part à la conversation, gérer jusqu'à un certain point ses affaires, etc. L'abattement, la prostration, n'étaient même pas l'accompagnement nésessaire de cet état ; car il y a, d'après Esquirol, de nombreux mélancoliques qui se distinguent au contraire par une grande activité. « Ils sont, dit-il, toujours en mou-« vement, à la recherche de leurs ennemis et des causes de leurs « souffrances. Ils racontent sans cesse et à tout venant leurs « maux, leurs craintes, leur désespoir. »

Quant aux mélancoliques qui restent immobiles et concentrés en eux-mêmes, on a représenté avec raison leur esprit comme fortement tendu sur une série d'idées fixes. Leur silence est le résultat de l'obstination, et tout indique chez ces malades une grande activité d'esprit.

Il y a donc une différence capitale entre cette mélancolie et celle dont j'ai indiqué plus haut les différents caractères. C'est l'activité dans un cas et l'inertie dans l'autre ; la puissance et la faiblesse, la lucidité d'esprit à côté de l'obnulation des idées, enfin la lésion partielle à côté du trouble général.

Je ne me dissimule pas tout ce qu'il y a de grave à tenter de détourner ainsi le mot mélancolie de la signification qu'il a eue jusqu'à présent. Je ne m'y suis point déterminé à la légère, et il me reste à essayer de prouver que le mot mélancolie, dans l'état actuel de la science, doit être employé dans le sens que je viens d'indiquer ou être supprimé. La preuve de ce fait ressortira surtout de l'histoire de la dépression intellectuelle que je vais essayer de tracer aussi brièvement que possible.

Pinel confondait, sous la même dénomination, celle d'idiotisme, la dépression de l'intelligence, son absence congéniale, et enfin son oblitération incurable après l'entier développement des facultés.

Cependant ce grand observateur avait déjà assigné, au milieu de cette confusion, une place à part au degré le plus extrême de la dépression de l'intelligence.

Il décrit un idiotisme accidentel survenant brusquement à la suite d'émotions morales tristes, et qui se termine souvent par un accès de manie.

C'est à Esquirol que revient l'honneur d'avoir nettement débrouillé ce chaos. Il a réservé le mot idiotie pour l'absence congéniale de l'intelligence, et restitué à la démence beaucoup de cas d'oblitération incurable des facultés qui étaient aussi compris par Pinel dans la classe de l'idiotisme.

Enfin, sous le nom de démence aiguë, il a plus nettement distingué le degré extrême de la dépression de l'intelligence.

Plus tard, comme je l'ai dit plus haut, Georget, considérant que l'abolition incurable des facultés différait complétement de leur simple dépression, substitua à la dénomination de *démence aiguë* celle de *stupidité*.

On voit donc que le degré extrême de la dépression des facultés, le seul qui eût encore été observé, a successivement porté les noms d'*idiotisme accidentel,* de *démence aiguë,* et enfin de *stupidité*.

Cette dernière dénomination a été conservée par M. Étoc Desmazy, qui, dans son excellent travail sur ce sujet, a présenté la dépression extrême de l'intelligence non comme une forme spéciale de la folie, mais comme une complication de la monomanie et de la manie.

Tel est en peu de mots ce qu'on pourrait appeler la première phase de l'histoire de la dépression de l'intelligence. La seconde

a commencé le jour où l'on a essayé d'établir un rapport étroit entre ce qu'on appelait la stupidité et le délire mélancolique. Des faits nombreux témoignent aujourd'hui de la réalité de ce rapport.

Lorsque je publiai, en 1843, les premières observations de ce genre, je les désignai sous la dénomination de *mélancolie avec stupeur*. Depuis lors, M. Delasiauve a recueilli beaucoup de faits du même genre, et a proposé les mots de *stupeur mélancolique*. Enfin M. Sauze, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, a créé une variété spéciale de stupidité, la *stupidité mixte*, laquelle, pour rappeler ses expressions, est comme la transition naturelle de la stupidité à la mélancolie, et présente à la fois les symptômes de ces deux affections (p. 95).

Je crois qu'il est inexact de dire que la transition a lieu de la stupidité à la mélancolie; c'est au contraire de la mélancolie à la stupidité. La preuve, c'est que M. Sauze constate dans un autre point de son travail (p. 53) que le plus souvent c'est à la mélancolie que la stupidité succède. A part cette dissidence de détail, résultat évidemment d'une inadvertance, les dénominations de *mélancolie avec stupeur*, de *stupeur mélancolique* et de *stupidité mixte*, consacrent le même fait, à savoir le lien qui unit étroitement deux ordres de symptômes jusque-là séparés, la stupeur et le délire mélancolique.

Si je me borne à citer mes propres observations, corroborées plus tard par celles de MM. Delasiauve et Sauze, ce n'est pas que d'autres médecins n'aient adopté depuis la même opinion.

Je citerai entre autres MM. Renaudin et Aubanel, placés tous les deux à la tête de grands asiles et connus dans la science par d'excellents travaux.

Sous le titre de lypémanie stupide, M. Renaudin a décrit l'état que j'ai moi-même désigné par la dénomination de mélancolie avec stupeur. Je ne crois pas devoir reproduire ici le passage si remarquable dans lequel ce médecin distingué étudie la dépression de l'intelligence dans les conditions ordinaires de la vie; je ne puis que renvoyer le lecteur à l'avant-dernier numéro (p. 25) des *Annales médico-psychologiques*. Les mêmes idées ont d'ailleurs été plus récemment exprimées par M. Sauze dans sa thèse. Après avoir fait remarquer avec raison que les causes morales auxquelles succède la stupidité sont le plus souvent de *nature triste*, comme s'il devait, dit-il, y avoir un rapport entre la cause et la *nature de la maladie;* après avoir montré que la stupidité est ordinairement produite par la nostalgie et les chagrins de toutes sortes, la misère, M. Sauze poursuit ainsi : « Ne peut-on pas s'expliquer jusqu'à un certain point cette prédominance des causes morales dépressives dans la production de la stupidité? Dans l'état physiologique, en l'absence de toute lésion de l'intellect, nous voyons, sous l'influence des émotions tristes et pénibles, le moral tomber dans une sorte d'abattement assez analogue à l'état de l'aliéné stupide; une forte frayeur donne à la physionomie un aspect particulier de stupeur. L'homme éprouvé par les peines et les chagrins est inactif, apathique. Que l'action de ces causes se prolonge, le moral finira par être épuisé et ne sera plus à même de résister à ces causes d'oppression permanente. L'organisme, n'étant plus excité par le moral, finira par tomber dans l'engourdissement, la stupeur générale augmentera, les fonctions digestives deviendront languissantes, et la circulation lente et inactive. »

Tout cela est de la plus rigoureuse exactitude, et nous ferons surtout remarquer ici le rapport signalé par M. Sauze, entre les causes morales tristes et la nature de la maladie.

M. Aubanel a été plus explicite encore que son élève. Pour lui, la stupidité est une forme de mélancolie profonde (*voir* encore le numéro d'avril des *Ann. méd.-psych.*).

Voilà donc la stupidité, c'est-à-dire la dépression extrême des facultés, rattachée à la mélancolie. Mais la stupidité, comme nous l'avons dit à diverses reprises, n'est que le degré extrême de la dépression des facultés. Il restait à l'étudier dans les cas légers ou d'une intensité moyenne, car, pour la dépression comme pour l'excitation, il y a une foule de degrés intermédiaires. Ce sont ces faits que j'ai aussi signalés dans mon travail publié en 1843, et dont j'ai cité quelques exemples.

Ce sont eux qui me faisaient alors regarder la stupidité dans la plupart des cas comme le plus haut degré d'une variété de la mélancolie. Pour ces cas légers ou de moyenne intensité, la nature mélancolique de la maladie ne saurait être mise en doute. La stupeur étant moindre, les manifestations intellectuelles persistent et laissent voir la nature triste des idées. C'est alors aussi qu'ont lieu fréquemment des tentatives de suicide.

Les observateurs qui ont si bien décrit toutes les nuances de l'excitation n'ont pas étudié aussi bien celles de la dépression, c'est-à-dire la lenteur et la brièveté des réponses, l'obnulation légère des idées, qui constituent une lésion aussi réellement générale que l'excitation elle-même.

En remontant les différents degrés de cette dépression, on serait arrivé à la stupidité. On a suivi la marche opposée, et c'est après avoir constaté les rapports de ce degré extrême de la maladie avec la mélancolie, qu'on est descendu aux cas légers ou de moyenne intensité.

Depuis que l'attention a été fixée sur l'existence d'une lésion générale de l'intelligence chez les mélancoliques, on a signalé des difficultés de diagnostic, chez beaucoup de malades qu'on était embarrassé de classer, soit parmi les mélancoliques, soit parmi les stupides. « Il est des cas, dit M. Sauze, où le diagnostic « est difficile et incertain, et dans lesquels on hésite à rattacher « les symptômes observés soit à la mélancolie, soit à la stupeur. » M. Delasiauve avait déjà indiqué le même fait. « L'esprit hésite, « dit M. Delasiauve, à se prononcer sur la nature des symp- « tômes. » Et il se demande si ceux-ci appartiennent à la mélancolie ou à la stupidité.

La question me semble facile à trancher. La mélancolie, si l'on conserve à ce mot le sens qu'il a encore dans la science, est essentiellement un délire partiel. Le mélancolique est avant tout un monomaniaque qui, en dehors de ses conceptions délirantes, a l'intelligence nette et lucide; le malade, s'il y consentait, pourrait toujours, comme le fait remarquer avec raison M. Delasiauve, prendre part à une conversation suivie. Or, dans tous les cas qu'on trouve embarrassants, on constate l'obnulation des idées et une dépression très-marquée de l'intelligence; en même temps, l'expression de la physionomie dénote une tristesse plus ou moins grande.

En présence d'une lésion générale si tranchée de l'intelligence, est-il permis d'hésiter? Non, assurément, ces malades ne sont pas des mélancoliques, puisque la mélancolie n'est qu'une lésion partielle des facultés.

Est-il besoin cependant de dire que jusqu'à présent, à l'exception de MM. Delasiauve et Sauze, personne n'a hésité. On a surtout vu chez ces malades l'abattement, la tristesse, les conceptions délirantes et les hallucinations de nature mélancolique, et l'on a rattaché tous ces cas à la mélancolie.

On méconnaissait l'obtusion des facultés ou l'on n'en tenait pas compte. Ces cas sont, en effet, très-nombreux, et les faits de stupidité étaient, au contraire, regardés comme rares. J'en citerai une preuve dont la valeur ne saurait être mise en doute. M. Étoc Desmazy, après avoir passé toute une année à Bicêtre dans un service de huit cents malades, recherchant avec soin la stupidité, déclare n'en avoir rencontré qu'un seul exemple (p. 44)!

Comment étaient donc classés ces nombreux malades chez lesquels la dépression des facultés se présente à des degrés si variés? A cet égard, aucun doute n'est possible. Ces malades pour lesquels on hésite entre la mélancolie et la stupidité étaient tous sans exception regardés comme des mélancoliques. Aujourd'hui encore, l'obtusion des facultés est méconnue par les observateurs dont l'attention a cependant été éveillée sur ce point. Chose singulière, M. Delasiauve lui-même, dans un mémoire destiné à séparer nettement la mélancolie de la stupidité, est tombé dans cette erreur. Sur huit observations, il y en a trois au moins dans lesquelles il n'a été tenu aucun compte de la lésion

générale de l'intelligence et qui continuent à figurer sous le titre de mélancolie considérée comme lésion partielle.

Les 3e et 5e observations sont surtout remarquables sous ce rapport.

Le premier malade (3e observation) « met assez de bonne volonté à répondre, dit M. Delasiauve, mais en raison de la *confusion de ses idées,* on n'obtient de lui que des renseignements vagues et peu précis. On est d'abord assez embarrassé pour déterminer la cause de son mal. La marche ultérieure des accidents ne tarde pas à dissiper le doute. Cette sorte d'indifférence, intermédiaire entre la lypémanie et la stupidité, n'était, en effet, qu'une rémission de symptômes mieux caractérisés. B.... tombe par intervalles dans des accès d'une mélancolie profonde. Souvent il reste pendant des semaines et des mois entiers sans proférer une parole. En cet état, il lui arrive parfois de refuser obstinément toute nourriture. Sa figure est tantôt désespérée, tantôt sinistre. »

Qui donc pourrait admettre que ce malade, dont les idées étaient confuses et dont on ne pouvait obtenir que de vagues renseignements, recouvrait toute sa lucidité d'esprit au milieu de ces accès de mélancolie profonde, alors qu'il restait des semaines et des mois entiers sans proférer une parole? Est-là, je le demande, le mélancolique lucide et capable de suivre une conversation, et n'est-il pas évident que l'intelligence est ici lésée dans son entier?

Et cependant ce fait est cité ici par M. Delasiauve comme un cas de mélancolie pure, et en opposition avec les observations de stupeur mélancolique et de stupidité.

La 5e observation n'est pas moins curieuse. « La physionomie du malade est abattue et chagrine, dit M. Delasiauve, il cause difficilement sans doute, mais sans trop de résistance. Sa tête semble *un chaos d'où la pensée a peine à se dégager*. Plus tard, il est atteint d'une taciturnité presque invincible. On n'obtient qu'à force d'insistance et souvent d'intimidation qu'il boive et qu'il mange. »

Personne, assurément, ne supposera que ce malade, dont la tête semble un chaos, soit tout à coup devenu un monomaniaque lucide en tombant dans cette taciturnité que rien ne pouvait vaincre.

La dénomination de mélancolie appliquée à de tels malades est un véritable contre-sens; car la lésion de l'intelligence est évidemment générale.

En résumé, me fondant sur tous les faits qui précèdent, je crois pouvoir affirmer que la dépression de l'intelligence a été méconnue chez un très-grand nombre de malades désignés sous le nom de mélancoliques; dénomination essentiellement fausse, car le mot est en désaccord avec la chose.

Pour tous ces cas, on se trouve donc dans la nécessité ou de changer la signification du mot mélancolie, pour le mettre en rapport avec l'état réel des malades, ou bien de faire sortir tous ces mêmes malades du cadre des mélancoliques.

Si l'on prenait ainsi le parti de restreindre le nombre de ces malades, bien d'autres retranchements du même genre devraient encore être opérés.

Tous les auteurs ont signalé une espèce de mélancolie qui succède à la manie; et les asiles d'aliénés offrent de nombreux exemples de ce genre. Or, tous ces faits devront encore sortir du cadre de la mélancolie, car ce qui succède à la manie, c'est-à-dire à l'excitation des facultés intellectuelles et morales, c'est la dépression de ces mêmes facultés. Ces prétendus mélancoliques ne sauraient être assimilés aux monomaniaques jouissant non-seulement d'une grande lucidité d'esprit, mais du pouvoir de se livrer, jusqu'à un certain point, à des travaux intellectuels.

Dans la mélancolie qui succède à la manie, le symptôme dominant est surtout une sorte de paralysie des forces intellectuelles et morales qui ôte au malade non-seulement la volonté, mais le pouvoir de tout effort.

Voilà donc encore toute une série de mélancoliques qu'il faudra retrancher, si la mélancolie n'est qu'une variété de la monomanie.

Il me reste à examiner, après tous ces retranchements opérés, quels seraient alors les véritables mélancoliques.

Il n'y aurait plus guère que ceux dont Esquirol a fait une classe spéciale et que j'ai déjà signalés plus haut.

Ces mélancoliques ne sont ni prostrés ni abattus; leurs forces intellectuelles persistent, il n'y a chez eux nulle confusion dans les idées. « Ces malades, dit Esquirol, sont toujours en mouve-« ment, à la recherche de leurs ennemis, des causes de leurs « souffrances; ils racontent sans cesse et à tout venant leurs « maux, leurs craintes, leur désespoir. »

Ici, en effet, la lésion de l'intelligence est toute partielle; mais, je le demande de bonne foi, est-il besoin d'une dénomination spéciale pour désigner ces monomaniaques? En quoi diffèrent ils des autres?

Expliquons d'ailleurs comment, si cette distinction pouvait avoir autrefois quelque fondement, elle n'en a plus aujourd'hui.

Pour Esquirol, la monomanie, c'était le délire partiel, gai; la mélancolie, le délire partiel, triste. Mais la monomanie gaie disparaît peu à peu presque complétement, depuis que le début de la paralysie générale a été mieux étudié. C'est une remarque qu'a déjà faite M. Calmeil et que confirme l'observation de chaque jour.

« Chez les monomaniaques, dit Esquirol, les passions sont exaltées et expansives; ayant le sentiment d'un état de santé parfaite et inaltérable, d'une force musculaire augmentée, d'un bien-être général, ces malades saisissent le bon côté des choses; satisfaits d'eux-mêmes, ils sont contents des autres; ils sont heureux, joyeux, communicatifs; ils chantent, rient, dansent; dominés par l'orgueil, la vanité, l'amour-propre, ils se complaisent dans leurs pensées de grandeur, de puissance, de richesse; ils sont actifs, pétulants, d'une loquacité intarissable, parlant sans cesse de leur félicité, etc. (Esquirol, t. 2, p. 6). »

Ces monomaniaques, nous les retrouvons tous les jours, mais avec un peu de tremblement des lèvres, des modifications de la sensibilité qui dénotent un commencement de paralysie générale. Il est facile aussi le plus souvent de constater des signes de démence.

A part ces cas, qu'il n'est plus possible de rattacher à la monomanie, les autres pourraient le plus souvent presque indifféremment recevoir les dénominations de monomanie ou de mélancolie.

Plusieurs des observations d'Esquirol témoignent de cette similitude d'affections. En conservant les deux dénominations de monomanie et de mélancolie, il sera véritablement dans ces conditions impossible d'établir entre elles aucune différence.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que, pour un grand nombre de cas, le mot mélancolie ne peut plus être employé, les malades ayant, comme je crois l'avoir démontré, une lésion générale de l'intelligence.

2° Pour les autres cas, le mot mélancolie devient tout à fait synonyme de monomanie, et non-seulement alors ce mot devient inutile, mais il consacre une erreur, en faisant croire entre les monomaniaques et les mélancoliques à des différences qui n'existent point en réalité.

Tels sont les arguments sur lesquels je crois pouvoir m'appuyer pour proposer :

1° D'appliquer le mot de monomanie à tous les cas sans exception de délire avec lésions partielles de l'intelligence.

2° De réserver la dénomination de mélancolie pour tous les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales, d'où il résulterait que ce mot, au lieu de l'idée d'une lésion partielle, impliquerait désormais l'existence d'une lésion générale.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Hydropisie enkystée de l'ovaire. — Ponction. — Insuccès.

Par le Dr Notta, *chirurgien de l'hôpital de Lisieux, ancien interne des hôpitaux de Paris*, etc.

A côté des guérisons obtenues par la ponction et l'injection iodée dans le traitement des kystes de l'ovaire, on a déjà signalé des revers terribles, bien faits pour inspirer une grande réserve au praticien. Néanmoins, les observations publiées jusqu'à ce jour ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'il soit permis de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur de ce moyen curatif. Il est donc du devoir de tous les chirurgiens, à l'exemple de M. le professeur Velpeau, de livrer à la publicité leurs observations personnelles, quel qu'en soit d'ailleurs le résultat. Les insuccès portent leur enseignement, et lorsque le nombre des faits connus sera plus considérable, peut-être trouvera-t-on dans leur analyse certaines indications qui jetteront un nouveau jour sur la question et permettront de distinguer les cas opérables de ceux qui ne le sont pas. C'est ce motif qui me détermine à publier, à côté du remarquable succès obtenu par le docteur Gaston Dumont, l'observation suivante :

Lachey, âgée de 33 ans, entre le 22 août 1853 à l'hôpital de Lisieux.

Habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu de maladies qui l'aient obligée à garder le lit, cette femme s'aperçut, il y a sept ans environ pour la première fois, qu'une tumeur du volume d'un œuf s'était développée dans la fosse iliaque gauche. Au bout de six à sept mois, une seconde tumeur se sentait dans la fosse iliaque droite, et fut alors constatée par un médecin qui la vit à cette époque et qui lui dit qu'elle avait deux tumeurs. Depuis elles augmentèrent graduellement de volume, dépassèrent l'ombilic et se confondirent en une seule qui remplit toute la cavité abdominale. Cet accroissement incessant et devenu beaucoup plus rapide dans ces derniers temps, décida la malade à entrer dans nos salles. Elle n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches; jamais elle n'a reçu de contusions sur le ventre; elle n'a jamais eu d'ictère. Réglée à 14 ou 15 ans, ses règles s'établirent sans difficulté et sans que sa santé fût altérée. Depuis cette époque, elles venaient très-régulièrement et sans douleur. Cependant, deux ou trois mois avant de soupçonner l'existence de sa tumeur et autant après s'en être aperçue, les menstrues, bien que régulières, s'accompagnèrent de douleurs dans le bas-ventre, qui parfois l'obligèrent même à garder le lit pendant leur durée. Ensuite, les règles cessèrent d'être douloureuses et continuèrent d'être aussi régulières et aussi abondantes que par le passé, malgré l'augmentation continuelle de la tumeur. Enfin, il y a neuf mois, les règles ne parurent pas pendant six mois ; puis, pendant deux mois, elles apparurent quatre fois à quinze jours d'intervalle, enfin, depuis six semaines elles ne sont pas revenues.

État actuel. — Cette femme paraît avoir été d'une bonne constitution ; pas de traces de scrofules ; son teint est jaune-paille ; elle est amaigrie ; elle n'a jamais eu beaucoup d'embonpoint, mais depuis un an elle a sensiblement maigri. La langue est naturelle, pas de vomissements ni d'envie de vomir. L'appétit a diminué depuis quelques mois ; constipation habituelle. Les digestions se font bien et sans douleur; la peau est fraîche, le pouls est petit, régulier, apyrétique, 60 à 68 pulsations. Le ventre est aussi développé que celui d'une femme enceinte à terme. Il est seulement plus globuleux ; sa circonférence dans le point le plus saillant est de 104 centim.; elle a augmenté de 4 centim. depuis trois mois, époque à laquelle j'en avais pris une première mesure. La paroi abdominale est sillonnée de veines sous-cutanées qui ont acquis un développement très-considérable. Au palper, la tumeur présente une surface lisse, régulière, sans scissure profonde. On perçoit très-nettement la sensation de flot d'un côté à l'autre de la paroi abdominale. La malade étant dans le décubitus dorsal, si on percute l'abdomen on trouve de la matité, non seulement dans les parties les plus élevées, la région ombilicale, mais encore dans toute la région hypogastrique et dans tout le flanc droit ; on ne retrouve la sonorité que dans la moitié postérieure du flanc gauche et un peu dans la partie la plus déclive de la fosse iliaque gauche ; les intestins sont donc refoulés vers cette partie. En pressant fortement sur la tumeur, on détermine une légère douleur. Jamais elle n'a été le siége d'élancements spontanés. La malade accuse des douleurs dans les reins, qu'elle compare à une fatigue extrême, douleurs qui l'obligent à changer souvent de position. Lorsqu'elle est couchée, elle éprouve fréquemment des fourmis dans les jambes et est obligée de se mettre debout pour les faire cesser. Au niveau de la tumeur on ne perçoit pas de bruit de souffle ; on perçoit cependant très-distinctement les battements de l'aorte. Il y a quinze jours, ses jambes ont été enflées pendant huit jours. Depuis plusieurs jours, cette enflure, qui du reste n'était pas douloureuse, a complétement disparu. Rien au cœur. Lorsqu'elle veut marcher, elle est promptement essoufflée.

Le 24 août, je pratique la ponction en présence des docteurs Quesnel et Delabordette. Après avoir de nouveau constaté la matité, je plongeai le trocart à cinq ou six travers de doigt à droite de l'ombilic. Une fois le trocart retiré de la canule, il ne sortit rien pendant quelques secondes, puis nous vîmes apparaître quelques gouttes d'un liquide visqueux de couleur et de consistance analogue à celle du miel. Sur l'avis de M. Quesnel, j'appliquai le bec de la seringue à l'orifice de la canule, et je fis le vide à plusieurs reprises ; quelques pseudo-membranes sortirent, et nous obtînmes ainsi un litre environ de ce liquide visqueux, dans lequel nageaient quelques pseudo-membranes infiltrées de pus. L'écoulement cessa, et toutes les tentatives que nous fîmes, soit en aspirant avec la seringue, soit en pressant le kyste, soit en changeant la direction de la canule, ou en introduisant un stylet dans sa cavité pour la déboucher, toutes ces tentatives restèrent infructueuses ; l'écoulement cessa, la canule fut retirée, et un morceau de dyachilon fut appliqué sur la plaie. (Eau d'orge. Diète.)

Le soir, la malade est bien ; pas de douleurs dans le ventre. Apyrexie.

Les jours suivants la malade va bien et le 27 août elle quitte l'hôpital.

Un mois après, j'ai revu sa mère, qui m'a appris que ses jambes enflaient, que le ventre était toujours aussi volumineux et qu'elle paraissait s'affaiblir de jour en jour.

La ponction des kystes de l'ovaire pouvant amener des accidents mortels ne doit être appliquée que dans les cas d'absolue nécessité. Ici, l'état de la malade légitimait, je crois, mes tentatives. En effet, l'accroissement du kyste, lent d'abord, avait pris une marche beaucoup plus rapide dans ces derniers temps, et il était arrivé à un développement tel, qu'il menaçait les jours de la malade. Les poumons étant refoulés par la tumeur, la respiration était incomplète et il survenait de la dyspnée dès que la malade voulait marcher ; de l'œdème aux membres inférieurs, des douleurs dans les reins et des fourmillements dans les jambes indiquaient une compression considérable des vaisseaux et des nerfs qui, placés au-devant et le long de la colonne vertébrale, se rendent dans les membres pelviens. Enfin, l'appétit diminuait et la constipation était habituelle. D'un autre côté, la forme globuleuse, la surface régulière de la tumeur, la facilité avec laquelle on pouvait percevoir la fluctuation donnaient lieu de penser que l'on avait affaire à un kyste uniloculaire et rempli de sérosité.

Cependant il y avait, dans les antécédents de la malade, une circonstance qui nous inspirait bien quelque inquiétude : c'étaient ces deux tumeurs qu'elle avait senties au début ; l'une dans le côté droit, l'autre dans le côté gauche. Étaient ce deux kystes distincts développés primitivement dans chaque ovaire et devant se juxtaposer ultérieurement, de telle sorte qu'ils simulaient un seul kyste? Les souvenirs de la malade n'étaient-ils pas en défaut? C'est ce qu'il nous était permis de supposer en présence des signes physiques de la tumeur (sa forme régulière,

globuleuse, et la fluctuation si évidente). Aussi, considérant d'une part la gravité de la situation de la malade, et de l'autre les chances que nous avions d'avoir affaire à un kyste uniloculaire, nous n'avons pas hésité à pratiquer la ponction, bien décidés à faire l'injection iodée. Tout était préparé dans ce but. Mais nous avons dû y renoncer, après avoir acquis la certitude que le kyste était multi-colulaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Octobre 1853. — Présidence de M. Combes.

Anthropologie.

M. Serres lit une Note suivante sur la *paléontologie humaine*. L'intérêt de ce travail nous engage à le reproduire textuellement. C'est ce que nous ferons dans un de nos prochains numéros.

Système nerveux des végétaux.

M. Leclerc, professeur à l'école secondaire de Tours, lit un mémoire intitulé : *Recherches physiologiques et anatomiques sur l'appareil nerveux des végétaux*. Les observations de l'auteur n'ont été faites, jusqu'à ce jour, que sur le *mimosa pudica*. Dans ce travail très-étendu, M. Leclerc rend compte ainsi qu'il suit de l'action des substances anesthésiques sur la sensitive et sur d'autres végétaux.

« Dès 1841, je narcotisai des sensitives en les arrosant avec du laudanum. Dès que les merveilleuses propriétés de l'éther nous eurent été révélées, j'en étudiai les effets sur la plante qui nous occupe.

« 1° J'exposai une feuille de sensitive à la vapeur de l'éther pendant quelques minutes ; le résultat fut à peu près nul.

« 2° Je compris bientôt que l'expérience avait été mal faite. Une sensitive fut placée sous une cloche ; j'entourai la cloche de sable, et, sous la cloche, je plaçai avec la plante plusieurs vases remplis d'éther. En dehors de la cloche, une couche de sable fin, assez épaisse, interceptait complétement l'introduction de l'air. L'expérience avait lieu au soleil. Dix à quinze minutes après, je levai la cloche ; toutes les folioles de la sensitive étaient largement étendues ; elle était tout à fait immobile : le choc le plus violent, les acides, le feu, les mutilations les plus grandes ne produisaient plus chez elle le moindre mouvement.

« 3° Une des feuilles fut *amputée* sans produire aucun mouvement dans le reste de la plante. Je la mis dans ma main ; cinq minutes après, un léger choc imprimé à cette feuille commença à en faire remuer les folioles qui parurent sortir d'un espèce d'engourdissement, et qui, dans l'espace de quelques secondes, se fermèrent toutes les unes après les autres.

« La chaleur de la main parut hâter le retour de la sensibilité de cette feuille amputée.

« 4° Une autre feuille fut amputée. On la soumit à l'action d'un courant voltaïque ; elle recouvra plus vite sa motilité que la première.

« 5° J'éthérisai une sensitive par un ciel sombre. La plante devint insensible ; seulement elle dut rester au moins une heure exposée à la vapeur de l'éther. Cependant, il est des précautions à prendre dans cette opération ; ayant laissé pendant près de quatre heures une sensitive exposée à l'action du même agent, elle ne recouvra jamais sa motilité : la plante était morte.

« 6° La sensitive éthérisée la nuit, durant plusieurs heures, est toujours retirée morte de l'appareil. Elle conserve alors la position dans laquelle l'éther l'a surprise, c'est-à-dire que ses folioles sont fermées.

« L'inspiration n'a donc pas seulement lieu le jour, au soleil, et par les temps sombres ; elle se fait encore la nuit pendant le sommeil de la plante.

« 7° Je voulus savoir ce que devenait l'éther. A mon grand étonnement, je constatai qu'il avait été en grande partie porté jusque dans la terre à l'extrémité des spongioles.

« Ce fait ne suffit-il pas à démontrer qu'il y a chez la plante une circulation et la fonction d'excrétion ?

« 8° La sensitive qu'on sort morte de l'appareil, c'est-à-dire qui a été éthérisée pendant plus de quatre heures, présente le curieux phénomène de la rigidité cadavérique. Ses pétioles ont alors une roideur inaccoutumée.

« 9° Toutes les fois qu'une sensitive est éthérisée assez longtemps pour éprouver les effets anesthésiques, elle offre, à sa sortie de la cloche, une température plus basse que la plante qui n'a pas été éthérisée. Ce froid persiste jusqu'à ce qu'elle ait exhalé l'éther qui l'oppresse.

« 10° L'action du chloroforme sur la sensitive est plus rapide et plus profonde encore que celle de l'éther.

« 11° L'éthérisation fournit de nouveau la preuve que, semblable au polype, la plante est un composé de plusieurs individus. En effet, j'ai souvent éthérisé une seule feuille et même une seule foliole de sensitive, sans que le reste de la plante participât en rien aux effets anesthésiques présentés par cette feuille ou par cette foliole ; et, cependant, la communication directe avec le reste de la plante n'avait pas été interrompue.

« Si la sensitive, poursuit M. Leclerc, possède un appareil nerveux, les autres végétaux, qui n'ont pas de mouvements appréciables à nos yeux, sont-ils organisés comme elle ? Les expériences suivantes vont répondre à cette question :

« 1° Un pied de *polypodium vulgare* fut, pendant quatre heures, soumis à l'inspiration de l'éther. Les stomates, examinés attentivement, parurent flétris, inertes, et leur orifice garda la forme invariable d'une ligne opaque noire.

« 2° Les stomates, vus sur une lamelle d'épiderme d'un autre *polypodium vulgare* non éthérisé et bien portant, ont présenté un aspect tout autre ; les deux lèvres de certains stomates se sont montrées sensiblement écartées, laissant entre elles un intervalle appréciable, et qui n'est plus réduit à une ligne noire comme dans le cas précédent.

« 3° Le polypodium, éthérisé pendant quinze minutes, a fait voir que ses stomates, paralysés pour quelque temps, revenaient plus tard à l'état normal.

« 4° Une portion de tige de *chara vulgaris*, dépouillée de son enveloppe épidermique, a montré un mouvement circulatoire des globules. Une autre portion de tige du même pied de chara, trempée dans de l'éther, a fait voir que tout mouvement circulatoire était aboli.

« 5° Les poils transparents d'une multitude de plantes, de certains *begonia*, de quelques borraginées, etc., ont permis d'examiner le mouvement gyratoire qui se fait dans les cellules, et de suspendre à volonté ce mouvement par l'action de l'éther. » (Comm. MM. Magendie, Flourens, Brongniard et Decaisne.)

Incision et excision des valvules, bourrelets et tumeurs du col de la vessie.

M. Leroy (d'Étiolles) adresse à l'Académie le numéro du 14 février 1832 de la *Gazette des Hôpitaux*, dans lequel M. le docteur Guillon dit avoir publié les procédés de l'incision et de l'excision des valvules, bourrelets et tumeurs du col de la vessie. M. Leroy assure que dans cette Note il n'y a pas un seul mot qui ait trait au col de la vessie et aux procédés en question.

Cautérisation du col utérin.

M. Courty adresse un second exemplaire de la communication qu'il a adressée à l'Académie sur le même sujet.

Insufflation dans le croup.

A l'occasion d'une communication de M. Ripault, de Dijon, M. Plouviez, de Lille, adresse une Note où il fait observer que, dès 1818, il avait pressenti tout le parti que l'on pourrait tirer des insufflations dans divers cas de suffocations, notamment dans le croup.

« Depuis quelques années, dit-il, j'ai eu l'occasion d'employer, *quelquefois avec succès*, les insufflations dans le cas de croup. Plusieurs fois *l'asphyxie a été complète*, et c'est avec *ces manœuvres que j'y ai remédié*. Ces *observations* devant être publiées, je me contente, pour le moment, de dire comment on doit les pratiquer (*les observations?*) »

Le procédé de M. Plouviez est assez simple : il consiste à placer le tuyau d'un soufflet dans une narine ou entre les arcades dentaires, et de souffler plus ou moins fort, suivant que l'asphyxie est ou non *complète*.

Anesthésiques.

M. Jeannel rappelle qu'il a professé dès 1847 une théorie semblable à celle de M. Ed. Robin sur le mode d'action des anesthésiques.

Zoologie.

M. Ch.-L. Bonaparte (prince de Canino) présente, de la part de M. Pucheran, la relation de la partie zoologique du *voyage au pôle sud* de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*. Le prince fait le plus grand éloge du talent et de la modestie de l'auteur, qui lui paraît promettre un écrivain savant, capable de donner à la France une faune océanienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le nouveau projet d'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris a été approuvé par M. le ministre de l'intérieur. Ce projet doit être mis à exécution dès le 1er janvier. D'après une disposition de ce projet, les médecins des bureaux de bienfaisance, qui font aujourd'hui gratuitement ce service pénible, recevront désormais une indemnité pécuniaire. — Nous reviendrons sur ce règlement.

— Les journaux publient aujourd'hui un tableau de la mortalité dans la ville de Paris, dressé, d'après les ordres de M. le préfet de police, par M. Trébuchet. Nous reviendrons sur cet important document d'hygiène publique.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 128. 1re année. Mardi 25 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Du droit d'exercice des officiers de santé hors du département où ils ont été reçus. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Beaujon. M. Huguier. Adénites strumeuses. Opération. Par M. le Dr H. Huguet. — Clinique médicale de Strasbourg. M. Forget. De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcale. — **CLINIQUE CIVILE** : Tumeurs du testicule traitées par la cautérisation interne à l'intérieur et à l'extérieur, par M. le Dr A. Thierry. — Guérison de nombreuses blessures par instrument tranchant, reçues dans une tentative d'assassinat. — **THÉRAPEUTIQUE** : De l'infusion de gland torréfié associé au sulfate de quinine, par M. Thoulouse. — **CORRESPONDANCE** : Syphilis larvée, par M. Corbel-Lagneau. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 24 Octobre 1853.

Du droit d'exercice des officiers de santé hors du département où ils ont été reçus.

Nous avons reçu plusieurs lettres relatives aux réflexions que nous avons présentées sur l'arrêt de la Cour de Caen. Nous regrettons que le caractère confidentiel de ces lettres nous interdise de les publier; quelques-unes renferment les considérations les plus justes sur la situation respective des deux ordres de praticiens en France. Comme on peut s'y attendre toutefois, nos honorables correspondants ne professent pas absolument la même opinion touchant l'arrêt de la Cour de Caen, que les uns considèrent comme contraire à la loi et même à la justice, tandis que d'autres se trouvent conforme non-seulement à la justice, mais encore à l'esprit, sinon au texte de la loi.

Ces dissentiments ne peuvent modifier en rien nos précédentes remarques. Il est évident que le législateur, en créant les distinctions consacrées par l'art. 29 de la loi de ventôse, a voulu établir, comme le dit l'un de nos correspondants, une différence tranchée entre les deux ordres de médecins. Il nous semble donc incontestable que l'arrêt de la Cour de Caen est contraire aussi bien à l'esprit qu'à la lettre de la loi. Mais est-il contraire à la raison? C'est là ce que

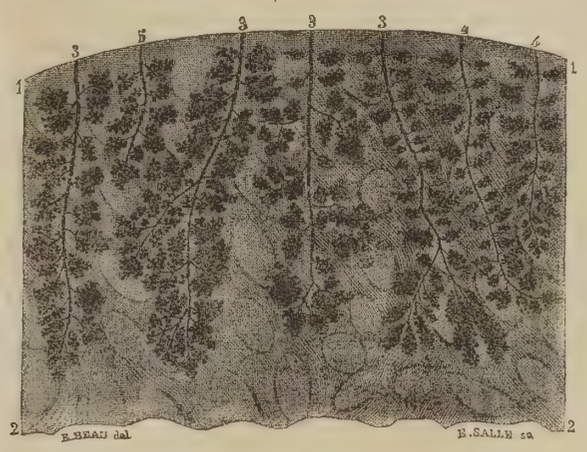
FEUILLETON.

Recherches sur les glandes des paupières.

(*Suite et fin. Voir les* nos 123, 125, 127.)

GLANDES DE LA PITUITAIRE.

Chaque sens a été doué de glandes qui lui sont propres. Le sens de l'ouïe nous offre à son entrée les glandes cérumineuses; le sens de la vue possède les glandes lacrymales; au sens du goût sont annexées les glandes salivaires, et à celui du tact les glandes qui élaborent la sueur. Le sens de l'odorat n'a pas été moins richement doté que les précédents; il a reçu en partage des glandes muqueuses extrêmement multipliées et d'une structure assez compliquée. Logées dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse les parois des fosses nasales, ces glandes, par le produit visqueux qui s'écoule de leur cavité, entretiennent dans un état d'humidité permanente la surface libre de la pituitaire et favorisent ainsi la perception des odeurs; que ce produit augmente ou diminue de quantité, qu'il se tarisse momentanément dans ses sources, qu'il se modifie dans sa nature intime, que les glandes qui en sont le point de départ deviennent, en un mot, le siége d'une altération quelconque, et aussitôt les impressions odorantes s'affaiblissent ou se suppriment. L'exercice et la perfection de l'odorat se trouvent donc liées d'une manière intime à l'existence et à l'intégrité des glandes de la pituitaire qui semblaient ainsi devoir attirer vivement l'attention des anatomistes, et qui cependant, malgré leur multiplicité, malgré l'importance du rôle qui leur est confié, malgré la fréquence de leurs maladies et les conséquences qui en découlent, sont restées jusqu'à ce jour à peu près complétement méconnues. Presque tous les auteurs les passent sous silence, considérant le mucus des fosses nasales comme un simple



Glandes de la pituitaire vues à un grossissement de vingt diamètres.

Figure 10. — 1, 1, surface libre de la pituitaire. — 2, 2, surface adhérente de cette membrane. — 3, 3, 3, 3, quatre glandes plus longues et plus composées. — 4, 4, glandes de dimensions moyennes. — 5, glande de la plus petite dimension.

nous ne pensons pas; si l'intention du législateur de l'an XI est bonne, il n'en est certainement pas de même de la manière dont il a cherché à la mettre en pratique, et personne ne pourrait soutenir sérieusement qu'un homme qui est apte à traiter une maladie dans le département de la Somme, soit inapte à traiter cette même maladie dans le département du Loiret, ou même des Bouches-du-Rhône. L'un de nos correspondants nous révèle même à cet égard, touchant le fonctionnement des jurys médicaux, des faits aussi étranges qu'absurdes, que nous serons heureux de faire connaître.

Ce qui ressort de plus clair de toutes les communications que nous avons reçues, et sur ce point du moins tous nos correspondants sont d'accord, ce sont les vices radicaux de la législation qui nous régit et la nécessité de mettre cette législation en harmonie avec les progrès des autres institutions.

En attendant cet heureux événement auquel travaille activement un de nos confrères de la *Presse médicale*, M. le docteur Mayer, deux de nos correspondants nous demandent de provoquer un arrêt de la Cour suprême (Chambres assemblées) qui ait provisoirement force de loi. Nous devons leur avouer que nous sommes tout à fait impuissants à cet égard. Pour provoquer un tel arrêt, il faut qu'une affaire se présente, il faut, dans la circonstance actuelle, en appeler devant la haute Cour d'un jugement d'une Cour impériale contraire à sa jurisprudence. M. le procureur-général de la Cour de Caen et l'officier de santé intéressé dans l'arrêt que celle-ci vient de rendre, sont seuls en position d'en appeler. Malheureusement, il est peu probable que M. le procureur-général use de son droit, et quant à notre confrère, comme il a gagné son procès sous le point de vue qui nous occupe, il est peu probable qu'il se sente en disposition d'en appeler.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — M. Huguier.

Adénites strumeuses. — Opération.

Chacun connaît la fréquence des engorgements glandulaires de nature scrofuleuse. On sait combien les altérations des ganglions lymphatiques sont rebelles à guérir et quels sont les désordres qui viennent à la suite de leur inflammation lorsque, les téguments ayant été amincis par un travail phlegmasique, il se forme, du ganglion suppuré à la peau qui le recouvre, une véritable source purulente, dont le produit, par son abondance et la fétidité de son odeur, fatigue horriblement les malades, en les rendant d'abord insupportables à leurs semblables, ensuite en les épuisant de plus en plus.

Il est vrai que l'on peut, dans certains cas, arriver à modifier l'état des glandes engorgées et suppurées même, en agissant par des moyens généraux sur l'économie tout entière. Nous avons nous-même obtenu de ces heureux résultats pendant nos années d'internat, lorsque des malades de cette espèce nous passaient en foule dans les mains. Mais nous n'avons pas oublié ces décollements considérables de la peau, ces espèces de ponts jetés d'un foyer à l'autre, ces trajets fistuleux que les plus grands soins ne pouvaient tarir; nous nous rappelons cet aspect hideux des parties qui avaient été ainsi labourées par une suppuration longue et abondante.

Certainement que si, une fois la nature d'un engorgement strumeux reconnue, on procédait à l'ablation des ganglions au commencement de leur modification pathologique, si on les enlevait avant qu'ils ne fussent devenus tuberculeux et ramollis, avant qu'ils n'eussent, par leur volume considérable, déformé les parties, qu'ils se fussent retirés dans des régions riches en vaisseaux et en nerfs, comme pour se mettre sous la protection de ces lieux où le fer n'ose souvent pénétrer pour les atteindre, avant que par une compression dangereuse sur des parties de première importance il n'aient compromis la vie, il nous semble que l'on suivrait une voie utile et déjà féconde en succès, dans un des meilleurs services chirurgicaux de Paris.

Depuis que nous étudions la pratique de M. Huguier, dans ses salles de l'hôpital Beaujon, nous avons été témoin de plusieurs opérations des plus délicates de la nature de celles dont nous parlons. Chez l'un, c'était la région cervicale qui était déformée par une masse tuberculeuse; chez l'autre, la région axillaire. Les résultats de l'opération sont encore dans le service, et chacun pourrait les constater. Au lieu d'avoir ces suppurations repoussantes et ces tumeurs bosselées avec leurs nombreux inconvénients, l'opération n'a laissé, dans bien des cas, qu'une cicatrice linéaire lorsque tout avait pu être enlevé par une seule incision qui se cicatrisait rapidement; d'autres fois, un nombre plus considérable d'incisions ayant livré passage à l'opérateur, suivant le nombre des foyers à attaquer, on en retrouvait les traces multiples. Nous savons que toutes les mains n'aiment pas à fouiller avec l'instrument tranchant dans des terrains aussi riches en organes *importants* que ceux où se rencontrent les pléiades ganglionnaires; on ne se retire pas toujours comme on le voudrait du chemin dans lequel on s'est engagé; c'est ici que l'on reconnaît l'opérateur habile, le praticien consommé. L'art a ses petits mystères que la science seule ne devine pas. Si, comme l'a dit Boileau, il faut être né poëte pour faire de la poésie, il nous est permis, je crois, de penser que pour jouer avec la vie et la mort d'un malade, sans craindre l'une ni compromettre l'autre, il faut aussi avoir reçu du ciel cette influence secrète que l'on n'acquiert pas, et qui fait que tel chirurgien recule lorsque tel autre avance d'un pas assuré.

---

produit d'exhalation; quelques-uns cependant les ont mentionnées, mais sans s'attacher ni à démontrer leur existence, ni à reconnaître leur mode de conformation. Tous se bornent à une simple mention, mais aucun ne parle en observateur; aussi sont-ils tombés dans une commune erreur lorsqu'ils ont voulu définir le mode de conformation qu'elles présentent; elles ne sont, en effet, ni une dépendance du système artériel, ainsi que le pensait Ruysch, ni des follicules, comme l'admet M. Huschke, ni des tubes enroulés sur eux-mêmes à une de leurs extrémités, comme l'avance Valentin : ce sont des glandes en grappe, et j'ajouterai des glandes en grappe parfaites; car les glandes de cet ordre forment deux groupes assez distincts, suivant qu'elles revêtent la forme globuleuse ou la forme allongée. Les glandes en grappe à forme globuleuse ont pour attribut un conduit excréteur qui n'affecte dans son mode de ramescence aucune disposition déterminée; les glandes en grappe à forme allongée sont munies d'un conduit excréteur principal, de toute la circonférence et de toute la longueur duquel se détachent de distance en distance des conduits secondaires qui se divisent et se subdivisent à leur tour : elles constituent le type des glandes en grappe; pour les distinguer de celles qui précèdent, je conserverai à celles-ci le nom de glandes en grappe, et je donnerai aux secondes celui de *grappes en épi*, dénomination qui exprime assez bien leur caractère propre, c'est-à-dire la subordination de leurs conduits de second ordre au conduit excréteur principal. Les glandes de la pituitaire sont des grappes en épi.

Le nombre des lobules qui entrent dans la composition de chacune de ces grappes est très-variable; sous ce rapport, on peut les diviser en grandes, moyennes et petites. Les plus longues offrent de trente à quarante lobules, les moyennes en présentent quinze à vingt, et les plus petites une dizaine environ. Tantôt les conduits qui partent de ces différents lobules viennent s'ouvrir directement dans le conduit principal; tantôt ils s'abouchent les uns dans les autres, et donnent naissance à un troncule qui se jette dans le tronc commun. C'est ordinairement vers l'origine ou extrémité profonde de la glande qu'on observe ces groupes de lobules; à mesure qu'on se rapproche de son extrémité terminale, ils deviennent de plus en plus rares; autour de la dernière moitié du conduit central, il n'existe plus en général que des lobules isolés qui lui sont contigus. De cette disposition, il résulte que les grappes les plus longues et les plus composées sont plus larges à leur extrémité profonde, tandis que les petites grappes et les grappes de dimensions moyennes offrent une largeur à peu près uniforme dans toute leur étendue. Chacun des lobules qui concourent à former ces grappes se compose d'un nombre variable de granulations ou acinis; sur quelques points, et plus particulièrement au voisinage de l'embouchure des conduits excréteurs, les acinis reposent immédiatement sur ces conduits.

Les glandes de la pituitaire se dirigent perpendiculairement vers sa surface libre. Les plus étendues mesurent environ les deux tiers de l'épaisseur de cette membrane; les autres n'en mesurent que le tiers, le quart ou le cinquième seulement. Les orifices par lesquels elles s'ouvrent sur la muqueuse olfactive sont très-apparents sur certains points, particulièrement à la partie antérieure de la paroi externe des fosses nasales. Tous ces orifices sont arrondis et non ovalaires ou en forme de fente, ainsi que l'avait pensé M. Huschke. Les plus grands ne dépassent pas le diamètre d'un grain de millet. Entre ceux-ci, on en trouve de plus petits, mais qu'on peut cependant distinguer à l'œil nu, et d'autres qui ne deviennent visibles qu'à l'aide d'une loupe. Ils sont assez rapprochés pour donner à la pituitaire l'aspect d'un crible à pertuis inégaux et irrégulièrement répartis. Les dimensions

Il y a quelques jours, un cas semblable, des plus curieux, s'est rencontré dans le service de M. Huguier.

Une jeune fille d'un tempérament lymphatique s'est présentée à la consultation; elle portait sous l'aisselle droite une tumeur du volume d'une pomme ordinaire, que l'on reconnut être d'origine ganglionnaire et de nature strumeuse. Tout le creux axillaire était rempli; le chapelet de glandes tuméfiées s'étendait si loin, que les deux pectoraux en étaient soulevés, et que la tumeur se retrouvait encore sous la clavicule. On appréciait parfaitement la dureté et les inégalités des tissus sous-cutanés. La pression ne provoquait aucune douleur, les mouvements du bras étaient gênés considérablement.

L'opération eut lieu il y a quelques jours, et hier encore la jeune malade n'accusait aucune douleur; elle était sans fièvre, et tout permettait de croire qu'elle irait très-bien. Aujourd'hui, nous avons assisté à son premier pansement : tout était dans le meilleur état; elle sera, tout le fait croire, très-promptement guérie.

On comprend que s'il s'agissait d'une tumeur de mauvaise nature aussi considérable, on renoncerait à toute opération qu'une récidive prochaine et trop probable condamnerait d'avance; mais dans ces engorgements de nature tuberculeuse, il n'est pas indispensable de *tout enlever*, comme lorsqu'il s'agit du *cancer*. On n'a pas à craindre la récidive; on enlève le plus que l'on peut des tissus malades, et ce que la prudence empêche d'attaquer, on le fait tomber par la suppuration, soit en incisant seulement un ganglion, dont on a préalablement ouvert la gaîne, soit en posant des ligatures suivant l'indication. En agissant ainsi, on enlève des éléments énormes à une suppuration que rien n'aurait pu *tarir*, et que rien n'aurait pu *prévenir;* on a donc privé l'économie d'une cause *prochaine de destruction*, en laissant à la nature, aidée par la thérapeutique (car nous lui laissons une large part dans la guérison de ces affections) le soin de se débarrasser de ce que l'art n'a pu enlever.

Nous avons vu ce matin, avec le plus grand plaisir, dans le service dont nous parlons, une femme de 24 à 25 ans, qui porte, à l'aisselle droite, une ligne cicatricielle verticale d'une étendue de 4 à 5 centimètres. C'est le vestige d'une opération des plus heureuses dans l'espèce. Cette femme, qui avant l'opération avait de la difficulté à exécuter les mouvements du bras, n'en éprouve aujourd'hui aucun, débarrassée qu'elle est d'une masse ganglionnaire tuberculeuse fort considérable. La dissection qui avait mis à nu l'artère, la veine et les nerfs axillaires, n'a été suivie d'aucun danger; il n'y a eu aucun de ces symptômes qui suivent souvent la lésion d'un organe dans ces régions si riches. L'opérée a pris un embonpoint considérable; elle a très-bon appétit. Une femme de 35 ans se trouvait aussi dans le même cas.

On a souvent reculé devant l'opération en face de ces tumeurs lymphatiques, sous prétexte que leur manifestation devait faire craindre un état tuberculeux coïncidant des poumons.

Je ne nierai pas la possibilité de ces deux états pathologiques simultanés, mais je crois que très-souvent les altérations de l'appareil lymphatique de telle ou telle région peuvent se rencontrer, sans que pour cela il y ait de tubercules dans les poumons.

Et quand cela serait, je ne vois pas là un motif pour contre-indiquer l'opération. Comment! parce que tel individu sera atteint de tubercules pulmonaires, vous allez négliger de lui enlever un élément de destruction qui se trouve dans une autre région! pourquoi cela? d'abord il est possible de guérir des malades atteints de foyers tuberculeux commençants et d'une médiocre étendue, et cela d'autant plus facilement qu'on éloignera toute autre cause capable de détériorer la constitution du malade. Or est-il une cause plus capable de ruiner l'économie que ces engorgements glandulaires qui, une fois suppurés, sont le siége d'un écoulement intarissable?

Nous sommes donc, pour notre part, et après avoir vu de *nombreux* et *superbes résultats*, partisan de l'ablation des ganglions lymphatiques tuberculeux dégénérés le plus tôt possible. Nous croyons être utile à nos lecteurs, en proclamant l'importance d'une semblable pratique et ses heureux effets. Dr H. Huguet.

Clinique médicale de Strasbourg. — M. Forget.

De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcale.

Depuis les premières années de ce siècle où la perforation de l'appendice iléo-cœcale a été signalée comme cause de péritonite, les faits de ce genre ont paru se multiplier en proportion de l'attention que les praticiens ont apportée à constater cette lésion.

Depuis trois ou quatre ans seulement, six cas de ce terrible accident sont parvenus à ma connaissance, dont trois à l'hôpital militaire et trois à l'hôpital civil de Strasbourg. De ces six cas, trois ont été observés par moi même, et c'est de ceux-là que je vais exposer l'histoire.

1re *Observation. — Phlegmon de la fosse iliaque droite. Péritonite consécutive. Mort. Concrétion intestinale trouvée dans la cavité du péritoine, sans perforation évidente.* — Dans les premiers jours d'avril 1852, M. M...., médecin en chef à l'hôpital militaire, se plaignit à moi d'une douleur vive qu'il éprouvait dans le flanc droit, douleur qui se propageait à la cuisse et au scrotum du même côté, si bien que le malade croyait, par instants, avoir une affection du testicule. Mais il était facile de constater de l'engorgement et une vive sensibilité circonscrite dans la fosse iliaque droite, et nous crûmes avoir affaire à l'affection dite pérityphilite, c'est-à-dire à un phlegmon de la fosse iliaque, d'autant mieux que notre confrère était sujet à la constipation. Les saignées locales, les bains, les topiques émollients, les lavements laxatifs, parurent modérer les accidents. Le malade s'était fait transporter à l'hôpital militaire, où il reçut les soins de ses habiles collègues, en même temps que les miens.

Il commençait à se lever et paraissait entrer en convalescence, lorsqu'un soir une vive douleur se manifesta de nouveau dans l'abdomen et s'épandit dans cette cavité, de manière à ce qu'on ne put méconnaître une péri-

---

que Ruysch et Lecat assignent à ces pertuis, dans les figures qu'ils leur ont consacrées, sont, d'une part, beaucoup exagérées, et de l'autre beaucoup trop uniformes.

Le nombre des glandes de la pituitaire est très-considérable. Sur certains points, on en compte jusqu'à cent, cent vingt et même cent cinquante, sur un centimètre carré; sur d'autres, ce nombre se réduit à quatre-vingts, à soixante, à cinquante, et descend quelquefois jusqu'à trente ou quarante. Ces glandes sont plus abondamment répandues dans la moitié inférieure des fosses nasales que sur la moitié supérieure; elles sont extrêmement multipliées sur la paroi externe de ces cavités, au devant des cornets moyen et inférieur. Elles forment aussi une couche continue et très-serrée sur le bord libre de ces cornets. On peut dire d'une manière générale que leur nombre est proportionnel à l'épaisseur de la pituitaire; partout où cette membrane présente une grande épaisseur, les glandes qu'elle renferme se montrent à la fois très-développées et très-nombreuses. Sur les points où elle devient plus mince, ces glandes diminuent de quantité, et dans les régions où elle acquiert une extrême minceur, comme dans les cellules de l'ethmoïde et les différents sinus, on n'en trouve plus aucun vestige. C'est vainement que j'ai cherché les glandes de la muqueuse nasale dans les sinus frontaux, dans les sinus sphénoïdaux, etc. Je dois dire cependant que l'on rencontre ordinairement quelques glandules dans l'épaisseur de la muqueuse qui répond à la base du sinus maxillaire, région sur laquelle on observe aussi très-fréquemment de petits kystes muqueux du volume d'une lentille, d'un pois ou d'une noisette, et même assez considérables parfois pour remplir la totalité du sinus.

Les artères qui se perdent dans l'épaisseur de la muqueuse olfactive sont surtout destinées à ses glandes, dont le volume et le nombre expliquent bien l'extrême vascularité de la pituitaire. Sous ce rapport, la membrane qui tapisse les parois des fosses nasales et celle qui revêt la cavité utérine méritent d'être rapprochées l'une de l'autre : toutes deux sont essentiellement glanduleuses et essentiellement vasculaires. A cette analogie de structure se rattache une analogie non moins remarquable dans les maladies qu'elles nous offrent : toutes deux, en effet, sont la source d'hémorrhagies, l'une d'une hémorrhagie périodique et mensuelle, l'autre d'une hémorragie accidentelle, quelquefois aussi périodique, mais se reproduisant le plus souvent à des intervalles inégaux et plus ou moins éloignés. Toutes deux sont le point de départ de polypes et de tumeurs fibreuses, dont elles constituent le siége le plus habituel; toutes deux sont fréquemment affectées de dégénérescence cancéreuse, et on connaît la funeste prédilection du cancer pour les organes glanduleux. Cette analogie de structure et de maladie entre la pituitaire et la muqueuse utérine méritait d'autant plus d'être signalée qu'une ligne de démarcation assez tranchée s'élève, sous ce double rapport, entre les diverses dépendances du système muqueux : ainsi la muqueuse linguale est bien différente de celle du pharynx et de l'œsophage; la muqueuse de l'œsophage diffère beaucoup de celle de l'estomac; la muqueuse de l'estomac ne diffère pas moins de celle de l'intestin grêle; cette dernière se distingue à son tour de la muqueuse du gros intestin, etc. En opposition avec toutes ces différences, il n'était donc pas sans intérêt de mettre en regard les caractères qui rapprochent la muqueuse nasale de la muqueuse utérine, et de montrer que ces membranes, bien que situées pour ainsi dire aux deux pôles du système muqueux, sont surtout redevables des liens anatomiques et pathologiques qui les unissent à la prédominance de leur élément glanduleux.

tonite généralisée. Un traitement énergique, saignées, bains prolongés, onctions mercurielles, parut réprimer de nouveau le mal, qui cependant persistait sourdement, lorsqu'une troisième explosion, annonçant une complication nouvelle, nous révèle une pleurésie du côté droit, venant s'ajouter à la péritonite. Ces deux affections marchèrent parallèlement, malgré les soins les plus assidus, et notre malheureux confrère succomba trois semaines environ après l'invasion des premiers accidents.

L'autopsie fut faite en présence de plusieurs médecins, notamment de M. Sédillot, Bolu, Bertherand, Thinus, etc. L'ouverture du thorax et de l'abdomen mit en évidence la pleurésie et la péritonite supposées. En explorant la fosse iliaque droite, où l'inflammation était le plus prononcée, on découvrit un large foyer de pus, au sein duquel se trouvait un corps étranger nageant dans le liquide. Ce corps étranger ressemblait tellement à un haricot, par sa forme, son volume et même sa couleur jaunâtre, que l'illusion était complète. Cependant, en le brisant en deux, on reconnut, qu'au lieu de présenter deux cotylédons, ce corps, de consistance comme calcaire, était formé de plusieurs couches concentriques.

J'ai conservé et présenté à la Société de médecine de Strasbourg cette espèce de calcul dont nous nous sommes évertués à expliquer la présence dans cet abcès iliaque. L'opinion la plus probable était qu'il provenait de la cavité de l'intestin, du cœcum vraisemblablement, dont il aurait traversé les parois par une ouverture qui, depuis, se serait cicatrisée, car nous la cherchâmes vainement en ouvrant et en examinant avec soin l'intestin par dedans et par dehors. L'appendice cœcale ne dut pas échapper à notre examen ; cependant, je ne répondrais pas aujourd'hui que cette investigation ait été faite avec toute l'exactitude possible.

L'origine de cette concrétion était donc restée pour nous un problème très-obscur, jusqu'à ces derniers temps où la découverte d'une concrétion toute semblable dans la cavité même d'un appendice cœcale perforée, est venue nous apporter le mot de l'énigme et nous donner la certitude morale que notre confrère a succombé à une péritonite par perforation de l'appendice cœcale, au lieu de ce simple phlegmon péricœcal, suivi de péritonite, que nous avions admis jusqu'alors.

Nous pouvons même aujourd'hui reconstruire la maladie d'après l'histoire générale de ces perforations : on les a vues, en effet, donner lieu d'abord à des symptômes locaux, puis, après un certain temps, à une explosion de péritonite générale. Or, c'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas actuel. Cette nouvelle conviction nous est d'autant plus précieuse qu'en révélant un accident à peu près mortel de sa nature, elle lève nos scrupules de praticien à l'endroit de l'impuissance des moyens mis en usage.

2e *Observation. — Péritonite simulant d'abord un étranglement interne. Mort. Péritonite générale par perforation de l'appendice iléo-cœcale.* — Brelant, âgé de seize ans, d'assez faible constitution, élève de l'École normale, entre à la clinique le 20 mai 1853. Il n'avait jamais été gravement malade, lorsqu'il y a deux jours, après une longue promenade où il avait commis quelques actes d'intempérance, il apprend une nouvelle affligeante, et bientôt il ressent dans l'abdomen de vives douleurs qu'il compare à des coups de poignard et qui sont promptement suivies de vomissements répétés. On administre de l'huile de ricin, qui procure l'évacuation des matières endurcies.

État actuel. Face grippée, vomissements persistants; abdomen tendu, très-douloureux dans la région hypogastrique, constipation opiniâtre, pouls petit, dur et fréquent. Un peu de délire la nuit précédente. On soupçonne un étranglement interne (20 sangsues à l'hypogastre, bain prolongé, lavement laxatif).

Le 21, même état, douleur plus vive dans le flanc droit, où la percussion fait constater du bruit humorique.

M. le docteur Strohl, chargé temporairement du service, prescrit de la glace, au lieu des boissons que l'estomac rejette immédiatement. Couche de collodion appliquée sur le bas-ventre, frictions mercurielles aux cuisses, lavement avec tabac, 2,00, en décoction dans eau, 200,00.

Les jours suivants, les vomissements, la constipation et les autres accidents persistent. Urines rares. (Traitement *ut suprà.*) Un peu de soulagement. La péritonite poursuit son cours sous des apparences assez modérées. (Glace. Potion laxative avec huile de ricin. Bains.)

Le 31, nous voyons le malade : abdomen ballonné, dur, non très-douloureux. Pouls vif, à 120, assez développé et résistant. (Saignée de 300,00. Onctions mercurielles sur le ventre. Lavement de guimauve. Limonade tartarique.)

Les jours suivants, même état. (Traitement *ut suprà*, bains prolongés.) La langue devient rouge et sèche, la diarrhée apparaît. (Tis. de riz, lavements de pavot.)

Le 4 juin, même état (15 sangsues à l'anus).

Les jours suivants, fièvre persistante, faiblesse croissante, vomituritions, insomnie, abdomen tendu et douloureux. (Onctions mercurielles opiacées.)

Le malade décline rapidement et succombe le 8, au matin, après vingt jours de maladie.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Abdomen. A l'incision des parois, éruption de gaz fétides. Adhérence de l'épiploon avec les parois abdominales et les circonvolutions intestinales qui sont agglomérées entre elles. Liquide purulent, brunâtre, contenant des parcelles de matières fécales. Plusieurs foyers de pus circonscrits. Désordres plus prononcés vers la région iliaque droite. En détruisant les adhérences dans ce point, on tombe dans un foyer de pus brunâtre, contenant des matières fécales. Les intestins, qui forment les parois du foyer, sont d'un rouge violacé, y compris l'appendice cœcale qui présente, à 2 centimètre de son insertion au cœcum, une perforation à bords minces, irréguliers, gris brunâtre, d'un centimètre d'ouverture. L'orifice ouvrant dans le cœcum est très-étroit, l'extrémité de l'appendice est intacte. La muqueuse de la fin de l'intestin grêle, et celle du cœcum, sont rouge foncé. On y voit quelques plaques de Peyer pointillées.

Rien de particulier dans les autres organes.

On reconnaît ici les accidents subits des perforations intestinales : mais ces accidents s'amendent un peu et n'en conduisent pas moins, quoique assez lentement, le malade au tombeau.

Le caractère morbide de la perforation de l'appendice est incontestable ; la présence des matières fécales dans la cavité péritonéale en est la preuve irréfragable. Il paraît que ces matières n'ont pas eu le temps de se concréter dans l'appendice iléo-cœcale.

Troisième observation. — Péritonite procédant graduellement ; mort ; perforation de l'appendice iléo-cœcale ; concrétion dans cette appendice. — Burgard, âgé de 16 ans, de constitution grêle, mais non maladive, apprenti maçon, entre à la clinique le 28 juillet 1853. Il raconte qu'il y a quatre jours, sans cause connue, il a ressenti dans l'abdomen des douleurs qui, cependant, ne l'ont pas empêché de travailler. Le lendemain, douleur croissante qui l'oblige à se coucher ; le troisième jour, douleur plus vive, vomissements abondants de matières verdâtres ; constipation. Entrée à l'hôpital le quatrième jour.

État actuel. Bas-ventre ballonné, d'une douleur exquise à la pression. Pouls petit, vif et fréquent, peau chaude ; soif vive, vomissements, constipation, urines rares. (20 sangsues sur l'abdomen, lavements laudanisés.)

Le 29, nuit agitée, faciès abattu, grippé, trait nasal, yeux cernés ; langue sèche, rouge et pointue ; soif, vomissements porracés ; région sous-ombilicale de l'abdomen tendue, douloureuse, supportant à peine le contact de la main, Pouls serré, à 130. (20 sangsues, bain prolongé, fomentation émolliente.)

Le 30, même état, moins les vomissements. (Bain, onctions mercurielles sur l'abdomen, solution de gomme.)

Le 31, même état (même traitement) ; il se trouve faible dans le bain. Les forces déclinent rapidement, les extrémités se refroidissent. (Sinapismes, frictions aromatiques.) Mort dans la soirée.

Autopsie, trente-quatre heures après la mort. — Abdomen. A l'ouverture, issue de gaz fétides, écoulement d'un liquide purulent abondant. Grand épiploon très-enflammé, adhérent aux intestins agglomérés par des fausses membranes. Plusieurs foyers de pus. Phlegmasie plus intense vers la fosse iliaque droite où existe un foyer de pus circonscrit par des adhérences, et dans lequel baigne l'appendice iléo-cœcale, qui forme une anse dont la pointe adhère au cœcum. A un centimètre de cette pointe existe une perforation longitudinale, d'un centimètre d'étendue, à bords irréguliers, épais, grisâtres, comme gangréneux ; en avant de cette perforation, vers l'extrémité cœcale de l'appendice, on palpe à travers les parois du canal un corps dur, olivaire, que l'on fait glisser et sortir par la perforation. Ce corps a la forme d'un petit noyau d'olive, de couleur gris foncé, long d'un centimètre. Le scalpel le divise facilement. Sa consistance est celle du mastic ou de la terre glaise un peu durcie, ductile et comme sébacée. Il est formé de plusieurs couches concentriques. Son noyau, non plus que ses enveloppes, n'offre l'apparence stercorale (1).

Rien de particulier dans les autres organes.

(1) Une des observations de Volz représente exactement celle-ci : « L'appendice, dit-il, est gris, bleuâtre, tuméfié, contourné et soudé au cœcum. Près de la pointe il y a deux ouvertures répondant aux extrémités d'un corps grisâtre, allongé, ayant la forme d'un noyau de datte, séjournant dans l'appendice. »

La ressemblance de ce fait avec le précédent et d'autres que nous connaissons, nous fit annoncer, avant l'autopsie, la perforation de l'appendice cœcale comme assez probable.

A l'aspect de cette concrétion si semblable, sauf la consistance, à celle rencontrée dans la région iliaque chez M. M... (première observation), un trait de lumière jaillit dans notre esprit, et nous révéla subitement la nature de ce corps d'origine inconnue, sans perforation concomitante reconnue. Seulement, la dernière trouvée était plus petite, plus molle, plus foncée en couleur; mais sa forme et sa structure lamellaire ne me laissent aucun doute sur l'identité d'origine dans les deux cas.

Ainsi, dans la première observation, calcul intrà-péritonéal, sans perforation évidente; dans la deuxième observation, perforation sans calcul; dans la troisième observation, perforation et calcul dans l'appendice : voilà les trois manifestations finales de ce genre de lésion.

Il est à croire que les cas de ce genre sont plus communs qu'on ne le pense généralement, et que beaucoup de péritonites, dites spontanées, se rattachent à cette perforation de l'appendice iléo-cœcale, qu'on aurait constatée plus souvent, si l'attention était mieux fixée sur cet accident. Il faut, en effet, procéder avec autant de scrupule que de courage, pour aller découvrir, au milieu de ce magma purulent et fétide, une lésion qui peut échapper à la vue, même lorsqu'on explore la cavité de l'intestin; car on oublie souvent d'inspecter l'appendice cœcale. Il peut se faire aussi que l'orifice ulcéreux s'oblitère quelque temps après l'issue du corps étranger.

Certaines obscurités règnent encore sur les causes de ces perforations. On pense généralement qu'elles sont dues à la présence de corps étrangers venant du dehors, ou venant de l'intestin même, ou enfin qu'elles peuvent résulter de lésions locales (ulcérations typhoïdes, cancéreuses, etc.). Mais il est à remarquer que, sur une trentaine de cas qui sont à ma connaissance, il n'y en ait qu'un seul où l'on ait rencontré un corps étranger venant du dehors, c'est le pepin de melon, trouvé par M. Briquet dans une appendice perforée. Dans tous les autres, ou l'on n'a rien trouvé, ou l'on a trouvé, soit des matières fécales, soit des concrétions dites stercorales, comme les deux que j'ai recueillies.

Or, il ne me paraît pas démontré que ces concrétions soient toujours stercorales; leur consistance et leur aspect comme sébacés, à l'état frais, et leur apparence calcaire à l'état sec, enfin leur structure lamelleuse ne les font guère ressembler a des matières fécales desséchées, endurcies. Ces concrétions ne pourraient-elles pas résulter de la solification des produits folliculeux de l'appendice? Cette opinion est exprimée dans la thèse de M. Favre (1). « Si le boursoufflement de la muqueuse de l'appendice est considérable, dit-il, la communication avec le cœcum pourra être interrompue. Le mucus sera donc emprisonné; il sera obligé de se modifier sur place, et finira par former une concrétion épithéliale. » Quoi qu'il en soit, voici la description des calculs dits stercoraux donnée par les auteurs : Ils sont plus ou moins durs, ordinairement d'un jaune verdâtre. Si on les coupe, on les trouve formés de couches concentriques alternatives, grises, terreuses, brunes, parfois brillantes, renfermant au centre un noyau plus dur qu'on a pu prendre pour un corps étranger, mais qui a la même structure et la même composition que le reste. Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette. On les dit provenir de la transformation de matières fécales dont la partie liquide est résorbée; aussi peuvent-ils acquérir, dans certains cas, la dureté d'une pierre, et alors leurs lames sont très-serrées. Ils ont d'autant plus l'odeur fécale qu'ils sont plus mous. M. Voltz y a trouvé les éléments chimiques des matières fécales; on y a aussi trouvé de la cholestérine, principe de la bile. Du reste, leur nombre varie comme leur forme et leur consistance. On les trouve parfois dans la cavité du péritoine, mais la suppuration peut les dissoudre. Tels sont bien les caractères de nos deux calculs, et spécialement de celui trouvé chez M. M....

Notre intention n'étant pas de dresser une monographie des perforations de l'appendice, nous nous bornerons à quelques principes sommaires. Elles peuvent donner lieu, soit à des péritonites d'emblée, marchant rapidement ou lentement, soit à des abcès circonscrits s'ouvrant au dehors, dans l'intestin ou dans le péritoine. Dans ce dernier cas, la maladie paraît divisée en deux périodes distinctes, comme dans notre première observation. Évacués par une voie ou par une autre, ces abcès peuvent guérir; lorsqu'ils s'ouvrent dans le péritoine, ils sont presque nécessairement mortels.

Le traitement à leur opposer est celui des inflammations violentes. Mais il existe ici des indications spéciales qu'on a cru pouvoir remplir au moyen de l'opium à haute dose (traitement de Graves). On cite des cas de guérison par cette méthode; mais il reste quelques doutes sur la réalité de la perforation dans ces cas. D'ailleurs, pour appliquer ce traitement, il faut reconnaître l'accident pendant la vie; or, presque toujours il est resté méconnu (1). L'opium, administré lorsque les accidents de la perforation sont déclarés, ne peut remédier à la cause; mais il peut encore rendre des services, d'abord en procurant le narcotisme, c'est-à-dire l'immobilité du corps et peut-être de l'intestin, nécessaire à la cicatrisation de l'ouverture intestinale; mais surtout en combattant l'élément douleur : c'est de cette manière que nous avons expliqué les bons effets de l'opium dans le traitement de la méningite épidémique. Sous ce rapport, si l'opium ne procure pas la guérison, il adoucit au moins les derniers instants du malade.

Une autre indication spéciale serait de s'abstenir d'ingérer des liquides par haut ou par bas, de peur de distendre l'intestin, de rompre des adhérences salutaires et d'ajouter aux matières de l'épanchement.

Il résulte de ce travail, qu'étant donnée une péritonite primitive, c'est-à-dire sans cause déterminante appréciable, on devra considérer comme possible, sinon comme très-probable, la perforation de l'appendice iléo-cœcale. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

(1) *Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcale,* par Henri Favre. Thèses de Paris, 1851. Ce travail est une histoire assez complète de cette singulière affection. L'auteur y donne l'analyse de tous les faits, au nombre de vingt-six, qu'il a pu recueillir. Nous lui empruntons plusieurs des détails contenus dans cette notice.

CLINIQUE CIVILE.

Tumeurs du testicule traitées par la cautérisation interne à l'intérieur et à l'extérieur.

Par M. le Dr A. Thierry.

En 1827, j'allais souvent à la Charité voir mon ami Maréchal, trop tôt enlevé à la science. M. Roux lui portait un vif intérêt. Cet habile praticien s'occupait alors de la rédaction d'un article du *Dictionnaire de médecine* sur le sarcocèle; nous, de notre côté, nous nous livrions à de nombreuses dissections du testicule, et cette étude nous permettait d'examiner de près la nature du sarcocèle, et les diverses affections que l'on a désignées sous ce nom générique. Nous avons pu constater alors que par cette dénomination commune, on cherchait à déterminer un état constitué par des altérations variables dont la distinction était difficile à saisir, même par un examen anatomique très-approfondi qui permît de les répartir en plusieurs groupes bien tranchés. Nous avons reconnu trois groupes principaux, se subdivisant eux-mêmes en plusieurs variétés :

1er *groupe.* — Forme cancéreuse avec ses variétés : colloïde, encéphaloïde, mélanique squirrheuse.

2e *groupe.* — Forme tuberculeuse, enkystée, infiltrée; kystes séreux; productions hydatiques.

3e *groupe.* — Forme hypertrophique, inflammatoire, chronique, vénérienne; coupe de couleur jaune, grise, ardoisée.

Encore tous les caractères anatomiques assez difficiles déjà à

(1) *Mémoire sur les perforations du canal digestif* (*Gazette médicale de Paris*, 1837).

déterminer, le scalpel à la main, ne suffisent-ils pas pour le diagnostic différentiel du sarcocèle. On ne peut se dissimuler, même en interrogeant avec le plus grand soin les malades, la peau étant restée saine après leur mort, on ne peut se dissimuler qu'il est difficile de désigner à quelle forme de sarcocèle le chirurgien avait eu affaire pendant la vie du malade. Ce n'est guère qu'une fois le tissu de la peau déchiré, qu'on peut bien préciser la nature de la maladie en examinant la sécrétion de l'ulcère et sa forme. Il résulte donc de ces appréciations préliminaires, qu'on a dû nécessairement enlever des sarcocèles qui auraient pu guérir et qu'on avait crus à tort être cancéreux.

Dans ces derniers temps, j'ai été frappé des opérations pratiquées par M. Malgaigne sur le testicule. Il scalpe cet organe quand il est affecté d'ulcérations de différentes natures; il les coupe successivement et doit intéresser par conséquent l'épididyme, le corps d'Highmor et les vaisseaux séminifères. En me rappelant nos dissections et le nombre et la longueur de ces vaisseaux, leurs contours si multipliés, en voyant dans les abcès du tissu des testicules tous ces conduits séminifères et leurs renflements se dévider sans fin comme des écheveaux de soie, je l'avouerai franchement, je n'ai pas osé tenter les opérations de mon honorable confrère, M. Malgaigne. Cependant, je suis très-certain de l'authenticité des faits qu'il a publiés. Mais enfin, soit tradition de jeunesse, soit esprit de routine, je n'ai pas fait cette opération ; j'ai toujours craint de couper trop ou pas assez dans un tissu si compliqué où le tissu cellulaire est si serré, où une membrane fibreuse très-résistante s'oppose à la facilité de la dissection. Ne voulant pas, toutefois, enlever le testicule pour une tumeur implantée sur lui, faisant corps avec lui, je me suis hasardé à faire quelquefois l'opération suivante, et elle m'a réussi :

Deux malades se sont présentés à moi portant une tumeur de la grosseur de la moitié du poing, placée sur l'épididyme et semblant faire corps avec le testicule. L'une de ces tumeurs était légèrement ulcérée ; la peau laissait sortir une sanie roussâtre avec des flocons blancs. Il est évident que c'était un tubercule. Le malade était âgé de 22 ans et n'avait jamais eu d'affection vénérienne. La tumeur grossissait de jour en jour et elle était très-douloureuse au toucher et occasionnait des élancements. J'imaginai, pour débarrasser le malade de cette tumeur, d'employer un moyen qui m'avait déjà réussi pour détruire ces masses de glandes tuberculeuses que l'on rencontre au col et dans quelques autres parties du corps. Je traversai la tumeur avec un de ces instruments dont se servent les cuisiniers pour larder la viande : j'introduisis par ce moyen, dans l'intérieur de la tumeur, un morceau de potasse caustique ayant la grosseur d'un pois, et au moyen d'une petite tige de fer recourbée, introduite dans les divisions des lames de la lardoire, je pus, en retirant celle-ci et en retenant la potasse avec la petite tige, déposer le caustique au milieu de la tumeur. Les deux trous qui avaient été le résultat du passage de la lardoire étaient bouchés aussi hermétiquement que possible, et la potasse se trouva être, pour ainsi dire, emprisonnée au sein de la tumeur. Le lendemain, on voyait aux deux extrémités deux escarres noirâtres, et çà et là la peau présentait des points atteints par la potasse. Au bout d'un certain temps, cette tumeur entra en suppuration ; des filaments de tissu cellulaire blanchâtres et noirâtres en sortirent, et au bout de trois mois, après un pansement très-simple, la guérison fut complète.

Enhardi par cette tentative, je recommençai cette opération sur un jeune homme à peu près dans les mêmes conditions : seulement la peau n'était pas ulcérée. La potasse fut placée au milieu de la tumeur par les mêmes procédés. Mais la peau du scrotum fut frappée d'escarre dans un espace d'environ deux centimètres carrés. Nous avons pu, par ce ciel ouvert, suivre la marche du travail éliminatoire. Au bout de neuf ou dix jours, les escarres de la peau tombèrent et laissèrent apercevoir de petites masses blanchâtres qui successivement se réduisirent en fonte purulente. Puis l'enveloppe celluleuse suivit le travail éliminatoire, et dans quatre mois le malade fut guéri. Depuis trois mois je l'observe encore, et je ne vois pas trace de récidive. Le testicule et l'épididyme sont très-sains : tout porte à croire à une guérison complète. MM. les docteurs Vigués et Allix ont constaté ces deux faits, le dernier a été constaté aussi par M. Nélaton.

Une fois ces exemples cités, nous pouvons demander s'il ne sera pas plus avantageux d'attaquer les tumeurs d'un certain volume, les tumeurs strumeuses par exemple, en déposant le caustique au milieu d'elles. Généralement on emploie les différents caustiques de l'extérieur à l'intérieur. Ils éprouvent toujours en pénétrant une certaine difficulté qui produit de très-grandes douleurs. La difficulté provient de la résistance de la cellulo-fibreuse, qui enveloppe presque toutes les tumeurs ; et il faut attaquer presque individuellement, car, quelle que soit leur nature, la plupart des tumeurs, même composées d'éléments identiques, ont une orbite celluleuse spéciale. Ensuite, la peau est très-douloureuse, elle ne se détruit d'ordinaire entièrement qu'après des cautérisations successives, par l'emploi des caustiques qui sont à notre disposition : pâte de Vienne, chlorure de zinc, potasse caustique. Puis les cicatrices sont moins grandes.

On peut faire cette objection : êtes vous sûr de l'action du caustique? Abandonné à lui-même au milieu des tissus, ne peut-il attaquer des parties que vous voulez ou que vous devez respecter? Je répondrai que si la tumeur est très-petite, je ne suis pas d'avis d'employer ce procédé, mais si elle est d'un certain volume, en proportionnant le morceau de potasse à la grosseur de la tumeur on peut être certain que l'effet de la potasse se passera entièrement dans la tumeur, et dans la tumeur seule.

Du reste, pour avoir une opinion très-arrêtée sur ce mode de traitement, il faudrait l'avoir employé plus souvent, et surtout l'avoir vu employer par différents chirurgiens.

Guérison de nombreuses blessures par instrument tranchant, reçues dans une tentative d'assassinat.

M. X...., âgé de 64 ans, ancien commis principal d'une manufacture, veuf et retiré avec une rente de 1,500 fr., vivait seul dans un appartement au deuxième, sur le fond de la cour d'une maison sise rue Saint-Antoine. D'un esprit vif et gai, d'un caractère bien trempé au moral, d'un tempérament sec et vigoureux, le sieur X.... n'avait pas renoncé tout à fait aux plaisirs de la chair. Il avait des rapports avec une femme allemande, liée elle-même d'un autre côté avec un jeune homme de 22 ans, chassé pour inconduite de plusieurs régiments, et en dernier lieu déserteur d'un bataillon de chasseurs de Vincennes. Cet homme, dont de mauvais précédents avaient montré déjà le penchant décidé au vol, conçut le projet d'assassiner le sieur X.... pour s'emparer de l'argent qu'il croyait trouver chez lui, et, dit-il depuis, pour quitter Paris et rendre sa désertion plus sûre. Après plusieurs visites inutiles, il trouva enfin le sieur X.... seul, et se présentant à lui comme un Allemand, au nom de la demoiselle Z...., il le pria de venir rétablir la paix entre celle-ci et son mari : car il faut dire que la demoiselle Z.... avait fait une fin, suivant l'expression populaire. Le sieur X.... y consentit, mais pendant qu'il se baissait pour mettre sa chaussure, l'assassin le saisissant par derrière, à la tête, lui passa violemment un rasoir sur le col. Par bonheur, une cravate de soie, ployée en plusieurs doubles, détourna le premier coup ; puis, comme le sieur X.... avait instinctivement plutôt baissé la tête qu'il ne l'avait relevée, les coups de l'assassin, au lieu de porter sur la région du col, tombaient sur la face. Après une lutte opiniâtre, le sieur X.... ayant eu la présence d'esprit de faire, comme il dit, l'homme mort, l'assassin, qui crut n'avoir plus affaire qu'à un cadavre, et que la peur sans doute aussi pressait de partir, s'éloigna précipitamment, laissant la porte ouverte.

Le sieur X.... eut encore la force de se traîner sur le palier et d'appeler au secours. Un médecin, qui habitait la maison, le reçut dans ses bras, et, s'assurant que l'hémorrhagie était arrêtée, il le mit au lit. Le blessé se plaignait d'un grand froid.

Alors on m'envoya chercher, et je procédai aussitôt à une reconnaissance des blessures. Elles consistaient : 1° en une énorme entaille qui prenait de la partie moyenne de la mâchoire, d'en bas à droite, et allait en demi-cercle jusqu'à la ligne médiane, intéressant tout le pannicule charnu. A gauche, il y avait une lacération semblable, de sorte que, sauf une sorte de pont laissé en arrière, la scalpellation horizontale et complète du pourtour de la face et du col aurait eu lieu. 2° En d'autres mutilations faites çà et là au travers de la face, intéressant la peau dans toute l'épaisseur des muscles de la paroi de la bouche ; la langue et les dents étaient à nu, surtout à gauche, par suite d'une ouverture qui agrandissait la bouche, de son angle droit jusqu'à la ligne du masséter. Le nez avait été atteint, et son lobule presque coupé. Réappliqué sur-le-champ sans aucun moyen emplastique que la tendance propre du sang à la coalescence, le lobule reprit très-promptement, et ce fait rend croyable celui du nez de Garengeot, ramassé, lavé, remis en place et repris.

En calculant l'ensemble des blessures, nous avons trouvé pour le côté droit :

4 sections de 15 c.
— 6
— 8
— 10
} en tout 39 centim.

Pour le côté gauche :

4 sections aussi de 16 c.
— 6
— 6
— 8
} 36 centim.

La scalpellation offrait donc en tout une longueur rapprochée de 75 centimètres. D'autres blessures très-graves se voyaient aux mains, le sieur X... ayant voulu enlever le rasoir à son assassin. Elles étaient à la paume de la main gauche et dans le premier espace intermétacarpien de la droite : heureusement le pouce n'avait pas été abattu, ni même l'artère atteinte. Enfin, le dessus de la main et de l'avant-bras étaient sillonnés de petites coupures.

Aussitôt que j'eus reconnu les blessures, je procédai au premier pansement par réunion immédiate à l'aide au moins de 15 à 18 points de suture simple. Ce pansement douloureux fut supporté courageusement par le sieur X... Des compresses trempées dans l'eau froide, des affusions froides sur les mains, garnies en dedans de pelottes de charpie. Des boissons froides furent prescrites.

Le lendemain, 25 août, bon état. A peine un peu de surexcitation.

Le 26, beaucoup de sections ont contracté la cohésion la plus franche.

Le 27, bon état. Moral excellent.

Le 28, paraît hors de danger.

Le 29, les points de suture entretiennent seuls un peu de suppuration. Partout ailleurs la cohésion est parfaite.

Le 1er, huitième jour, toux légère, frisson. Crainte d'une pneumonie.

Le 3, agitation des jambes pendant la nuit. État un peu tétanique.

Le 4, bon état, sous l'influence des opiacés.

Le 6, la cicatrisation des plaies du col est presque terminée.

Le 7, emploi, sur les cicatrices qui bourgeonnent, d'emplâtre de Nuremberg.

Jusqu'au 22, rien de remarquable, et nous avons ce jour-là, vingt-septième jour de l'assassinat, regardé la guérison comme achevée. Les blessures des mains ont été et sont encore les plus graves, tant par l'abondante suppuration qui en sort que par une légère incapacité du mouvement des exfoliations des tendons des extenseurs des doigts de la main gauche.

Au bout de six semaines, le sieur X.... se promène seul à la place Royale, méritant à coup sûr, mieux que le duc de Guise, de belliqueuse mémoire, le surnom de Balafré.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'infusion de gland torréfié associé au sulfate de quinine,

Par M. Thoulouse.

M. Thoulouse a publié, il y a quelques mois, une Note de laquelle il résulte que l'infusion de gland préparée à la manière du café, et servant de véhicule au sulfate de quinine, *détruit instantanément l'amertume de ce dernier médicament, sans détruire son action thérapeutique.* Le mélange de ces deux substances filtré et desséché, donne pour résidu une poudre amorphe, de couleur brune, incomparablement moins amère que le *tannate de quinine du* commerce.

Ce qui lui avait donné l'idée de cette combinaison, c'était l'impossibilité de se procurer, dans les pharmacies du voisinage, du tannate de quinine. Il avait affaire à une malade qui avait des accès de fièvre intermittente larvée coïncidant avec de violentes douleurs gastriques, et qui redoutait extrêmement le sulfate de quinine. La nouvelle combinaison réussit au delà de toute espérance ; non-seulement les accès, mais encore la gastralgie, cèdèrent aux premières doses du médicament.

M. Thoulouse père eut alors l'idée d'expérimenter sur lui-même le café de gland, et il observa que cette préparation diminuait d'une manière notable la sécrétion de l'urine. Il en conseilla l'usage à un de ses malades atteint d'un relâchement voisin de l'incontinence : la sécrétion de l'urine diminua, à ce point que le besoin ne se fit plus sentir qu'une ou deux fois dans les dix heures qui suivirent l'ingestion du café-médicament. Mais cette sécrétion se rétablit telle qu'elle existait auparavant, ces dix heures passées. M. Thoulouse fils a lui-même conseillé, dans des conditions analogues, la même infusion, et son malade paraît s'en être bien trouvé. Il est besoin d'ailleurs de nouvelles observations pour apprécier l'effet de cette préparation, soit contre l'incontinence d'urine résultant d'un relâchement du col de la vessie, soit contre les sécrétions anormales des reins (glucosurie, albuminurie).

On savait, d'après les observations de M. Desvouves, que l'acide tannique jouit de la propriété de masquer l'amertume du quinquina et de ses préparations ; il s'agissait donc de trouver une substance qui, renfermant de l'acide tannique, fût d'une préparation facile, peu coûteuse, et mêlée au sulfate de quinine n'offrît point les inconvénients des autres préparations de quinquina, que les estomacs délicats ne peuvent supporter, et qui inspirent surtout aux enfants une répugnance insurmontable. Le café de gland paraît réunir toutes ces conditions. On en jugera par les expériences suivantes :

1° Du papier de tournesol plongé dans l'infusion de gland torréfié rougit d'une manière évidente, ce qui établit que cette infusion est acide.

2° En mêlant 1 gramme de sulfate de quinine à 150 grammes environ d'infusion concentrée de gland torréfié, et filtrant peu à près le mélange, on a obtenu pour résidu 9 décigrammes d'une substance aromatique, brune, amorphe, bien que parsemée de quelques aiguilles qui elles-mêmes disparaurent bientôt. Une petite quantité de cette poudre, mise en suspension dans de l'eau distillée, a donné lieu à un mélange insipide complétement neutre.

3° Cette poudre, d'abord insoluble, acquiert après quelques jours un peu de solubilité, perd son arôme et a l'amertume particulière du tannate de quinine du commerce. Elle ramène lentement au bleu le papier de tournesol rougi par un acide étendu.

4° Un cristal de sulfate de fer plongé dans de l'eau distillée tenant en suspension un peu de la poudre dont nous parlons, prend, après trois ou quatre minutes, une couleur noire, preuve que cette poudre contient de l'acide tannique.

5° Lorsque cette poudre a recouvré son amertume, et seulement alors, elle se dissout parfaitement dans l'acide citrique.

6° La dissolution de chlorure de barium, mise en contact avec

cette poudre dissoute dans l'acide citrique, produit un léger trouble ; il se forme, après quelques heures, un précipité proportionnellement peu considérable, insoluble dans un excès d'acide nitrique, d'où il suit que l'acide sulfurique a été, sinon en totalité, du moins en grande partie, remplacé par l'acide tannique, et que le mélange en question est un vrai tannate neutre de quinine.

L'infusion du gland torréfié étant un médicament à la portée de tout le monde, et n'ajoutant rien au prix du sulfate de quinine, tout pourrait se réduire, dans le plus grand nombre des cas, au prix de revient du sulfate et du tannate du commerce. Mais M. Thoulouse pense, en outre, que les praticiens ne tarderont pas à donner la préférence à la nouvelle préparation, à cause de son insolubilité au moment de l'administration, lors surtout qu'ils voudront produire un effet beaucoup plus durable que ne peut le faire, soit le sulfate de quinine, trop promptement éliminé de l'économie à cause de sa solubilité, soit le tannate de quinine qui, préparé depuis longtemps, et devenu légèrement alcalin, a presque acquis la solubilité du sulfate ; ou encore lorsqu'ils voudront continuer l'usage d'un médicament à peu près inoffensif, presque agréable au goût, comme dans les fièvres intermittentes rebelles, ou la fièvre quarte.

(*Gaz. méd. de Toulouse et Rev. méd. chir. de Paris.*)

CORRESPONDANCE.

Syphilis larvée.

Nous ne voulions publier la lettre suivante que dans le numéro où paraîtrait notre résumé sur la discussion qui a eu lieu à l'Académie ; mais la crainte de faire trop attendre notre honorable correspondant nous engage à ne pas tarder davantage une publication toute d'actualité.

Monsieur et très-honoré confrère,

Ancien élève de M. Ricord, parent du docteur Lagneau, juste appréciateur des travaux de M. Gibert, et, de plus, grand et constant admirateur de M. Velpeau, je prends un vif intérêt, comme médecin, aux discussions qui ont lieu à l'Académie sur la syphilis. Permettez-moi donc, à tous ces titres, de dire un mot sur ce sujet, et de réclamer de votre impartialité l'insertion de cette lettre.

A propos du dernier tournoi qui s'est donné, à l'improviste, sur cette question, dans la séance du 11 octobre, où chacun de ces illustres académiciens a fait briller tour à tour ses lumières, sa logique et son esprit, je lis dans une réplique de M. Ricord à M. Gibert, ces mots (1) :

M. Ricord. — « Notre savant secrétaire annuel dit qu'il n'a pas vu le « chancre urétral ; mais, pour le voir, il faut le chercher, etc.... C'est le « chancre urétral qui fait la blennorrhagie virulente, et je me charge de « prononcer entre deux blennorrhagies, laquelle sera virulente, et laquelle « ne le sera pas. »

Relativement à l'existence du chancre urétral, qu'il me soit permis de venir, sur ce point, en aide à M. Ricord. Je puis affirmer que non-seulement j'ai vu quelques chancres situés au méat urinaire et dans la fosse naviculaire, mais encore, quatre fois j'ai rencontré des chancres urétraux indurés au milieu de la longueur de la verge. Le dernier et le plus remarquable de tous était situé au point correspondant à l'angle formé par le pénis et le scrotum. Jamais chancre urétral ne fut mieux caractérisé. Induration de forme oblongue de la grosseur d'une amande dans sa coquille ; sensibilité excessive à la moindre pression ; écoulement très-abondant mêlé de stries de sang ; douleur atroce lors de l'émission des urines ; corde dans toute la longueur du canal ; érections avec inflexion par en bas ; aucune amélioration, ni par les bains, ni par les opiacés, ni par les sangsues (50 sangsues en deux fois. Le chancre n'avait pas encore été reconnu) : cessation rapide de la douleur, et diminution lente, mais progressive, de l'induration par les mercuriaux.

J'ai fait voir le malade à M. Lagneau, qui a parfaitement constaté le cas pathologique, que, du reste, il n'a jamais nié, et qu'il a rencontré, il y a plus de quarante ans, dans les armées ; mais, je dois le dire ici, sans que leur découverte ait en rien modifié son opinion sur l'existence de la blennorrhagie catarrhale virulente.

Biett lui-même, dans une leçon mémorable à Saint-Louis, en 1834, à propos des inoculations de M. Ricord, qui, à cette époque, commençaient à faire du bruit dans le monde médical, nous parla du chancre urétral comme d'une affection qui existait réellement, qu'il avait rencontrée quelquefois, mais qu'il fallait ne pas confondre avec la blennorrhagie virulente ; car il les considérait comme deux symptômes différents, mais cependant de même nature. Il nous fit, à cette occasion, je m'en souviendrai toujours, l'énumération des symptômes du chancre urétral, avec une animation qui trahissait une crainte honnête de voir cette doctrine, qu'il jugeait dangereuse, s'installer dans l'école de Paris, et il les peignit avec une vivacité et une couleur de langage qui me frappèrent alors. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à les trouver tous réunis, dix-huit ans plus tard, sur le malade dont je viens de parler.

Ainsi donc, Biett avait vu des chancres de l'urètre. Mais il n'admettait pas ordinairement leur nature indolente ; et, en cela, cet esprit si juste était en opposition non-seulement avec M. Ricord, mais aussi, je le crois, avec la vérité des faits et le raisonnement. Comment, en effet, les chancres de l'urètre auraient-ils seuls le privilége d'être toujours très-douloureux, quand ceux du gland et du prépuce ne le sont pas eux-mêmes constamment? Je crois même qu'il en est quelquefois malheureusement de très-indolents, qui, trompant ainsi la religion des médecins, contribuent à jeter une étrange confusion dans les moyens thérapeutiques.

J'arrive maintenant à cette phrase, qui contient toute la nouvelle doctrine : « C'est le chancre qui fait la blennorrhagie virulente. » Là, je l'avoue, à regret je m'arrête, et ne puis suivre M. Ricord. Je lui en demande pardon, et je me permettrai de lui faire, à ce sujet, cette seule objection :

Étant donné un individu (c'est le cas du malade dont j'ai parlé plus haut) porteur d'un chancre urétral avec une blennorrhagie d'une excessive abondance, contractés tous deux, en même temps, avec la même femme infectée, comment l'écoulement blennorrhagique pourrait-il être de nature différente du chancre urétral qui, comme lui, a été puisé à la même source? Par quelle opération de l'esprit peut-on séparer la nature de ces deux symptômes unis par des liens si intimes, par une si étroite parenté?

Dira-t-on que c'est le chancre qui produit l'abondance de l'écoulement? Cela ne se peut pas. Indépendamment du chancre urétral, il y a une chaudepisse cordée des mieux caractérisée. Et d'ailleurs, en ce moment, l'induration du chancre a presque totalement disparu et le flux catarrhal est encore abondant.

L'inoculation, en supposant que, dans ce cas, on puisse la pratiquer avec certitude ; trancherait-elle la question? Je ne le crois pas. En donnant raison à M. Ricord, elle ne prouverait, pour moi, qu'une seule chose : c'est que la blennorrhagie catarrhale virulente ne s'inocule pas avec la lancette, et qu'il faut, pour cela, d'autres conditions, une seule peut-être, la vie sur la vie, suivant l'expression de Priesnitz, ou bien, concédant à M. Ricord la vérité de cette loi : « Le chancre seul peut reproduire le chancre. » Qu'on m'accorde que la blennorrhagie virulente peut aussi reproduire la blennorrhagie virulente : que ces deux symptômes, sans cesser d'être d'une même nature, se comportant cependant suivant des lois et des mœurs pathologiques différentes ; mais qu'ils peuvent tous deux donner lieu à des symptômes secondaires, à la vérole constitutionnelle.

Je terminerai cette lettre en disant, pour ceux qui s'étonnent de voir la syphilis soulever des discussions si vives, que ce sont des faits semblables à celui que j'ai cité, faits que les praticiens rencontrent de temps en temps sur leur route, et qu'on ne peut supprimer, qui se dresseront toujours contre les idées de M. Ricord, si séduisantes qu'elles soient, et qui serviront de point de départ pour passionner les débats académiques chaque fois que cette question viendra, d'une manière prévue ou accidentellement, se heurter contre des convictions fondées sur l'observation et la logique ; en un mot, contre la conscience médicale elle-même.

Agréez, etc. CORBEL-LAGNEAU.

(1) *Union médicale*, 3e page, 3e colonne, 23e ligne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le conseil général de la Seine-Inférieure a émis le vœu qu'une loi rendît la vaccine obligatoire.

— On lit dans les journaux politiques :

« Le journal médical et chirurgical de Boston dit qu'il existe à Fairhaven un homme, James Webb, âgé de 48 ans, qui, depuis son bas âge, souffre d'une soif perpétuelle. Dans les circonstances ordinaires, trois litres d'eau par jour suffisent à peine à cet homme pour sa consommation, et il ne pourrait pas passer la nuit sans avoir auprès de lui un seau d'eau bien plein. C'est en s'ingurgitant cette grande quantité d'eau froide que M. Webb parvient à se maintenir en bonne santé sans se noyer l'estomac. »

Ce fait n'est qu'une exagération de ceux qu'on a souvent observés.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 129. 1re année. Jeudi 27 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Tumeurs du creux du jarret, formée par une hernie de la synoviale du genou, par M. L. Bauchet. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS : Note sur le boswelia thurifera et sur l'emploi de l'encens contre le charbon et la pustule maligne, par M. Louis-P. Desmartis. — ACADÉMIE IMPERIALE DE MEDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 26 Octobre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Dans le royaume des cieux, dit l'Évangile, les derniers seront les premiers ; l'Académie semble avoir eu l'intention de nous donner hier un avant-goût du séjour des bienheureux.

La séance s'est terminée, en effet, par une double présentation de M. Velpeau, qui a vivement et justement intéressé l'auditoire. Le savant professeur a abordé d'ailleurs un sujet qu'il affectionne : il est venu présenter une de ces tumeurs hypertrophiques de la mamelle sur lesquelles il a, depuis si longtemps, appelé l'attention des praticiens, et qui auront, en effet, une si grande importance, lorsque le diagnostic *clinique* en sera suffisamment connu.

Nous regretterons à ce propos que l'heure avancée de la séance n'ait pas permis à M. Velpeau d'insister précisément sur ce point, le plus important de tous.

La seconde communication était relative à un calcul de l'uretère ayant une situation très-propre à induire en erreur le praticien, d'autant plus propre à le tromper, que Dupuytren lui-même a été, après son malade, la plus grande victime d'une telle cause d'erreur. Il faut ajouter toutefois que les urologues modernes ont donné les moyens d'éviter la méprise dans laquelle est tombé le célèbre Dupuytren, et que le beau livre de M. Civiale en particulier contient à cet égard les préceptes les plus utiles comme les plus complets.

Les communications de M. Velpeau, qui se rattachent,

FEUILLETON.

Note sur la paléontologie humaine,

Lue à l'Académie des sciences,

Par M. SERRES.

La paléontologie humaine ne serait pas seulement une science intéressante au point de vue de la philosophie naturelle ; l'histoire proprement dite aurait d'importants secours à lui demander, si elle pouvait acquérir la certitude nécessaire pour constituer une véritable science. Elle n'en est malheureusement pas encore là. On ne saurait donc trop applaudir aux efforts de M. Serres pour asseoir sur des bases positives la paléontologie humaine. La Note suivante, lue à l'Institut par ce savant académicien, ne renferme pas précisément la preuve que ces efforts aient été couronnés de succès ; mais elle offre assez de particularités intéressantes pour être lue avec plaisir par tous ceux qui ne restent pas complétement étrangers à ce que la science anatomique offre d'élevé et de philosophique.

« De tous les pays de l'Europe, la France est celui dont le sol a été le plus sillonné dans tous les sens, par les races qui lui sont étrangères. Les Grecs, les Romains, les peuples des rives du Danube, les Sarrasins, les Maures, les Scandinaves, les Goths, les Visigoths, etc., ont tour à tour parcouru ses diverses régions et ont déposé, en passant, les restes de ceux que les combats ou les maladies faisaient succomber.

« Il suit de là, d'une part, que la race gauloise est la plus mélangée des races européennes, et, d'autre part, que sa paléontologie offre des difficultés que l'on ne rencontre jamais au même degré dans les nations qui nous avoisinent.

« En prenant la race gauloise pour *critérium* des races humaines, ces mélanges et les variations qu'ils ont fait subir au type gaulois ont introduit dans le problème une somme d'inconnues que nous devons avant tout chercher à dégager le plus possible, en ralliant à nos études celles de l'histoire ancienne de la France.

« Cette alliance est surtout nécessaire dans les contrées où les Romains ont transporté des masses de populations étrangères. Car les Romains avaient bien compris, par les Bulletins de César, que ce guerrier n'avait pas dompté la bravoure gauloise, et ils essayèrent d'y parvenir, en la mélangeant avec d'autres races. Ils frayèrent ainsi la route aux Francs et aux Barbares qu'ils traînaient à leur suite.

« Sous l'empereur Théodose Ier, cent mille habitants des bords du Danube furent disséminés dans les vallées de la petite rivière de l'Oise, aux environs d'Orléans, jusqu'à Poitiers, où ce courant fut arrêté par les Gaulois du Midi.

« Quoique, selon la remarque de l'illustre Pierre Pasquier, la terre de France produise des Gaulois, on peut néanmoins remarquer qu'une partie de la population où ces dépôts ont été faits, porte encore l'empreinte de ces types aborigènes, par la raison que, dans ces migrations contraintes ou volontaires, les hommes étaient toujours accompagnés de leurs femmes.

comme on voit, à des points importants de pratique médico-chirurgicale, ont occupé la partie la plus importante, sinon la plus longue, de la séance.

Nous devons maintenant, suivant la coutume, reprendre l'ordre chronologique, car c'est M. Malgaigne qui a ouvert la séance, et M. Malgaigne ne peut être le dernier nulle part, si ce n'est toutefois à ce même banquet dont parle l'Évangile, auquel il se pourrait bien faire que l'éloquent professeur n'eût que des droits assez médiocres.

Quoi qu'il en soit, M. Malgaigne a proposé infructueusement de maintenir rigoureusement clos le concours pour le prix Nadau, conformément à la décision prise tout récemment par l'Académie elle-même. Cette proposition sensée n'a pu résister à cet argument, savoir : que les travaux pour le concours du prix Itard pouvant être déposés jusqu'à la veille même de la distribution des prix, il devait en être de même des travaux pour le concours Nadau. Outre que l'analogie ne nous paraît pas de la plus extrême intimité entre des travaux qui doivent avoir au moins deux années de publication et des travaux qui peuvent être et qui sont, en effet, pour la plupart, manuscrits, nous ne voyons rien d'impossible, et nous regrettons que M. Malgaigne n'ait pas produit cette éventualité, à ce que le concours dure autant que l'Académie elle-même ; il suffirait, pour cela, qu'on déposât un mémoire pour le prix Nadau chaque veille de distribution de prix ; car nous ne supposons pas que la commission du prix Nadau pousse le zèle jusqu'à se constituer en permanence de jour et de nuit, encore est-il douteux que, dans ce cas même, les cinq membres qui composent cette commission eussent matériellement le temps nécessaire, non pas pour juger, mais même pour lire, en une nuit, un travail qui peut avoir plusieurs centaines de pages. Dans cette conjoncture, il faudrait donc remettre le jugement à une prochaine année, et ainsi de suite, jusqu'à un nouveau déluge. Après tout, peut-être l'Académie ne demande-t-elle pas mieux que de ne pas se prononcer de sitôt sur le prix Nadau; le prix d'Argenteuil, ainsi qu'elle l'a plusieurs fois donné à entendre, lui pèse un peu sur l'estomac, et franchement on aurait des indigestions pour de moindres causes.

Cette savante décision prise, la parole a été donnée à M. Piorry, pour lire un rapport sur quatre observations de M. Bouggues, relatives à divers sujets. Dans ce rapport, le savant académicien a fait preuve d'une judicieuse critique, qu'il a toutefois tempérée par un éloge un peu exagéré, en déclarant que l'auteur avait montré, dans ses observations, de hautes connaissances médico-chirurgicales; le mot *hautes* nous a paru de trop et nous avons cru devoir le retrancher dans le triple intérêt de l'auteur, du rapporteur et de la vérité.

Après M. Piorry, M. Bouchut a lu un mémoire dans lequel il a ajouté quelques observations intéressantes de fistules pulmonaires à celles que la science possède déjà.

M. Pietra-Santa a lu ensuite un travail sur l'influence du régime cellulaire sur la santé des détenus. Il ne nous est pas possible d'apprécier, après une première audition, une lecture où sont au moins effleurées les plus hautes questions de la physiologie, de l'hygiène et de la science sociale.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Tumeurs du creux du jarret, formées par une hernie de la synoviale du genou.

Les tumeurs du creux du jarret, formées par une hernie de la synoviale, ne sont pas des affections si rares que tous les praticiens n'aient pu en voir un certain nombre d'exemples. Leur diagnostic offre parfois quelque difficulté ; mais le plus souvent il suffit de songer à la possibilité de leur existence dans cette région pour les reconnaître sans peine. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et il est des cas où il faut bien prendre garde de ne pas les confondre avec d'autres tumeurs que l'on peut rencontrer aussi en cet endroit, un anévrisme par exemple, et réciproquement. Une telle erreur pourrait amener des conséquences funestes, car d'une diagnostic bien posé découlent un pronostic différent et des indications thérapeutiques diverses. C'est pour appeler l'attention sur ce genre de tumeurs que j'ai cru utile de publier deux observations des plus intéressantes recueillies dans le service de M. Velpeau, ainsi que les réflexions cliniques dont elles ont été l'objet de la part du savant professeur.

Et d'abord, ces tumeurs sont-elles formées réellement par une hernie de la synoviale articulaire, à travers une éraillure des ligaments postérieurs du genou, ainsi qu'on le pense généralement,

---

« Par la même raison, plus sont anciennes les couches des sépultures, plus sont tranchés les caractères cranioscopiques aborigènes des restes humains. Ce fait si important pour la paléontologie gauloise, ressort avec évidence des fouilles nombreuses faites par M. l'abbé Frère, ancien professeur d'éloquence sacrée à la Sorbonne, et chanoine actuel à Notre-Dame de Paris.

» Dans la belle collection, recueillie par ce savant ecclésiastique, sur tous les points de la France, collection dont il a fait don à la galerie anthropologique du Muséum, on suit, pour ainsi dire, pas à pas, la dégradation et la recomposition du type gaulois dans la marche du temps.

« J'ai retrouvé des faits analogues, dans les fouilles que j'ai faites dans le département de l'Yonne avec M. Jean Reynaud et le comte de Saint-Léger, afin de déterminer la fusion du type burgonde avec le type indigène. A Londinières, j'ai rencontré, avec M. l'abbé Cochet, ecclésiologue du département de la Seine-Inférieure, le type franc, le type scandinave, les femmes gauloises et les enfants issus de ces alliances.

« Les crânes que j'ai recueillis dans cet ancien cimetière, joints à ceux beaucoup plus nombreux trouvés aux environs de Dieppe, avec M. Jean Reynaud et Olivier Quenouille, m'ont permis de rallier le type de la Normandie avec ceux du Perche, de la Beauce et de la Picardie.

« A Prescy-sur-Oise, en 1846, les travaux du chemin de fer mirent à nu de vastes sépultures anciennes, parmi lesquelles je rencontrai le type Gallo-Romain, le type teuton, une variété du type mongol se rapprochant du type Kalmouk, que nous avons vu à Paris en 1814, un type goth et peut-être le type slave, caractérisé par une étroitesse remarquable de la portion des maxillaires qui supportent les dents incisives et canines. Tout porte à croire que ces sépultures remontaient à l'époque de la translation des habitants des bords du Danube dans cette contrée.

« Nous devons ajouter, cependant, que cette conjecture n'est pas entièrement justifiée par la physionomie actuelle des habitants, de sorte que si elle est exacte, il faut que les influences du sol ou les croisements aient puissamment agi pour convertir ces types. Afin de déterminer la marche de cette action, il est nécessaire de fouiller des sépultures intermédiaires à cette époque ancienne, pour les comparer à celles de nos jours.

« Une première occasion m'ayant été offerte, ces jours derniers, je l'ai saisie avec empressement. Auprès de la ville de Clermont (Oise) se trouve le village d'Agnès, et dans ce village existe une église ancienne que M. le comte de Plancy, maire de la commune, a fait classer parmi les monuments historiques.

» En dégageant cette église, dont la base était encombrée par l'accumulation des sculptures, on mit à découvert des ossements humains, parmi lesquels la configuration de certains crânes éveilla l'attention de M. de Plancy. Sur son invitation, nous nous sommes rendu dans cette commune; et, dans des fouilles nouvelles, qui furent faites en notre présence, nous retrouvâmes, dans les couches les plus profondes, des types qui rappellent ceux que nous avons rencontrés à Précy-sur-Oise. Ces types sont sous les yeux de l'Académie.

« Dix à douze siècles séparent les sépultures de Précy-sur-Oise de celles du village d'Agnès, qui, en remontant cette rivière, en est distant de 12 à 14 kilomètres. Or, la comparaison des types permet d'apprécier les modifications qui se sont opérées dans le cours de cette période. Il ne reste, du type kalmouk, que des empreintes profondes qui se décèlent par l'avancement des arcades alvéolaires, par la forme quadrilatère de l'ouverture nasale, par l'aplatissement des os propres du

ou bien doivent-elles rentrer dans la catégorie de ces tumeurs du poignet, que l'on désigne sous le nom de ganglions, et sur l'étiologie desquelles M. Gosselin a fait un travail inséré dans le tome 16 des *Mémoires de l'Académie de médecine ?* Avant la publication de ce travail, pour presque tous les auteurs, certains ganglions du poignet, qu'ils fussent ou non réductibles, étaient formés par un diverticulum de la synoviale des articulations voisines, qui d'abord se vidait aisément dans la synoviale mère, mais dont le goulot s'oblitérait peu à peu, et finissait par être tout à fait obstrué. M. Gosselin a repris ce point d'anatomie pathologique ; et en se fondant sur l'anatomie normale, sur la présence de petits culs-de-sac, qu'il désigna sous le nom de follicules synovipares, et que l'on rencontre dans presque toutes les articulations, après avoir disséqué avec soin plusieurs pièces pathologiques, il a émis, sur la formation de la plupart des ganglions, une théorie nouvelle, bien connue aujourd'hui, et qui rapporte ces tumeurs-là à un développement anormal des follicules synovipares. Depuis ce travail, plusieurs pièces présentées à la Société anatomique sont venues confirmer la vérité de cette étiologie. L'une d'elles, qui était des plus démonstratives, a été apportée par M. Heyfelder fils, et décrite avec soin par M. Verneuil.

Quant on songe à l'analogie qui existe entre les ganglions du poignet et les tumeurs que l'on décrit sous le nom de hernies de la synoviale du genou, quand on songe que les premiers ont été pendant si longtemps regardés comme formés par un diverticulum de la synoviale des articulations voisines, on est presque inévitablement conduit à avoir quelque doute relativement à l'origine et à la nature des tumeurs qui nous occupent. Il est bon d'appeler l'attention sur elles, afin que l'on cherche à éclaircir ce point d'anatomie pathologique, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Si, dans certains cas, il n'est pas douteux que ces tumeurs soient formées par la synoviale elle-même, par exemple quand elles disparaissent facilement sous la pression ; quand, en les comprimant, on provoque dans plusieurs points de l'article et surtout autour de la rotule, une secousse caractéristique, produite par le liquide qui passe de la tumeur dans cette articulation et refoule les doigts qui sont appliqués sur elle ; dans d'autres cas, quand la tumeur est petite, peu ou point réductible, assez dure, quand on ne détermine pas, en la faisant rentrer, la secousse dont nous venons de parler, peut-être l'étiologie de cette tumeur serait-elle la même que celle de ganglions du poignets.

Cette hypothèse, que nous n'émettons qu'avec toute réserve, ne nous arrêtera pas plus longtemps, et dans tout ce qui va suivre, nous continuerons à employer les mots reçus de tumeur synoviale, hernie synoviale du genou.

Voici, dépouillées des détails qui n'ont point rapport à l'affection qui nous occupe, les deux observations recueillies dans le service de M. Velpeau :

1re *Observation.* — C'est une femme âgée de 43 ans, qui porte cette tumeur. Cette femme est bien constituée, assez robuste, née de parents ayant toujours joui d'une bonne santé ; bien réglée, bien portante habituellement. A différentes époques, elle a été prise de douleurs rhumatismales, siégeant aux diverses articulations, et spécialement au genou, qui est actuellement le siége de la tumeur. Elle ne nous dit pas clairement si à ces époques les articulations se gonflaient.

Il y a un an environ, elle s'aperçut, par hasard, en ôtant sa jarretière, que son genou gauche était, en arrière, plus gros que l'autre. Mais cette région n'étant le siége d'aucune douleur, elle négligea ce petit accident, ne fit plus attention à son genou et continua à se livrer à ses occupations ordinaires. Sa profession, du reste, n'exigeait pas grande fatigue, elle était assise presque toute la journée.

Cependant plusieurs mois après elle croit que son genou a augmenté de volume, que le creux du jarret est encore plus effacé : elle sent très-bien qu'il existe là une grosseur. La tumeur continuant à s'accroître, elle s'effraie, et entre à l'hôpital le 15 juillet 1852. Elle est couchée au n° 11 de la salle Sainte-Catherine.

A cette époque, le genou gauche, qui est le siége de l'affection, a conservé tous ses mouvements ; ils s'opèrent sans aucune douleur. A sa partie postérieure, dès le milieu de l'espace losangique qui forme le creux du jarret, il existe une tumeur arrondie, fluctuante, bien limitée, indolente, même à une forte pression, sans battements, sans bosselure, sans adhérence avec les téguments, sans changement de couleur à la peau, située assez profondément quand la malade plie le genou, plus saillante dans le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse. Cette tumeur diminue et disparaît même tout à fait à la pression, surtout quand on a préalablement fait fléchir la jambe. Dans l'extension, au contraire, elle résiste davantage et disparaît plus difficilement, même sous une forte pression.

A la partie supérieure et antérieure de l'article, de chaque côté de la rotule, mais surtout en dedans, il existe une autre saillie également fluctuante. Cette saillie est plus tendue quand on a vidé la tumeur du creux du jarret. Le doigt, appliqué sur elle, éprouve même un mouvement d'impulsion. Et réciproquement, quand on presse la partie antérieure du genou, la tumeur devient plus tendue, plus dure.

La rotule est soulevée, et quand, après avoir, avec les deux mains convenablement disposées, entouré l'articulation, ramassé le liquide qu'elle contient, on presse sur la rotule, on sent qu'elle traverse une couche liquide avant d'aller rencontrer un plan résistant, avant d'aller heurter les condyles fémoraux. En même temps, les doigts placés autour d'elle éprouvent une impulsion, un choc. Ils sont foulés en dehors.

Voilà pour la tumeur. En même temps, cette femme présente des symptômes de syphilis constitutionnelle ancienne ; plaques caractéristiques à l'anus, taches cuivrées sur plusieurs points du corps. Elle a eu des maux de gorge tenaces ; les cheveux sont tombés, etc., etc.

---

nez, par l'abaissement du pédicule nasal du coronal, par l'élargissement de l'unguis et la largeur de l'ouverture du canal nasal.

« Quant au type dont la région maxillaire est comprimée, et que nous avons vu être si fréquent dans la fouille de Précy-sur-Oise, nous l'avons également retrouvé dans celle du village d'Agnès, mais avec un changement remarquable dans l'obliquité des alvéoles et des dents.

« En zoologie, c'est particulièrement de la couronne des dents que l'on se sert pour la caractérisation des espèces, chez les mammifères. Les racines offrent peu d'intérêt, à cause de l'allongement des maxillaires et de leur peu d'influence sur la charpente de la face des animaux.

« En anthropologie, au contraire, la brièveté des maxillaires donne aux racines dentaires une importance au moins égale à celle de la couronne. Car des dimensions des incisives, résultent les dimensions du vestibule du nez ; de celles des canines, résultent les dimensions de la bouche, et leur longueur ou leur brièveté détermine la minceur ou la grosseur des lèvres, ainsi que l'étendue de la partie antérieure des arcades alvéolaires.

« Or, on sait toute l'influence que les dimensions de la bouche, des lèvres, du nez, et l'avancement ou le reculement des arcades alvéolaires exercent sur la physionomie des races humaines, sur leurs variétés et les racines de leur langage.

« Par la même raison, c'est-à-dire par suite de l'allongement des maxillaires chez les animaux, les cavités dont est creusée la charpente osseuse de la face n'ont offert aucun intérêt à la zoologie.

« En anthropologie, au contraire, ces cavités, par la contraction des os, deviennent une espèce de moule sur lequel se façonnent les joues, les orbites et la racine du nez. Leur variation dans les races, est subordonnée à celle de ces cavités, qui sont des réservoirs aériens pour la respiration de l'homme.

« Enfin, par la même raison encore, la base du crâne des animaux a peu fixé l'attention des zoologistes ; Daubenton est le seul qui en ait saisi l'importance.

« En anthropologie, au contraire, la considération de cette surface offre le plus grand intérêt, et présente des caractères dont la fixité est indépendante de l'influence des agents extérieurs, dont l'action est si puissante chez l'homme.

« Indépendamment de la position relative du trou occipital, dont le collaborateur de Buffon a déduit des rapports si ingénieux et si positifs, on y trouve le canal carotidien, dont la lumière détermine le volume du calibre de la carotide interne, qui donne la mesure approximative de l'ampliation des lobes cérébraux : on y trouve les trous ronds et ovales, livrant passage aux branches principales du nerf trifacial, dont les dimensions dans les races humaines sont en raison directe du développement de la face, et en raison inverse du développement de l'encéphale. On y trouve enfin l'apophyse ptérygoïde, dont les rapports avec la base du sphénoïde donnent naissance à l'angle *méta-facial*, dont nous avons démontré toute l'importance chez l'homme, dans les lois de l'ostéogénie.

« Plus, en effet, cet angle est ouvert, plus le sommet de l'apophyse ptérygoïde projette en avant le maxillaire supérieur. D'où il suit que les degrés de prognatisme de la face humaine sont exactement mesurés par les degrés d'ouverture de cet angle, en même temps que le mouvement de bascule de la base du sphénoïde fait saillir en avant ou en arrière les lobes antérieur et postérieur du cerveau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Traitement anti-syphilitique. — Plusieurs vésicatoires volants sur le genou, un vésicatoire sur la tumeur, frictions avec la pommade d'iodure de plomb, bandage un peu compressif, repos au lit.

La malade sort six semaines après. La tumeur n'a pas complétement disparu, mais elle a diminué de volume. Il n'y a pas de douleur dans le genou, ni à la pression, ni à la marche. La gêne est moindre qu'à l'entrée de la malade. On lui recommande bien : d'éviter les grandes fatigues, les courses, les marches un peu longues, de porter autour du genou un bandage compressif, soit une genouillère élastique, et d'avoir soin de placer préalablement un petit tampon dans le creux du jarret, sur la tumeur.

L'on n'a pas revu la malade.

2e *Observation.*— C'est encore une femme qui a dans le creux du jarret une tumeur qui l'amène dans nos salles. Elle entre le 4 janvier 1853. Elle est couchée salle Sainte-Catherine, n° 7. Elle est âgée de 54 ans, domestique, demeurant rue de la Pépinière, 73. Elle a nom Annette Héros. C'est une femme grosse, robuste, jouissant habituellement d'une bonne santé.

Il y a un an qu'elle s'est aperçue, par hasard, qu'elle portait, dans le creux du jarret droit, une petite grosseur qui ne la faisait point souffrir, même quand elle la pressait, et qui ne la gêna pas tout d'abord.

Mais peu à peu cette tumeur grossit; en augmentant de volume, elle commença à gêner les mouvements de l'articulation. La malade remarquait que la tumeur grossissait quand elle était restée longtemps debout, quand elle avait beaucoup marché, quand elle était fatiguée. Dans ces conditions, elle éprouvait quelques picotements, et pliait plus difficilement la jambe. Le repos faisait vite disparaître cette petite douleur, cette gêne des mouvements.

Cependant la malade n'est pas rassurée et elle entre à l'hôpital.

La tumeur est placée dans le creux du jarret droit, un peu en bas et en dedans. Elle est de la grosseur d'une noix, assez dure, surtout quand le membre est dans l'extension, indolente, bien circonscrite, fluctuante; mais pour trouver la fluctuation bien évidente, il faut fléchir un peu la jambe sur la cuisse. Pas de changement de couleur à la peau; pas d'adhérence entre la tumeur et les téguments. Pas de battements. Quand on comprime la tumeur, elle semble diminuer de volume, mais on ne la réduit pas complétement comme dans le cas précédent.

Repos. Frictions avec la pommade d'iodure de plomb. Compression modérée. La tumeur reste dans le même état.

16 *février.* Ponction avec un petit trois-quarts. Il sort par la canule un liquide citrin, filant; environ 150 grammes. Avant de pratiquer la ponction, la jambe est fortement étendue sur la cuisse, la tumeur est comprimée contre les condyles fémoraux. Bandage légèrement compressif. Quelques jours après, les frictions sont reprises.

Cependant la tumeur s'est d'abord remplie, elle a même augmenté de volume, pour diminuer un peu ensuite. Au moment où la malade sort de l'hôpital, elle est un peu moins grosse qu'avant la ponction.

Cette femme n'éprouve pas de douleurs; elle reste levée, marche, se tient sur sa jambe droite, sans éprouver de gêne. Elle demande à sortir le 15 avril 1853.

On lui fait les mêmes recommandations qu'à la précédente, et on l'engage, si la tumeur augmente, si elle devient le siége de douleurs, la cause d'une gêne plus grande, à revenir à l'hôpital. On ne l'a pas revue.

De ces deux observations, j'en rapprocherai une troisième que j'ai recueillie en 1851 (octobre) dans le service de M. Nélaton. Je l'ai communiquée à M. Longy. Elle a été publiée par lui dans sa thèse pour le doctorat en chirurgie (*Essai sur le diagnostic des tumeurs de la région poplitée,* 14 février 1852, p. 47).

3e *Observation.* — Le malade était un jeune homme de 25 ans; la tumeur occupait le losange poplité, assez volumineuse, assez globuleuse, grosse comme un petit œuf, dure (la dureté augmente dans l'extension du membre); elle était rendue molle par un mouvement inverse; elle disparaissait un peu par la flexion et presque complétement par la pression.

Dans la grande cavité synoviale, un épanchement.

L'affection datait de sept mois et avait débuté par le genou. Pas de changement de couleur à la peau. Pas de douleur. Gêne à la marche, dans la station verticale, dans les mouvements du genou.

De tout ce qui précède, on peut déduire les conclusions suivantes :

Il existe quelquefois dans le creux du jarret des tumeurs liquides, fluctuantes, que l'on peut, dans l'état actuel de la science, désigner sous le nom de hernie de la synoviale, ou tumeurs synoviales.

Ces tumeurs sont fluctuantes, régulièrement arrondies ou présentant quelques bosselures. Sans changement de couleur à la peau. Sans adhérence aux téguments. Plus ou moins dures.

Elles sont plus dures, plus saillantes dans l'extension, plus molles, plus cachées, plus profondément situées dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

Elles sont, en général, réductibles en entier; quelquefois une partie seulement du liquide qu'elles renferment disparaît à la pression. Rarement elles sont sans communication avec la cavité synoviale articulaire, et encore cette communication a-t-elle existé à une certaine période.

Leur évolution a suivi le développement d'une hydarthrose, qui persiste, excepté dans quelques-uns des cas où la tumeur synoviale s'est, pour ainsi dire, séparée de la cavité mère, par l'oblitération du goulot de communication de ces deux cavités.

Quand on les vide par la pression, le volume du genou augmente, et réciproquement, quand on presse sur le genou, on les rend plus tendues.

Je pense que l'oblitération de l'orifice de communication de la cavité synoviale et de la tumeur, qui nous occupe, est d'un bon augure pour la cure radicale; que, dans ces cas, on peut les traiter comme des kystes simples, par la ponction, et surtout par les injections irritantes (la teinture d'iode, par exemple, à laquelle M. Velpeau donne la préférence).

Les tumeurs synoviales du creux du jarret, quand elles sont en libre communication avec la synoviale du genou, se reconnaissent aisément. Il suffit de savoir qu'elles peuvent exister, de songer à leurs caractères, pour les reconnaître de suite. Dans les cas opposés, quand la tumeur ne peut plus se vider par la pression, il faut interroger le malade, avoir recours aux antécédents, et dans quelques circonstances où il pourrait exister quelques doutes, faire le diagnostic à l'aide de caractères négatifs, et même avoir recours au besoin à une ponction à l'aide du trois-quarts, dit explorateur.

Dans certains cas, la tumeur peut repousser en arrière l'artère poplitée, et alors offrir au doigt de l'observateur des battements qui pourraient en imposer et faire croire à l'existence d'un anévrisme. L'anévrisme peut aussi se vider quelquefois totalement, d'autres fois incomplétement par la pression. Mais, dans le second cas, il existe des caillots; mais on fera bien attention à l'endroit précis où l'on perçoit les battements; mais quand la tumeur se vide en la comprimant, et qu'il s'agit d'une hernie de la synoviale, c'est dans la synoviale du genou qu'est versé son contenu, et l'on sent bien le liquide qui est chassé de la tumeur et qui vient soulever la rotule. Avec un peu d'attention, il sera toujours facile d'éviter cette cause d'erreur.

La tumeur formée par la hernie de la synoviale, dans le creux poplité, peut, dans certains cas, acquérir un volume considérable. Le plus souvent, elle s'accroît lentement.

Elle ne constitue pas une maladie dangereuse. Quand elle a encore un petit volume, elle provoque peu de gêne dans les mouvements; peu ou point de douleur. Plus grosse, elle peut gêner beaucoup les mouvements du membre, et amener, par suite du tiraillement et de l'alongement des filets nerveux, des douleurs plus ou moins vives.

Ces affections sont en général assez rebelles.

Traiter l'hydarthrose à l'aide des vésicatoires larges et plusieurs fois répétés, appliqués même sur la tumeur; à l'aide de frictions résolutives; à l'aide d'un bandage compressif, etc.

Si la tumeur ne disparaissait pas, si même, loin de diminuer de volume, elle allait s'accroissant, si la gêne des mouvements était grande, si les douleurs étaient vives, on pourrait avoir recours à une ponction simple, aidée des vésicatoires et de la compression, ou à une ponction ou à une injection iodée dans la tumeur. Il y a longtemps que M. Velpeau a prouvé l'efficacité de ces injections dans les hydarthroses et l'innocuité de cette opération. Pourquoi ne pas y avoir recours dans des cas semblables? J'ai déjà dit plus haut que je regardais comme favorable à la guérison le travail qui a amené l'oblitération de l'orifice de communication entre la synoviale articulaire et la portion

de synoviale herniée. Peut-être pourrait-on chercher à obtenir ce résultat soit en tenant le membre dans l'extension, avant de tenter aucune médication, soit en pratiquant l'injection, pendant que le membre est dans cette position, en l'y maintenant soigneusement et en ayant recours à la compression.

En tout cas, si les divers moyens que l'on a mis en usage ont échoué, si la hernie de la synoviale dans le creux poplité persiste, si la tumeur augmente de volume, si elle devient gênante, douloureuse, il faut conseiller au malade de tenir une pelote dans le creux du jarret, soigneusement appliquée sur la tumeur, de la maintenir soit à l'aide d'un bandage compressif, soit, mieux encore, à l'aide d'une genouillère élastique. M. Velpeau a souvent fait cette recommandation aux malades qui portaient de ces sortes de tumeurs, et les personnes qui en ont fait usage en ont retiré de bons effets.

Dans un cas semblable, disait M. Nélaton dans une de ses leçons cliniques (novembre 1851), voici ce que j'ai fait : le malade avait remarqué qu'il pouvait faire rentrer sa tumeur et alors marcher sans inconvénient. Je lui ai donné le conseil de porter un petit appareil compresseur autour du genou; j'ai perdu de vue le malade; mais ce que je puis dire, c'est que, pendant les cinq ou six semaines que je l'ai vu, il se trouvait bien de ce conseil.

L. Bauchet.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Note sur le boswelia thurifera et sur l'emploi de l'encens contre le charbon et la pustule maligne,

Par M. Louis-P. Desmartis père, *médecin, membre de Société Linnéenne de Bordeaux.*

Parmi les *Burséracées,* famille de plantes qui résultent, comme on sait, du grand groupe des thérébentacées, se trouve un genre qui, établi par Roxburgh, a été dédié au naturaliste Boswell. Ce genre comprend un petit nombre d'arbres exotiques, tous originaires de l'Inde. Leur port est assez celui des *Elaphrium,* et ils laissent exsuder de leur tronc une gomme-résine dont on favrise l'écoulement par des incisions, tout comme pour la récolte du galipot dans nos pays. Plusieurs boswelia sont cultivés dans nos serres-chaudes. Les boswelia donnent une substance connue dans le commerce sous les noms d'oliban, d'encens mâle ou d'encens indien. Ce produit, comme plusieurs autres gommes-résines, uni à des arômes, a été presque de tout temps brûlé sur les autels : c'était autrefois un moyen hygiénique employé pour chasser les insectes qu'attirait l'odeur des holocaustes; c'est aujourd'hui généralement dans les grandes cérémonies religieuses qu'on brûle ces aromates. Suivant l'illustre Virey, les vapeurs de l'encens, par leur action sur le système nerveux, produisent des émotions particulières, augmentent la sensibilité et rendent les prières plus ferventes.

Plusieurs anciennes pharmacopées vantent l'encens comme un astringent puissant; aussi le recommandent-elles dans l'hémoptysie, et elles le considèrent comme hémostatique en général. C'est un stimulant comme toutes les gommes-résines, un stimulant qui ne doit être prescrit qu'avec circonspection dans les affections phlegmasiques actives. On s'en sert peu aujourd'hui à l'intérieur, et on préfère l'eau de pin gommée, l'eau de goudron, etc.

On a continué cependant à mettre l'oliban dans des préparations pharmaceutiques où déjà il entrait, et dans plusieurs topiques agglutinatifs (1).

(1) L'encens entre dans la composition du baume Fioraventi, du baume du Commandeur, de la thériaque, des pilules de cynoglosse, etc. Il entre aussi dans l'emplâtre de Vigo *cum mercurio,* dans l'onguent des Apôtres, de pompholix, *martiatum,* de bétoine, etc.

Déjà, depuis bien longtemps, on avait reconnu qu'il avait la propriété de déterger les plaies de mauvaise nature, et tout récemment M. Romei, médecin italien, est parvenu à reconnaître le moyen qu'exploitait un paysan de Saint-Fiora pour la guérison des affections charbonneuses : ce n'était autre chose que l'encens de l'Inde de première qualité. La substance une fois découverte, le *modus faciendi* de l'emplâtre était facile, car il s'agissait tout simplement de délayer cette substance avec de la salive, de manière à en former une pâte que l'on étendait sur un morceau de linge de dimension convenable. Cet emplâtre devait être renouvelé jusqu'à ce que le travail d'élimination fût complet; après quoi, on traitait la surface ulcérée suivant l'occurrence, soit par les émollients, soit par les détersifs.

M. Romei et plus récemment encore M. Caifassi, ont toujours obtenu le plus grand avantage de ce moyen, soit dans le vrai charbon, soit dans la pustule maligne.

Le domaine des affections dites incurables devient de plus en plus restreint. C'est un nouvel anneau enlevé à la chaîne de douleurs qui enserre l'espèce humaine : il y a peu de temps nous avons été à même de vérifier la valeur de cette médication.

Le 31 mai dernier, on apporta dans notre cabinet l'enfant du sieur Élie Lesgourgues, demeurant rue du Mû, et âgé de quatorze jours seulement. Lesgourgues est un honnête ouvrier cordonnier qui habite une maison peu *saine* et une chambre très-peu aérée, où le cuir donne continuellement une odeur très-fatigante pour ceux qui n'y sont pas habitués, et assurément peu salutaire à ceux qui semblent la tolérer par suite de l'habitude.

Lesgourgues nous dit que depuis quatre ou cinq jours une sorte de bouton s'était montré sur la partie supérieure et un peu interne du pied droit de son enfant, et nous vîmes, en effet, une espèce de tumeur au centre de laquelle se trouvait une vésicule de la grosseur d'une graine de chenevis. Elle était entourée d'une escarre noire, dont le pourtour était enflammé et présentait, dans une assez grande étendue sur la face supérieure du pied, une vaste auréole d'un rouge ponceau, légèrement foncé en violet : il était assez difficile de diagnostiquer autre chose qu'un charbon.

Était-ce par suite de la viciation de l'air de l'endroit où habitait cet enfant? L'infection s'était-elle produite sur ce pauvre petit être parce que son économie plus frêle avait offert moins de résistance vitale au *virus,* puisque les personnes qui l'entouraient n'étaient nullement malades? Du cuir provenant d'un animal charbonneux avait-il touché cet enfant?

Nous ne saurions dire par quelle cause a dû être produite l'infection; mais, quoi qu'il en soit de l'étiologie, nous nous rappelâmes avoir lu, dans l'un des derniers numéros de la *Revue thérapeutique du Midi* (numéro du 28 février 1853), un extrait du travail de M. Caifassi sur la pâte d'encens en topique contre les affections charbonneuses.

Nous usâmes du procédé indiqué. Le surlendemain, l'emplâtre fut enlevé entraînant l'escarre qui envahissait tout le derme, entraînant même une portion de l'un des muscles sous-jacents. Le topique fut renouvelé, et un mois après la guérison fut complète, sans qu'il se soit reproduit rien de fâcheux.

M. Enlenberg, dit le *Deutsche Klinick,* avait guéri un cas de pustule maligne au moyen d'un autre produit résineux, la créosote, qui est, comme on le sait, le résultat de la distillation du goudron. En cette circonstance, la créosote (1) a été administrée à petite dose en même temps qu'elle était appliquée sur la partie malade.

La créosote est, il est vrai, un anti-putride, mais il n'y a qu'un seul fait pour l'affection charbonneuse, un seul fait militant en faveur de ce médicament : nous croyons que l'oliban,

(1) Voici la formule de M. Enlenberg :

℞ Créosote.	1	gram.	60 cent.
Essence de thérébentine. . .	1	—	60 —
Alcool camphré.	120	—	» —

qui compte un grand nombre de succès, doit obtenir la préférence.

Rappelons, en passant, que tout récemment M. Pomayrol, médecin des environs de Perpignan, a assuré que les simples feuilles de *noyer* ou l'écorce fraîche de cet arbre appliquée, après avoir percé la *phlyctène,* sur les parties atteintes du *charbon* ou de *pustule maligne,* est un moyen aussi efficace que le *sulfate de quinine* contre les fièvres intermittentes (1). Nous sommes heureux de voir ce nouveau médicament venir augmenter les chances de guérison contre cette terrible maladie.

Jadis aussi on employait en fumigations contre la phthisie, certaines substances analogues à l'*encens.* Ce moyen thérapeutique, préconisé surtout par le docteur Chrictston, paraît avoir été employé avec succès en Angleterre, en Italie et en Russie.

La phthisie ne peut être guérie qu'après l'annihilation des causes qui l'ont produite, et ces causes varient souvent suivant les individus. Assurément il est des phthisies rebelles aux médicaments généralement employés, et qui, cependant, guérissent par le changement de climat, par l'habitation sur les bords de la mer, etc. Mais le pauvre, ne pouvant s'éloigner de son habitation, ne peut pas non plus user de ce dernier moyen. Nous sommes persuadé qu'on arriverait à des résultats très-avantageux par le séjour plus ou moins long dans des chambres où s'opérerait un dégagement convenable de vapeurs mélangées avec méthode.

Quoi qu'on en dise, ce sont les médecins distingués qui, en s'attachant par goût à une spécialité, ont fait faire des progrès à la science dans la branche à laquelle ils donnaient la préférence. Cela se conçoit aisément, et il doit même en être ainsi, puisque les empiriques réussissent *quelquefois,* puisque nous voyons un simple guérisseur de plaies parvenir à traiter avec succès par l'encens le charbon et la pustule maligne, dont la guérison n'était souvent obtenue qu'après les plus grands sacrifices. (*Rev. thérap. de méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Octobre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle ;

2° Rapport des médecins de l'hôpital d'Amsterdam sur le choléra qui a régné dans cette ville ;

3° Demande d'analyse d'une source minérale sise à Saint-Vallier (Vosges) ;

4° Procédé d'enrôlement à l'aide de la gélatine pour administrer le sulfate de quinine, par M. le docteur Rauzières, de Montcucq (Lot).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Discussion sur le perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

M. Malgaigne écrit qu'il a l'intention de lire, dans la prochaine séance, une Note où il se propose de démontrer que la méthode de Pravaz doit être absolument rejetée.

Ophthalmies.

M. Szokalski fait connaître à l'Académie une méthode de traitement appliquée avec succès à l'hôpital de Varsovie, contre toutes les ophthalmies *externes,* à quelque degré et de quelque nature qu'elles soient (blépharites, conjonctivites, kératites superficielles) ; cette méthode consiste à appliquer pendant *une heure* sur l'œil ou les yeux malades (les paupières étant fermées), une compresse imbibée d'une solution de *cinq grammes* de nitrate d'argent dans *trente grammes* d'eau. On maintient ces compresses avec de la ouate et un bandage.

(1) M. le docteur Bruguier a tout récemment publié dans la *Revue thérapeutique du Midi,* t. 4, p. 338, un cas de guérison de pustule maligne par le même moyen.

Section du tendon d'Achille.

M. Catténat, ancien interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, adresse une observation de division du tendon d'Achille, produite par une bêche et terminée par une guérison complète.

Choléra.

M. Desparquets adresse un mémoire sur les prodrômes du choléra, d'après quarante observations recueillies pendant l'épidémie de 1849.

Névralgies du col de la vessie.

M. Aug. Mercier adresse la réclamation suivante :

Dès 1841, j'ai écrit que les valvules vésico-urétrales rendent compte de la plupart des affections connues sous le nom de *névralgies du col de la vessie* (*Examinateur méd.,* p. 147).

En 1844, dans mes *Recherches sur les valvules* (p. 36 à 44), j'ai cherché à démontrer que ces névralgies sont des valvules commençantes avec grande irritabilité de l'urètre, et j'ai rapporté tout au long les mêmes faits, que M. Leroy (d'Étiolles) a cités dans la lettre qu'il vous a dernièrement adressée, d'hommes et d'enfants qu'on avait crus atteints de la pierre, qu'on avait taillés sans rien trouver dans la vessie, et qui, néanmoins, avaient été ainsi débarrassés de leurs souffrances.

De ces idées et de ces faits découlait évidemment l'indication de diviser le col de la vessie dans ces sortes de cas ; mais je n'en suis pas resté là.

Je rapporte (p. 239) l'observation d'un malade qui éprouvait des douleurs très-variables, tantôt fort vives, tantôt légères au col de la vessie, avec un peu de gêne à l'émission des urines, lesquelles, néanmoins, sortaient *à peu près complétement.* Je divisai alors le col de la vessie, « pensant, ce sont mes expressions, que peut-être, en donnant plus de liberté aux urines, la *douleur* éprouverait une modification salutaire. » Le succès, sous ce rapport, ne répondit pas tout à fait à mon attente ; mais l'indication est là bien clairement établie.

Maintenant que j'ai donné à ma réclamation une base incontestable, qu'il me soit permis de dire que j'ai opéré, dans ces dernières années, plusieurs malades qui se trouvaient dans des conditions analogues ; que j'ai plusieurs fois entretenu de mes idées à cet égard M. le rapporteur de la commission d'Argenteuil, qui m'a dit les avoir une fois mises à exécution au grand avantage du malade ; qu'il me soit permis d'invoquer le témoignage de mes confrères Debout et Livois, qui m'avaient, il y a environ un mois, adressé un médecin anglais traité en vain depuis longtemps pour une *névralgie du col de la vessie.* Ils savent que, quoiqu'il évacuât complétement son urine, je lui déclarai positivement qu'il était impossible de le guérir sans l'opération en question, et que, n'ayant pas pu s'y résoudre, il s'adressa à un autre.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que M. Leroy, qui parle aujourd'hui d'une manière si large de ces névralgies, les niait, il y a quelques années, d'une manière plus absolue que moi (*Journ. des conn. méd.,* avril et mai 1842. — *Lett. et mém.,* p. 104 ; 1844).

M. le docteur Caudmont adresse sur le même sujet la Note suivante :

Conduit par des réflexions analogues à celles de M. Leroy (d'Étiolles), et par d'autres déductions encore, comme le bénéfice qu'on obtient par l'incision de l'orifice dans les névralgies de l'anus et du col de l'utérus, j'ai pratiqué, dès l'année 1847, l'opération que notre honorable confrère a fait connaître, dans la dernière séance de l'Académie, comme moyen d'obtenir la guérison de la névralgie du col de la vessie. Depuis cette époque, j'ai répété deux autres fois la même opération. Le premier malade, envoyé d'un des départements du midi par M. le docteur Bonnefous, souffrait horriblement depuis plusieurs années ; tous les traitements connus avaient échoué : je fis l'incision des lèvres de l'orifice urétro-vésical avec celui des sécateurs de M. Mercier, dont la lame s'élève en formant la diagonale du coude que présente l'extrémité de l'instrument. Dans une première séance, j'intéressai la lèvre postérieure de l'orifice : je n'eus que peu de résultat ; dans une seconde, *j'incisai la lèvre antérieure,* et immédiatement tous les accidents de la névralgie disparurent. La guérison se soutint au même degré pendant six semaines ; mais, au bout de ce laps de temps, j'eus le regret d'apprendre que les douleurs et les difficultés pour uriner revenaient. Je n'ai plus eu de renseignements sur ce malade.

Le second opéré n'obtint que très-peu d'amélioration. Il est vrai que, quelques semaines plus tard, il fut pris d'hallucinations ; et probablement, la maladie du col de la vessie n'était pas sans avoir quelque relation avec l'état du cerveau.

Le troisième malade, atteint de rétrécissements organiques considérables du canal de l'urètre, ressentait en même temps des spasmes très-douloureux du col de la vessie. Après avoir guéri les rétrécissements par le procédé d'urétrotomie de M. Civiale, je fis l'incision de la lèvre postérieure de l'orifice vésical avec l'instrument qui m'avait servi pour le premier genre d'opération. Dès le premier abord, le succès ne fut pas com-

plet ; cependant, l'amélioration alla progressivement en augmentant sans nouvelle opération, et, au bout d'un certain laps de temps, la guérison arriva : elle ne s'est plus démentie depuis cette époque.

Je dois déclarer qu'à la suite de chacune de ces opérations, il y a eu des accès de fièvre pernicieuse. Dans le troisième cas que j'ai cité, l'opéré est tombé en quelques jours dans un état de maigreur et de débilité qui pouvait donner de sérieuses inquiétudes, et que j'ai heureusement fait cesser en envoyant au plus vite le malade à la campagne.

Ces divers faits ne m'avaient pas paru suffisants pour éclairer la religion des chirurgiens sur le mérite de l'incision des lèvres de l'urétro-vésical, comme moyen de guérir la névralgie du col de la vessie ; et c'est pour cela que jusqu'ici j'avais négligé d'en faire part à l'Académie. Néanmoins, depuis l'année 1849, j'ai fait connaître cette opération et l'ai discutée dans les leçons publiques que j'ai faites à l'École pratique. Je joins à cette Note la *Thèse inaugurale* de M. Pomié, qui a été publiée en 1851, écrite en partie sur les notes recueillies à mon cours, et dans laquelle l'auteur étudie un des symptômes ordinaires de la névralgie du col de la vessie ; je veux parler de la contracture du même organe. Quoique dans la précipitation de la rédaction on ait oublié de citer mon nom, l'Académie trouvera, à la page 18, la mention de l'incision du col de la vessie comme moyen de traitement.

Discussion *à propos du prix Nadau.*

L'Académie ayant reçu un nouveau mémoire pour le prix Nadau, depuis qu'elle a prononcé la clôture du concours, le bureau propose de nommer une commission pour étudier la question de savoir s'il convient d'accepter ce mémoire. Après un débat confus, et contrairement à l'avis de M. Malgaigne, qui pense que les formes des concours sont la plus sûre garantie des candidats, l'Académie décide à une grande majorité que ce concours est ouvert de nouveau et restera ouvert jusqu'à la veille de la distribution des prix.

RAPPORTS.

M. Piorry lit le rapport suivant sur quatre observations de M. le docteur Bouggues, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac, relatives à divers sujets :

1° *Fièvre intermittente produite et guérie par une émotion vive.* — Dans la première observation, il s'agit d'une demoiselle qui, voyant un homme tomber d'une fenêtre, en fut profondément émue, éprouva un tremblement nerveux qui dura plusieurs jours, cessa et reparut, lors de l'éruption des règles, manifestée à quelques jours de là. Les accès de fièvre intermittente qui se renouvelèrent avec le type tierce, cessèrent sous l'influence du sulfate de quinine, et se manifestèrent de nouveau pendant onze mois à chaque retour de l'évacuation périodique. Il en arriva ainsi, malgré l'administration des préparations de quinquina et d'arsenic, et malgré aussi l'application d'un cautère rougi à blanc, etc.

Les accidents ne disparurent complétement qu'à l'occasion de l'impression morale vive que causa à cette jeune fille la brusque arrivée d'un frère qu'elle aimait et qui depuis longtemps était éloigné d'elle.

L'auteur ne dit pas si la malade habitait un pays marécageux, s'il existait ou non des névralgies intercostales à gauche, ou si la rate était hypertrophiée.

2° *Cancer des lèvres.* — La seconde observation se rapporte à une observation de cancer volumineux, développé dans la lèvre supérieure, et qui fut suivie d'un succès complet. Le mal, dix ans après, ne s'était pas reproduit. L'opération avait été faite avec beaucoup de soin et de régularité ; mais ce n'est pas sous ce rapport que l'auteur croit remarquable le fait qu'il vous adresse. C'est la non reproduction du cancer qui lui paraît importante à noter.

Boyer semblait croire que toute affection présumée cancéreuse, et qui opérée ne reparaissait pas, n'était pas un véritable cancer. Cette opinion a longtemps compté de nombreux partisans.

Depuis, on a observé que les tumeurs dites carcinomateuses de la peau et des lèvres sont très-loin de se reproduire constamment. Pour moi, je pourrais citer le fait d'une tumeur squirrheuse ayant pour siége les téguments de l'épaule, et qui, six ans après, ne s'est pas reproduite. Actuellement on cherche à se rendre compte des différences relatives à la récidive des affections présumées cancéreuses. En disant que celles qui reparaissent après l'opération contiennent des cellules carciniques, tandis que les affections qui ne se reproduisent pas sont constituées seulement par des cellules épithéliales.

L'observation de M. Bouggues ne fait pas mention de recherches micrographiques relatives à la structure de la tumeur qu'il a observée, sans doute parce qu'à l'époque où il l'a recueillie, l'attention n'avait pas encore été dirigée vers ce genre d'expérimentation.

3° *Pustule maligne.* — La troisième observation a trait à une pustule maligne qui, sur une fille de 17 ans, avait la face pour siége. Pendant deux jours, le mal fut négligé, fit des progrès très-rapides, perfora en vingt-quatre heures l'épaisseur de la joue, envahit l'os molaire du même côté ; fut promptement suivie d'un état général (probablement une septicémie) dont le symptôme principal consista dans l'apparition de phlyctènes contenant un liquide trouble et séreux. Celles-ci étaient de la grosseur d'un œuf de pigeon, et se dissipèrent promptement en ne laissant aucune autre lésion à leur suite. Toutes les parties nécrosées furent enlevées avec le bistouri. On fit des lotions avec le chlorure de soude ; on toucha les parties malades avec l'huile animale de Dippel, et on eut recours au cautère largement et profondément appliqué.

L'os frappé de mort, fut enlevé avec la scie et le mal fut arrêté dans sa marche.

En deux mois la cicatrice eut lieu. L'eau de Luce, le sirop antiscorbutique, des toniques furent les moyens internes administrés. La guérison fut complète, et d'après l'auteur, on ne pourrait soupçonner, en voyant cette femme, combien étaient graves les accidents qu'elle a éprouvés.

4° *Épilepsie.* — La quatrième et dernière observation se rapporte à des accidents épileptiques, développés dès l'âge de quinze ans chez un officier, et que l'on considéra d'abord comme des *crises hystériques*. Ce militaire, forcé de renoncer au service, en fut profondément affligé. Les attaques devinrent alors plus fréquentes et tout à fait caractérisées. Au moment où il faisait usage d'un remède secret, il fit une chute sur un brasier ; le visage fut profondément brûlé, à ce point, dit M. Bourggues, qu'il rappelait l'aspect d'une tête d'éléphant. Des lotions avec l'éther, l'application d'une couche de coton pour prévenir le contact de l'air ; une saignée ; une vessie remplie de glace, placée sous le crâne, comme s'il se fût agi d'un oreiller, fut disposée dans l'intention de prévenir les accidents cérébraux sur la partie postérieure de la tête ; des sinapismes appliqués sur les extrémités inférieures : tels furent les moyens curatifs employés.

Plus tard on put se contenter de deux pansements. C'est seulement après le quatrième mois que la guérison fut complète, les paupières et le nez étant complétement détruits. Bien entendu que M. Bouggues avait pris le soin de détruire les brides cicatricielles en même temps qu'elles se formaient, et de conserver les ouvertures naturelles. La face était hideuse. M. Blandin put trouver des moyens autoplastiques convenables ; des lunettes et un nez artificiel rendirent la figure moins difforme. Depuis 1840, il n'y a pas eu chez ce malade d'attaque d'épilepsie.

Telles sont les intéressantes observations adressées à l'Académie par M. Bouggues. Cet honorable médecin pense que dans la première et la quatrième observation, ce sont des émotions morales qui ont amené la guérison de la fièvre intermittente (dont il place le siége dans le système nerveux) et de l'épilepsie elle-même. Il suppose que le quinquina agit plutôt par une modification vitale que par un changement intime moléculaire et matériel.

Je ne discuterai pas cette dernière opinion, qui ne me paraît pas le moins du monde admissible. On a singulièrement exagéré l'influence morale dans la production et la guérison des maladies. Certes, il est des faits qui conduisent à admettre qu'elle existe en effet. La plupart des affections dites nerveuses, reconnaissent des causes très-matérielles, et la fièvre intermittente est souvent dans ce cas : personne, en effet, ne pourrait mettre en doute qu'une affection ancienne de la rate entretient des accès fébriles. Depuis Sauvages, tout le monde est d'accord sur ce sujet ; il n'y a que les affections récentes de cet organe et les fièvres à une époque rapprochée de leur invasion, où les opinions sont divergentes, et cela alors que *tous les faits bien étudiés ne devraient en faire avoir qu'une seule.*

Chez la malade de M. Bouggues, il est très-probable qu'il s'agissait d'une affection utérine, ou plutôt angiovique, très-matérielle, ayant donné lieu à une névralgie intercostale à gauche, état maladif qui provoquait à son tour des accès fébriles périodiques.

C'était, en effet, seulement à l'époque menstruelle, que la fièvre récidivait. Or, ces phénomènes fébriles intermittents ne devaient pas ici être liés à une splénopathie, et surtout à une splénomégalie ; mais ils pouvaient être en rapport avec une névrosplénalgie. On conçoit que, dans de tels cas, l'impression morale ait pu agir sur l'appareil génital de la femme (angiove) de façon à avoir donné lieu, la première fois, au mal, et avoir fait plus tard dissiper les accès intermittents : cela ne dit rien pour ou contre les théories proposées relativement à la nature des fièvres d'accès. Il eût été à désirer que M. Bouggues eût pu rechercher, à l'époque où l'observation a été recueillie, s'il existait ou non, à la hauteur de la rate, une névralgie intercostale à gauche. Malheureusement, par suite de ce défaut d'investigation première, il est impossible d'élucider actuellement cette question. Quant à la cessation des accès épileptiques à la suite de l'épouvantable brûlure si convenablement traitée par M. le docteur Bouggues, il paraît bien plus raisonnable d'attribuer ce succès thérapeutique remarquable aux phénomènes organiques qui ont eu lieu vers la face, qu'à l'impression morale. Je crois avoir précédemment démontré que les yeux, et particulièrement la rétine, sont, dans une foule de cas, les points de départ des accidents cérébraux propres à l'épilepsie, que j'ai considérée comme une

oscillation nerveuse progressive (névropallie prosasique). Or, dans le fait dont il s'agit, il y a eu destruction des paupières, lésion très-grave de l'œil, circonstances très-aptes à rendre compte de la cessation des phénomènes épileptiques, qui auraient été utilement modifiés dans leur point de départ. Cela est beaucoup plus probable que l'explication vague de la suspension des phénomènes dont il s'agit par suite d'une impression morale.

Conclusions. — Renvoi au Comité de publication. (Adopté.)

Fistules pulmonaires.

M. Bouchut lit un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Il faut admettre l'existence des fistules pulmonaires cutanées.

2° Les unes sont complétement ouvertes à la surface de la peau en rapport avec le poumon adhérent aux côtes.

3° Quelquefois la fistule ouverte à l'extérieur communique d'abord avec la cavité pleurale remplie d'air et de pus, et consécutivement avec le poumon perforé plus ou moins écarté des parois thoraciques.

4° D'autres fistules pulmonaires extérieures sont incomplètes, ouvertes sous la peau, et forment des tumeurs molles, élastiques, fluctuantes. Ce sont les fistules pulmonaires sous-cutanées.

5° Toutes ces fistules sont le résultat d'abcès déterminés par des corps étrangers venus de l'extérieur, ou d'empyème, de gangrène pulmonaire, d'abcès, d'hydatides et de tubercules du poumon.

6° Les fistules pulmonaires cutanées sont caractérisées par l'ouverture fistuleuse de la peau à travers laquelle de l'air s'échappe sans cesse au moment de l'expiration et de la toux.

7° Les fistules pulmonaires sous-cutanées sont caractérisées par une tumeur molle, élastique et fluctuante, plus ou moins réductible, avec gargouillement sous les doigts et à l'oreille. Cette tumeur, quelquefois dilatée dans l'inspiration, est surtout expansive dans l'expiration et dans les efforts de la toux.

8° Ces fistules sous-cutanées, formant tumeurs, peuvent être facilement confondues avec les abcès intra-thoraciques et la hernie du poumon.

9° Les fistules pulmonaires cutanées peuvent donner lieu à l'emphysème général du tissu cellulaire.

10° Ces fistules forment assez ordinairement une complication fâcheuse des maladies de poitrine, mais quelquefois elles sont le moyen de salut institué par la nature pour amener la guérison des malades.

PRÉSENTATION.

M. Velpeau présente deux pièces d'anatomie pathologique. La première est relative à ce que le savant professeur a appelé :

Tumeur adénoïde de la mamelle.

Voici le résumé succinct de la communication de M. Velpeau :

André (Marie-Madeleine), entrée le 3 octobre 1853 au n° 28 de la salle Sainte-Catherine, hôpital de la Charité, service de M. Velpeau. Elle est âgée de 51 ans, sans profession, mariée.

L'année dernière, 1852, elle est restée dans le service de M. Gerdy depuis le 5 juillet jusqu'au 11. Déjà, a cette époque, elle était maigre, affaiblie.

Apparition de la tumeur à la mamelle gauche, il y a quatre ans.

Au début de la maladie, règles normales ; plus de volume de tension.

Deux ans après, cessation des règles.

L'année dernière, tumeur à la région mammaire, du volume des deux poings, irrégulière à la surface, indolente, sans rétraction du mamelon, mobile.

Plusieurs personnes considèrent la tumeur comme une hypertrophie.

La malade refuse l'opération.

Depuis, accroissement rapide, sentiment de pesanteur.

État actuel. — Tumeur à bosselures de volume et de consistance variables ; collections partielles et bien circonscrites de liquide ; base solide ; peau amincie, violacée, sillonnée de grosses veines ; petites ulcérations en bas et en dehors.

Dimensions. — Grand diamètre vertical, 36 centimètres.

Grand diamètre transversal, 30 centimètres.

Circonférence à la base, 75 à 80 centimètres.

Circonférence à un demi-centimètre au-dessus de la base, 1^{m} — 20 centimètres.

Pédicule s'étendant de la deuxième à la septième côte, de la partie latérale gauche du sternum à l'angle postérieur des côtes.

Saillie de 20 centimètres sur le plan du thorax.

6 *octobre.* L'état général s'aggrave. Quelques phénomènes locaux d'inflammation.

Le 10. Une ulcération plus étendue s'établit en haut en dehors. Issue de liquide séro-purulent.

Le 11, deux ponctions par les ouvertures ; issue d'environ trois litres de liquide. Sorte d'anfractuosité ; détritus.

Le 22, mort.

M. Velpeau a examiné la tumeur au microscope ; il a vu les culs-de-sac glandulaires tapissés par l'épithélium nucléaire ; ces caractères, ainsi que ceux que l'on constate par les autres moyens de diagnostic, prouvent l'existence d'une simple hypertrophie mammaire.

M. Velpeau rappelle que par une circonstance des plus heureuses, une seule malade atteinte d'hypertrophie mammaire ayant succombé entre 36 qu'il a opérées, aucune récidive n'a eu lieu chez celles qui ont survécu. Il est donc probable que la malade qui était affectée de la tumeur actuelle aurait éprouvé le sort commun, si elle s'était résignée à subir l'opération.

Calcul dans l'uretère.

M. Velpeau présente un calcul qu'il a trouvé à l'orifice de l'uretère sur le cadavre d'un homme qui a succombé à la suite d'accidents dans les voies urinaires.

Le savant professeur fait observer qu'un cas de ce genre pourrait donner lieu sur le vivant à une erreur grave de diagnostic, et il explique ainsi l'erreur de Dupuytren qui pratiqua la taille pour un calcul vésical qui n'existait pas. A l'autopsie, on constata l'existence d'un calcul situé dans le lieu qu'occupait celui que M. Velpeau présente aujourd'hui.

A la suite de ces deux communications, MM. Roux et Larrey demandent la parole qui leur est continuée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les personnes qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'hiver, sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu samedi prochain 29 octobre, à midi, à la Faculté de médecine.

— *Concours de l'internat.* — La première épreuve (épreuve écrite) du concours de l'internat a eu lieu aujourd'hui. La question posée aux candidats est ainsi conçue : *L'articulation tibio-tarsienne et la fracture de l'extrémité inférieure du périnée.*

Nouvelles du choléra. — Rien qui mérite d'être mentionné sur la marche de l'épidémie. Elle reste toujours stationnaire en Angleterre, et le nombre des décès attribués à la maladie a été de quarante-cinq dans la dernière semaine. — Les lettres des bords du Danube annoncent la disparition complète de l'épidémie des régions danubiennes. — On nous a informé aujourd'hui qu'on avait observé deux cas de choléra grave au Havre ; mais, néanmoins, les médecins de la localité n'ont pas attribué ces cas à une influence épidémique.

BIBLIOGRAPHIE.

Recueil des travaux de la Société de médecine de Genève, 1re année. — In-8 de 300 pages. — Prix : 4 fr. 50 c.

Ce volume contient : Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, par le docteur F. Rilliet. — Une cure aux bains d'Aix-en-Savoie, par le docteur H.-C. Lombard. — Recherches historiques sur les névralgies de la face, par le docteur J.-J. Championnière. — Parallèle entre le typhus et l'affection typhoïde, par le docteur Marc d'Espine. — De la diathèse purulente, par le docteur E. Dufresne. — Mémoires et observations sur les tumeurs fibro-calcaires de l'utérus, par le docteur Piachaud. — Du traitement mathématique et médico-chirurgical des ankyloses, considérées spécialement dans les membres, par le docteur Roche. — De l'emploi de l'alun dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme, par le docteur Gantier. — De la délivrance, par le docteur L. Appia. — Guérison de l'épilepsie, par le docteur Herpin. — Hernie inguinale étranglée chez une femme, par le docteur Figuière. — Vice de conformation du vagin, par le docteur Th. Hannoir.

Nous reviendrons sur les travaux importants contenus dans ce volume, qui se vend à Genève, chez Jules-G^me^ Fick, et à Paris au bureau du journal.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 130. 1re année. Samedi 29 Octobre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. / 6 mois, 12 fr. / 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de post et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être en[illegible] en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie des sciences du 17 octobre. — Effets différents ressentis par deux ou plusieurs personnes exposées à des vapeurs délétères. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL BEAUJON. M. HUGUIER. Luxation en avant de la troisième phalange du médius et de l'annulaire du côté droit, etc., par MM. Dal Piaz et Perret. — Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, par le Dr F. Rilliet. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON.

Paris, le 28 Octobre 1853.

Séance de l'Académie des sciences du 17 Octobre.

La plupart des communications faites dans la dernière séance de l'Académie des sciences, ayant déjà été envoyées à l'Académie de médecine, et par conséquent déjà appréciées et analysées dans ce journal, nous n'avons pas à nous en occuper. Celle de M. Niepce fait seule exception, et ce serait une exception importante si elle prouvait ce que M. Niepce a annoncé, à savoir : que l'intelligence se serait considérablement développée chez un crétin pendant des accès d'hydrophobie. Malheureusement, les preuves qui se trouvent dans l'observation de M. Niepce sont tellement vagues, qu'il est impossible de leur accorder une entière créance ; il n'est même pas certain que ce soit M. Niepce qui ait vu le malade, et qu'il puisse garantir les faits déjà très-équivoques qu'il rapporte. Son observation pourra donc constituer au plus une présomption en faveur de l'opinion qu'il a émise.

G. D.

Effets différents ressentis par deux ou plusieurs personnes exposées à des vapeurs délétères.

La *Gazette des tribunaux* publiait hier un nouveau fait à l'appui d'une vérité que nous avons souvent proclamée depuis six ans, qui touche aux plus graves intérêts des accusés innocents, et qui malheureusement est loin encore d'être suffisamment connue de ceux de nos confrères qui sont le plus habituellement appelés à apporter à la justice le concours de leurs lumières.

Cette vérité, c'est que deux ou plusieurs personnes étant renfermées dans une atmosphère méphitique, dans une pièce où se dégage de la vapeur de charbon, par exemple, l'une de ces personnes peut survivre lorsque les autres succombent, et réciproquement. On sait que, dans les cas de tentative de double suicide par asphyxie, lorsque cette tentative ne réussit que sur l'un des deux individus, celui qui survit est souvent accusé de supercherie, quand ce n'est pas d'assassinat, et nos lecteurs se rappellent peut-être l'affaire d'un épicier nommé Thierry, qui fut, dans une semblable circonstance, condamné à mort par la Cour d'assises de Paris, dont le verdict eut pour base principale les conclusions très-peu fondées d'un rapport médico-légal que nous dûmes combattre de toutes nos forces. Nos

FEUILLETON.

Note sur la paléontologie humaine,

Lue à l'Académie des sciences,

Par M. SERRES.

(*Suite et fin. Voir le n° 129.*)

« Dans nos recherches sur la paléontologie humaine, et en particulier sur les crânes provenant de la fouille d'Agnès, c'est donc, en premier lieu, sur l'ensemble des dents et dans le contour des arcades alvéolaires ; en second lieu, dans la capacité relative des sinus maxillaires, sphénoïdaux, ethmoïdaux et frontaux ; en troisième lieu, dans les dispositions de la base du crâne, surtout dans les degrés d'ouverture de l'angle *méta-facial*, que sont fondées les déterminations probables des modifications des ossements des couches profondes, comparés à ceux des couches superficielles. Reste à rechercher maintenant la cause de cette modification.

« En supposant que ces ossements proviennent des descendants directs de ceux de Précy-sur-Oise, est-ce à l'action du climat de la France, ou bien à un effet de croisement de race, que l'on doit les attribuer ? La dernière de ces deux assertions nous paraît la plus vraisemblable.

« Quant à l'épaisseur des os de certains crânes, qui avaient frappé M. de Plancy, je l'ai rencontrée à Londinières, sur des Scandinaves et des Francs de l'époque mérovingienne ; dans le département de l'Yonne, sur des Burgondes et des Gaulois ; fréquemment à Paris, dans les fouilles de l'église Saint-Gervais, de la tour Saint-Jacques, dans la nouvelle rue de Rivoli, et au Louvre, sur des crânes recueillis par M. de Neuwerkerke.

« Un fait qui m'a paru assez général, c'est que cette épaisseur des os coïncide avec le développement considérable des fosses occipitales supérieures. Un fait général aussi, c'est que l'ancienneté des os est en rapport avec l'usure de leur lame externe, de sorte que les canalicules osseux sont plus ou moins à nu, selon le temps plus ou moins long qu'ils ont séjourné dans la terre. Cette remarque est applicable aux ossements trouvés dans les cavernes et que l'on considère trop précipitamment comme fossiles.

« Dans la paléontologie humaine, l'erreur nous menace de tant de côtés, que l'on ne saurait apporter trop de réserve dans les inductions que l'on déduit de la considération des débris anciens de l'homme. Les armées romaines se composaient de races si diverses, que, en France, nous devons surtout apporter la plus grande circonspection dans la détermination des types que les fouilles mettent à découvert. Ainsi, dans une fouille faite au pied de l'église Saint-Étienne-du-Mont, nous avons trouvé, avec M. Desnoyers, bibliothécaire du Muséum, un squelette renfermé dans une bière de plâtre, qui appartient évidemment à la race éthiopique. Dans la fouille faite dernièrement à Lillebonne, près l'embouchure de la Seine, M. l'abbé Cochet a trouvé deux enfants de la période romaine, morts tous les deux à l'époque de la seconde dentition. De ces deux enfants, l'un a le coronal arrondi et bombé ; l'autre, au contraire, a cet os allongé et très-aplati. Évidemment ils appartiennent à des races différentes.

« Comme on le voit, ces études sur la paléontologie humaine, dont nous n'offrons ici qu'un premier aperçu très-imparfait, nous font sentir de plus en plus la

raisons ne purent avoir pour effet d'annuler le verdict du jury, mais nous eûmes du moins la vive satisfaction de voir la prérogative royale convertir la peine de mort du condamné en une réclusion perpétuelle, qu'une grâce complète fera sans doute cesser quelque jour.

Depuis cette époque, plusieurs faits sont venus confirmer notre opinion, basée d'ailleurs sur une démonstration toute physique ; néanmoins, nous ne devons manquer aucune occasion de bien graver dans l'esprit de tous nos lecteurs l'importante vérité que nous défendons, et c'est dans ce but que nous enregistrons la narration suivante du nouvel exemple recueilli par la *Gazette des tribunaux* :

La rue d'Angoulême, au faubourg Saint-Honoré, a été aujourd'hui, à dix heures de la matinée, le théâtre d'un épouvantable événement. Depuis trois jours, un jeune Alsacien qui occupait au quatrième étage de la maison, n° 49, un petit appartement, n'avait pas reparu, non plus que sa jeune femme et leur enfant de cinq à six ans. Les voisins, inquiets, ayant insisté près du concierge pour qu'il s'assurât de leur absence ou de leur présence, celui-ci monta à l'appartement, et, après avoir vainement sonné et frappé à la porte, annonça à haute voix qu'il allait requérir le commissaire et faire ouvrir par un serrurier.

En ce moment, on entendit une fenêtre s'ouvrir à l'intérieur, puis aussitôt, du palier, on vit le jeune locataire pâle, défait, tout souillé de sang, se pencher en dehors, se précipiter dans l'espace et aller se briser sur le pavé de la rue.

On jeta alors la porte en dedans, car le pressentiment des assistants fut que quelque drame terrible avait dû s'accomplir dans cette famille.

Dans les deux premières pièces, rien n'était changé ; mais dans la chambre à coucher on trouva deux cadavres : celui de la femme et celui de son enfant, morts asphyxiés depuis deux jours et dont les corps commençaient à entrer en putréfaction.

Un papier placé tout ouvert sur la table, et dont les dernières lignes paraissaient écrites depuis peu, expliquait le mystère de cette triple et tragique mort.

Le jeune homme se nommait Albert Brehmer, était né à Langsaultzbach (Meurthe), âgé de 21 ans, instituteur ; la jeune femme, dont nous tairons le nom, car elle était mariée, avait abandonné Sarrebruck, emmenant avec elle son enfant, pour suivre à Paris son amant. Une fois arrivés, ils avaient vécu d'abord dans une sorte d'aisance ; mais bientôt ils avaient épuisé leurs ressources, puis les leçons sur lesquelles le jeune homme avait cru pouvoir compter venant à manquer, la misère s'était fait sentir ; en même temps, les deux jeunes gens avaient appris que le mari outragé avait découvert leurs traces et qu'il allait les poursuivre. Ils s'étaient alors résolus à mourir, et dans la soirée du samedi, ils s'étaient couchés après avoir allumé entre leur lit et le berceau de l'enfant un large réchaud de charbon.

Le lendemain matin, le jeune homme s'était réveillé à la suite d'une sorte de sommeil léthargique, et, saisi d'effroi, il s'était trouvé couché entre deux cadavres, celui de la jeune femme et celui de l'enfant. Il avait alors voulu se donner la mort par strangulation, mais la cravate avec laquelle il s'était pendu à la flèche du lit avait cédé sous son poids et s'était déchirée. Il avait alors saisi un rasoir, s'était tranché la gorge et n'avait pas tardé à perdre connaissance.

Cependant, il n'avait pas succombé, car l'artère carotide n'avait pas été atteinte. Revenu à lui, après un long évanouissement, il n'avait pas eu la force de se soulever du parquet sur lequel il avait roulé, et ce n'était qu'à la voix du portier, à la menace qu'il faisait entendre, qu'il avait recouvré assez d'énergie pour s'élancer vers la fenêtre, l'ouvrir et accomplir enfin sa résolution de suicide.

Ce tragique événement avait occasionné au faubourg du Roule un rassemblement que l'on a eu quelque peine à dissiper, même après que les trois corps avaient été, par ordre de l'autorité, enlevés et transportés à la Morgue.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — M. Huguier.

Luxation en avant de la troisième phalange du médius et de l'annulaire du côté droit. — Plaie transversale de la partie postérieure de ces articulations. — Saillie en arrière de l'extrémité inférieure des secondes phalanges. — Réduction quarante-huit heures après l'accident. — Suppuration profonde de l'annulaire et des deux articulations lésées.

Les luxations des phalanges des doigts en avant sont, comme on sait, très-rares et présentent toujours une certaine gravité, même à l'état de simplicité, à plus forte raison quand elles sont compliquées de plaie. L'observation qu'on va lire nous paraît sous ce rapport digne d'intérêt.

Le 5 septembre dernier, il vint à la consultation de l'hôpital Beaujon, un nommé Denis B...., ancien ouvrier confiseur, âgé de 60 ans. Il marche en traînant la jambe avec peine, et cette

---

nécessité de posséder des squelettes gaulois contemporains de la période romaine. Ces squelettes se trouvent dans l'intérieur des dolmen ou tout autour d'eux, et correspondent, ainsi qu'on le sait, à la période druidique. J'avais espéré pouvoir en composer avec les ossements humains trouvés en si grand nombre dans le dolmen découvert dans la grande avenue du château de Meudon, en 1845, ossements dont j'ai rendu compte à l'Académie dans sa séance du 15 septembre de la même année ; mais le peu de soin avec lequel ils furent recueillis, en dispersa la plus grande partie, de sorte qu'il nous a été impossible de les réunir pour en composer un squelette entier.

« Ce fut dans l'espoir d'atteindre ce but que nous nous rendîmes dans la commune de Villers-Saint-Sépulcre, canton de Noailles, avec MM. de Plancy, Poncelet, Valette et mon aide, le docteur Jacquart, pour visiter un dolmen désigné dans le pays sous le nom de *Pierre aux Fées*.

« Ce dolmen est situé à l'extrémité d'un petit plateau encore inculte, qui a servi peut-être de sépulture aux anciens Gaulois.

« Il appartient à la classe des monuments celtiques désignés, en archéologie, sous le nom d'*alignements*. Son orientation diffère un peu de celle du dolmen de Meudon ; il occupe, dans la direction du sud-ouest au nord-est, une étendue de 16 mètres sur 2 de largeur. En partant du sud, il y a d'abord un demi-dolmen de 2 mètres carrés, puis une allée creuse, formée de deux rangs de blocs fichés jusqu'à fleur de terre ; vient ensuite la *Pierre aux Fées* proprement dite. Celle-ci est un bloc plat, irrégulier, ayant 2 mètres sur 3 ; il appuie sur trois points seulement, ce qui le rend vacillant. Le quatrième point d'appui a disparu par l'usure du temps. Cette position de la pièce fondamentale du monument a particulièrement fixé notre attention, car elle prouve, ainsi que l'enfouissement des blocs latéraux, qu'il n'a pas été l'objet de fouilles suivies. On peut passer sous la pierre en rampant, ou en marchant sur les genoux.

« Après elle est un *menhir* transverse, percé d'un trou circulaire ayant 50 centimètres de diamètre ; et à 3 mètres de celui-ci se trouve un autre bloc, simplement posé sur le sol, et qui termine l'*alignement*. L'allée se continue jusque-là ; des pierres enfouies exhaussent le sol tout autour, affectant par leur ensemble l'apparence d'un parallélogramme. L'allée était couverte, c'est-à-dire qu'elle supportait des pierres transverses qui, d'après une Notice sur la statistique du canton de Noailles, furent enlevées en 1701. D'après la *Notice archéologique de l'Oise*, les auteurs d'une histoire manuscrite de Beauvais (MM. Danse, Borel et Bucquet) la *Pierre aux Fées* est la sépulture d'officiers bellovaques tués dans une action contre les Romains, lorsque ceux-ci occupaient le camp du mont César, situé en face de celui où se trouve le monument. La découverte d'une voie romaine, faite récemment par M. Ferdinand de Merlemont, dans la vallée du Thérain, qui sépare les deux plateaux, vient à l'appui de l'assertion des historiens de Beauvais.

« Pendant qu'avec MM. de Plancy, Valette et Jacquart, nous examinions le soubassement du dolmen et quelques fragments d'os que nous y avions rencontrés, notre confrère, le général Poncelet, était allé auprès d'un cultivateur qui conduisait, à quelque distance de là, une voiture chargée de grain.

« Ce cultivateur est un ancien militaire qui connaissait le monument druidique que nous examinons. Informé du désir que nous avions d'avoir des squelettes de l'époque de ce dolmen, ce cultivateur nous fit le récit suivant :

« Sur le plateau qui est à côté de celui-ci, se trouvait un dolmen semblable, « dont les pierres me gênaient beaucoup pour labourer. J'obtins du propriétaire « de la ferme que j'exploite d'enlever ces pierres pour débarrasser le terrain. Les

infirmité lui est restée à la suite d'une hémiplégie dont il fut frappé il y a environ dix-huit mois.

L'accident qui l'amène à l'hôpital est une luxation de la phalangette du médius et de celle de l'annulaire en avant. En examinant la main, voici ce que l'on constate : absence de l'indicateur, qui fut amputé dans sa totalité il y a plusieurs années, pour une affection organique ; déformation considérable des articulations des troisièmes phalanges du médius et de l'annulaire avec légère flexion en avant de ces phalanges. A la face dorsale de ces articulations, on voit une plaie transversale qui laisse sortir l'extrémité inférieure des secondes phalanges, lesquelles viennent se placer sur la face dorsale des troisièmes. Quand on examine la face palmaire de ces articulations, on trouve une saillie beaucoup moindre, quoique appréciable. Il n'existe pas de trace du tendon extenseur, il est probable qu'il a été arraché à son insertion phalangettienne, et puis, qu'il s'est rétracté en haut. Les ligaments latéraux sont intacts et offrent une grande résistance quand on veut produire des mouvements latéraux ; enfin, du sang et de la synovie desséchés donnent une couleur noirâtre aux parties lésées, et le malade éprouve une vive douleur au moindre examen.

L'accident est survenu la veille au matin, et voici comment le malade en rend compte : comme il marchait tranquillement tenant à pleine main une grosse canne qui lui servait de soutien, il fit un faux pas, et ne pouvant recevoir de secours de son autre jambe qui, comme nous l'avons déjà dit, est paralysée, il tomba sur la hanche, et c'est au moment de la chute que, faisant un violent effort pour se retenir, sans lâcher toutefois la canne qu'il tenait au contraire plus serrée que jamais, tout le poids de son corps pesa probablement sur les extrémités des dernières phalanges, et c'est alors que se produisirent les désordres que nous venons de mentionner.

En présence d'un tel état de choses, quelle conduite fallait-il tenir ?

M. Huguier était parti quand le malade arriva ; l'interne avait bien songé à faire la réduction, mais considérant que vingt-quatre heures s'étaient déjà écoulées, que les plaies étaient fort douloureuses, persuadé en outre que cette réduction, en général difficile, exigerait l'intervention du chloroforme et ne voulant pas accepter la responsabilité de son emploi, résolut d'attendre à la visite du lendemain, et c'est alors que M. Huguier vit le malade. La main présentait le même aspect que la veille ; seulement les lotions émollientes qui avaient été mises en usage avaient enlevé le sang desséché qui voilait un peu les surfaces articulaires, et on distinguait mieux que jamais la petite poulie qui termine les extrémités inférieures des secondes phalanges, qui, comme nous l'avons déjà dit, reposaient sur la face dorsale des phalangettes. M. Huguier se demanda s'il ne serait pas préférable de réséquer les extrémités osseuses, au lieu de les réduire, car il craignait, et avec grande raison, la nécrose. Cependant il se décida à la réduction, et, saisissant fortement avec la main gauche la partie moyenne du médius, il tira avec force de l'autre main la phalangette en exagérant un peu la flexion qui existait déjà par le fait de la luxation, et, d'un coup sec et inattendu du malade, il fit rentrer les os déplacés et répéta la même opération avec le même succès sur l'autre doigt, sans avoir eu à mettre en usage le chloroforme. On fit un pansement simple et on maintint les os réduits à l'aide de petites attelles de carton assujetties par des bandelettes de diachylon.

7 *septembre*. Il n'est rien survenu de particulier, sauf un peu de douleur de temps à autre, mais dont on pouvait ne pas tenir compte.

Le 8, de graves symptômes se manifestent, tels que fièvre, agitation et vives douleurs. Des traînées rouges partant des articulations blessées sillonnent les doigts, le dos de la main et de l'avant-bras, qui sont rouges et gonflés. Les articulations malades sont le siége de douleurs profondes et d'une tuméfaction considérable.

Prescription. Cataplasme de fécule sur la main et l'avant-bras fortement élevés sur un coussin ; bain de main d'une heure.

Le 10, les symptômes graves mentionnés plus haut ne s'amendent nullement ; au contraire, ils tendent à s'accroître ; le doigt annulaire surtout est le siége d'un gonflement considérable. Même prescription que la veille.

Le 11, un abcès se forme à la face palmaire de l'annulaire et est ouvert avec le bistouri ; cet abcès donne issue à du pus phlegmoneux et bien lié. Les deux articulations lésées sont en pleine suppuration.

Le 14, un second abcès est ouvert à la face palmaire de la racine de l'annulaire, et, à travers l'ouverture du premier abcès, on voit maintenant une portion du tendon fléchisseur à nu.

Le 25, les articulations malades sont presque entièrement détruites et crépitent au moindre mouvement par la destruction de leurs cartilages ; les plaies articulaires sont remplies de bourgeons charnus et de trajets fistuleux. Même traitement.

12 *octobre*. Localisation de tous ces désordres graves dans le doigt annulaire, dont les portions profondes sont désorganisées par la suppuration qui a envahi la gaîne ; celle du médius a été respectée, mais son articulation est peut-être plus altérée que celle de l'annulaire. L'état général du malade est assez bon, il n'y a plus maintenant d'autre ressource que de pratiquer l'amputation de la totalité de l'annulaire et peut-être des deux dernières phalanges du médius.

« pierres enlevées, je rencontrai environ cinquante squelettes placés côte à côte « et au-dessus les uns des autres. J'en fis part au médecin de Villers-Saint-Sépul- « cre, décédé il y a trois ans, qui en enleva plusieurs crânes. Je recouvris ensuite « les autres ossements avec de la terre, comme dans une sépulture ordinaire. Avec « la permission du propriétaire, vous pourrez les retrouver quand vous voudrez, « car il y a au moins une trentaine de squelettes qui sont encore enfiers. »

« Le garde champêtre, vieux militaire de quatre-vingt-deux ans, nous confirma le récit fait par le cultivateur, en même temps qu'il ajouta que jamais, à sa connaissance, le dolmen de Villers-Saint-Sépulcre n'avait été l'objet de fouilles suivies.

« Vingt à trente squelettes de la race gauloise, renfermés dans un monument celtique démoli il y a six ans, se trouvent ainsi dans la commune de Villers-Saint-Sépulcre, à côté d'un dolmen encore debout, environné peut-être par un lieu de sépulture ancien.

« En faisant des fouilles nouvelles avec tout le soin qu'exige ce travail, la science peut donc espérer de trouver, dans cette localité, les squelettes dont elle éprouve un si grand besoin pour l'étude passée et présente de notre race.

« C'est aussi ce que je propose de faire, aussitôt que me le permettront les fonds affectés, au Muséum, à la galerie d'anthropologie.

« L'intérêt qui s'attache aux habitants primitifs de la Gaule ne concerne pas uniquement l'anthropologie. La direction donnée depuis quelques années aux études de l'histoire de France, lui ajoute encore un intérêt nouveau, et, en quelque sorte, tout particulier à notre nation.

« Les vicissitudes sans nombre que la race gauloise a eu à subir ont frappé ous les historiens ; et ce qui, par-dessus tout, a excité leur étonnement, c'est de voir qu'à toutes les époques cette race s'est montrée à la hauteur des événements contre lesquels elle avait à lutter.

« Diverses causes ont été imaginées pour expliquer ce résultat, et jamais, à notre connaissance, on n'a cherché la véritable cause là où elle réside, dans l'organisation physique de la race gauloise même.

« Le peu d'intérêt qu'excitait l'anthropologie jusqu'à ces derniers temps, est en partie cause de ce délaissement ; les monuments celtiques qui se trouvent en France ont été décrits et figurés ; les vases, les instruments qu'ils renfermaient ont puissamment excité l'attention des archéologues et des antiquaires. Tout a été dit à ce sujet, tout a été commenté.

« Quant aux Gaulois primitifs que couvraient ces pierres monumentales, c'est à peine si l'on y a pris garde. Ces restes précieux ont été jetés au vent, ou si, par hasard, un antiquaire a recueilli un crâne, ce n'est pas sur lui que son attention s'est dirigée.

« L'impulsion présente des recherches historiques a fait cesser cette insouciance ; on a compris que l'appréciation des événements dont une nation avait été le théâtre, avait sa source principale dans la connaissance physique et morale des races humaines qui les avaient accomplis. L'appréciation des actes a fait naître le besoin de l'appréciation des hommes, et dès lors l'anthropologie a repris, dans l'ensemble des connaissances humaines, le rang élevé qui lui appartient. »

Cette observation est intéressante, ce nous semble, à plus d'un titre. On sait combien sont rares les luxations des phalanges en avant. Boyer, dans sa vaste pratique, n'en avait jamais rencontré et niait même la possibilité de leur existence; celles du pouce sont encore assez rares pour présenter un grand intérêt; c'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer une luxation en avant de la première phalange du pouce, et la communication en fut faite l'année dernière à la Société de chirurgie par M. Lenoir; mais celles des autres doigts sont tellement rares, qu'elles font paraître celles du pouce plus communes qu'elles ne sont réellement. Mais, dans le cas dont il s'agit, comment expliquer le mécanisme de ces deux luxations? Ici, comme du reste dans les cas qui se trouvent déjà inscrits dans la science, l'étiologie est obscure, et c'est ce qui arrive le plus souvent dans les luxations. Cela se conçoit, car les malades ne peuvent guère donner des renseignements précis; toute leur attention étant absorbée par l'idée instinctive de conservation. Quoi qu'il en soit, nous inclinons à penser qu'au moment de l'accident la face dorsale des phalangettes du médius et de l'annulaire, rencontrant le sol dans une flexion forcée, les téguments de la partie postérieure de l'articulation se déchirèrent, et c'est alors que les extrémités inférieures des secondes phalanges se déplacèrent en arrière et en bas.

Mais, laissons de côté la question étiologique et revenons au traitement. Ici, deux questions graves étaient en présence, fallait-il réduire? fallait-il ne pas réduire et réséquer les extrémités osseuses qui faisaient saillie? Deux accidents étaient à redouter : l'arthrite et la nécrose. L'arthrite n'était guère évitable et il fallait s'y attendre. Mais la nécrose? Ici, il était permis d'élever des doutes. D'après les auteurs dont les noms font autorité dans la science, la nécrose survient toujours quand les os ont été exposés au moins vingt-quatre heures à l'action de l'air, et cependant, des expériences de Tenon et de Wiedmann démontrent que, dans des cas exceptionnels à la vérité, des os ont pu être laissés plus longtemps exposés sans qu'il ne soit survenu de nécrose lorsque des topiques émollients avaient été appliqués, et ici il ne faut pas oublier que du sang et de la synovie desséchés et puis des cataplasmes émollients avaient jusqu'à un certain point protégé, à la manière d'un vernis, les surfaces osseuses. Et d'ailleurs, un cas analogue qui s'était offert l'année dernière dans le service, s'était terminé d'une manière très-heureuse, quoique l'accident datât de vingt-quatre heures et qu'un des os fît saillie à travers la plaie articulaire; de sorte que, à tout bien considérer, la réduction était le meilleur parti à prendre, et c'est celui que prit M. Huguier. De graves accidents ont eu lieu sans doute; mais tout en tenant compte du retard que met le malade à venir réclamer les secours de la chirurgie et la présence de deux luxations simultanées avec plaies articulaires, on peut aussi invoquer, peut-être, cette disposition particulière aux affections du tissu osseux, disposition qui s'était déjà manifestée fatalement pour lui quelques années auparavant.

27 *octobre*. Contrairement à nos prévisions, les deux doigts blessés vont tellement bien, qu'il est à peu près certain que le malade les conservera; de petites attelles de carton ont été placées sur leur côté externe pour empêcher la déviation de la phalangette; les deux articulations sont en voie d'ankylose.

Ainsi, ce résultat confirme pleinement le précepte de réduire, quelle que soit l'étendue de la plaie articulaire et le temps écoulé depuis l'accident. H. Dal Piaz et Perret, *internes du service*.

Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance,

Par le Dr F. Rilliet, *médecin en chef de l'hôpital de Genève* (1).

La Société médicale de Genève peut marcher de pair avec les Sociétés médicales qui se livrent avec le plus d'ardeur à l'étude de la science. Le nouveau cahier du recueil de ses travaux est la plus belle preuve de l'intérêt que doivent offrir les séances de cette Société qui compte dans son sein des hommes d'un mérite éminent.

En publiant avant-hier une table des matières des travaux contenus dans ce nouveau cahier, nous avons promis de revenir sur chacun d'entre eux. Mais il en est quelques-uns dont on ne saurait se faire une idée sans les lire complétement, et qui ont d'ailleurs une importance suffisante pour trouver place ici : tel est celui de M. Rilliet, dont nous commençons aujourd'hui la publication.

§ 1er. *Préliminaires.* — Sous le nom d'*encéphalopathie albuminurique*, nous voulons décrire dans ce mémoire les accidents cérébraux qui surviennent chez les enfants pendant le cours de l'anasarque consécutive à la scarlatine ou à la maladie de *Bright* primitive (1).

Très-grave en apparence, cette encéphalopathie se termine souvent néanmoins par la guérison. Elle diffère par les conditions de santé au milieu desquelles elle surprend les malades, par sa marche et par ses causes anatomiques, des symptômes cérébraux ultimes de la maladie de Bright.

Au lieu de nous servir du mot un peu vague d'*encéphalopathie*, ou d'une longue périphrase, nous aurions pu intituler ce mémoire : *De l'hydrocéphalie scarlatineuse* ou *albuminurique*, mais nous aurions préjugé la nature de la maladie, et nous nous réservons de traiter ultérieurement ce point de doctrine dans un article où nous indiquerons les motifs qui nous font rattacher à des causes anatomiques différentes les diverses espèces de symptômes cérébraux dont nous venons de parler (*voyez* § 4). Nous avons réuni l'albuminurie primitive avec celle qui est secondaire à la scarlatine, parce que, de l'aveu des auteurs les plus compétents, les symptômes, la marche et la terminaison de l'encéphalopathie qui complète ces deux espèces sont les mêmes (2).

Les auteurs anglais qui ont étudié les maladies des reins, Bright, Wilson, Addison, ont spécialement insisté sur la corrélation qui existe entre la néphrite albumineuse et les affections cérébrales chez l'adulte.

D'après le docteur *Bird*, les altérations fonctionnelles ou organiques des reins déterminent beaucoup plus souvent qu'on ne le croit des accidents cérébraux chez les jeunes sujets, mais il est à regretter que ce médecin n'ait point donné une description détaillée de ces accidents eux-mêmes. M. Rayer est le seul auteur qui ait résumé dans les lignes suivantes l'état actuel de nos connaissances sur l'encéphalopathie albuminurique consécutive à la scarlatine :

« Les malades atteints de néphrite albumineuse dans le cours de la scarlatine, dit cet habile médecin, ont quelquefois des douleurs de tête très-vives qui provoquent chez les enfants des cris aigus. Cette céphalalgie peut s'accompagner d'une cécité complète, mais passagère, avec dilatation des pupilles (Wells), ou avec dilatation et resserrement alternatif de l'iris (Wood); les vomissements sont très-opiniâtres. On rapporte des cas de convulsions devenues quelquefois rapidement mortelles. Blackhall a vu un côté du corps paralysé, tandis que l'autre était frappé de convulsions. D'autres fois (et les accidents peuvent terminer la scène dans les autres formes de cette affection), c'est un état comateux ou une stupeur profonde à laquelle il est presque impossible de soustraire le malade, même pour quelques moments. Ces symptômes ont souvent fait soupçonner l'existence d'un épanchement séreux dans les ventricules du cerveau, et, dans quelques cas, l'autopsie a confirmé cette opinion. »

Dans les pages suivantes, nous allons nous efforcer de compléter cette courte description en étudiant successivement le mode de début, la marche, le pronostic, le diagnostic et le traitement de l'encéphalopathie albuminurique.

(1) *Recueil des trav. de la Soc. de méd. de Genève*, 1853.

(1) La maladie qui fait le sujet de cet article n'est pas fréquente : nous n'avons pu en réunir que douze observations, dont dix relatives à la scarlatine, et deux à la maladie de Bright. Ces faits ont été publiés par Odier, Matthey, Coindet, Gœlis, Abercrombie, Hunt, Marshall-Hall, Lecointe, Trousseau, Rilliet et Barthez. Nous avons recueilli à Genève deux nouvelles observations que, vu leur importance, nous reproduirons ici *in extenso*.

(2) M. Rayer, en décrivant les accidents cérébraux qui compliquent la néphrite albumineuse, s'exprime en ces termes : « Ces accidents, à peu près constamment mortels, ont la plus grande ressemblance avec ceux qu'on voit quelquefois survenir dans la néphrite albumineuse très-aiguë à la suite de la scarlatine. »

§ 2. *Mode de début et marche de la maladie.* — Les accidents cérébraux apparaissent d'ordinaire à une époque où l'anasarque existe déjà depuis deux à quatre semaines ; cependant, il peut arriver aussi qu'ils se montrent presque en même temps qu'elle (Marshall-Hall, Coindet) ; quelquefois même ils la précèdent (*voir* 2e *obs.*). Dans ce cas, ils ouvrent la scène, et, quoique le fait soit insolite, il n'a cependant, quand on y réfléchit, rien d'inexplicable. M. Landouzy n'a-t-il pas démontré que les troubles de la vue étaient, dans bien des cas, le symptôme initial de la maladie de Bright? Et n'a-t-on pas vu quelquefois l'hydrothorax ou l'œdème pulmonaire marquer le début de cette affection, et l'anasarque n'apparaître que plus tard?

Quelles que soient les conditions générales au milieu desquelles survient l'encéphalopathie, elle s'annonce de différentes manières.

En général, elle débute par une violente céphalalgie frontale, sus ou intra-orbitaire, accompagnée ou non de vomissements, et quelquefois d'agitation, de loquacité, ou au contraire d'assoupissement (*voir* 1re et 3e *obs.*). D'autres fois, des vomissements répétés, sans céphalalgie et sans autres accidents cérébraux, sont les premiers symptômes (*voir* 2e *obs.*). Dans d'autres cas, enfin, les symptômes comateux se manifestent de prime abord, et les convulsions leur succèdent.

Au bout de peu d'heures, rarement d'un ou de deux jours, survient brusquement une attaque d'amaurose, ou une crise éclamptique. Que l'éclampsie ait marqué le début, ou qu'elle ait succédé à la céphalalgie ou à l'amaurose, c'est elle qui, en général, imprime à la maladie un cachet particulier. C'est, en effet, le symptôme le plus constant et le plus grave (il a été noté dix fois sur douze). Les convulsions sont unilatérales ou générales, et, dans ce dernier cas, plus marquées d'un côté que de l'autre ; ordinairement très-intenses, elles sont accompagnées de congestion de la face, de respiration stertoreuse et d'une grande accélération du pouls. Elles se répètent à plusieurs reprises dans un intervalle qui varie d'une heure à un ou même deux jours. Mais d'ordinaire elles ont cessé dans les deux premières heures. Quelquefois elles sont suivies d'une paralysie momentanée. Dans l'intervalle des crises, lorsque celles-ci doivent se répéter encore, les enfants ne reprennent pas connaissance, ils sont assoupis, comateux ; les pupilles sont très-dilatées, insensibles à la lumière.

Les convulsions proprement dites peuvent être remplacées d'une manière permanente ou temporaire par une formidable ataxie, identique à celle de la méningite phrénétique, et qui implique un grand danger (*voir* 1re et 2e *obs.*). Quand la connaissance a reparu, la maladie est quelquefois terminée; mais il est plus fréquent de constater encore pendant un, deux ou trois jours, rarement plus, des symptômes qui indiquent que le cerveau n'est pas entièrement dégagé. Tels sont le ralentissement et l'irrégularité du pouls, la céphalalgie, rarement la paralysie, plus souvent la somnolence ; ou bien l'excitation et même un peu de délire ; ou bien encore la diminution de la sensibilité, et surtout la dilatation d'une ou des deux pupilles ; ce dernier symptôme est celui qui persiste le plus longtemps (*voir* 3e *obs.*).

Peu à peu ces différents troubles du système nerveux se dissipent, et l'enfant entre en convalescence,

A l'inverse des autres maladies cérébrales de l'enfance, qui entraînent presque toujours à leur suite quelque dérangement dans les fonctions des organes locomoteurs et sensitifs, ou dans l'intelligence, l'encéphalopathie albuminurique laisse aux enfants qui guérissent la plénitude de leurs facultés sensoriales, motrices et intellectuelles.

L'exemple le plus remarquable que nous puissions en citer ici est celui d'un de nos compatriotes, aussi célèbre par la grâce de son esprit que par la profondeur de sa science. Dans sa première jeunesse, il avait été atteint d'une encéphalopathie consécutive à une hydropisie scarlatineuse ; traité par Odier pour une hydrocéphale, il guérit, et bien souvent il cita son propre rétablissement comme un phénomène, car l'hydrocéphale passait alors pour incurable. Sa guérison fut absolue et définitive, ses belles facultés n'eurent à souffrir aucune atteinte, et plus tard il en donna la preuve, en devenant un des plus célèbres naturalistes de notre siècle.

L'observation suivante est un exemple bien caractérisé de la maladie que nous venons de décrire (1).

1re *Observation.* — *Enfant de 10 ans; scarlatine probable; anasarque. — Le dixième jour, céphalalgie, puis accidents cérébraux ataxiques; mort au bout de trente-six heures.* — Kohler, âgé de 10 ans, d'une forte constitution, vint me consulter sur une enflure légère de la face et des glandes sous-maxillaires ; il était d'ailleurs en parfaite santé.

Trois jours après, je fus appelé à voir le malade alité. L'enflure était générale, la respiration gênée, les urines rares et peu abondantes, le pouls naturel ; le malade ne se plaignait d'aucune partie du corps.

Présumant que cette anasarque était le résultat de l'exposition à l'air dans le temps de la desquamation de la scarlatine (fièvre rouge), je questionnai les parents à ce sujet ; ils me répondirent qu'ils n'avaient rien observé qui pût leur faire soupçonner l'existence de cette maladie ; que l'enfant leur avait paru jouir constamment de la meilleure santé ; qu'il n'avait pas cessé d'aller au collége. Cependant, mes questions réitérées rappelèrent à leur souvenir que, dans le courant de juin (cinq semaines environ avant l'apparition de l'enflure), l'enfant s'était plaint, en effet, d'un mal de gorge qui n'avait point alors fixé leur attention, la santé générale n'en souffrant aucune atteinte. Ils ajoutèrent que, peu de jours avant l'œdème de la face, l'enfant s'était exposé tête nue sous un égout durant une averse. Dès lors, quoiqu'il n'existât point d'apparence de desquamation, je ne conservai aucun doute sur la cause éloignée de la maladie actuelle.

Je prescrivis, en conséquence, la reclusion absolue, les vésicatoires aux jambes, les poudres de nitre et de scille, et l'infusion de fleurs de sureau avec miel et vinaigre.

Du quatrième au neuvième jour (à dater de l'invasion de l'enflure de la face), l'anasarque a fort peu diminué ; cependant, la respiration est plus libre, les urines sont plus abondantes, le malade reprend de l'appétit et de la gaieté. La chaleur étant excessive, les parents crurent pouvoir sans danger le faire passer dans une chambre plus fraîche.

Le dixième jour, à midi, il mangea sa soupe avec avidité et demanda avec instance d'autres aliments : on les lui refusa, en lui promettant de la compote de cerises pour son goûter. Alors il s'endormit profondément.

A trois heures, il se réveilla, se plaignant de la tête ; il ne demanda point à manger.

A six heures, céphalalgie fort augmentée ; *perte de la vue;* mouvements convulsifs. (*Sangsues derrière les oreilles; vésicatoires à la nuque et aux jambes; digitale en poudre dans l'eau de tilleul.*)

Le lendemain, tous les symptômes sont aggravés ; agitation extrême, continue ; on avait peine à le retenir au lit : cris hydrocéphaliques, perte de connaissance.

A midi, pouls petit, fréquent ; paupières fortement contractées (impossibilité d'observer les pupilles) ; respiration courte, précipitée ; cris perçants, continus ; déjections liquides, fétides, involontaires. *L'anasarque paraît être diminuée.* (*Mixture éthérée avec addition de laudanum,*)

Le soir, même état ; ventre tendu.

Mort le douzième jour, à cinq heures du matin, trente-six heures environ après l'invasion des symptômes hydrocéphaliques.

L'ouverture du cadavre n'eut pas lieu.

Quoique l'autopsie n'ait pas pu être pratiquée, nous sommes convaincu que cet enfant a succombé à une encéphalopathie albuminurique. L'anasarque préexistante d'origine scarlatineuse, la rareté des urines, le mode de début par la céphalalgie et l'amaurose, plus tard l'éclampsie et les symptômes ataxiques, sont les signes irrécusables de cette maladie. En effet, ni la méningite, ni une simple névrose, n'offrent une pareille réunion de symptômes, comme on pourra s'en assurer en parcourant le paragraphe 4 relatif au diagnostic. Quant à la cause anatomique des accidents cérébraux, nous croyons que c'est à une hydrocéphalie qu'il faut l'attribuer ; on trouvera dans le même paragraphe l'exposé des motifs qui nous font adopter cette opinion.

L'observation que nous venons de reproduire offre un exemple bien frappant du danger de ces scarlatines latentes qui, traitées sans ménagements parce qu'elles passent inaperçues, deviennent ainsi le point de départ d'accidents de la plus haute gravité ; elle montre aussi l'analogie de nature qui existe entre l'hydropisie

(1) Matthey, *De l'hydrocéphale*, p. 124.

qui succède à cette pyrexie et à la maladie de Bright primitive. Pour s'en assurer, il suffira de comparer cette observation à celle que nous rapporterons en terminant ce Mémoire.

Les émissions sanguines, la digitale et les vésicatoires ont fait la base du traitement au moment de l'invasion; mais il est à regretter que Matthey n'ait pas employé plus largement les sangsues ou la saignée, et n'ait pas eu l'idée d'y joindre les mouchetures, remède prompt, facile à employer, et qui a eu entre nos mains d'excellents résultats (*voir* 3e *obs.*).

§ 3. *Durée; terminaison; pronostic.* — La *durée* de la maladie est quelquefois très-courte; en moins de vingt-quatre heures, tous les accidents ont disparu. D'autres fois, c'est seulement au bout de trois, cinq, ou même sept jours, que ses dernières traces se sont effacées; mais, longtemps avant cette époque, on peut considérer les enfants comme hors d'affaire. En effet, la période de danger qui se mesure par la durée de l'état convulsif est, comme nous l'avons déjà dit, très-brève; il est rare qu'elle dépasse vingt-quatre heures, et souvent elle dure beaucoup moins.

Au lieu de l'éclampsie, c'est quelquefois l'ataxie que l'on observe; si elle persiste sans aucune rémission pendant plus de douze heures, les malades sont dans un péril imminent.

Malgré la gravité apparente des symptômes, la terminaison la plus ordinaire est, comme nous l'avons fait pressentir, le retour à la santé. Sur douze malades, dix ont guéri, deux ont succombé; l'un, trente-six heures après le début des accidents cérébraux (*voir* 1re *obs.*); l'autre, plus rapidement encore. Voici l'histoire de ce dernier malade : sa lecture fait naître bien des réflexions.

2e *Observation.* — La jeune X...., âgée de 15 ans, mal réglée, chlorotique et sujette au pica, était arrivée à Genève depuis peu de temps. Dès lors, sa santé s'était en partie rétablie; les signes de chlorose avaient diminué, et la jeune fille avait été assez bien portante pour qu'on n'eût pas consulté de médecin; elle avait même pu faire de grandes courses à pied, tandis qu'à son arrivée elle était facilement essoufflée et palpitante.

Un matin, cette jeune fille est prise subitement et sans cause apparente de vomissements fréquents, plutôt aqueux que bilieux; ils continuent dans la journée. M. le docteur Lombard la voit à huit heures du soir; il lui trouve l'expression du visage naturelle, mais il est frappé de la dilatation considérable des pupilles; l'intelligence est parfaite, l'enfant ne se plaint point de la tête. Elle a eu une selle naturelle la veille. Le pouls est régulier, sans fréquence ni ralentissement; la peau est sans chaleur.

Sauf la dilatation des pupilles, rien n'indique l'imminence d'une maladie grave, et M. Lombard adopte le diagnostic le plus probable en attribuant les vomissements à un état gastrique peu inquiétant. Dans la nuit, les vomissements continuent, et le lendemain, à cinq heures du matin, survient tout à coup une agitation désordonnée. L'enfant perd connaissance, se roule dans son lit, et il faut plusieurs personnes pour la contenir.

C'est dans cet état que je la vois en consultation à neuf heures du matin.

C'est une jeune fille, blonde et blanche, bien proportionnée. Elle est dans une ataxie inexprimable; elle se roule sur elle-même, puis se dresse par moment sur son séant pour retomber bientôt et se rouler de nouveau. Elle projette ses jambes hors de son lit et agite ses bras en sens divers, mais sans roideur, sans contracture du tronc, sans renversement de la tête en arrière. Quand elle se dresse sur son séant, elle paraît fixer un instant ses regards sur les personnes qui l'entourent, et l'énorme dilatation de ses pupilles immobiles donne à son visage quelque chose de hagard et d'effrayant. Les traits sont harmoniques, il n'y a aucune distorsion des muscles du visage et pas d'écume à la bouche. L'agitation redouble quand on cherche à contenir la malade; ce surcroît d'agitation paraît indiquer un état hyperesthésique de la peau. On n'obtient de réponse à aucune question; on ne peut voir la langue. Le ventre n'est ni plat ni développé. Le pouls est un peu fréquent, mais l'extrême agitation empêche de le compter; la peau n'est pas chaude; au contraire, il y a évidemment de la tendance au refroidissement des extrémités et du nez.

Je revois l'enfant à midi, elle est exactement dans le même état; à cinq heures et demie, l'agitation est remplacée par le coma; la respiration est accélérée; il y a un peu d'écume mousseuse aux lèvres, indiquant que l'asphyxie commence; les pupilles sont toujours très-dilatées. L'ataxie a disparu. L'enfant est couchée sur le dos, immobile ou à peu près; les joues sont nuancées de rose, le pouls fréquent, le nez froid, ainsi que les extrémités. La vessie, très-distendue, remonte presque à l'ombilic.

Jusqu'ici on a essayé sans succès l'éthérisation, la compression des carotides, les lavements d'assa-fœtida, les frictions avec l'huile de laurier-cerise. Nous faisons appliquer un grand vésicatoire sur la tête.

A dix heures du soir, l'état s'est encore aggravé; la respiration est plus précipitée, le froid a augmenté, le pouls est petit et fréquent, une écume mousseuse couvre les lèvres; *mais il est fort remarquable que les pupilles, qui, depuis la veille au soir, étaient énormément dilatées et immobiles, soient redevenues presque normales pour la dimension et la mobilité.*

Les symptômes sus-indiqués persistent jusqu'à la mort, qui a lieu à deux heures du matin.

Dès le début des accidents cérébraux, nous avions été très-inquiets; la fougue des symptômes, l'absence de toute rémission, l'insuccès des remèdes nous avaient bientôt ôté toute espérance. La terminaison de la maladie avait donc été prévue et annoncée, et le traitement le plus rationnel pour la combattre avait été employé; mais jusqu'à la fin nous étions restés incertains sur sa nature. En effet, le début du mal, l'espèce et l'enchaînement des accidents morbides rendaient le diagnostic d'une extrême difficulté. Un vaste champ de conjectures s'ouvrait devant nous. Avions-nous affaire à une maladie générale ou locale? A une affection *cum* ou *sine materia?* à une inflammation, à une hémorrhagie, à une hydropisie? ou bien à une de ces nécroses encéphalo-rachidiennes hystériques ou épileptiformes, qui ne sont pas rares à l'âge et dans les conditions de santé de cette jeune fille? Chacune de ces opinions pouvait être soutenue.

Les vomissements répétés et l'ataxie formidable étaient bien les symptômes d'une méningite franche générale; mais l'absence de la céphalalgie et la dilation des pupilles en éloignaien l'idée.

La violence des accidents cérébraux et leur forme insolite avaient aussi quelque analogie avec certains cas d'hémorrhagie cérébrale; mais, dans les exemples connus de cette maladie, la céphalalgie est constante et violente; il n'y a pas de prodromes gastriques, les pupilles ne redeviennent pas normales après avoir été dilatées, la marche de la maladie est encore plus rapide.

L'enchaînement, la nature, la bizarrerie même des symptômes pouvaient faire croire à une hydrocéphale aiguë. Dans cette hypothèse, on pouvait expliquer le retour des pupilles à l'état normal par la cessation de la compression, et la variation des symptômes par la mobilité de l'élément anatomique dont ils auraient été le résultat. Mais l'extrême rareté de l'hydrocéphalie à cette époque de la vie, jointe à l'absence des signes d'une des affections générales dans le cours desquelles l'épanchement ventriculaire survient presque exclusivement, nous avait fait écarter ce diagnostic.

Quant à une simple névrose, si au début nous avions pu y penser, la marche de la maladie et sa terminaison ne pouvaient nous permettre de conserver cette opinion; d'ailleurs, les symptômes n'étaient ni ceux de l'hystérie, ni ceux de l'épilepsie. Un coup d'œil jeté sur l'observation qui précède le prouve surabondamment.

Néanmoins, au premier abord, l'autopsie dont je vais transcrire le procès-verbal parut justifier l'idée d'une maladie *sine materiâ.*

Autopsie pratiquée 40 heures après la mort, par une température élevée. — Putréfaction avancée, externe et interne; vergetures violacées et sinueuses abondantes à la partie interne de la cuisse gauche; tâches verdâtres à l'extérieur des intestins; léger œdème des extrémités.

La tête est sciée avec précaution. Le sinus longitudinal est complétement vide; la dure-mère n'est pas injectée, non plus que la pie-mère; les veines cérébrales contiennent à peine du sang. Les substances grise et blanche ont partout leur consistance ordinaire. Le *septum lucidum* est un peu éraillé, comme on le voit si souvent.

Pas de sérosité dans les ventricules.

Nulle part il n'y a de traces d'épanchement aqueux, purulent, sanguin, ou de granulations tuberculeuses. La protubérance, le cervelet, la moelle allongée coupée très-bas, sont à l'état normal. La moelle épinière et les organes contenus dans la poitrine n'ont pas pu être examinés.

L'estomac est très-volumineux; il contient une grande quantité de liquide, mais sa membrane muqueuse a partout une bonne consistance. Il

en est de même de l'intestin, qui renferme une assez grande quantité de matières verdâtres et un ver lombric. Les reins sont d'un volume ordinaire, déjà un peu putréfiés; la capsule se détache aisément; ils sont parsemés de petites taches jaunes, qu'au premier abord on aurait pu prendre pour des granulations de Bright, mais qui ne sont autre chose que des bulles de gaz que, par la pression, on peut faire cheminer et arriver crépitantes à la surface de l'organe. A la coupe, la proportion entre les substances corticale et tubuleuse est conservée; la seconde, par sa teinte violette, tranche sur la première, qui n'est nullement exubérante, mais a une couleur jaune clair qui nous paraît devoir être rapportée à l'anémie.

Le sang est partout très-liquide.

Comme nous le disions tout à l'heure, nous étions disposés, par les résultats négatifs de cet examen nécropsique, à adopter le résultat d'une névrose, lorsque, frappés de la distension de la vessie, et en partie éclairés par le léger œdème des extrémités, trouvé à l'autopsie et méconnu pendant la vie, nous eûmes l'idée d'extraire avec précaution une certaine quantité d'urine pour la faire analyser. Le résultat de cette analyse, faite avec soin, au moyen de la chaleur, de l'acide nitrique et du sublimé, par M. Morin, habile chimiste de Genève, fut que l'urine contenait une quantité d'albumine que l'on pouvait évaluer au cinquième du liquide en expérience.

En ne nous laissant plus de doute sur la nature de la maladie à laquelle nous avons eu affaire, ce résultat de l'analyse nous a démontré l'extrême importance de l'examen des urines dans tous les cas où des symptômes nerveux insolites laissent dans l'esprit quelque incertitude sur le diagnostic.

Nous sommes convaincu qu'en pratiquant cette analyse, dans des cas de soi-disant éclampsie ou d'accidents nerveux irréguliers, on trouvera quelquefois l'explication des phénomènes morbides; pour notre part, c'est une règle à laquelle nous nous proposons de ne pas déroger à l'avenir.

Il nous paraît évident que notre jeune malade était sous l'empire de cette affection générale à laquelle on a donné le nom de néphrite albumineuse, d'albuminurie, de maladie de Bright, affection qui se révèle ordinairement pendant la vie par le passage de l'albumine dans les urines et par l'hydropisie, et qui est caractérisée, après la mort, par des lésions variées, suivant la durée et la forme de la maladie.

Ici nous prévoyons deux objections. Vous admettez, nous dira-t-on, une maladie de Bright; et cependant l'anasarque a manqué pendant la vie, et après la mort vous n'avez pas constaté les lésions anatomiques de la néphrite albumineuse.

Ces objections, dont nous ne méconnaissons pas la valeur, ne sont cependant pas insolubles. D'abord, nous avons constaté à l'autopsie un léger œdème des extrémités que nous avions méconnu pendant la vie, faute d'examen; mais à supposer que l'infiltration ait été un phénomène purement cadavérique, nous devrions voir dans notre observation un exemple de plus d'une maladie de Bright sans anasarque. L'objection tirée de l'absence des caractères anatomiques de la néphrite albumineuse paraît plus grave, et néanmoins nous ne pouvons y attacher une grande importance. Pour nous, les lésions dans la maladie de Bright sont la conséquence et non pas la cause de la maladie qui est générale. Cette interprétation nous permet d'expliquer comment, au début du mal surtout, les lésions peuvent manquer, lors même que l'affection existe. Chez cette jeune fille, la maladie a été latente pendant un certain temps; elle était dissimulée par un état chlorotique et par des accidents gastriques; puis, au lieu de se révéler par son symptôme habituel, l'anasarque, elle s'est montrée avec les signes d'une affection cérébrale. N'est-il pas remarquable de voir dans ce cas, comme dans la plupart de ceux où l'encéphalopathie débute pendant le cours d'une hydropisie confirmée, l'amaurose être le symptôme cérébral initial de la maladie encéphalique? Nous admettons l'existence d'une maladie de Bright, et nous rattachons les accidents cérébraux à cette affection. Mais quel est l'élément anatomique sous l'influence duquel se sont produits les symptômes? Ont-ils été le résultat de l'influence exercée par le sang altéré sur le système nerveux (intoxication)? ou bien ont-ils été la suite d'un épanchement séreux encéphalique?

Il peut sembler bizarre que nous posions cette dernière question, puisque nous n'avons pas trouvé de liquide dans les ventricules, ni dans les mailles de la pie-mère: nous sommes porté néanmoins à y répondre par l'affirmative. Nous croyons que cette explication est celle qui peut le plus naturellement rendre compte de l'apparition et de la disparition de la mydriase. La dilatation des pupilles est le signe de l'épanchement ventriculaire; c'est un symptôme que l'on observe presque constamment dans la dernière période de la méningite tuberculeuse, et qui coïncide avec le moment où se fait l'effusion séreuse. La disparition de la mydriase doit, par conséquent aussi, être l'indice de la disparition de l'épanchement.

Quand on voit avec quelle promptitude apparaissent et disparaissent certaines hydropisies liées à la maladie de Bright, ne peut-on pas admettre que le même phénomène doit se passer dans le cerveau, surtout quand on connaît les propriétés éminemment hygrométriques de cet organe? Maintenant, pourquoi l'épanchement est-il apparu? pourquoi a-t-il disparu?.... Pourquoi ce jour-là plutôt qu'un autre?.... Pourquoi?.... Nous nous arrêtons, car ici nous touchons aux causes prochaines, et nous ne pouvons soulever le voile épais qui les cachera toujours à nos regards.

Tout en admettant l'existence très-probable d'une hydrocéphalie, nous reconnaissons que l'on pourrait donner à ce fait une autre interprétation. L'absence presque complète de l'anasarque au début du mal, et la mydriase comme symptôme initial, pourraient faire rapprocher cette observation de celles citées par M. Landouzy, dans lesquelles le premier phénomène de la néphrite albumineuse a été le trouble de la vue. Mais la forme et la marche de la maladie, la gravité des accidents, et leur terminaison aussi prompte que funeste, impriment à l'histoire de notre malade un cachet particulier qui permet de la distinguer de toutes celles racontées par le savant médecin de Reims, et la rapproche, au contraire, de plusieurs des faits qui nous ont servi à composer ce Mémoire.

La gravité des symptômes et la marche foudroyante de la maladie ont rendu inutile l'emploi des différents agents thérapeutiques que nous avons successivement mis en usage. L'incertitude dans laquelle nous étions sur la nature intime de la maladie, jointe à l'extrême difficulté dans l'application matérielle des remèdes, a aussi contribué à paralyser nos moyens d'action. Il était impossible de chercher à faire avaler aucun médicament à une malade que trois personnes avaient peine à contenir; aussi nous avons tenté de calmer cette effroyable surexcitation nerveuse au moyen de l'inhalation de l'éther. L'idée d'une méningite avait, nous l'avons dit, abordé notre esprit, et nous rappelions les succès obtenus à Alger dans une épidémie de méningite cérébro-spinale, au moyen de l'inspiration des vapeurs éthérées. Les essais répétés, mais incomplets, que nous avons tentés, n'ont amené aucun résultat avantageux, même momentanément.

A plusieurs reprises, nous avons aussi exercé la compression des carotides, qui, entre les mains du docteur Blaud, de Beaucaire, a produit de si merveilleux effets dans le traitement des accidents nerveux foudroyants qui sont liés à une congestion cérébrale. Pas plus que l'éthérisation, ce moyen n'a réussi à suspendre les accidents cérébraux.

Les émissions sanguines nous ayant, après mûres réflexions, paru contre-indiquées par l'absence de la fièvre, et même par le refroidissement des extrémités, en désespoir de cause, nous avons eu recours à l'application d'un grand vésicatoire sur la tête préalablement rasée.

Nous fondions notre espérance sur le souvenir de plusieurs cas où un révulsif aussi énergique, placé près du siége du mal, avait réussi à conjurer les symptômes graves. Appliqué au moment où le coma avait remplacé l'ataxie, le vésicatoire n'a pas diminué l'intensité de ce symptôme; mais il est possible qu'il ait exercé quelque influence sur la disparition de la mydriase.

Les antispasmodiques et les calmants, que nous avons donnés également à des doses assez élevées, soit en lavements (assa-

fœtida), soit en friction (huile de laurier cerise), n'ont pas eu plus de succès que les autres remèdes.

En résumé, tout a échoué; et, maintenant que nous sommes éclairé sur le diagnostic, nous serions assez embarrassé de dire quelle serait la meilleure marche thérapeutique à suivre, si un fait analogue se représentait. Cependant, nous croyons qu'en considération des succès obtenus dans des cas, sinon identiques, du moins assez semblables à celui-ci, par l'emploi des émissions sanguines, ce serait à cette méthode qu'il faudrait avoir recours. Ceux qui connaissent nos doctrines savent combien nous sommes avare du sang des enfants; mais, dans certains cas, et celui-ci nous paraît de ce nombre, il n'est pas de remède qui puisse valoir une émission sanguine faite à temps. Il ne faudrait pas se laisser arrêter, comme cela nous est arrivé à nous-même, par l'absence de fièvre ni même par le refroidissement; ces phénomènes que l'on observe dans certaines hémorrhagies cérébrales de l'enfance, peuvent être la conséquence de la compression du système nerveux, et tout remède qui diminuera cette compression pourra être avantageux. C'est bien dans cette intention que nous avons essayé la compression des carotides, et c'est pour atteindre le même but que nous proposerions en outre l'emploi des grandes ventouses du docteur Junod, si toutefois l'agitation du malade permettait de les appliquer.

Un fait curieux et qui a été noté dans plusieurs observations (1), c'est que l'anasarque diminue d'une manière notable au début et pendant le cours de la maladie cérébrale. Sans doute le traitement énergique, général et local (émissions sanguines, diurétiques, purgatifs, mouchetures) y contribue; mais nous croyons qu'il y a aussi une sorte de bascule entre l'anasarque et l'encéphalopathie; ce qui nous le fait penser, c'est le retour rapide de l'infiltration, une fois que les accidents cérébraux ont disparu. Dans l'observation qui appartient à Odier, ce médecin nota que, « à mesure que les symptômes d'épanchement dans le cerveau diminuaient, l'anasarque recommençait et devenait aussi complète qu'auparavant. »

La forme convulsive assez analogue à la méningite franche est la plus fréquente; cependant la maladie peut se présenter sous un aspect assez différent, et qui offre beaucoup plus d'analogie avec la méningite tuberculeuse. Le fait suivant qui appartient à Gölis est un exemple qui, vu sa rareté, mérite d'être cité. *(La suite à un prochain numéro.)*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Octobre 1853. — Présidence de M. Combes.

Hydrophobie chez un crétin.

M. Niepce communique l'observation suivante : *Hydrophobie survenue chez un crétin, à la suite de la morsure d'un chien enragé : développement remarquable de l'intelligence durant les accès.* (Extrait d'une lettre de M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard.)

« Le 2 août dernier, est mort d'hydrophobie le nommé Chauvet (Antoine), âgé de 17 ans et demi, atteint de crétinisme congénial. Ce crétin habitait Pontchara, village situé dans la vallée de Graisivaudan, au point où le torrent de Bréda, après avoir roulé dans une gorge profondément encaissée, débouche dans la vallée de l'Isère.

« L'habitation de ce crétin est située sur les bords du torrent, dont un bras, servant à faire mouvoir plusieurs artifices, passe derrière la maison, qui se trouve ainsi entourée d'eau de tous côtés et dont l'exposition est au nord. Toutes les habitations voisines se trouvent dans les mêmes conditions d'insalubrité, et renferment bon nombre de goîtreux et de crétins.

« Chauvet (Antoine) était d'une taille de 1m,32; son père, mort des suites d'une blessure à la jambe, était goîtreux et scrofuleux; sa mère, qui vit encore, est de petite taille et porte un petit goître; son frère, âgé de 15 ans, est crétin et goîtreux.

« Chauvet (Antoine) était crétin de naissance; son allaitement fut difficile, et ce ne fut qu'à l'âge de onze mois qu'il commença à soutenir sa tête; il n'a pu marcher qu'à l'âge de quatre ans, et sa démarche a toujours été lente et difficile. Il traînait ses pieds en marchant; sa tête volumineuse présentait tous les caractères du crétinisme : la face était large, les pommettes saillantes, le front court; les cheveux, rudes, descendaient très-bas près des sourcils; le nez était large, écrasé; les lèvres épaisses; les dents, irrégulières, n'étaient qu'au nombre de neuf au maxillaire supérieur, et de sept seulement à l'inférieur. A la seconde dentition, il ne lui était venu que quatre dents. Son goître était bilobé, assez volumineux. Il n'articulait que quelques mots, et encore ne le faisait-il qu'imparfaitement.

« Son intelligence, peu développée, ne lui avait pas permis d'apprendre ni à lire, ni à écrire. Il avait toujours été dans l'impossibilité de comprendre le catéchisme; aussi n'avait-il pas pu faire sa première communion. Ses qualités affectives étaient peu développées; cependant il témoignait quelquefois un peu d'amitié à sa mère, mais il n'aimait pas son frère. Il n'avait jamais eu les maladies de l'enfance, telle que la rougeole, la scarlatine, etc. Il était lent, paresseux, et mangeait avec avidité toute espèce d'aliments.

« Telle a été l'existence de ce crétin jusqu'au 10 mai dernier, jour où il fut mordu par un chien enragé. Une heure après cet accident, sa mère, ayant été avertie par une voisine que son enfant avait été mordu par un chien atteint de la rage et qui avait également mordu plusieurs chiens, le conduisit chez un pharmacien, qui se contenta de cautériser légèrement les morsures avec quelques gouttes d'ammoniaque.

« Depuis ce moment jusqu'au 27 juillet suivant, on n'observa rien de particulier dans l'état d'Antoine Chauvet; mais ce jour-là, à onze heures du matin, il refusa de manger et de boire. Il alla se coucher au soleil, et au bout de deux heures, tous les symptômes de la rage se déclarèrent....

« Dès les premiers symptômes de l'hydrophobie, Chauvet, au grand étonnement de sa mère et des personnes qui l'entouraient, au nombre desquelles étaient le médecin et le pharmacien, parla avec une bien plus grande facilité qu'il ne l'avait jamais fait. Ce crétin, qui ne répondait ordinairement qu'avec difficulté, en articulant difficilement que quelques mots, adressait alors fréquemment la parole à tous ceux qui l'entouraient et racontait les souffrances qu'il éprouvait. Dans les intervalles des crises, il appelait sa mère et son frère, leur témoignait par de vives caresses combien il les aimait, et les priait de ne pas le laisser seul.

« Le 28, à six heures du matin, après avoir passé une nuit très-agitée, pendant laquelle il fut de toute impossibilité de lui faire avaler la moindre quantité de liquide, Chauvet demanda à diverses reprises qu'on allât chercher le curé de la paroisse. Le prêtre arriva vers les huit heures du matin. Aussitôt qu'il eut été introduit près du malade, celui-ci se plaignit amèrement et en pleurant de ce qu'il n'avait pu apprendre le catéchisme.

« Vers les trois heures du soir, la violence des crises parut se calmer; pendant tout le temps que durèrent ce calme ou mieux cette dépression des forces, l'intelligence ne fut plus aussi développée.

Le 29, vers minuit, les crises revinrent, et avec elles l'intelligence redevint plus lucide. Il adressait de fréquentes questions aux hommes chargés de le veiller, les priant d'éteindre la lumière qui lui faisait éprouver de violentes douleurs dans la tête, leur déclarant qu'ils ne devaient rien craindre, qu'il ne les mordrait pas. En effet, depuis les premiers symptômes de sa maladie, jusqu'à sa mort, il ne manifesta jamais l'intention de mordre.

« Les journées des 30 et 31 juillet se passèrent de même; ses crises revenant par intervalles, accompagnées de vives douleurs, telles que les éprouvent les hydrophobes, et son intelligence toujours lucide.

« Le 1er août, vers les sept heures du matin, il survint un délire aigu pendant lequel le malade parla fréquemment et avec volubilité, citant parfois, mais sans suite, des faits passés depuis plusieurs années et auxquels il n'avait jamais paru prendre la moindre part. Ce délire dura jusqu'au soir et fit place à un coma profond qui dura jusqu'à cinq heures du matin du 2 août, jour où il mourut. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Faculté de médecine de Paris reprendra le cours de ses travaux mercredi prochain, 2 novembre; mais, contrairement à ses habitudes, la séance solennelle de rentrée n'aura lieu que le lundi 7 novembre, à une heure. M. Bouchardat prononcera l'éloge de Richard et de Royer-Collard.

— La fête de la Toussaint étant une fête légale, l'Académie de médecine ne tiendra pas séance mardi prochain, mais bien mercredi 2 novembre, à l'heure accoutumée. C'est dans cette séance que M. Malgaigne fera sa lecture sur les applications chirurgicales du perchlorure de fer.

— Le célèbre Kramer, dont le remarquable *Traité des maladies des oreilles* est justement estimé, quoiqu'imparfaitement connu en France par une traduction qui laisse à désirer, vient de mourir en Italie, sur les bords du lac de Côme.

— Nous avons reçu de M. Louyet une lettre que nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro.

(1) *Voyez* Observ. de Mathey, Coindet, Odier, Rilliet et Barthez-Rilliet.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 131. 1re année. Mardi 1er Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. / 6 mois, 12 fr. / 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** De la suppression d'une chaire de chimie et de la création de cliniques auxiliaires dans la Faculté de médecine de Paris. — De la différence d'action des gaz délétères sur divers individus. — De la pleurésie diaphragmatique. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Hôpital Saint-Louis. M. Cazenave. Considérations sur l'acné, par M. Petit. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. — Traitement de la morsure du serpent par l'arsenic, par M. Benjamen Travers. — **CORRESPONDANCE :** La vaccine rendue obligatoire. — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 31 Octobre 1853.

De la suppression d'une chaire de chimie et de la création de cliniques auxiliaires dans la Faculté de médecine de Paris.

Dans la dernière séance de la Faculté de médecine, a été lu le rapport d'une commission nommée pour étudier l'opportunité de la conversion d'une chaire de chimie en une chaire de pharmacologie et de toxicologie. La commission s'est montrée favorable à cette transformation, et la Faculté partage le sentiment de la commission.

Pour démontrer la surabondance, du moins relative, de l'enseignement de la chimie à la Faculté de médecine, il suffisait de faire observer que dans cette Faculté où existent deux chaires de chimie, il y a une seule chaire d'anatomie et une seule chaire de physiologie, ces deux bases de la science médico-chirurgicale, dont l'étendue ne le cède en rien à celle de la chimie et que les professeurs n'ont jamais pu enseigner complétement dans le cours d'une seule année scolaire. Nous ne pensons donc pas qu'on puisse élever d'objections graves contre la suppression d'une chaire de chimie, et il est fort à présumer que M. le Ministre partagera à cet égard l'opinion de la Faculté.

Mais la nécessité d'une chaire spéciale de pharmacologie est-elle aussi bien démontrée que la superfluité de deux chaires de chimie? et n'y aurait-il pas moyen de remplacer, d'une manière plus avantageuse pour la science et pour l'enseignement, la chaire dont la suppression semble prochaine ?

Ces deux questions nous paraissent dignes d'être sérieusement méditées.

En ce qui concerne la pharmacologie (car nous ne supposons pas que dans aucun cas on veuille enseigner à la Faculté la pharmacie proprement dite), il serait très-facile au professeur de thérapeutique et de matière médicale d'enseigner à ses élèves tout ce que les médecins doivent connaître de cette science. On sait en effet que depuis longtemps la chaire de matière médicale est détournée de son véritable but, et qu'on y apprend (à la grande satisfaction des élèves, il est vrai) beaucoup plus la pathologie que l'histoire des médicaments.

Quant à la toxicologie, cette belle science créée par Orfila, elle est trop intimement liée à la médecine légale pour qu'il n'y ait pas tout avantage à les réunir dans une même chaire, ainsi d'ailleurs que cela se pratique dans plusieurs Facultés.

Ce qui, au contraire, manque à la Faculté de Paris, c'est l'enseignement pratique officiel d'une foule de maladies spéciales d'une haute importance, et qui, dans plusieurs Facultés étrangères, sont enseignées par des professeurs titulaires spéciaux ; au nombre de ces maladies, on doit placer au premier rang :

Les maladies mentales ;
Les maladies de la peau et la syphilis ;
Les maladies des enfants,

et sur un second plan :

Les maladies des yeux et les difformités.

Si l'on ne peut créer des chaires pour toutes ces spécialités, il serait du moins de la plus grande utilité de les faire professer *pratiquement* dans des sortes de *cliniques auxiliaires*, dont les professeurs auraient, par exemple, le rang et le traitement des agrégés. La suppression d'une chaire de chimie rendrait faciles toutes ces créations importantes, qui ajouteraient singulièrement à l'éclat de l'enseignement pratique de la Faculté de Paris. Nous les signalons à la haute sollicitude de M. le Ministre.

De la différence d'action des gaz délétères sur divers individus.

La lettre suivante, qui renferme la relation d'un fait extrêmement curieux, contribuera puissamment à fixer l'opinion des médecins-légistes sur la grave question que nous avons soumise, dans notre dernier numéro, à l'appréciation de nos lecteurs.

Monsieur le rédacteur,

D'après l'article publié dans votre numéro de samedi dernier, la différence des effets produits par les vapeurs délétères, sur deux ou plusieurs personnes, ne serait pas encore suffisamment connue, et aurait besoin de nouvelles preuves. Je crois, en conséquence, devoir vous adresser la relation très-abrégée d'un fait dont j'ai été témoin et qui vient à l'appui de la doctrine que vous soutenez. Il s'agit de l'asphyxie involontaire et fort heureusement

incomplète de toute une salle de malades à l'hôpital Saint-Louis. Il a été possible de voir sur les diverses personnes soumises à l'action du même gaz délétère, des différences marquées dans la nature et la gravité des accidents, différences qui, selon toutes probabilités, auraient été plus prononcées encore, si la cause de l'asphyxie avait plus longtemps continué son action ; il serait d'ailleurs impossible, pour expliquer la différence des symptômes, d'invoquer l'état de maladie des individus asphyxiés, car il ne s'agissait que de personnes affectées de maladies de la peau. Voici ce fait :

Au mois de décembre 1844, étant interne à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé une nuit où j'étais chargé du service de garde, pour voir les malades de la salle Saint-Charles (maladies de la peau, 28 à 30 lits), qui, depuis onze heures du soir, étaient tous ou presque tous en proie à des accidents extraordinaires. La plupart avaient éprouvé des maux de tête, des vertiges, deux avaient eu des syncopes dans leur lit, un troisième était tombé sans connaissance après avoir fait quelques pas, un quatrième avait été frappé de perte de connaissance et de convulsions, et l'on avait eu beaucoup de peine à lui faire reprendre ses sens. L'infirmier qui veillait dans la salle était lui-même fort indisposé. Quand j'arrivai près des malades, à deux heures moins un quart, je trouvai que les moins affectés étaient levés ; ils étaient dans un grand état d'agitation et éprouvaient une crainte, une frayeur d'autant plus vive que la cause des accidents leur était inconnue, tous avaient de la céphalalgie et de la dyspnée. Ceux qui étaient couchés éprouvaient des accidents variés. Un jeune garçon de 15 ans, après avoir eu de la céphalalgie, avait éprouvé des vomissements, puis une grande gêne de la respiration, et enfin était graduellement tombé dans la stupeur et dans un état de somnolence d'où il était très-difficile de le tirer ; il ne pouvait prononcer que quelques mots et poussait par intervalles des cris plaintifs. Sa figure était rouge et vultueuse ; les temporales battaient avec force ; la respiration était lente, profonde ; le pouls large, dur, sans fréquence. Quelques malades plus âgés, et occupant des lits voisins, avaient seulement de la céphalalgie, de la dyspnée, et un anéantissement des forces qui les empêchait de sortir de leur lit, quoiqu'ils eussent toute leur connaissance ; quelques-uns, après s'être levés, restaient assis sur leur chaise, incapables de se mouvoir, leurs jambes éprouvant un tremblement extrêmement prononcé. Un vieillard affecté de bronchite ne se plaignait que d'un accroissement de dyspnée. Un homme de 30 ans, robuste et pléthorique, était dans un état de résolution et de coma. Sa figure était fortement congestionnée, les carotides et les temporales battaient avec force ; la respiration continuait, ainsi que la circulation, seulement le pouls était très-lent. Ces phénomènes apoplectiformes s'étaient développés rapidement et sous mes yeux. Quelques malades, qui avaient eu des vertiges, avaient eu des épistaxis et s'étaient trouvés soulagés ; d'autres avaient entr'ouvert les fenêtres et respiré l'air extérieur et éprouvaient un soulagement notable.

Les accidents les plus graves n'avaient commencé que depuis une demi-heure, car à une heure du matin une religieuse avait fait une visite dans la salle et aucune malade ne s'était plaint, quoique le plus grand nombre eût déjà de la céphalalgie et de la dyspnée. Les accidents survinrent donc très-rapidement, et quand j'arrivai dans la salle, je fus appelé vers cinq ou six lits à la fois par des malades qui éprouvaient des syncopes répétées.

Je dus rechercher immédiatement la cause des accidents. Elle n'était pas dans la nourriture, la plupart des malades n'ayant que peu mangé la veille au soir ; le souper était composé en partie de légumes (épinards), qui avaient été abandonnés à cause de leur mauvaise préparation, et de viande de bonne qualité. La généralité des accidents, la rapidité de leur production, la circonstance que la salle était complétement close et très-basse (c'était une salle du rez-de-chaussée) ; enfin la nature des symptômes éprouvés par quelques malades me fit soupçonner sur-le-champ que l'air pouvait être vicié et qu'il s'agissait d'une asphyxie. Je ne tardai pas à reconnaître l'exactitude de cette supposition et à trouver même la source de l'altération de l'air. La salle était munie d'un poêle en maçonnerie de très-grandes dimensions, et communiquant directement, par une large cheminée, avec un appareil de même nature, situé immédiatement au-dessus de lui, dans l'étage supérieur. Ce dernier était allumé, tandis que le poêle inférieur ne l'était pas. Je m'approchai de celui-ci et sentis d'abord une légère odeur de suie ; puis je plaçai une lumière près de la grille du fourneau, je la vis pâlir, puis menacer de s'éteindre et s'éteindre même tout à fait quand je l'introduisis au-dessous de la grille, c'est-à-dire dans le cendrier au niveau du sol. Je reconnus qu'il y avait là une couche d'un gaz impropre à la combustion, et je constatai toujours, à l'aide de la lumière, que cette couche s'étalait sur le sol autour du poêle, dans une étendue d'un ou deux pieds, et avec une épaisseur d'un demi-pied : dans ces limites, du moins, la lumière menaçait de s'éteindre. Ce gaz délétère, cause évidente des accidents, provenait du poêle de l'étage supérieur, et se répandait, selon toute probabilité, avec abondance dans la salle, car le foyer du premier étage était en pleine activité ; j'allai le visiter, et je trouvai, en effet, que le poêle contenait environ un hectolitre de coke en pleine combustion.

Pour arrêter le dégagement des gaz délétères, dans la salle du bas, j'y fis transporter le feu du premier étage, et peu d'instants après, je constatai qu'il n'existait plus d'acide carbonique autour du poêle, dont le tirage était très-énergique.

Les fenêtres avaient été ouvertes. Les malades en état de marcher avaient été envoyés hors de la salle. Pour ceux qui étaient restés couchés, on leur fit prendre de l'eau avec quelques gouttes d'ammoniaque ; des compresses trempées dans l'eau vinaigrée et appliquées sur le front firent disparaître la céphalalgie. Il fallut frictionner longtemps tout le corps de l'enfant de 15 ans, agiter l'air autour de lui, et lui faire prendre beaucoup d'ammoniaque avant de rappeler la connaissance. Quant à l'homme qui éprouvait une violente congestion cérébrale, aucun de ces moyens ne le tira de l'état apoplectique dans lequel il se trouvait, et je fus obligé de lui pratiquer une saignée de 400 grammes environ ; il reprit seulement alors connaissance.

Le lendemain, les malades étaient tous en bonne santé. J'appris alors de l'économe que pareil accident était déjà arrivé deux ou trois ans auparavant, dans une autre salle du rez-de-chaussée, et que la communication des poêles des deux étages en avait encore été la cause.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance des sentiments les plus distingués de votre tout dévoué V. Racle.

Paris, le 31 octobre 1853.

De la pleurésie diaphragmatique.

L'inflammation de la portion de plèvre qui revêt le diaphragme et la face inférieure des poumons, indiquée seulement par les auteurs anciens, a été fort négligée jusque dans ces derniers temps ; Laënnec lui-même la mentionne plutôt qu'il ne l'étudie ; c'est dans la clinique de M. Andral, et surtout dans les leçons cliniques de MM. Rostan et Gendrin, qu'on trouve des observations et des données un peu positives sur cette variété de pleurésie.

M. N. Guéneau de Mussy a eu l'heureuse pensée de résumer, dans un article qu'il vient de publier dans les *Archives générales de médecine*, les notions déjà acquises sur cette affection et d'y ajouter les résultats importants de ses propres observations. Nous allons extraire de son remarquable travail la partie la plus pratique, c'est-à-dire ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

Symptomatologie. — Le début est le plus souvent brusque, violent, marqué en général par un frisson ; la fièvre s'allume, s'accompagne quelquefois de céphalalgie sus-orbitaire ; au milieu

des troubles fonctionnels communs à presque toutes les phlegmasies, le symptôme le plus saillant est une douleur vive, poignante, qui occupe une des régions hypocondriaques, s'irradie vers l'épigastre, et quelquefois jusque dans le flanc correspondant, en suivant le bord costal; elle augmente rapidement, et se fait surtout sentir pendant l'inspiration; souvent le malade est tourmenté par du hoquet, par des nausées ou même par des vomissements dont les efforts exaspèrent les souffrances à un intolérable degré. Toujours la respiration devient anxieuse, précipitée, la dyspnée est extrême, le plus souvent le malade ne peut rester dans le décubitus horizontal; il est assis, incliné en avant, la main sur le côté affecté, comme pour le protéger ou pour l'immobiliser. Les parties douloureuses ne peuvent supporter la plus légère pression; mais il est un point surtout qui paraît comme le foyer principal de la sensibilité : ce point est situé à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, ou assez exactement à l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum.

Si j'insiste sur ce détail, c'est que dans tous les cas de pleurésie diaphragmatique soumis à mon observation, ce phénomène avait quelque chose de très-remarquable; quand l'extrémité du doigt rencontrait ce point, le malade jetait un cri; chez l'un d'eux, la respiration devenait tellement haletante, tellement précipitée, que la suffocation paraissait imminente; et ces effets se reproduisaient avec une telle instantanéité, avec une telle précision, qu'il semblait qu'on poussât un ressort. Le fait était d'autant plus remarquable chez ce malade, qu'il n'y avait pas chez lui de douleur spontanée.

J'ai également développé de la sensibilité, par la pression, vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis, dans une étendue très-limitée. En outre, quand on refoule de bas en haut la région hypochondriaque, on produit, en général, une douleur vive qui ne se manifeste pas quand on presse dans une direction inverse.

Un autre phénomène qui appartient au même ordre de symptômes, et qui n'a pas été généralement indiqué, c'est une sensibilité très-vive entre les attaches inférieures du sternocléidomastoïdien sur le trajet du nerf phrénique. Une pression un peu forte est toujours douloureuse dans cette région; mais dans la maladie dont je m'occupe, cette sensibilité est beaucoup plus développée que dans les conditions normales, et en comparant les résultats de la pression des deux côtés, on arrive à constater une telle différence, qu'il ne reste matière à aucun doute. Un des malade que j'ai observés accusait une douleur spontanée dans ce point, et il en ressentait, disait-il, des élancements qui, partant de l'hypochondre, venaient retentir à la base. Chez le plus grand nombre, la pression seule révèle l'impression communiquée au nerf phrénique par l'inflammation diaphragmatique.

Il n'en est pas de même des douleurs qui occupent la région sus-claviculaire; celles-ci, spontanément développées, sont quelquefois assez vives pour provoquer les plaintes des malades, qui le plus souvent n'en indiquent l'existence que quand on les interroge sur les sensations qu'ils éprouvent, et les relèguent au second plan du tableau qu'ils font de leurs souffrances : d'un siége variable suivant les sujets; disséminées quelquefois sur le moignon de l'épaule, suivant, dans d'autres cas, le bord externe du muscle trapèze, elles venaient s'irradier chez une malade jusque dans la région scapulaire; ces douleurs réflexes occupent des rameaux divers du plexus cervical (1). En même temps que ces symptômes se manifestent, la face exprime l'anxiété la plus vive; elle est quelquefois grippée, et, dans les cas les plus graves, agitée de mouvements convulsifs.

La respiration, avons-nous dit, est très-fréquente, très-courte, haletante, comme convulsive; chez un de mes malades, elle devenait d'une fréquence extraordinaire, quand il essayait pendant quelques instants de la suspendre.

M. Andral, d'accord avec un grand nombre d'auteurs, lui a attribué ce caractère, d'être exclusivement costale; dans un cas même, le côté sain, seul, accomplissait les mouvements respiratoires. Chez plusieurs des malades que j'ai observés, les parois thoraciques y jouaient le principal rôle, mais les mouvements alternatifs de l'abdomen semblaient prouver que l'action du diaphragme n'était pas entièrement annulée. On comprend que ce symptôme n'existe pas nécessairement dans les cas, par exemple, où l'épanchement n'est pas encore formé, ou n'est pas assez considérable pour abaisser complétement la voûte diaphragmatique; car, ainsi que l'ont remarqué MM. Maissiat et Beau, la courbure des fibres du diaphragme est la condition essentielle de leur action. Quand la contraction du muscle est tout à fait annihilée, les dernières côtes, dont il est le principal moteur, deviennent immobiles, les côtes supérieures et le côté sain sont les seuls agents de l'ampliation thoracique, qui sera plus ou moins gênée, suivant que le diaphragme y avait, avant la maladie, une plus ou moins grande part. L'auscultation et la percussion ne donnent souvent aucun résultat positif. Un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire du côté malade, un peu de râle sous-crépitant vers la limite inférieure du poumon, expliqués par la diminution de l'expansion thoracique et par la congestion inévitable du tissu pulmonaire sous jacent à la plèvre enflammée, tels sont les seuls stéthoscopiques qu'il m'ait été donné de constater.

Quand Laënnec indique l'égophonie, il n'appuie cette assertion sur aucun fait et semble le présenter plutôt comme une induction théorique que comme un résultat d'observation (1). La toux est fréquente, contenue, sèche, en un mot, *pleurétique;* l'expectoration est peu abondante et muqueuse.

Le pouls, le plus souvent accéléré, concentré, n'offrait chez un de mes malades qu'une médiocre fréquence.

Nous avons déjà signalé les hoquets, les nausées; la plupart des observations en font mention; chez un des malades de M. Andral, la pression épigastrique en provoquait le retour.

Les vomissements se montrent assez souvent au début; quelques auteurs parlent d'une douleur correspondant à l'ouverture œsophagienne du diaphragme, et provoquée par le passage d'un bol alimentaire; aucune des observations que j'ai sous les yeux n'en fait mention; quelques-unes en constatent l'absence.

Quant aux autres troubles des fonctions digestives, ils sont en rapport avec l'intensité de l'état fébrile et avec la gravité de la maladie; celle-ci suit en général pendant quelques jours une marche ascendante pour décroître ensuite si la terminaison doit être favorable. S'il en est autrement, il peut y avoir des rémissions passagères, pendant lesquelles la douleur et l'oppression diminuent, ou disparaissent en grande partie; le décubitus horizontal devient possible pourvu que le malade se couche sur le côté affecté. Cependant la fièvre persiste, les symptômes alarmants reparaissent, les vomissements peuvent recommencer et exaspèrent horriblement la douleur (obs. de M. Andral).

Un épanchement sous-pulmonaire repousse en bas le foie, qui dépasse de plusieurs travers de doigt, et quelquefois même déjette en dehors le bord costal. Le poumon est refoulé en sens contraire; la concavité de sa base est exagérée; ses bords, retenus par des adhérences, résistent davantage à cette pression excentrique.

Chez plusieurs malades, on a observé de l'ictère.

Des exacerbations quotidiennes ont lieu sur le soir, et font pressentir la purulence de l'épanchement; les nuits sont agitées, sans sommeil.

Dans les cas funestes, le délire survient souvent pendant les derniers jours de la maladie : dans deux des observations de

(1) Ces douleurs réflexes appartiennent au même ordre de faits et dérivent des mêmes lois que les mouvements réflexes si bien étudiés par M. Marshall-Hall. On en trouve l'explication dans la disposition de la quatrième paire cervicale, principale origine du nerf phrénique, qui distribue ses rameaux dans la région susclaviculaire et sur le moignon de l'épaule.

(1) Cependant, les expériences de Skoda rendent admissible la perception de ce signe dans certains cas.

M. Andral, il s'est montré à une époque rapprochée du début (3e, 8e jour); dans le dernier cas, il a cessé et reparu à plusieurs reprises; une seule fois, j'ai constaté le fameux rire sardonique signalé par tous les anciens médecins comme un des signes caractéristiques de cette affection, et dans ce cas même, l'inflammation de la plèvre diaphragmatique n'était qu'un épisode d'une pleurésie plus étendue. Alors la physonomie du malade est de plus en plus altérée, ses forces s'épuisent, la voix est éteinte, l'oppression est extrême; les nausées, le hoquet, reviennent quelquefois; dans certains cas, le coma succède au délire et précède la mort.

On a vu une douleur subite de l'hypochondre, s'étendant jusque dans le flanc et dans la région iliaque, coïncider avec la perforation du diaphragme et avec le développement d'une péritonite circonscrite (Van Swieten, M. Andral). On conçoit que l'épanchement puisse, suivant une direction inverse, se tracer une issue à travers le tissu pulmonaire, et devenir le point de départ d'une vomique.

La durée est très-variable : dans les observations de M. Andral, un malade a succombé six jours après le début; un autre, après trente-sept jours seulement.

Diagnostic. — Suivant la plupart des auteurs, le diagnostic de cette affection est entouré de difficultés et d'obscurités; j'ai insisté sur les points qui peuvent l'éclairer; il ne peut pas être fondé sur tel ou tel signe en particulier, mais sur l'ensemble de ceux que j'ai indiqués et dont la réunion lui donne un degré satisfaisant de certitude.

On peut constater dans d'autres maladies des points épigastriques aussi douloureux, mais dans aucune, que je sache, la pression sur ce point ne produit une dyspnée aussi excessive.

Les douleurs réflexes sus-claviculaires, la sensibilité sur le trajet du nerf phrénique, pourront exister toutes les fois qu'un foyer phlegmasique existera dans le voisinage de ce nerf; on les observe dans la péricardite, dans la pleurésie générale, mais dans ce dernier cas, cette sensibilité est ordinairement bien moins prononcée.

L'hépatite pourrait donner lieu à des difficultés plus sérieuses; mêmes douleurs réflexes sus-claviculaires, même saillie du foie dans l'hypochondre, même répulsion des côtes en dehors, même possibilité d'un ictère; dans les cas rares d'hépatite, qu'il m'a été donné de voir, je n'ai constaté ni le point épigastrique, ni la dyspnée si intense, ni la difficulté du décubitus horizontal qui caractérisent la maladie que nous décrivons. Ajoutez à cela que, dans cette dernière, j'ai ordinairement rencontré un peu de faiblesse du murmure vésiculaire, ou un peu de râle sous-crépitant péridiaphragmatique, et que le plus souvent l'inflammation, resserrée pendant quelque temps sous la base du poumon, en franchissait les limites au bout de quelques jours, et, faisant explosion dans la cavité costo-pulmonaire, se révélait à l'auscultation par des signes positifs et incontestables qui confirmaient mon opinion sur le siége qu'elle avait primitivement occupé.

En résumé, dans aucune autre affection que la pleurésie diaphragmatique, on ne trouve, je crois, l'ensemble des symptômes suivants :

Douleurs hypochondriaques; point épigastrique dont la pression provoque immédiatement les troubles fonctionnels que j'ai décrits; douleurs réflexes sus-claviculaires, et sensibilité du nerf phrénique; douleur par la pression de l'hypochondre dirigée de bas en haut; dyspnée portée souvent jusqu'à l'orthopnée, toux pleurétique, fièvre, hoquets, nausées, vomissements.

Presque tous les auteurs, depuis Galien jusqu'à Joseph Frank, ont discuté le diagnostic de la pleurésie diaphragmatique et de la méningite, ou, pour parler l'ancien langage médical, de la paraphrénésie et de la phrénésie. Morgagni, de Haen, Sarcone, s'appuient sur des observations pour faire remarquer que le délire *peut* manquer. Pierre Frank va beaucoup plus loin, et, rompant franchement avec les traditions admises, il déclare « que le délire et le rire sardonique n'appartiennent pas plus à cette affection qu'à l'inflammation de tout autre organe. » J'ai déjà parlé de cette singulière préoccupation des anciens sur le rôle physiologique du diaphragme, mais il me semble que Pierre Frank a été trop absolu dans sa négation; je me demande s'il n'a pas subi cet entraînement d'exagération si naturel à ceux qui combattent l'erreur; d'après les observations que j'ai sous les yeux, je serais porté à admettre que le délire apparaît plus souvent dans la pleurésie diaphragmatique que dans la pleurésie costo-pulmonaire; et je trouverais la raison physiologique de cette circonstance dans l'obstacle plus grand, plus soudain, apporté aux fonctions de respiration et d'hématose, sans parler des connexions du nerf phrénique avec le pneumogastrique et avec le plexus solaire qui ont été invoquées pour expliquer le délire (Juncker).

J'ai passé sous silence dans cette revue diagnostique le rhumatisme du diaphragme, dont je crois avoir observé un cas; mais les observations présentées sous ce titre sont encore trop peu nombreuses et trop contestables pour établir définitivement cette affection dans les cadres nosologiques.

Je ne me suis occupé jusqu'ici que de la pleurésie diaphragmatique simple. Les mêmes symptômes se retrouvent dans les pleurésies qui, d'abord limitées à la région diaphragmatique, envahissent ultérieurement le reste de la plèvre; mais, chose remarquable que j'ai constatée plusieurs fois, et sur laquelle je reviendrai à l'occasion du pronostic, en même temps que l'inflammation se généralise, l'intensité des troubles fonctionnels diminue.

L'inflammation peut suivre une marche inverse : ainsi l'apparition soudaine des symptômes que j'ai décrits coïncidant avec l'aggravation de l'état fébrile, a révélé à Lerminier, dans un cas cité par M. Andral, le développement d'une pleurésie diaphragmatique, et l'autopsie a confirmé ce diagnostic.

Pronostic et anatomie pathologique. — Après avoir fait remarquer que la pleurésie diaphragmatique même simple est toujours une affection grave, que, notamment, le hoquet et les vomissements reparaissant après une interruption de plusieurs jours, et surtout le délire, ne se sont montrés que dans les cas très-graves, M. Guéneau de Mussy trace en quelques mots l'anatomie pathologique, qui présente pour particularité saillante, quoique rare, la perforation du diaphragme; puis il consacre les lignes suivantes au traitement.

Le traitement n'offre aucune indication sociale; il faut combattre énergiquement l'inflammation, et modérer la douleur, qui, par une influence en retour, augmente la fluxion qui la provoque. Il faut pratiquer des saignées générales proportionnées aux forces du malade, répétées suivant l'effet produit; on appliquera des ventouses autour de la base de la poitrine, pour exercer une action à la fois dérivative et déplétive sur les vaisseaux du diaphragme. En même temps, les narcotiques (la belladone, l'extrait aqueux d'opium) seront administrés à l'intérieur, et appliqués, sous formes de topique, sur les régions douloureuses. Ils sont surtout indiqués dans cette forme de pleurésie où les troubles d'innervation sont si prononcés. Dans les cas graves, j'ai toujours donné en même temps le calomel, qui, dans les inflammations des membranes séreuses, semble diminuer la tendance à la suppuration. Le malade fera usage de boissons diurétiques. On fera appel aux purgatifs, si le calomel n'agissait pas dans cette direction. Enfin, quand l'irritation circulatoire est calmée sous l'influence de ces moyens, ou dès le début, quand la réaction est médiocre et le sujet débilité, des vésicatoires doivent être employés en ceinture autour de la base de la poitrine.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Cazenave.

Considérations sur l'acné.

Au n° 2 de la salle Napoléon est couché un malade atteint d'une variété d'acné très-remarquable. Il a eu le visage huileux dès l'enfance, et plus tard, chaque fois qu'il faisait quelque excès ou qu'il se

livrait à des exercices immodérés, cet enduit gras augmentait. Le mal s'est ainsi aggravé. La peau est devenue rouge par endroits; il s'est formé des croûtes molles grasses et jaunâtres, et quand ces croûtes tombaient, on trouvait qu'en dessous la sécrétion de matière huileuse avait augmenté.

Il y a un an, ce malade s'est fait admettre à l'hôpital du Roule où il a été traité sans résultat. Il est entré dans le service de M. Cazenave en décembre 1852 et présente à notre observation un cas d'*acné sebacea* fluente très-bien caractérisée.

L'acné, rangée dans l'ordre des maladies pustuleuses, est, comme on le sait, localisée dans les follicules sébacés. Il y a toujours dans l'acné une lésion de la sécrétion. Dans l'acné simple il existe, comme dans toutes les autres variétés, une hypersécrétion de la matière sébacée, et, en outre, une turgescence de la peau avoisinante. Nous citerons pour mémoire l'*acné punctata* où la peau est parsemée de petits points noirâtres; l'*acné indurata*, où l'inflammation succède à l'hypersécrétion et se termine par induration, comme le nom l'indique; et l'*acnée rosacea* où la turgescence de l'acné simplex a fait place à un véritable érythème. Venons à la variété qui doit nous occuper aujourd'hui, c'est-à-dire à l'acné sebacea.

Son invasion est le plus souvent annoncée par un état particulier de la peau, comme chez notre malade. On aperçoit, lorsqu'elle doit siéger à la face, çà et là, dans les sourcils et vers l'angle du nez, quelques petits points rouges. Ils sont surmontés d'une petite squamme qui, laissée à demeure, se transforme en une petite croûte d'un aspect particulier. On voit qu'elle résulte du desséchement de la matière sébacée. Elle est grasse, molle, et souvent sa teinte primitivement jaunâtre est altérée par les impuretés de l'air qu'elle retient. Au-dessous est une surface onctueuse où ne se produit aucune démangeaison. Les malades sont sujets à des maux de tête assez persistants et à retours presque réguliers. Ce sont de véritables mouvements fluxionnaires avec bouffées de chaleur à la face, et quelquefois la congestion devient assez forte pour déterminer des épistaxis. Tout cela s'est présenté chez notre individu. Souvent la sécrétion perdant son caractère d'humidité, une écaille véritable recouvre le visage comme un masque. Mais ce n'est pas au visage, c'est surtout au cuir chevelu que l'acné sebacea est fréquente. Si elle est fluente, c'est-à-dire si la sécrétion est presque liquide, les cheveux sont mouillés comme si on les avait trempés dans l'huile : si elle ne possède pas ce caractère de fluidité ou qu'elle le perde, les cheveux se collent, s'intriquent les uns dans les autres, absolument comme dans ce qu'on appelle la plique polonaise. En même temps ils exhalent une odeur désagréable, et ils finissent par tomber. L'acné sebacea revêt souvent dès le début la forme concrète : la matière grasse peut devenir farineuse et former comme des écailles, surtout fort apparentes dans les raies de la coiffure.

Cette affection est propre aux jeunes gens et aux adultes. Les tempéraments sanguins ou lymphatiques paraissent y prédisposer. Toutes les causes d'irritations peuvent déterminer son développement, et plus spécialement certains cosmétiques employés hors de propos. L'exposition à une température trop basse, à un vent froid; une vie sédentaire chez des personnes habituées à une vie active; les professions de cuisinier, de forgeron, toutes celles qui obligent à subir l'action d'un foyer ardent, ont été signalées à juste titre parmi les autres causes de l'acné sebacea.

On comprend, à la rigueur, qu'un observateur inattentif puisse un instant confondre avec l'eczéma, l'acné sebacea fluente. Mais il est impossible que l'on tombe dans une pareille erreur pour peu qu'on se souvienne que la sécrétion eczémateuse n'a rien de huileux, que les squammes sont petites, sèches, blanches et très-facilement détachées.

Le pityriasis détermine aussi la chute des cheveux, mais ses petites squammes et l'absence de toute humidité et de toute onctuosité suffiront à le faire reconnaître.

Dans l'ichthyose, enfin, les écailles profondément implantées sont régulièrement imbriquées les unes sur les autres.

Quant au pronostic, nous devons conseiller au médecin de ne point oublier que la guérison est toujours très-lente et souvent très-difficile.

Le traitement comprendra deux périodes : avant tout, nettoyez les surfaces, et débarrassez-les des croûtes et de cet enduit huileux; employez, à cet effet, des lotions alcalines et mieux encore des lotions ammoniacales.

Quant au traitement curatif, vous pourrez recourir avec avantage aux purgatifs répétés, aux sulfureux à l'intérieur, à l'eau d'Enghien, au bi-carbonate de soude à l'intérieur, aux bains de vapeur, aux douches légèrement alcalines, aux eaux sulfuro-salines, etc.

PETIT.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. TRIQUET, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

« Je ne sais pas précisément si le labyrinthe participe à l'inflammation. »
(ITARD, t. 1, p. 128.)

« Toutes les altérations supposées des cavités labyrinthiques et des liquides qui les baignent sont des choses imaginaires. »
(KRAMER, p. 352.)

Notre but, en commençant cette publication, n'était comme nous le disions dans un précédent travail (1) que d'éveiller l'attention sur un point encore obscur et peu cultivé de la pathologie humaine.

Cette sorte d'esquisse nous a offert quelques observations recueillies sous les auspices de M. Rayer en 1848, et encore neuves, par la dissection complète des organes malades et les lésions remarquables qui nous ont été révélées.

Ce n'était, du reste, que la reproduction d'une lecture faite à la Société de biologie, cette même année, avec les pièces à l'appui.

La discussion qui s'éleva, lorsque ce premier travail parut (2), m'imposait l'obligation de poursuivre la tâche que je m'étais imposée.

Mais les circonstances favorables qui, en général, ne manquent guère dans les hôpitaux, ne sont cependant pas encore, comme on pourrait le croire, très-fréquentes ni très-faciles pour ce genre de recherches.

Toutefois, secondé par quelques-uns de mes collègues qui ont bien voulu, les uns m'envoyer des pièces avec des notes, les autres me faire prévenir en temps opportun, j'ai pu rassembler sept nouvelles observations.

Elles ont ceci de précieux qu'étant le corollaire les unes des autres, elles se font une suite toute simple en montrant les différentes phases de la maladie.

Ce travail excitera-t-il, comme le premier, de nouvelles et bien vives susceptibilités? Je n'en ai ni la crainte ni le désir.

Cependant M. Ménière ayant déclaré que nos recherches n'avaient rien d'original et que notre travail était « fait et parfait » depuis longtemps, nous étions en droit d'attendre les preuves de cette assertion.

Aucune preuve n'ayant été apportée, et même la discussion ayant montré (3) que rien de semblable n'avait été publié, nous nous reposions de bonne foi sur l'assertion émise, à cette époque, dans une lettre où la sévérité de la critique est bien compensée par l'aménité du langage.

Nous avions aussi l'espérance de voir paraître quelques-unes des *cent cinquante observations* promises, en opposition aux trois faits anatomiques et réels qui composaient notre petit mémoire.

Trois années se sont écoulées et les cent cinquante observations de rochers examinés minutieusement par mon honorable adversaire ne sont point encore sorties des cartons.

Je sais bien qu'il est permis de croire qu'elles paraîtront un jour.

Soit. Mais encore est-ce là une question bien difficile à résoudre; mieux vaut donc ne rien préjuger et s'en rapporter au temps.

Après tout, nous n'oserions réellement pas dire qu'elles n'ont pas été publiées quelque part, par exemple dans le *Moniteur universel* et peut être dans un autre journal non moins scientifique. Cependant, nous n'avons pu jusqu'ici découvrir qu'une lettre sur la surdi-mutité, écrite à l'époque où cette question était à l'ordre du jour (4).

Ceci posé et bien entendu, et n'ayant trouvé nulle part les

(1) *Gaz. des hôp.*, 1848.
(2) Voir *Gaz. des hôp.*, 14 et 16 janvier 1851.
(3) Voir *Gaz. des hôp.*, 14 et 16 janvier 1851.
(4) Voir *Moniteur universel* du 5 mai 1853.

cent cinquante observations, nous allons publier sept nouvelles dissections seulement.

Nous reprendrons donc lentement le cours de ce travail, et nous exposerons, peu à peu, les faits nouveaux que nous pourrons recueillir.

Du reste, l'éveil avait été donné, pour ainsi dire, et nous avons trouvé quelques essais du même genre (1) dans un travail allemand, publié à Francfort, la même année, par C. Passavant.

Les observations de cet auteur viennent confirmer nos propres recherches (2).

Je citerai, en leur place, le nom des personnes qui m'ont donné des pièces ou des notes, ou qui ont assisté à mes dissections. Les observations sans indication ont été recueillies par moi-même pendant mon internat.

Nous reproduirons d'abord notre premier mémoire qui n'est, à vrai dire, qu'une introduction à celui qu'on va lire.

Premier mémoire sur les maladies de l'oreille.

En 1848, sous l'inspiration de M. Rayer, et avec son bienveillant concours, nous avons entrepris une série de recherches sur les maladies de l'organe de l'ouïe.

Cette portion de la pathologie humaine est aujourd'hui presque entièrement devenue le domaine exclusif des spécialistes.

Les affections de l'organe auditif ne sont cependant pas tellement isolées, qu'elles ne puissent se rallier, dans un certain nombre de cas, à d'autres lésions de l'organisme.

Chacun sait combien l'otite est fréquente dans les fièvres graves, la typhoïde, par exemple, dans la phthisie. Rien n'est plus commun que de rencontrer certaines surdités qui doivent leur origine à des inflammations plus ou moins répétées du pharynx et des amygdales. Nous n'entendons point parler ici de ces douleurs éphémères et violentes, comme névralgiques, signalées par Itard sous le nom d'*otalgie*. Celles-ci ne s'accompagnent d'aucune lésion appréciable.

Mais dans les mêmes circonstances, on trouve assez souvent des cas bien dessinés dans lesquels il y a surdité avec othorrhée, ou surdité sans trace d'écoulement.

C'est un accident qui malheureusement n'est point rare, chez l'adulte, dans la fièvre typhoïde, pendant la rougeole des jeunes enfants. On la rencontre également à une période avancée de la phthisie; et cependant les auteurs de pathologie médicale n'ont pas étudié ces questions.

Les médecins spécialistes ont seuls mentionné le fait sans détails aucuns. Aussi n'y a-t-il, de leur part, que de simples assertions sans preuves solidement établies sur des observations anatomiques.

Les cas de ce genre ne sont pourtant pas bien rares dans les hôpitaux.

Dans une note ajoutée à la traduction de Kramer, on trouve « que les otites typhoïdes doivent être attribuées à la perforation spontanée de la membrane du tympan, et probablement aux lésions consécutives profondes de la caisse; car, la surdité, à des degrés variés, est une terminaison assez fréquente de la maladie. »

Disons tout d'abord que ces propositions sont vraies dans un certain nombre de cas, mais non toujours. Pourquoi cette perforation spontanée du tympan? Quelle en est la cause, le mécanisme?

Quelles sont les lésions probables de la caisse?

Ce sont là autant de problèmes qui attendent leur solution. Solution bien importante; car si l'anatomie venait à nous révéler la réalité de ces lésions, il faudrait bien y trouver une cause de surdi-mutité chez les jeunes enfants atteints de fièvre typhoïde avec otite.

Il faudrait bien y trouver la cause de tant de surdités, souvent incurables, qui affectent les adultes dans les mêmes circonstances.

Qu'est-ce à dire? Que l'étude des maladies de l'oreille, basée sur l'anatomie pathologique, non pas probable, mais réelle, manque encore complétement. Peut-être la raison n'en serait-elle pas bien difficile à trouver. Peu importe. Mais ce qu'il faut constater, c'est que l'ouvrage d'Itard, publié en 1822, est encore la meilleure monographie que nous ayons, tout incomplète qu'elle est.

Car Itard, après quelques essais infructueux, s'est arrêté devant l'étude si difficile des maladies de l'oreille interne. Il émet, sous forme d'hypothèse, que les altérations du liquide de Cotugno doivent y jouer un certain rôle; mais il ne va pas plus loin et décrit d'un seul trait, sous le nom de *surdité nerveuse*, toute surdité qui n'offre pas de lésion appréciable à l'examen extérieur.

Qu'est-ce donc que la surdité nerveuse? Kramer, dans sa préface, nous annonce qu'il va combler cette lacune; il n'en est rien.

Le médecin de Berlin a suivi tout simplement la voie de ses prédécesseurs qu'il a si souvent blâmés. Après avoir noté sans description quelques altérations vagues du labyrinthe, l'atrophie du nerf acoustique, l'oblitération de la fenêtre ronde, il avoue que l'étude des maladies de l'oreille interne semble *ne promettre aucun résultat pour l'avenir;* et cependant n'est-on pas en droit de s'étonner que nulle recherche n'ait été faite sur ce sujet, quand on songe que, sur 2,000 malades dont Kramer paraît avoir recueilli les observations, 1,074 présentaient ce dernier genre de surdité?

Telle est la direction que nous avons résolu de donner à nos travaux. Nous ne voulons rien avancer qui ne soit appuyé sur des faits et des dissections; car, dans toute étude, il faut partir d'un point fixe, et ici, comme en toute autre partie de l'art médical, l'anatomie pathologique doit tenir le premier rang.

Nous ne pourrons donc présenter nos observations qu'au fur et à mesure que des circonstances favorables nous les offriront.

Ce premier mémoire n'est, à vrai dire, qu'un plan de travail : il n'est pas bien riche. Trois faits seulement le composent; mais ces trois faits reposent sur une dissection complète des organes malades.

On trouvera plus bas deux cas d'otite typhoïde, un cas d'otite chez un phthisique (otite jusqu'à présent dite tuberculeuse); enfin, la dissection de deux temporaux d'une femme atteinte de *surdité* dite *nerveuse*. C'est bien peu, assurément; mais nous ne pouvons pas aller plus vite.

Ne vaut-il pas mieux marcher à pas lents et à ciel ouvert que de courir au milieu des ténèbres? Et d'ailleurs, notre but aura été atteint complétement, si nous parvenons à démontrer que, dans les maladies de l'oreille, comme partout ailleurs, il faut d'abord recueillir des faits si l'on ne veut pas s'exposer à bâtir des théories illusoires.

C'est donc un appel que nous osons faire à nos collègues des hôpitaux, bien persuadé que des efforts dirigés dans ce but ne peuvent rester infructueux.

1re *Observation.* — *Anatomie pathologique de l'otite typhoïde* (1). — Le sujet qui nous a offert les altérations qui vont être décrites était un homme de 30 ans, mort vers la fin du troisième septenaire d'une fièvre typhoïde.

Il y avait eu, pendant la maladie, otorrhée purulente du côté droit seulement.

Lorsque la pièce nous fut remise, le pavillon de l'oreille offrait encore des traces non équivoques de cet écoulement (2).

En procédant de l'extérieur à l'intérieur, nous avons trouvé :

1° Une inflammation profonde de la membrane qui revêt le

(1) *Lésions de l'appareil auditif dans les fièvres typhoïdes.*

(2) *Anat. path.*, Befund des inneren Ohresam typhus Verstorbener. (C. Passavant à Francfort Zeitschr. f. rat. medicin. VIII, et 2.)

(1) Cette pièce me fut remise par M. le docteur Verneuil, alors aide d'anatomie à la Faculté (1848).

(2) Comme on rencontre souvent de graves difficultés quand il s'agit d'enlever des temporaux (même sur des sujets qui ont succombé dans les hôpitaux), j'ai ima-

méat auditif externe. Comparée à celle du côté sain, elle est au moins triplée de volume, turgide de sang infiltré dans son tissu.

Cette membrane se détache avec facilité, et, au moindre effort de traction, elle se déchire en lambeaux. Il y donc à la fois, infiltration sanguine et ramollissement.

2° La conque osseuse du conduit auditif offre des stries rougeâtres que le lavage et la macération n'ont point enlevées.

Ce sont évidemment des canalicules osseux enflammés.

3° En arrivant au fond du conduit auditif, nous trouvons d'autres altérations, et d'abord un caillot sanguin de la grosseur d'un petit pois repose sur la face externe de la membrane du tympan, à laquelle il n'adhère que faiblement.

Le tympan est complet : une couleur rougeâtre violacée remplace sa transparence normale. Son épaisseur est augmentée.

4° En le décollant du cercle osseux sous lequel il est encadré, on trouve l'intérieur de la caisse rempli d'un pus brun, sanieux, rougeâtre, évidemment mélangé de sang.

5° Les osselets, la corde du tympan présentent une teinte rouge, uniforme.

6° La membrane qui tapisse l'intérieur de la caisse présente aussi des caractères d'inflammation non équivoques : elle est baignée d'un pus sanieux. Ce liquide se rencontre encore en grande quantité dans l'intérieur des cellules mastoïdiennes.

La muqueuse de ces cellules, qui est la continuation de celle que l'on trouve dans l'oreille moyenne, offre les mêmes caractères : rougeur, vascularisation, épaississement; en plusieurs points même elle n'existe plus et les lamelles osseuses sont complétement dénudées.

7° L'oreille interne ou le labyrinthe n'offre aucune altération. L'étrier fermait encore la fenêtre ovale et semblait avoir barré le passage à l'inflammation. Après l'avoir enlevé, on trouve le vestibule à l'état sain, le limaçon parfaitement normal, ainsi que le nerf auditif.

L'altération, de nature inflammatoire, occupait donc seulement l'oreille externe et moyenne, d'où elle avait envahi les cellules mastoïdiennes.

2e *observation.* — *Otite des phthisiques.* — Un jeune homme de 25 ans, corroyeur, d'une constitution délicate, entra à l'hôpital de la Charité en octobre 1848, service de M. Rayer.

A cette époque, il présentait déjà tous les signes d'une affection pulmonaire très-avancée. Les deux oreilles, et la droite plus particulièrement, etaient en outre le siége d'un écoulement purulent dont la consistance et la quantité ont souvent varié depuis lors.

Les détails fournis par le malade, sur l'origine et les premiers symptômes de l'affection de poitrine, ne sont pas aussi complets qu'on pourrait le désirer, à cause de son état de surdité. En outre, l'intelligence semble participer à la faiblesse générale.

Il y a un an environ, qu'à la suite de travaux pénibles, ce jeune homme fut pris de froid. La toux devint fréquente, et bientôt l'état de malaise et la débilité qui survinrent l'obligèrent à quitter son atelier.

Au commencement du mois de septembre 1848, neuf mois après les premiers symptômes de la maladie de poitrine, de nouveaux accidents vinrent s'ajouter aux premiers.

1° Il éprouva des céphalalgies violentes, des bourdonnements et des élancements dans l'intérieur des oreilles.

2° Bientôt un écoulement purulent se manifesta par le conduit auditif externe.

Nous n'avons pu savoir exactement le nombre de jours qui s'écoulèrent entre les premières douleurs d'oreille et la suppuration, les souvenirs du malade n'ayant rien de précis à cet égard.

Jusqu'à l'époque où commença la maladie de poitrine, sa santé avait été excellente.

A son entrée dans les salles de M. Rayer, ce malade, quoique n'entendant qu'avec difficulté les questions qu'on lui adressait, offrait cependant une sensibilité très-vive dans l'appareil de l'audition.

Tout bruit fait près du pavillon de l'oreille exagérait cette sensibilité et parfois la changeait en douleur. Ces symptômes disparurent en quelques jours et la surdité devint complète, malgré l'emploi des vésicatoires, de la pommade stibiée, etc.

L'écoulement purulent continua et prit une odeur fétide. Nouveaux et rapides progrès de la phthisie. Cavernes au sommet du poumon droit. La faiblesse et l'abattement augmentèrent, et le malade succomba dans les derniers jours de décembre 1848.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

1° Cavernes pulmonaires à droite.

2° Tubercules ramollis du côté gauche.

Sens de l'ouïe. — De chaque côté, le conduit auditif externe offre encore la trace de la matière qui s'écoulait pendant la vie. A droite, le rocher est si friable qu'il se brise sous la moindre traction et sans aucun effort.

En procédant de dehors en dedans, nous avons trouvé des lésions communes à droite et à gauche, c'est-à-dire :

1° La membrane du conduit auditif externe tuméfiée, comme fongueuse, le périoste décollé.

2° La membrane du tympan n'existe plus; la cavité de la caisse communique largement avec l'extérieur; elle est remplie d'un liquide jaune, épais, visqueux, fétide, qui présente beaucoup d'analogie avec la matière des clapiers phlegmoneux.

3° Les cellules mastoïdiennes, les trompes d'Eustachi sont également baignées par le même liquide et en grande quantité.

4° Des deux côtés encore, destruction presque complète des osselets tympaniques; on trouve çà et là, au milieu du pus, quelques minces esquilles de la grosseur d'une pointe d'épingle qui semblent être leurs faibles débris. On peut distinguer, du côté gauche, un tout petit fragment à deux branches qui rappelle assez bien l'étrier dont la base aurait été enlevée.

Du côté gauche, les cellules mastoïdiennes sont tellement amincies qu'elles ressemblent à une gaze transparente. La membrane ténue qui les tapisse à l'état normal a disparu entièrement.

Le plus grand nombre des trabécules qui les composent semblent frappées de nécrose : aussi le stylet le plus fin, promené à leur surface, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Au côté droit, la membrane existe partout, mais couverte du liquide jaunâtre dont nous avons parlé.

Ici, les cellules ont l'épaisseur et la consistance qui leur sont propres.

Des deux côtés, les fenêtres ronde et ovale sont ouvertes et pleines du liquide : des deux côtés, les cavités labyrinthiques, ou plutôt l'espèce de clapier qui est à leur place, en est également rempli.

A gauche, les canaux demi-circulaires et le limaçon sont complétement détruits : on n'en trouve plus de trace.

A droite, le limaçon existe seul, mais complet.

Des deux côtés, les nerfs auditif et facial peuvent être suivis jusqu'au fond du conduit auditif interne, mais non au delà.

La face supérieure et interne de chaque rocher n'offre pas de lésion notable.

---

giné une coupe que je crois utile d'indiquer ici. Elle permet d'emporter la pièce tout en cachant, à la vue, la perte de substance :

1° Une incision horizontale (de 5 à 8 centimètres), et pénétrant jusqu'aux os, est faite dans la région temporale, au-dessus du bord libre du pavillon de l'oreille;

2° Deux autres incisions verticales, aux limites de la première, descendent de chaque côté, et encadrent l'oreille, au-dessous de laquelle elles se terminent, en formant un V.

Le pavillon est alors abaissé avec les parties molles.

3° Un coup de ciseau enfonce la table osseuse du crâne dans la région temporale.

4° Une petite scie à main, à lame fine et étroite, passe dans la trouée, et répète, sur les os, la coupe faite par le scalpel, sur les parties molles.

5° Il ne reste plus qu'a ébranler le rocher avec un levier quelconque : s'il reste quelques points de parties molles ou dures, on achève de les diviser.

La dure-mère est un peu amincie à gauche, mais sans décollement.

Une question importante reste à résoudre :

Quelle est la nature de ce liquide jaune-verdâtre, épais, qui baignait l'intérieur de toutes ces cavités et semblait les convertir en un vaste clapier? Nous l'avons déjà dit : à l'œil nu, ce liquide ne diffère pas sensiblement du pus phlegmoneux qui a croupi dans des sinus plus ou moins tortueux. On peut l'enlever en gouttelettes : chaque gouttelette est formée par un liquide crémeux, épais, homogène, sans granules, sans fragments grumeleux qui puissent même éveiller l'idée de matière tuberculeuse ou caséeuse.

Cependant, pour avoir toute la certitude désirable, ce liquide a été examiné au microscope et l'on a trouvé tous les caractères du pus phlegmoneux. Cette otite, bien qu'observée sur un phthisique, n'avait donc point pour cause des tubercules du rocher. Telle est pourtant l'opinion généralement admise par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. M. Louis n'en a pas d'autre.

La même assertion se trouve répétée sans preuves dans l'ouvrage de Kramer, la plus récente, sinon la plus complète des monographies que nous ayons sur les maladies de l'oreille.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Traitement de la morsure du serpent par l'arsenic,

Par M. Benjamin Travers.

Le vent étant aujourd'hui à l'arsenic, nos lecteurs ne trouveront pas sans doute étonnant qu'on l'ait appliqué à la morsure des serpents; c'est ce qu'ont fait plusieurs médecins américains dans des cas que M. Travers résume dans une Note publiée dans les *Transactions médico-chirurgicales*. La dose pour guérir la morsure des serpents (quels serpents?) est de 1 grain d'*arsénite de potasse* (tel qu'il existe dans la solution de Fowler), répété toutes les demi-heures *jusqu'à ce que le malade commence à revenir à lui*. M. Ireland recommande la préparation suivante : *liqueur arsénicale,* 2 gros; *teinture d'opium,* 10 gouttes; mêlés à une certaine dose d'eau de menthe. On ajoute à ce mélange un peu de jus de limon, et on prend le tout pendant la légère effervescence qui se produit. Des hommes ont consommé six, sept, huit doses semblables, avant que l'action de l'arsenic sur les voies digestives se soit prononcée. Cinq malades, traités de cette manière, ont rapidement guéri.

On conçoit que nous n'ayons aucun moyen de contrôler des observations de ce genre; mais nous croyons devoir au moins les enregistrer.

(*Association médic. journal* et *Gaz. hebd.*, sept. 1853.)

CORRESPONDANCE.

La vaccine rendue obligatoire.

A propos du vœu émis par le Conseil général de la Seine-Inférieure, notre cher et excellent confrère, M. Louyet, nous adresse une lettre dans laquelle il démontre ses droits à la priorité de l'idée adoptée par ledit Conseil et d'où nous extrayons ce qui suit :

Pénétré de l'importance de cette mesure, j'en fis donc, en 1830, le sujet d'une pétition renfermant les idées que je viens d'émettre, et qui sont consignées dans une thèse sur la vaccine, que j'ai soutenue, le 31 août 1847, à la Faculté de médecine de Paris. Voici le rapport que fit alors de cette pétition M. Martin Laffitte :

« Le sieur Louyet, médecin à Paris, appelle de nouveau l'attention du gouvernement sur la vaccine; il demande que les peines portées par les articles 319 et 320 du Code pénal soient appliquées aux pères et mères dont les enfants succomberaient à la petite vérole, par suite de l'opiniâtre opposition qu'ils auraient montrée pour la vaccine.

« Sans doute, la vaccine doit être encouragée et propagée par tous les moyens imaginables, puisqu'elle contribue puissamment à l'accroissement et à la beauté des populations; mais votre commission a pensé qu'il serait par trop rigoureux d'assimiler dans ce cas, aux délits prévus par les articles 319 et 320, l'entêtement ou l'ignorance des parents, qui sont déjà assez punis par la perte de leurs enfants et par la privation de toute admission aux écoles publiques; elle a pensé qu'on arriverait sûrement au but en provoquant un règlement de salubrité publique, qui interdirait toute communication avec le dehors aux personnes habitant une maison où la petite vérole se serait déclarée.

« En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer de passer a l'ordre du jour. » Adopté. (Séance du 6 novembre 1830.)

Un autre député fit observer que la mesure proposée était odieuse, en ce qu'elle portait une atteinte grave à l'autorité paternelle.

Pour établir si, dans l'espèce, la peine que je propose est en rapport avec le délit, il suffit de comparer les délits pour lesquels on applique ordinairement l'article 319 avec celui dont il est question. Lorsque, par négligence, des parents ont exposé leurs enfants à être brûlés ou gelés, et que la mort s'ensuit, le juge, malgré l'observation du défenseur que les parents sont bien assez malheureux d'avoir perdu leurs enfants, ne fait-il pas l'application de l'article 319? Et pourtant, dans cette circonstance, ils sont moins répréhensibles que lorsqu'ils exposent leurs enfants à mourir de la petite vérole, et à communiquer cette maladie à d'autres personnes, puisqu'il peut y avoir alors un plus ou moins grand nombre de victimes. Qu'on ne dise pas non plus que les parents sont bien assez punis par la perte de leurs enfants; l'expérience démontre la fausseté de cette assertion, puisque nous voyons tous les jours des pères et mères se refuser à faire vacciner leurs enfants, bien qu'ils en aient déjà perdu de la petite vérole. La privation, pour ces derniers, d'être admis dans les écoles publiques s'ils n'ont pas été vaccinés n'est pas toujours un moyen certain : j'ai vu des malheureux tellement encroûtés de préjugés qu'ils préféraient priver leurs enfants d'instruction que de les faire vacciner.

Les pauvres enfants sont doublement victimes : on les rend solidaires des fautes de leurs parents. On a des exemples d'individus plongés dans la plus grande misère, qui ont refusé les secours du bureau de bienfaisance parce qu'on leur imposait pour condition de faire vacciner leurs enfants.

Quant au règlement de salubrité publique proposé par le rapporteur, il ne pourrait être mis à exécution sans provoquer de justes plaintes de la part des locataires de la maison où régnerait la variole, puisqu'ils seraient forcés de suspendre leurs relations avec les personnes qui seraient hors de cette maison, ce qui ne pourrait avoir lieu sans compromettre gravement leurs intérêts.

Est-il besoin de faire remarquer combien est injuste le reproche que cette mesure porte une atteinte grave à l'autorité paternelle? Ne sait-on pas que cette autorité doit avoir des bornes, et que nous ne sommes plus au temps de la république de Rome, où les pères avaient le droit de vie et de mort sur leurs enfants?

Le droit du père de famille sera toujours subordonné au droit de la société; celle-ci ne doit pas tolérer les sottises de quelques individus, sottises qui peuvent compromettre sa sécurité. N'oublions pas que nos enfants sont avant tout citoyens. On ne saurait trop le répéter : la propagation de la petite vérole n'a pas de principe plus actif que l'ignorance, et de perpétuité plus assurée que l'indifférence des magistrats.

Agréez, etc. Dr Louyet.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chimie pathologique appliquée à la médecine pratique, par M. Alf. Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., et par M. le docteur M.-A. Rodier. — 1 vol. in-8 de 618 pages. — Prix : 7 fr.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par M. E. Gintrac, professeur et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. — 3 vol. grand in-8 de 2,250 pages. — Prix : 21 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

De la pneumonie d'Afrique, par le docteur Catteloup, médecin-major de 1re classe. — Brochure in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 25 c.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 132. 1re année. Jeudi 3 Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, par M. le Dr Rilliet. (*Suite.*) — Du traitement méthodique des ophthalmies lymphatiques, par M. le docteur Despaux. — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **CORRESPONDANCE** : Syphilis. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. Triquet, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite. Voir le n° 131.*)

Dans leur *Traité des maladies des enfants,* MM. Rilliet et Barthez ont rapporté quatre cas d'otite chez des tuberculeux.

Dans ces quatre cas, surdité complète avec destruction plus ou moins avancée des parties profondes du rocher qui logent l'organe de l'ouïe. Deux de ces cas, relatés brièvement, paraissent avoir une grande analogie avec la pièce dont nous avons donné une dissection complète.

Dans deux autres cas, MM. Rilliet et Barthez ont trouvé dans le rocher deux tubercules enkystés bien évidents.

Cette assertion, émise par des auteurs aussi consciencieux, a bien certainement une grande valeur. Cependant de graves raisons doivent nous imposer l'obligation d'attendre de nouveaux faits avant d'adopter cette opinion.

Du pus concret, solidifié, si je puis ainsi dire, dans une ou plusieurs des cavités de l'oreille interne, ne peut-il pas simuler jusqu'à un certain point, un ou plusieurs tubercules du rocher? L'examen, fait à l'œil nu, ne doit-il pas contribuer à rendre l'illusion complète? D'ailleurs, M. Lebert, si habile dans l'art du microscope, doute qu'on ait rencontré jusqu'à présent de vrais tubercules dans le rocher (1).

Cependant j'ai trouvé tout récemment un fait, déjà ancien et comme perdu, dans la *Presse médicale* de 1837, n° 32.

C'est une observation de M. le professeur Grisolle, dans laquelle on trouve la description suivante :

Un phthisique qui, dans les derniers temps de sa vie, avait eu un écoulement purulent par l'oreille, offrit à l'autopsie :

1° Des tubercules dans les deux poumons ;

2° Le rocher a présenté les lésions suivantes : à sa base, tache d'un blanc jaunâtre subjacente à la dure-mère ; celle-ci détachée de l'os, on trouve, dans le point correspondant à la tache, une matière solide, friable, d'un blanc mat, ressemblant à la matière tuberculeuse.

Assurément, cette description ne permet guère d'hésiter à croire qu'il puisse se former des tubercules dans le rocher, comme partout ailleurs : et, du reste, cette proposition a été prouvée (autant qu'une chose peut l'être) par notre excellent maître M. le professeur Nélaton (*thèse inaugurale,* 1836, n° 376).

Mais de ce que des tubercules peuvent se développer dans le rocher, s'ensuit-il nécessairement que toutes les otites rencontrées sur des phthisiques, doivent avoir pour cause constante la présence de ces productions hétéromorphes dans une portion quelconque du réceptacle osseux, qui loge le sens de l'ouïe? Non, assurément ; et c'est ce qu'il fallait démontrer, contrairement à certaines assertions, émises sans preuves (*Voir* Kramer).

Ce premier point démontré, on est conduit à se demander s'il ne serait pas convenable de chercher à diminuer, améliorer ou guérir l'écoulement et la surdité chez ces pauvres malades, de la même manière que M. le professeur Trousseau en France, et M. Bennet en Angleterre, s'efforcent de combattre, le plus souvent avec succès, la *laryngite* et l'*aphonie,* qui peuvent aussi survenir, comme on le sait, dans le cours de la même maladie (phthisie).

Il y aurait donc, selon nous, une *phthisie auriculaire,* comme il y a une *phthisie laryngée* (1).

Ce sujet important nous paraît digne de fixer l'attention, et nous avons commencé une série de recherches, dirigées surtout au point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique.

Il y a là aussi quelque chose d'utile à tenter contre cette affection de l'ouïe qui vient compliquer si péniblement la tuberculisation pulmonaire.

3e *Observation. — Surdité nerveuse.* — Ce troisième fait est d'un grand intérêt au point de vue de la pratique et de l'art. Il est relatif à ces affections profondes de l'organe de l'ouïe, sans lésion apparente bien notable, et que les médecins auristes ont englobées sous le nom de surdité nerveuse.

En octobre 1848, une femme âgée de 30 ans vint mourir à la Charité d'une péritonite aiguë. Elle avait presque entièrement perdu le sens de l'ouïe depuis plusieurs années.

L'état de souffrance extrême, une mort rapide, ne nous ont permis de recueillir aucuns détails sur les causes présumées, ou du moins sur les circonstances qui ont dû accompagner chez cette malade la perte de l'audition. Il n'y avait pas trace d'écoulement par le méat auditif.

Pour donner quelque valeur à notre diagnostic, nous aurions désiré examiner la membrane du tympan et la trompe d'Eus-

(1) J'ai fait, depuis cette époque, deux autres dissections entièrement semblables à celle-ci, et la description qu'on vient de lire s'y rapporte de tous points. Dans ces trois dissections, j'ai trouvé constamment du pus dans les cavités moyennes et internes de l'oreille, et le microscope lui-même n'a pu y démontrer aucune trace de matière tuberculeuse. Je continue actuellement ces recherches.

(1) La présence des tubercules ne nous semblerait pas plus nécessaire à l'existence de l'une qu'à l'existence de l'autre.

tachi; mais, pour les motifs exposés plus haut, cet examen ne fut possible que sur le cadavre.

Le tympan, sans être épaissi notablement, avait perdu sa transparence; vers sa circonférence, on dirait qu'il y a là un cercle sénile, analogue à celui que l'on voit sur la cornée des vieillards. De chaque côté, la trompe était perméable : l'air insufflé faisait entendre à notre oreille un bruit sec et interrompu çà et là par quelques bulles bien rares : c'était plutôt un susurrus léger qu'un *bruit muqueux*. Il y avait donc probablement un peu de liquide dans chacune des caisses, et, pour nous, ce liquide était probablement dû à un état catarrhal de l'oreille moyenne.

Cette probabilité trouvait en quelque sorte sa raison dans l'inspection anatomique de l'arrière-gorge.

Les deux tonsilles étaient légèrement hypertrophiées, mais chroniquement : elles offraient cet aspect cribleux, cette apparence comme fibreuse que nous leur voyons prendre avec une si merveilleuse facilité.

Ces lésions qu'on a décrites si souvent comme symptomatiques du catarrhe de la caisse n'étaient donc pas suffisantes ici pour expliquer une surdité presque complète.

Non-seulement le bruit d'une montre ne pouvait plus être perçu, mais encore la voix, dans ses notes les plus hautes, éveillait à peine une sensation confuse.

Cette surdité, chez une malade dont les oreilles ne présentaient aucun suintement, chez laquelle les trompes pouvaient admettre la sonde d'Itard, se rapprochait donc, à plus d'un titre, de cette classe qu'on appelle *nerveuse*, parce qu'elle est inconnue.

La dissection des organes malades nous a montré des deux côtés :

1° Méat auditif externe normal; çà et là quelques poils agglutinés par une petite quantité de cérumen.

2° La membrane du tympan avait conservé sa transparence à son centre, à peu près vers le point où s'insère le manche du marteau : la circonférence était un peu épaissie, d'un blanc nacré, opaque.

3° La muqueuse des trompes et de la caisse à son pourtour est d'un rouge pâle, indurée, plutôt ratatinée qu'augmentée de volume : mais sur les parois interne et postérieure de la caisse, la muqueuse offre une autre altération : elle forme de petits mamelons rougeâtres, fongueux, de la grosseur d'une forte tête d'épingle; à leur base, on trouve quelques gouttelettes de pus.

4° La chaîne des osselets est rompue : des deux côtés, la longue branche du marteau existe à peu près complétement. *A droite,* il ne reste plus qu'une branche de l'étrier. *A gauche,* ce dernier osselet seul est complet; il obture encore la fenêtre ovale; la tête du marteau, l'os lenticulaire, l'enclume, ont disparu; quelques petites esquilles, aussi fines que des pointes d'épingles, en sont probablement les faibles débris.

5° La membrane des fenêtres rondes est détruite.

6° Les cordes du tympan sont à leur place, mais rouges, ramollies, pulpeuses.

7° Les cellules mastoïdiennes offrent les mêmes lésions que la paroi interne de la caisse : muqueuse épaissie, mamelonnée avec du pus en petite quantité; la plupart des lamelles osseuses sont nécrosées.

8° *A gauche,* les cavités de l'oreille interne paraissent normales; mais les canaux demi-circulaires ne contiennent plus de liquide.

9° Le limaçon est également intact, ainsi que le nerf auditif.

10° *A droite,* les canaux demi-circulaires sont aussi privés du liquide de Cotigno.

11° La membrane qui les tapisse est sillonnée de *stries vasculaires, fines, nombreuses et serrées en réseau.*

12° Le névrilème des nerfs acoustique et facial offre une injection semblable au fond du conduit auditif interne.

13° La cochlée nous a paru normale.

Voici donc une série d'altérations de nature inflammatoire bien constatées.

En procédant du connu à l'inconnu, si nous essayons de reconstituer la marche de la maladie, nous voyons qu'une phlegmasie du pharynx a été probablement le point de départ de tous ces phénomènes morbides. L'inflammation, partie de l'amygdale, a cheminé dans la trompe d'Eustachi.

Arrivée dans l'oreille moyenne elle s'y est concentrée; la carie, la nécrose des osselets, les points fongueux de la muqueuse en sont la preuve.

D'un côté, l'étrier reste en place dans la fenêtre ovale, et la phlegmasie respecte cette fragile barrière; de l'autre, l'étrier détruit permet à la maladie d'envahir librement le *vestibule,* les *canaux demi-circulaires,* la *terminaison du nerf auditif.*

L'oreille interne peut donc subir les mêmes altérations et de la même manière que l'oreille moyenne. Mais ne nous hâtons point de généraliser; nous devons attendre de nouveaux faits établis sur de nouvelles dissections. Celui-ci, tout curieux et tout isolé qu'il est encore (car les auteurs n'ont rien décrit de semblable jusqu'à présent), a besoin d'être appuyé par d'autres observations, et c'est vers ce but que nos efforts tendront désormais.

Cependant, dès ici nous croyons pouvoir dire que la thérapeutique des maladies de l'oreille ne doit pas être aussi restreinte, aussi empirique, et pour prendre un exemple, notre malade n'aurait été bien certainement ni guérie, ni soulagée par les douches d'air ou les vapeurs d'éther.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance,

Par le Dr F. Rilliet, *médecin en chef de l'hôpital de Genève.*

(*Suite. Voir le n° 130.*)

3e *Observation.* — Un jeune garçon, âgé de 4 ans, contracta la scarlatine au mois de décembre.

L'éruption fut légère; le septième jour, la fièvre était dissipée. Trois jours après la disparition de l'éruption, il survint un oreillon du côté gauche et de l'enflure au visage, aux pieds et aux mains.

L'appétit et la quantité des urines diminuèrent; la constipation s'établit. Les diurétiques restèrent sans résultat.

Dix jours après la terminaison de la fièvre, survinrent des étourdissements, de l'assoupissement, de la sensibilité des yeux, de la chaleur à la tête, des nausées. Puis des vomissements incessants; une céphalalgie intense, des élancements et des tiraillements dans la nuque, une altération profonde des traits, la rétraction du ventre, la somnolence continue, l'irrégularité de la respiration et les soupirs, le ralentissement du pouls, la surexcitation de la vue et de l'ouïe.

Gölis diagnostiqua une hydrocéphalie et prescrivit le calomel, les sangsues derrière les oreilles, les vésicatoires, les applications froides sur la tête. Ces remèdes n'ayant été suivis d'aucune amélioration, il ordonna une seconde application de sangsues et un emplâtre mercuriel sur l'oreillon.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs diminuèrent, le pouls prit une allure plus fébrile. On entretint la suppuration des vésicatoires, on redonna le calomel combiné avec la digitale, et plus tard la digitale avec la crème de tartre, puis une légère infusion de valériane. A l'aide de ces remèdes, l'œdème disparut, ainsi que la tumeur de la parotide, et la guérison fut complète.

§ 4. *Nature de la maladie. — Diagnostic.* — A quelle cause faut-il attribuer les accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de l'hydropisie albuminurique? Est-ce à une névrose, à une phlegmasie, à une hydropisie ou à une altération du sang?

L'examen cadavérique devrait donner la solution de cette question; mais, d'une part, la maladie cérébrale se terminant le plus souvent par le retour à la santé, les recherches nécroscopiques font presque toujours défaut; et d'autre part, dans les cas où l'autopsie a pu être pratiquée à temps et où l'on aurait dû, pour ainsi dire, prendre la maladie sur le fait, la lésion a pu disparaître avant la mort et laisser de l'incertitude sur la véritable cause anatomique des accidents (*voir* 2e *obs*).

Les auteurs nous fournissent peu d'éclaircissements sur ce sujet obscur. Suivant eux, dans quelques cas il n'existe aucune lésion appréciable de l'encéphale, tandis que dans d'autres on trouve un épanchement séreux abondant sous-arachnoïdien ou ventriculaire. Cette dernière opinion nous paraît celle qui se rapproche le plus de la vérité, et nous croyons que c'est à une hydropisie cérébrale que sont dus les accidents. A défaut de preuves directes, nous pouvons invoquer l'analogie et l'exclusion, pour établir l'espèce de la lésion anatomique.

En effet, la maladie que nous venons de décrire offre des symptômes qui permettent de la distinguer de l'éclampsie et de la méningite. Rien de plus rare que les convulsions sympathiques dans la seconde enfance. Or, tous les malades dont nous avons analysé les observations avaient dépassé l'âge de quatre ans. Les convulsions éclatent brusquement; elles ne sont pas précédées de céphalalgie, de vomissements, de mydriase ou d'amaurose; la convulsion disparue, l'enfant est guéri et l'on ne voit pas persister la série des symptômes décrits ci-dessus.

Dans la seconde enfance, la méningite phrénétique est la seule qu'on observe; cette maladie diffère de l'encéphalopathie albuminurique par la répétition et la constance des vomissements, par l'intensité et la persistance de la céphalalgie, par la contraction et non par la dilatation de la pupille au début, et surtout par l'absence de convulsions initiales. Nous possédons une observation de méningite générale qui survint dans le cours d'une albuminurie et qui entraîna la mort en moins de vingt-quatre heures; dans ce cas, la maladie ne fut caractérisée que par la pâleur de la face, la décomposition des traits, une agitation désordonnée, des cris continuels, une grande fréquence de la respiration, et une petitesse extrême du pouls. Il n'y eut point de convulsions.

Les accidents cérébraux ne devant être rapportés ni à une névrose, ni à une phlegmasie, nous croyons rationnel de les regarder comme la conséquence de l'hydrocéphalie, en prenant ce mot dans sa plus large acception, c'est-à-dire en y faisant rentrer, non-seulement les épanchements intra ou sous-arachnoïdiens et ventriculaires, mais aussi l'infiltration séreuse de la substance cérébrale elle-même.

Voici les arguments sur lesquels nous nous appuyons:

1° Il existe, dans la science, des observations d'hydrocéphalie aiguë primitive, ou secondaire à des maladies étrangères aux affections des reins ou du cerveau, qui offrent une assez grande analogie avec l'encéphalopathie albuminurique.

2° Les hydrocéphalies symptomatiques de l'inflammation de la membrane ventriculaire ou des tubercules cérébraux ont pour symptômes principaux les convulsions.

3° La nature des symptômes et leur marche, qui diffèrent, comme nous l'avons dit, et des névroses et des phlegmasies; la facilité de la disparition d'accidents graves, mais aussi la persistance d'un certain nombre d'entre eux, indiquent comme cause organique la présence d'un élément plus fixe qu'une névrose ou qu'une congestion, mais moins fixe qu'une phlegmasie. L'hydropisie est, sans contredit, l'état morbide qui correspond le mieux à ces conditions.

4° La préexistence de l'anasarque, sa disparition rapide, en même temps que le cerveau se prend, son retour avec la disparition des accidents cérébraux, nous paraît être de toutes les preuves la plus convaincante pour démontrer l'espèce hydropique de la maladie. Pourquoi d'ailleurs l'encéphale serait-il le seul organe qui échappât à l'hydropisie? Et lorsque nous voyons la diathèse séreuse se localiser, un jour dans les poumons, un autre dans la plèvre, plus tard dans le péritoine ou dans le péricarde, pourquoi le cerveau aurait-il le privilége d'être à l'abri d'une lésion si générale?

Les auteurs anglais attribuent à l'altération du sang un rôle prépondérant dans la production des symptômes cérébraux. Nous admettons avec eux qu'un certain nombre des troubles fonctionnels du cerveau qui apparaissent dans les derniers jours de la néphrite albumineuse chronique, que l'état comateux continu, l'ataxie terminale par exemple, sont dans la dépendance des altérations du sang; mais nous nous expliquons difficilement que l'encéphalopathie qui survient dans les premiers temps de la maladie, puisse apparaître et disparaître aussi facilement, tandis que la cause qui l'a engendrée existe toujours.

Nous comprenons fort bien, au contraire, cette mobilité des symptômes sous l'influence d'un élément organique également mobile.

En résumé, si nous prenons le mot d'encéphalopathie dans sa plus large acception, nous devons reconnaître à ce groupe d'accidents morbides deux causes prochaines: l'hydrocéphalie et l'intoxication. Ces deux causes agissent à différents degrés, suivant l'époque de l'albuminurie, apparaissent les symptômes cérébraux. Si l'encéphalopathie survient dans la première période de l'albuminurie hydropique aiguë ou subaiguë, scarlatineuse ou primitive, nous sommes disposé à croire qu'elle coïncide avec un épanchement séreux. Si, au contraire, elle se manifeste à une période plus avancée de la forme chronique et lorsque la durée de la maladie peut faire supposer une altération profonde des humeurs, nous pensons qu'elle est très-probablement la conséquence de l'intoxication.

La question que nous venons de soulever n'est pas de pure curiosité scientifique; elle touche à un point de pratique important. Si l'encéphalopathie, telle que nous l'avons décrite, est la conséquence d'une hydrocéphalie cérébrale aiguë, elle doit réclamer une médication analogue à celle des autres hydropisies albuminuriques aiguës.

Or, toutes ces hydropisies qui sont actives et que précède une vive congestion, se rapprochent par leur marche et par leurs symptômes des affections inflammatoires, et elles réclament un traitement analogue à celui qui convient aux phlegmasies. Ce que conseille la théorie, l'expérience l'a confirmé, ainsi qu'on pourra le voir dans le paragraphe suivant. D'un autre côté, si les accidents cérébraux terminaux sont liés à une altération profonde du sang, on comprend qu'un traitement débilitant ne peut qu'exercer une influence fâcheuse sur l'issue de la maladie. Il faut donc avoir recours de préférence, dans la forme comateuse, à l'emploi des révulsifs énergiques, des toniques ou des excitants diffusibles, et dans la forme délirante, à celui des calmants ou des hypnotiques. Ici encore, l'expérience est d'accord avec l'induction.

§ 5. *Traitement.* — Chez tous les malades dont nous avons recueillie ou consulté les observations, le traitement a été proportionné par son énergie à la gravité apparente du mal.

Les émissions sanguines ont été employées dans tous les cas (sauf deux), tantôt d'une manière modérée (quatre, huit, ou douze sangsues derrière les apophyses mastoïdes), tantôt à des doses excessives pour des enfants. Ainsi, Abercrombie fit tirer 60 onces de sang à une petite fille de dix ans; Hunt, 50 à un enfant de même âge; Marshall-Hall fit pratiquer à un garçon de quatorze ans une saignée de la jugulaire de 625 grammes, puis comme le coma ne disparaissait pas, il fit une seconde saignée du bras, de 218 grammes. Il est remarquable de voir que ces énormes pertes de sang ont été bien supportées et qu'elles ont contribué à la prompte disparition des accidents morbides. Cependant, dans l'intérêt de l'avenir, nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'abuser ainsi des émissions sanguines et qu'une ou deux applications de sangsues, une ou deux saignées, sont bien des cas suffisants.

La digitale a été donnée à plusieurs enfants. Coindet en fit prendre des doses assez fortes (en moins de vingt-quatre heures, 4 grammes de teinture et 30 centigrammes de poudre). C'est à ce remède uni au calomel que Galis a eu recours. Ce médicament nous paraît parfaitement indiqué dans une hydropisie sub-inflammatoire, soit par ses vertus hyposthénisantes, soit par ses propriétés diurétiques. Si l'on redoutait l'influence de la digitale sur le cerveau, on pourrait à sa place employer la digitaline, qui est mieux tolérée par l'estomac et par l'encéphale.

Le calomel a été administré plusieurs fois; il peut être utile comme antiphlogistique et évacuant, et il doit être donné à grande dose.

Les vésicatoires ont été appliqués à plusieurs malades, soit à la nuque, soit aux cuisses, dans des cas où la prolongation de l'état comateux inspirait de sérieuses inquiétudes. Bien que nous ayons nous-même suivi cette pratique, nous avouons que nous y avons moins de confiance que dans deux autres moyens auxquels plusieurs malades ont dû leur salut; nous voulons parler de la compression des carotides et des mouchetures.

L'enfant auquel se rapporte l'observation du professeur Trousseau a été guéri par la compression de la carotide du côté opposé à celui où les convulsions étaient les plus intenses. Chez une jeune fille que nous avons vue en consultation avec le docteur Herpin (*voir 3e obs.*), et chez un jeune garçon de douze ans auprès duquel nous avons été appelé par le docteur Lombard, les mouchetures ont eu pour effet la diminution rapide de l'anasarque, l'augmentation proportionnelle des urines, et elles ont certainement contribué à la prompte cessation des symptômes cérébraux.

On peut pratiquer des mouchetures sans avoir à craindre les accidents inflammatoires ou gangréneux qui sont si fréquents chez l'adulte; l'encéphalopathie attaquant d'ordinaire des sujets qui ont encore de la force vitale et une peau solide et bien vasculaire, ces complications sont peu à redouter. Les mouchetures doivent être pratiquées avec une lancette, à la partie interne de chaque jambe, en deux ou trois points différents, et à la profondeur de 3 millimètres. Nous repoussons complétement le procédé du professeur Lombard, de Liége, qui conseille de pratiquer avec un bistouri, non pas de simples mouchetures, mais de profondes incisions de plus de 1 centimètre de longueur.

Nous n'oublierons jamais qu'ayant suivi cette pratique dans un cas d'hydropisie générale fort grave, la mort fut la conséquence presque immédiate de l'écoulement trop abondant et trop rapide de la sérosité sanguinolente.

Une fois que les accidents cérébraux ont disparu, les indications du traitement redeviennent celles qu'exige la maladie générale dont l'encéphalopathie n'est qu'un épiphénomène; mais la médication énergique à laquelle les enfants ont été soumis rend souvent nécessaire l'emploi des toniques qui, en effet, ont été avantageusement administrés à quelques malades.

En résumé, nous conseillons :

1° Si la fièvre est intense et l'éclampsie violente, une saignée du bras ou de la jugulaire, ou bien une forte application de sangsues derrière les apophyses mastoïdes.

2° Si les convulsions ne cèdent pas, la compression de la carotide du côté opposé à celui des convulsions.

3° Si l'anasarque est très-considérable et que les urines soient rares, des mouchetures aux extrémités inférieures et la digitale à l'intérieur.

4° Dès que les accidents convulsifs ont cessé, et que la connaissance est revenue, il faut administrer une ou deux prises de calomel, seul ou uni à la poudre digitale, et continuer pendant quelques jours l'emploi des diurétiques.

5° Dans la convalescence, il faut se hâter, surtout si la perte de sang a été considérable, d'alimenter les jeunes malades.

Le lait d'ânesse, par ses propriétés sudorifiques et diurétiques, est le premier et le meilleur aliment à employer; il sera quelquefois convenable d'y joindre quelques toniques.

On trouvera, dans l'observation par laquelle nous terminons ce mémoire, un remarquable exemple d'encéphalopathie albuminurique, et une preuve de l'heureuse influence exercée par le traitement que nous venons de conseiller.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Du traitement méthodique des ophthalmies lymphatiques,

Par le Dr Despaux (*de Crouy-sur-Ourcq*).

Il n'est pas de praticien qui ne connaisse la nature opiniâtre et rebelle des ophthalmies lymphatiques. Toutefois, ce n'est pas toujours à la pauvreté de nos moyens de guérison qu'il faut s'en prendre, en présence de la ténacité de certains cas; mais bien au peu de méthode qu'on apporte dans le choix des moyens thérapeutiques et la direction du traitement. Ce traitement veut être modifié suivant certaines phases et certaines variétés de la maladie. Il faut, en outre, savoir tenir compte de l'état constitutionnel du malade, sous peine d'insuccès ou de récidives très-fréquentes. En conséquence, avant de formuler le traitement que nous faisons suivre depuis plusieurs années à nos malades, et presque toujours avec un succès très-prompt, nous rappellerons en quelques mots les principales variétés des ophthalmies en question. Du reste, nous aurons soin d'éviter de nous jeter dans les détails et les subtilités des auteurs germaniques. Nous ne ferons que signaler les principales variétés des ophthalmies lymphatiques que nous rencontrons journellement dans notre pratique, et d'après leur ordre de fréquence.

Bien qu'on rencontre plus particulièrement cette affection chez les enfants vers l'âge de 3 à 8 ans, on l'observe également très-fréquemment chez les adultes et même dans la vieillesse. Et c'est parce qu'on rencontre fréquemment cette maladie chez des sujets qui ne présentent dans leur ensemble et sur leur physionomie aucun des traits qui appartiennent aux scrofuleux, que nous préférons la dénomination d'ophthalmie *lymphatique*, sans autre importance du reste.

Les ophthalmies lymphatiques ayant toujours une durée illimitée, il convient de s'en emparer le plus tôt possible; le traitement étant, en outre, d'autant plus efficace et plus décisif, qu'on est plus rapproché de leur début.

I. Nous n'avons jamais vu l'ophthalmie lymphatique débuter d'emblée par des symptômes inflammatoires suraigus, ce qui ne veut pas dire que cela ne puisse arriver quelquefois. Nous avons toujours vu, au contraire, la maladie opérer son évolution d'une manière lente, insidieuse et bien souvent d'une façon pour ainsi dire intermittente. Vers l'un ou l'autre angle du bulbe sclérotical, le plus souvent l'externe et presque toujours sur un seul œil, on aperçoit, à une distance plus ou moins rapprochée du bord de la cornée transparente, un petit point rouge légèrement proéminent, en apparence du moins. Ce point, dont l'aspect est tantôt papuleux, tantôt pustuleux, tantôt phlycténoïde, ayant parfois l'apparence d'une tache blanchâtre, etc. (ce qui a fait désigner la maladie en question, par certains auteurs, sous le nom d'ophthalmie papuleuse, pustuleuse, etc.), devient le centre d'une irradiation vasculaire plus ou moins prononcée. Le développement des vaisseaux est ordinairement en raison directe de l'ancienneté et de l'intensité de l'inflammation locale. Pendant quelques jours l'inflammation paraît rester stationnaire, ou bien disparaît à peu près entièrement, ne laissant à sa place qu'une surface légèrement rosée, qui, à son tour, s'efface les jours suivants.

Les gens de la campagne, dans les environs de l'endroit où nous exerçons la médecine, appellent cette maladie la *défaite*. Ils font faire des *neuvaines* par certaines vieilles femmes pour s'en débarrasser; et, comme l'affection abandonnée à elle-même disparaît souvent vers le huitième ou neuvième jour, il n'est pas étonnant qu'à l'occasion de certains cas heureux, la superstition se soit enracinée au sein des classes ignorantes. Mais aussi que de fois n'avons-nous pas été témoin d'une défaite complète et irréparable des yeux, lorsque certains malades venaient nous consulter!

Dans cette première variété de la maladie, si un traitement ectrotique, dont nous parlerons par la suite, n'est pas employé dès le début, on doit s'attendre, chez les enfants surtout, à des récidives vers des époques ordinairement peu éloignées, à l'occasion d'un simple *coup d'air*, comme on dit généralement, ou du moindre changement dans les habitudes hygiéniques. Plus les récidives sont fréquentes, plus on voit l'inflammation oculaire devenir tenace, gagner du terrain, en se rapprochant du côté de la cornée transparente.

Le point central de l'inflammation ne se montre pas toujours à la place dont nous venons de parler. Quelquefois il apparaît d'emblée près du bord de la cornée, et suit les mêmes phases que lorsqu'il se montre vers le centre du bulbe de l'albuginée. Il peut aussi se montrer à l'autre angle de l'œil.

Nous n'avons jamais vu les deux yeux être atteints en même temps au même degré d'inflammation. Il y en a toujours un qui est plus malade que l'autre. L'inflammation prend quelquefois, pour ainsi dire, une marche alternative.

II. Dans une autre variété de la maladie, l'inflammation se montre directement à la jonction de la sclérotique avec la cornée, dans une étendue variable, mais que nous n'avons jamais vue s'étendre de prime-abord à toute la circonférence. Le plus souvent, de même que dans la variété précédente, on remarque sur le bord de la cornée une simple papule à injection iridée. Dans d'autres circonstances, on en voit plusieurs très-rapprochées les unes des autres; elles se tou-

chent même parfois, en suivant exactement le cercle cornéal. Ce n'est que dans des circonstances très-rares qu'on voit tout le cercle cornéal entrepris ; le plus souvent, la disposition morbide dont nous parlons donne à la partie malade l'aspect d'une portion d'anneau boursoufl'é proéminent, chagriné et d'un rouge vif. De nombreux vaisseaux de la conjonctive convergent vers cet anneau. Alors, comme la cornée participe plus ou moins à l'inflammation, il suit qu'on ne tarde pas à apercevoir des vaisseaux plus ou moins nombreux se diriger du côté de cette membrane. Ce phénomène constitue presque toujours un état grave, à raison des complications dont il est ordinairement accompagné : iritis, photophobie, tendance aux ramollissements, aux ulcérations de la cornée, etc.

III. On rencontre fréquemment dans la pratique une troisième variété de l'ophthalmie lymphatique. Cette variété commence par les paupières. On aperçoit à la face interne de ces voiles des points rougeâtres plus ou moins larges et proéminents, dont la couleur vive contraste avec celle du reste de la muqueuse. Parfois ils ont l'aspect de véritables plaques assez bien tranchées. Peu à peu ces plaques inflammatoires se réfléchissent sur le bulbe de la sclérotique, en se rapprochant du cercle cornéal. Si l'inflammation alors prend le caractère suraigu, il survient une tuméfaction parfois considérable des paupières, et la cornée transparente paraît comme étranglée par le bourrelet inflammatoire de la conjonctive. A un degré moins prononcé, cette variété pourrait être confondue avec l'ophthalmie catarrhale ordinaire. Cette erreur de diagnostic est d'autant plus facile à commettre, que les yeux deviennent également chassieux dans l'un et l'autre cas, et qu'il n'y a pas toujours de l'aversion pour la lumière.

Très-souvent l'inflammation reste, pour ainsi dire, fixée aux paupières qui deviennent profondément chémosiées avec sécrétion mucopurulente. Le chémosis peut rester longtemps fixé sur la conjonctive, accompagné d'une hypertrophie considérable des vaisseaux. Les oculistes exclusifs ont décrit à plaisir la forme de l'enlacement, de la direction et de l'aspect des vaisseaux, dans les ophthalmies simples et diathésiques. Leur histoire se trouve embrouillée d'une infinité de détails inutiles. Nous avouons franchement n'avoir jamais pu tirer une grande valeur pratique de la disposition réticulaire, variqueuse, zonulaire ou lancéolée des vaisseaux.

IV. Enfin, dans une dernière variété de la maladie en question, l'inflammation paraît débuter par la cornée transparente. Nous disons paraît débuter, et en effet nous n'avons presque jamais vu les kératites lymphatiques partielles être un phénomène initial. Toutes les fois que nous avons vu survenir des cornéites partielles, superficielles, intersticielles ou profondes (Wardrop), les yeux avaient été envahis par quelqu'une des variétés morbides que nous venons de signaler. Il va sans dire que nous mettons de côté les inflammations traumatiques ou trichiasiques, et que nous n'entendons parler que des phlogoses spontanées. Un des signes, pour ainsi dire pathognomoniques de la kératite lymphatique, c'est la teinte terne grisâtre de la cornée. La surface de cette membrane se dépolit, et l'on aperçoit un ou plusieurs petits points grisâtres à sa surface, qui ne sont autre chose que le commencement des abcès et des ulcérations qu'on aura mille peines à faire disparaître. Il ne faut pas oublier qu'ils sont le point de départ des ramollissements partiels ou généraux, d'abrasions plus ou moins profondes, qui pourront donner lieu aux taies, aux albugos, aux staphylômes, etc.

Telles sont les seules variétés pratiques de l'ophthalmie que nous avons cru devoir rappeler avant de parler du traitement. Nous ne dirons que deux mots des phénomènes symptomatologiques. Comme on peut voir la plupart du temps de ses propres yeux les surfaces malades, nous ne croyons pas nécessaire de nous livrer à des descriptions qui pourraient devenir fastidieuses, et qu'on trouve, du reste, amplement dans tous les ouvrages d'ophthalmologie.

Les symptômes subjectifs qui accompagnent un degré d'inflammation assez prononcée sont : une photophobie plus ou moins intense, de la céphalalgie, du larmoiement, la sensation de graviers ou corps étrangers entre les paupières, des malaises, de la fièvre, etc. Mais le symptôme principal qui mérite une attention spéciale, dans les ophthalmies lymphatiques, et même dans celles qui n'empruntent point cette nature, c'est la photophobie. Toutes les fois qu'on voit la photophobie apparaître avec une certaine intensité, on peut être à peu près certain qu'il existe en même temps que l'inflammation extérieure une irritation des parties internes de l'œil et principalement de l'iris. La coïncidence de l'inflammation irienne est surtout liée à celle de la cornée. Lorsque le blépharospasme est poussé au point qu'il devient impossible d'examiner les yeux, ce symptôme à lui seul fait presque toujours préjuger qu'il existe une inflammation de la cornée. L'iritis ne se décèle pas toujours par des changements dans la couleur de l'iris, mais bien par un degré plus prononcé dans la contraction de la pupille. Ce phénomène peut être facilement apprécié, lorsqu'on compare le degré de rétrécissement de l'ouverture pupillaire dans les deux yeux, lorsqu'ils sont malades à un degré différent l'un de l'autre, ce qu'on voit très-fréquemment. Des douleurs nocturnes et péri-orbitaires coïncident en outre presque toujours avec l'inflammation de l'iris. La photophobie donne à la tête des malades une attitude particulière. Ils penchent la tête en avant, en l'inclinant de côté, et regardent les objets en clignottant des yeux et en contournant le col. Il ne faut pas oublier que les symptômes photophobiques s'apaisent presque toujours vers la fin de la journée. (*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 Octobre 1853. — Présidence de M. COMBES.

M. le professeur Sédillot donne lecture d'un Mémoire intitulé : *De la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés, comme moyen de rétablissement des mouvements.*

La section traumatique des tendons, dit-il, est une cause assez commune de l'abolition des mouvements, et les exemples en sont particulièrement fréquents à l'avant-bras et à la main.

La perte de l'usage d'un ou de plusieurs doigts, qui en est le résultat, constitue une infirmité des plus regrettables, et nous avons vu prononcer un certain nombre de réformes pour des accidents semblables.

Si l'on jette un coup d'œil sur les ressources de la chirurgie relativement aux plaies des tendons, on remarque une différence tranchée dans la conduite des hommes de l'art, selon que la blessure est récente ou date d'une époque déjà éloignée. Dans le premier cas, personne n'hésite à réunir les tendons divisés, et l'on obtient par la position, les bandages et les sutures, de très-beaux succès. M. le docteur Missa s'est brillamment distingué dans cette voie. Le bout digital du tendon extenseur du médius, ayant été coupé avec perte de substance, M. Missa le fixa à l'extrémité supérieure également divisée du tendon extenseur de l'annulaire, et parvint à rétablir les mouvements du doigt par cette ingénieuse opération.

On prévient l'exfoliation et les adhérences vicieuses des tendons restés intacts, ou plus ou moins altérés, en les recouvrant avec soin par les téguments, et en combattant le développement de toute inflammation suppurative (1).

La chirurgie a montré moins de confiance et de hardiesse lorsque les plaies étaient anciennes, et que la perte des mouvements dépendait de la cicatrisation isolée et de l'interruption de continuité des deux bouts des tendons.

Les malades atteints de pareilles infirmités sont habituellement déclarés incurables, et cet aveu d'impuissance est d'autant plus regrettable qu'il n'est pas toujours fondé, comme l'observation suivante en offre la preuve.

Coup de sabre à la face postérieure et interne du tiers inférieur de l'avant-bras droit. Section du tendon extenseur des doigts annulaire et auriculaire. Cicatrisation rapide de la plaie. Impossibilité des mouvements d'extension et de flexion permanente des deux derniers doigts. Ténoraphie au bout de cinq semaines. Guérison parfaite.

Le nommé Marot (Charles), brigadier au 4e régiment de cuirassiers, entra dans mon service le 11 janvier 1853.

Ce militaire, âgé de 25 ans, fortement constitué et d'une belle santé, avait reçu le 13 décembre 1852 un coup de latte (sabre droit terminé en pointe à double

(1) En voici un exemple remarquable. Un ouvrier, âgé de 39 ans, était occupé, le 6 juillet 1853, dans une fabrique des environs de Strasbourg, à pulvériser du bois de Campêche, lorsqu'il eut la main gauche saisie dans une machine et gravement blessée. Les téguments de la face dorsale avaient été découpés en plusieurs lambeaux, sur toute la hauteur du deuxième métacarpien. Les tendons extenseurs de l'index étaient à nu, à moitié divisés transversalement et l'articulation métacarpo-phalangienne était ouverte. J'hésitai, en présence de ces désordres, à tenter la conservation du doigt. Je crus que la plaie articulaire et la section de près de la moitié de l'épaisseur transversale des tendons entraîneraient de graves complications et une consolidation par ankylose. Je conseillai au malade l'amputation comme moyen de guérison plus prompt et plus sûr, tout en lui déclarant qu'il n'était pas impossible de tenter la conservation du doigt, dont les mouvements resteraient probablement perdus. Notre blessé ayant préféré ce dernier parti, je dégageai les lambeaux cutanés qui s'étaient enroulés sur eux-mêmes, je les réunis par quelques points de suture au-dessus des tendons, qui se trouvèrent complétement cachés. Je prescrivis des irrigations froides continues avec une infusion aromatique, et le malade guérit parfaitement en assez peu de temps, et conserva tous les mouvements du doigt.

tranchant) au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit, pendant que la main était placée en demi-pronation.

Au moment de la blessure, il n'éprouva du côté des doigts aucune sensation particulière, et il put même serrer la main d'un de ses camarades. Mais on constata bientôt que le pouce, l'indicateur et en partie le médius avaient seuls conservé leur mobilité, tandis que les deux autres doigts restaient fléchis et ne pouvaient plus être spontanément redressés.

La plaie, traitée à l'infirmerie régimentaire par la réunion immédiate, l'immobilité et les réfrigérants, fut cicatrisée le septième jour sans avoir offert de complications; mais la paralysie des doigts devint un obstacle à toute reprise de service, et le malade fut dirigé quelques semaines plus tard sur l'hôpital militaire de Strasbourg.

A la visite du 12 janvier 1853, on constate la perte complète des mouvements d'extension des doigts auriculaire et annulaire, incomplète du médius. Les deux derniers doigts soulevés retombent dans la flexion, et le malade est incapable de s'en servir.

On aperçoit, au tiers inférieur et postérieur de l'avant-bras droit une cicatrice de 13 millimètres de longueur, de 4 millimètres de largeur, de forme allongée, légèrement déprimée, adhérente aux parties subjacentes et située à 23 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus.

Il était évident que les tendons extenseurs, divisés, s'étaient isolément cicatrisés. Les mettre à découvert et les réunir était la seule chance de guérison, et le malade réclamait instamment quelque opération qui pût lui rendre les usages de sa main et l'empêcher d'être réformé.

Le 29 janvier, en présence de MM. les officiers de santé Tabouret (1), Tisserand, Jourquet, Demanet, Quillaut et Ragu, le malade fut chloroformisé, et je pratiquai à 8 millimètres en dedans de la cicatrice une incision longitudinale de 6 centimètres d'étendue. La peau coupée et repoussée en dehors, je mis à nu un tissu cicatriciel, adhérent, continu à l'aponévrose, et, par la dissection, j'arrivai à découvrir les extrémités d'un tendon volumineux, séparées par un intervalle de 3 centimètres. Je devais m'attendre à trouver les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du petit doigt également divisés; mais, par une anomalie dont les exemples ne sont pas très-rares, l'extenseur propre n'existait pas, et nous n'aperçûmes qu'un seul tendon dont la section avait suffi à paralyser les doigts. Afin de lever tous nos doutes à ce sujet, je dégageai entièrement le bout digital du tendon d'une sorte de gangue fibreuse qui l'entourait, et en exerçant, comme je le fis à plusieurs reprises, des mouvements de traction de bas en haut sur cette extrémité tendineuse, on ramenait facilement les derniers doigts dans une extension complète. L'auriculaire et l'annulaire étaient plus fortement redressés que le médius.

Nous isolâmes alors le bout supérieur du tendon, enveloppé à cette hauteur de quelques fibres musculaires, et j'enlevai le tissu fibreux intermédiaire qui eût fait obstacle à l'affrontement du tendon, dont chaque bout fut rafraîchi avec des ciseaux.

Le renversement de la main en arrière suffisant à ramener au contact les deux extrémités tendineuses, nous les assujettîmes par un seul point de suture traversant le milieu du tendon. Un double nœud, fortement serré, fixa le fil dont un des bouts fut coupé ras, tandis que l'autre fut maintenu en dehors de la plaie pour être retiré en temps opportun.

Les téguments furent réunis immédiatement par trois points de suture entrecoupée. Les doigts, la main et le poignet furent placés sur des coussins élevés, et l'extension obtenue par la position et quelques simples jets de bande.

Le malade revient promptement à lui après la chloroformisation, aussi étonné que satisfait d'avoir été opéré pendant son sommeil.

Le 20, un peu d'agitation pendant la nuit, soif, pouls à 80; état local favorable, pas de gonflement. Même traitement.

Le 21, soif moins vive, pouls à 68. L'intervalle qui donne passage au fil de la suture tendineuse laisse échapper un peu de suppuration sanguinolente.

Le 22, gonflement de tout l'avant-bras; rougeur érythémateuse, endolorissement. On enlève deux points de suture; fomentation avec l'eau de sureau. Eau de Sedlitz, bouillon maigre.

Le 23, le troisième point de suture a cédé pendant la nuit; beaucoup moins de tension et de gonflement, disparition de la rougeur; état général satisfaisant.

Le 26, moins de suppuration, le fil de la suture profonde est enlevé sans résistance; les bords de la plaie tégumentaire sont légèrement rapprochés.

Les jours suivants, malgré nos recommandations, le malade étend et fléchit alternativement, sans difficulté, les doigts précédemment paralysés; on distingue sous la peau les mouvements du tendon, la cicatrice se fronce, et la contraction musculaire se suit des yeux jusqu'à l'extrémité supérieure de l'extenseur commun des doigts.

Rien ne vint, dès lors, entraver la guérison; la main reprit sa force et ses usages, et le malade a quitté l'hôpital et repris son service.

(1) M. le docteur Tabouret, médecin aide-major de 1re classe, auquel je dois le nom de ténoraphie, donné à l'opération qui nous occupe, s'est livré à de nombreuses recherches sur ce sujet, et je suis heureux de lui en exprimer mes remerciements.

Si l'on réfléchit aux particularités de cette opération, et qu'on en recherche les principales conditions de succès, on peut les signaler dans l'ordre suivant :

1° Les extrémités tendineuses doivent être dégagées de toute adhérence fibreuse de nature à compromettre le rétablissement des mouvements :

2° Le tissu cellulaire, qui sert d'enveloppe et de gaîne au tendon, sera ménagé avec soin, pour circonscrire les dangers et le siége de l'inflammation, et assurer la vitalité et l'intégrité du tendon.

3° Les extrémités tendineuses, précédemment divisées et isolément cicatrisées, seront rafraîchies et maintenues dans un contact permanent et immédiat, au moyen d'un ou de plusieurs points de suture, formés de fils très-fins et assez serrés pour déterminer une prompte section des tissus intermédiaires.

4° La position et les bandages sont d'un grand secours, mais seraient insuffisants pour maintenir les tendons parfaitement affrontés. L'application permanente en est gênante, douloureuse, quelquefois insupportable, tandis que la suture n'a aucun de ces inconvénients et donne des résultats beaucoup plus certains.

5° L'incision pratiquée pour découvrir et isoler les extrémités tendineuses, sera placée à quelque distance de la direction normale du tendon, afin que ce dernier soit ensuite complétement recouvert par la peau, et échappe plus sûrement à l'inflammation, aux adhérences et à l'exfoliation.

6° Le retour de la mobilité est quelquefois très-prompt, comme le prouve notre observation; mais, dans le cas où des adhérences auraient eu lieu et feraient obstacle aux mouvements, on pourrait encore espérer la guérison, pourvu que la continuité tendineuse fût rétablie. Les exercices répétés, les douches, les massages, et surtout des incisions sous-cutanées propres à isoler le tendon, seraient des moyens auxiliaires d'une incontestable utilité.

7° La plaie tégumentaire sera réunie immédiatement, et l'on en préviendra la suppuration par les moyens les plus efficaces : position élevée du membre, absence de toute compression, fomentations légèrement aromatiques; diète, purgatifs répétés, etc.

Telles sont, croyons-nous, les principales règles de la ténoraphie tardive ou secondaire, et il n'était pas sans intérêt de rechercher quels étaient les enseignements de la science à cet égard, et à quels faits ils se rapportaient.

M. Roux demande la parole. — La chirurgie, dit-il, si prodigue autrefois de la suture des tendons dans les plaies récentes, n'est pas restée dans les temps modernes autant inactive que le pense M. Sédillot à l'endroit des difformités provenant de la section ancienne d'un tendons dont les bouts ne se sont pas réunis. Déjà M. A. Petit, de Lyon, raconte, dans un de ses ouvrages, un cas dans lequel il a pratiqué avec succès la suture d'un des tendons extenseurs des doigts anciennement divisé. Voici ce fait :

M. de Priançon avait perdu l'usage du doigt indicateur de la main droite, par suite d'une ancienne blessure de la face postérieure de cette partie. Il apprit la manière heureuse dont Baupré avait guéri (*plaie récente, suture tendineuse*), et vint me demander la même opération. Je m'y refusai, les circonstances n'étant pas les mêmes; il insista, fortifia mes doutes, me donna son courage; je me rendis. Le dos de la main fut fendu; j'y cherchai les deux bouts du tendon, séparés par un intervalle de près de deux pouces. Ils étaient arrondis et tuberculeux; je les coupai pour en faire une plaie sanglante, je traversai chaque bout du tendon avec une aiguille, les maintins rapprochés par un fil, un bandage et une situation convenables. La guérison radicale, le vingt-cinquième jour, fut une occasion de triomphe, pour M. de Priançon, pour l'art et pour son disciple. (M. A. Petit, *Maladie du cœur*, p. 320, Lyon, 1806.)

Moi-même, ajoute M. Roux, j'ai fait une opération analogue dans le cas suivant :

C'est il y a vingt-cinq ans au moins : un Italien du nom de Ruffo, très-fort pianiste, et en même temps compositeur, qui a donné plusieurs ouvrages à l'Opéra-Comique, me fut présenté ayant le doigt médius de la main droite continuellement fléchi et comme renversé sur la paume de la main. Ce doigt était complétement insensible. Cet état de choses était le résultat d'une section du tendon extenseur de ce doigt, qui avait été faite par un morceau de verre. Au moment de la blessure, on avait appliqué inutilement un appareil unissant et maintenu le doigt dans l'extension : la plaie de la peau s'était réunie; mais il n'y avait point eu consolidation du tendon, et depuis près de deux années, M. Ruffo avait dû renoncer presque entièrement à ses occupations chéries : du moins son jeu sur le piano était des plus imparfaits.

Je me souvins de ce que j'avais lu dans un ouvrage de M.-A. Petit, de Lyon, qui contient un petit résumé de sa pratique à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant le temps de son service comme chirurgien-major.

M. Ruffo accepta la proposition que je lui fis de lui pratiquer la suture de son tendon, dont les bouts, qu'on sentait distinctement à travers une ancienne cica-

trice, correspondaient un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. J'incisai verticalement cette cicatrice; je reséquai les deux extrémités du tendon qui tenaient faiblement l'une à l'autre par un tissu membraneux, et qui étaient séparées par un intervalle d'un travers de doigt environ. Je les traversai par un fil au moyen d'une petite aiguille courbe; elles furent mises facilement en contact, et je les y maintins en unissant les deux bouts de ce fil par deux nœuds simples. Je réunis la plaie, et je pus retirer le fil le dix-septième jour. Bien entendu que, pendant tout le temps que la nature fut mise à même de consolider le tendon, le doigt fut maintenu dans une extension forcée, ou du moins aussi grande que possible.

La consolidation fut parfaite, et M. Ruffo put recouvrer le libre usage de tous les mouvements de la main, et reprendre ses exercices sur le piano.

Enfin, voici un troisième fait dans lequel la même opération a été faite avec succès :

M. le docteur Dutertre conçut le projet de remédier à cette infirmité par l'opération suivante : deux incisions elliptiques circonscrivent la cicatrice tégumentaire qui était adhérente et avait 6 centimètres de longueur transversale, 16 millimètres de largeur, 8 millimètres d'épaisseur, et renfermait une petite esquille du volume d'un grain de chénevis provenant du cubital.

On put dès lors constater que l'extenseur commun était partiellement divisé, tandis que la section de l'extenseur propre du petit doigt et du cubital postérieur était complète; un intervalle de 3 centimètres existait entre les fibres musculaires.

M. le docteur Dutertre rapprocha la peau et les muscles au moyen de points de suture enchevillée (petits morceaux de cuir carrés placés aux extrémités de chaque fil), mais n'affronta pas entièrement les parties, et laissa entre les lèvres de la plaie 2 centimètres environ d'écartement. Un appareil de renversement des doigts et du poignet, de l'invention de l'auteur, fut appliqué, et le malade recouvra, au bout d'un mois, la faculté d'allonger les doigts et d'étendre la main (Dutertre, *Médecine opératoire*. Paris, 1816).

M. Sédillot. — Cette dernière observation diffère de la nôtre sous plusieurs rapports :

1° Ce n'est pas une opération de ténoraphie qui fut pratiquée, car les sutures portèrent sur les fibres musculaires, dont les tendons se dégagent et s'isolent fort au-dessous de la partie moyenne du membre.

2° Les sutures comprirent la peau et les muscles, qui furent plutôt soutenus qu'affrontés, dans le but probablement d'en éviter la trop prompte section et de prévenir l'étranglement provenant du gonflement inflammatoire, tandis que nous avions mis dans un contact immédiat les bouts du tendon.

3° La cicatrice fut enlevée et les muscles réunis au fond de la plaie, ce que nous évitâmes en ménageant la cicatrice de notre malade et en détachant latéralement la peau, qui nous servit à recouvrir et à protéger le point de rapprochement des extrémités tendineuses.

L'opération de M. Dutertre n'a pas obtenu toute l'approbation de Boyer, qui, sans nier la valeur de la suture, a cependant attribué au bandage la plus grande part du succès : telle est également notre opinion. Les fibres musculaires ne sauraient être ramenées au contact par de simples points de sutures; elles n'offrent pas une résistance suffisante et seraient sur-le-champ coupées. Mais si on les suppose doublées d'aponévroses ou de lames tendineuses d'insertion, on comprend très-bien qu'elles obéissent à l'action des sutures, et, dans tous les cas, on pourrait en maintenir l'affrontement par la position et les bandages, ce qui nous paraît une indication capitale pour prévenir l'inflammation et obtenir une cicatrice de continuité indispensable au rétablissement des fonctions du muscle.

Aux faits cités par M. Roux, on peut joindre le suivant :

Un jeune homme eut le tendon d'Achille divisé par un coup de faux, et la marche devint impossible par suite de la cicatrisation isolée des deux extrémités tendineuses. Cinq mois plus tard, M. le professeur Syme tenta la guérison. Une incision pratiquée le long de la cicatrice permit d'enlever la substance fibreuse qui unissait les deux bouts du tendon et les faisait adhérer aux parties voisines. Deux points de suture ne comprenant pas la peau, maintinrent les surfaces tendineuses dans un contact parfait. L'appareil de J.-L. Petit pour la rupture du tendon d'Achille fut appliqué, et le malade recouvra complétement l'usage de son membre vers la sixième semaine. (*Arc. de méd.*, année 1837.)

CORRESPONDANCE.

Syphilis.

Nos principes d'impartialité que nous avons la prétention ou la naïveté de prendre au sérieux, nous font un devoir de publier la lettre suivante, tout en faisant nos réserves sur les opinions qu'on y défend.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Élève et neveu de M. le docteur Ricord, je ne puis m'empêcher de répondre par quelques mots à la lettre si intéressante adressée par M. le docteur Corbel-Lagneau, au *Moniteur des Hôpitaux* du 25 octobre.

Placé par nos liens de parenté dans un camp opposé, défenseur-né de doctrines souvent contradictoires, appelé à les soutenir dans le champ-clos des débats scientifiques, je suis heureux d'avoir pour adversaire un homme aussi distingué, aussi recommandable et portant un nom aussi justement estimé dans la science que M. Corbel-Lagneau.

Je demande donc la permission à M. Corbel de passer aujourd'hui en revue les arguments qu'il a posés en faveur de la *blennorrhagie virulente*, et de voir s'ils sont, en tout point, inattaquables.

Et d'abord, je ne puis cacher tout le plaisir que j'ai éprouvé en apprenant que l'existence du chancre urétral n'était plus mise en doute; qu'il était généralement admis par tout le monde, si ce n'est pourtant par M. Gibert, et cela est d'autant plus heureux que la négation du médecin de Saint-Louis nous fournit l'occasion de recueillir les affirmations si précieuses d'un homme aussi haut placé dans la science que M. le docteur Lagneau.

Ce n'est pas tout, non-seulement le doute n'est plus permis aujourd'hui, mais il me semble même que tout le monde voudrait avoir la priorité de l'invention, alors que M. Ricord ne réclame pour lui que le privilége de mieux l'avoir apprécié, de mieux l'avoir fait connaître, et de lui avoir donné les caractères si essentiels qui servent à son diagnostic, caractères qui n'avaient point encore été étudiés avant lui.

Le chancre urétral a donc droit de cité en syphilis; mais il ne faut pas savoir seulement qu'il existe, il faut encore le chercher, le reconnaître et l'apprécier, c'est ce que malheureusement tout le monde ne sait pas faire.

En commençant la lettre de mon honorable contradicteur, je m'étais attendu de la part d'un esprit aussi juste et aussi distingué, ou à l'entière approbation des doctrines de l'hôpital du Midi (1), ou à de nouveaux arguments qui battraient en brèche les idées de M. Ricord, dont M. Corbel veut bien se dire l'ancien élève, mais je n'ai rien trouvé qui n'ait été déjà cent fois combattu.

Ainsi, M. Corbel avance qu'une blennorrhagie et un chancre puisés à la même source présumée doivent être fatalement de même nature et avoir les mêmes conséquences.

Peut-on sérieusement de nos jours reproduire les anecdotes de Blegny et de Vigarous?

Toutes les femmes qui communiquent des blennorrhagies les donnent-elles virulentes comme l'entend M. Lagneau? Enfin toutes les blennorrhagies, sans exception, sont-elles virulentes?

Non, certainement non, pour M. Corbel comme pour tous les adeptes de la virulence *quand même*.

Or, dans les conditions voulues, si une femme peut transmettre une blennorrhagie non virulente, cette femme ne peut-elle pas avoir en même temps un chancre et le communiquer aussi?

Nous trouvons donc ainsi à une source unique en apparence, deux sources réelles d'infection; il ne faut pas beaucoup d'esprit pour comprendre cela, mais seulement un peu de bon sens et je suis assuré que M. Corbel me comprendra facilement.

Si donc une femme peut donner, par deux raisons différentes, un chancre et une blennorrhagie, on n'a pas besoin d'admettre que c'est le chancre qui produit l'abondance de l'écoulement. Au contraire, M. Corbel sait fort bien que le chancre urétral, non accompagné de blennorrhagie, fournit une très-faible suppuration blennorrhoïde. C'est avec juste raison que M. Corbel-Lagneau le fait remarquer dans sa lettre, et cela prouve combien Biett avait tort de faire, comme le vulgaire, le mot *violence* synonyme de *virulence*. Le contraire est la loi générale, et cependant après avoir fait ressortir cette erreur, M. Corbel semble s'écarter de la loi en basant son diagnostic sur l'intensité des symptômes.

Pour tous les observateurs, et mon savant confrère doit être de ce nombre, le diagnostic différentiel ne peut être basé ni sur l'abondance de l'écoulement, ni sur le plus ou moins d'acuité de la maladie, pas plus que sur la *cordée* qui ne prouve qu'un degré de plus dans l'inflammation. Ce n'est certainement pas non plus sur la disparition de l'induration, sous l'influence des mercuriaux, alors que l'écoulement persiste encore, que l'on peut établir sa nature virulente. M. Corbel sait trop bien que générale-

(1) Cette locution est sans doute un lapsus : notre honorable correspondant veut dire : les doctrines de M. Ricord; car il n'ignore pas que les doctrines de l'hôpital du Midi ne se ressemblent pas toutes. (*N. du R.*)

ment les chancres indurés ont cessé depuis longtemps de suppurer et sont cicatrisés bien longtemps avant que l'induration ne soit terminée.

Donc, on peut avoir une blennorrhagie et un chancre urétral; le chancre guérir et la blennorrhagie persister, ou bien la blennorrhagie cesser et le chancre exister encore, sans trouver nullement que les deux maladies tiennent à la même cause ; excepté dans le cas où la blennorrhagie est rigoureusement et uniquement symptomatique du chancre.

Quant à l'inoculation, comme moyen de diagnostic différentiel, interrogée à temps et dûment interprétée, elle conservera toujours toute sa valeur.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas d'acte vital capable de produire un chancre avec autre chose que du pus de chancre; mais on sait aussi que, dans quelques circonstances, ce pus, agissant à la manière des irritants en général, peut produire une blennorrhagie non spécifique.

Pour ceux qui veulent, *quand même*, une blennorrhagie syphilitique en dehors de ce que le virus doit produire, comme *accident primitif*, il reste donc encore à trouver d'autres raisons et d'autres preuves que celles qui ont été données jusqu'à ce jour.

Je finis en priant M. Corbel-Lagneau de croire à mes sentiments d'estime et de considération, et je le remercie de m'avoir donné l'occasion de soutenir contre lui, sinon avec le même talent, du moins avec la même foi et la même conviction, les doctrines de l'hôpital du Midi.

D. Calvo (*de Marseille*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Prix Nadau.* — Nous avons reçu, à propos du prix Nadau, au moins autant de réclamations que l'Académie recevra de mémoires, ce qui ne sera pas peu dire, si le nombre des candidats continue à croître dans les proportions qu'on observe en ce moment: il n'en a pas surgi moins de quatre depuis que le concours est clos et moins de quatre depuis qu'il est *déclos*. Parmi les nombreuses objections qu'on adresse à la manière de procéder de l'Académie, il en est quelques-unes que nous ne pouvons passer sous silence.

« Je ne comprends pas, nous écrit un de nos plus honorables correspondants, que l'Académie n'ait pas vu tout ce qu'il peut y avoir d'iniquités dans le droit monstrueux que s'attribue l'Académie de lire les ouvrages manuscrits envoyés à ce concours, avant que le concours soit clos. Qui donc empêcherait un chaud protecteur, membre de la commission, d'étudier les mémoires à mesure qu'ils arrivent; de les écrémer; de prendre à celui-ci son plan, à celui-là ses recherches d'érudition, à cet autre ses vues nouvelles, etc., et de communiquer le tout à un protégé savamment retardataire? L'obligation stricte de n'ouvrir les manuscrits qu'une fois le concours fermé serait de loyauté élémentaire. »

Nous sommes assurés que, vu la composition de la commission, les craintes manifestées par notre loyal correspondant n'ont aucun fondement; mais ses réflexions n'en sont pas moins justes en principe ; car qui dit concours dit par cela même précaution contre toute espèce de fraude, même la plus impossible en apparence. L'Académie est donc tombée dans un vice de forme grave, en adoptant la marche qu'elle a suivie.

— Un autre correspondant nous signale un fait qui pourrait avoir de plus graves inconvénients pour la légalité même du concours du prix Nadau : « Quelque temps avant la clôture de ce concours, nous écrit-il, je fus chargé, par un de mes amis, de m'informer jusqu'à quelle époque on pourrait déposer des mémoires. Il me fut répondu que cette époque n'était pas encore arrêtée, mais qu'elle ne pouvait être éloignée, et que très-certainement la clôture aurait lieu sous très-peu de jours. J'en fis part à mon ami, qui se hâta de terminer son œuvre et de la faire copier, sans pouvoir y mettre la dernière main, ce qu'il aurait fait s'il lui avait été accordé deux semaines de plus. Est-il possible, en bonne conscience, de laisser concourir des auteurs à qui l'on accorde des faveurs qu'on a refusées à d'autres? La conscience publique répondra pour moi.

« Connaissant la modestie de mon cher candidat et son antipathie pour le bruit, je doute qu'il se décide à élever une réclamation; mais ce qu'il ne fera pas, j'espère que d'autres le feront et qu'ils donneront à l'Académie une nouvelle preuve judiciaire qu'on ne viole pas toujours impunément les principes de la plus vulgaire équité. »

Tous les esprits impartiaux et éclairés partageront l'opinion de notre correspondant, tout en regrettant que par ces mots : *nouvelle preuve,* il ait fait allusion à des circonstances dans lesquelles l'Académie avait incontestablement pour elle la raison et le bon droit. Nous ne voyons pour l'Académie qu'un moyen de sortir de la mauvaise voie dans laquelle elle s'est engagée, c'est de revenir à sa première décision ; il ne lui en coûtera pas plus pour casser la seconde que pour annuler la première, et nous comptons sur l'éloquence de M. Malgaigne pour obtenir cet heureux résultat.

— Le monde médical se préoccupe en ce moment, ou tout au moins s'occupe du poëme de M. le professeur Piorry sur l'immortalité de l'âme, autant que des Mémoires du docteur Véron. Dire que les opinions, que les gloseries les plus diverses circulent touchant cette œuvre poétique est chose fort inutile, c'est là une règle sans exception; ce qui n'est peut-être pas absolument inutile, c'est de signaler à M. Piorry un écueil contre lequel tout naufrage ne nous paraît pas impossible.

Certes, nous avons pleine confiance dans la verve, dans l'inspiration poétique de M. Piorry ; nous avons la plus ferme croyance que les vers qui sortiront de sa plume ne seront pas des moins bons; cependant, nous le déclarons franchement, notre confiance n'irait pas jusqu'à livrer notre tête comme garant de nos présomptions, et puisqu'il n'a pas été impossible à Louis XIV de faire de mauvais vers, nous ne voyons pas clairement pourquoi cela serait impossible à M. Piorry.

Or, si du temps du grand roi, un médiocre auteur pouvait rimailler moyennant quelques flagellations de M. Despréaux, il n'en est pas tout à fait de même de notre temps, au moins pour les auteurs qui ont l'honneur d'appartenir à l'Université. Nos lecteurs se rappellent sans doute l'exemple assez récent d'un professeur révoqué de ses fonctions pour avoir publié un recueil de vers très-moraux, mais encore plus mauvais ; on doit ajouter même que cette révocation n'a pas manqué de gais approbateurs. Nous le répétons, *à priori* nous ne craignons rien de semblable pour M. Piorry ; mais, pour plus de sûreté, si nous étions à sa place, nous prendrions l'avis de quelque Alceste avant de livrer au grand jour nos méditations poétiques. Quelque importance que nous attachions aux opinions de M. Piorry touchant l'immortalité de l'âme, elles nous paraîtraient beaucoup trop chèrement achetées au prix de sa destitution, d'autant plus qu'en supposant le cas le plus improbable, celui où ses vers laisseraient en effet quelque chose à désirer, il lui resterait la ressource de nous exposer ses idées en prose, ce qui n'offre aucune espèce de danger.

— Nous avons la douleur d'annoncer que notre digne, savant et excellent maître, M. Louis, vient de donner sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu pour aller passer l'hiver dans le Midi avec son fils unique, atteint d'une maladie qui inspire malheureusement les craintes les plus sérieuses.

— L'ouverture de l'année scolaire 1853-1854, qui était annoncée pour le 7 novembre prochain, vient d'être ajournée par un arrêté de M. le Ministre, dans le but de donner à la rentrée des Facultés un plus grand éclat, en faisant présider cette séance solennelle par un inspecteur général du haut enseignement. (*Ann. de Clin. de Montpellier.*)

— Le même journal publie la chronique suivante :

On lit dans le feuilleton du n° 2 de la *Gazette hebdomadaire* : « En 1847, les 1,052 élèves des Facultés se distribuaient ainsi : à Paris, 800; à Montpellier, 175; à Strasbourg, 77. » Une pareille assertion nous a d'abord étonné, et nous a conduit ensuite à consulter les registres de notre Faculté. Nous y avons constaté qu'en 1847 on avait pris 144 inscriptions pour le doctorat, 45 inscriptions pour le grade d'officier de santé, converties plus tard en inscriptions pour obtenir le titre de docteur : ce qui donne 189 inscriptions régulières. A ce nombre il faut ajouter les inscriptions allouées par M. le Ministre ; 60 élèves venant des Écoles secondaires à Montpellier où ils ont converti les inscriptions prises dans ces Écoles préparatoires; enfin 37 chirurgiens militaires : ce qui porte à 286 le nombre de jeunes gens inscrits régulièrement dans la Faculté de Montpellier pour l'année 1847. Mais ce nombre était accru par les étudiants qui, sans prendre régulièrement ou après avoir obtenu leurs inscriptions, n'en comptent pas moins parmi les disciples de la moderne Cos. Aussi, même pour cette année (1847), une des moins fournies, le nombre des élèves a-t-il été de plus de 300 qui ont subi 595 actes académiques ; tandis que, pour l'année scolaire qui vient de s'écouler, ces derniers ont formé un total de 945, et celui des élèves de 400.

En redressant ainsi une erreur grave publiée touchant la plus illustre Faculté de médecine, nous avons dû nous rappeler que la *Gazette médicale* de Paris, dont naguère encore et depuis longtemps, MM. Dechambre et Diday étaient les habiles rédacteurs, a plusieurs fois commis de semblables erreurs. Ainsi la *Gazette médicale* du mois de février 1834 contenait une assertion mensongère de M. Adelon, qui soutenait que, pendant un temps déterminé, Montpellier avait reçu seulement 1,568 thèses doctorales ; tandis que le professeur Dugès prouva authentiquement qu'il fallait porter ce chiffre à 2,881 : petit oubli de 1,313 thèses !

Cours complet de chirurgie. — M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, ouvrira ce cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le jeudi 10 novembre, à 8 heures du soir, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis à la même heure. — Les deux premières leçons seront publiques.

On s'inscrit à l'École pratique, chez M. Gaucherand.

G. Dumont.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 133. 1re année. Samedi 5 Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — Note sur les amputations particlles du pied, par M. Sédillot. — Considérations sur le perchlorure de fer et sur les propriétés coagulantes de diverses autres substances, par M. le Dr Debout. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Cette baisse de prix nous mettant dans l'impossibilité de supporter les frais de recouvrement à domicile, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leur demande d'abonnement un bon sur la poste ou sur une maison de Paris.

Paris, le 4 Novembre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'événement de la séance a été l'absence de M. Malgaigne. Cet habile et bouillant orateur avait annoncé pour mercredi une oraison sur ou plutôt contre le perchlorure de fer, et naturellement une foule d'auditeurs s'étaient empressés d'aller au rendez-vous. Ils ont dû, comme nous, se retirer désappointés. Mais fort heureusement, ils n'auront perdu que quelques pas pour attendre, puisque le disert professeur n'a fait que retarder de huit jours son discours.

En son absence, trois rapports sur des eaux minérales inconnues, un rapport de M. Bricheteau sur un cas de combustion *volontaire* et une seconde lecture du consciencieux M. Jolly sur le choléra, ont tant bien que mal rempli la séance.

Nous ne devons pas oublier le petit incident soulevé par M. Londe, qui est venu compléter les remarques que nous avons publiées sur le prix Nadau. M. Londe s'est élevé avec raison contre le candidat qui veut rester anonyme, remportât-il même le prix ; il a fait observer qu'un membre de l'Académie, voire même membre de la commission, pourrait très-bien concourir sous le couvert de l'anonyme et se faire ainsi trois mille francs de rente, non pas en élevant des lapins, mais en écrémant ce qu'il peut y avoir de bon dans les mémoires soumis à son appréciation. Nous regrettons que M. Londe n'ait pas complété sa pensée en ajoutant que ce qu'un membre de la commission pourrait faire pour lui-même, il ne lui serait pas moins facile de le faire pour un candidat « savamment retardataire, » suivant l'expression d'un de nos correspondants. Au reste, M. Londe s'est empressé, après son allocution, de reconnaître que la stricte équité aurait exigé que les travaux manuscrits ne fussent livrés aux commissaires qu'après la clôture du concours, et qu'il était par conséquent indispensable qu'il y eût une clôture. Mais cette opinion était trop raisonnable pour être adoptée deux fois de suite par une assemblée délibérante. Si M. Nadau ne se contente pas de cette manière de comprendre et d'exécuter ses intentions, il faut avouer qu'il sera bien difficile.

La correspondance manuscrite renferme deux pièces qu'on ne doit point laisser passer inaperçues : l'une est de M. Gros, médecin à Moscou, qui prouve une fois de plus, par des faits extrêmement intéressants, le peu d'influence des conditions hygiéniques les plus tranchées sur la marche du choléra ; l'autre est une observation de M. le docteur Missoux, qui serait du plus haut intérêt, si elle était recueillie avec plus de soin, mais qui, telle qu'elle est, mérite cependant de fixer l'attention sérieuse des praticiens.

H. DE CASTELNAU.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. TRIQUET, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite. Voir les nos* 131, 132.)

Deuxième mémoire sur les maladies de l'oreille.

2e PARTIE.

4e *Observation. — Anatomie pathologique des otites dans les fièvres graves. — Otite scarlatineuse* (1). — Une femme de 30 ans, atteinte depuis huit jours d'une scarlatine à forme maligne, vint mourir à l'Hôtel-Dieu. Les graves symptômes ataxiques, par lesquels toute l'économie était influencée, n'ont point permis de s'inquiéter des épiphénomènes fournis par les organes des sens en général et de l'organe de l'ouïe en particulier.

(1) Ces observations ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu, quand j'étais interne de MM. Honoré et Caillard. Qu'il me soit permis, en cette circonstance, de rendre ce faible hommage à leur mémoire.

Ce qui frappa seulement l'attention, ce fut un écoulement par l'oreille droite.

La pièce me fut remise deux jours après la mort, et la dissection me permit de constater, en procédant selon notre habitude de l'extérieur à l'intérieur :

1° Un épaississement avec vascularisation de la membrane qui tapisse le conduit auditif externe : cette membrane nous paraît avoir au moins deux fois son épaisseur normale. En la saisissant avec une pince, on peut la décoller avec facilité ; son tissu, qui est imbibé de sang, est ramolli, et les mors de la pince peuvent assez facilement le déchirer.

2° L'étrier osseux qui supporte cette membrane présente des stries rougeâtres et des points violacés çà et là : ce sont là évidemment des traces d'ostéite ayant la plus grande analogie avec les altérations que nous avons longuement décrites dans l'otite typhoïde.

3° Le tympan est déchiré à son centre : cette perforation inégale, à bords frangés, a au moins 2 millimètres d'étendue dans tous les sens ; la portion de membrane restante est rouge, tuméfiée, ramollie et privée de transparence.

4° L'intérieur de la caisse est baigné d'un pus sanieux, rougeâtre et fétide.

5° La membrane qui tapisse cette cavité est également plus rouge, comme tomenteuse, avec des sortes de végétations de la grosseur d'une tête d'épingle, au nombre de trois, placées sur les côtés du promontoire.

6° La muqueuse des trompes est rouge, boursouflée ; le tube osseux qu'elle revêt est manifestement rétréci.

7° La chaîne des osselets est rompue ; on trouve, dans le liquide purulent de la caisse, une des branches du marteau. L'étrier est encore appliqué sur la fenêtre ovale. La fenêtre ronde est intacte.

7° Le labyrinthe nous a paru exempt d'altération. Les canaux demi-circulaires contenaient une sorte d'humidité rougeâtre, dernière trace du liquide limpide contenu à l'état normal dans leur intérieur. Limaçon, nerf auditif, en bon état (1).

Le temporal gauche n'a pas été examiné.

5e *Observation.* — *Otite varioleuse.* Un ouvrier maçon, âgé de 23 ans, fut pris, au mois de mars 1852, d'une variole confluente, avec phénomènes cérébraux graves.

Admis à l'Hôtel-Dieu, ce malade succombait le sixième jour de son entrée et le dixième de sa maladie.

Dans les trois derniers jours qui précédèrent sa mort, un écoulement purulent s'était manifesté par l'oreille gauche.

Oreille gauche. La dissection nous montra :

1° Du pus brun, noirâtre, desséché et écaillé, sur les bords du pavillon et dans le conduit auditif externe.

2° La membrane qui revêt ce conduit est plus rouge, plus épaisse, se détache avec facilité.

3e La conque osseuse qui la supporte est plus injectée (canalicules vasculaires enflammés).

4° Tympan rouge-bleuâtre à sa circonférence, avec une fissure centrale de 4 millimètres, et s'étendant jusqu'à la partie inférieure.

5° La chaîne des osselets est encore en place ; mais la longue branche du marteau, n'ayant plus de soutien, est tombée dans la caisse.

6e Mêmes altérations de la muqueuse que dans l'observation suivante : elle est épaissie, comme mamelonnée, baignée de pus. On trouve, au voisinage du promontoire, quelques débris de pustules tout à fait analogues à celles que l'on voit dans la même maladie, naître, se développer et suppurer au pharynx, sur la conjonctive.

Muqueuse de la trompe rouge, tuméfiée, présentant également çà et là de petites pustules comme avortées.

L'orifice intra-tympanique semble, au premier abord, complétement oblitéré ; cependant, on peut y introduire le tube fin d'une seringue d'Anel.

7° La membrane de la fenêtre ronde existait encore.

8° L'oreille interne ne m'a pas offert d'altération appréciable, seulement le liquide de Cotigno avait disparu.

6e *Observation.* — *Otite varioleuse.* — Un jeune homme de 25 ans, non vacciné, entré à l'Hôtel-Dieu pour une affection légère, fut pris dans les salles d'une variole confluente et succomba le neuvième jour.

Pendant les deux derniers jours qui précédèrent sa mort, on avait remarqué que l'oreille du côté gauche était le siége d'un écoulement purulent.

Je pus me procurer les deux temporaux et voici ce que j'ai trouvé :

Oreille gauche. 1° Oreille externe : croûtes brunâtres desséchées, rappelant le pus qui s'écoulait pendant la vie.

2° Conduit auditif : la peau membraneuse qui le tapisse est rougeâtre, plus vasculaire, avec des taches livides ; elle est ramollie, plus friable, se laisse facilement déchirer.

3° Le tympan offre une *large perforation centrale,* large de 5 millimètres : les bords de cette ouverture sont coupés nettement ; on les dirait taillés par une sorte d'emporte-pièce ; le marteau adhère encore à une petite portion de la membrane déchirée qui le supporte.

4° La chaîne des osselets est complète. La muqueuse qui les revêt est rouge, enflammée. L'étrier est appliqué sur la fenêtre ovale.

5° La muqueuse qui tapisse la caisse est rouge, épaissie, mamelonnée, baignée de pus. Çà et là, principalement sur les côtés du promontoire, on trouve des espèces de petites *pustules avortées,* qui rappellent celles de la peau. On en rencontre aussi dans la trompe, qui offre, du reste, les mêmes altérations : rougeur, vascularisation, épaississement.

Comme dans les observations précédentes, le stylet le plus fin ne peut pénétrer jusque dans la caisse ; mais si, après avoir introduit une sonde dans la trompe, on vient à pousser, au moyen d'un petit soufflet, de l'air ou de l'eau, ces deux fluides arrivent jusque dans la caisse. Est-ce à dire pour cela que du pus, du mucus, peuvent s'écouler par la même voie? Non, certainement ; car même chez ce sujet, dont le tympan était largement ouvert, la caisse était encore baignée de pus.

6° La caisse est baignée d'un pus brun, sanieux, mêlé de sang.

7° J'ai déjà dit que la fenêtre ovale était intacte, il en est de même de la fenêtre ronde, qui offre même son *petit tympan.*

8° Après avoir enlevé l'étrier, j'agrandis, d'un coup de ciseaux, l'ouverture de communication avec le vestibule, qui me paraît sain. Les canaux demi-circulaires, à leur face interne, sont secs, striés de lignes rouges et parallèles.

9° Le limaçon est normal ainsi que le nerf auditif.

Oreille droite. — 1° Méat auditif externe un peu rougeâtre. On n'y trouve cependant pas de traces de suppuration.

2° Tympan opaque : son épaisseur est augmentée, mais son tissu est plus friable, comme ramolli.

3° Chaîne des osselets : en place l'étrier est appliqué sur la fenêtre ovale ; la fenêtre ronde est normale.

4° La muqueuse qui tapisse la caisse est plus rouge, plus vasculaire, tuméfiée ; sa surface est imbibée d'un liquide brun, jaunâtre, épais, légèrement visqueux, évidemment purulent.

5° L'oreille interne était saine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Je chercherai l'occasion de confirmer ces recherches par d'autres dissections.

Note sur les amputations partielles du pied,

Par M. le professeur Sédillot.

On s'est beaucoup occupé des amputations que l'on a comparées entre elles au point de vue du siége des opérations et des procédés mis en usage pour les accomplir. L'amputation tibio-tarsienne remise en honneur par MM. Baudens et Syme; l'amputation sous-astragalienne proposée par M. de Lignerolles et plusieurs fois exécutée par Textor, Nélaton, Maisonneuve; le précepte donné par A. Cooper et surtout par Mayor père, de conserver toujours au pied la plus grande étendue, en se bornant à enlever les parties d'os véritablement altérées; l'amputation de M. Jobert dans l'interligne scaphoïdo-cunéenne et cuboïdo-métatarsienne; la recommandation formulée par M. Robert de garder le scaphoïde toutes les fois que cet os est resté intact, montrent nettement la tendance conservatrice de la chirurgie actuelle; cependant, ces progrès ressortent du principe général d'amputer le plus loin possible du tronc, et on ne les avait peut-être pas suffisamment éclairés par l'étude du mécanisme des fonctions du pied.

Sans doute, on avait dit que, dans certaines amputations, la voûte plantaire était raccourcie et abaissée; mais on n'avait pas autrement insisté sur cette remarque, et l'observation clinique, devançant ici, comme elle le fait habituellement, l'explication théorique, avait seule révélé à quelques esprits sagaces l'utilité de l'emploi de bottines d'épaisseur inégale pour assurer la sustentation et la marche.

Quoique je me fusse beaucoup occupé des amputations du pied pour lesquelles j'ai proposé des procédés et des modifications opératoires généralement adoptés, j'étais resté néanmoins renfermé dans ces limites communes, lorsqu'en revoyant, pour la nouvelle édition de ma *Médecine opératoire*, certains détails des articulations du pied, je fus frappé des rapports de la conformation de cet organe avec les résultats des amputations, et il en ressortit pour moi des conséquences qui m'avaient complétement échappé jusqu'à ce jour.

Lorsqu'on examine anatomiquement le mécanisme des fonctions du pied, on reconnaît que le poids du corps est transmis du tibia à l'astragale par une surface légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et que l'astragale lui-même repose sur l'extrémité antérieure du calcanéum par une surface d'une obliquité encore plus marquée dans la même direction. Si l'on se rappelle en même temps que le calcanéum ne repose sur le sol que par un point assez étroit de son extrémité postérieure, et que le reste de sa face inférieure est incliné d'arrière en avant et de bas en haut, on se fera une idée assez exacte de la disposition de ces parties. La portion postérieure ou calcanéo-astragalienne de la voûte plantaire se continue en avant avec le cuboïde et le scaphoïde; situé plus bas et en dehors, celui-ci, placé en dedans, est sur un plan plus élevé. Le poids du corps tombant obliquement sur l'astragale et de là sur le calcanéum, est chassé en avant et transmis au cuboïde et principalement au scaphoïde, et de là aux cunéiformes et aux métatarsiens. C'est, en définitive, sur les extrémités antérieures de ces os et sur les phalanges, et en arrière sur un seul point du calcanéum, que repose le corps dans la station et la marche, et toute la portion moyenne du pied reste éloignée du sol chez les individus bien conformés. Il y a, sans contredit, de nombreuses différences individuelles d'âge et de race à cet égard, et beaucoup de personnes présentent un abaissement considérable qui se rapproche du pied plat, mais nous prenons pour exemple le type; le pied, en outre, soutenu latéralement par des muscles énergiques; en arrière et en dedans, le tendon d'Achille; tout à fait en dedans, les tendons des muscles jambiers; en dehors, les péroniers et particulièrement le long péronier latéral, dont la réflexion sur le bord externe du pied augmente considérablement la puissance.

Voyons maintenant les applications de ces données aux amputations du pied.

Villermé écrivait, en 1815, qu'une vingtaine de militaires reçus à l'hôtel des Invalides, avaient dû subir l'amputation de la jambe par suite d'inflammations ulcératives survenues aux moignons. M. A. Petit avait déjà, en 1799, signalé un cas pour lequel il avait dû recourir à la section du tendon d'Achille, dans le but de remédier au renversement du moignon en arrière. MM. Velpeau, Jobert, Robert, Larrey, Nélaton, Stauski, ont également coupé le tendon d'Achille dans des circonstances semblables, et n'ont obtenu que peu d'avantages de cette opération. MM. Robert et Stauski ont dû amputer complétement la jambe, parce que le moignon continuait à se porter en bas et en dehors et à être frappé d'ulcération, de carie et de nécrose. M. Stauski avait en vain disséqué une partie du calcanéum.

L'un de mes malades qui marchait très-bien dans nos salles quelque temps après son opération, boitait un peu plus tard par renversement du moignon. Tel est le fait général. L'extrémité postérieure du calcanéum est portée en haut, l'extrémité antérieure en bas et en dehors et arc-boute directement contre le sol, ainsi que la tête de l'astragale, qui offre une tendance manifeste à se déplacer par une sorte de sub-luxation; des ulcérations surviennent, les os s'altèrent et la marche est empêchée. On cite cependant des exemples de réussite. M. Velpeau imprimait, en 1839, qu'aucun des malades opérés par lui n'avait offert de rétraction du moignon; Blandin ne comptait qu'un exemple de cet accident sur 11 amputés; M. Robert, 1 sur 3, etc.

De quel côté est la vérité au milieu de ces assertions contradictoires? Blandin avait-il observé assez longtemps ses malades et n'avait-il pas considéré comme définitifs des résultats passagers? Telle est notre opinion, et nous la fondons sur les conditions anatomiques que nous avons signalées. Dès que les malades commencent à marcher, le tibia pousse en bas et en avant l'astragale, qui n'a d'autre point d'appui que la facette calcanéenne antérieure interne, dont le diamètre est très-étroit, et, comme le calcanéum est beaucoup plus rapproché du sol en dehors qu'en dedans, c'est aussi en dehors et en bas que le moignon se trouve nécessairement dévié. Ce mouvement ne peut s'exécuter sans que la portion postérieure du calcanéum ne bascule en haut et en arrière, et cet effet sera proportionnel à l'inclinaison en avant et en bas du moignon. La section du tendon d'Achille devait être inefficace, puisque les muscles extenseurs ne concouraient pas à l'élévation du talon, et ceux qui ont pratiqué cette section avaient manifestement méconnu, au moins en partie, la cause et le mécanisme de la difformité qu'ils s'efforçaient de combattre.

Nous ne contestons nullement, tout au contraire, l'avantage d'obtenir la consolidation du moignon dans une situation normale et de prévenir pendant la cure la rétraction des extenseurs, et, dès 1838, nous avons donné des conseils propres à faire atteindre ce but.

Les malades dont la marche a pu se rétablir sans accidents après l'amputation de Chopart, avaient probablement le pied peu arqué, ou bien l'astragale rencontrait, à l'extrémité antérieure interne du calcanéum, un point d'appui articulaire plus large et plus résistant qu'on ne l'observe habituellement, ou bien encore la moitié postérieure de la face supérieure de l'astragale était plus inclinée en bas et en arrière, et les malades, rejetant instinctivement dans ce sens le poids du corps, avaient élargi leur base de sustentation et étaient parvenus à prévenir ainsi le renversement du calcanéum.

Le meilleur moyen d'assurer l'intégrité et les usages du moignon, nous paraît être de recourir à l'application d'une bottine creusée en arrière et saillante en avant pour maintenir l'obliquité plantaire et remplacer la portion amputée de l'avant-pied. Un malade dont M. Malgaigne a rapporté l'histoire, sans paraître en comprendre la signification, marchait très-bien en se servant de bottines ordinaires, avec la simple précaution de placer un tampon de laine épais dans l'avant-pied de sa chaussure.

Tels sont les résultats habituels de l'amputation de Chopart, et on voit combien il est important de conserver soit le scaphoïde, soit les cunéiformes, soit des portions de métatarsiens, pous augmenter la base de la sustentation et faciliter le rétablis-

sement des fonctions du membre inférieur. Sous ce rapport, nous croyons que l'ablation de la tête du premier os du métatarse, recommandée par Sabatier et quelques autres chirurgiens dans le seul but d'en éviter la saillie, est une opération fâcheuse qui ne devrait jamais être pratiquée sans une indispensable nécessité.

Les deux seules amputations qui se font en arrière de la médio-tarsienne sont la sous-astragalienne et la tibio-tarsienne.

La première offre des conditions d'équilibre excellentes, parce que l'axe du corps tombe perpendiculairement sur le centre de l'astragale qui le transmet directement au sol. La marche et la station sont parfaitement assurées, et la seule question est de savoir si les inégalités de la face calcanéenne de l'astragale ne fatiguent pas les parties molles subjacentes. L'expérience semble avoir répondu affirmativement.

La conservation de l'astragale dans la mortaise péronéo-tibiale semble *à priori* réunir de grands avantages, et je suis très-disposé à tenter cette opération.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'amputation tibio-tarsienne, avec résection des malléoles et de la surface articulaire, et il serait très-désirable que les chirurgiens voulussent bien publier avec soin les résultats qu'ils en ont obtenus. Il est avéré qu'on a obtenu de très-beaux résultats; mais on n'en connaît pas très-bien la proportion, et les malades n'ont pas toujours été soumis à un examen assez prolongé, ce qui a laissé des doutes dans quelques esprits sur la persistance des réussites. Je ne les mets pas en doute pour mon compte, et j'ai vu de ces amputés marcher sur leur moignon avec la plus grande facilité; mais je crois que des recherches seraient nécessaires pour démontrer les conditions du succès, et signaler les transformations que doivent éprouver les os et les parties molles pour devenir aptes à supporter la pression incessante du poids du corps.

Considérations sur le perchlorure de fer et sur les propriétés coagulantes de diverses autres substances,

Par M. le Dr Debout.

La prochaine communication de M. Malgaigne à l'Académie donne une importance toute spéciale au rapport suivant lu par M. Debout à la Société de chirurgie :

Les deux communications qui vous ont été adressées par M. Burin du Buisson ne le cèdent en rien, pour l'intérêt, à celles que vous avez reçues sur le même sujet. La première est un mémoire étendu sur l'*Étude chimique du perchlorure, du persulfate et du perazotate de fer, sur les principes fibro-albumineux du sang*. La seconde, une note complémentaire sur l'*Examen microscopique du caillot fourni par le perchlorure de fer*.

Le premier travail se divise en trois parties : la première comprend une série d'expériences, réunies sous forme de tableaux, qui ont permis à l'habile chimiste de Lyon de fixer le pouvoir coagulant de toutes les substances employées ou proposées jusqu'à ce jour comme agents coagulateurs ou comme agents hémostatiques. Cette propriété coagulante est représentée dans le tableau suivant :

SELS FERRIQUES LIQUIDES.

Perchlorure de fer : **densité selon Baumé : 45°. Nombre de gouttes nécessaires pour coaguler 1 centilitre** : 7 gouttes. Coagulation très-avancée.

id. — 45°, — 10 gouttes. La coagulation est complète (1).

Perchlorure de fer et de sesqui-oxyde de manganèse : — 40°, — 7 gouttes. Coagulation très-avancée.

id. — 40°, — 10 gouttes. Le mélange est pris en une masse plus ferme que celle obtenue avec le perchlorure de fer à 45°.

Perchlorure de fer : — 30°, — 8 gouttes. La coagulation est incomplète.

id. — 30°, — 10 gouttes. Coagulation complète, la consistance est moyenne.

Perchlorure de fer et de manganèse : — 30°, — 8 gouttes. Coagulation très-avancée.

id. — 30°, — 10 gouttes. Le mélange se prend en masse de bonne consistance.

Persulfate de fer : — 45°, — 7 gouttes. Même résultat qu'avec le perchlorure à 45°.

id. — 45°, — 10 gouttes. Coagulation complète.

Persulfate de fer : — 30°, — 8 gouttes. Même résultat qu'avec le perchlorure de même densité.

id — 30°, — 10 gouttes. Coagulum complet.

Perazotate de fer : — 45°, — 7 gouttes. Coagulation très-avancée.

id. — 45°, — 10 gouttes. Le mélange se prend en masse ferme.

Perazotate de fer : — 30°, — 8 gouttes. La masse sanguine n'est pas complétement coagulée.

id. — 30°, — 10 gouttes. La coagulation est complète.

RÉACTIFS DIVERS.

Chlorure de zinc ; **densité selon Baumé : 40°. Nombre de gouttes nécessaires pour coaguler 1 centilitre** : 10 gouttes (1). Le sang prend l'apparence d'un *magma* crémeux demi-fluide, d'une belle couleur vermillon.

Tannin : — 30°, — 15 gouttes. Formation de grumeaux albumineux; le sang, sensiblement épaissi, prend une couleur purpurine.

Eau de Pagliari : — 5 grammes de cette préparation donnent un précipité albumineux.

Eau de Brochiéri : — 5 grammes donnent des résultats moins sensibles qu'avec le liquide précédent.

Alcool à 40°, — 15 à 25 gouttes. Précipité albumineux nageant dans une grande masse d'un liquide incolore.

Acide acétique concentré : — 10 gouttes. Le sang est complétement coagulé sous forme d'un extrait mou homogène.

Acide citrique : — 45°, — 10 gouttes. Coagulation très avancée sous forme d'extrait granuleux.

Créosote : — 10 gouttes. Gelée sans consistance, de couleur brique, avec des nuances violacées; on sent des grumeaux au toucher.

Ergotine Bonjean. Pas d'action sensible; le caillot naturel, qui se forme après un certain temps, semble plus consistant.

Bichlorure de mercure. Coagulation incomplète; la masse épaissie renferme des grumeaux consistants.

Solution aqueuse d'iode iodurée. Le sang est un peu épaissi, mais non coagulé; on remarque des grumeaux albumineux.

Alun. Le sang est épaissi légèrement.

Acide azotique. Le sang est épaissi et désorganisé.

Acide chlorhydrique. Caillots floconneux dans un liquide blanc qui ne tarde pas à se colorer.

Protochlorure de fer : — 30°, — 10 gouttes. Pas d'action coagulante; coloration violette.

Protosulfate de fer : — 30°, — 10 gouttes. Pas d'action sensible.

Protochlorure de manganèse : — 30°, — 10 gouttes. Même résultat négatif que le précédent.

Citrate de peroxyde de fer : — 30°, — 10 à 20 gouttes. Aucune action coagulante.

Lactate protoxyde de fer. Aucune action coagulante, ni aucun précipité apparent.

Un premier coup d'œil jeté sur ce tableau placé en tête du mémoire fournit immédiatement des données fort intéressantes. Ainsi, on voit que, tandis que les *per*-sels (per-chlorure, per-sulfate, per-azotate) de fer jouissent d'un pouvoir coagulant fort remarquable; les *proto*-sels du même métal (proto-chlorure, proto-sulfate) n'en possèdent aucun. Ce n'est point à l'aide d'une solution d'albumine que M. Burin du Buisson a déterminé la valeur comparative des divers agents hémoplastiques; ses expériences ont eu lieu au grand Hôtel-Dieu de Lyon, en présence de M. Pétrequin, avec le concours de M. le docteur Delorme et

(1) Par le mot *coagulation*, nous entendons dire ici que toute la masse sanguine a été transformée en un *magma* solide. Dans toutes les expériences ci-dessus, on a facilité la réaction du sel ferrique sur le sang en agitant le mélange avec un tube de verre plein.

(1) Comme pour les sels ferriques, l'action des divers réactifs sur le sang a été facilitée par l'agitation.

d'un grand nombre d'élèves ; elles ont été faites avec du sang sortant de la veine et maintenu liquide à l'aide d'eau chaude qui entourait les vases dans lesquels on le recevait.

Les tableaux de M. Burin nous fournissent matière à de nombreuses remarques ; nous n'en ferons qu'une seule. Il semble que des expérimentations consistant seulement dans le mélange de deux liquides soient à l'abri de toute cause d'erreur, et qu'on peut accepter avec confiance les résultats qu'elles fournissent. Il n'en est rien. Ainsi nous voyons dans le second tableau que l'eau de Pagliari, celle de Brocchiéri, de même que l'ergotine de M. Bonjean, qui jouissent de propriétés hémostatiques incontestables, n'ont aucune action sur la coagulation du sang. Nous ne dirons rien quant aux deux derniers agents, mais nous devons protester pour le liquide de Pagliari. Les expériences de notre collègue, M. Sédillot, ont prouvé qu'en versant dans un verre partie égale de sang et d'eau de Pagliari, le mélange se prend en masse et devient tellement adhérent aux parois du vase qu'on peut impunément le renverser : le coagulum ne se détache pas. Comment se fait-il que M. Burin soit arrivé à un résultat différent ? C'est que ce chimiste, au lieu de mélanger partie égale des deux liquides, a employé cinq parties de liqueur hémostatique contre une de sang, et a redissous ainsi le caillot. Ce fait vient prouver que les expériences que j'ai répétées devant la Société avaient une valeur plus grande, avec la solution d'alun, que celle qu'il leur a accordée. Au point de vue de la question mise à l'étude, il faut chercher tout d'abord l'action coagulante la plus énergique ; or, nos expérimentations vous ont prouvé que, suivant le degré de concentration de l'agent coagulateur, on avait une densité plus ou moins grande du caillot.

Dans un récent travail adressé à l'Académie des sciences, un chirurgien sagace qui s'est beaucoup occupé de la question, M. Pétrequin, distingue les agents en deux classes : les *hémostatiques* et les *hémoplastiques*. « Ces deux propriétés pour être analogues, dit-il, ne sont pas identiques : tel agent qui est efficace pour arrêter une hémorrhagie, n'est pas toujours aussi efficace pour coaguler le sang, et *vice versa*. La connaissance de l'une de ces propriétés n'implique pas nécessairement l'existence de l'autre. Nous ne partageons pas cet avis. Les substances qui jouissent au plus haut degré de la propriété de coaguler le sang, sont les meilleurs hémostatiques. Seulement l'action de ces substances hémoplastiques varie suivant la pesanteur spécifique de leur solution, et ce point du problème ne peut être révélé que par les réactions chimiques.

Pour la solution de la question posée en ce moment, les expérimentateurs doivent donc faire usage de préférence des liquides hémoplastiques. A ce titre, le perchlorure de fer, conseillé par M. Pravaz et préparé à 30°, semble à M. Burin le meilleur agent. Pour le prouver, M. Burin rend compte de l'examen chimique du caillot fourni par l'injection du perchlorure. Il étudie successivement l'action de l'eau sur le coagulum, puis celle des agents hémostatiques et hémoplastiques sur la solution aqueuse de ce coagulum, enfin celle des alcalis caustiques. Cette étude permet à l'auteur de montrer que l'action du perchlorure de fer sur le sang n'est pas une carbonisation, et que le sel métallique se trouve combiné aux matériaux du sang, qu'il se forme enfin, ainsi que MM. Lassaigne et Dumas l'ont démontré pour d'autres bichlorures, une composition définie, un *chloroferrate de fibrine et d'albumine*. L'existence de cette combinaison permet à notre auteur d'expliquer alors la possibilité de la résorption du caillot, produit par l'injection de la solution du perchlorure dans les vaisseaux. Malheureusement les faits ne sont pas venus confirmer les prévisions de ce chimiste.

La Société se rappelle qu'en plaçant sous ses yeux les carotides des chevaux qui servirent à mes premières expérimentations, je lui faisais remarquer que les caillots avaient une organisation spéciale, qu'ils constituaient une sorte de *magma*, d'une densité considérable, produite par la réaction du sel de fer sur les éléments fibro-albumineux du sang. La constitution de ce caillot, jointe à l'action locale du perchlorure sur les tuniques artérielles, me porta à craindre que ce magma n'agît comme corps étranger, et ne provoquât une inflammation éliminatrice. Les accidents survenus dans la plupart des cas d'anévrismes opérés à l'aide du perchlorure, sont venus légitimer ces craintes.

Nous avons vu que c'est à l'étude chimique des éléments qui entrent dans la composition du magma que M. Burin du Buisson a consacré les deux premières parties de son Mémoire. Ici vient naturellement se placer l'appréciation du second travail qu'il vous a adressé. Dans cette note, ce laborieux expérimentateur rend compte de l'examen microscopique qu'il a fait, avec l'aide de M. Lembert, du coagulum fourni par le perchlorure de fer. Cette étude complète l'examen chimique si largement traité dans son premier travail, mais sans offrir aucun élément nouveau pour la solution de la question pratique ; elle montre que le perchlorure de fer précipite l'albumine du sang, de même que celle du blanc d'œuf, en une masse gélatineuse consistante, dans laquelle les globules du sang sont emprisonnés. Ne serait-ce point à cette circonstance que le caillot fourni par le perchlorure doit sa densité si considérable ?

L'examen microscopique pouvait cependant fournir quelques données utiles ; mais il fallait faire cette étude du caillot dans le vaisseau même. Ainsi, on voit alors que les couches périphériques du caillot ont contracté des adhérences très-fortes avec les parois ; il faut râcler fortement avec le scalpel pour séparer du vaisseau les grumeaux sanguins ; mais ce qu'il y a de plus intéressant à savoir, c'est que cette adhérence était due à la destruction complète de l'épithélium parimenteux de l'artère par l'action caustique du perchlorure de fer. C'est à cette destruction qu'était dû l'aspect rugueux et inégal que vous avez pu constater sur les carotides qui vous ont été soumises. L'action caustique du perchlorure de fer sur la membrane interne de l'artère peut aller, vous l'avez vu, encore au delà de la couche inorganique de l'épithélium pavimenteux, atteindre les couches sous jacentes et y déterminer un travail d'inflammation et de suppuration. Nos expériences ayant été faites avec une solution concentrée de perchlorure, nous avons dû être réservé dans les conclusions émises alors. Les effets de la solution de perchlorure à 30°, quoique moins agressifs, nous permettent aujourd'hui de maintenir nos assertions.

Dans la dernière partie de son Mémoire, notre auteur aborde l'examen de l'action du perchlorure sur les parois artérielles.

Le perchlorure de fer est un sel solide ; or, avant de l'injecter, il fallait le faire dissoudre. Quel degré de concentration devait-on donner à la solution pour obtenir les meilleurs résultats ? C'était un point fort important, car, vous l'avez vu dans les premières expériences que nous avons tentées, l'inflammation des tuniques artérielles a été si considérable, avec une solution très-concentrée, qu'on ne pouvait songer à transporter ces expériences des animaux à l'homme. Dans ses essais, M. Pravaz employa une solution plus étendue, et ne voyant pas survenir d'accidents inflammatoires à la suite de ses injections dans les carotides de chevaux, notre savant confrère avait cru pouvoir fixer la densité du perchlorure à 45° (Beaumé). Les accidents survenus dès les premières tentatives sur l'homme, sont venus montrer que l'action du liquide était encore trop énergique, et ont engagé M. Burin du Buisson à préparer une solution d'un poids spécifique moins élevé. C'est ce service que M. Burin a rendu à la solution de la question de l'emploi du perchlorure en chirurgie.

« Nous croyons avoir la certitude, dit M. Burin, qu'en privant le perchlorure de tout excès d'acide, on aura éloigné la cause principale des accidents secondaires qui peuvent survenir par le fait seul de l'action irritante de l'acide en excès ou libre, accidents que ce dernier, dans tous les cas, ne peut qu'aggraver. »

Les faits observés sur l'homme, avec la solution préparée par M. Burin, ne sont pas venus réaliser les espérances de ce chimiste. La solution de perchlorure, privée d'excès d'acide et réduite à la pesanteur spécifique 1,261, ou 30° de Beaumé, n'offre pas l'innocuité qu'il nous promettait.

Les observations des malades de MM. Velpeau, Lenoir, montrent que le problème de la cure des tumeurs anévrismales est

loin d'être résolu, et nous forcent à ne pas accepter la conclusion du travail de M. Burin du Buisson. En effet, notre auteur dit : « En résumé, le perchlorure de fer neutre est une substance *styptique, tannante,* mais sans action *caustique* ou *corrosive* proprement dite. »

Nous devons, toutefois, faire la remarque qu'à l'appui de son opinion sur l'innocuité du perchlorure, M. Burin cite « un cas de tumeur anévrismale du tronc brachio-céphalique dans lequel M. Barrier a pu injecter en trois fois, à huit jours d'intervalle environ, *soixante-quinze* gouttes de perchlorure, sans qu'il soit survenu le plus léger trouble fonctionnel dans l'économie. »

M. Burin s'est trop hâté, à la vérité, de conclure dans ce cas. J'ai vu le malade, lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur ; du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées pour pousser les injections de perchlorure de fer. Un moment, on a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante, heureusement pour le malade, les accidents inflammatoires sont restés bornés aux tissus environnants et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté alors l'hôpital. Sa tumeur avait un peu augmenté de volume, les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où il fut reçu dans le service. Je ne m'étends pas davantage sur ce fait, car M. Barrier doit le publier prochainement et je ne veux pas déflorer cette observation. Les quelques détails que je vous donne suffisent pour mettre en relief un résultat digne d'attention, c'est l'innocuité relative de l'injection du perchlorure de fer dans ce cas. Ainsi, tandis que dans les hôpitaux de Paris, toutes les tentatives de traitement de tumeurs anévrismales volumineuses se sont terminées par l'ulcération du sac, alors qu'on y avait injecté seulement six et huit gouttes de solution de perchlorure, il n'en a pas été de même à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; car M. Burin aurait pu ajouter au fait de Barrier un autre cas d'anévrisme du pli du coude, traité avec succès par M. Vallet par l'injection de huit gouttes de perchlorure. C'est le seul cas de guérison dans lequel aucun accident ne soit survenu.

Pour expliquer ces résultats si opposés, il faut que la solution de perchlorure ne conserve pas longtemps l'état neutre qu'elle possède en sortant du laboratoire du chimiste. En effet, au fond des flacons qui vous ont été adressés, il y a quelques mois, par M. Burin, on voit un dépôt assez considérable de sel de fer. Ce point de la question mérite d'être examiné avec attention, puisque la Société est chargée de distribuer aux chirurgiens appelés à faire des essais, une solution inoffensive. Les tentatives faites par les chirurgiens des hôpitaux de Paris prouvent que la solution qui vous a été adressée provoque une inflammation trop énergique du sac anévrismal.

Du reste, il ne faut point trop rejeter cette action locale de la solution de perchlorure. Un certain degré d'inflammation des tuniques artérielles est chose utile ; à elle seule, elle peut provoquer la formation d'un caillot et amener ainsi la guérison de la tumeur. Le malade que je vous ai présenté, guéri d'un anévrisme du pli du coude par la galvano-puncture, a dû sa cure à l'inflammation du sac anévrismal, produite par l'agent électrique.

Les faits connus aujourd'hui ne permettent pas d'accepter les données de la chimie, et si le perchlorure à 30 degrés constitue le meilleur hémoplastique lorsque le sang est hors des gros vaisseaux, l'action irritante trop énergique qu'il provoque sur les parois artérielles ne permet pas de l'employer dans les cas de tumeurs un peu volumineuses.

L'innocuité des liquides hémoplastiques étant subordonnée exclusivement au degré d'agression des substances sur les tuniques des vaisseaux, ce point important ne peut être fixé que par des expérimentations. M. Burin du Buisson, en abaissant à 30 degrés la solution de perchlorure préparée d'abord à 45 degrés, a montré qu'il nous fournissait un liquide moins agressif pour les tuniques artérielles, et doué en même temps d'un pouvoir coagulant plus énergique. C'est un service signalé qu'il a rendu à la pratique, nous aimons à le proclamer, mais qu'il abaisse encore le poids spécifique de sa solution et qu'il provoque de nouveaux essais. Qu'il ne craigne pas même d'oublier un instant les données de la chimie, et qu'il fasse expérimenter les sels de fer qu'il a placés au bas de l'échelle des hémoplastiques, peut-être trouvera-t-il alors la solution du problème.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur les eaux minérales de Vals (Ardèche), par M. le docteur Ruelle ;

2° Rapport sur les eaux minérales de Pierrefonds (Oise), par M. le docteur Vannaque.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hydrophobie et crétinisme.

M. Nièpce communique l'observation qu'il a déjà adressée à l'Académie des sciences.

Fièvre typhoïde.

M. Delfrayssé adresse des « observations et réflexions sur les propriétés prophylactiques et anti-contagieuses du quinquina dans les épidémies paludéennes et spécialement dans la fièvre typhoïde. »

Choléra.

M. le docteur Gros, de Moscou, adresse sur le choléra une lettre d'où nous extrayons les détails suivants :

« A Moscou, quelques cas isolés se présentent dans les derniers mois de l'hiver et se multiplient dans le courant de mars. Le 21 mars (température, à 9° Réaumur), une immense population commence son carême, et à la même heure s'abstient de toute substance animale. Ce changement de régime subit n'a pas l'effet qu'on pouvait en attendre ; la maladie ne fait pas de progrès sensibles. Le 27 mars, il n'y avait encore que 31 cas depuis le commencement de l'épidémie. Vers la mi-avril, environ à la mi-carême, elle atteint son maximum, environ 110 malades par jour. Dans la seconde moitié du mois, arriva le dégel. Pendant une quinzaine de jours, une croûte de glace de deux pieds fond lentement et étale aux rayons du soleil une énorme détritus de matières animales accumulées depuis la mi-octobre 1852. Le nombre des malades descend à une vingtaine par jour. Le dégel fini, la population passe d'un carême rigoureux à la nourriture animale copieuse, et le nombre des cas continue à descendre à 17, puis à 12 par jour. »

Voilà des expériences en grand qu'il serait difficile de faire ailleurs.

Nouvelle sonde.

M. le docteur Secretan, de Confignon-Onex, près Genève, adresse la note suivante sur un nouvel instrument pouvant, *en une seule introduction,* servir au triple usage : *d'évacuer l'urine, d'explorer et de cautériser* un point donné de l'urètre, ou la vessie.

Dans l'emploi des différentes sondes à cautériser en usage, j'avais remarqué, dit-il, que (quelques précautions que l'on eût prises auparavant pour vider la vessie aussi complétement que possible), il arrive fréquemment, surtout quand on cautérise près du col, que l'impression produite par le caustique, à l'instant où on le met à découvert, provoque l'expulsion d'une certaine quantité d'urine qui dissout le nitrate d'argent, l'étend inutilement sur les parties qu'il serait mieux de ménager, et, ce qui est plus fâcheux, empêche l'effet d'être complet sur les points qu'il eût été nécessaire de modifier par l'action plus énergique du caustique non délayé.

Le désir d'obvier à ces inconvénients, qui peuvent faire manquer la réussite d'une cautérisation, m'a fait imaginer un instrument, qui, bien qu'étant en principe la sonde très-commode de M. le professeur Lallemand, a néanmoins, sur toutes les sondes connues, l'avantage *de pouvoir donner issue à l'urine,* soit avant, soit après la cautérisation. Le nouvel instrument que je propose, quand il est monté, ressemble, abstraction faite du renflement qui le termine, aux autres sondes à cautériser ; mais le

Fig. 1.

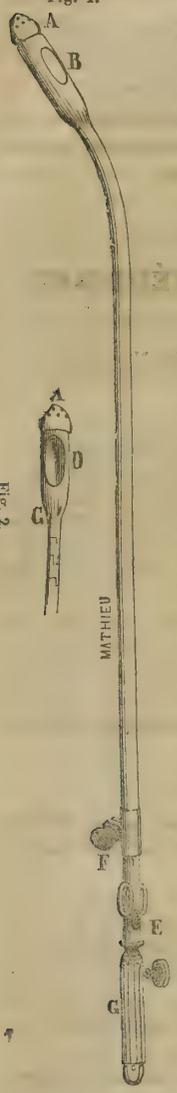


Fig. 2.

bout du mandrin qui porte la cuvette (*fig.* 1) est *creux*, son olive A est percée en grille, ainsi que l'autre extrémité C du cylindre *creux* AC, laquelle s'articule avec la chaînette. Il résulte de cette disposition que l'urine qui entre par la grille A passe *sous* la cuvette D dans laquelle le nitrate d'argent est renfermé, et va ressortir par l'autre grille C. Supposant maintenant l'instrument monté (*fig.* 2), le liquide continue à cheminer dans la canule et arrive au dehors par la tubulure E. Il faut pour cela que le mandrin, y compris la chaînette, laissent assez d'espace vide dans la canule pour que l'urine puisse y circuler librement.

Il est essentiel, au contraire, que la portion du cylindre située entre la cuvette et le point C, où commencent les trous, soit a frottement exact et enduite d'un corps gras non liquide que l'on introduit au point correspondant de la canule avant de fermer l'instrument, afin que l'urine, une fois arrivée dans la canule, trouve en cet endroit un bouchon hermétique qui l'empêche de refluer sur le caustique qui sera ainsi conservé parfaitement à sec jusqu'au moment où on le mettra à nud.

Le bout du manche doit s'enfoncer d'environ deux lignes dans la canule, et doit être garni d'une lanière de baudruche pour la boucher exactement.

De même, la tubulure E pourra être bouchée avec un petit foncet, ou simplement avec le doigt, afin d'être préservé de l'écoulement de l'urine pendant qu'on explore. On peut aussi y appliquer une seringue, afin d'aspirer jusqu'à la derniere goutte d'urine qui pourrait rester dans la vessie.

L'extrémité vésicale de la canule est percée d'une fenêtre B sur sa convexité. Avant d'introduire l'instrument, on aura soin de lutter avec du suif le pourtour de cette fenêtre, ainsi que le pourtour de l'olive. Les résultats que j'attends de ma sonde sont les suivants :

A. Donnant libre passage à l'urine, 1° elle permet de prendre exactement la mesure de la distance qui sépare le méat urinaire du col de la vessie, en remarquant, sur l'échelle graduée de la canule, la profondeur précise à laquelle l'urine cesse et recommence à couler, quand on retire et qu'on renfonce alternativement la sonde. Prise ainsi, cette mesure ne sera pas sujette à varier, comme si l'on employait deux sondes qui pourraient être de courbure différente.

2° Elle permet ensuite de vider la vessie et de procéder *immédiatement* à la cautérisation, *sans être obligé de retirer l'instrument et d'en introduire un autre* pour cautériser, ce qui ne laisse pas à l'urine le temps de se reproduire ; épargne des souffrances au malade que l'on peut même cautériser sans qu'il s'en doute, et fait que l'on n'est pas forcé, comme quelquefois, de remettre la cautérisation à un autre jour, parce qu'une seconde introduction de sonde ne pourrait être supportée dans la même séance par des organes irrités. L'extrémité de l'instrument remplissant assez exactement le canal de l'urètre, la petite quantité d'urine qui pourrait encore s'échapper de la vessie trouvera une issue trop facile par la grille, pour se forcer un passage entre l'urètre et la sonde.

3° Donc enfin mon instrument préserve les parties que l'on cautérise du contact de l'urine et celles que l'on veut épargner du contact du caustique ; dissout et rend à la fois son action plus circonscrite et plus intense.

B. En outre, par sa partie renflée, mon instrument *sert d'explorateur*.

Ce renflement rendant son passage plus sensible sur les points ulcérés ou flogosés, il permet d'agir sur eux avec beaucoup de précision, n'ayant besoin que de faire exécuter un demi-tour au mandrin pour amener le nitrate d'argent dans la fenêtre de la canule. Mais quand on voudra cautériser dans un espace moins limité, et circulairement, alors on poussera la cuvette hors de la canule, et on lui imprimera un mouvement de rotation, tout en faisant cheminer l'instrument d'arrière en avant jusqu'au point où on voudra borner la cautérisation. Quand on cautérisera plus haut que le col de la vessie, dans cette seconde manière d'employer l'instrument, la fenêtre de la canule se trouvant plus bas, le caustique donnera issue à l'urine qui pourrait se trouver dans la partie déclive. La saillie que forme en bas la partie renflée lui permet de s'appliquer plus exactement dans le bas-fond. Il resterait à expliquer pourquoi l'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie est si volumineux.

N B. Le renflement de la canule correspond au n° 25 de la nouvelle filière. Je répondrai que chacun sera libre d'en faire exécuter d'un moindre calibre, sur le même modèle, chez M. Mathieu qui a réalisé ma conception avec l'habileté qu'on lui connaît. Mais pour moi, pourvu cependant qu'ils pénètrent sans trop d'efforts, je préfère les plus gros. M. Lallemand avait déjà remarqué, depuis longtemps, que les cautérisations faites avec de grosses sondes réussissent en général mieux que les cautérisations faites avec de plus petites. Indépendamment de la surface plus large que présente le caustique dans un gros instrument, cette différence, en faveur des résultats obtenus par de gros porte-caustique, me paraît tenir à ce qu'agissant en dilatant le canal, la muqueuse se trouve étirée et déplissée, et présente, d'une façon plus immédiate, tous ses points à l'application du caustique. Les cryptes muqueux eux-mêmes étant élargis par l'extension de la membrane qui les porte, l'action qu'ils recevront du caustique sera plus pénétrante et atteindra le système sécrétoire de la muqueuse jusque dans la profondeur de ses follicules.

Spina-ventosa.

M. le docteur Missoux, de Fournols, arrondissement d'Ambert, communique le fait suivant :

« Le 2 avril 1829, je fus appelé auprès du sieur Fioux (Mathieu), du village de Villecourti, pour un spina-ventosa qu'il portait à la partie supérieure du tibia droit. Cet homme était cultivateur et peigneur de chanvre, âgé de 45 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, couchant sur la dure et souvent dans des endroits humides. Depuis un certain nombre d'années, il avait ressenti des douleurs dans la partie supérieure de la jambe droite. Cette partie s'était tuméfiée graduellement, mais notamment dans l'hiver de 1849, époque à laquelle l'augmentation du volume et les douleurs le forcèrent de se rendre à l'hôpital de Vichy. Le chirurgien en chef de cet hôpital ayant cru reconnaître de la fluctuation dans la partie antérieure de la tumeur, crut à l'existence d'un abcès et y plongea un bistouri ; mais, au dire du malade, il n'en sortit que du sang. Celui-ci, adressé à l'hôpital de Clermont-Ferrand, fut examiné par M. Fleury père, qui lui proposa l'amputation comme seule ressource ; le malade s'y refusant, se fit transporter à Ambert, puis à son domicile.

A l'examen, je remarquai une tumeur douloureuse et rénittente à la partie supérieure de la jambe droite, d'une circonférence d'environ 50 centimètres, présentant, dans certains points, une fluctuation obscure, dans d'autres des espaces résistants, présentant de la chaleur. L'endroit du coup de bistouri, donné à Vichy, était occupé par une espèce de champignon ; c'est dans ce point que je plongeai avec précaution une longue aiguille à séton en argent, qui pénétra très-profondément à travers une masse peu résistante qui se laissait pénétrer facilement ; je m'aperçus bientôt que l'extrémité de la sonde se faisait sentir sous la peau du côté opposé ; en examinant attentivement, je reconnus que l'axe du corps de l'os était compris dans le trajet de l'aiguille, et que j'avais affaire à un spina-ventosa. Le malade était maintenant décidé à l'amputation, à la condition que je tenterais encore, pendant quinze jours, d'autres moyens de traitement, ce que je lui promis. Je prescrivis des cataplasmes, une décoction de quinquina et une solution de gomme arabique.

Le 5 avril, je fis deux pansements et tentai une injection avec une *décoction* de fleurs de sureau.

Le 6, je pansai également le malade deux fois et fis une contre-ouverture à la partie postérieure et interne ; elle donna immédiatement issue à une assez grande quantité de pus mêlé de caillots noirs, qui me parurent sortir de la cavité osseuse. Injections de sureau dans la cavité.

Le 7 et le 8, même traitement. Plumasseaux avec onguent *basilicum*.

Le 9, rien ne sortant plus par l'ouverture, je jugeai convenable de savoir ce qui se passait dans l'intérieur de la cavité osseuse ; j'agrandis l'ouverture antérieure et je plongeai tout entier le doigt indicateur dans la cavité osseuse. *L'os offrait une grande cavité tapissée d'une membrane lisse et criblée d'ouvertures ; il est comme soufflé en vessie.* Le doigt n'atteignit pas l'extrémité de la cavité. Le volume total de la tumeur avait cependant diminué. Mêmes pansements.

Le 11, ouverture d'un nouvel abcès. Mêmes pansements.

Le 23, le doigt introduit dans la cavité rencontre moins de trous ; cette cavité semble prendre une forme triangulaire.

Le 28, on ne sent plus aucune ouverture dans l'intérieur de la cavité, et le doigt en atteint tous les points. Mêmes pansements, et cautérisation du champignon antérieur avec de la poudre d'alun ; on ne panse plus qu'une fois par jour et l'on ne fait qu'un injection.

La cicatrisation fut complète vers le 3 juin. L'os paraissait avoir repris à peu près sa forme et son volume normal. Mais deux petits nouveaux abcès s'étaient formés vers le pied, ils furent ouverts successivement, et, après quelques jours de suppuration, ne tardèrent pas à se cicatriser. Le malade était complétement guéri le 3 juin. Il fut traité les années sui-

vantes pour deux pneumonies, et périt dix ans plus tard d'une chute dans un précipice.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit deux rapports favorables sur des eaux minérales sises à l'Échaillon (Isère) et à Gazost (Hautes-Pyrénées), et un rapport d'ajournement sur une eau sulfureuse sise à Alet (Aude). (Adopté.)

Combustion humaine.

M. Bricheteau lit un rapport sur une observation de combustion volontaire à laquelle s'est soumis un aliéné.

LECTURES.

Choléra.

M. Jolly lit un nouveau fragment de son travail sur le choléra.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La lettre suivante a été adressée à la *Gazette hebdomadaire :*

« Le *Moniteur des Hôpitaux* (29 octobre 1853) a pris la peine d'annoncer que M. Kramer, l'auteur d'un *Traité sur les maladies de l'oreille,* était mort dernièrement en Italie sur les bords du lac de Côme.

« Il y a là une petite erreur qu'il importe de signaler au public ; M. Kramer, qui vient de mourir à sa villa du lac de Côme, n'est pas le Kramer de Berlin, médecin auriste, mais bien M. Kramer, de Milan, chimiste distingué, auteur de recherches sur l'*élimination des substances minérales introduites dans l'estomac.* Ce professeur, que j'ai eu l'honneur de voir à Paris, à qui j'ai donné des soins, n'a de commun que le nom avec le médecin prussien.

« Le même journal ajoute que l'ouvrage de M. Kramer, de Berlin, est *imparfaitement connu en France par une traduction qui laisse à désirer.*

« Les personnes compétentes ne partagent pas cette opinion un peu hasardée. M. le professeur Horn, directeur du grand hôpital de la Charité, de Berlin, a rendu dans le temps un compte avantageux de mon travail ; M. le docteur Schmalz, de Dresde, parfaitement en état de juger pareille question, a rendu pleine justice à mes soins de traducteur. Si M. Kramer, de Berlin, a réclamé contre mon œuvre, c'est *surtout* à l'occasion des notes critiques que j'y ai ajoutées, et qui, au dire des meilleurs juges en cette matière, sont loin d'amoindrir l'ouvrage que j'ai traduit.

« P. MÉNIÈRE. »

Ceux qui connaissent la manière dont nous appliquons nos principes d'impartialité pourront s'étonner que la lettre précédente ait été adressée à un autre journal, à moins qu'ils ne supposent, à tort sans doute, qu'en choisissant cette voie, M. Ménière a voulu se ménager le bénéfice d'une double publicité.

Quoi qu'il en soit, ce n'est en aucune façon une peine pour nous d'apprendre que ce n'est point M. Kramer, de Berlin, qui est mort ; l'erreur que nous avons commise était trop naturelle pour qu'il nous en coûte beaucoup de la reconnaître. Ce n'aurait même pas été une peine pour nous de pouvoir partager l'opinion du docteur Schmalz et du professeur Horn, en supposant que cette opinion soit bien celle que M. Ménière prête à ces honorables médecins. Mais sur ce point, il nous est impossible de rien rectifier : en effet, parmi *les personnes compétentes*, M. Ménière nous permettra bien de placer M. Kramer lui-même. Or, si M. Kramer s'est plaint *surtout*, il ne s'est pas plaint *seulement* des notes de M. Ménière ; il s'est plaint aussi de la traduction, qu'il a trouvée fort infidèle, et il n'est pas la seule personne compétente de son opinion.

Ces explications données, nous devons déclarer que nous avons été très-heureux d'apprendre que M. Ménière, dont nous apprécions à sa juste valeur le talent, a été appelé à donner ses soins à M. Kramer, de Milan.

— La *Gazette hebdomadaire* présente les réflexions suivantes, à propos de la transformation de la chaire de chimie organique dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs :

« Mais la toxicologie elle-même ne peut être enseignée avec tout le fruit désirable au début des études médicales ; car elle comporte certaines notions d'anatomie et de pathologie. Il y aurait avantage à la transporter à la quatrième année, et ceci nous amène à exprimer notre adhésion à cette opinion émise par le *Moniteur des Hôpitaux,* que la toxicologie pourrait être réunie, dans la même chaire, à la médecine légale. Il est impossible, en effet, d'enseigner la médecine légale sans faire en même temps, et comme par la force des choses, un cours de toxicologie. Quant à la pharmacie, elle se lie aussi étroitement à la matière médicale que la toxicologie à la médecine légale. Rien donc ne serait plus naturel que de les associer aussi dans l'enseignement. C'est encore l'avis du *Moniteur* (*des Hôpitaux* bien entendu).

— La magistrature va être appelée une fois de plus à se prononcer sur la question du secret médical. M. Cazeaux ayant refusé de divulguer devant le tribunal de la Seine de faits dont il avait eu connaissance dans l'exercice de son ministère, a été condamné à 100 fr. d'amende. M. Cazeaux s'était soumis à cette pénalité, mais le ministère public ne s'en est pas contenté et en a appelé devant la cour d'appel. C'est alors que M. Cazeaux a porté la question devant l'Association des médecins, dont le comité, assisté de son habile conseil, M. Paillard de Villeneuve, va rédiger un mémoire à consulter sur la grave question du secret médical. Nous reviendrons nous-même sur cette question qui se présente dans des conditions d'autant plus favorables que l'honorabilité professionnelle du confrère intéressé est aussi intacte que justement appréciée.

— Nous avons signalé, il y a longtemps, la déplorable habitude qu'ont certaines nourrices et même certaines mères, de faire prendre aux jeunes enfants une décoction de têtes de pavots pour les faire dormir, ou seulement pour les empêcher de crier. Ce coupable abus a été, de la part de M. le Préfet du Bas-Rhin, dont nous avons eu récemment à louer la sollicitude pour la santé publique, l'objet de la circulaire suivante adressée à tous les maires de son département :

« On m'a signalé un abus qui existe principalement dans les communes rurales, et qui consiste à donner aux enfants un breuvage narcotique préparé avec des têtes de pavots, et destiné à les endormir.

« Cette pratique fait de nombreuses victimes, le principe actif que renferment les têtes de pavots n'étant autre chose que de l'opium, qui devient un véritable poison quand il est administré par des mains inexpérimentées aux enfants du premier âge surtout.

« Les enfants auxquels on fait prendre habituellement cette boisson dépérissent à vue d'œil et s'éteignent dans le marasme ; quelquefois ils meurent par suite d'une congestion cérébrale, qui est l'effet du narcotisme.

« Je vous invite à donner lecture de cette circulaire, pendant deux dimanches consécutifs, à l'issue de l'office divin aux habitants de votre commune, afin qu'ils aient connaissance des dangers auxquels sont exposés les enfants auxquels on administre des préparations narcotiques sans ordonnances d'un médecin.

« *Le préfet du Bas-Rhin*, C. WEST. »

— M. le professeur Piorry commencera ses Leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, le mardi 8 courant, à 8 heures, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Dans sa première leçon, le professeur traitera de la localisation et de la généralisation des maladies.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur BOUILLAUD, recueillies et rédigées par le docteur RAGLE. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésion osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Des Granulations Méningiennes. Thèse de la Faculté de Paris, par M. le docteur ERN. FAIVRE, ancien élève des hôpitaux civils de Paris. — Au Bureau du Journal. — Prix : 2 fr.

De la pneumonie d'Afrique, par le docteur CATTELOUP, médecin-major de 1re classe. — Brochure in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 25 c.

Recueil des travaux de la Société de médecine de Genève, 1re année. — In-8 de 300 pages. — Prix : 4 fr. 50 c.

Se vend à Genève, chez Jules-Gme FICK, et à Paris au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 134. 1re année. Mardi 8 Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de messageries. — Le prix de l'abonnement peut être versé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 7 Novembre 1853.

Séance de rentrée de la Faculté.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard.

La Faculté de médecine de Paris a fait aujourd'hui sa rentrée avec son cérémonial accoutumé, offrant pour tout changement de décoration la substitution d'un tableau.... très-risqué aux grisailles très-présentables qui harmonisaient la partie plane de l'amphithéâtre avec le reste de l'enceinte.

M. Bouchardat était chargé de faire ses débuts de panégyriste dans les éloges d'Hippolyte Royer-Collard et d'Achille Richard. Le savant professeur a d'autant mieux réussi dans sa tentative, que son aptitude dans le genre où il allait s'essayer inspirait *à priori* plus d'un doute.

Avec une habileté qui n'a point exclu l'accomplissement rigoureux de ses devoirs de panégyriste, il a glissé sur l'éloge de Royer-Collard, qui restera toujours un éloge difficile, d'autant plus difficile même que l'orateur voudra reconnaître plus de talents à son héros. M. Bouchardat a été tout ce qu'il devait être pour remplir sa mission : bienveillant, généreux et laconique.

Quant à l'éloge de cette belle personnalité scientifique, de ce professeur par excellence de cet homme loyal et franc, d'Achille Richard, M. Bouchardat, malgré quelques imperfections sans importance, a traité son sujet en savant, en écrivain, en honnête homme, en homme de cœur. Pour faire l'éloge d'Achille Richard, il n'y avait, il est vrai, qu'à retracer simplement l'histoire de sa vie; mais pour cela il fallait la comprendre. M. Bouchardat l'a comprise; c'est ce que nous pouvons lui dire de plus flatteur pour son cœur comme pour son esprit.

Le discours de M. Bouchardat terminé et couronné par de longs applaudissements, M. Gavarret a proclamé les noms des lauréats :

Prix de l'École pratique.

1er *grand prix* (médaille d'or). — M. Marcé (Louis-Victor).
Second 1er *prix* (médaille d'argent). — M. Leplat (Émile-Claude).
2e *prix* (médaille d'argent. — M. Porchat (Frédéric-Albert).
Mention honorable. — M. Parmentier (Louis-Eugène).
Prix Corvisart. — M. Épron (Gratien).

Prix Monthyon.— Les mémoires présentés au concours sortant du cadre dans lequel doivent se renfermer les candidats, la Faculté n'a pu décerner ce prix, tout en ayant remarqué les qualités recommandables que ces mémoires présentent.

Elle rappelle à ce sujet, que les mémoires qui concourront l'année prochaine, doivent traiter exclusivement des maladies qui auront régné du 1er janvier 1853 au 1er janvier 1854.

Pour sujet du prochain prix Corvisart, la Faculté a posé la question suivante : *Des effets thérapeutiques des bains.*

Les mémoires pour les prix Corvisart et Monthyon devront être déposés avant le 1er août 1854.

H. de Castelnau.

Discours de M. Bouchardat.

1° Eloge de Royer-Collard.

Messieurs,

Le jour où la Faculté reprend ses travaux est celui qu'elle choisit pour décerner ses couronnes.

Dans ces réunions solennelles des maîtres et des élèves, chaque professeur vient tour à tour aborder les questions les plus élevées et qui caractérisent l'enseignement dont il est chargé; mais ce devoir est dominé par un autre, celui de rendre un pieux hommage aux collègues que la mort a frappés. On fait revivre ainsi, pour les amis, des mémoires chéries; on apprend aux élèves à vénérer ceux qui ont dirigé leurs pas dans la carrière de la science, et on leur montre de nobles exemples à imiter.

Depuis peu d'années, tant d'hommes éminents ont disparu de cette enceinte, frappés au midi de leur carrière, à l'apogée de leur talent, que les tributs que nous avons à payer sont bien grands! Royer-Collard, Richard, Orfila, nous ont été si soudainement et si fatalement enlevés, que nous ne pouvons nous habituer à ne plus les rencontrer au milieu de nous, que nos yeux se portent encore involontairement sur les places qu'ils occupaient.

Dans l'assemblée de 1854, un interprète éloquent vous dira ce que la science, ce que la Faculté, doivent à Orfila; j'ai été chargé par mes collègues de rendre un dernier hommage à Royer-Collard et à Richard.

Mon titre de nouveau venu dans la Compagnie eût pu me faire décliner cet honneur qu'instinctivement on redoute; mais mes collègues ont pensé qu'occupant la chaire qu'Hippolyte Royer-Collard a occupée, je pourrais plus facilement vous entretenir des grandes idées qu'il avait fait pénétrer dans son enseignement.

Quant à Richard, j'ai été son élève, son agrégé, son ami, et c'est un

mouvement du cœur que vous comprendrez sans peine, qui m'a fait désirer de vous parler de lui dans cette occasion solennelle.

Hippolyte Royer-Collard est mort à Paris le 11 décembre 1850, âgé de 48 ans; il était professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, du Conseil de salubrité, du Comité consultatif d'hygiène publique, officier de la Légion d'honneur; il fut emporté par une longue et douloureuse maladie dans la force de l'âge et de son talent.

Avant de vous faire connaître le professeur et le membre de l'Académie, permettez-moi de vous rappeler le souvenir de ses premières années et d'insister dès le début sur un contraste qui domine toute la carrière d'Hippolyte Royer-Collard.

La nature lui donna avec une rare prodigalité tout ce que le monde envie, tout ce qui peut rendre la vie heureuse et facile, et ce furent précisément ces dons qui contribuèrent le plus à le détourner de la route qui devait le conduire aux découvertes utiles qui restent après nous. Son esprit étincelant de verve faisait les délices de l'intimité; comment trouver le recueillement quand on est partout recherché, aimé!

Royer-Collard portait un nom illustre entre tous; son oncle, aussi célèbre par ses hautes connaissances philosophiques, par sa noble éloquence, que respecté pour l'élévation de son caractère, était vénéré de la France entière. Son père était un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine, un des professeurs les plus connus de la Faculté.

A ces avantages du sang, Hippolyte Royer-Collard joignait une merveilleuse intelligence qui lui aplanissait toutes les difficultés des premières études, aussi rien ne manqua à son début : succès universitaires, couronnes académiques, prix obtenus aux concours des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

Quel commencement admirable avec un pareil nom! Nous arrivons à une première et cruelle épreuve. Il était encore étudiant en médecine, et n'avait que 23 ans lorsque la mort vint le frapper dans ce qu'il avait de plus cher. La perte prématurée de son père, en brisant son cœur, le laissa inopinément aux prises avec les nécessités de la vie.

Les ressources infinies de son esprit ne lui firent pas défaut; mais, dès le commencement de sa carrière, à l'époque où il importe tant d'avoir un but et de le poursuivre, il fut obligé de diviser ses forces. Il coopéra en même temps à la rédaction de la *Nouvelle bibliothèque médicale*, du *Bulletin de la Société anatomique*, du *Journal de médecine vétérinaire et comparée*, d'un grand nombre de publications scientifiques, de revues politiques et littéraires.

Ses études médicales n'étaient point pour cela délaissées; il les poursuivait avec une incroyable ardeur, sous le patronage du chirurgien illustre de l'Hôtel-Dieu, qui était alors dans tout l'éclat de son talent, de sa puissance.... Dupuytren fut le président de sa thèse, œuvre très-remarquable, et voici, d'après un témoin oculaire (1), l'incident qui couronna cet acte probatoire (2).

C'était dans ce grand amphithéâtre, et cette vaste enceinte était remplie comme aujourd'hui. Après l'argumentation, Dupuytren prit la parole : le célèbre professeur, d'ordinaire si réservé, si sobre d'éloges, s'exprima ainsi :

« La Faculté est fière de vous, dit Dupuytren, elle voit en vous le digne héritier d'un nom célèbre dans la science, dans la philosophie, dans l'éloquence. La Faculté espère en vous, monsieur, et depuis Bichat elle n'a pas connu d'élèves qui lui aient donné une satisfaction plus vive et de plus grandes espérances. »

Le chroniqueur ajoute que la jeune assistance applaudit à ce magnifique éloge sorti d'une telle bouche, et que personne ne le trouva empreint d'exagération.

Les débuts de Royer-Collard justifièrent ces espérances. A peine âgé de vingt-cinq ans, il fut nommé au concours agrégé de la Faculté. Il était enfin arrivé à cette époque où, plein de confiance, il va concentrer toutes ses forces dans une direction scientifique; mais il faut compter avec les événements imprévus. La révolution de juillet éclate; parmi les hommes nouveaux qui arrivent au pouvoir se trouvent des amis de Royer-Collard, et ils appellent aussitôt à eux cette intelligence d'élite.

L'élève de Dupuytren, l'agrégé de la Faculté de médecine, devient chef de division au ministère de l'instruction publique. Transporté dans cette région nouvelle, il n'abandonne pas pour cela la science, il en suit tous les progrès avec une curieuse activité; mais entraîné par des occupations administratives les plus variées, il ne peut entrer dans la voie des recherches auxquelles il était si bien préparé par ses fortes études.

Vous le voyez, messieurs, c'est pour avoir été favorisé par le sort, c'est pour être arrivé trop tôt à ces hautes fonctions qu'Hippolyte Royer-Collard se détourna des routes où le maître lui avait prédit de si grandes destinées.

Je ne le suivrai qu'un moment avec vous dans sa carrière nouvelle; il s'y appliqua avec cette ardeur que vous avez admirée; c'est là qu'il put développer ce sens droit et élevé, ce jugement aussi sûr que prompt, cette facilité d'expression vive et pénétrante qui formait le caractère original de son talent.

Les hommes de science se feront difficilement une idée de l'activité qu'il dépensa pour préparer ces réformes administratives qui sont des nécessités des gouvernements qui commencent.

Deux qualités se révélèrent en lui dans cette position nouvelle; la première, c'est une bienveillance à toute épreuve; la seconde, c'est un sens pratique des plus remarquables.

Tous ceux qui eurent besoin de sa juste intervention, de son appui chaleureux, le trouvèrent en toute occasion heureux de rendre des services; il l'était surtout quand il avait de nobles infortunes à soulager. Il ne fallait pas chercher longtemps pour rencontrer des veuves, des mères, des enfants d'hommes qui avaient illustré notre pays, dans un dénûment extrême, et il ne faut pas ouvrir bien des pages de notre histoire pour trouver des exemples d'hommes éminents dans les sciences, dans les lettres, en proie aux plus pressants besoins : c'est dans ces occasions où l'on a pu admirer la délicatesse de ce cœur généreux.

L'habitude des pratiques administratives, le coup d'œil rapide et sûr d'Hippolyte Royer-Collard rendirent bien des fois sa présence infiniment utile dans les corps savants auxquels il appartint plus tard. C'est ainsi qu'à l'Académie de médecine, au comité consultatif d'hygiène publique, il prit une grande part aux discussions qui précédèrent ces deux grandes mesures de l'établissement des médecins sanitaires, et des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

L'influence que sa belle position au ministère lui assurait ne put suffire à un homme qui avait pour la science une passion si vive. Une occasion se présenta bientôt de rentrer dans cette carrière dont les événements l'avaient détourné pendant les plus belles années de sa vie.

La mort de Desgenettes laissa vacante dans la Faculté la place de professeur d'hygiène. Le chef de division, qui aux yeux du monde paraissait bien éloigné de ces études actuelles et si variées, qui sont nécessaires pour entrer en lice avec des compétiteurs nombreux, renommés par leurs talents, éprouvés par des luttes antérieures, ne craignit pas de prendre part à ce concours mémorable, et le succès couronna ses efforts.... Bientôt après l'Académie de médecine l'appela dans son sein.

Le voilà donc enfin rentré dans cette carrière vers laquelle l'appelaient toutes ses aspirations. Avant d'exposer son caractère scientifique, j'ai besoin de répondre à deux questions qui se rattachent involontairement, dans l'esprit d'un grand nombre, à la mémoire d'Hippolyte Royer-Collard. Pourquoi n'a-t-il composé aucun ouvrage qui soit un titre durable pour la postérité? Pourquoi se laissa-t-il entraîner par ce tourbillon du monde qui est si peu compatible avec les solides études? A cette dernière interpellation, je dirai : Le savant, aux résolutions les plus fortes, ne peut se soustraire comme il le veut à ses habitudes, à sa nature, à son passé. On est involontairement emporté dans la sphère où l'on est jeté, et puis il est de ces hommes privilégiés qui peuvent trouver le recueillement au milieu du tumulte; les intimes de Royer-Collard savent que ce fut bien souvent au milieu d'un cercle brillant et animé, qu'il écrivait quelques pages remarquables, et qu'il préparait ces belles leçons qui ont fait, pendant trop peu de temps, le charme des auditeurs de la Faculté de médecine.

Avant d'accuser Hippolyte Royer-Collard de n'avoir pas mieux employé pour la postérité les dons si rares dont la Providence l'avait comblé, il ne faut pas oublier que, chargé inopinément, pour ainsi dire, d'un enseignement nouveau, aussi vaste, aussi complexe, il a dû se livrer à une suite d'études dont on se fait difficilement une idée, quand on n'a pas réfléchi à l'ensemble de connaissances qui se rattachent à l'enseignement de l'hygiène.

Quelques années venaient à peine de s'écouler depuis sa nomination, quand il fut frappé par cette cruelle maladie qui l'a si lentement conduit au tombeau.

Voici les titres des principaux ouvrages de Royer-Collard, où vont nous apparaître avec netteté les tendances de cet esprit si distingué :

1° *Des tempéraments considérés dans leurs rapports avec la santé.*

2° *Organoplastie hygiénique* ou *Essai d'hygiène comparée sur les moyens de modifier les formes vivantes par le régime.*

3° *Considérations physiologiques sur la vie et sur l'âme.*

Ces trois ouvrages importants sur lesquels nous allons revenir, sont imprimés dans les tomes 10 et 14 des *Mémoires sur l'Académie de medecine.*

(1) Amédée Latour, *Union médicale*, t. 4, n° 152.

(2) La thèse de Royer-Collard est intitulée : *Essai d'un système général de zoonomie*, ou Considérations générales sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, soutenue le 25 août 1828.

On remarque dans cet ouvrage un grand talent de généralisation, et on y admire une variété de connaissances des plus heureuses. On y trouve un nouvel arrangement des faits généraux qui constituent ce qu'on appelle les lois de la vie dans l'homme sain et dans l'homme malade. Les chapitres où il traite de la nécessité d'une méthode analytique dans l'étude des sciences en général et dans la zoonomie en particulier, et ceux où il envisage les parties physiques et philosophiques de la zoonomie sont fortement pensés.

A l'époque de leur lecture devant cette Compagnie, ils excitèrent le plus vif intérêt (1).

Dans les années 1843 et 1845, Hippolyte Royer-Collard prononça les discours de rentrée de la Faculté de médecine. Dans le dernier, il paya une dette de cœur, en retraçant les travaux de Breschet. Dans le premier, il exposa, avec une élévation de vues des plus remarquables, les services que les sciences physiques et chimiques avaient rendus ou étaient appelées à rendre à la médecine.

La pensée dominante de Royer-Collard, que l'on retrouve partout dans ses mémoires, dans ses discours, dans ses leçons, consiste à bien préciser et à indiquer largement le rôle des sciences physiques et naturelles appliquées à éclairer les phénomènes les plus importants de la santé et de la maladie.

Son esprit, plein de rectitude, tient la balance avec fermeté entre ceux qui disent que l'invasion des sciences physiques dans la médecine ne saurait amener que confusion et que ruine, et les téméraires qui assurent qu'une ère nouvelle commence, que plus on descendra profondément dans la connaissance des corps vivants, mieux on arrivera à comprendre la vie et à la saisir dans son principe.

Suivant les voies ouvertes par Bacon et par Descartes, il établit que l'analyse des phénomènes organiques est, entre les mains du médecin, le véritable instrument des découvertes, et qu'en définitive ces phénomènes n'étant que des formes, des manières d'être de la substance vivante, il s'ensuit que l'analyse doit porter sur la substance elle-même et les éléments dont elle se compose.

Appliquant ces données, il démontre que l'anatomie, cette connaissance de l'homme matériel, se perfectionnant de plus en plus, est devenue le fondement nécessaire de toutes les études médicales; mais après avoir reconnu dans l'organisation plusieurs appareils organiques distincts; des organes dans les appareils, des tissus dans les organes, l'anatomie dépose ses instruments devenus inutiles et cherche dans le domaine de la physique et de la chimie des moyens de décomposition ou d'analyse qu'elle applique aux tissus eux-mêmes.

Les sciences physiques et chimiques, ajoute H. Royer-Collard, ne sont pas seulement des sciences accessoires à la médecine, mais elles en sont inséparables au même titre que l'anatomie. Pour compléter sa pensée, il se hâte d'ajouter qu'aucune expérience, aucun raisonnement, ne feront jamais que les corps vivants ne soient pas différents des corps inertes. Le physiologiste qui étudie le corps humain, le décompose par tous les moyens qui sont en son pouvoir, et pourtant il tient compte des formes organiques et de cette unité vivante qui est la cause ou l'occasion de certains phénomènes d'une nature particulière; la physiologie ne sera donc jamais de la chimie ou de la physique; mais les sciences seront pour elles un nouveau scalpel.

Il aurait pu ajouter, pour compléter sa pensée et pour tracer une limite très-nette entre les sciences physiques et la physiologie, que les phénomènes qui se passent dans les corps vivants sont de deux ordres.

Dans les organes vivants, il s'opère incessamment des décompositions qui sont absolument de même nature que celles qui s'exécutent dans le laboratoire du chimiste, et il faut bien le dire, ces décompositions continuelles et successives sont des phénomènes qu'il nous importe de bien connaître, car ils se rattachent de la manière la plus intime aux conditions de la santé, et dans bien des cas nous sommes maîtres, dans une certaine mesure, d'en changer, d'en modérer ou d'en activer la marche.

Mais, dans les organes des corps vivants, il s'opère aussi de mystérieuses transformations qui sont complétement en dehors des lois de la chimie ordinaire.

Les organes vivants seuls peuvent produire ces molécules complexes qui forment la partie fondamentale des corps organisés.

Sans aucun doute, le chimiste peut employer la synthèse pour produire des molécules plus composées, par la réunion de molécules plus simples; mais il est dans cette direction des limites qu'il ne franchit pas. Non-seulement jusqu'ici il n'a pu produire un organe, un tissu, mais il n'a pu donner naissance à de l'albumine par l'association de molécules moins complexes. Il n'a pu même, en combinant des principes immédiats sans action sur la lumière polarisée, donner naissance à des combinaisons qui exercent de l'influence sur cet admirable agent.

Vous voyez, messieurs, cette distinction dans toute sa netteté : il se passe dans les corps vivants des phénomènes qui sont exactement du même ordre que ceux que nous pouvons réaliser dans le laboratoire du chimiste. Pour ceux-là, nous ne pouvons refuser son concours, ce serait volontairement fermer les yeux à la lumière; mais reconnaissons aussi que par delà les forces chimiques, il existe une merveilleuse puissance, et qui seule peut donner naissance à ces produits complexes qui caractérisent l'organisation.

C'est dans le beau travail de H. Royer-Collard, sur l'organoplastie hygiénique, qu'il faut chercher ces lumineuses tendances vers une physiologie nouvelle (1).

Développons un exemple que H. Royer-Collard choisit. Pour avoir une idée exacte des effets de l'alimentation, nous étudions chaque aliment, les substances qu'il contient, leurs combinaisons et réactions diverses, leurs transformations dans les différentes parties de l'appareil digestif. Nous étudions leurs voies d'absorption, d'emmagasinement, leur assimilation dans les organes, les transformations qu'ils éprouvent dans les tissus les plus intimes, les matières qu'ils fournissent par leur destruction, et nous cherchons comment, par quelle voie, sous quelles formes sont éliminés de l'organisme ces résidus de la vie.

H. Royer-Collard ne put en quelque sorte qu'indiquer la route qu'il se proposait de suivre (2). La maladie, chaque jour plus cruelle, laissa interrompues ces belles recherches vers lesquelles il avait concentré toutes les forces de son intelligence.

On s'étonnera peut-être que le professeur d'hygiène se préoccupe surtout des grandes questions de physiologie; mais écoutons-le un instant, et nous comprendrons cette prédilection qui résulte pour lui de longues et solides méditations.

Une fois, dit-il, dans son beau travail *Sur les tempéraments*, que l'hygiène a pris position sur ces hauteurs, qui sont celles de la physiologie elle-même, un horizon nouveau ne se découvre-t-il pas à ses regards? Ne voit-on pas la nécessité de resserrer de plus en plus ces deux sciences, de les maintenir sans cesse l'une et l'autre au même point de développement, de faire en sorte qu'animées sans cesse du même esprit, dirigées par une même influence, les conquêtes de l'une soient toujours pour l'autre un moyen de progrès et de perfectionnement? Telle est la seule condition qui permette à l'hygiène de devenir ce qu'elle doit être, c'est-à-dire un art non point empirique et grossier, mais fondé sur une science positive et solide.

---

(1) Outre les trois mémoires que je viens de citer, voici l'indication sommaire des travaux de Royer-Collard, qui sont consignés dans les recueils publiés par l'Académie de médecine :

Discussion sur le mémoire de M. Hamon, sur l'*Hygiène vétérinaire* (Bulletin de l'Académie, t. 7, p. 651).

Note sur la *Nécessité de réprimer le charlatanisme en médecine* (même recueil, même tome, page 829).

Discussion sur un mémoire de M. Gerdy, sur la *Sensation du tact* (même recueil, même année, p. 921).

Discussion sur l'*Emphysème pulmonaire* (même recueil, t. 8, p. 709).

Éloge de Bichat (même recueil, même tome, 1178).

Discussion *Sur le vitalisme* (même recueil, t. 9, p. 1074).

Rapport sur un mémoire de M. Baillarger, sur l'*Hérédité de la folie* (même recueil, t. 12, p. 760).

Rapport sur un mémoire de M. le docteur J.-N. Loir, membre de la Société de médecine et de chirurgie de Paris, intitulé : *Sur les conditions physiologiques et pathologiques des nouveau-nés, pour démontrer la nécessité de la constatation des naissances à domicile.*

Ce rapport, lu à l'Académie le 15 avril 1850, et discuté le 15 juillet de la même année, à l'époque où la santé d'Hippolyte Royer-Collard était si profondément altérée, est remarquable par l'utilité du sujet et par la variété et la netteté des vues qu'on y trouve exposées. Par une douloureuse fatalité, les trois membres qui composaient cette commission, Guersant, Baudelocque, Royer-Collard, ont cessé de vivre. Dans ce rapport, Royer-Collard insiste avec une grande vivacité sur le mérite des recherches persévérantes de M. Loir, sur le service qu'il a rendu en démontrant, par de laborieuses investigations, la gravité des dangers qui menacent les enfants, par suite de l'obligation que le Code civil impose aux parents de porter les nouveau-nés à la mairie, pour y faire inscrire l'acte de naissance sur les registres de l'état civil.

On ne saurait trop approuver les vues de M. Loir, dit Royer-Collard. Vous trouverez juste, dit-il, que j'élève la voix avec quelque énergie en faveur des enfants des malheureux et contre ceux qui les oublient, car vous savez que l'hygiène ne peut faire un pas sans constater leur abandon et leur souffrance.

---

(1) La physiologie descriptive, dit-il, a produit entre les mains des anatomistes à peu près tout ce qu'elle doit produire : elle peut faire encore des découvertes de détail, mais tout ce qui tient aux lois générales de la vie, il n'y faut plus songer; son temps est fait; elle est épuisée; elle est morte comme le cadavre qu'elle tourmente vainement avec son scalpel. Il nous faut à nous d'autres instruments et une physiologie qui descende dans l'intimité de ces tissus qu'on prenait autrefois pour des éléments. Nous savons d'une manière certaine que par tel ou tel moyen nous changeons l'état particulier des organes, et l'état général de l'organisme chez les végétaux, chez les animaux, chez l'homme; c'est le fait, mais ce fait nous devons en avoir raison.

(2) Certes, disait-il en terminant ce mémoire sur l'organoplastie hygiénique, je n'ai pas la prétention de répondre à toutes ces questions. Je ne pourrais jamais savoir ce que sait notre science malheureusement trop courte et trop imparfaite, mais encore dois-je tenter de recueillir, de rassembler toutes les notions qu'elle possède sur chaque sujet, et de les employer autant que possible à la solution du problème. J'aurai l'honneur de soumettre ultérieurement à l'Académie les recherches que j'ai faites dans cette direction.

Pardonnez-moi ces citations, car c'est aussi mon drapeau, je ne saurais proclamer avec trop d'insistance que l'hygiène, dans ses parties les plus belles n'est que la physiologie appliquée (1).

Pour fonder cette hygiène nouvelle, il ne s'agit plus pour nous que de poursuivre cette tâche pleine d'intérêt et de marcher constamment vers le but avec une vigoureuse opiniâtreté.

Ce but, demande H. Royer-Collard, jusqu'à quel point est-il possible d'y parvenir? Sans doute quand on porte ses regards au delà de l'étroite sphère où les générations s'agitent avec tant d'ardeur; quand on voit devant soi l'infini de la science et cette terre promise de la vérité, qui recule toujours à mesure qu'on croit l'atteindre, il y a parfois des moments de doute; mais, par une étude plus attentive, on s'aperçoit bientôt, qu'à travers des efforts stériles ou rétrogrades, la science n'en suit pas moins une marche constante.

Les hommes passent, se succèdent, elle seule reste progressive, immortelle.

Je vous aurais fait connaître H. Royer-Collard d'une manière incomplète si je ne vous entretenais de ses relations professorales et confraternelles.... Éloigné quelque temps par ses fonctions administratives du mouvement scientifique, il fut d'abord accueilli à l'Académie de médecine par ses collègues, à la Faculté par les élèves avec une certaine froideur; mais à mesure qu'on apprit à le mieux connaître, les préventions s'évanouirent et firent place à une vive affection. L'Académie lui en donna la preuve la plus éclatante en l'appelant, malgré la ruine de sa santé, à l'honneur de la présider.

Pour les élèves de la Faculté, il connut bientôt le moyen infaillible d'en être aimé, ce fut de les aimer eux-mêmes, ce fut de considérer ses fonctions comme un véritable sacerdoce.

Placés auprès de vous, leur disait-il, pour vous servir de précepteurs dans votre carrière, nous n'ignorons pas quelle responsabilité est attachée à cette mission, aussi laborieuse qu'honorable, nous n'y épargnons aucun effort, toujours empressés de vous assister de nos conseils. Nous cherchons aussi en toute circonstance à vous donner l'exemple de l'assiduité et du travail. Ah! messieurs, il la donna de la façon la plus touchante cette preuve de son amour pour ses fonctions de professeur. Déjà accablé par cette maladie cruelle, n'étant plus que l'ombre de lui-même, il se fit porter dans cet amphithéâtre; là il fit ces leçons dernières où l'on trouve l'empreinte de cet esprit si remarquable, et où l'on voit à chaque instant l'homme supérieur qui sent sa fin prochaine. Il endura pendant dix-huit mois l'inexprimable angoisse de se voir jeune encore s'amoindrir chaque jour.

On ne peut se défendre d'un profond sentiment d'amertume quand la mort vient trancher une vie incomplète, quand elle brise une intelligence pleine d'espérance et d'avenir. Disons au moins, pour diminuer nos tristesses, que durant la lutte si lente et si douloureuse que H. Royer-Collard a eu à supporter, il a été soutenu par cette philosophie élevée qui est le grand héritage de sa famille. Dans le dernier Mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine sur la vie et sur l'âme, il cherche à démontrer comment le principe de la vie du corps se distingue de son immatérielle, de son immortelle essence. Ce sont ces idées pures et consolantes qui ont maintenu sa douce sérénité jusqu'à son dernier soupir.

Ajoutons qu'on regrettera dans H. Royer-Collard un homme des plus désintéressés, un esprit plein de distinction, un cœur fermé à l'orgueil et à l'envie, ouvert à l'indulgence la plus vraie, aux plus sûres amitiés, aux sentiments les plus généreux. Terminons son éloge en disant que tous ceux qui l'ont connu l'ont aimé.

2° Eloge d'Achille Richard.

Je viens de vous dire, il y a un instant, combien était poignante cette idée de la mort frappant un homme plein d'avenir; hé bien, messieurs, ces pensées sont plus déchirantes encore quand vous voyez tomber au milieu de vous un collègue dans toute la puissance de son talent.

Ces douleurs, nous les avons tous ressenties à la mort d'Achille Richard.

Né à Paris, le 27 avril 1794, il mourut le 5 octobre 1852. Il était professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, membre de l'Institut, de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, de la Société centrale d'agriculture, officier de la Légion d'honneur (1).

Achille Richard était né pour la belle carrière qu'il a si noblement parcourue, jamais il ne dévia de la route où il a laissé de si grands souvenirs.

Par tous les antécédents de sa famille, la botanique était son patrimoine. Son bisaïeul était le directeur et le fondateur du beau jardin de Trianon, son aïeul, de celui d'Auteuil, son père, Louis-Claude-Marie Richard, était ce naturaliste illustre qui, il y a quarante ans, par ses admirables recherches sur l'analyse du fruit et des autres organes des végétaux, contribua si puissamment à perfectionner la méthode naturelle, et dont les travaux créèrent une véritable école.

Il y a trente-deux ans, à pareille époque, Dupuytren prononça son éloge dans cette enceinte, en même temps que celui de Corvisart; la mort, comme aujourd'hui, frappait coup sur coup les professeurs les plus éminents de l'École de Paris.

Achille Richard, presque au sortir de l'enfance, puisa sous son père les principes d'une observation rigoureuse qui formèrent plus tard le cachet de son talent; c'est là qu'il prit l'habitude d'exprimer ce qu'il voyait, aussi bien, aussi facilement avec le pinceau qu'avec la plume.

Voici l'ordre que je me propose de suivre dans cette notice :

Je ferai en sorte de vous faire connaître et apprécier les nombreux ouvrages, les mémoires importants auxquels notre collègue bien-aimé a consacré les quarante années de sa vie d'homme; puis je vous rappellerai ce qui de lui vit dans vos mémoires, dans vos cœurs, mais qui s'effacerait avec nous, si son biographe ne s'efforçait d'en perpétuer le souvenir; c'est cet admirable talent qui lui a assuré dans l'enseignement une position hors ligne; ce sont ces vertus qui l'ont fait admirer, chérir de tous ceux qui ont vécu dans son intimité.

Claude Richard, soit par défiance de ses forces, soit par amour exagéré de cette perfection à laquelle l'homme peut si rarement prétendre, ne publia qu'une partie des travaux considérables qu'il exécuta; ce sont des amis, des élèves qui conservèrent à la postérité la plupart des recherches originales auxquelles ce botaniste, si passionné pour la science, consacra toute sa vie. Son fils Achille, au contraire, commença ses publications encore sur les bancs de l'École et les poursuivit sans relâche jusqu'à son dernier jour.

Il était encore étudiant lorsque, en 1819, il fit paraître la première édition de ses nouveaux Éléments de botanique appliquée à la médecine. Deux années avant, il avait lu un mémoire à la Société philomatique, où se trouvent développés les principes qui le dirigèrent dans la composition de cet ouvrage, et où il montre l'importance de la botanique pour notre profession.

« Quel est le médecin, dit-il, qui peut sans quelque honte prescrire chaque jour à des malades des plantes qu'il n'a jamais vues fraîches et dont il n'a point étudié les caractères? Pour savoir la botanique médicale, ajoute-t-il, il faut commencer par étudier les principes fondamentaux de la science, sans lesquels tout n'est qu'hésitation et tâtonnement. »

Ce sont ces principes qu'il expose dans son livre avec une lucidité des plus remarquables; mais il se hâte d'ajouter : « Il ne suffit pas d'étudier ces principes fondamentaux dans les ouvrages, c'est dans le grand livre de la nature qu'il faut en vérifier la justesse. C'est là, dit-il à ses condisciples, que nous apprendrons à voir de nos propres yeux les admirables artifices employés par la nature pour modifier de cent mille manières différentes les divers organes dont elle a doué les végétaux, et que nous admirons l'harmonie qu'elle a su mettre dans toutes ses productions. »

Cet ouvrage du jeune, du très-jeune botaniste, eut un succès des plus brillants. Sept éditions successives, tirées à grand nombre, témoignent de l'influence que ce livre a exercée sur le mouvement des études. La première édition avait été écrite peut-être un peu trop rapidement; celle qu'il refit deux ans après était considérablement améliorée. Il changea alors son titre en celui de : *Nouveaux éléments de botanique et de physiologie végétale* (2).

Je dois insister sur un point de la plus grande importance pour la mémoire scientifique d'Achille Richard.

Il a revu, corrigé, perfectionné avec un soin tout paternel l'ouvrage de ses premières années. C'est là que ce savant modeste a souvent consigné des observations originales, auxquelles il n'a donné aucune autre publi-

(1) En terminant, il y a deux ans, mon dernier mémoire sur la glucosurie, je résumais ainsi le passé de ces recherches. Empruntant, disais-je, les secours de la physique et de la chimie, j'ai exécuté de nombreuses expériences sur les sucres et sur les ferments. M'aidant de la collaboration de M. Sandras, j'ai consacré plusieurs années à étudier les phénomènes de la digestion, tous ces travaux se lient, s'enchaînent, ont un but unitaire. On voit la chimie éluciduant les problèmes les plus intéressants de la physiologie. La chimie et la physiologie conduisant l'hygiène dans une direction positive, et enfin cette hygiène nouvelle dominant la thérapeutique d'une maladie jugée incurable avant ces recherches.

(1) Aide-démonstrateur de botanique à la Faculté de médecine de Paris, 1817; docteur en médecine en 1820; aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris; agrégé à la Faculté de médecine; membre de l'Académie de médecine; professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris en 1831; de l'Institut de France, Académie des sciences, section de botanique en 1834; de la Société centrale d'agriculture en 1850; de la Société philomatique; de la Société de biologie; examinateur à l'École de pharmacie; officier de la Légion d'honneur, etc.

(2) L'éditeur, appréciant l'importance de ces travaux, tripla de lui-même la somme convenue avec un auteur trop inexpérimenté pour s'apprécier ce qu'il valait.

cité. C'est particulièrement les parties qui se rapportent à l'anatomie microscopique des tissus, qui ont été successivement augmentées dans les éditions nouvelles, par des recherches auxquelles il s'est toujours livré avec un zèle extrême.

Ces parties originales, et vraiment scientifiques de l'ouvrage, avaient pris un tel développement que pour rendre son livre plus à la portée des élèves, il fit paraître, en 1851, un volume in-12, sous le nom de *Précis de botanique,* qui peut être regardé comme la huitième édition de ses *Éléments de botanique et de physiologie.*

Après avoir montré comment il fallait étudier les principes généraux de la science, Achille Richard aborda les applications de la botanique à la médecine.

Le 19 mars 1818, à peine âgé de 21 ans, il présenta à la Société de la Faculté de médecine un mémoire accompagné d'excellentes figures, où il établissait de la manière la plus nette l'origine des ipécacuanhas.

Ce travail fut imprimé en entier dans les mémoires que publiait cette Compagnie. Le 16 mars 1820, après avoir enrichi son ouvrage de nombreuses observations, il fit paraître sa thèse inaugurale intitulée : *Histoire naturelle et médicale des différentes espèces d'ipécacuanhas.* C'est dans ce travail que désormais on ira chercher tout ce qui rapporte à la botanique de ces précieux médicaments. Ce mémoire peut servir de modèle de thèse d'histoire naturelle médicale.

Voici les circonstances qui donnèrent à cet ouvrage, à l'époque où il parut, un grand intérêt d'actualité.

Les premières notions qu'on eut en Europe sur l'ipécacuanha étaient dues à C. Pison et Macgrave, et insérées dans leur ouvrage intitulé : *Historia naturalis Brasiliæ*, Amsterdam, 1648.

Malgré ces notions, qui sont exactes, on méconnut depuis la plante qui fournissait l'ipécacuanha. On l'attribua successivement à plusieurs végétaux fort disparates, tels qu'à une prétendue espèce du genre *Paris*, à une autre du genre *Lonicera*. On s'arrêta à un végétal du genre *Viola*, du Brésil. Linné fils, ayant reçu de Mutis une plante du Pérou, sous le nom de *Psychotria emetica*, voulut la reconnaître pour la vraie source de l'ipécacuanha. MM. Humboldt et Bonpland adoptèrent ces données en 1817. Disons cependant que, bien avant cette dernière époque, Gomez, de Lisbonne, vérifia l'exactitude des données de Pison et signala la méprise de Linné fils. Quoi qu'il en soit, on comprend sans peine qu'en France, avec l'autorité de MM. de Humboldt et Bonpland, l'incertitude ait pu devoir subsister malgré un article publié par M. Hecto et de Tussac, et une bonne notice de M. Mérat.

Il fallait rendre toute confusion impossible pour l'avenir. La description de Pison n'était vraiment pas suffisante, puisqu'elle avait pu induire en erreur Linné fils.

Achille Richard refit complétement les descriptions de toutes les plantes à ipécacuanha, en éclairant ces descriptions de tous les perfectionnements introduits par son père dans l'étude des organes et en accompagnant le texte de figures descriptives irréprochables. Voilà comment la science fait des progrès définitifs. Cette étude approfondie d'une des plantes les plus employées de la famille des Rubiacées devait conduire Richard à un travail général bien autrement important ; mais n'anticipons point sur l'exposition des recherches qui se rapportent aux monographies.

Après sa thèse sur les ipécacuanhas et quelques autres mémoires sur lesquels nous reviendrons, Achille Richard publia, en 1823, son *Traité de botanique médicale* en 2 volumes in-8° (1).

Les botanistes de profession ont peu lu cet ouvrage, qui a eu un si légitime succès dans la littérature médicale, et ils ne lui ont pas rendu, comme livre original, la justice qu'il mérite et que la postérité lui réserve.

Nous avions bien des traités de plantes usuelles, des dictionnaires des médicaments simples, où les végétaux employés en médecine étaient décrits, mais quelle confusion dans le choix des espèces, quelle confusion plus grande encore dans les descriptions ! Lorsqu'on parcourt ces ouvrages, on est frappé en voyant les merveilleuses propriétés attribuées à plusieurs plantes dans le traitement des maladies les plus rebelles. Que d'herbes inertes auxquelles on donnait des vertus extraordinaires ! Peut-on ne pas sourire lorsqu'on voit vanter avec une sorte d'enthousiasme l'efficacité des fleurs de bleuet dans le traitement des fièvres intermittentes et les sommités de galiet comme un spécifique contre l'épilepsie ? En comparant le *Traité de botanique médicale* d'Achille Richard avec les autres ouvrages analogues, on s'aperçoit des efforts heureux qu'il a faits pour le mettre en harmonie avec les progrès des autres sciences médicales.

Ce qui constitue le mérite essentiel du *Traité de botanique médicale,* c'est la fidélité et l'élégance des descriptions des espèces. On s'aperçoit, en étudiant ce livre dans tous ses détails, que c'est un analyste d'une grande école qui a tracé ces caractères. Le pinceau ne ferait pas mieux ; toutes les descriptions ont été tracées d'après nature, toutes les plantes qui croissent en France ont été analysées sur des individus frais et vivants. Pour les plantes exotiques, l'analyse a été faite, soit d'après les individus cultivés dans les jardins, soit d'après des échantillons secs qu'Achille Richard possédait dans son herbier.

Vous le voyez, messieurs, le *Traité de botanique médicale* est une œuvre originale de la plus grande valeur qui, dans les siècles à venir, servira de point de départ à tous les auteurs qui voudront décrire les plantes employées en médecine (1).

Achille Richard prit une part tellement active à la rédaction de plusieurs dictionnaires médicaux ou scientifiques, que je ne pourrais pour ainsi dire que mentionner ces recueils sans vous faire connaître en détail les articles qu'il y consigna.

Dès ses jeunes années, on le choisit comme un des principaux collaborateurs du *Dictionnaire des sciences naturelles,* qu'édita Déterville. Il fut un des auteurs nés du *Dictionnaire universel d'histoire naturelle,* mais c'est surtout dans les deux éditions du *Dictionnaire de médecine* que sa collaboration fut plus précieuse et plus active ; tous les articles de botanique médicale de cet ouvrage, dont le succès fut si grand et si mérité, furent rédigés par lui. Il publia, avec MM. Chevalier et Guillemin, un ouvrage important en 5 volumes in-8° intitulé : *Dictionnaire des drogues simples.*

Me voici arrivé à la partie la plus difficile, mais aussi la plus importante de ma tâche, celle qui consiste à vous faire connaître les monographies et les flores qui ont occupé la plus grande partie de la vie d'Achille Richard.

Quelques mois à peine après avoir soutenu sa thèse à la Faculté de médecine, il lut à l'Académie des sciences une monographie accompagnée d'excellentes figures sur le genre *Hydrocotyle* (2). Cette lecture fut suivie d'une autre, à un très-court intervalle, sur une monstruosité remarquable du genre *Ophris ;* enfin, il présenta à cette même Compagnie un travail complet sur la famille des Éléagnées, le 7 décembre 1823.

Ces mémoires offrent sans doute un très-grand intérêt, mais ils n'approchent point de ceux qu'il me reste à vous analyser.

Avant d'entrer largement dans la carrière de la science, Achille Richard avait une pieuse dette à acquitter. Son père, Louis-Claude, n'avait presque rien publié ; trouvant, comme je vous l'ai dit déjà, que, malgré le soin et la perfection qu'il apportait dans tous ses travaux, il y restait toujours quelque chose à faire, et peut-être aussi ayant été blessé de quelques objections qu'on lui avait faites, il ne fit paraître que peu de monographies qui suffirent pour montrer la profondeur et la sagacité de ses vues. Mais il laissa à son fils tous ses précieux manuscrits, tous ses herbiers, tous ses dessins analytiques exécutés avec un talent inconnu jusqu'à lui, dans la représentation des organes des plantes.

Parmi les travaux auxquels Claude Richard avait consacré le plus de veilles, arrivait au premier rang son grand Mémoire sur la famille des conifères, dont il s'était constamment occupé pendant plus de dix années.

Rien n'est plus touchant et plus modeste à la fois que la manière dont Achille Richard rend compte de sa large coopération au magnifique ouvrage de son père (3).

---

(1) A la seconde édition, l'auteur ajouta à la botanique qui, jusqu'à cette époque, était la seule branche des sciences naturelles, dont la connaissance fût exigée des élèves en médecine, la zoologie et la minéralogie. Cet ouvrage eut alors pour titre : *Traité d'histoire naturelle médicale,* 3 vol. in-8. Il eut quatre éditions sous ce titre.

(1) La plupart de ces plantes étaient, il est vrai, connues des botanistes, mais les caractères qu'on trouvait dans les ouvrages généraux étaient insuffisants. Ceux que donnaient les traités spéciaux étaient diffus et incorrects. En appliquant les admirables études de son père sur l'analyse des organes des plantes, Achille Richard nous a laissé des descriptions irréprochables des végétaux que la médecine emploie.

Le principe qui avait conduit Richard à n'admettre dans son *Traité de botanique médicale* que les végétaux véritablement utiles, l'inspira dans la direction de son formulaire, et quoiqu'une des conditions de succès de ce genre d'ouvrage soit d'être encombré d'une foule de matériaux au moins inutiles, son livre eut cependant un tel succès, qu'en peu d'années il parvint à sa 6e édition. Il faut un talent bien vrai pour faire prévaloir ce qui n'est que raisonnable.

(2) C'est cette même plante qui, d'après les renseignements qui nous ont été transmis de Pondichéry, jouirait de l'inappréciable propriété de guérir l'éléphantiasis des Grecs ou lèpre tuberculeuse, affection jusqu'à ce jour rebelle aux ressources de l'art (*voir* le *Moniteur des Hôpitaux,* du 24 septembre).

(*Note du rédacteur.*)

(3) L.-C. Richard, botanices professoris in Facultate medicinæ parisiensis, regiæ scientiarum Academiæ socii :

Commentatio botanica
De coniferis et cycadeis,

characteres genericos singulorum utriusque familiæ et figuris analyticis eximie ab auctore ipso ad naturam delineatis, ornatos complectens.

Opus posthumum
Ab Achille Richard filio,

Ce grand travail restera comme un modèle pour les auteurs de monographies. Il contient une foule de faits nouveaux sur l'organisation si particulière et si peu connue alors de cette grande famille végétale qui fournit tant de produits utiles à l'homme.

Le mémoire sur la famille des musacées, préparé par Claude Richard, achevé et publié par son fils, quoique moins important, est aussi remarquable à bien des titres ; mais le temps me presse, et je ne puis m'y arrêter.

Laissons pour un moment l'ordre chronologique pour arriver immédiatement à la monographie la plus considérable qu'Achille Richard ait publiée ; c'est son *Mémoire sur la famille des rubiacées* (1).

Cette famille est une des plus intéressantes du règne végétal pour le médecin ; rappelons qu'elle nous fournit les quinquinas, les ipécacuanhas, le café, la garance, etc., et l'on comprendra facilement le zèle avec lequel elle a été étudiée par les naturalistes médecins.

Le groupement des espèces, dans la famille des rubiacées, présentait des difficultés si grandes, que des botanistes des plus éminents y sont revenus à plusieurs reprises.

Jussieu, dans son *Genera plantarum*, divise la famille des rubiacées en dix sections ; en 1820, dans le sixième volume des *Mémoires du Muséum*, il revient sur cette distribution, et il forme d'autres groupes d'après des considérations nouvelles.

De Candolle s'est aussi occupé, avec toute la supériorité de son génie, à deux reprises différentes, de l'établissement des genres et des tribus de cette famille.

Enfin, le professeur Kunt, dans le troisième volume de son *Nova genera et species Americæ æquinoxialis*, a singulièrement amélioré la classification des rubiacées ; malgré ces travaux considérables, la monographie d'Achille Richard restera comme une œuvre des plus consciencieuses et des plus distinguées ; elle est surtout remarquable par de longues et fortes études, par ces détails d'analyse si parfaits qui distinguent tous ses ouvrages. On y trouve des considérations philosophiques du plus grand intérêt, mais que je ne puis développer ici parce qu'ils rentrent dans le domaine de la science abstraite (2).

Me voici arrivé à la partie la plus caractéristique, et certainement la plus curieuse de la vie scientifique d'Achille Richard.

Les hommes qui sont destinés à marquer leur place dans ce monde ont, dans la plupart des cas, une pensée dominante qui les pousse pour ainsi dire à leur insu dans une direction déterminée. Les événements peuvent les arrêter, les détourner de la route ; un instinct plus fort les y ramène fatalement.

Achille Richard avait à un degré suprême l'amour des choses nouvelles. Ses pensées le portaient incessamment vers des contrées inexplorées, où à chaque pas il pouvait découvrir des plantes inconnues. Il était né botaniste-voyageur.

Cette passion était dans sa nature, dans son sang ; il la tenait de son père qui, dès l'âge de treize ans, n'aspirant qu'au bonheur d'aller dans les régions lointaines pour étudier les productions de la nature, renonce à un brillant avenir, quitte la maison paternelle pour se livrer à son goût pour la science, et saisit la première occasion qui lui fut offerte d'aller visiter, dans tous ses détails, une des contrées les plus curieuses, mais aussi à cette époque une des plus inhospitalières, la Guyane, où il séjourna six ans.

Bien des fois dans sa vie, Achille Richard fut poursuivi par l'impérieuse pensée de parcourir des régions lointaines pour y recueillir ces plantes nouvelles qu'il aimait tant à contempler et à décrire. Mais dans ses jeunes années, il ne pouvait se séparer d'un père dont la santé était des plus chancelantes et dont il partageait tous les travaux ; plus tard, des devoirs so-

---

med. doctore, botanices in Academia parisiensi professore perfectum et in lucem editum

Stutgardiæ.

Sumptibus J.-G. Cottæ, 2826, vol. in-fol., 212 pages, 29 planches.

« Le travail que je publie aujourd'hui, dit-il, est le fruit de plusieurs années de recherches et d'analyses faites avec la plus scrupuleuse attention par mon père. A sa mort, il n'avait pu le terminer, mais la partie la plus essentielle, c'est-à-dire l'analyse, les dessins et la description d'une ou plusieurs espèces de chacun des genres, était entièrement achevée. Quelques personnes m'avaient donné le conseil de publier ce travail dans cet état, mais j'ai cru en le complétant qu'il serait plus utile, et j'ai voulu par là saisir une nouvelle occasion de rendre un hommage public à la mémoire de mon père. Associé à ses travaux dans les dernières années de sa vie, possesseur des matériaux qu'il a réunis dans sa laborieuse carrière, quel plus digne usage puis-je en faire que de les employer à l'achèvement de ceux de ses travaux qu'il n'eut pas le temps de publier lui-même?

Voici avec quelle admirable modestie A. Richard rend compte de la grande part qu'il prit à la rédaction de l'ouvrage qui doit contribuer à immortaliser le nom de son père :

« Loin de moi, dit-il, la prétention de croire qu'il ne soit facile de reconnaître dans ce travail la partie traitée par mon père de celle que j'y ai ajoutée pour la compléter! Néanmoins, j'aurai soin d'indiquer exactement l'un et l'autre, afin qu'on n'attribue qu'à moi les erreurs qui pourraient m'être échappées dans ce que j'y ai fait. » Sur les quatre parties dont se compose ce mémoire, la seconde seule a été faite par C. Richard. Achille Richard a rédigé les trois autres. Dans la première, après avoir donné une idée générale des plantes qui forment la famille des Conifères et celle des Cycadées, il a exposé les différents travaux dont ces deux groupes avaient été l'objet. Dans la troisième, il passe en revue chaque organe des Conifères et les modifications qu'il éprouve dans les différents genres. Enfin, la dernière partie est consacrée à l'exposition des caractères généraux de la famille et de chaque genre en particulier.

(1) *Mémoire sur la famille des Rubiacées*, contenant sa description générale et les caractères des genres qui la composent, lu à l'Académie des sciences, dans sa séance du 7 juillet 1829 (imprimé dans le tome 5 des *Mémoires de la Société d'histoire naturelle de Paris*).

(2) Plus les travaux de détail et d'ensemble se multiplient, et plus on est à même de reconnaître que la valeur des signes ou des caractères varie suivant chaque famille où on les observe. Richard montre que tel caractère qui, dans une famille donnée, a une grande importance, et peut être employée avec avantage à la distribution des genres, est de peu ou de nulle valeur dans une autre famille. C'est ainsi qu'il prouve que le mode de déhiscence du fruit, la préfloraison, la position de la graine dressée ou renversée dans le péricarde, sont des caractères qui servent communément à distinguer, non-seulement les genres d'une même famille, mais encore les familles elles-mêmes dans certains cas. Dans les Rubiacées, au contraire, il a été amené à reconnaître que ces caractères n'ont qu'une très-faible importance, et que, dans un même genre, on rencontre des espèces ayant des fruits différents par leur déhiscence, des graines tantôt dressées, tantôt pendantes, tantôt péritropiques, dans les genres les plus rapprochés par leur organisation.

La famille des Rubiacées, telle qu'il la présente dans sa *Monographie*, se compose de cent soixante genres, qu'il a répartis en onze tribus naturelles. Le caractère de chacun des genres se trouve appuyé sur un ou plusieurs dessins exécutés par lui, représentant les détails d'organisation qui servent à les faire mieux comprendre. Quelques-unes des espèces nouvelles ou plus intéressantes y sont également figurées.

En étudiant l'ensemble des genres qui constituent cette famille, A. Richard a établi qu'ils forment, en quelque sorte, deux divisions premières, qu'on pourrait regarder comme deux sous-familles : l'une comprend les genres à loges monospermes, et l'autre les genres à loges polyspermes.

Quoique, en général, la structure du fruit ait servi principalement à établir ses tribus, cependant il a quelquefois combiné ce caractère avec celui que fournissent soit la structure du stigmate, soit même l'ensemble du port des différents genres.

Il traite des affinités des Rubiacées avec les familles voisines avec une grande supériorité de vues.

Le travail que Achille Richard a exécuté sur la famille des Rubiacées l'a conduit à proclamer cette opinion sur laquelle il revient souvent dans ses écrits, c'est que, dans l'état actuel de la botanique, il lui semble qu'il y a plus de réductions à faire dans le nombre des genres et des familles qu'il n'y a lieu d'augmenter ce nombre.

Trop souvent, dit-il, lorsqu'on s'occupe avec soin et suite de l'étude d'une famille, on ne tarde pas à s'apercevoir qun'un grand nombre de genre ne sont fondés que sur des modifications tellement légères que l'on peut, par des nuances presque insensibles, passer d'un genre à un outre ; c'est ainsi que dans ce mémoire des Rubiacées, il a souvent réuni en un seul deux, trois et même jusqu'à cinq genres différents établis seulement sur quelques espèces isolées. Il ne se contente pas d'opérer cette réunion sans des motifs importants, mais il l'a appuyée de preuves et d'une discussion approfondie des faits. Il lui a cependant été très-facile de créer un grand nombre de genres nouveaux, à cause de l'immense quantité d'espèces qu'il a été à même d'observer dans les herbiers du Muséum, de Jussieu, de Desfontaines, de Delessert, de Cambert, de Gay, et dans son propre herbier si riche en plantes des Antilles et de la Guiane, récoltées par son père. A. Richard a préparé, modifié et étendu en quelque sorte le caractère des genres anciennement établis, afin d'y faire rentrer certaines espèces offrant une modification particulière. Il s'est ainsi volontairement privé d'un moyen brillant de succès auquel les auteurs de monographies attachent en général une très-grande importance. Nous avons pensé, dit-il, rendre un service plus grand à la science en limitant mieux chacun des genres nombreux de cette famille, en traçant leurs caractères, de manière à ce qu'ils concourent à toute la masse des espèces.

Vous le voyez, messieurs, c'est toujours le même esprit s'oubliant pour la science.

Si, dit-il, avec une exquise modestie qu'on retrouve dans tous ses écrits, si nous nous sommes quelquefois permis de ne pas admettre les idées des autres, nous ne l'avons fait qu'avec beaucoup de réserve, surtout avec bonne foi, et non dans cet esprit étroit et mesquin de substituer nos idées à celles de nos devanciers.

ciaux, des liens plus doux le retinrent comme malgré lui. Cependant, dans une occasion solennelle, la nature faillit l'emporter.

Il rêve, avec une insurmontable passion, de visiter les régions encore inexplorées de l'Amérique centrale; il fait silencieusement tous ses préparatifs. Le voyageur est à la veille du départ, tout est disposé pour une absence de deux années; mais, au dernier moment, sa résolution se brise devant les larmes d'une épouse et la pensée de se séparer de ses trois jeunes enfants qu'il aimait passionnément.

Retenu, enchaîné dans notre pays, son instinct des voyages subsiste et domine toute sa carrière.

Il s'intéresse avec une inquiète curiosité à toutes les explorations scientiques qui s'exécutent, il devient le protecteur, l'ami, et dans bien des occasions il aide puissamment de sa bourse les intrépides voyageurs qui vont à la recherche des productions des lointains climats, et il se met avec une ardeur constante à décrire, à classer bien des trésors qui seraient encore enfouis s'il ne s'était trouvé un homme avec la passion dominante des choses nouvelles et doué d'un rare talent pour les décrire.

Les flores qu'Achille Richard a publiées constituent, à n'en pas douter, les ouvrages qui, dans les siècles à venir, contribueront le plus à immortaliser son nom; vous me pardonnerez de vous les faire connaître avec quelques détails,

Je commencerai par vous entretenir d'une œuvre qu'il n'a point achevée. Achille Richard s'est occupé pendant plusieurs années d'une flore des îles de France et de Bourbon; mais n'ayant pas à sa disposition tous les matériaux qu'il désirait, il se contenta de publier une monographie sur les orchidées qui croissent naturellement dans ces îles. Parmi les genres nouveaux qu'il a décrits, il en dédia un, composé de trois espèces, à la mémoire de son ami, de son allié Béclard, le professeur si distingué de cette école.

Pendant toute sa vie il s'est occupé de cette famille des orchidées qui nous donne le salep et la vanille, et qui est si remarquable par l'élégance des végétaux qu'elle renferme. En 1841, il a publié un fragment de ces études, intitulé : *Monographie des orchidées*, de Nil Geherries.

C'est dans son mémoire sur les orchidées des îles de France et de Bourbon qu'il expose comment un botaniste sédentaire peut penser à publier des flores.

On s'étonnera sans doute, dit-il, de voir un naturaliste, qui n'est jamais sorti d'Europe, entreprendre la flore d'un pays lointain qu'il n'a jamais visité.

Certes, les conditions dans lesquelles il se trouve placé ne sont pas aussi favorables que pour le naturaliste-voyageur qui décrit les plantes qu'il a vues fraîches et qu'il a observées lui même dans leurs véritables localités. Mais, néanmoins, aujourd'hui l'analyse botanique est parvenue à un tel point, qu'on peut, avec quelque habitude, reconnaître presque d'une manière aussi certaine la structure d'une plante desséchée.

Les longs voyages usent vite et font perdre l'habitude du travail de cabinet, indispensable pour établir les comparaisons.

Il est extrêmement rare de voir les botanistes qui ont voyagé, publier eux-mêmes le fruit de leurs voyages, presque toujours ce travail a été fait par les botanistes sédentaires. Ainsi, l'immortel Linné, qui n'a pas quitté l'Europe, a publié une *Flore de Ceylan*. La *Flora Boeralis americana*, de Michaud a été publiée par Claude Richard qui, d'un autre côté, n'a rien donné des fruits d'un voyage de huit années dans la Guyane et les Antilles.

Les plantes recueillies par MM. Humboldt et Bonpland ont été décrites et publiées par Kunt, dans son *Nova genera et species plantarum Americæ equinoxialis*.

Nous allons voir que si Achille Richard n'a pas visité de contrées lointaines, il est peu de botanistes qui nous aient mieux fait connaître les plantes de régions plus importantes.

La première grande flore à laquelle il attacha son nom est celle de la *Sénégambie*, dont il a été publié un volume in-folio, avec de magnifiques planches.

Vers le milieu du XVIII[e] siècle, un des plus grands botanistes du temps, Adanson, parcourut les diverses contrées de la Sénégambie; mais par une fatalité attachée aux travaux de cet illustre naturaliste, ceux qu'il avait rédigés sur la botanique du Sénégal restèrent inédits (1). Nos connaissances sur les végétaux de cette vaste contrée qui nous produit la gomme, le beurre de Galam, etc., étaient bien peu avancées lorsque MM. Perrotet et Leprieur l'explorèrent avec le plus grand soin pendant cinq années. De retour en France dans le courant de 1829, M. Perrotet seul put y séjourner, il s'adjoignit alors Richard et Guillemin, et ils publièrent en commun cette belle flore de la Sénégambie, une des plus remarquables à tous les titres que la science possède. Elle n'a malheureusement pas été achevée, parce que cet ouvrage, si utile à notre pays, était trop dispendieux, et Richard et Guillemin ne sont plus!

Après cette grande publication, Achille Richard fit paraître un essai d'une *Flore de la Nouvelle-Zélande*, d'après des échantillons recueillis par A. Lesson et l'infortuné Dumont-Durville (1). Il établit dans cet ouvrage les analogies remarquables que présente la flore des côtes méridionales de la Nouvelle-Hollande avec celles de la Nouvelle-Zélande. Outre des plantes communes à ces deux pays, on y trouve des familles entières qui leur sont exclusives.

Parmi les végétaux qui donnent une physionomie particulière à la Nouvelle-Zélande, on remarque plusieurs espèces qui sont communes au cap de Bonne-Espérance et à la Nouvelle-Hollande.

C'est ainsi qu'il confirma l'analogie de végétation des extrémités australes des grands continents.

La plus importante des *Flores* par son étendue, par le nombre des espèces nouvelles que publia A. Richard est, sans contredit, celle d'Abyssinie. Ce pays, par l'extrême variété que présente son sol couvert de hautes montagnes, donne naissance à la végétation la plus riche et la plus intéressante. Aussi, c'est une des régions qu'A. Richard aurait désiré le plus vivement parcourir.

Des souvenirs touchants se rattachent à la publication de cette *Flore*.

A la fin de 1838, une commission scientifique composée de M. Th. Lefebvre, lieutenant de vaisseau, et de deux docteurs de cette Faculté, Quartin-Dillon et Antonin Petit, se rendit en Abyssinie pour en parcourir les diverses provinces, en étudier le climat, les mœurs, et en recueillir toutes les productions; le docteur Richard Quartin-Dillon, l'élève, l'ami d'Achille Richard, était particulièrement chargé de la botanique.

Il avait reçu de son maître tous les encouragements, toutes les instructions désirables; par une triste prescience, il avait fait, avant sén départ, son testament, et lui avait légué toutes les richesses qu'il allait recueillir.

Il se fixa avec Petit dans la province du Tigré, dont ils explorèrent toutes les circonscriptions avec une incroyable ardeur, ainsi que plusieurs autres contrées d'Abyssinie.

Par un excès de zèle que les amis des sciences et les médecins comprennent, notre jeune naturaliste vint chercher la mort dans l'insalubre vallée de Mareb, où il séjourna deux jours, malgré les avertissements des naturels du pays, pour y recueillir des plantes qu'il ne pouvait trouver que dans cette localité. Dillon y succomba le 22 octobre 1840.

A. Petit s'occupa alors de botanique : il visita le royaume de Choa. Il touchait au terme de son voyage; le 3 juin 1843, pour se rendre à Gondar,

---

(1) Il faut en excepter la relation abrégée de son voyage, dans laquelle se trouvent quelques indications succinctes d'un très-petit nombre de plantes.

Après Adanson, la Sénégambie fut visitée de loin en loin par un petit nombre de voyageurs, dont aucun ne publia la description des plantes qu'il avait récoltées; les herbiers de quelques botanistes de Paris profitèrent de ces richesses.

Tel était l'état de nos connaissances sur la botanique du Sénégal lorsque MM. Perrotet et Leprieur explorèrent ce pays de 1824 à 1829, avec la résolution bien arrêtée de classer des matériaux pour la flore de cette région.

De 1825 à 1829, M. Perrotet fut nommé directeur de la Sénégambie, établissement de culture appartenant au gouvernement et à une compagnie commerciale située dans le pays de Ouolo, sur la rive gauche du fleuve, à 40 lieues de Saint-Louis. Un séjour de cinq années a suffi pour récolter à peu près la totalité des plantes indigènes de cette contrée intéressante.

En 1828, M. Leprieur partit pour Backel, poste situé dans le pays de Galam; il fit de fréquentes excursions; mais les fièvres, si redoutables dans ces contrées, le forcèrent d'interrompre ses travaux.

De retour en France en 1829, MM. Leprieur et Perrotet se disposaient à publier la flore des contrées où ils avaient fait un aussi long séjour, lorsque Leprieur reçut l'ordre de reprendre la mer. M. Perrotet prit alors pour collaborateurs A. Richard et Guillemin, s'aidant des richesses contenues dans les herbiers de MM. Delessert, Jussieu, Gay. Ils publièrent un magnifique ouvrage sous le titre de : *Floræ Senegambiæ tentamen, seu Historia plantarum in diversis Senegambiæ regionibus a peregrinatoribus Perrotet et Leprieur delectorum auctoribus J. A. Guillemin, S. Perrotet et A. Richard. Parisiis*, 1830-1833, *Wurtz in-fol. accedunt tabulæ*.

(1) Cet essai forme la deuxième division du *Voyage de découvertes de l'Astrolabe exécuté, de* 1826 *à* 1829, *sous le commandement de J. Dumont d'Urville.*

(Botanique : A. Lesson et A. Richard ; Tastu, 1822, 1 vol. in-8, planches.)

Forster, un des compagnons de Cook, fut le premier qui, dans son prodrome, décrivit les plantes de la Nouvelle-Zélande; Menzies a publié les cryptogames. Dans son Essai de la Flore de la Nouvelle-Zélande, A. Richard décrivit 380 espèces. Indépendamment de plantes observées par lui-même et provenant des récoltes faites par Dumont d'Urville et Lesson, A. Richard eut à sa disposition un grand nombre d'espèces types recueillies par Forster lui-même, qui font partie des riches herbiers du Muséum.

Les récoltes des végétaux faites par M. Lesson, jointes à celles que l'infortuné capitaine Dumont d'Urville a rassemblées, qui toutes ont été décrites par Richard avec le plus grand soin, nous ont beaucoup mieux fait connaître qu'elle ne l'était auparavant la végétation de la Nouvelle-Zélande.

il traversait le Nil à la nage, lorsqu'il fut entraîné au fond de l'eau et dévoré par un crocodile.

Ainsi une fin prématurée, loin de leur patrie, de leurs amis devait être pour ces deux jeunes médecins la récompense d'une vie consacrée avec un zèle, un désintéressement à toute épreuve aux progrès des sciences naturelles.

Tous les matériaux réunis par ces deux martyrs de la science furent heureusement conservés et envoyés à A. Richard, suivant leurs volontés dernières. Il se mit aussitôt à l'œuvre avec une incroyable ardeur.

C'est, dit A. Richard dans la préface de ce grand ouvrage, pour accomplir un devoir pénible et en même temps doux à notre cœur, que nous venons de consacrer plusieurs années à la rédaction de la *Flore d'Abyssinie;* nous n'avons pas voulu laisser à un autre le soin de payer à nos jeunes confrères le tribut de reconnaissance que leur zèle pour la science et la fin déplorable qui en a été la suite leur a si bien mérité.

Voici l'ordre que A. Richard a suivi dans cette importante publication (1).

Il la divise en deux parties : la première sous le titre de *Tentamen floræ Abyssinicæ,* est une énumération de toutes les plantes qui jusqu'à présent ont été observées dans toutes les provinces de l'Abyssinie ; dans la seconde il donne une description complète des espèces nouvelles ou intéressantes. Cette description est accompagnée de cent magnifiques planches. Pour le *Tentamen,* Richard a rédigé les phrases caractéristiques de toutes les espèces.

Les plantes recueillies en Abyssinie, par Dillon et Petit, peuvent être évaluées à 1,500 espèces ; sur ce nombre, on peut estimer que les trois quarts étaient nouvelles au moment où elles sont arrivées à Paris ; on comprend alors quel intérêt d'originalité les botanistes trouveront dans la *Flore* rédigée par A. Richard. Il est une circonstance et une date de cette importante publication sur lesquelles il est de mon devoir d'insister.

C'est vers le milieu de juillet 1840 que A. Richard reçut le premier envoi de plantes abyssiniennes récoltées par Dillon. Dans le numéro de novembre 1840 des *Annales des sciences naturelles,* il publia les caractères de vingt-trois espèces nouvelles choisies au hasard dans cet envoi (2).

Ce n'est qu'après cette nouvelle publication que MM. Hochstetter et Stendel mirent au jour la première série de plantes que Schimper recueillit en Abyssinie pendant dix années de séjour. Ces deux savants botanistes ont reconnu, comme A. Richard, que la plupart de ces plantes étaient nouvelles, et ils leur ont donné des noms nouveaux, mais sans caractériser aucune des espèces qu'ils regardaient comme inédites. Il a dû arriver une chose que tout le monde prévoit, c'est que, travaillant de son côté les collections de Quartin-Dillon et Petit, A. Richard avait donné des noms à la plupart des espèces qui ont paru dans les séries de collection de Schimper.

Au moment où il commença l'impression de son *Tentamen floræ Abyssinicæ,* plusieurs botanistes français étaient d'avis de considérer les noms des botanistes de la Société d'Esslinguen comme non avenus, et à publier les plantes de Quartin-Dillon et Petit avec les noms que Richard leur avait imposés depuis longtemps et sous lesquels elles étaient décrites dans son manuscrit. En effet, un nom seul donné à un être nouveau, quand il n'est pas accompagné d'un caractère ou d'une description, ne doit être compté pour rien dans la science, et c'est à celui qui caractérise le premier un être nouveau qu'appartient le droit de lui imposer un nom.

Malgré ces excellentes raisons, Achille Richard, dont la modestie égale le talent, considéra plus les intérêts de la science que ceux de son amour-propre, et, pour ne point amener de confusion, il adopta les noms de Stendel et Hochstetter.

Quoi qu'il en soit, la *Flore d'Abyssinie* restera comme un des grands monuments scientifiques de notre temps.

La dernière *Flore* que publia Richard est celle de l'île de Cuba ; il en a décrit les plantes vasculaires ; les cellulaires l'ont été par le docteur Camille Montagne, le premier cryptogamiste de notre temps (1).

L'île de Cuba, que sa grandeur, la richesse de ses cultures, l'étendue de son commerce, placent au premier rang parmi les grandes Antilles, avait été étudiée d'une manière très-incomplète sous le point de vue de la botanique (2). Le travail publié par A. Richard a été exécuté avec les matériaux recueillis par M. Ramon de la Sagra, pendant un séjour de neuf années.

A. Richard décrit avec soin et aussi complétement que ce pouvait être nécessaire toutes les espèces nouvelles dont cette *Flore* se compose. Nous insistons encore sur cette grande qualité de n'avoir publié que des descriptions aussi complètes qu'exactes, car, plus on s'avance dans la science, plus on sent la nécessité des descriptions détaillées des espèces même les plus vulgaires. Ce sont des matériaux que le monographe ou le botaniste philosophe trouve préparés à l'avance, soit pour grouper ou coordonner d'une manière plus naturelle les espèces d'un genre ou les genres d'une famille, soit pour s'élever à des considérations générales sur l'organisation végétale envisagée d'une manière philosophique. Toutes les analyses des plantes ont été faites et dessinées par A. Richard avec une admirable exactitude (3).

Il est une remarque très-importante pour la gloire d'Achille Richard que je ne dois point passer sous silence. Un botaniste plus désireux de sa réputation que des progrès réels de la science, qui aurait eu à décrire et à nommer autant de plantes nouvelles, n'aurait pas manqué de multiplier les genres et les tribus. Mais ce n'est pas ainsi qu'il a procédé. Sans doute, pour arriver à la détermination exacte de ces espèces, il a été souvent appelé à en examiner un grand nombre d'autres appartenant à des localités différentes, il a pu, en traçant le caractère de chacun des genres dont il a décrit les espèces, amener quelques changements dans la circonscription de ces genres et dans les caractères qui leur ont été assignés par les auteurs. Mais on ne saurait trop admirer combien il a été réservé dans l'établissement de genres nouveaux.

Voilà la véritable profession de foi du savant qui s'oublie pour la science. (*La suite au prochain numéro.*)

(1) *Voyage en Abyssinie,* exécuté pendant les années 1839, 1840, 1841, 1842 et 1843, exécuté par M. Th. Lefebvre, lieutenant de vaisseau ; A. Petit et Quartin-Dillon, docteurs en médecine, et Vignaud, dessinateur. Troisième partie, *Histoire naturelle-botanique*, par M. A. Richard, chez A. Bertrand. La partie *Botanique* comprend les tomes IV et V, grand in-8, avec un magnifique atlas.

MM. Quartin-Dillon et Antonin Petit, trop confiants dans leur mémoire et dans ce long avenir qui leur était si naturel d'espérer, n'avaient consigné par écrit qu'un bien petit nombre d'observations.

(2) Cette végétation de l'Abyssinie n'avait été l'objet d'aucune publication importante. Bruce, dans son cinquième volume, a donné de bonnes figures et des descriptions très-incomplètes d'un petit nombre d'espèces qu'il avait observées. En 1816, Rob. Brown a publié, à la suite du voyage de Salt, en Abyssinie, un simple catalogue de 146 espèces. Fresennes, en 1837, a décrit 70 espèces de plantes d'Abyssinie, recueillies par Ruppe.

C'est l'Abyssinie qui produit ces tæniafuges si intéressants, parmi lesquels nous citerons le *cousso* et cette *cucumisa Abyssinica*, qui, d'après M. d'Abbadie, serait employée avec succès contre la rage.

(1) *Flore de l'île de Cuba,* plantes vasculaires. (Extrait de l'*Histoire physique, politique et naturelle de cette île.*)

(2) Jacquin, après un court séjour, en décrivit quelques plantes. Humbold et Bonpland ne firent pour ainsi dire que toucher à la Havane. Kunk, dans sa *Florale,* à la fin de son *Nova genera et species*, publia l'indication de 156 espèces. Puppiffit connaître dans le *Linnea* quelques espèces de Cuba. On voit combien nos connaissances sur la *Flore* de cette belle Antille étaient incomplètes.

(3) Dans un ouvrage qui intéresse non-seulement les botanistes de profession, mais tous ceux qui, bien qu'en partie étrangers aux détails de la science, désirent connaître les productions naturelles des colonies américaines, il n'a pas négligé tout ce qui devait faire mieux apprécier les espèces qu'il a décrites : c'est ainsi qu'il a cité tous les noms vulgaires des espèces les plus généralement répandues, qu'il a décrit les propriétés, les usages, la culture même des espèces que leur importance commerciale recommande à l'attention des hommes éclairés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Exercice de la médecine par un officier de santé dans un département autre que celui où il a été reçu.* — La Cour de cassation a décidé avant-hier, conformément aux principes que nous avons exposés, et aussi conformément à la loi, qu'un officier de santé ne peut pas exercer la médecine hors du département où il a été reçu, et que l'infraction à l'art. 29 de la loi de ventôse le rend passible des peines de simple police. (Rejet du pourvoi de M. Charpaux contre un arrêt du tribunal de Coutances. Rapport de M. le conseiller Jallon et conclusions conformes de M. l'avocat général Bresson.)

— La même cour a décidé, dans la même séance, qu'un officier de santé qui dissimule son nom de famille et prend un de ses prénoms, qui répand des prospectus pour appeler les malades et leur donner espérance de guérison par des remèdes qu'il sait être inefficaces, et essaye, par ces moyens, de se faire remettre des sommes exagérées, se rend coupable du délit d'escroquerie prévu et puni par l'art. 405 du Code pénal.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome I. — N° 135. 1re ANNÉE. Jeudi 10 Novembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de rentrée de la Faculté. Éloge d'Achille Richard. (*Suite et fin.*) — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL BEAUJON. M. HUGUIER. Quelques remarques sur le cancer du sein, par MM. Perret et Dal Piaz. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — BIBLIOGRAPHIE.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 9 Novembre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a donné hier un exemple qui mérite d'autant plus d'éloges qu'il est plus rare : touchée des justes raisons que nous avons plusieurs fois exposées et dont la commission avait été la première à apprécier la justesse, elle vient de *reclore* le concours pour le prix Nadau, après l'avoir clos une première fois, puis *déclos*, ainsi que M. Londe a bien voulu le rappeler. Peut-être un terme plus éloigné aurait-il été préférable à celui qu'a fixé l'Académie (31 décembre prochain) ; mais enfin, tel qu'il est, ce terme rétablira à peu près l'égalité des conditions entre les divers candidats.

Ce premier incident vidé, M. Malgaigne a donné lecture du mémoire qu'il avait annoncé sur les injections du perchlorure.

Il est inutile, sans doute, de dire que ce mémoire a vivement intéressé l'Académie. Peut-être n'est-il pas absolument aussi inutile de dire que M. Malgaigne nous paraît avoir apprécié, avec une grande justesse pratique, la méthode proposée par le regrettable Pravaz. Peut-être cependant aurons-nous, à ce point de vue, à reprocher à M. Malgaigne un peu de sévérité, et serons-nous conduit à ne pas adopter pleinement sa conclusion : que la discussion qu'il a soulevée ou plutôt l'argumentation à laquelle il s'est livré, *suffira pour arrêter toute nouvelle tentative* de la part des chirurgiens.

Nous ne sommes certes pas suspect de partialité envers le perchlorure, encore moins envers les *expérimentations*, en général. Lors de la première communication de M. Lallemand à l'Institut, nous eûmes soin de faire remarquer toutes les craintes que la nouvelle méthode pouvait inspirer *à priori*. Mais il était de notre devoir de critique de ne pas repousser, d'une manière absolue, un moyen qui se présentait sous le patronage d'hommes comme MM. Pravaz et Lallemand, et, ce qui est plus encore, sous la garantie d'expériences en apparence fort bien faites. Nous avons donc continué à suivre avec intérêt, et à informer avec soin nos lecteurs, des tentatives faites dans nos hôpitaux et ailleurs; et déjà nos lecteurs connaissent à peu près tous les faits qui servent de base au Mémoire de M. Malgaigne.

Ces faits ne sont point assurément des plus encourageants, et nous l'avons déjà fait remarquer. Mais sont-ils de nature à faire proscrire d'une manière absolue le perchlorure du traitement des anévrismes? Nous pensons qu'une proscription dépasse les conséquences rigoureuses. Outre qu'il y a des cas assez nombreux, où la nouvelle méthode serait seule applicable (à l'exclusion du moins de la ligature), les excellentes critiques que M. Malgaigne a adressées au liquide de M. Burin-Dubuisson, ne sont cependant pas absolument à l'abri de tout reproche, et de plus elles ne sauraient atteindre des combinaisons coagulantes dont le mode d'action est encore très-peu connu ou même n'est point du tout expérimenté. Si nos informations sont exactes, les expériences de MM. Giraldès et Goubaud révéleront, à cet égard, des faits curieux et importants; et quoique ces expérimentateurs ne soient pas encore parvenus au terme de leurs recherches, il serait bien à désirer qu'ils n'usassent pas plus longtemps de l'abri un peu égoïste du paquet cacheté.

Les remarques de M. Laugier, celles si justes de M. Velpeau nous paraissent confirmer pleinement notre manière de voir, sans affaiblir beaucoup d'ailleurs le mérite du remarquable travail de M. Malgaigne. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, puisque la discussion doit continuer, et nous renverrons à notre prochain article ce qui concerne le *Manuel opératoire*.

Nous ne dirons qu'un mot sur ce que M. Velpeau a dit touchant l'absorption du caillot, produit par le perchlorure; lequel caillot ne lui a pas semblé, à cause de sa dureté, de nature à pouvoir être absorbé. Nous croyons que la circonstance dont a parlé le savant professeur constitue bien une présomption, mais non pas une raison décisive. Les exostoses sont bien plus dures que le caillot en question et ne s'absorbent pas moins. Quant à cette autre circonstance que le caillot n'est pas un caillot *vital*, mais un véritable corps étranger, c'est là une supposition plus ou moins pro-

bable, dont les faits eux-mêmes peuvent seuls démontrer la réalité ou la fausseté; ce ne peut donc être une raison contre les faits eux-mêmes. Le défaut d'absorption, dans les observations citées, est loin d'être concluant, car l'*autopsie du caillot* a été faite à une époque si rapprochée de l'opération, qu'un caillot, fût-il le plus vital du monde, n'aurait pas eu le temps d'être absorbé.

Nous ne dirons rien de l'inspiration de M. Moreau; il serait impossible d'y répondre mieux que ne l'a fait M. Velpeau. Nous reviendrons, au contraire, sur la déclaration de principes de M. Gerdy, qui, bien qu'inspiré par d'excellentes intentions, ne nous paraît pas être l'expression rigoureuse de la vérité. H. DE CASTELNAU.

Séance de rentrée de la Faculté.

Eloge d'Achille Richard.

(*Suite et fin. Voir le n° 134.*)

Beaucoup de botanistes ont été trop exclusivement occupés de rechercher les différences qui existent entre toutes les productions végétales, afin de former des groupes ou des genres. Une marche contraire peut donner aujourd'hui de meilleurs resultats. Celle, par exemple, qui consiste à rechercher par une analyse exacte et approfondie, les analogies, les similitudes qui existent entre des espèces analogues dont on a cru devoir former plusieurs groupes génériques. Cette recherche est peut être plus conforme à l'esprit philosophique de la science; elle amènerait certainement à des résultats intéressants qui pourraient exercer une grande influence sur les progrès futurs de la botanique.

Ach. Richard venait de mettre la dernière main à cet ouvrage quand il mourut. Il n'a pas même encore fini de paraître aujourd'hui. Mais, prévoyant sa fin prochaine, il s'était hâté d'en achever les dessins et les manuscrits.

Vous le voyez, messieurs, c'est au milieu des travaux les plus importants que la mort a frappé notre collègue! Que de pensées fécondes ce coup funeste est venu briser! Avec la grande expérience que des recherches continuelles donnent, Achille Richard ne voyait pas dans la botanique une science purement spéculative et sans application directe; il se plaisait surtout, dans ses dernières années, à y chercher les services qu'elle peut rendre aux autres sciences ou aux arts.

Outre la *Botanique médicale* et le *Traité d'agriculture* qu'il fit paraître avec la collaboration de M. Payen, il s'occupait activement à réunir les matériaux pour composer un *Traité de botanique appliquée aux arts*, dans lequels il aurait fait connaître toutes les plantes employées dans l'industrie. Pensée admirable que nous verrions avec douleur s'évanouir avec l'homme qui l'a conçue, si nous n'avions l'espérance de la voir féconder par son jeune fils si digne d'un si grand héritage.

Les ouvrages d'Achille Richard, dont j'ai cherché à vous faire apprécier l'importance, resteront pour faire connaître aux générations à venir le dévouement à la science de ce botaniste éminent; mais, dans quelques années, quand la marche du temps vous aura dispersés, jeunes élèves qui avez écouté avec tant de bonheur et d'enthousiasme ses admirables leçons, le souvenir de la grande place qu'il a occupée comme professeur s'affaiblira.

Je dois donc chercher à démêler les traits de ce talent si original, si séduisant et si parfait. J'étais son agrégé lorsque j'ai suivi ses leçons; j'ai pu ainsi, mieux me rendre compte d'un succès qui ne s'est jamais démenti, qui n'a fait que croître avec les années, et qui était arrivé à la perfection quand la mort nous l'a ravi.

Dès ses jeunes années, Achille Richard s'est voué à l'enseignement. Il n'était qu'étudiant et aide démonstrateur de botanique, que ses cours attiraient déjà l'affluence; professeur libre, agrégé, il est toujours resté sur la brèche jusqu'au jour où, en 1831, il fut nommé au concours professeur d'histoire naturelle médicale de cette Faculté; sa place y était si bien marquée que tous ses compétiteurs se retirèrent de la lice.

Depuis cette époque, malgré l'état chancelant de sa santé, il a progressivement, par des efforts continus, par un travail de tous les jours, élevé à une hauteur inconnue jusqu'à lui, l'enseignement de l'histoire naturelle médicale.

On ne savait ce qu'il fallait le plus admirer dans ce talent si suave, ou la profondeur ou la netteté des connaissances, ou la grâce infinie avec laquelle les vérités les plus abstraites étaient exposées; on ne trouvait rien à ajouter, rien à retrancher dans ses improvisations si attachantes; on ne pouvait qu'admirer.

Quand il touchait à des questions controversées, ses auditeurs étaient frappés de la fermeté avec laquelle il soutenait les opinions scientifiques qu'une étude consciencieuse des faits et un jugement des plus sûrs lui faisaient considérer comme fondées. Il défendait la vérité et combattait l'erreur avec une grande vivacité, sans se départir de cette modération qui lui était si naturelle.

Il savait, avec un art exquis, rattacher à l'étude de la botanique toutes les connaissances qui sont indispensables au médecin; non-seulement, en exposant l'histoire des plantes, il insistait sur les végétaux qui fournissent des aliments, des médicaments ou des poisons, mais, en traitant de l'anatomie végétale, il y joignait, en captivant vivement l'intérêt de son auditoire, des notions d'anatomie et de physiologie générales plus remplies d'actualité.

Personne ne savait mieux qu'Achille Richard exposer avec simplicité et lucidité les questions de botanique les plus complexes. Les élèves les moins bien préparés ne perdaient pas une de ses paroles, qui étaient toutes empreintes de ce parfum de vérité, de ce cachet de la science la plus avancée. Il adoptait des méthodes plus faciles, plus saisissantes que celles qui sont généralement suivies dans les ouvrages ou dans les cours, soit pour initier ses auditeurs à la structure des végétaux, soit pour leur faire connaître les divisions des grandes familles. Les figures les plus nombreuses, exposées à chaque instant avec un talent admirable, frappaient les imaginations les plus paresseuses.

Par des résumés parfaits qui terminaient chaque grande question, il fixait l'attention de ses auditeurs sur les parties capitales de son discours. Quand une leçon était chargée de détails techniques difficiles à dire sans fatiguer, il la coupait par des citations pleines de charme, qui restent profondément gravées dans la mémoire de ceux qui l'ont suivi, comme un des souvenirs les plus agréables de leur vie.

Il fallait l'entendre, en exposant le système de Linné, nous faire assister à toutes les péripéties de la jeunesse de cet incomparable naturaliste, que ses parents ne jugeaient pas bon pour être savetier; tout l'auditoire écoutait avec un recueillement avide les paroles du gracieux, du spirituel orateur.

Vous qui avez suivi les leçons d'Achille Richard, vous répétez tous avec moi: Pour le fond, pour la forme, c'était un professeur accompli, c'était un professeur inimitable.

Je vous ai parlé du savant, du professeur, c'est de l'homme de bien qu'il me reste à vous entretenir.

Achille Richard appartenait à cette phalange peu nombreuse d'hommes privilégiés qui comprennent le but de la vie; partout où nous le suivrons, nous le trouverons toujours le même, faisant le bien partout et se faisant chérir de tous ceux qui l'approchaient.

Dans la famille, pas de fils, pas d'époux, pas de père plus tendre, plus dévoué.

Dans les relations du monde, pas d'ami plus sûr, plus ingénieux dans sa bonté. Dès sa jeunesse, il fut l'ami des savants les plus illustres. Desfontaines, Jussieu, Brongniart, de Candolle, adoptèrent de cœur le fils de Claude Richard, et leurs fils, dignes héritiers de leurs noms, continuèrent cette douce fraternité. Ce qui a fait répéter à M. Decaisne ce mot d'un grand homme:

« Il y a quelque chose de sacré dans les longs attachements, et sans doute ils sont plus respectables encore quand le génie les accompagne. »

Vous, qui fûtes les collègues de Richard, je n'ai pas besoin de vous dire combien elle était douce la confraternité de cette âme confiante et expansive; et vous, chers élèves, il n'est pas de maître que vous ayez plus tendrement aimé; mais aussi, comme il était heureux avec vous, comme il se plaisait à vous donner de sages conseils; quelle bienveillance infinie vous trouviez toujours en lui! Dans vos examens, ces jours où l'on ne sait plus rien, comme il vous rassurait, avec quelle ingénieuse bonté il vous faisait retrouver tous vos souvenirs, combien il était heureux quand vos réponses étaient excellentes! Ce qui augmentait votre joie d'être reçu par lui, c'est que vous saviez qu'il remplissait avec fermeté le pénible devoir d'ajourner ceux dont il n'avait pu rien obtenir.

Cherchons à résumer rapidement la vie d'Achille Richard.

Avec une santé très-souvent ébranlée, il a su se faire sur cette terre tout le bonheur qu'il était possible d'y trouver, et pour cela son secret à été bien simple: il a consisté à s'oublier pour les siens et pour ses amis; à aimer à rendre heureux ceux qui l'entouraient; à être bon, bienveillant pour tous; à faire son devoir en toute occasion; à aimer la vérité d'un amour constant et inaltérable; à travailler incessamment à sa recherche; à être dépouillé d'envie et d'orgueil; à être exempt, autant qu'on peut l'être, de toute ambition étrangère à la science, se reposant ainsi tranquille dans un port abrité des orages.

Personne n'a supporté avec une plus admirable résignation les épreuves

nombreuses que la Providence sème sur notre passage dans ce monde, comme pour nous apprendre à nous en détacher.

Ne croyez pas pour cela qu'il fût insensible. Pour connaître cette âme aimante, il a fallu, comme je l'ai fait, assister à toutes les angoisses qu'il a éprouvées, quand la maladie est venue atteindre sa fille où ses petits-enfants. Comme alors il oubliait ses souffrances pour ne penser qu'à celles des siens!

La perte prématurée d'une épouse adorable et adorée l'eût brisé sans retour, si la religion n'était venue soutenir son courage, en lui montrant que cette douloureuse séparation n'était que momentanée.

Toute la supériorité de A. Richard m'est apparue dans un moment suprême. Habitué à de fréquentes alternatives de maladies, il oubliait sa santé : cependant, se sentant affaiblir sans qu'il pût expliquer sa faiblesse, il voulut mieux connaître la cause d'un symptôme dont il s'était peu préoccupé, et il découvrit avec moi qu'il était atteint d'une maladie qui ne lui laissait aucune espérance.

J'ai été profondément attendri de la sérénité du philosophe et du chrétien, qui lui fit considérer sans amertume, et pour ainsi dire sans émotion, sa fin prochaine; lui dont la carrière était si belle et si digne d'envie, professeur illustre de cette Faculté qu'il aimait tant, membre des premières Sociétés savantes du monde, il s'oublie pour ne penser qu'aux siens, et jetant sur cette heure fatale, qu'il voyait si peu éloignée, un regard plein de calme, « Je suis tranquille aujourd'hui, dit-il, sur l'avenir de mes enfants. Je puis mourir quand il plaira à Dieu. » Ah! que ne lui a-t-il été accordé par la Providence de jouir plus longtemps de leurs succès; quelques années de plus, son fils Gustave, sa vivante image, qui formera le troisième anneau de cette glorieuse famille de botanistes, eût réalisé ses espérances. Combien il eût été heureux aujourd'hui de voir son fils aîné, le petit-fils d'Antoine Dubois, assis au milieu de nous, entrant plein d'ardeur et plein d'avenir dans la carrière illustrée par son grand-père!

Quoi qu'il en soit, messieurs, à sa dernière heure, il a pu dire :

J'ai bien rempli ma journée; toute ma vie a été consacrée ou à des choses utiles, ou à agrandir la sphère des connaissances humaines. J'ai fait tout le bien qu'il m'était donné de faire ici-bas, ma conscience est tranquille.

Je terminerai son éloge, en disant : Efforçons-nous de l'imiter!

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — M. Huguier.

Quelques remarques sur le cancer du sein.

La femme que nous devons opérer, porte à la partie supérieure et externe du sein gauche, une tumeur qui nous a présenté tous les caractères propres aux cancers squirrheux. Cette tumeur doit être extirpée le plus tôt possible, puisqu'elle est mobile sur les parties profondes et que la peau est parfaitement saine et sans adhérences.

Les considérations qui vont suivre auront trait surtout au siége de la maladie, et au mode opératoire qu'il convient d'employer dans cette circonstance.

Nous avons dit que la masse cancéreuse est située au côté externe et supérieur de la glande mammaire; c'est là, si l'on peut l'appeler ainsi, son lieu d'élection, celui où le tissu morbide se manifeste le plus souvent. A quoi tient cette particularité; quelle raison fait donc que le squirrhe de la mamelle occupe si souvent un lieu déterminé? L'anatomie nous en donne l'explication. C'est, en effet, à la partie supérieure et externe de la glande, que se trouve le pédicule vasculaire et nerveux qui s'y distribue, et qui, de là, remonte obliquement en côtoyant le bord axillaire du grand pectoral, pour aller se jeter dans l'aisselle : disposition qui n'a pas assez fixé l'attention des pathologistes. La mamelle reçoit bien des rameaux vasculaires de la mammaire interne et des intercostales supérieures; mais ces vaisseaux sont moins volumineux et répandus sur un plus grand espace que ceux fournis par l'artère axillaire, qui forment un véritable faisceau avec les veines, les lymphatiques et les nerfs. C'est donc à la partie supérieure et externe que se trouve le véritable pédicule de la glande; ce doit être là aussi, et l'expérience journalière le démontre, que se rencontrent le plus souvent les productions malignes.

Il est un second point, qui souvent aussi est englobé dans la dégénérescence : c'est le mamelon. Le mamelon est, en effet, une partie de l'organe soumise à de fréquentes irritations, telles que le froissement répété des vêtements, les affections dartreuses et plus particulièrement eczémateuses, les excoriations, les gerçures, les abcès si fréquents pendant l'allaitement. Chez les femmes qui ont allaité plusieurs enfants, on peut remarquer que les conduits galactophores subissent une dégénérescence ligneuse qui fait que le mamelon rentre et s'enfonce dans le sein, et forme assez souvent le premier rudiment d'un cancer.

D'autres fois, mais ces cas sont beaucoup plus rares, le cancer se montre à la partie supérieure, puis à la partie inférieure, puis enfin à la partie interne de la glande, entre cet organe et le sternum; les autres portions de la mamelle restant saines, bien entendu. Toutefois, ce dernier cas est excessivement rare, puisque nous n'en avons rencontré que deux exemples dans notre pratique.

Du siége du cancer dans telle ou telle région, il résulte des complications plus ou moins sérieuses. Cette gravité dépend surtout de l'engorgement des lymphatiques. Ces vaisseaux se rendent à la mamelle par deux endroits : par le côté interne, en suivant le trajet des branches de la mammaire interne; par le côté externe et supérieur, en contournant le muscle grand pectoral, pour aller se jeter dans les glandes axillaires. Dans le premier cas, le cancer est toujours plus grave, à cause de l'engorgement qui peut survenir dans les glandes médiastines antérieures; dans le second cas, les ganglions engorgés étant accessibles à l'action du chirurgien, il y a peut-être plus de chances de débarrasser complétement la malade.

Chez notre femme, la tumeur, qui est du volume d'un œuf de poule, paraît bien limitée; nous ne sentons vers l'aisselle aucune glande engorgée; il est probable cependant qu'il en existe, et que la quantité considérable de tissu graisseux dont est pourvue la malade nous empêche de les sentir à travers les tissus ambiants. Nous rechercherons donc soigneusement de ce côté, après l'ablation de la tumeur.

Arrivons maintenant au procédé opératoire.

L'amputation de la tumeur peut être pratiquée de deux manières. Dans le premier procédé, on circonscrit la tumeur par deux incisions elliptiques, se regardant par leur concavité; on enlève ainsi une quantité de peau plus ou moins considérable. Dans le second procédé, on fait une seule incision oblique, en suivant la direction du bord axillaire du grand pectoral; l'une des extrémités de cette incision regarde l'aisselle et peut être prolongée dans cette région, s'il y a des ganglions engorgés. Toutes les fois qu'il peut être employé, ce procédé est de beaucoup préférable au premier, et cela pour deux raisons capitales :

1° Le cancer est sujet à récidiver. Or, si l'on a, par une première opération, enlevé inutilement un lambeau de peau considérable, s'il arrive qu'on soit obligé d'opérer une seconde fois, il sera difficile, sinon impossible, de réunir par première intention. La cicatrice sera lente si toutefois on peut arriver à l'obtenir; souvent elle ne sera pas complète; le cancer reparaîtra sur le théâtre de l'opération, avant la guérison de la plaie, ce qui jette toujours et avec raison de l'inquiétude dans l'esprit de la malade, et en même temps de la défaveur sur le chirurgien, qui n'a pas su se ménager une ressource pour l'avenir;

2° Si la tumeur a été enlevée par le premier procédé, il faut, pour réunir la plaie, tirailler la peau jusqu'à contact parfait des deux incisions; la cicatrisation sera plus lente, et, par la suite, les mouvements du bras fatigueront la cicatrice, l'irriteront, exposeront plus facilement à une récidive.

Il est, avons-nous dit, probable qu'il existe des ganglions engorgés dans l'aisselle. Où les trouverons-nous? Toujours au même endroit, le long du bord axillaire du grand pectoral, et en arrière de ce bord. Ces masses engorgées sont faciles à extirper, jusqu'à une certaine distance de la glande; mais dans l'aisselle l'extirpation devient pénible, puisqu'il y a là une foule de vaisseaux dilatés, capables de donner lieu à de graves hémorrhagies. Avant donc que d'entreprendre l'extirpation de ces ganglions, nous aurons soin de poser quelques ligatures qui étreindront leur pédicule. Cela est surtout nécessaire lorsqu'on arrive aux environs des gros vaisseaux axillaires; car, en attirant à soi ces ganglions, afin de ne pas léser les vaisseaux, les petites artérioles qui sont élastiques, comme chacun sait, s'allongent; coupées, elles se rétractent, et lorsqu'on va pour les lier, on ne peut les saisir, tant la section est voisine de l'artère qui leur donne naissance. C'est là un grave accident qui peut amener le chirurgien à lier l'artère principale du membre, tandis qu'avec nos ligatures cet accident n'est pas à craindre. C'est là un point de l'opération sur lequel nous voulons fixer toute votre attention, et dont nous avons toujours constaté les plus heureux résultats, depuis que nous le mettons en pratique.

L'opération confirme ce qu'avait dit M. Huguier après l'ablation du squirrhe; on sentit, en effet, des ganglions engorgés remontant dans l'aisselle; l'incision fut agrandie de ce côté et plusieurs glandes furent enlevées. Lorsqu'il fut arrivé au voisinage des gros troncs vasculaires, M. Huguier porta deux ligatures entre eux et les ganglions malades, dont la section fut opérée sans aucune hémorrhagie. La plaie

fut réunie par première intention, et aujourd'hui la cicatrisation est parfaite et la santé de la malade excellente.

L. Perret et Dal Piaz, internes du service.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Réflexions de M. Bayard, de Cirey-s.-Blaise, sur le rapport de M. Roche, relatif à la vaccine et à la fièvre typhoïde;

2° Note sur l'application des eaux d'Enghien aux maux de dents;

3° Mode de traitement contre le choléra, par M. le docteur Sylva (de la Réole);

4° Autre spécifique contre le choléra et vingt-six remèdes contre l'hydrophobie;

5° Rapport sur l'établissement d'eaux minérales d'Ussat (Ariége), par M. le docteur Vergé;

6° Nouveau fébrifuge, par madame Sylvestre, veuve Roche;

7° Rapports sur les épidémies suivantes :

De *fièvre typhoïde*, par M. Humbert, médecin cantonnal à Verny (Moselle);

id. par M. le docteur François, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville;

id. par M. le docteur Schacken, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Salins;

De *dyssenterie*, par M. Blanche, médecin des épidémies de l'arrondissement de Redon (Ile-et-Vilaine);

8° Tableau de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Lecadre transmet quelques détails sur le choléra au Havre. Il annonce que rien ne peut faire croire que le choléra ait été importé dans cette ville. Il annonce que, jusqu'à présent, dans les trois sections du Havre, sur 60,000 âmes, on ne peut attribuer que quatorze décès environ au choléra.

— M. Delabarre, médecin des hôpitaux de Verdun, adresse un mémoire sur le traitement du choléra.

Avortement.

M. le docteur Dezautière adresse à l'Académie le cas médico-légal suivant :

« Le vendredi 28 octobre, une fille est accusée, par la rumeur publique, d'avoir accouché ou avorté et d'avoir fait disparaître criminellement l'enfant qu'elle portait dans son sein.

« La justice se transporte sur les lieux huit jours après (5 novembre). Elle finit par découvrir un placenta dans les lieux d'aisance.

« La fille nie énergiquement un accouchement; elle se refuse à tout examen. Elle oppose un silence absolu aux questions du médecin et du juge d'instruction; elle avoue seulement avoir eu une perte de sang *et avoir fait quelque chose.* Je reçois la mission de déterminer, s'il est possible, sur l'inspection seule du placenta, si ce placenta appartient à une grossesse à terme, ou de déterminer l'époque de la grossesse. »

Les caractères offerts par le placenta sont-ils assez tranchés pour permettre d'affirmer l'époque à laquelle était parvenue la grossesse lorsque ce placenta a été expulsé?

Sonde.

M. Casenave, de Bordeaux, réclame la priorité de la sonde porte-caustique présentée dans la dernière séance.

Urétrotome.

M. le docteur Stilling, de Hesse-Cassel, adresse un modèle de son invention d'urétrotome courbe.

Prix Nadau.

M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il rappelle que les deux décisions prises successivement par l'Académie de clore et de *déclore* le concours pour le prix Nadau, blesse les intérêts des candidats et cause toutes sortes d'embarras à la commission. Il propose, en conséquence, que l'Académie fixe une époque pour la clôture du concours, et que, d'ici là, elle permette aux candidats de retirer leurs mémoires s'ils le jugent utile, pour les revoir et y mettre la dernière main. L'Académie décide que M. Londe sera chargé de s'entendre avec la commission et de formuler nettement une proposition.

LECTURES.

M. Malgaigne lit le mémoire suivant :

Mémoire sur les injections de perchlorure de fer appliquées au traitement des anévrismes.

Je viens entretenir l'Académie d'une méthode nouvelle pour le traitement des anévrismes, sortie tout entière des méditations et des expériences de notre regrettable confrère feu le docteur Pravaz (1), et qui, dans les premiers moments, semblait devoir réaliser pour les anévrismes un progrès aussi important que la lithotritie pour la pierre. L'expérience n'a pas répondu à ces heureuses espérances; et après quelques rares guérisons, qui déjà avaient failli compromettre la vie des malades, sont venus des échecs plus graves, terminés plus d'une fois par la mort. Il est donc temps de réunir les faits déjà connus, de les soumettre à une appréciation sérieuse, et d'apprendre aux chirurgiens ce qu'ils doivent en penser.

C'est le 10 janvier de cette année, que la nouvelle méthode fut rendue publique par une lettre de M. Lallemand, lue à l'Académie des sciences. Dans une expérience sur la carotide d'un mouton, en quatre minutes, l'injection de quatre gouttes d'une solution concentrée de perchlorure de fer avait transformé en un caillot solide tout le sang renfermé dans une étendue de 4 à 5 centimètres de cette artère; la quantité du sang ainsi coagulé était évaluée à une cuillerée. Une portion de la carotide d'un cheval de 8 centimètres de longueur, estimée contenir cinq cuillerées à café de sang, reçut huit à dix gouttes de perchlorure avec le même résultat; finalement, Pravaz estimait que deux gouttes suffisaient pour la coagulation d'une cuillerée à café de sang; et, à part le manuel opératoire, la seule condition était d'exercer la compression au-dessous de l'anévrisme pendant quatre ou cinq minutes environ.

Presque aussitôt, ces expériences furent répétées à Alfort par MM. Giraldès et Debout. M. Giraldès ayant intercepté entre deux compressions 11 centimètres environ de la carotide d'un âne, y injecta six gouttes de perchlorure; et la coagulation ne se faisant point, il fit une autre injection de onze gouttes. Cette fois, la coagulation s'opéra; mais l'artère parut racornie. Une injection de quinze gouttes dans la carotide d'un cheval amena à la fois et la coagulation du sang et le racornissement du vaisseau. M. Debout a vu de même ce racornissement inquiétant; bien plus, dans un cas, l'artère s'amincit et se laissa distendre de manière à offrir, quarante-huit heures après l'injection, une dilatation variqueuse. D'ailleurs, l'expérience n'était pas même sans danger pour la santé générale; M. Leblanc, qui conserva quelque temps deux des chevaux soumis à ces injections, leur trouva de la fièvre; et sur un animal sacrifié, au vingt-neuvième jour, la présence de pus dans l'artère fut constatée.

Pravaz s'émut de ces résultats qui mettaient en péril l'avenir de sa découverte; il rapporta l'autopsie du mouton sur lequel il avait expérimenté et qu'on avait sacrifié deux mois et demi après; la carotide était oblitérée sur une longueur de 8 centimètres et demi, sans autre lésion; et le caillot, presque entièrement résorbé, égalait à peine en volume un grain de millet allongé. D'où venaient donc les accidents observés à Alfort? Sans s'expliquer clairement à cet égard, Pravaz insistait « sur la nécessité *de n'employer que la quantité de perchlorure nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur.* » Un nouveau cas d'application de sa méthode qui devait être prochainement publié devait montrer, ajoutait-il, « *que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives qu'il avait fixées, d'accord avec M. Lallemand, sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot formé se redissolve.* » Il admettait qu'une injection exubérante pouvait développer une inflammation trop vive du sac, puis l'ulcération consécutive et l'expulsion en bloc du caillot. Le point essentiel de l'opération était de ménager toutes choses, de façon qu'il y eût résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. Pour son compte, il déclarait que pour un anévrisme du volume d'un œuf de pigeon, par exemple, il n'injecterait d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure, sauf à répéter l'injection si, au bout d'un certain temps, les battements de la tumeur n'avaient pas complétement cessé. Et tant il avait à cœur cette condition de sécurité, il y

(1) Il convient de dire cependant que Monteggia avait émis l'idée d'injecter des astringents dans la poche anévrismale, à l'aide d'une ponction avec le trocart; et dans le cas où la ligature à la méthode de Brasdor est seule praticable, il avait aussi songé à injecter dans le sac, un liquide coagulant, en introduisant la canule par une ouverture faite à l'artère, et en liant ensuite l'artère sur la canule même. Longtemps après Monteggia, M. Leroy (d'Etiolles) avait aussi pensé aux injections coagulantes; mais je n'estime pas que ces idées purement théoriques diminuent en rien le mérite de l'invention de Pravaz.

revenait une dernière fois en disant : « Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à trois gouttes environ, la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite. » Enfin, il prenait soin d'indiquer la manière d'obtenir la solution et le degré qu'elle devait marquer à l'aréomètre, 45°.

De fait, sans prétendre diminuer le mérite des hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune raison, des règles posées par l'inventeur lui-même; leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure à petites doses, et son danger à dose exubérante; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure de fer sur l'homme n'ont pas tous échappé non plus à ce reproche.

Ajoutons cependant qu'un premier essai, tenté sans aucune règle, et avec un procédé opératoire très-imparfait, n'en avait pas moins donné une guérison admirable, et semblait indiquer que les précautions recommandées par Pravaz étaient peu nécessaires. Dès le 4 février, M. Raoult Deslongchamps avait traité par le perchlorure un anévrisme de l'artère sus-orbitaire, du volume d'un œuf de pigeon. A la vérité, cet anévrisme offrait des phénomènes singuliers. Il n'est pas commun d'abord de rencontrer des anévrismes gros comme un œuf de pigeon sur une artère presque capillaire. L'oreille n'y entendait aucun bruit anormal; la pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complétement; les battements seuls l'avaient fait juger anévrismale. M. Raoult y fit une ponction oblique de 3 millimètres avec un bistouri très aigu; quelques gouttes de sang rutilant coulèrent le long de la lame sans jet saccadé. On introduisit une seringue en verre dans la plaie, on fit une injection, sans calculer les gouttes; la seringue retirée, il sortit derechef quelques gouttes de sang; cependant la tumeur battait encore dans presque toute son étendue. Le surlendemain, nouvelle injection, *de dix à douze gouttes*, dit l'auteur; mais il n'avait aucun moyen de les mesurer; et ce qu'il faut noter, c'est qu'il introduisit sa seringue par la même plaie; qu'*un stylet fut introduit pour détruire les adhérences;* et même, ajoute-t-il, *je pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac.* Un anévrisme qui se vide en entier par la pression, qui, en conséquence, ne contient que du sang liquide, et qui se laisse ponctionner au bistouri et parcourir par un stylet sans donner un seul petit jet de sang, n'est pas, il faut le confesser, un anévrisme ordinaire.

On s'y trompa, toutefois; et M. Robert, notre collègue, fut seul d'abord à élever des doutes sur la nature de la tumeur. Mais le jour même où Pravaz, dans sa communication à la Société de chirurgie, se prévalait du succès obtenu dans ce cas, M. Raoult annonçait qu'une nouvelle tumeur avait apparu dans la même région, avec des battements comme l'autre, et qu'il n'hésitait pas à y reconnaître une *tumeur érectile cutanée.* Il n'en persistait pas moins à penser que l'ancienne tumeur, avec les mêmes caractères, était un véritable anévrisme. Le deuxième diagnostic me paraît, pour mon compte, beaucoup plus assuré que le premier.

Mais Pravaz avait annoncé la prochaine publication d'un nouveau cas qui devait montrer (je répète ses propres paroles) « *que l'on ne peut dépasser les limites approximatives* fixées pour l'injection *sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot formé se redissolve.* Quel était donc ce *nouveau cas?* L'orateur rapporte ici le cas de M. Niepce que nous avons publié dans le *Moniteur des Hôpitaux*, et fait sur ce cas les remarques suivantes :

L'analyse de cette observation laisse à désirer. J'y cherche en vain les *symptômes d'intoxication* qu'elle devait montrer, au dire du consciencieux Pravaz; ni le volume de la tumeur, ni la quantité de l'injection, ni le procédé opératoire ne sont indiqués.

Du reste, dans la séance du 9 mai, M. Lallemand communiqua une autre observation due à M. Serres, d'Alais, et suivie aussi de guérison; malheureusement encore, nous n'en avons qu'un résumé beaucoup trop concis. Il s'agissait cette fois d'un anévrisme variqueux au pli du coude.

« Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur, quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale.

« Une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une escarre s'est détachée des parois du sac, sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides. »

Ainsi, dans les deux cas, et cette fois pour de véritables anévrismes, l'injection semblait avoir procuré une guérison radicale. Toutefois, à considérer de près les choses, dans l'observation de M. Niepce, l'inflammation et la suppuration du sac, dans celle de M. Serres, la suppuration du sac et la gangrène de ses parois, montraient déjà que ces sortes de guérisons ne s'obtiendraient pas sans danger.

Aussi, loin de se flatter de pareils succès, la méthode les considérait quasi comme des échecs qu'elle rejetait sur l'imprudence des opérateurs. M. Lallemand alléguait que, dans les opérations de M. Niepce et de M. Serres, il avait été injecté *au moins trois fois plus de perchlorure qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot.* On conçoit, ajoutait-il, que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Nous manquons de documents pour apprécier par nous-même l'excès de la dose employée; mais, d'un autre côté, l'expérience semble peu favorable à l'opinion exprimée par M. Lallemand, et qui était déjà celle de Pravaz, qu'un excès d'injection tend à dissoudre le caillot. Voyez le cas de M. Raoult : deux injections pour une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; le caillot tient. Dans les deux autres, est-ce que le caillot a été dissous? M. Niepce en retrouvait encore, au vingtième jour, un noyau du volume d'une noisette, malgré l'issue donnée par la suppuration. M. Serres a vu le caillot durcir promptement; et il faut même qu'il ait gagné plus tard, puisqu'il a fini par supprimer les pulsations d'abord persistantes dans les artères radiale et cubitale.

Mais ce qu'il importe d'ajouter, et ce qui explique le jugement sévère de M. Lallemand, c'est que, dans le deuxième cas au moins, la guérison avait été achetée plus chèrement que le *compte rendu de l'Académie des sciences* ne l'avait fait soupçonner. Dans un article récent d'un journal de Montpellier, je lis que M. Serres a raconté son observation dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi; ce n'était pas seulement *une inflammation assez vive* qui avait inquiété le chirurgien, mais *des désordres inflammatoires extrêmement graves, et tels que la vie du membre et du malade furent prochainement compromises* (1).

Au reste, un cas bien plus désastreux, puisque le malade mourut dans mon service des suites de l'opération, fut pour les chirurgiens un tout autre sujet d'alarme. Un maçon, âgé de 25 ans, portait au pli du coude une tumeur pulsatile du volume d'une aveline, suite probablement de la piqûre de l'artère dans une saignée malheureuse. Un de mes anciens élèves y pratiqua l'injection de perchlorure, cette fois avec la seringue graduée de Pravaz, chargée d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart arriva sans difficulté dans la tumeur; un jet de sang en fut la preuve. Immédiatement, la seringue fut ajustée, et l'opérateur fit exécuter, à la vis du piston, cinq demi-tours, projetant chacun une goutte. La tumeur battant toujours, on exécuta cinq nouveaux demi-tours, poussant cinq nouvelles gouttes. A l'instant même, douleur atroce dans tout le bras; la tumeur ne battait plus; dix secondes après, les pulsations cessaient à la radiale; la main devenait froide, violacée; le lendemain, gangrène limitée au pouce. On transporte le malade dans mon service; le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, tout l'avant-bras est mortifié; que dirai-je de plus? L'observation a été publiée, mais j'espérais encore alors sauver le malade. L'amputation, qu'il avait d'abord repoussée, fut acceptée le onzième jour, l'avant-bras étant déjà en partie détaché par la gangrène, et, après une amélioration passagère, le sujet a succombé.

Comment un tel résultat ne nous a-t-il pas tous arrêtés? Il y a d'excellentes raisons à en donner. D'une part, on a vu la gangrène et la mort succéder aussi à la ligature; puis on pouvait dire que la dose de l'injection avait été exagérée; et enfin, avait-on pris suffisamment le soin de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous? D'autres ajoutaient même que la solution de perchlorure n'était pas indifférente; et, bien que le malheureux opérateur se fût assuré que la sienne coagulait bien, il n'en avait pas indiqué le degré; M. Burin-Dubuisson, habile pharmacien de Lyon, avait seul le secret de Pravaz; il fallait une solution préparée par M. Dubuisson.

Les premières objections étaient raisonnables; la dernière péchait par son exagération même, et le champ de l'opération allait se trouver bien rétréci, si l'on ne pouvait la pratiquer qu'avec le liquide Dubuisson. Or, ce dernier retranchement même allait être forcé, et la solution Dubuisson allait être aussi féconde en désastres que les autres.

M. Velpeau l'essaya le premier à Paris sur un étudiant qui portait un anévrisme au pli du coude, par suite d'une saignée malheureuse. On connaît toute la prudence et l'habileté de M. Velpeau; je dirai pourtant qu'avant l'opération, pour plus de sécurité, il me fit l'honneur de me demander des détails sur les causes présumées de la gangrène dans le cas que je viens de rappeler. J'étais présent à l'opération, avec un grand nombre de confrères; il y eut même plus de précautions prises que Pravaz n'en avait demandées; l'artère fut comprimée au-dessus et au-dessous de l'anévrisme; et, pour une tumeur de 8 centimètres de diamètre en un sens sur 10 dans l'autre, on injecta huit gouttes de perchlorure apporté de Lyon par M. Du-

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853, et *Moniteur des Hôpitaux*, 1re série, t. 1.

buisson. Du reste, le résultat témoignait de la haute circonspection du chirurgien ; il n'y eut pas de coagulation bien manifeste ; et, dès que la compression fut enlevée, les battements reparurent dans le sac et dans les artères de l'avant-bras. D'ailleurs, aucun accident ; et le 11 juin, vingt-un jours après la première injection, M. Velpeau en fit une autre portée à dix gouttes. Assurément encore, la dose n'était pas exagérée, puisque la coagulation complète ne fut pas obtenue. Cependant l'anévrisme s'accrut en volume, et l'inflammation s'en étant emparée, M. Velpeau jugea prudent de lier l'artère le 18 juin, sept jours après la deuxième injection. Cela n'empêcha pas la tumeur anévrismale de s'ouvrir ; et à travers des accidents assez graves, l'opéré fut cependant assez heureux pour se rétablir.

Deux jours avant M. Velpeau, une tentative semblable avait été faite par M. Lenoir, à l'hôpital Necker, pour un anévrisme poplité du volume d'un œuf de poule.

L'orateur rapporte ici le fait de M. Lenoir inséré dans le *Moniteur des Hôpitaux*.

Ces deux faits sont trop importants pour ne pas nous y arrêter un moment. Des opérateurs consommés, des précautions en surabondance, une solution préparée par l'inventeur même, et enfin une telle circonspection dans la dose injectée qu'on n'obtint même pas la solidification de la tumeur. Et cependant, des accidents tels qu'il fallut y parer, dans un cas, par la ligature de l'artère, et que dans l'autre ils ne purent pas être conjurés. Inefficacité et péril tout à la fois, tels étaient donc les deux reproches encourus ici par la méthode.

Mais enfin il se pouvait que, dans l'un et l'autre cas, on eût eu affaire à une tumeur à moitié remplie par un caillot ; et l'injection lancée dans le caillot n'aurait pu agir efficacement sur la couche liquide extérieure. C'était là, très-assurément, d'après les détails de l'observation, le cas de M. Lenoir ; et bien que M. Lenoir eût pris soin de ne pousser son injection que quand un jet de sang vermeil et saccadé l'avait assuré que la canule plongeait bien dans la couche liquide, n'importe, il était à désirer, pour juger de l'utilité de la méthode, qu'elle fût essayée dans un cas où l'anévrisme contiendrait surtout du sang liquide. Eh bien, ce cas s'est rencontré ; le voici :

Un individu entra à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, pour un anévrisme de la crurale mesurant au moins 10 centimètres de diamètre. Autant qu'on put s'en assurer, la tumeur ne contenait guère que du sang liquide ; et, en effet, à la première ponction, aussitôt le poinçon retiré, un jet de sang caractéristique s'échappa par la canule. M. Soulé injecta en tout six gouttes de perchlorure, et il estime que deux de ces gouttes ont dû rester dans la canule. Ce n'était pas de la solution fournie par M. Dubuisson ; mais elle devait être aussi bien préparé assurément ; car la tumeur devint immédiatement dure et ratatinée. Pour favoriser la condensation et les adhérences du caillot, on maintint la compression quinze minutes ; hélas ! à peine fut-elle suspendue, que les battements reparurent dans la tumeur. Cependant, on fit usage d'une compression modérée, pour atténuer au moins l'impulsion de l'ondée sanguine ; et, en effet, la tumeur sembla durcir de jour en jour. Comme d'ailleurs il n'y avait pas d'accidents, le 1er août, cinq jours pleins après la première injection, M. Soulé voulut compléter son œuvre, et fit une nouvelle injection de sept gouttes. Mais cette fois la douleur fut vive, la nuit sans sommeil, la tumeur s'enflamma et augmenta de volume ; le tourniquet fatiguait le malade ; d'ailleurs, la coagulation complète n'avait pu être obtenue. Dans la crainte de voir une ulcération du sac amener une hémorrhagie foudroyante, M. Soulé pratiqua, le 6 septembre, la ligature de l'artère crurale, qui fut suivie d'une complète guérison.

Peut-être dira-t-on que l'anévrisme était bien considérable, et alors, de restrictions en restrictions, le champ de la méthode nouvelle se trouverait bientôt réduit à rien. M. Soulé a pourtant essayé le perchlorure pour une petite tumeur du volume d'une cerise, suite d'une piqûre de la tibiale postérieure, près de la malléole interne. La petite plaie extérieure, bouchée seulement par des caillots, avait plusieurs fois livré passage à des hémorrhagies ; à l'aide d'un gros stylet, M. Soulé pénétra dans le sac, d'où jaillit aussitôt un jet artériel. Il instilla plusieurs gouttes de perchlorure, introduisit même des bourdonnets de charpie imbibés de ce liquide, et ajouta enfin un bandage compressif. Trois jours après, la nullité du résultat obligeait à fendre la tumeur ; on reconnut alors que l'artère avait été coupée en travers, circonstance des plus heureuses pour l'arrêt de l'hémorrhagie et l'oblitération de l'artère. On ne put pourtant la saisir pour la lier, et on établit une compression au fond de la plaie avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari, ce qui réussit.

Un cas du même genre a été traité par M. Alquié, professeur de clinique à Montpellier (1).

N'est-ce pas une chose bien remarquable, dit M. Malgaigne après avoir rapporté l'observation de M. Alquié, qu'après la guérison du premier anévrisme de M. Raoult, qui n'était pas un anévrisme, et les deux succès plus ou moins chèrement achetés de MM. Niepce et Serres, d'Alais, la méthode nouvelle n'ait plus marché que de revers en revers ? Voilà, en effet, six essais nouveaux, dont deux terminés par la mort, trois qui obligent à recourir à la ligature de l'artère, un pour lequel il faut employer la compression et l'eau de Pagliari. Est-ce assez pour fixer l'opinion des chirurgiens ? Eh bien, il y a eu trois autres essais dont je n'ai rien dit encore ; l'un par M. Dufour, chirurgien de l'hôpital de Lectoure ; à la suite de deux injections dans un anévrisme volumineux de la carotide droite, il survint une inflammation excessive, la tumeur se gangréna, se rompit, et le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante (1) ; un autre, par notre excellent collègue, M. Jobert, qui, sans doute, en rapportera les détails à l'Académie ; mais déjà je tiens de ses confidences amicales que le membre a été pris de gangrène, et que l'opéré a succombé. Enfin, j'ai eu aussi ma part de ces insuccès ; j'ai sauvé mon malade, grâce au ciel ; mais l'observation, pour n'avoir pas eu cette issue funeste, sera peut-être plus propre qu'aucune de celles que nous avons passées en revue pour démontrer le danger des injections de perchlorure, lors même qu'on n'en a fait qu'une seule, et avec une dose si faible qu'elle n'a pas même coagulé le sang dans toute la tumeur.

Observation. — Plaie de l'artère humérale et du nerf médian ; anévrisme traumatique traité par une injection de six gouttes de perchlorure de fer ; accidents ; ligature de l'artère ; guérison. — Tonnelier (Victor), employé dans une fabrique d'eau gazeuse, était occupé à remplir et à boucher ses bouteilles, lorsque l'une d'elles ayant fait explosion un éclat de verre vint frapper la partie interne du bras droit, un peu au-dessus du pli du coude. Immédiatement un jet de sang rutilant jaillit par saccades à une distance d'environ deux mètres. Le blessé appliqua le pouce sur la petite plaie, jusqu'à ce que son patron eût établi une compression à l'aide d'un linge et d'une bande. Au même moment, il avait ressenti de l'engourdissement dans la main. Ce fut dans cet état qu'on l'amena dans mon service, presque aussitôt après l'accident, le 30 juillet 1853.

Le bras droit, tuméfié, offrait dans sa moitié inférieure une circonférence plus grande de quatre centimètres que celui du côté opposé. La petite plaie, mise à découvert, ne donnait plus de sang ; elle siégeait un peu en dedans de l'artère, en sorte que, pour arriver au vaisseau, le morceau de verre avait naturellement rencontré le nerf médian sur sa route ; je pris soin de m'assurer par le témoignage du malade qu'il avait été retiré en entier de la plaie. Il y avait une insensibilité complète de la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, et une sensibilité très-obtuse pour la moitié externe de l'annulaire, l'autre moitié de ce doigt ainsi que le petit doigt ayant conservé leur sensibilité naturelle. La face dorsale était restée sensible partout comme à l'ordinaire. La main avait aussi perdu de sa force ; le malade ne pouvait fléchir les doigts que difficilement, et me serrait très-faiblement la main. La radiale battait avec assez de force.

La lésion du nerf médian était manifeste ; et celle de l'artère humérale ne l'était guère moins. Seulement la continuation des battements du pouls me fit penser qu'elle n'avait souffert qu'une petite piqûre ; et je voulus essayer si la flexion forcée du bras ne suffirait pas à sa réunion, comme cela m'était arrivé quelquefois.

Je fléchis donc l'avant-bras et le fixai dans cette position par un bandage. Mais le blessé ayant voulu retourner chez lui, avant d'y arriver, il s'aperçut que le sang coulait ; il se fit établir une compression sur la plaie même avec de l'agaric et des bandes ; et ne tarda pas à revenir à l'hôpital, où je le retrouvai le lendemain.

La compression ayant rempli son but et étant supportée, je laissai l'appareil en place en remettant l'avant-bras dans la flexion. Mais des douleurs survenues dans la nuit m'obligèrent à visiter les parties, et je trouvai alors le bras gonflé de manière à offrir en circonférence six centimètres de plus que le bras sain. Cependant, la petite plaie ne donnant plus de sang, je maintins la compression et la flexion du coude jusqu'au 6 août, époque où la cicatrisation extérieure parut complète et solide.

Alors les choses étaient dans l'état suivant : rien de changé dans l'insensibilité et la faiblesse de la main ; au côté interne et un peu postérieur du bras, énorme ecchymose lie de vin, remontant jusque vers l'aisselle et descendant quelque peu à la partie antérieure de l'avant-bras. Vis-à-vis la piqûre de l'artère s'était formée une petite tumeur pulsatile ovoïde ayant trois centimètres de hauteur, un peu moins en largeur ; très-douloureuse à la pression, et offrant à l'auscultation un bruit de souffle assez rude. D'ailleurs, aucun frémissement dans les veines voisines.

La flexion de l'avant-bras n'agissait pas sur cette tumeur, située un peu trop au-dessus du pli du coude. Je voulus essayer une compression directe : le malade ne put pas la supporter ; puis une compression sur l'artère au-dessus de l'anévrisme : les douleurs empêchèrent également de la continuer. Je me contentai alors de tenir le membre en demi-flexion et d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide. Avant de prendre un parti plus décisif, je voulais par-dessus toutes choses attendre le rétablissement des fonctions nerveuses, craignant que la suspension de la circulation, surajoutée à la paralysie, n'accrût les chances de gangrène.

(1) Voir *Moniteur des Hôpitaux*, 1re série, t. I.

(1) *Annales de Montpellier, loc. citat.* ; d'après la thèse de M. Rostan, Montpellier, 1853.

Le 16 août, le malade fut tenu éveillé toute la nuit par des douleurs très-vives dans tout le bras droit, surtout au niveau de la tumeur, mais, circonstance toute nouvelle, qui se propageaient par moment jusque dans les doigts; et le lendemain, nous constatâmes que l'annulaire avait recouvré la sensibilité normale, et que le médius en présentait déjà quelque peu.

Le 2 septembre, la sensibilité s'étant accrue, la tumeur d'ailleurs bien circonscrite, je songeai à préparer le sujet à l'opération, en favorisant la circulation collatérale. Mais ni la compression avec les bandes, ni le tourniquet, ne purent être supportés, et je résolus d'attendre encore.

Enfin, le 14 septembre, comme depuis quelques jours, tous les doigts ayant recouvré plus ou moins de sensibilité à la face palmaire, l'index seul excepté, et le mouvement de flexion étant arrivé à ce point que l'extrémité des doigts arrivait au contact de la paume de la main, je jugeai le moment opportun pour pratiquer l'injection du perchlorure de fer.

La tumeur offrait alors six centimètres de hauteur sur cinq de large. Elle n'était plus douloureuse à la pression. Elle était assez dure, cependant offrant encore sous les doigts des battements très-sensibles et une fluctuation manifeste; et le bruit de souffle inaccoutumé à l'auscultation.

Je me servis d'une seringue en verre fabriquée par M. Charrière, avec piston à vis, selon le modèle de Pravaz. La seringue chargée préalablement d'une solution de perchlorure soigneusement préparée, je fis établir avec les doigts de deux aides une compression exacte au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis j'enfonçai le petit trocart vers la partie supérieure de la tumeur. Le poinçon entré, il ne s'écoula qu'un peu de sang noir et très-épais. Une seconde ponction vers la partie moyenne et interne de la tumeur fut encore moins heureuse; il ne s'en écoula rien, même après avoir promené la canule à diverses profondeurs et en sens divers. Le malade n'accuse d'ailleurs aucune douleur. Jugeant la canule trop étroite, j'en pris une autre d'un plus fort calibre, et je fis une troisième ponction vers la base de la tumeur. Il n'en coula encore qu'une ou deux gouttes de sang violacé. Une quatrième ponction vers la partie supérieure de la tumeur, assez près de la première, donna encore ici du sang violacé, mais en un peu plus grande quantité; c'est là que je fis l'injection. Je m'assurai au préalable de la puissance de la solution en la mettant en contact avec les quelques gouttes de sang écoulé; à l'instant elles furent converties en un magma d'un gris brunâtre. Enfin, avec toutes les précautions possibles, la seringue bien vissée à la canule, je fis exécuter au piston six demi-tours, équivalant à six gouttes, dont il convient de défalquer la portion restée nécessairement dans la canule. Enfin, je maintins encore plusieurs minutes la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur; je malaxai celle-ci doucement pour faciliter la diffusion du perchlorure; et, voyant que la tumeur ne durcissait point, enfin je l'abandonnai à elle-même.

Cependant nous pûmes croire un moment qu'il y avait eu coagulation dans l'artère même, car la radiale avait cessé de battre. Mais cela ne dura que quelques minutes, après quoi les battements revinrent comme auparavant.

Trois heures après l'opération, le malade fut revu; la tumeur battait à l'ordinaire; du reste, nulle douleur.

Les jours suivants se passèrent bien, et déjà, m'applaudissant d'avoir évité tout accident, je songeais à faire une deuxième injection, lorsque, le 18, apparurent quelques douleurs dans la tumeur, qui prit aussi un léger accroissement dans le sens transversal. Cependant c'était encore fort peu de chose quand, dans la nuit du 19 au 20, les douleurs devinrent violentes et continues au point d'empêcher le sommeil, et le 20, à la visite, je trouvai mon malade en proie à des souffrances si atroces qu'elles lui arrachaient des cris. Il dit que vers sept heures et demie il avait éprouvé une sensation de déchirement dans la tumeur; et, en effet, celle-ci s'était accrue jusqu'à présenter 9 centimètres de largeur sur 7 de hauteur. Il assurait cependant n'avoir fait ni mouvement ni effort, et avoir toujours conservé l'avant-bras dans une écharpe. Évidemment il y avait eu une rupture du sac primitif; et cependant une circonstance nous laissait encore quelque espoir de guérison; la tumeur avait des battements plus obscurs, et les pulsations étaient également plus faibles à la radiale. Je fis donc seulement appliquer des cataplasmes narcotiques pour calmer la douleur.

En effet, celle-ci devint plus sourde les jours suivants; mais les battements reprirent toute leur force. Le 24, vers midi, en faisant un effort pour se soulever, le malade ressentit une sorte de craquement suivi des mêmes douleurs que le 20 septembre. La tumeur avait encore augmenté, et à 2 centimètres au-dessus du pli du bras et tout à fait à sa partie interne, elle était surmontée d'une petite saillie acuminée, de la grosseur d'une noisette et d'une teinte rouge violacée; le reste de la tumeur était d'un rouge plus vif, et il y avait à l'intérieur un peu de tuméfaction.

La rupture du sac à l'extérieur paraissait imminente. Mon interne, M. Bastien, plaça par précaution un tourniquet au-dessus de la tumeur, et fit surveiller assidûment le malade jusqu'au lendemain 25, où je trouvai le cas si urgent que je pratiquai immédiatement la ligature de l'artère humérale vers le milieu du bras. L'opération offrit quelques difficultés à raison de l'engorgement des parties molles; mais enfin l'artère fut isolée et liée; et immédiatement les battements cessèrent à la fois dans la tumeur et dans la radiale.

Nous eûmes à lutter les jours suivants, d'abord contre un érysipèle du bras, puis contre un rhumatisme articulaire des genoux. Je traitai l'un par la farine, l'autre par les pilules de vératrine, et le 10 octobre, tout avait disparu, sauf un petit abcès à l'avant-bras. Ce même jour, la ligature tomba d'elle-même.

Mais l'anévrisme ne montrait aucune tendance à se résorber, malgré une fluctuation manifeste et sans douleur. Le 13 octobre, j'y fis une petite incision de 1 centimètre environ; il en sortit une assez grande quantité de sang noir et épais, sans que la tumeur s'affaissât beaucoup. La suppuration s'en empara; et l'incision primitive paraissant trop étroite, je l'agrandis le 19 octobre. Le 24, j'aperçus entre les lèvres de l'incision un petit caillot; je le saisis avec des pinces, et tirant avec précaution, j'amenai au dehors un caillot solide énorme, ovoïde, ayant 5 centimètres et demi de hauteur sur 4 de large. Je le fis examiner au microscope; M. Verneuil n'y trouva que des globules sanguins.

Les jours suivants, la suppuration, d'abord abondante et sanguinolente, devint par degrés plus rare et de meilleure nature; le malade se sentait d'ailleurs si bien qu'il demandait sa sortie. J'insistai pour conduire jusqu'à la cure complète un cas aussi périlleux; mais le séjour de l'hôpital lui étant devenu insupportable, force me fut de le renvoyer le 3 novembre, avec la plaie de la tumeur non encore complétement cicatrisée; et elle ne l'était même pas encore hier 7 novembre. Les battements commençaient à revenir à la radiale, et la sensibilité des doigts avait fait encore quelques nouveaux progrès.

Je ne pense pas avoir besoin d'insister beaucoup sur cette observation; dans aucune autre on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection; dans aucune autre on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection; et la manifestation des accidents n'a pas permis d'en pratiquer une seconde. Ici, comme dans le cas de M. Velpeau, comme dans le cas de M. Soulé, comme dans le cas de M. Alquié, la ligature a pourvu au salut du malade; et, à voir la sécurité et la promptitude de son action thérapeutique, il n'est vraiment pas permis de la mettre en balance avec l'injection de perchlorure de fer.

Telle est donc, pour une première période d'essais, la statistique des résultats donnés par ces injections: onze opérations, quatre morts, cinq revers graves, deux guérisons. Encore ces guérisons ont-elles été obtenues au prix de tels accidents, et avec des doses tellement exagérées, qu'au lieu d'en faire honneur aux opérateurs, M. Lallemand n'a pas hésité à blâmer leur imprudence. Aujourd'hui même la peur s'est emparée de ceux qui avaient montré le plus de confiance; Pravaz n'est plus; mais M. Burin-Dubuisson, sur la foi duquel il se reposait, a confessé lui-même le danger de sa première préparation, qu'il explique par un excès d'acide chlorhydrique qu'elle pouvait conserver. Il veut aujourd'hui que l'on se serve de perchlorure de fer neutre; et, comme la solution à 45° est *presque impossible à conserver* (je me sers de ses expressions) *sans lui laisser un excès d'acide*, il a adopté la solution à 30°, à la dose de cinq gouttes pour chaque centilitre de sang; et il nous promet que cette nouvelle préparation sera *suffisamment énergique*, et, ce qui est plus important encore, *d'une innocuité absolue* (1).

Voilà donc une nouvelle période qui commence, une nouvelle carrière qui s'ouvre aux expérimentateurs, s'ils consentent à s'y engager sur la parole de M. Burin-Dubuisson. La conviction et la persévérance de cet honorable pharmacien ont leur mérite sans doute; mais il faut bien confesser qu'elles s'appuient sur des fondements assez faibles. Pravaz du moins avait fait des expériences sur des animaux; M. Dubuisson a fait ses nouvelles expériences sur du sang recueilli dans des verres. Les premiers faits cliniques, à tout prendre, étaient encore en faveur de Pravaz; M. Dubuisson en a également un pour lui, et il est important de le mettre au grand jour.

« Dans une tumeur anévrismale volumineuse du tronc brachio-céphalique, dit-il, M. le docteur Barrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pu injecter, à trois reprises, à quinze jours d'intervalle, environ soixante-quinze gouttes de perchlorure de fer, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble fonctionnel dans l'économie générale du malade. »

Malgré la concision de cette note, comme elle a été insérée sans dénégation dans un journal publié par M. le docteur Barrier lui-même, à la date du 31 octobre, qui ne serait disposé à y ajouter foi? Or, c'est là un nouvel exemple du danger de ces petites annonces écoutées, et qui, par leur inexactitude, risquent d'induire en erreur les chirurgiens.

Nous trouvons dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 octobre, la rectification indispensable de cette observation.

» J'ai vu le malade, dit M. Debout, lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois d'août, et *une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur. Du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées dans la tumeur; un moment même M. Barrier a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante.* Heureusement pour le malade, les accidents sont restés

(1) *Gazette médicale* de Lyon, 31 octobre 1853.

bornés aux tissus qui environnaient le sac et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté depuis l'hôpital; sa tumeur avait un peu augmenté de volume; les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où cet homme entra dans le service. »

Il y a une autre série d'essais qui, sans avoir trait aux anévrismes, ont été mis en avant pour faire ressortir l'innocuité de la solution à 30°; on l'a injectée dans des veines variqueuses; et comme une Société savante des plus recommandables a paru encourager ces essais en proposant un prix sur la question, l'Académie me permettra une très-courte digression à ce sujet; il est bon que ceux qui voudront expérimenter de ce côté sachent aussi à quels périls ils doivent s'attendre.

Le *Bulletin de thérapeutique* a publié une Note de M. Desgranges, de Lyon, grand partisan de cette opération. Sur six essais, M. Desgranges en compte cinq sans accidents notables; le sixième opéré a éprouvé une inflammation de tout le tiers supérieur de la jambe, avec des accidents généraux tels, qu'il a succombé le onzième jour. Cela n'empêche pas M. Desgranges de regarder l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente.

M. Debout citait en même temps trois essais du même genre, tentés à Paris par M. Follin, avec *des suites si simples qu'au bout de huit jours les malades avaient voulu retourner chez eux.* J'ai voulu me renseigner à cet égard, et M. Follin a bien voulu nous adresser une note d'où il résulte ce qui suit : dans l'un de ces cas, la seringue, détériorée, ne joua pas convenablement; il fut douteux si une seule goutte de la solution avait pénétré dans la veine; il n'y eut d'ailleurs aucune trace de coagulation; ce premier fait doit être éliminé. Un autre malade a eu des symptômes de phlébite qui ont fait craindre un moment la suppuration; heureusement, les accidents ont pu être arrêtés. Le troisième a eu un vaste abcès de la jambe, qui toutefois ne l'a pas empêché de guérir.

Au total, l'injection de perchlorure de fer dans les varices paraît moins périlleuse que dans les anévrismes, toutefois, le temps seul pourra nous apprendre ce que valent les guérisons ainsi obtenues. Mais pour les anévrismes, bien que la possibilité de la guérison par ses injections soit mise hors de doute, les guérisons ont été si rares, achetées par de tels accidents, contre-balancées d'ailleurs par un si grand nombre de revers graves et même de morts, que, dans l'état actuel des choses, nous ne pensons pas qu'aucun chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.

Discussion sur la précédente lecture.

M. Moreau. — Je ne saurais trop m'élever contre les expérimentations faites sur l'homme, et je m'étonne que lorsqu'on veut en faire de semblables à celles dont nous venons d'entendre la relation, on ne les fasse pas d'abord et pour ainsi dire indéfiniment sur les animaux. Je ne saurais donc trop approuver M. Malgaigne, quoiqu'il n'ait pas proscrit assez formellement la nouvelle méthode.

M. Roux. — Je serai moins absolu que M. Moreau. Cependant, j'applaudis à la bonne pensée de M. Malgaigne. Quand on songe aux beaux résultats que donne la méthode de Hunter, je ne comprends pas qu'on se décide à tenter une méthode à laquelle le raisonnement est si peu favorable que celle des injections coagulantes.

L'orateur entre ici dans des développements qu'il nous est impossible de bien saisir.

Incident.

M. le président et M. le secrétaire perpétuel annoncent ensemble que la clôture du prix Nadau aura lieu le 31 décembre, à minuit, et que, d'ici-là, les candidats qui ont déposé des mémoires pourront les faire reprendre, s'ils le jugent à propos.

Reprise de la discussion.

M. Velpeau — Un mot d'abord à M. Moreau qui a jeté un blâme assez peu déguisé sur les chirurgiens qui ont entrepris ce qu'il a appelé des *expérimentations*. Ce mot est malheureux, car il n'y a pas, à proprement parler, d'expérimentations en chirurgie : on essaie un moyen qu'on croit meilleur qu'un autre, mais on n'expérimente pas. Pour être autorisé à faire ces essais, il suffit que le moyen nouveau se présente avec quelques garanties rationnelles et expérimentales, et qu'il ne paraisse pas, d'après les données qu'on possède, plus dangereux que ceux dont la pratique est en possession. Or, le perchlorure me paraissait réunir ces conditions : il avait été expérimenté sur les animaux avec un certain succès; *à priori* il n'y avait pas d'impossibilité à ce qu'il réussît, et enfin il était destiné à remplacer une méthode, précieuse sans doute, mais qui n'est pas exempte de graves dangers et qui ne saurait être appliquée à tous les cas, il s'en faut bien; cette méthode est celle (j'en demande bien pardon à M. Roux, mais je ne suis pas d'avis de rapporter à des étrangers l'honneur de découvertes qui appartiennent à des compatriotes, quand leurs droits sont bien établis), cette méthode est celle d'Anel, et non point de Hunter pour lequel je professe d'ailleurs la haute estime qu'il mérite.

Ainsi, il est fort naturel maintenant encore de chercher une autre méthode pour la cure des anévrismes, et la coagulation a déjà été l'objet de plusieurs tentatives (électricité, électro-puncture, etc.) qui n'ont jamais excité le moindre blâme.

Quant au fond de la question, je partage l'avis de M. Malgaigne; le caillot que j'ai extrait de la tumeur dans la seule injection que j'aie pratiquée m'a paru, par sa dureté ligneuse, incapable d'être absorbée, et devoir constituer dans le sac un corps corps étranger qui offre tous les dangers que l'on reconnaît à ces corps.

M. Moreau dit qu'il n'a pas voulu prononcer une proscription générale, mais seulement celle des injections de perchlorure.

M. Roux pense aussi que l'absorption du caillot est au moins très-difficile. Il repousse néanmoins les principes de M. Moreau en matière d'expérimentation, même dans le cas présent. Il soutient que la méthode de ligature dont il a parlé appartient à Hunter.

M. Laugier. — J'aurais désiré que la discussion que vient de soulever M. Malgaigne n'eût eu lieu qu'un peu plus tard et lorsque les faits seront plus nombreux; mais puisque la question est à l'ordre du jour, j'aurais désiré que M. Malgaigne étudiât l'application des injections coagulantes aux tumeurs érectiles, dans lesquelles ces injections ne paraissent pas moins dangereuses que dans les anévrismes. Dans un cas où j'étais disposé à tenter ces injections, j'en fus détourné par ce que je lus des tentatives de Lawrence dans l'excellent mémoire de M. Deville, quoique je ne sois pas certain que tout le monde doive être aussi malheureux que M. Lawrence. Dans tous les cas, je n'ai qu'à m'applaudir de mon abstention, puisque le malade dont il s'agit est aujourd'hui guéri.

M. Gerdy. — Depuis quelques années, nous sommes dans une voie séditieuse. On a beau dire que l'on agit dans de bonnes intentions, ce sont toujours des expérimentations que l'on fait quand on entreprend des opérations dont on ne peut apprécier au moins approximativement les résultats. Il y a des principes qui doivent guider dans les essais d'opérations nouvelles : c'est de se dire : Ferais-je cette opération sur ma femme, sur mes enfants? c'est de répéter, comme on le faisait jadis : Telle opération peut avoir quelque chose de bon, cependant, je ne voudrais pas être le premier à la faire; j'aime mieux que ce soit un autre. Aujourd'hui, on fait tout le contraire; on se hâte afin d'être le premier; on se hâte, afin que s'il y a quelque chose à gagner, on soit le premier à en jouir. Je ne dis point cela pour la tentative actuelle, qui me paraît, au contraire, parfaitement justifiée; mais pourrait-on en dire autant de ces fractures d'ankyloses, etc.? Je voudrais donc que la chirurgie abandonnât cette tendance malheureuse et devînt plus prudente.

M. Malgaigne s'associe aux principes de M. Gerdy. Il pense, en outre, que les tentatives d'injections étaient justifiées, mais qu'il y en a maintenant assez pour arrêter les chirurgiens dans cette voie, et il pense que la discussion qu'il vient de soulever suffira.

M. Velpeau. — La question soulevée par M. Malgaigne a plutôt été effleurée que traitée. Je crois que si l'on veut rendre un jugement motivé, il faut l'examiner plus à fond, et renvoyer la discussion à la prochaine séance. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

— L'Académie impériale de médecine tiendra une séance extraordinaire samedi prochain 12 septembre.

BIBLIOGRAPHIE.

Des maladies transmissibles des animaux à l'homme. Examen de toutes les questions y relatives sur lesquelles il est nécessaire d'avoir des idées justes. Exposé précis des symptômes, du traitement, etc., de ces affections morbides dans l'espèce humaine; suivi d'un Traité de la contagion morbide en général, par le docteur J.-B. Veyssière, médecin en chef honoraire de l'hôpital civil de Stenay. — Brochure in-8 de 130 pages. — Au bureau du journal et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine. — Prix : 2 fr.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 136. 1re année. Samedi 10 Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Résumé de la discussion sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie, par M. Alph. Robert. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL SAINT-ANTOINE. M. CHASSAIGNAC. Kystes interstitiels de l'os maxillaire inférieur. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE : HÔTITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES. M. A. HUTTERHOEVEN. Fracture du fémur et de la rotule du côté gauche. Fracture double de la mâchoire. Commotion cérébrale. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE : Syphilis. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie,

Lu à la Société de chirurgie, le 9 novembre, par M. Alph. ROBERT, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.*

L'importante discussion sur le chloroforme, lentement poursuivie à travers plusieurs interruptions, s'est enrichie, mardi dernier, d'un document d'une grande importance : le résumé de cette discussion par M. Robert. Nos lecteurs liront avec un vif intérêt ce travail important où se trouvent abordées toutes les questions pratiques soulevées à propos de l'emploi des anesthésiques, et le plus souvent résolues avec une justesse d'appréciation des plus remarquables.

Messieurs,

La commission que vous aviez chargée d'examiner l'observation de M. Valette avait cru devoir resserrer son travail dans d'étroites limites. Instituée à l'occasion d'un fait particulier, elle s'était bornée à rechercher les cas analogues à ce dernier, à les analyser, à les comparer, puis à mettre en relief les dangers du chloroforme, auxquels plusieurs hommes éminents semblaient encore ne pas croire. Une étude plus approfondie l'eût entraînée trop loin; et d'ailleurs de graves motifs l'engageaient à ne pas différer plus longtemps la présentation de son rapport. Un jugement venait d'être rendu, qui engageait gravement la responsabilité médicale et menaçait peut-être, s'il eut été sanctionné, l'avenir de l'éthérisation, malgré ce qu'elle a d'utile et de consolant pour l'humanité. Il importait de recueillir au plus vite les éléments capables de faire envisager la question sous son véritable jour; et nous sommes heureux de penser aujourd'hui que notre œuvre ait pu exercer quelque influence sur l'esprit des magistrats appelés à réviser ce premier jugement.

La discussion soulevée par ce travail, au sein de la Société de chirurgie, a été longue, sérieuse, telle enfin que le comportait la gravité d'une question éminemment pratique, et qui intéresse chaque jour la vie des malades confiés à nos soins.

Des faits nouveaux y ont été produits, des préceptes utiles y ont été posés. Aussi, votre rapporteur, à qui est aujourd'hui dévolu le soin de résumer cette discussion, se trouve-t-il obligé d'agrandir le cercle qu'il s'était primitivement tracé, et d'aborder la solution des problèmes divers qui touchent à l'emploi des anesthésiques. Livré à ses propres forces, il n'eût point, sans doute, osé aborder une semblable entreprise; mais en s'appuyant sur l'autorité de ses collègues, en s'inspirant des résultats de leur expérience, peut-être pourra-t-il remplir sa tâche avec quelque bonheur.

Il n'est que trop avéré aujourd'hui que le chloroforme, quoique pur et administré par des mains habiles, peut déterminer la mort d'une manière inattendue, soudaine et comme foudroyante, en suspendant l'action du cœur. Les faits rapportés par votre commission, joints à ceux en assez grand nombre que possède la science, nous paraissent démontrer sans réplique cette première vérité.

Quelques-uns de nos collègues, et notamment M. Giraldès, considérant le nombre presque infini des cas d'éthérisation, comparé au petit nombre d'accidents, fâcheux, ont craint que nous n'eussions exagéré la fréquence de ces derniers; Pour en démontrer l'extrême rareté, M. Giraldès a fait divers calculs que nous ne reproduirons pas.

Certes, messieurs, votre rapporteur est heureux de s'associer aux consolantes paroles de notre savant collègue, mais il doit repousser toute tentative dont le but serait d'établir une proportion numérique quelconque des cas malheureux. D'une part, en effet, on peut affirmer que ces derniers sont loin d'avoir tous été publiés, et, de l'autre, il est impossible de connaître, même approximativement, le nombre total des cas où le chloroforme a été mis en usage. Tout ce que l'on peut dire à cet égard, et tout ce qu'a voulu prouver votre rapporteur, c'est que la mort est possible quand on administre le chloroforme. C'est là le point capital de la question; car il signale le danger, et impose ainsi à tout praticien l'obligation de se tenir sur ses gardes.

Après ces courtes remarques, je vais suivre la Société de chirurgie sur le terrain où elle a placé la discussion. J'établirai la part qu'il faut attribuer à l'asphyxie, à la syncope et à la sidération, dans les effets fâcheux du chloroforme.

1° *Asphyxie.* — M. Maisonneuve a insisté sur la possibilité de l'asphyxie, et il a examiné les conditions dans lesquelles elle peut se manifester aux diverses phases de l'éthérisation. Suivant lui, on peut l'observer au début chez les malades qui, pleins de confiance et d'énergie, aspirent trop largement et trop vite les vapeurs anesthésiques. Dans cette variété d'asphyxie, dont il a vu, dit-il, deux exemples, la sidération est instantanée. Les lèvres deviennent bleues, les membres flasques, etc. Le malade mourrait probablement, si des soins prompts et bien entendus ne lui étaient administrés.

En émettant cette proposition, notre collègue nous paraît avoir confondu les phénomènes de l'asphyxie proprement dite avec ceux de l'empoisonnement par le chloroforme aspiré en trop grande quantité.

Nous reconnaissons, il est vrai, que, d'après les expériences de Gay-Lussac sur le mélange des gaz permanents et des vapeurs, la raréfaction de l'air, dans un espace donné, doit se faire en proportion du volume des vapeurs de chloroforme mélangées avec lui. Mais, nous n'admettons pas que cette diminution dans la proportion d'air atmosphérique respiré par le malade, puisse aller jusqu'à produire l'asphyxie.

Nous ferons observer qu'en pareille circonstance l'organisme supplée, par l'accélération des mouvements respiratoires, à la diminution des proportions d'oxygène qui arrivent aux poumons; de même que, dans les ascensions aérostatiques, nous voyons la respiration se précipiter à mesure que s'abaisse la colonne barométrique. Et d'ailleurs, l'asphyxie ne se présente pas avec les symptômes fou-

droyants qui ont signalé les cas malheureux. C'est donc à un empoisonnement que succombent les malades et non à une asphyxie.

M. Maisonneuve ne nous paraît pas avoir été davantage dans le vrai, lorsqu'il cherche à expliquer l'asphyxie pendant la période d'excitation. « Chez un « grand nombre de sujets, dit-il, il arrive que les muscles, et principalement « ceux du larynx et de la poitrine, entrent dans une violente contraction spas« modique. La respiration est suspendue quelquefois pendant plus d'une minute; « la face se congestionne. Par lui-même, cet état n'a rien de grave et cesse spon« tanément au bout de quelques instants. Mais si, dans le moment où le malade « sortant de cet état spasmodique vient à faire une inspiration profonde, le chirur« gien n'a pas la précaution de tenir éloigné le chloroforme, ce gaz, inspiré avec « force, pénètre presque pur dans l'intérieur des bronches qu'il remplit, et l'as« phyxie en est le résultat. »

Ici, évidemment, notre collègue est dans l'erreur. Il y a réellement menace et danger d'asphyxie, lorsque le malade est en proie au spasme des muscles respiratoires, et par le fait même de ce spasme; mais, si la vie est menacée plus tard, c'est d'une tout autre manière et seulement alors par les propriétés toxiques de la vapeur mélangée à l'air.

M. Demarquay a signalé une cause d'asphyxie déjà notée par M. le professeur Bouisson, cause plus réelle et plus importante que celle dont nous venons de parler. Chez certains sujets, le chloroforme détermine une tendance très-marquée à la salivation et aux sécrétions muqueuses. Or, il arrive un moment où la membrane muqueuse bronchique et trachéale se trouvant anesthésiée, le besoin d'expectorer et de cracher ne se fait plus sentir, la respiration devient stertoreuse; si l'on ne suspendait l'inhalation, ou si même l'on ne favorisait l'entrée d'un air pur dans la poitrine, il pourrait y avoir danger d'asphyxie. Il n'est aucun praticien qui n'ait fait cette remarque; mais je ne sache pas qu'on ait observé la mort à la suite de cet accident dont il me paraît toujours possible de prévenir les effets.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur les dangers de l'asphyxie surajoutée à l'action du chloroforme ou combinée avec elle. Ces dangers ne peuvent réellement se présenter que lorsqu'on emploie des procédés d'inhalation défectueux, ou que l'on ne surexcite pas l'état de la respiration.

Je pense donc, avec M. Denonvilliers, qu'on ne peut redouter de ce côté aucun danger sérieux.

2° *Syncope*. — Les accidents qui se rattachent à la syncope sont beaucoup plus communs et ont un caractère plus fâcheux. *A priori*, il est déjà facile de le concevoir, quand on considère que le chloroforme affaiblit la force de contraction du cœur, comme le prouvent les expériences sur les animaux et l'observation journalière chez l'homme. A cette cause il faut joindre toutes celles qui peuvent produire la syncope dans le cours des opérations chirurgicales; ces causes sont les impressions morales vives et surtout la terreur qui s'empare des malades à la pensée d'une opération, la chlorose, la faiblesse congéniale ou acquise, la position verticale et surtout la perte de sang qui accompagne nécessairement certains actes chirurgicaux. Le concours de ces deux ordres de causes doit donner aux syncopes un cachet de gravité tout particulier; aussi leur invasion est-elle brusque, et leurs progrès si instantanés qu'en peu d'instants le pouls est souvent à peine perceptible et la vie presque éteinte. Une circonstance particulière vient encore aggraver le danger : dans la syncope ordinaire, les téguments conservent leur impressionnabilité; on peut avec avantage les stimuler par l'ammoniaque, l'eau froide, le chatouillement, la douleur. Dans la syncope chloroformique, au contraire, ainsi que l'a rappelé M. Maisonneuve, l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité de la peau et des muqueuses rend tous ces moyens illusoires.

Une remarque intéressante à faire, relativement à la propriété hyposthénisante du chloroforme, c'est quelle ne cesse pas immédiatement, et que même elle augmente quelquefois, après que l'on a discontinué les inhalations. Le sang circule pendant quelque temps encore dans l'organisme, imprégné des vapeurs anesthésiques, et portant sur tous les tissus, et notamment sur le cerveau et le cœur, son action stupéfiante : ce fait, signalé d'abord par M. Sédillot, a été confirmé par l'observation de tous les praticiens.

Grâce à la volatilité du chloroforme, l'influence qu'il exerce sur l'économie ne saurait être de longue durée. Cependant la syncope peut survenir plus ou moins longtemps après que l'inhalation a cessé, et alors que le malade, ayant recouvré la sensibilité et l'intelligence, semble être soustrait à l'influence délétère de l'agent anesthésique. Ce fait, que je crois avoir noté le premier, a été rappelé dans le cours de la discussion par M. Forget. Qu'on me permette de reproduire ici l'observation que je communiquai en 1849 à l'Académie de médecine.

Un homme de 49 ans, d'une force herculéenne et adonné aux excès de l'ivrognerie, portait depuis dix-huit ans, à l'aine droite, une hernie qu'il avait toujours contenue. Le 27 août 1849, il était tombé de cheval; son bandage s'était cassé dans la chute; en même temps, la hernie était sortie très-volumineuse et n'avait pu rentrer. Lorsque je le vis à l'hôpital Beaujon, le 30 août au soir, il vomissait abondamment des matières roussâtres et manifestement stercorales; du reste, la tumeur de l'aine, d'un assez grand volume, était peu douloureuse. Le ventre était indolent. J'espérai donc pouvoir réduire cette tumeur, bien que plusieurs tentatives faites précédemment eussent été infructueuses. Du reste, j'étais décidé, en cas d'insuccès, à pratiquer immédiatement l'opération. Pour faciliter le taxis, j'eus recours au chloroforme; et, à cet effet, je plaçai une petite éponge dans une compresse roulée en cornet. Je dirigeai l'éthérisation moi-même, et j'eus la précaution de laisser toujours au malade un espace libre, entre l'appareil et le visage pour ne pas gêner l'entrée de l'air.

Pendant dix minutes environ, le malade n'éprouva rien de notable; mais bientôt ses yeux s'injectèrent; il devint loquace, délirant comme un homme ivre; sa respiration se précipita, sa peau se couvrit d'une sueur abondante. Enfin, son agitation devint telle, que trois infirmiers durent le contenir. Néanmoins, la sensibilité n'était pas abolie. Je me trouvai en ce moment dans un état de perplexité facile à concevoir. D'une part, l'agitation du malade ne me permettait pas de pratiquer le taxis, encore moins la herniotomie, et je me voyais contraint, ou de l'abandonner au lendemain, ce qui me paraissait dangereux vu l'état avancé de l'étranglement, ou de continuer l'éthérisation, pour obtenir l'insensibilité et l'immobilité complète. D'une autre part, continuer l'éthérisation me paraissait chose grave; mais comme à cette époque on ne savait pas encore qu'il pût y avoir péril imminent à la prolonger, je me décidai en faveur de ce dernier parti. Ce fut seulement au bout d'une demi-heure que l'agitation se calma, que les muscles se relâchèrent, et que je pus enfin procéder au taxis. Celui-ci fut continué pendant près d'un quart d'heure sans succès, et je dus enfin pratiquer la kélotomie. Pendant la durée de celle-ci, qui fut au moins de vingt minutes, le malade s'agita plusieurs fois; mais il fut immédiatement replongé dans l'état anesthésique par des inhalations de courte durée. Après l'opération, il se réveilla. Son pouls était petit et fréquent, il était abattu et conservait encore un peu de délire, ce qui m'engagea, par mesure de précaution, à le faire vêtir de la camisole. Au bout d'une heure, sa raison était entièrement revenue : il pria l'infirmier de service de lui ôter ce vêtement, qu'il trouvait incommode; il but à plusieurs reprises; il était calme et ne se plaignait de nulle part. Vers une heure du matin, il demanda encore à boire; mais une demi-heure après, l'infirmier s'étant approché de son lit, le trouva mort. Il avait expiré sans bruit, sans agitation, sans même que ses voisins eussent pu s'en apercevoir, environ quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, pratiquée trente heures après la mort, je trouvai le cou et la face violacés et comme ecchymosés, le cerveau et les méninges fortement injectés, les poumons souples et crépitants, mais partout gorgés de sang noir. Les cavités du cœur également remplies de sang noir, sans mélange de fluides aériformes.

A l'époque où j'eus l'occasion d'observer ce fait, M. Giraldès m'en communiqua deux en tout semblables.

Un homme de 40 ans fut admis à l'hôpital des Cliniques, au mois de juin 1848, pour y être traité d'une lésion traumatique nécessitant l'amputation du bras. Avant d'y procéder, M. Giraldès eut recours au chloroforme. L'éthérisation fut longue, difficile, accompagnée d'une agitation extrême, d'efforts violents. Cependant, on obtint l'insensibilité. Après l'opération, le malade, revenu à lui-même, se trouva affaissé pendant toute la journée. La nuit suivante, à trois heures du matin, il expira subitement, sans agonie. A l'autopsie, M. Giraldès ne trouva rien d'altéré dans le cerveau, ni dans la moëlle épinière; mais les poumons étaient emphysémateux, et les cavités droites du cœur et les grosses veines remplies de sang mêlé d'air.

Dans l'observation suivante, les accidents ont été produits par l'éther. Un malade de 30 ans fut admis en 1847 à l'hôpital de la Pitié pour y être traité d'un rétrécissement de l'urètre. M. Giraldès le soumit à une première éthérisation qui fut courte, naturelle, et eut lieu sans le moindre inconvénient.

Deux jours après, une nouvelle éthérisation eut lieu. Celle-ci fut longue, difficile; le malade s'agita beaucoup et eut comme des mouvements tétaniques. Cependant, l'insensibilité fut obtenue, et le cathétérisme pratiqué sans douleur. Le malade, étant revenu à lui-même au bout de quelque temps, n'éprouvait aucun malaise; il prit un bain où il resta trois quarts d'heure, puis il rentra à pied dans la salle et mangea de la soupe. Vers midi, c'est-à-dire quatre heures après l'opération, il alla aux lieux d'aisance, et là il tomba mort subitement. Tous les secours qui lui furent immédiatement prodigués restèrent inutiles.

A l'autopsie cadavérique, M. Giraldès trouva le cerveau et la moëlle épinière intacts; mais les poumons étaient emphysémateux dans toute leur étendue, et même jusque dans le tissu cellulaire interlobulaire; les cavités droites du cœur, ainsi que les artères pulmonaires, les veines caves, et toutes les veines qui s'y rendent directement, étaient distendues par du sang spumeux.

Dans un tableau statistique des cas de mort par le chloroforme, publié récemment dans le journal de médecine de New-York (mai 1853, page 404), j'ai trouvé l'histoire d'un jeune homme à qui on pratiqua l'amputation du bras. Le malade présenta d'abord une diminution graduelle du pouls et de la respiration, un état de mort apparente. Cependant il revint à lui et causa; mais, plus tard, le pouls disparut subitement, et la mort eut lieu trois heures après l'opération. L'autopsie ne fut point faite.

Dans les quatre observations qui précèdent, il est difficile d'expliquer la mort, alors que l'action du chloroforme paraissait épuisée. Je ferai seulement remarquer que chez les deux malades de M. Giraldès et le mien, l'éthérisation a été longue, laborieuse et accompagnée surtout d'une violente agitation.

Chez deux de ces malades, on a trouvé de l'emphysème pulmonaire et de l'air mêlé au sang, dans les cavitésd roites du cœur et dans les grosses veines. Il semblerait d'abord qu'on pût attribuer ces altérations aux violents efforts exécutés par les malades, et, d'après les intéressantes recherches de M. Piédagnel, telle serait la cause de la mort subite; mais j'aurai bientôt l'occasion de revenir sur ces

lésions, plusieurs fois constatées sur le cadavre des individus qui ont succombé à l'action du chloroforme, et je démontrerai, j'espère, que cette opinion ne saurait être adoptée.

3° *Sidération.* — La syncope, déterminée sous l'influence du chloroforme, survient souvent avec des caractères de soudaineté et de gravité qui peuvent la faire comparer à une sidération véritable. Cependant elle offre quelquefois une forme particulière à laquelle je donnerai encore plus volontiers ce nom, tant est rapide le trouble général de l'organisme, tant est prompte la cessation des fonctions qui président directement à l'entretien de la vie : cette forme est celle que j'ai voulu plus spécialement signaler dans mon rapport.

Un individu jeune, bien constitué, dans un état de parfaite santé, est soumis à l'inhalation du chloroforme; il n'éprouve d'abord rien d'extraordinaire : la réaction est modérée, la respiration libre, la circulation naturelle. Tout à coup, sans signes précurseurs, le pouls cesse de battre, la respiration ne tarde pas à s'arrêter, le visage pâlit, les pupilles se dilatent, l'individu s'affaisse sur lui-même : il est mort. Certes, il y a là quelque chose de caractéristique et qu'on ne retrouve pas dans les lypothymies et les syncopes anesthésiques ordinaires. Dans celles-ci, la mort n'est point aussi instantanée. A la pâleur du visage, à l'affaissement général, à la petitesse du pouls, etc., l'organisme semble être averti du danger qui le menace. Dans la sidération, au contraire, il est tout d'un coup mortellement frappé par la paralysie du cœur.

Pour compléter ma pensée et présenter un tableau plus saisissant de cette variété de syncope anesthésique, je ne puis mieux faire que de rapporter une observation inédite que je dois à l'obligeance de M. le docteur Valette, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans la lettre qu'il m'écrit à ce sujet, mon honorable et habile confrère croit devoir me rappeler, dit-il, *ses états de service*. Puis il me fait connaître la disposition d'esprit où il se trouvait vis-à-vis du chloroforme à l'époque où l'accident lui est arrivé. Il avait été témoin, peu auparavant, d'un événement semblable dans le service de M. Barrier, son collègue, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Aussi ne se décida-t-il à anesthésier son malade que sur les vives instances de celui-ci et en s'imposant la plus scrupuleuse prudence.

Il s'agissait de pratiquer la staphyloraphie sur un enfant de 13 ans affecté d'une division congéniale du voile du palais : craignant les efforts de vomissement, assez communs à la suite des inhalations d'éther, et dès lors le tiraillement des points de suture, M. Valette résolut d'employer le chloroforme, dont l'usage était presque banni de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis le fait malheureux de M. Barrier.

« Le malade, dit M. Valette, fut mis sur une chaise; je m'assis en face de lui; un aide, placé derrière lui, mit quelques gouttes de chloroforme sur une compresse qu'il plaça sous le nez à une distance de 1 à 2 centimètres : cette précaution fut rigoureusement observée. Deux aides étaient placés de chaque côté du malade, de façon à pouvoir le maintenir, tout en tenant sous le doigt les artères radiales. Dès la première inspiration, le petit malade se débattit violemment; mais il s'était débattu pour venir à la salle d'opération, tant il était effrayé. Aussi ne tint-on nul compte de ses cris. Aussitôt qu'il le put, et il n'attendit pas pour cela l'insensibilité, M. Valette fit maintenir la bouche ouverte au moyen d'un abaisseur de la mâchoire qui n'appuyait que sur les molaires du fond de la bouche et d'un seul côté, de manière à ne pas gêner ses mouvements. Le malade criait toujours, mais il ne faisait plus que des mouvements assez faibles; le chloroforme commençait à agir. Combien de temps sépara le début de l'inhalation et celui de l'opération, c'est ce que le chirurgien de Lyon ne peut préciser; mais il s'écoula au maximum 3 ou 4 minutes. Un premier fil fut passé avec rapidité. Tout marchait bien jusqu'alors. La respiration s'exécutait facilement; le pouls ne présentait rien de particulier. M. Valette tourne la tête pour prendre la seconde aiguille; mais, au même instant, un aide s'écrie : « Le pouls ne bat plus. » L'opérateur se retourne vivement. Le chloroforme avait été retiré. La face du petit malade avait une expression singulière. On le place immédiatement sur un lit; le fil est enlevé. Tous les moyens employés en pareil cas sont mis à contribution pour le ranimer : tentatives d'insufflation, frictions sur tout le corps, cautérisations sur la région précordiale avec des charbons ardents. Pendant près d'une demi-heure, on fit tout ce qu'on put imaginer pour sauver le malade, à l'exception de la suspension par les pieds, à laquelle M. Valette ne songea pas. A deux ou trois reprises, une inspiration rauque fit espérer, mais en vain, que la vie allait revenir. Le flacon du chloroforme fut immédiatement analysé par un habile chimiste, M. Ferrand. Il y manquait au plus 5 grammes du liquide, qui fut essayé par toute espèce de réactifs, et dont la pureté fut incontestablement constatée.

L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin, en présence de plusieurs médecins, et notamment de M. Barrier. Le voile du palais ne présentait rien de particulier. L'arrière-gorge n'était pas le moins du monde tachée de sang. Les résultats de cette autopsie furent complétement négatifs. Tous les organes furent examinés avec le plus grand soin, par M. Valette et tous les assistants; personne ne trouva rien à signaler. Le cœur était flasque, vide de sang; les gros vaisseaux ne contenaient aucune bulle de gaz, aucune écume.

Lorsqu'on compare entre elles quelques-unes des observations de syncopes graves ou de morts survenues par l'emploi du chloroforme, on est frappé d'une particularité sur laquelle je crois devoir appeler toute l'attention de la Société de chirurgie : c'est que ces accidents sont survenus au moment où commençait l'acte chirurgical, alors que les phénomènes de l'éthérisation s'étaient jusque-là succédés d'une manière régulière. Ainsi, dans l'observation de M. Vallet, d'Orléans, c'est au moment où est pratiquée l'incision de la joue, que le malade pâlit et succombe. C'est encore au moment où M. Valette, de Lyon, vient de passer son premier point de suture, que le pouls s'arrête tout à coup pour ne plus reparaître. Enfin, madame Simon meurt tout à coup pendant l'extraction des dents.

M. le docteur Biekersteth, de Liverpool, à récemment publié, dans le *Monthly Journal* (septembre 1853), un travail dans lequel se trouvent les observations suivantes :

1re *Observation.* — Un enfant, amaigri par la maladie, âgé de 9 ans, eut à subir une amputation de la jambe pour une affection du tibia, en octobre 1851. Il fut promptement sous l'influence du chloroforme, et il respirait très-bien, lorsque M. Syme transperça le membre. J'avais, dit l'auteur, la main sur le pouls, et je le surveillais attentivement. Au moment où le couteau pénétra dans les chairs, il cessa subitement de battre et resta insensible pendant la durée de quatre ou cinq pulsations. La physionomie était devenue d'une pâleur mortelle. Lorsque le pouls reparut, il était d'abord très-faible; mais au bout de quelques secondes, il eut repris sa force première. La respiration, pendant ce temps, était douce et calme. On maintint l'anesthésie, et aucun accident fâcheux ne se présenta de nouveau.

2e *Observation.* — Elle a trait à une dame de 18 à 20 ans environ, dont M. Syme amputait la cuisse en novembre dernier. Le docteur Simpson administrait le chloroforme, et après l'opération, il déclara que le pouls avait disparu au moment précis où le couteau traversait la cuisse, et s'était rétabli presque immédiatement, avec un mouvement confus et rapide.

3e *Observation.* — Le 10 décembre 1851, une femme de 40 ans, d'un aspect pâle et amaigri, d'un tempérament nerveux et impressionnable, fut placée sur la table d'opération, et on lui donna du chloroforme. Elle le respirait bien et devint bientôt insensible. On commença l'opération (amputation de cuisse) et aussitôt le pouls s'arrêta, et ne put être senti pendant huit ou dix secondes, au bout desquelles il reparut faible et à peine perceptible. Il reprit rapidement sa force, et, au bout d'une minute, il fut aussi fort qu'avant l'opération. Dans ce cas, la respiration ne s'affaiblit pas un instant, et n'eût été un léger accroissement de pâleur du visage, aucun changement appréciable n'aurait pu être observé.

Dans le *Médical Times* (22 novembre 1851), se trouve l'observation suivante de M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy.

Il s'agit d'une opération pratiquée sur la joue et la mâchoire inférieure. Le chloroforme fut d'abord administré au moyen de l'inhalation ordinaire pendant 12 minutes, sans altérer ni le sentiment, ni le mouvement volontaire. On versa alors le chloroforme sur un tampon de charpie placé au fond d'une serviette roulée en cône. Quelques minutes après, M. Stanley commença l'opération par une incision elliptique, embrassant la portion de joue qu'il voulait enlever. A peine cela était-il fait, que l'aide chargé de surveiller le pouls dit qu'on ne le sentait plus, et au même instant, sans effort et sans que la respiration devint stertoreuse, la physionomie du malade changea, et il s'affaissa sur lui même avec toutes les apparences de la mort. A l'aide de quelques soins qui lui furent administrés, il revint à lui.

Le même journal (*Médical Times*, 20 mars 1852) rapporte l'observation d'un homme âgé de 23 ans, soumis à l'inhalation du chloroforme, par M. Lloyd, pour je ne sais quelle opération. Le chirurgien n'eut pas plutôt entamé la peau, que le pouls s'arrêta subitement. Trois fois le malade revint à lui, et trois fois il fut repris de syncope; enfin, après quelques moments, il avait cessé de vivre.

M. Bielkesteth qui rapporte ces observations, vient de publier un intéressant travail dans lequel il cherche à établir que l'action délétère du chloroforme s'exerce sur la respiration et non sur le cœur. Or, comme les faits qui précédent infirmaient sa théorie, il a trouvé commode de s'en débarrasser, en disant que la mort a été causée par le choc de l'opération sur le système nerveux et non par le chloroforme : « Je ne puis, dit-il, m'empêcher de croire que c'est l'opération et non « le chloroforme qu'il faut accuser de la mort. »

Cette logique, il faut en convenir, prouve à quel point des idées préconçues peuvent égarer les esprits les plus éclairés. En lisant ces observations, il n'entrera dans l'esprit de personne de penser que le chloroforme ait été étranger à la syncope et à la mort. Tous les hommes qui ont pratiqué la chirurgie avant que le chloroforme ne fut connu, savent très-bien que les syncopes étaient moins graves et beaucoup plus rares qu'elles ne le sont aujourd'hui. Un cas de mort dans le cours d'une opération était un fait presque inouï.

De tout ceci, il résulte que le chloroforme, bien qu'il supprime la douleur, n'en laisse pas moins persister le retentissement du traumatisme sur l'économie, retentissement qui, joint à l'affaissement anesthésique, peut amener une syncope grave, ou la mort qu'il n'eut pas produite à lui seul.

En résumé, le chloroforme ne peut produire l'asphyxie que lorsqu'il est administré d'une manière défectueuse et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration; mais il exerce, sur l'organe central de la circulation, une action hyposthénisante qui dispose à la syncope, qui donne à celle-ci une gravité remarquable et qui peut

enfin déterminer la mort, par une véritable sidération, en paralysant tout à coup les mouvements du cœur. La démonstration de cette vérité me paraît être d'une importance extrême, lorsqu'on étudie cliniquement l'anesthésie; elle conduit à des indications thérapeutiques dont l'utilité ne saurait être contestée. Je demanderai donc à la Société de chirurgie la permission de consacrer quelques instants à l'examen de certaines opinions que l'on a essayé d'opposer à celle que je défends ici.

Dans les nécropsies des individus qui ont succombé au chloroforme, on a fréquemment trouvé de l'emphysème interlobulaire dans les poumons et de l'air mêlé au sang dans les cavités droites du cœur, et l'on serait disposé à regarder ces lésions comme ayant concouru d'une manière très-active à déterminer la mort. Voyons donc quelle est la valeur de cette théorie.

Onze cas de mort par le chloroforme ont été relatés, tant dans mon rapport que dans le résumé actuel. Voici les résultats que nous fournit le relevé de ces observations :

Dans 5 cas (observations de MM. Vallet d'Orléans, Roeck, Robert et Valette de Lyon), il n'y avait ni emphysème, ni fluides aériformes dans les cavités droites du cœur ou les veines.

Dans 2 cas (observations de M. Giraldès), il y a eu à la fois emphysème et gaz dans le cœur droit et les grosses veines.

Et dans 4 cas (observations de MM. Gorré, Barrier, de Confévron, malade de Strasbourg, — observation de M. Mayer), il n'y a pas eu d'emphysème, quoiqu'on ait constaté la présence de gaz dans les cavités droites du cœur et les veines.

Commençons par dire que l'altération dont il s'agit n'est encore qu'imparfaitement connue, et qu'il manque à son étude une donnée importante, à savoir : l'analyse chimique des fluides aériformes. Ajoutons qu'elle perd beaucoup de son importance et ne saurait être considérée comme capitale dans l'histoire des morts subites par le chloroforme, puisqu'elle a manqué 4 fois sur 11.

Deux fois on a trouvé de l'emphysème et de l'air dans les cavités droites et les grosses veines (*Arch.*, 1848, t. 18, p. 398). D'après les expériences de M. Gosselin, il est démontré que l'emphysème résulte des violents efforts auxquels se sont livrés les malades.

Quant aux bulles d'air que l'on a trouvées dans le cœur droit et les veines-caves, elles ne sauraient être la conséquence de la rupture des vésicules pulmonaires; les lois de la circulation ne permettent pas de le penser. A la rigueur, peut-être pourrait-on en expliquer la présence en admettant que l'air a reflué dans les artères pulmonaires, en vertu de l'élasticité du poumon persistant après la mort.

Mais il reste 5 cas dans lesquels la présence d'un fluide gazeux dans les veines et les cavités droites a été constatée sans emphysème. Il est difficile peut-être d'expliquer ce fait; cependant nous remarquerons que, dans l'observation de M. Gorré, dans celle de M. de Confévron, et chez le malade de Strasbourg, la mort a eu lieu dans l'été. Dans le cas de M. Barrier, l'autopsie a été faite par un temps froid, il est vrai, mais soixante-douze heures après la mort. Dès lors, il nous est difficile de ne pas admettre que la présence des fluides aériformes ne soit pas due à un commencement de décomposition cadavérique. Ainsi se trouvent réduites à une valeur secondaire, et même presque nulle, des altérations dans lesquelles on a voulu chercher une théorie de la mort subite par le chloroforme.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Ces deux pièces ont servi à mes démonstrations, dans le cours public que j'ai fait en 1851.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. Triquet, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite. Voir les nos* 131, 132, 133.)

7e *Observation. — Otite typhoïde.* — Au mois de février 1850, un jeune homme de 23 ans vint mourir à l'Hôtel-Dieu, d'une fièvre typhoïde. Vers le douzième jour de la maladie, bien qu'il n'y eût pas de complication cérébrale, la surdité était devenue complète. Ce phénomène morbide ne s'était point montré tout à coup; mais les bourdonnements d'oreilles très-intenses au début de la maladie, avaient augmenté de jour en jour et d'une manière notable, et le sens de l'ouïe avait fini par disparaître entièrement.

Pendant quelques jours on n'observa pas de traces d'écoulement par les méats; mais vers le quinzième jour, depuis le commencement de la maladie, les deux oreilles laissèrent suinter un liquide purulent, brun, épais, assez abondant.

Du côté droit, le pus semblait mélangé avec du sang et sa quantité était plus considérable.

Le malade succomba à une splénisation du poumon, et je pus me procurer les deux temporaux (1) :

Oreille gauche. 1° La conque cartilagineuse offre encore des traces de l'écoulement, sous forme de croûtes et d'écailles brunes desséchées.

2° La membrane qui tapisse le conduit auditif externe est tuméfiée; elle présente au moins deux fois son épaisseur normale : son tissu est injecté de sang. Si l'on vient à saisir cette membrane avec une pince et que l'on exerce même une faible traction, elle se laisse déchirer avec facilité, sous forme de petits lambeaux déchiquetés.

Nous devons donc noter ici, comme dans la première observation, une infiltration sanguine bien manifeste avec un ramollissement de nature inflammatoire.

3° la conque osseuse du conduit auditif offre des stries rougeâtres, avec des taches violacées, qui ne sont autre chose qu'un premier degré d'ostéite : canalicules osseux enflammés, taches vasculaires, naissance des bourgeons sanguins.

En râclant avec la pointe d'un scalpel ordinaire (1) la surface de ces taches, on est tout étonné de ne rencontrer qu'une pellicule osseuse extrêmement mince, au-dessous de laquelle se rencontre çà et là un petit foyer sanguin.

La couleur de ce liquide n'est pas la même dans tous les points; elle varie de la coloration noire ordinaire du sang veineux à la teinture *lie de vin* ou lilas, mais un peu plus foncée, comme sanieuse en plusieurs endroits et d'un aspect visqueux.

4° Le tympan a perdu sa transparence : il est plus épais (1 millimètre à peu près); sa couleur nacrée d'un blanc bleuâtre, avec des reflets irisés que nous lui connaissons à l'état normal, est remplacée par une rougeur diffuse, violacée, noirâtre.

Après l'avoir décollé de son cercle osseux, si l'on vient à le fixer sur une plaque de liége appropriée à la dissection et qu'on cherche la toile membraneuse primitive et les trois couches régulières en lesquelles on peut la diviser, on trouve que tout est confondu; feuillets externe, interne et moyen, ne forment plus qu'une seule et même couche vasculaire; il n'y a cependant point là création de nouveaux vaisseaux, mais ce sont de véritables sugillations ecchymotiques, ou mieux encore, de petits épanchements de sang sorti de ses canaux.

Quand on laisse ce tympan macérer dans de l'eau distillée (2), on voit, après quelques heures, le sang extravasé sortir de ce tissu délicat et teindre l'eau en rose, avec des tons plus foncés.

Une petite quantité de fibrine reste suspendue au milieu du liquide, sous la forme d'une peluche blanche.

5° La cavité de l'oreille moyenne, ou la caisse du tympan, présente quelques gouttelettes de pus sanieux d'un brun foncé. La muqueuse épaissie, rougeâtre, imbibée de sang, est mollasse, comme spongieuse; or, à l'état normal, cette membrane est ténue, transparente, et tous les anatomistes ont pu suivre, à travers son tissu et à l'œil nu, les filets divergents du plexus tympanique. Ici, toute cette curieuse disposition est masquée par le gonflement de la membrane muqueuse.

6° *Osselets.* La chaîne des osselets est en place; la muqueuse qui la revêt comme une sorte de périoste, présente également la même altération. La base de l'étrier obture la fenêtre ovale. La membrane de la fenêtre ronde offre une perforation centrale, une sorte de fissure, dans laquelle est engagé un petit caillot sanguin.

7° La trompe, rouge, boursouflée, présente une tuméfaction inflammatoire manifeste.

8° Mêmes lésions dans les rampes du limaçon et dans le vestibule.

On ne trouve plus de liquide dans les canaux demi-circulaires. Leurs parois internes sont finement striées de lignes rouges, que le lavage et la macération ne font disparaître que très-imcomplétement. Dans chacun de leur renflement ampullaire, on

(1) Pour bien étudier cette altération, il faut, à l'aide d'une scie très-fine, étroite et courte, pratiquer une coupe verticale de la conque osseuse.

(2) Une de ces petites capsules qu'on emploie pour les dessins à l'aquarelle, convient bien pour cette expérience.

ne voit qu'une sorte d'humidité rougeâtre, dernier vestige des précédentes lésions.

Le limaçon, dont la couleur normale est rougeâtre, offre une exagération de cette teinte. On peut la suivre encore sur les divisions labyrinthiques et cochléaires du nerf auditif.

Oreille droite. 1° Même altération de la membrane du conduit auditif externe.

2° Tympan épaissi à sa circonférence et infiltré de sang.

3° A la partie moyenne, dans le point où s'insère la longue branche du marteau, par conséquent du côté de la face tympanique, un petit caillot sanguin, ramolli et brunâtre, de la grosseur d'une forte tête d'épingle est appliqué sur une perforation de la cloison.

Cette perforation, inégalement ronde et déchirée, a près de 1 millimètre et demi en hauteur et en largeur. Le petit caillot n'adhère que faiblement; on dirait une sorte de soupape mobile, qui se déplace facilement quand on introduit par l'ouverture, sur laquelle le caillot est appliqué, le bec d'un des tubes de la seringue d'Anel.

4° L'intérieur de la caisse offre la même altération que du côté gauche.

Le liquide brun, sanieux, est plus abondant et plus franchement purulent.

5° La membrane ronde est encadrée dans sa fenêtre, mais elle a perdu sa transparence.

L'étrier obture la fenêtre ovale.

6° L'oreille interne nous a paru saine. Les cavités labyrinthiques sans liquide aucun.

8e *Observation.* — Vers le huitième jour d'une fièvre *typhoïde,* à forme inflammatoire, une jeune fille de 16 ans fut prise de bourdonnements dans les oreilles, et plus particulièrement dans celle du côté droit. En peu de jours, la surdité devint complète de ce côté. Dans les moments de calme et d'amélioration, la malade pouvait encore entendre au moyen de l'oreille opposée.

Du douzième au quinzième jour, la maladie, de moyenne gravité, prit un caractère alarmant : il y eut du délire, puis du coma jusqu'au dix-neuvième jour, qui fut celui de la mort de la malade.

Pendant les six derniers jours, l'oreille droite avait été le siége d'un écoulement purulent assez abondant.

Le linge sur lequel reposait, pendant la nuit, le côté droit de la face, était, chaque matin, souillé dans les endroits qui avaient touché l'oreille d'un liquide brunâtre, quelquefois fétide, semblant tenir en suspension quelques grumeaux de sang. Aucune trace d'écoulement du côté gauche.

Voici ce que la dissection nous a démontré (1) :

Oreille droite. 1° Dans le conduit auditif externe : du pus brun, sanieux et fétide.

2° La membrane qui tapisse l'intérieur de ce conduit est plus épaisse, de couleur rougeâtre, violacée, ramollie en plusieurs endroits et décollée.

3° En la pressant médiocrement entre les doigts, on en voit sourdre un liquide dont la couleur et la consistance rappellent celui qui baignait sa surface.

4° Le conduit osseux qui la supporte est injecté de stries fines que le lavage et la macération ne font pas disparaître.

5° On cherche vainement la membrane du tympan à sa place ordinaire; on ne trouve plus qu'une large perforation qui fait communiquer l'intérieur de la caisse avec l'oreille externe. Quelques petits lambeaux déchirés flottent suspendus au cercle osseux tympanique qui les retient encore. Ce sont évidemment les derniers débris de la membrane que nous ne trouvons plus.

6° La chaîne des osselets est rompue et détruite. L'étrier seul existe encore; au milieu de ces lésions profondes, il est resté appliqué sur la fenêtre ovale.

(1) J'ai disséqué cette pièce en présence de M. le docteur Trumet, interne distingué des hôpitaux.

Quant à la fenêtre ronde, sa membrane (*tympanum secundarium*) est aussi détruite et livre passage au pus, qui a envahi la rampe tympanique du limaçon et du vestibule.

Une question intéressante se présente ici : Quelle marche le pus a-t-il suivie pour passer de la fenêtre ronde perforée dans les cavités labyrinthiques? Un mot d'anatomie va nous donner la solution de ce petit problème.

Supposons une coupe de l'oreille moyenne : au-dessous de la fosse ovale, en arrière du promontoire, se trouve la *fenêtre ronde,* qui occupe le fond d'une fossette infundibuliforme, fossette dite de la *fenêtre ronde.*

Ce fond présente une lamelle, partie osseuse, partie membraneuse, qui est le commencement de la cloison spirale du limaçon.

Si l'on vient à détruire cette partie membraneuse, avec une aiguille ou la pointe d'un petit scalpel, la fossette de la fenêtre ronde communique alors librement avec le vestibule (1).

C'est au-dessous de cette lame, c'est-à-dire à la partie inférieure de la fossette de la fenêtre ronde, que l'on voit la *fenêtre ronde proprement dite,* qui conduit dans la rampe tympanique du limaçon.

Maintenant, il est facile de comprendre, par ce curieux mécanisme, comment, la membrane de la fenêtre ronde étant perforée, les liquides contenus dans la caisse (pus, sang, mucus) peuvent s'introduire :

1° Directement dans le vestibule par la fossette de la fenêtre ronde, et de là dans les canaux demi-circulaires ouverts dans le vestibule.

2° Dans la rampe ou cavité tympanique du limaçon : la rampe inférieure. Mais comme elle communique avec la rampe vestibulaire ou cochléenne supérieure, le liquide contenu dans l'une ne peut manquer de refluer dans l'autre (2).

Oreille gauche. 1° Aucune trace de suppuration dans le conduit auditif externe. La matière cérumineuse que l'on trouve à l'état normal, manque complétement ici. La membrane est sèche, un peu plus épaisse; sa couleur habituelle, d'un blanc rosé, est rougeâtre, mais sans apparence bien dessinée de vascularité morbide. La conque est osseuse et tout à fait saine.

2° Le tympan, encadré dans son cercle osseux, a perdu sa transparence; il est épaissi de 1 millimètre à peu près; sa circonférence étant décollée avec soin, on aperçoit la chaîne des osselets complète et à sa place.

3° La membrane muqueuse de la caisse, plus rouge, violacée, a éprouvé un commencement de tuméfaction et de ramollissement; une pince ordinaire, dont les mors sont médiocrement serrés, peut en détacher facilement des lambeaux. En râclant sa surface, on en exprime un liquide brunâtre, de nature purulente, en quantité assez notable.

4° L'étrier ferme la fenêtre ovale; la membrane de la fenêtre ronde existe aussi. Aucune communication n'existait donc avec le labyrinthe.

5° Cependant, les canaux demi-circulaires étaient vides, et leurs parois finement striées de lignes rougeâtres, comme dans la première observation (1er *mémoire*).

6° Limaçon, nerf auditif sans altération.

9e *Observation* (3). — Une petite fille de 9 ans et demi est entrée à l'hôpital des Enfants, à la fin de février 1852 ; elle sort d'un asile où la nourriture était insuffisante : à son entrée, on constate un peu de bronchite avec un dévoiement fétide.

(1) Cette disposition est très-difficile à comprendre sur un temporal humain et pour la première fois. Il est utile d'avoir à sa disposition, comme je le fais dans mes leçons publiques ou particulières, une pièce du squelette artificiel imaginé par M. le docteur Auzoux. Le développement considérable que l'auteur a eu soin de donner à ces organes délicats, surtout la facilité de les enlever et de les remettre en place, sont des avantages qui permettent facilement d'en étudier la structure, les connexions, et d'en saisir le mécanisme si curieux et si compliqué.

(2) Cruveilhier, *Anatomie,* t. 3.

(3) Cette observation m'a été communiquée par M. Billard, alors externe à l'hôpital des Enfants. J'en ai extrait seulement ce qui se rapporte à mon sujet.

Le 12 mars, un liquide purulent se fait jour par l'oreille droite : il est très-abondant et fétide (injection d'eau de guimauve avec chlorure de soude).

Le même jour, paralysie très-prononcée du facial du côté droit ; surdité complète du même côté ; fièvre (120 pulsations).

Quelques jours plus tard, ventre ballonné, refroidissement général, mort.

Examen cadavérique (1). — *Oreille droite.* 1° Suppuration dans le conduit auditif externe.

2° La muqueuse qui revêt ce conduit est pulpeuse, ramollie, détruite par places.

3° La conque osseuse sous-jacente est injectée de stries fines, parallèles (canalicules vasculaires enflammés).

4° Tympan complétement détruit : on n'en trouve pas de traces.

5° Le marteau ne se retrouve plus, ainsi que l'os lenticulaire. L'étrier est intact et obture la fenêtre ovale, sur laquelle je le conserve appliqué.

6° La membrane de la fenêtre ronde est détruite.

7° L'enclume que je vous envoie est frappé d'ostéite et offre des points nécrosés, son périoste détruit. La surface de cet osselet est rugueuse ; de petites fossettes ou anfractuosités témoignent de la perte de substance qu'il a éprouvée.

8° La muqueuse de l'oreille moyenne, de la caisse, des cellules mastoïdiennes qui la supportent, est enflammée (vascularisation, friabilité) ; toute la caisse est baignée d'un pus abondant, ayant le caractère du pus phlegmoneux. On trouve dans ce liquide de petites esquilles de la grosseur d'une pointe d'épingle, derniers vestiges des osselets qui avaient disparu.

9° L'orifice intra-tympanique de la trompe est complétement oblitéré par le boursouflement de la muqueuse.

Si l'on fend ce tube dans toute sa longueur, on est frappé de la rougeur et de la tuméfaction de la membrane muqueuse qui le tapisse à l'intérieur ; le scalpel, promené à sa surface, en exprime quelques gouttelettes de pus.

10° L'oreille interne nous a présenté des altérations analogues à celles que nous avons longuement détaillées dans la 5e observation. Les canaux demi-circulaires offraient simplement des stries rougeâtres, comme dans les 3e et 4e observations, et j'ai cru y trouver encore des traces du liquide de Cotugno.

Le limaçon était complet ; le nerf acoustique rougeâtre au fond du conduit auditif interne ; on suit la phlegmasie jusqu'au ganglion géniculé du facial (ce qui explique la paralysie faciale qui s'était montrée pendant la vie).

Le temporal gauche ne m'a pas été envoyé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — M. CHASSAIGNAC.

Kystes interstitiels de l'os maxillaire inférieur.

Les kystes osseux du maxillaire supérieur ont surtout attiré l'attention des pathologistes, en tant qu'ils se rattachent à des lésions ayant leur origine dans le sinus maxillaire.

Ceux de ces kystes qui sont totalement étrangers aux sinus, et qui se développent dans l'épaisseur du tissu spongieux, ont été beaucoup moins étudiés. C'est pour cela qu'il nous paraît utile de rapporter l'observation suivante qui se rattache à cette variété de kyste.

Kyste développé dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur. — Thuilier (Alexandrine), 60 ans, faubourg Saint-Antoine, 197, se présente le 15 mars 1853 à la consultation. Cette femme ressentit, il y a environ trois mois, dans la portion gauche du maxillaire supérieur une douleur analogue à celle produite par la carie dentaire. La joue était tuméfiée ; bientôt il se manifeste une grosseur au niveau de la première molaire. Cette malade se traita par des cataplasmes jusqu'à ce jour, où elle se décide à venir nous consulter.

Nous constatons l'existence de la tumeur dans le lieu indiqué. La muqueuse dans cet endroit est rouge, violacée et très-amincie. M. Chassaignac croit d'abord qu'il a affaire à un abcès et il pratique une incision, en faisant usage des ciseaux, qui lui paraissent souvent préférables au bistouri, pour l'ouverture des abcès de la bouche.

Au lieu de pus, il s'écoule un liquide de couleur jaune citrine et de consistance sirupeuse. La paroi antérieure de la poche est complétement enlevée ; elle est dure, en apparence cartilagineuse et présente même une couche osseuse très-mince et comme papyracée.

Il existe une ouverture assez grande pour introduire le petit doigt qu'on peut enfoncer jusqu'au niveau de la deuxième phalange. On parcourt alors les sinuosités plus étendues du côté de la ligne médiane qu'en tout autre sens. On reconnaît que l'on n'est pas dans la cavité du sinus maxillaire, mais bien dans une poche développée accidentellement, dans l'épaisseur du tissu diploïque placé sous la lame compacte antérieure de l'os maxillaire.

Le 16 avril, la malade dit qu'il s'est écoulé un peu de sang pendant la nuit ; pas de douleur ; attouchement de l'intérieur du kyste avec la solution au nitrate d'argent, à la dose de 5 grammes pour 30 grammes d'eau.

Le 18, céphalalgie intense, fièvre pendant la nuit (solution).

Le 22, pas de douleurs, les parois du kyste commencent à se rapprocher (solution).

Quinze jours après, la cicatrication était complète.

La malade n'est plus revenue.

Le kyste osseux dont nous venons de parler s'était donc développé dans le tissu diploïque de l'os maxillaire supérieur. En avant, il avait refoulé la couche compacte qui revêt la partie antérieure de l'os ; en arrière et sur la paroi interne et profonde de la poche accidentelle, on reconnaissait les cannelures formées à la saillie des étuis dentaires. Car les alvéoles n'étaient point ouvertes, et le tissu compacte qui les constitue avait résisté à la destruction, que causent habituellement les tumeurs de diverse nature qui se forment dans l'épaisseur du tissu osseux.

Le développement progressif des kystes maxillaires peut amener la disparition complète de l'élément osseux, dans la paroi du kyste qui est placée au-dessous de la muqueuse, et dans ce cas il n'y a pas de signes différentiels bien caractérisés entre la saillie fluctuante que forme le kyste et celle qui serait due à la présence d'un abcès. Mais pour peu qu'une lame osseuse très-mince subsiste encore dans les enveloppes antérieures du kyste, la pression avec les doigts fait éprouver une sensation de craquement qui n'a point échappé aux bons observateurs, et qui a été principalement notée par Dupuytren, à l'occasion des kystes du maxillaire inférieur.

Le grand écueil dans le traitement de ces kystes, soit qu'ils siégent dans la cavité du sinus maxillaire, soit qu'ils se trouvent dans l'épaisseur du tissu diploïque, c'est la récidive de la maladie par la fermeture prématurée de la solution de continuité qu'y a pratiquée le chirurgien. Aussi est-il d'une bonne pratique de faire toujours subir une perte de substance à la paroi antérieure de ces kystes, et c'est à cette précaution qu'a été due la guérison radicale, dans l'observation qui vient d'être rapportée.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Hôpital Saint-Jean de Bruxelles. — M. A. HUTTERHOEVEN, *chirurgien en chef.*

Fracture du fémur et de la rotule du côté gauche. — Fracture double de la mâchoire. — Commotion cérébrale.

Ververs (Herman), âgé de 22 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatique, exerçant l'état de peintre, est une des quatre victimes qui, dans la journée du 28 avril, tombèrent du haut d'un échafaudage placé contre la façade du second étage d'un hôtel, directement sur le pavé.

A son entrée, l'état du blessé était des plus alarmants. Il était dans une stupeur complète, donnant à peine signe de vie. La respiration était à peine sensible, le pouls d'une lenteur extrême. On constata d'abord une fracture double de la mâchoire inférieure, dont toutes les dents incisives et quelques molaires avaient été expulsées par la violence du choc. L'une de ces fractures existait vers l'angle gauche, l'autre vers la partie moyenne.

(1) M. Axenfeld, interne à l'hôpital des Enfants, me pria de lui communiquer le résultat de ma dissection, et je lui envoyai cette note.

On découvrit ensuite une fracture complète du fémur gauche au niveau du tiers supérieur; une forte contusion avec ecchymose au niveau de la rotule du même côté. Celle-ci était en outre fracturée longitudinalement.

Le malade étant placé au lit, on opéra d'abord la réduction de la fracture de la cuisse en plaçant celle-ci dans la demi-flexion au moyen d'un coussin triangulaire placé sous le jarret. La coaptation se fit d'une manière assez aisée ; on couvrit ensuite le siége des fractures de cataplasmes émollients arrosés de laudanum, et le tout fut maintenu à l'aide d'un bandage à attelles.

Des tours de bandes assujettirent de même les fragments de la mâchoire qui, du reste, n'offraient pas un déplacement considérable.

Administration d'un lavement d'infusion de café. Régime sévère.

Le lendemain, les phénomènes de la commotion offraient un caractère moins grave. Toutefois, ces symptômes, joints à de fortes douleurs qu'accusait le malade surtout vers le genou, l'avaient porté à exécuter des mouvements au lit et à déranger son appareil.

Dans l'espoir que ces phénomènes cesseraient bientôt, on continua encore pendant un jour le même appareil, et la position demi-fléchie.

Le troisième jour, l'état d'agitation continuant avec la même intensité, et ne pouvant compter sur une immobilité suffisante pour maintenir l'appareil à attelles, ont eut recours à l'appareil amidonné.

La cuisse fut donc mise dans une extension complète. Le bandage amidonné fut appliqué de manière à pouvoir ménager une fenêtre au niveau de l'articulation du genou. L'extension se fit au moyen d'un lien attaché à la partie inférieure de la jambe, réfléchi par une poulie fixée au pied du lit et maintenu tendu par un sachet rempli de sable, la contre-extension étant opérée sur le bassin à l'aide d'un drap plié en plusieurs doubles, et embrassant le lit transversalement.

Les fractures de la mâchoire n'offrirent rien de particulier, et se consolidèrent peu à peu, sans difformité bien sensible.

La complication la plus grave était sans contredit la lésion du genou. Peu de jours après l'entrée du malade, il survint dans cette région un phlegmon aigu qui envahit la peau et le tissu cellulaire aponévrotique dans une vaste étendue. La fluctuation s'y étant manifestée, on donna issue à la matière au moyen du bistouri.

Le bandage amidonné fut maintenu jusqu'à l'entière guérison. Les phénomènes inflammatoires du côté du genou se dissipèrent peu à peu; les fragments de la rotule perdirent peu à peu leur mobilité, et l'articulation ne fut en aucune manière compromise. A la fin du traitement les mouvements de flexion de la jambe s'effectuaient comme auparavant. Le malade quitta l'hôpital le 15 juillet suivant. La cuisse lésée, comparée à la cuisse saine, offrit à peine six lignes de raccourcissement ; la claudication était à peine sensible.

(*Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 *Octobre* 1853. — Présidence de M. Combes.

Maladies des oreilles.

M. E. Triquet présente à l'Académie un Mémoire étendu sur les maladies de l'oreille. Nos lecteurs peuvent apprécier l'intérêt de ce travail, que nous publions textuellement dans nos colonnes.

Sur la structure de la rétine.

M. Remack, à l'occasion d'une communication récente de M. Kölliker, adresse la réclamation suivante :

« M. Kölliker vient de communiquer à l'Académie des observations selon lesquelles la *macula lutea* n'est composée que des cellules nerveuses multipolaires, dont les prolongements se continuent avec des fibres nerveuses (*Compte rendu* de la séance du 26 septembre 1853). C'est sans doute par une faute de mémoire que M. Kölliker donne cette observation comme sa découverte. Elle se trouve déjà dans mon mémoire sur les fibres nerveuses ganglieuses, qui a été lu à la séance de l'Académie de Berlin du 12 mai 1853, et que M. Kölliker lui-même a cité dans son journal à propos de quelques remarques sur les nerfs gris.

« Après avoir décrit ma méthode de traiter les nerfs, j'ajoute : « Cette « méthode peut représenter les cylindres d'axe variqueux des fibres nerveuses en communication avec les cellules nerveuses multipolaires, « dont se compose la *macula lutea* et qui se trouvent à la surface interne « de la rétine entière; notamment, elle peut aussi résoudre la substance « nommée *granuleuse* de la rétine en des cylindres d'axe pâles variqueux, « qui surpassent de beaucoup en finesse tout ce que l'on a connu jusqu'à « présent. »

« Voilà quatre faits contenus dans ces mots : 1° que les fibres nerveuses de la rétine sont des prolongements des cellules nerveuses multipolaires; 2° que la *macula lutea* n'est composée que de telles cellules; 3° que de telles cellules se trouve aussi à la surface interne de la rétine entière; 4° que la substance nommée granuleuse de la rétine n'est composée que de fibres nerveuses très-fines. Le premier de ces faits vient d'être confirmé par M. Corti ; le premier, le deuxième et le troisième, par MM. Kölliker, et H. Müller. Le quatrième fait attend encore la confirmation de ces habiles observateurs.

Physiologie.

M. E. Robin explique, toujours par sa théorie de la combustion lente, comment l'incrustation se fait plus promptement chez les petits hommes que chez les grands, et comment ils vivent moins longtemps.

Electricité.

M. Poggiale lit un mémoire intitulé : « *Nouvelle application de l'électricité par frottement, sans commotion, sur l'homme sain et sur l'homme malade.* » Le compte rendu ne donne pas d'autres détails, et ce que nous avons entendu de ce mémoire à la lecture ne nous permet pas de résumer les aperçus de l'auteur.

CORRESPONDANCE.

Syphilis.

Monsieur le rédacteur,

Veuillez me permettre d'user encore une fois de la voie de votre excellent journal pour répondre quelques mots à la lettre, si flatteuse pour moi, de M. Calvo (de Marseille), neveu de M. Ricord.

Je profiterai de cette occasion pour vous remercier, au nom des vrais amis de la science, de l'accueil que vous avez fait à la lettre de M. Calvo, lettre dont le but avoué était de défendre des doctrines contre lesquelles vous avez vous-même protesté depuis longtemps. Cette impartialité est une précieuse conquête pour les médecins qu'affligera toujours le spectacle d'une feuille scientifique vouée au service exclusif d'un système, d'une personnalité ou d'une coterie.

Dans sa lettre, à propos du chancre larvé, mon honoré confrère, M. Calvo, se réjouit, comme d'une heureuse trouvaille, d'apprendre que M. Lagneau reconnaît le chancre urétral ; puis il ajoute : « Ce n'est pas « tout : non-seulement le doute n'est plus permis aujourd'hui, mais il me « semble que tout le monde voudrait avoir la priorité de l'invention, alors « que M. Ricord ne réclame pour lui que le privilége de l'avoir le mieux « appréciée, de mieux l'avoir fait connaître, etc. »

Si ce passage renferme une allusion à l'adresse de M. Lagneau, M. Calvo n'a pas été heureusement inspiré, et, pour le lui prouver, je vous demanderai la permission de transcrire ici ces quelques lignes extraites de la première édition de l'ouvrage de M. Lagneau (1), imprimée en 1803; pag. 25, ligne 5 :

« Enfin, quand l'écoulement est entretenu par une *ulcération du canal* « *de l'urètre*, comme alors il y a eu nécessairement absorption, il faut « administrer un traitement antivénérien très-méthodique, concurremment avec les injections stimulantes ci-dessus désignées. »

Lorsque M. Ricord, poursuivant avec une opiniâtreté qui lui fait honneur, l'idée de B. Bell et de J.-F. Hernandez sur la non-spécificité de la blennorrhagie, présenta à l'Académie de médecine, il y a douze ou quinze ans, des individus porteurs de chancres fort bien caractérisés au méat et dans la fosse naviculaire, il s'écriait, espérant, grâce à cette découverte,

(1) Cet ouvrage, dont on ne retrouve aucun exemplaire dans la librairie médicale, doit être à la bibliothèque de la Faculté. Il est intitulé : *Exposé des diverses méthodes de traiter la maladie vénérienne.* Librairie de Méquignon aîné, rue de l'École-de-Médecine. 1803.

frapper de mort l'ancienne doctrine : Voilà, messieurs, vos blennorrhagies virulentes. — Non, disait M. Lagneau ; ne confondons pas. Je connais les chancres urétraux. J'en ai constaté l'existence avant vous ; Michel Cullerier en avait vu avant moi, et, bien avant lui, Morgagni en avait cité. Mais je les ai toujours distingués de la blennorrhagie virulente qui, pour moi et pour eux, est de forme catarrhale.

Dans cette réplique, M. Lagneau, non-seulement ne réclamait pas la priorité de l'invention du chancre larvé, mais il se bornait simplement à constater un fait pathologique connu et admis dans la science, depuis quatre siècles.

Je conviens que cette réponse pouvait contrarier la doctrine qui avait tant intérêt à produire un fait nouveau. Mais je suis prêt néanmoins à reconnaître que, tout en appelant, au profit des idées qu'il voulait faire prévaloir, l'attention des médecins sur le chancre urétral, M. Ricord a rendu un service réel à la science, et surtout à la thérapeutique des maladies syphilitiques. Car, bien que les chancres larvés soient excessivement rares, l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi a certainement contribué à en faire découvrir quelques-uns. C'est une justice que je me plais à lui rendre.

Quant aux arguments à l'aide desquels M. Calvo a cru devoir réfuter mon opinion personnelle sur l'existence de la blennorrhagie catarrhale virulente, j'avoue que je les connaissais depuis longtemps. Mais est-ce ma faute si, malgré le talent avec lequel ils ont été de nouveau présentés par M. Calvo, ils ne m'ont pas convaincu ? Aussi, mon but était-il moins de demander aux partisans des doctrines nouvelles des éclaircissements sur un fait, que de poser ce fait comme la borne contre laquelle elles viennent se briser dans mon esprit, en dépit de l'ingénieuse théorie de l'irritation de la muqueuse urétrale par le pus du chancre larvé.

Je n'ignore pas non plus qu'une blennorrhagie non syphilitique pourrait exister, *à la rigueur,* avec un chancre, surtout s'il n'est pas situé dans l'urètre : mais pour moi et beaucoup d'autres, c'est l'exception ; ce n'est pas la règle.

Dans le cas extrêmement remarquable de blennorrhagie accompagnée de chancre urétral que j'ai cité, ce n'est pas à la violence excessive de l'inflammation que l'écoulement emprunte, à mes yeux, son caractère virulent. Non ; et pourtant c'est quelque chose. Mais la parenté, l'union intime de ces deux symptômes jumeaux, leur développement parallèle, leur source unique, leur consanguinité, si je puis m'exprimer ainsi, sont, pour moi, des preuves plus satisfaisantes et plus sûres.

S'il était possible de séparer avec certitude le produit de ces deux symptômes, le muco-pus du pus chancreux, je voudrais savoir s'il se trouverait un adepte d'une foi assez robuste pour consentir à se laisser appliquer une goutte du premier sur la cornée transparente. Je ne dirais pas non. Mais ce dont je puis répondre, c'est que M Ricord, sûr qu'une inflammation ulcéreuse avec perforation de la cornée dans les vingt-quatre heures en serait l'infaillible résultat, s'y opposerait de toutes ses forces, tout en protestant, bien entendu, que ce pus n'a aucune propriété spécifique.

Je termine en remerciant mon honoré confrère, M. Calvo, de l'honneur qu'il m'a fait en répondant à la lettre que vous avez eu la bonté, monsieur le rédacteur, d'insérer dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 25 octobre. Je le préviens que j'ai naturellement des idées assez arrêtées, et que je suis à un âge difficile pour une conversion.

Quiconque veut faire école doit, dans l'intérêt même du prosélitisme de ses idées, se composer, avant tout, un jeune auditoire. Car c'est chez les jeunes gens seulement que l'on trouve, dans l'étude des sciences, en littérature, en politique et dans les arts, des natures disposées à accepter, sans contrôle, par goût et souvent avec passion, toutes les idées nouvelles.

Aussi je remarque, sans en être surpris, que la doctrine de M. Ricord, généralement acceptée par les élèves de l'école de Paris, reçoit un échec et s'amoindrit, malgré le talent reconnu avec lequel il la défend chaque fois qu'elle vient passer au crible redoutable des discussions académiques.

Je prie mon honoré confrère, M. Calvo, de croire qu'aucun sentiment étranger à l'intérêt de la science ne m'anime contre M. Ricord, ni qu'un étroit esprit de famille ne m'a fait son adversaire scientifique ; mais que, me plaçant à un point de vue plus élevé et plus digne de la science, je n'ai fait, en cela, qu'obéir à une conviction profonde, réfléchie ; à la voix d'une conscience médicale qui a toujours professé cette devise :

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

Recevez, etc. CORBEL-LAGNEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La *Gazette hebdomadaire* fait la réplique suivante aux remarques qui lui avaient été adressées par les *Annales de clinique :*

« Les *Annales cliniques de Montpellier* relèvent cette assertion émise par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (n° 2, au feuilleton), que sur les 1,052 élèves en médecine en cours d'étude dans les trois Facultés de France en 1847, 175 seulement appartenaient à Montpellier. L'erreur, si elle existe, est officielle ; car nous nous en sommes rapporté à un document émané du gouvernement. C'est M. de Salvandy, ministre de l'Instruction publique, qui a présenté ces chiffres devant la Chambre des pairs. Mais nous ferons remarquer que notre honorable contradicteur, M. le professeur Alquié, ne compte lui-même que 189 inscriptions *régulières*. Quant aux inscriptions converties des écoles préparatoires, aux inscriptions prises par les chirurgiens militaires, et à celles qu'alloue le ministre, s'il n'en a pas été tenu compte pour Montpellier, il en a été de même très-vraisemblablement pour les autres Facultés. En sorte que les chiffres de M. Alquié ne changent guère la *proportion* établie par M. de Salvandy, et c'est le nombre proportionnel des élèves dans les diverses Facultés qui importait à la thèse de la *Gazette hebdomadaire.* »

— L'un des services hospitaliers qui répondent le moins complétement aux besoins de la population est sans contredit celui qui est destiné au traitement des maladies des enfants. L'administration de l'assistance publique se conformant, dit-on, aux désirs d'une haute protectrice des enfants de la classe indigente, va consacrer 100 ou 150 lits de l'hôpital Saint-Antoine au traitement des maladies du jeune âge. On ne peut qu'applaudir à un semblable projet dont il serait grandement à désirer que la mise en activité de l'hôpital du Nord permît prochainement l'exécution. Malheureusement, il ne paraît pas que ce dernier hôpital puisse être de plusieurs mois encore ouvert aux malades.

— On lit dans le *Savannah News :*

« Un médecin nous communique une lettre dans laquelle nous remarquons le passage suivant :

« Je puis vous citer un exemple de mort occasionnée par une rapide sécrétion de graisse. Nous avions, à 18 milles de notre ville, un jeune homme qui était un vrai phénomène : à vingt-deux ans, il pesait 565 livres ; il continua à grossir jusqu'à un peu plus de 600 livres. Il était à l'aise et prenait soin de sa plantation. Il y a quatre semaines, il commença à grossir encore, d'abord d'une livre et demie par jour, ensuite de deux livres. Il est mort subitement dans son fauteuil, étouffé par la graisse, à ce que je présume. Trois jours avant sa mort, il pesait 643 livres. »

On comprend que nous ne nous rendons pas garant de cette observation.

— M. Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ses conférences cliniques le mercredi 16 novembre 1853, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Les leçons auront lieu à 9 heures, dans l'amphithéâtre de M. Laugier. La visite des malades sera faite tous les jours à 7 heures et demie (salles Saint-Raphaël et Sainte-Geneviève).

BIBLIOGRAPHIE.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Riebard, prononcés par M. le professeur BOUCHARDAT. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 cent.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur BOUILLAUD, recueillies et rédigées par le docteur RACLE. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des maladies transmissibles des animaux à l'homme. Examen de toutes les questions y relatives sur lesquelles il est nécessaire d'avoir des idées justes. Exposé précis des symptômes, du traitement, etc., de ces affections morbides dans l'espèce humaine ; suivi d'un Traité de la contagion morbide en général, par le docteur J.-B. VEYSSIÈRE, médecin en chef honoraire de l'hôpital civil de Stenay. — Brochure in-8 de 130 pages. — Au bureau du journal et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine. — Prix : 2 fr.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

De la pneumonie d'Afrique, par le docteur CATTELOUP, médecin-major de 1re classe. — Brochure in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 137. 1re année. Mardi 15 Novembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie, par M. Alph. Robert. (*Suite.*) — Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, par M. le Dr Rilliet. (*Suite et fin.*) — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE : M. Desmarres. Deux observations remarquables de cancer de l'œil. — CLINIQUE CIVILE : 1° Calcul salivaire sub-lingual par, M. Al. Thierry. 2° Tumeur salivaire formée par la dilatation du conduit de Sténon, près de son orifice. Traitement et guérison, par M. E. Alix. — Observation de mort prompte et imprévue par suite d'un coup de feu dans la cuisse. Gaz dans les veines et dans le cœur. Question médico-légale, par M. le Dr Lesueur. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 3e ARRONDISSEMENT DE PARIS : Rapport sur le charlatanisme, par M. le Dr Ameuille. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie,

Lu à la Société de chirurgie, le 9 novembre, par M. Alph. Robert, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.*

(*Suite. Voir le n°* 136.)

Un des organes les plus éminents de la presse médicale nous a fait l'honneur de s'occuper de notre rapport, de le discuter, de le critiquer même : en ce, il a exercé un droit, je dirai même un devoir ; mais il nous a accusé, en termes polis et détournés, d'avoir emprunté des idées sans mentionner son nom. Nous ne saurions accepter ce reproche.

Avant tout nous dirons que dans notre rapport nous n'avons pas eu la prétention d'énoncer d'idées nouvelles. Nous avons seulement exposé des observations, et nous en avons déduit les conséquences qu'une saine logique nous semblait permettre d'en tirer. Pour montrer maintenant que nous ne nous sommes point approprié les opinions de notre savant confrère, il nous suffira d'exposer celles-ci :

Suivant M. Guérin (*Gazette médicale*, 1853, p. 413), les notions capitales, relatives à l'emploi du chloroforme, comprennent trois faits principaux. Le premier, c'est que l'agent toxique n'a jamais causé d'accidents par asphyxie passive, par insuffisance d'air. Le second, c'est que la mort peut arriver de deux façons ; tantôt par une succession régulière et progressive des effets de l'anesthésie, par une sorte d'asphyxie toxique ; tantôt presque subitement et par une sorte de sidération. Le troisième, c'est qu'à une certaine dose, le chloroforme tue toujours, et qu'à la dose où il est sans danger pour le plus grand nombre, il devient mortel pour certaines personnes, en vertu de dispositions particulières. De ces trois propositions, la dernière seule nous est commune ; nous nous plaisons ici à le reconnaître. M. Guérin l'avait émise sans la démontrer ; la déduction légitime des faits seule nous y a conduit. Quant aux deux autres, on va voir qu'elles diffèrent essentiellement des opinions que nous avons adoptées. En effet, M. Guérin nie la possibilité de cette asphyxie qu'il appelle passive ou par insuffisance d'air. Quant à nous, nous avons regardé cet accident comme possible, et nous avons dit comment nous concevions cette possibilité. Suivant M. Guérin, la mort peut arriver tantôt progressivement par une sorte d'asphyxie toxique, tantôt presque subitement et par une sorte de sidération dont il place le siége dans le système nerveux. Pour lui cette dernière est une action générale, profonde, subtile, qu'il est aussi arbitraire de morceler qu'il est impossible de la localiser. Quant à nous, nous avons considéré le chloroforme comme un poison exerçant une action hyposthénisante sur le cœur, disposant ainsi à la lypothymie, à la syncope, et produisant même parfois la sidération en paralysant subitement les contractions de cet organe. Cette opinion n'est pas seulement la conséquence des faits dont votre rapporteur a été témoin, mais elle est en harmonie avec l'observation de la plupart des chirurgiens de nos jours. Or, M. Guérin s'élève avec force contre cette explication de la mort par le chloroforme : il l'appelle *une dernière émanation de la médecine organique*. Il va plus loin encore : il nie toute action du chloroforme sur le cœur. Bien qu'il n'eût, dit-il, aucun doute à cet égard, il a voulu que l'expérience ne laissât aucun prétexte à cette prétendue action. Or, voici cette curieuse expérience : il a excisé des cœurs de grenouilles ; il a mis dans du chloroforme les cœurs ainsi mutilés ; ils ont continué à se contracter aussi longtemps que si on les avait laissé exposés à l'air. Bien plus, il lui a paru une fois que les contractions subsistaient plus longtemps dans le cœur, ainsi plongé dans le chloroforme, que dans le cœur simplement détaché des vaisseaux et placé sur une assiette en porcelaine.

Cette expérience, fût-elle vraie, ne prouverait évidemment rien contre ce que nous avons dit de l'action du chloroforme sur la circulation. Car, employé comme il l'est chez l'homme par inhalation, ce n'est guère par son contact avec le cœur que cet anesthésique peut en paralyser les mouvements ; mais bien plutôt par l'intermédiaire du système nerveux.

Toutefois, nous avons voulu répéter l'expérience de M. Guérin, expérience qui nous avait été indiquée déjà par M. le docteur Curie, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, avec des résultats opposés. Le cœur d'une grenouille ayant été enlevé, nous avons versé sur lui quelques gouttes de chloroforme. Au moment du contact, ses contractions sont devenues plus rapides ; mais au bout d'une minute, elles se sont ralenties, et, après trois minutes, elles avaient entièrement cessé. Cette suspension a duré pendant trois autres minutes, au bout desquelles le chloroforme s'étant évaporé, les battements du cœur ont recommencé. Nous avons attendu qu'ils fussent devenus réguliers et assez forts, etc. ; puis de nouveau, nous avons versé sur lui quelques gouttes de chloroforme ; le même phénomène s'est reproduit ; et enfin, ayant abandonné le cœur à lui-même, ses battements ont recommencé, plus faibles, il est vrai, qu'auparavant ; et ils ont continué encore pendant plus d'une heure. Cette expérience très-simple, renouvelée plusieurs fois avec le même succès, démontre évidemment que le contact direct du chloforme sur le cœur suspend la contractilité de cet organe.

Pour démontrer l'action toxique du chloroforme, M. Jules Guérin a fait diverses expériences que je vous demande encore la permission de rappeler. Les deux principales, dit-il, sont celles-ci : « En injectant du chloroforme sous la peau, nous avons montré qu'on pouvait produire un empoisonnement lent, régulier, à périodes très-espacées, à ce point que les animaux peuvent résister pendant une demi-journée. En injectant quelques gouttes de chloroforme dans les veines, nous avons déterminé, au contraire, la sidération la plus instantanée et la plus complète. Voilà les deux sortes d'empoisonnement : 1° l'empoisonnement successif ; 2° l'empoisonnement instantantané. Étudiées dans leurs conditions et leur mécanisme physiologique, ces deux expériences contiennent toute la doctrine de l'empoisonnement par le chloroforme. »

J'en demande bien pardon à notre savant confrère, mais il est une expérience plus simple et surtout plus logique : c'est celle qui consiste à faire absorber le chloroforme par inhalation, en graduant les doses, en veillant au libre accès de l'air dans les poumons, en prenant, en un mot, toutes les précautions requises

chez l'homme. En suivant cette voie, comme je l'ai suivie moi-même, et comparant ensuite les effets produits chez les animaux à ceux que l'on obtient chez l'homme, M. Guérin eût été conduit à des résultats plus positifs, à des théories plus vraies, que par des expériences dont les conditions ne se réalisent jamais dans la pratique.

Je n'insisterai pas davantage sur les opinions de M. Guérin; je crois, en effet, avoir suffisamment démontré qu'il existe, entre elles et les miennes, de trop grandes différences pour qu'on puisse m'accuser de plagiat.

Dans mon rapport, j'avais insisté sur ce point capital, à savoir : que dans les observations par moi citées, on ne pouvait attribuer la mort à ce que l'éthérisation avait été poussée jusqu'à ses limites extrêmes, mais bien à des circonstances insolites, inconnues dans leur essence, et qu'il m'a paru naturel d'attribuer à une disposition propre à l'individu.

J'avais cru devoir combattre les doctrines de M. Baudens, et surtout les conclusions qu'il en tire. On sait, en effet, que le chirurgien du Val-de-Grâce, se fondant sur les expériences de M. Flourens, prétend que lorsqu'on veut obtenir plus que l'insensibilité, c'est-à-dire la résolution musculaire, il y a danger de mort. « On ne laisse plus, dit-il, de la vie au trépas, que l'épaisseur d'un cheveu, ou, « si l'on aime mieux, l'épaisseur du nœud vital. » Depuis la lecture de notre rapport, M. Baudens a reproduit ses idées dans un Mémoire adressé à l'Institut, Mémoire dans lequel il a contesté la valeur de nos observations. Nous sommes donc obligé de le réfuter de nouveau.

Sans doute nous admettons, avec M. Flourens, que l'action du chloroforme est progressive et successive; qu'elle abolit d'abord la sensibilité, puis les mouvements volontaires, et qu'elle frappe seulement en dernier lieu les appareils de la respiration et de la circulation. Mais si M. Baudens avait bien voulu répéter les expériences de notre habile physiologiste, il aurait vu qu'entre le moment où disparaissent la sensibilité et la myotilité, et celui où l'atteinte est portée aux muscles de la circulation et de la respiration, il existe une période justement désignée par M. Chassaignac sous le nom de période de tolérance anesthésique, pendant laquelle la respiration est large, égale, facile; le pouls d'une fréquence modérée, régulier et assez plein. La durée de cet état, surtout quand on n'exagère pas les doses de chloroforme, est en général fort longue. Dans nos expériences, nous l'avons vue varier entre une demi-heure et une heure et un quart d'inhalations continues. De plus, lorsque la circulation et la respiration commencent à être menacées, l'affaiblissement de ces deux grandes fonctions est graduel, et leur extinction peut être prévue.

Chez l'homme, les choses se passent habituellement de la sorte; on observe le plus souvent la succession régulière de ces phénomènes. Mais, il faut bien le dire, il y a des cas exceptionnels où cette succession est intervertie, des cas où, comme l'a fait observer M. Roux, avec tant de vérité, la sensibilité persiste longtemps après que les mouvements volontaires sont abolis, d'autres où c'est l'intelligence qui se conserve après que la sensibilité et la myotilité ont disparu. Ce sont des observations de cette espèce qui nous amènent à comprendre comment le chloroforme, portant tout d'abord et irrégulièrement son action sur un muscle de la vie organique, le cœur a pu amener de ces syncopes mortelles ou sidérations, que M. Baudens nous semble avoir confondues avec la mort survenant sous l'influence de l'asthérisme porté à ses limites extrêmes.

Les doctrines de M. Baudens l'ont conduit à donner le précepte de ne jamais pousser l'inhalation au delà de l'insensibilité. Nous nous sommes déjà élevé avec force contre cette pratique, et nous avons été heureux que l'expérience des membres de la Société de chirurgie soit venue sanctionner notre manière de voir. Toutefois, un de nos collègues, M. Forget, a paru dissident sur ce point. Après avoir relaté quelques faits empruntés à M. Hervez de Chégoin, il termine par ces mots : « Ce que l'on doit se proposer dans l'emploi des anesthésiques, c'est ce degré d'in- « sensibilité qui, sans être profonde et accompagnée de la résolution musculaire, « suffit néanmoins pour faire perdre au malade la conscience de sa douleur, ou ne « la lui laisser qu'à un faible degré. »

Malgré l'opinion de notre honorable collègue, nous ne saurions considérer les faits cités par M. Hervez de Chégoin que comme des faits *rares et* exceptionnels, et ne pouvant nullement servir de guide dans la pratique de l'anesthésie. Ajoutons que, si l'on se borne à émousser la sensibilité, l'intelligence n'en est pas moins ordinairement troublée; et on aura alors le désavantage de trouver le malade impuissant à maîtriser les mouvements provoqués par la douleur, que ne manquera guère de réveiller le bistouri, dans de semblables conditions. La chirurgie perdra ainsi toute sécurité; et le chloroforme ne pourra trouver son application que dans les opérations courtes et de peu d'importance.

J'arrive maintenant à une objection plus grave, qui m'a été adressée d'abord par M. Giraldes et que M. Follin a reproduite avec force dans les *Arc. gén. de méd.* (août 1853, p. 228). Il semble résulter d'expériences faites par M. le docteur John Snow, à qui l'Angleterre doit d'intéressants travaux sur les effets du chloroforme, que chez les animaux tels que chiens, chats, lapins, cochons d'Inde, cette substance ne peut être respirée impunément que lorsque les vapeurs en sont mêlées à l'air atmosphérique dans des proportions déterminées. Lorsqu'on place l'un de ces animaux dans un vase clos contenant 3 ou 4 pour cent de vapeur anesthésique, les battements du cœur et la respiration s'arrêtent généralement au bout de dix ou quinze minutes, et si l'on ne prolonge pas trop les inhalations, il peut être rappelé à la vie.

Si à ces mêmes animaux on fait respirer de l'air contenant plus de 8 pour cent de chloroforme, la mort arrive avec une grande rapidité; l'action du cœur cesse à peu près en même temps que la respiration, et bien qu'on les rende à l'air libre, il est rare qu'ils reviennent à la vie. Appliquant à l'homme les résultats de ces expériences, M. Snow pense qu'il y a péril imminent toutes les fois que dans les inhalations on emploie 8 pour cent de vapeur de chloroforme, il attribue les cas de morts connus jusqu'à ce jour à ce qu'on a fait respirer cet agent dans des proportions trop considérables.

Il en conclut que, pour prévenir tout accident, il faut s'assurer que les proportions de chloroforme à inhaler ne dépasseront pas celles dont il pense avoir établi l'innocuité. Pour obtenir ce dosage précis, il veut ou que l'on administre le chloroforme avec un appareil spécial dont il donne la description, ou, qu'à l'exemple du docteur Bigelow, de Boston, on ait recours à un mélange de chloroforme et d'alcool rectifié. Tel est, en quelques mots, la doctrine du médecin anglais.

M. Follin adopte complétement cette manière de voir; il adresse à notre rapport le reproche de n'avoir établi aucune discussion sur la quantité respirable de chloroforme; et, suivant lui, nos observations ne démontrent pas ce que nous avons avancé, car on n'y trouve pas même, dit-il, un simple aperçu des proportions probables de chloroforme mêlé à l'air inspiré. En conséquence, la mort que nous avons expliquée par des susceptibilités particulières, il se croit en droit de l'attribuer à ce que l'agent anesthésique a été donné dans des proportions trop élevées.

Voici la réponse que nous croyons devoir faire à cette objection.

Personne ne conteste aujourd'hui les propriétés toxiques du chloroforme, lorsque ses vapeurs sont très concentrées : les expériences sur les animaux l'ont démontré depuis longtemps. Ce que M. Snow a voulu seulement déterminer, ce sont les proportions mathématiques de vapeur anesthésique que l'on peut mêler à l'air sans danger. A-t-il été heureux dans cette tentative? Nous n'hésitons pas à répondre que non. En effet, nous pourrons d'abord contester à M. Snow la valeur de l'assimilation qu'il fait à l'homme, des résultats obtenus par lui sur de petits mammifères, tels que chats, lapins, cabiais; rien ne prouve que les doses qui deviennent excessives pour ces animaux, le soient également pour l'homme, et que celui-ci, par exemple, ne puisse supporter les 8 ou 10 pour cent qui sont funestes pour les lapins; rien ne prouve même que ces doses soient suffisantes pour produire l'anesthésie. Cependant, nous voulons bien admettre ces déductions, si toutefois les faits sur lesquels l'auteur s'appuie, offrent les caractères d'une bonne et vigoureuse expérimentation. Or, pour obtenir la mesure exacte du chloroforme inhalé, M. Snow a dû le faire volatiliser dans des vases clos, d'une capacité connue, et y enfermer les animaux; tout le monde comprend que ceux-ci respirant une atmosphère de plus en plus viciée par leur propre respiration, les phénomènes de l'asphyxie doivent se surajouter à ceux de l'empoisonnement et en précipiter la marche.

Et d'ailleurs, alors même que les résultats obtenus par M. Snow seraient d'une valeur incontestable, on n'en pourrait faire l'application à l'homme. Car chez celui-ci, l'éthérisation devant être pratiquée d'une façon toute différente, c'est-à-dire à l'air libre, il est impossible d'évaluer, même approximativement, les doses de chloroforme inhalées. Connaissons-nous, par exemple, la quantité de vapeur anesthésique qui traverse l'appareil à chaque inspiration, celle que l'air ambiant entraîne avec lui, selon qu'il est plus ou moins calme, plus ou moins agité, et suivant sa température? Enfin, l'homme dont la respiration est ample et rapide, n'inspire-t-il pas beaucoup plus de chloroforme, dans un temps donné, que celui dont la respiration se trouve dans des conditions opposées?

Quant à l'appareil proposé par M. Snow pour doser le chloroforme, nous aurons l'occasion de le décrire bientôt, et il sera facile de voir que cet appareil ne saurait satisfaire aux indications de son auteur.

Certes, s'il était vrai qu'en faisant respirer à l'homme plus de 3 ou 4 pour cent de vapeurs anesthésiques, on mette sa vie en danger, quelle ne serait pas la fréquence des cas de mort avec l'usage des appareils vraiment défectueux qui, jusqu'à ce jour, ont prévalu dans la pratique? Tantôt c'est une éponge ou un bourdonnet de charpie, tantôt un mouchoir, sur lesquels on verse quelques gouttes de chloroforme, et qui doivent souvent en laisser exhaler des proportions beaucoup plus considérables que celles dont M. Snow a proclamé l'innocuité. Et cependant, les malheurs sont heureusement très-rares, quoique le chloroforme soit administré journellement à des milliers d'individus et par mille mains plus ou moins habiles.

Je viens d'établir que le dosage du chloroforme chez l'homme, tel que l'entend M. Snow, est impossible. Je vais maintenant démontrer qu'en le supposant praticable il n'offrirait pas encore une complète sécurité.

Les observateurs sont unanimes à reconnaître que la résistance vitale est loin d'être la même chez tous les sujets, et que les agents modificateurs de l'organisme déterminent des effets qui varient, non-seulement d'après les individualités, mais d'après les conditions particulières où celles-ci se trouvent dans un moment donné. Pourquoi le chloroforme échapperait-il à cette loi générale?

Tel est plongé dans un sommeil profond, par quelques gouttes de ce liquide, tandis que tel autre peut impunément en absorber plusieurs grammes. On lit dans la *Gazette médicale* de Toulouse, l'histoire d'un enfant nouveau-né, opéré de bec-de-lièvre simple, et chez lequel on employa, pour favoriser la réunion, une bandelette de linge imbibée de collodion. A peine la bandelette fut-elle appliquée sur la lèvre supérieure, que l'enfant tomba aussitôt dans un sommeil profond, accom-

pagné d'insensibilité et d'imminence de syncope. On le plaça aussitôt dans un courant d'air frais, et une minute et demie après l'application de la bandelette, les accidents s'étaient dissipés. Qu'on évalue ce qui peut se dégager de vapeur anesthésique d'une bandelette, large de moins d'un centimètre et longue de quatre ou cinq, et l'on verra quelle petite quantité d'éther a été nécessaire pour occasionner le sommeil et l'insensibilité chez l'enfant (*Abeille médicale*, 15 juillet 1853). Et qu'on ne croie pas, du reste, que l'espèce humaine soit seule à présenter ces différences, on les observe aussi chez les animaux.

M. le docteur Nunneby, à qui l'Angleterre doit un important ouvrage sur l'anesthésie (*On anesthesia*, Worcester, 1849), a signalé ce fait dont j'ai trouvé la confirmation dans les expériences auxquelles moi-même je me suis livré.

Il est donc rationnel d'admettre que le chloroforme, dont la pratique journalière atteste l'innocuité, alors même qu'il est administré dans les proportions variables et indéterminées que fournissent nos divers procédés d'éthérisation, peut, en vertu de ces susceptibilités individuelles, peut occasionner, à un moment donné, des accidents graves et même la mort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mémoire sur l'encéphalopathie albuminurique dans l'enfance,

Par le Dr F. Rilliet, *médecin en chef de l'hôpital de Genève.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 130, 132.)

3e *Observation.* — Jeune fille de neuf ans. — *Néphrite albumineuse. — Un mois environ après l'apparition de l'anasarque* (compliquée d'ascite et d'hydrothorax), *mydriase; puis convulsions épileptiformes, coma dans l'intervalle des crises. — Accélération du pouls, respiration stertoreuse — Grand danger. — Mouchetures, émissions sanguines. — Cessation des convulsions. La mydriase persiste pendant huit jours. — Guérison et réapparition de l'hydropisie à deux reprises. — Disparition définitive. — Santé générale excellente. — Disparition momentanée de l'albumine; maintien de la santé générale, malgré la réapparition de ce dernier symptôme.* — La jeune H.... est âgée de 9 ans; elle est née de parents bien portants, sa nourriture et son habitation sont convenables, sa constitution est bonne; elle a les yeux noirs et son apparence n'est pas lymphatique. Sa mère a remarqué que sa peau fonctionnait mal et qu'il était rare, même après une course forcée, qu'elle transpirât abondamment.

Antécédents morbides. — Quatre ans avant la maladie actuelle, elle a eu une légère scarlatine en même temps que sa sœur: cette maladie ne fut suivie d'aucun accident. Trois ans plus tard, au printemps de l'année 1848, elle fut indisposée pendant six semaines sans garder le lit. Elle avait pâli, maigri et perdu l'appétit. En outre, elle avait de fréquentes envies d'uriner accompagnées de cuisson; les urines étaient brunes et formaient un dépôt abondant. Elles contenaient probablement de l'albumine, mais à cette époque elles ne furent pas analysées. On n'aperçut alors aucune trace d'anasarque. Ces symptômes se dissipèrent peu à peu et l'enfant retrouva une parfaite santé.

Mode et époque du début. — L'année suivante, à la fin de janvier, les mêmes signes du dérangement de la santé générale se manifestèrent de nouveau et les urines redevinrent brunes.

Marche de la maladie. — Au bout de six semaines, à la suite d'un refroidissement, apparut pour la première fois une bouffissure, elle débuta par le visage, augmenta graduellement et bientôt fut générale.

L'anasarque existait depuis quinze jours, lorsque survint une ascite, et trois jours plus tard un hydrothorax double. Les urines étaient rares, brunâtres et fortement albumineuses. Jamais la fièvre n'avait été vive, le pouls ne dépassait guère 90. A plusieurs reprises, il y eut de la tendance à la diarrhée, soit spontanément, soit sous l'influence des remèdes.

Le 10 avril, le docteur Herpin, à l'obligeance duquel nous devons une partie des renseignements qui précèdent, nous appelle en consultation. Nous trouvons la jeune fille dans l'état suivant:

Anasarque générale considérable; peau luisante, tendue; épanchement thoracique double, caractérisé par du souffle bronchique superficiel et de l'égophonie occupant la moitié de chaque plèvre.

Ascite reconnue par le déplacement de la matité plutôt que par la fluctuation. Pouls habituellement vibrant, variant de 80 à 96, chaleur modérée; toux fréquente par moments, accompagnée d'un léger stertor entendu à distance. Urines rares, brunâtres, fournissant un abondant précipité albumineux par la chaleur et par l'acide nitrique, après la filtration. Langue jaune, quelques selles relâchées.

Jusqu'ici, le docteur Herpin a employé, sans résultat avantageux, les sudorifiques et les diurétiques (poudres de James, digitale, nitrate et chlorate de potasse). Le nitrate de chaux et le vin scillitique que nous conseillons n'ont pas plus de succès.

A partir du 12 avril, il survint un écoulement de sérosité assez abondant au travers d'un pertuis d'une petite dimension, situé à la partie antérieure de la grande lèvre gauche, qui est très-œdématiée, tendue et rouge; sous l'influence de cet écoulement, l'épanchement abdominal diminue légèrement.

Le 17 au soir, l'état de la malade était analogue à celui décrit plus haut, lorsqu'elle commença à se plaindre d'une douleur circonscrite au-dessus de l'œil gauche; les pupilles étaient naturelles, mais il y eut dans la nuit, le lendemain matin et dans la journée du 18, de la tendance à l'assoupissement, quoique l'intelligence fût parfaitement nette.

Nous considérons ces douleurs comme névralgiques, et nous prescrivons le 18 une friction au pourtour de l'orbite avec une pommade belladonée. On en emploie gros comme une noisette, et il en pénètre une très-petite quantité entre les paupières.

Une heure après, l'enfant se plaint subitement d'avoir la vue trouble; j'arrive et je trouve ma jeune malade légèrement assoupie; pendant qu'elle sommeille, sa respiration est stertoreuse, mais on la réveille aisément. Son intelligence est parfaitement lucide. La pupille gauche (côté de l'application de la pommade) est énormément dilatée, non contractile.

Hésitant sur la cause de la mydriase, et pensant que peut-être elle est le résultat de l'emploi de la belladone, je me contente de prescrire une application de cataplasmes vinaigrés aux extrémités, disant qu'on peut attendre, mais qu'il faut avoir des sangsues sous la main pour le cas où il surviendrait de nouveaux accidents.

Une demi-heure après mon départ, M. Herpin arrive et juge le cas comme moi; il reste quelques instants auprès de l'enfant et tout à coup il s'aperçoit que le globe oculaire est convulsé en dedans; un instant après surviennent quelques mouvements dans la mâchoire, puis des secousses convulsives du côté gauche et une perte complète de connaissance. Une écume mousseuse couvre les lèvres; la respiration est stertoreuse, le pouls passe 160, il va graduellement en se rapetissant. La face est violacée, le râle trachéal de plus en plus bruyant; les pupilles sont énormément dilatées, les yeux fixes. C'est dans cet état que je retrouve l'enfant à six heures de l'après-midi.

Six sangsues ont été appliquées, depuis trois quarts d'heure, derrière les apophyses mastoïdes; elles ont bien pris. Les pieds sont entourés de cataplasmes vinaigrés. Les mêmes symptômes persistent; les crises convulsives épileptiformes ont lieu à gauche, elles se répètent à plusieurs reprises et chaque fois l'écume apparaît à la bouche. Ces accès sont de courte durée, de 15 à 30 secondes, une minute au plus; dans leur intervalle, le coma est complet, accompagné de stertor. A six heures et demie je quitte l'enfant; à sept heures les convulsions cessent, mais il reste de l'assoupissement; vers huit heures, elle recouvre sa connaissance dans les plus minutieux détails. J'avais pratiqué des mouchetures aux jambes pendant une crise convulsive, et, en reprenant connaissance, l'enfant demande à sa mère comment on mouchette? (ce mot avait été prononcé devant elle).

A neuf heures un quart nous la revoyons, M. Herpin et moi; elle est irritable, mais elle a toute sa connaissance; la vue est revenue en partie, les pupilles sont encore dilatées, mais la droite moins que précédemment. Elle aperçoit quelques objets; la céphalalgie ne se fait plus sentir. Elle a uriné et les urines contiennent moins d'albumine.

A peine venions-nous de quitter l'enfant qu'on nous rappelle en toute hâte. Elle a de nouveau perdu connaissance; les deux yeux sont fixes, les pupilles énormément dilatées, mais il n'y a pas de convulsions. Cette crise dure 20 minutes et disparaît. La nuit est assez bonne, il y a du sommeil pendant une à deux heures; elle se plaint beaucoup de ses vésicatoires (ils ont été appliqués pendant trois heures, au moment de la crise comateuse); l'écoulement de sérosité, par l'orifice des mouchetures, est abondant.

Le 19, au matin, l'enfant a toute son intelligence; la pupille droite est naturelle, la gauche encore dilatée est peu contractile; cependant la malade distingue les objets avec les deux yeux. Le pouls n'est pas vibrant, il est aux environs de 96; la respiration très-naturelle. Quinze centigrammes de calomel procurent six évacuations. La journée se passe bien; l'écoulement séreux persiste aux jambes et à la grande lèvre.

L'extrême pâleur qui a succédé à l'application des sangsues a disparu, sans cependant faire place à une coloration rosée. L'enfant urine trois fois, peu abondamment. Le dépôt albumineux est plus copieux que la veille, mais moins que les jours précédents.

Le retour complet de l'intelligence, l'absence de paralysie et de tout état convulsif, indiquent que l'accident cérébral est en pleine voie de disparition; cependant la pupille gauche reste dilatée et peu contractile jusqu'au 25 avril, c'est-à-dire, jusqu'au neuvième jour à partir du début des symptômes cérébraux. Cette mydriase, qui ne s'accompagne d'aucun dérangement de la vision, se dissipe ce jour-là.

Il serait trop long de transcrire tous les détails relatifs à la marche de la maladie; qu'il nous suffise de dire que l'enfant fut presque complétement désenflée à la suite des mouchetures et qu'en même temps les urines augmentèrent d'abondance dans une proportion considérable; bien qu'elle

ne prît aucun remède diurétique, l'épanchement thoracique droit disparut.

Le 3 mai, l'écoulement séreux ayant beaucoup diminué, les urines furent aussi moins abondantes.

Le 5, l'anasarque commença à reparaître, et dès lors la maladie reprit son cours comme auparavant (anasarque énorme, ascite, hydrothorax, fréquence du pouls, urines albumineuses), et cela malgré un traitement très-varié, par le sirop magistral, l'acétate de potasse, l'acide arsénieux, l'eau de Vichy, la crème de tartre soluble, la teinture de Gayac, l'enveloppement dans la couverture de laine.

Le 29, céphalalgie subite, trouble de la vue. Ces symptômes nous faisant craindre la réapparition des accidents cérébraux, nous faisons appliquer aux apophyses mastoïdes six sangues qui produisent un bon effet. Cet accident n'a pas de suite.

Au mois d'août, l'enflure, l'ascite, l'hydrothorax double, avaient encore augmenté; les urines étaient fortement chargées d'albumine. Nous conseillons aux parents de transporter l'enfant à la campagne dans une localité où l'air est très-vif; mais son état ne se modifie pas.

Au mois de septembre, elle est atteinte d'une cholérine très-intense (vingt ou trente selles par jour). Elle désenfle complétement, l'ascite et l'épanchement disparaissent, mais la cholérine dissipée, tous les symptômes se reproduisent.

Les parents avaient, depuis le mois d'août, consulté un médecin homéopathe, dont la malade suivit pendant quelque temps les prescriptions.

Au commencement de l'hiver 1851, lorsqu'elle n'était plus soumise à aucune espèce de traitement, l'enflure, l'ascite et l'épanchement disparurent et la santé générale fut des plus satisfaisantes, sauf que les urines restèrent toujours albumineuses. Au mois d'avril 1851, on ne retrouve plus d'albumine dans les urines; puis, au bout d'un mois, elle reparaît sans aucun autre symptôme fâcheux et bien moins abondante qu'autrefois.

Dans l'été de l'année 1852, cette jeune fille a eu pendant six semaines un rhumatisme apyrétique. J'ai essayé les urines au mois de décembre, elles contenaient encore une très-faible proportion d'albumine, à peine la quinzième partie du liquide mis en expérience. Sa mère a fait l'observation que depuis cette année la transpiration, qui avait toujours fait défaut, commençait à se montrer au pli du cou et à la paume des mains, après que l'enfant s'était livrée à un exercice un peu actif.

Remarques. — Cette observation nous suggère bien des réflexions, mais nous nous bornerons à mettre en relief les circonstances qui ont le plus d'importance pour le traitement.

Cette jeune fille était atteinte d'une maladie de Bright qui, ainsi que cela arrive d'ordinaire dans l'enfance, avait suivi une marche assez rapide. Un mois après le début, l'anasarque était générale, l'abdomen et les plèvres remplis de liquide, mais rien ne faisait présager l'invasion d'une affection cérébrale, lorsque l'enfant commença à se plaindre de cette douleur sus-orbitaire que nous prîmes pour une névralgie. Le résultat apparent du traitement lui même contribua à nous faire persévérer dans notre opinion.

Il faut avouer, en effet, que l'idée la plus naturelle était que la mydriase résultait de l'application de la belladone. Cependant l'assoupissement qui accompagnait l'amaurose et la nature de la maladie dans le cours de laquelle se manifestait ce symptôme, éveillèrent notre sollicitude, et nous recommandâmes aux parents d'avoir à leur portée des sangsues prêtes en cas d'événement. Cette recommandation n'était pas superflue. Le remède put, en effet, être appliqué en temps opportun, et nous avons gardé la conviction qu'il avait grandement contribué au rétablissement de la santé de notre jeune malade.

L'effet des sangsues nous parut si avantageux, que nous n'hésitâmes pas à les faire réappliquer, lorsque, cinq semaines après le début de l'encéphalopathie, le retour de la céphalalgie et de l'amaurose nous firent craindre la réapparition des accidents cérébraux.

L'émission sanguine ne fut pas moins salutaire que la première fois, elle enleva rapidement le mal. En ôtant du sang, nous avons fait disparaître le raptus congestif ou fluxionnaire qui précède nécessairement l'effusion séreuse; en désemplissant le système veineux, nous avons favorisé l'absorption de l'épanchement. Au moyen des mouchetures, nous avons mécaniquement débarrassé l'économie d'une quantité de sérosité surabondante; enfin, en libérant les veines de la compression à laquelle elles étaient soumises depuis longtemps, nous avons permis à l'absorption de reprendre son cours interrompu.

L'évacuation du sang et celle de la sérosité sont donc les moyens les plus prompts et les plus efficaces de conjurer cet accident, qui, s'il n'est pas combattu à temps et par les moyens appropriés, peut se terminer rapidement par la mort.

Une fois la crise cérébrale suspendue, et pour en faire disparaître les dernières traces, nous avons administré une dose de calomel qui a produit d'abondantes évacuations; nous nous sommes ensuite hâtés d'alimenter notre jeune malade, afin de réparer les pertes abondantes nécessitées par le traitement actif que nous lui avons fait subir. Nous avons constaté chez cette enfant, qui paraît guérie depuis longtemps, la persistance d'une petite quantité d'albumine dans les urines. Mais la diminution considérable du produit morbide, et surtout le retour à l'état normal des fonctions de la peau, nous font espérer de pouvoir enregistrer bientôt la guérison radicale et définitive d'une maladie dont la terminaison devait, en suivant les règles du pronostic classique, être presque nécessairement fatale.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

M. Desmarres.

Deux observations remarquables de cancer de l'œil.

Le cancer de l'œil, quoique relativement rare, n'en est pas moins intéressant à étudier, soit au point de vue de l'histoire générale du cancer et des variétés qu'il peut offrir dans cet organe, soit au point de vue des espérances que le chirurgien peut conserver, lorsqu'il pratique une opération, pour en débarrasser un malade. Les deux faits suivants, outre leur rareté assez grande, auront le mérite de servir à l'éclaircissement de questions qui importent à un haut degré au praticien et au pathologiste.

1re *Observation.* — Dans le mois de février 1852, se présenta à ma clinique le nommé Dumas, âgé d'environ 40 ans, d'une assez faible constitution. Il porte sur l'œil droit une tumeur qui, vue de face (*fig.* 1), couvre le tiers inférieur droit de la cornée et s'étend de 1 demi-centimètre sur la sclérotique, au-dessous de la conjonctive; vue de profil, cette tumeur offre l'aspect que nous représente la figure 2.

Fig. 1.

Fig. 2.

L'extirpation du globe oculaire ayant été refusée par le malade, j'enlève seulement la partie saillante de la tumeur que M. Robin reconnaît, à l'aide du microscope, être de nature cancéreuse. L'opération n'est suivie d'aucun accident sérieux et l'œil se cicatrise rapidement.

Le 28 février 1853, le malade se représente à ma clinique.

La tumeur s'est reproduite et a acquis un volume quatre fois plus considérable, ainsi que le représentent les figures 3 et 4. Elle est d'une couleur rosée, tachetée en haut, en bas et dans quelques points de sa surface, par une matière noirâtre.

La moitié interne de la cornée est saine; derrière elle, on voit la moitié correspondante de la pupille qui conserve son aspect accoutumé. La vision est également conservée; le malade voit l'heure à une montre et lit même avec assez de facilité. La conjonctive bulbaire offre en dehors trois ou quatre gros vaisseaux variqueux qu'on voit dans la figure 3. Lorsque l'œil est ouvert, la paupière inférieure est assez fortement déprimée par la tu-

meur; lorsque l'œil est fermé, celle-ci fait une saillie prononcée sous les paupières. L'œil est quelquefois larmoyant et embarrassé de mucosités.

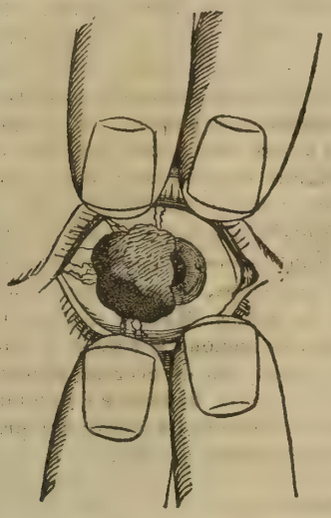


Fig. 3.

Fig. 4.

Malgré la constitution peu robuste du malade, la santé générale est bonne.

Je propose de nouveau au malade l'extirpation de l'œil qui, cette fois, est acceptée et pratiquée le surlendemain 2 mars.

La tumeur, examinée de nouveau par M. Robin, est reconnue pour une dégénérescence encéphaloïde.

La guérison s'obtient presque aussi rapidement que la première fois, et, le 1er juillet, le moignon est capable de supporter sans inconvénient un œil artificiel. Depuis cette dernière époque, je ne sache pas qu'aucune récidive ait eu lieu.

2e *Observation.*— Le second malade était un nommé Robert, âgé de 50 ans, cultivateur à Saint-Gevains, près du Parc-Grand (Ardennes), qui portait également une tumeur de la cornée et de la sclérotique du côté droit.

Cette tumeur présentait une forme bilobée et le volume d'un très-gros pois; le diagnostic sur le vivant et le microscope s'accordèrent à la considérer comme cancéreuse. Elle s'étendait du côté externe jusqu'au milieu de la pupille (*fig.* 5), et avait en-

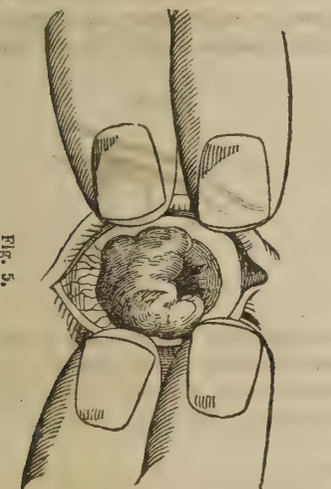


Fig. 5.

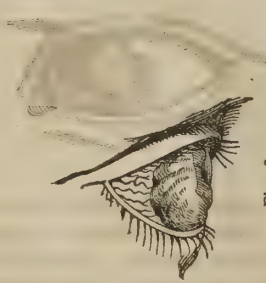


Fig. 6.

viron son milieu sur la jonction de la cornée à la sclérotique. Elle était framboisée et entourée de vaisseaux variqueux sur la conjonctive bulbaire.

L'extirpation de l'œil étant proposée et acceptée, je la pratique le 19 avril.

La dissection de l'œil extirpé montre que les membranes internes sont parfaitement saines. Le tissu cancéreux occupe environ un tiers de l'épaisseur de la sclérotique et gagne plus profondément, à mesure qu'on s'éloigne de la jonction sclérotico-cornéenne. A 1 millimètre environ de cette ligne, les fibres de la cornée sont détruites et remplacées par du tissu squirrheux qui pénètre jusqu'à la membrane de Descemet. En avançant vers le centre de la cornée, on reconnaît encore les fibres malades et comme parcheminées ou tannées qui sont en contact avec du tissu cancéreux. Un bon tiers de la cornée est ainsi occupé par la dégénérescence. La tumeur maligne est bien limitée, pas une cellule dans la muqueuse conjonctivale où elle a été tranchée par le bistouri; rien dans l'insertion du muscle droit externe, ni dans le tissu cellulo-graisseux voisin; en un mot, l'extirpation du mal est aussi radicale que possible.

Le malade guérit rapidement et quitte Paris pour retourner dans son pays.

CLINIQUE CIVILE.

1° Calcul salivaire sub-lingual,

Par M. Al. Thierry.

Observation rédigée par M. Alix.

Madame Corroaux, demeurant quai des Ormes, 22, habitant Paris depuis vingt-cinq ans et ayant exercé la profession de concierge dans différents quartiers, âgée de 45 ans, veuve, ayant eu treize enfants, d'ailleurs d'une bonne constitution, a éprouvé, il y a trois ans, une névralgie faciale du côté droit, à la suite de laquelle elle s'est fait enlever toutes les molaires inférieures de ce côté; elle a aussi perdu deux dents inférieures du côté gauche; elle porte des dents gâtées à la mâchoire supérieure.

Il y a quelques mois, elle éprouva de la cuisson dans la région sublinguale de la bouche, et de la difficulté à remuer la langue, difficulté qui augmenta de plus en plus et se faisait sentir chaque fois qu'elle voulait avaler sa salive. Au bout de trois semaines, cherchant quelle pouvait être la cause de son mal, elle regarda dans un miroir le dessous de sa langue et aperçut une grosseur et un orifice par où sortait une petite pierre.

C'est alors qu'elle vint trouver M. Thierry. La masse sublinguale du côté gauche était dure et saillante sur une longueur de 3 centimètres et une hauteur de 1 centimètre et demi, laissant apercevoir sous la peau tendue un corps à surface inégale dont la couleur jaunâtre se voyait à travers le tégument, offrant très-près du frein de la langue un orifice par où sortait un corps dont la nature calcaire était évidente.

Avec une petite curette, une portion du corps étranger fut enlevée; il resta à sa place une cavité anfractueuse au fond de laquelle on reconnaissait encore une portion calcaire; mais celle-ci était très-engagée et très-difficile à extraire, à cause de sa forme inégale et de ses saillies nombreuses, enfoncées dans les anfractuosités de la cavité où elle était contenue.

Ne jugeant pas à propos de recourir à la violence pour extraire ce reste de calcul, M. Thierry introduisit dans la cavité un morceau d'éponge. Le lendemain, l'orifice était suffisamment dilaté pour que l'opération fût terminée rapidement et sans grande douleur pour la malade.

Le calcul était comparable, pour la forme et le volume, à l'une des moitiés d'un cotylédon de grosse noix; sa surface était lisse; il était facilement friable. M. Pelouze, qui a bien voulu se charger de le faire analyser dans son laboratoire, a communiqué le résultat suivant :

« Ce calcul perd, par la calcination, 25 pour cent de son « poids. Cette perte est due à des substances azotées qui sont « brûlées.

« Il ne contient ni ammoniaque, ni acide urique, ni magné- « sie, ni acide sulfurique. Il est formé de phosphate de chaux « principalement et de carbonate de chaux.

« Ainsi, il y a :

25 pour cent de matière animale.
75 pour cent de phosphate et carbonate de chaux. »

Quant au procédé opératoire employé, il est à propos de rappeler ce principe que, lorsqu'un corps étranger est engagé dans

une cavité, on doit d'abord dilater l'orifice, avant d'avoir recours à aucun effort violent.

2° Tumeur salivaire formée par la dilatation du conduit de Sténon, près de son orifice. — Traitement et guérison,

Par M. E. Alix.

Gay, demeurant rue des Juifs, 2, âgé d'environ 40 ans, exerçant la profession de contre-maître dans une filature, s'est offert à mes soins dans les premiers jours d'avril 1851. Il portait à la joue droite, à environ 2 centimètres au-dessous du bord inférieur de l'os malaire, entre le bord antérieur du masséter et le bord postérieur du muscle zygomatique, une tumeur de la grosseur d'une noisette, que je regardai comme un petit abcès, et que j'ouvris aussitôt dans le point où la peau était le plus amincie. Il en sortit du pus mêlé d'une sérosité filante, et offrant une odeur caractéristique très-désagréable, qui rappelait celle des matières en décomposition. La tumeur s'affaissa immédiatement, et, au bout de quelques jours, la plaie était cicatrisée. Au bout d'un mois, le malade revint me trouver. Il portait, dans le même point, une petite tumeur couverte d'une peau rouge, amincie, offrant l'aspect d'un abcès prêt à percer. Il me dit alors que, depuis cinq ans, tous les deux ou trois mois, il lui survenait au même point une tumeur qui perçait et se cicatrisait, pour reparaître au bout d'un égal intervalle; que déjà M. Jobert (de Lamballe) lui avait percé deux fois son abcès. Le malheureux était désespéré, il se croyait condamné à garder toute la vie cette infirmité dégoûtante.

J'ouvris l'abcès, il en sortit un pus fétide comme la première fois. Le lendemain, soupçonnant l'existence d'une fistule salivaire, j'excitai la sécrétion de la salive; elle sortit en abondance par l'ouverture de la plaie. Une sonde introduite par la plaie pénétra jusqu'à la muqueuse buccale, à travers laquelle je pus la sentir avec le doigt. Je parvins à introduire une sonde d'Anel par l'orifice de Sténon; les deux sondes se rencontrèrent. Certain qu'il s'agissait d'une fistule salivaire, j'espérai obtenir un résultat heureux à l'aide de la compression. La plaie cicatrisée, je fis encore maintenir sur la cicatrice un tampon de charpie. Mais cette compression était incomplète, parce qu'il y avait dans la bouche, sous la muqueuse, une véritable poche rendue manifeste par un repli de la membrane quand la poche était vide, et par une tumeur lorsqu'elle s'emplissait. Le malade se lassa bientôt de maintenir la compression. Je pris le parti de vider fréquemment la poche par pression, en même temps que je dilatais l'orifice de Sténon par le cathétérisme répété avec des sondes de plus en plus grosses. La poche vidée, la tumeur se reproduisait en moins de trois jours; mais la salive n'étant plus stagnante, il n'y avait plus lieu à sa décomposition putride et à la formation d'un abcès. Je ne pus continuer ces soins parce que le malade fut obligé de quitter Paris. Il revint me trouver au bout de deux mois. Dans cet intervalle, l'abcès s'était fermé et cicatrisé une première fois; il y avait un nouvel abcès quand je le vis.

Je renonçai alors à tout espoir de guérir cette affection, sans avoir recours à un procédé opératoire qui ouvrît largement à l'intérieur de la bouche, la poche où la salive s'accumulait. Aussitôt que la plaie fut détergée, j'introduisis jusqu'au fond de la tumeur un gros trois-quarts, à l'aide duquel je perforai la membrane muqueuse en deux points qui se trouvèrent distants d'environ un centimètre. Par ces deux temps, je fis passer les deux extrémités d'un fil de plomb dont l'anse resta dans la joue, tandis que les deux bouts furent tordus à l'intérieur de la bouche. (procédé de Deguise). Au bout de 15 jours, la plaie de la joue était cicatrisée. L'anse de plomb resta deux mois. Au bout de ce temps, je la retirai. La salive pouvait s'échapper par deux ouvertures très-suffisantes. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue. On peut donc aujourd'hui la considérer comme complète.

Cette observation ne nous montre pas seulement une fistule salivaire, mais une véritable *tumeur salivaire*, tout à fait comparable à la tumeur lacrymale, formée comme celle-ci par accumulation du produit sécrété et donnant lieu à un abcès. Cette tumeur était idiopathique, elle n'était causée par aucune maladie des parties voisines, soit des os, soit des parties molles.

Les diverses phases de la maladie nous montrent que l'indication à laquelle devait répondre le traitement, n'était pas de fermer la *fistule*, mais de détruire la *tumeur*, en produisant un large écoulement da la salive dans la bouche.

Observation de mort prompte et imprévue par suite d'un coup de feu dans la cuisse. — Gaz dans les veines et dans le cœur. — Question médico-légale,

Par le docteur Lesueur, de Vimoutiers (Orne).

Le 2 octobre au soir, je recevais de mon confrère, M. Desnoyers, l'invitation de me rendre le lendemain matin avec lui dans la commune de Saint-Gervais-des-Sablons, pour y voir un jeune homme qui avait reçu un coup de feu dans la cuisse. Avant d'arriver au domicile de ce jeune homme, nous apprîmes qu'il était mort de la veille, quelques heures après la visite de mon collègue. Un si prompt et si imprévu dénoûment nous surprit également. Voici ce que M. Desnoyers me raconta :

Dauphin, que nous allions voir, était âgé de 20 ans, d'une forte complexion et d'une robuste santé. Le 24 ou 25 du mois dernier, il était monté dans une coudre pour y cueillir des noisettes. La propriétaire de cette coudre l'ayant aperçu, l'engagea à se retirer; sur son refus, elle alla chercher un fusil et en déchargea un coup presque à bout portant dans la cuisse du jeune homme. On le transporta chez lui, et le docteur Desnoyers fut promptement appelé. Notre confrère sonda la plaie, en retira des plombs et de la bourre, et put espérer n'avoir rien laissé dans la profondeur des tissus; car, jusqu'à lundi dernier, neuf jours après l'accident, le blessé s'était trouvé fort bien et la plaie semblait prendre une marche rassurante. Cependant, mardi matin, Dauphin accusa un malaise général, de la soif et comme un commencement d'engourdissement général; pas de frissons; la plaie ne présentait encore rien de particulier.

Prescription. Vin de quinquina, boissons acidulées, injections chlorurées.

Le lendemain matin, vers onze heures, le malade, qui conservait toute son intelligence, répéta qu'il ressentait le même *engourdissement* que la veille, et que, de plus, il *se sentait refroidir*. Le pouls était très-faible, sans fréquence; le malade était encore assez fort pour pouvoir se lever et se prêter à recevoir une injection dans la plaie. Celle-ci avait pris une teinte violacée sur les bords, et la cuisse, sensiblement tuméfiée, semblait être menacée de gangrène, autant par son refroidissement que par une teinte particulière de la peau. Notre confrère vit l'indication de larges et profonds débridements; mais la plaie ayant son siége en dedans de la cuisse et vers la partie moyenne, c'est-à-dire dans le voisinage de la veine et de l'artère fémorales, il ne crut pas devoir entreprendre seul une opération qui pouvait présenter des difficultés et des dangers. C'est alors qu'on décida de m'appeler, ce qui ne pouvait se faire que pour le lendemain matin, une distance de 12 kilomètres au moins, séparant Vimoutiers de la commune de Saint-Gervais.

Les renseignements que venait de me donner mon confrère sur les incidents qui avaient si promptement, et d'une manière si imprévue, terminé les jours de Dauphin, me firent réfléchir, et je songeai à la communication que M. Maisonneuve venait de faire aux Académies des sciences et de médecine, sur ce qu'il appelle gangrène foudroyante.

La justice, en ordonnant l'autopsie de Dauphin, devait nous mettre à même de faire des recherches sur la cause de la mort, et vendredi à quatre heures du soir, quarante-huit heures après le décès, mon collègue, M. Desnoyers et moi, étions réunis pour procéder à la recherche des lésions organiques qui avaient pu

causer cette mort, et pour établir si elle devait être la conséquence du coup de feu.

Le cadavre avait été enseveli et déposé dans un cercueil. Après l'en avoir retiré, nous pouvons constater qu'il est dans un état de conservation aussi complete que possible ; la rigidité cadavérique existe encore d'une manière très-notable ; le ventre est légerement ballonné, les testicules sont emphysémateux. Au côté interne, et vers la partie moyenne de la cuisse gauche, apparaît la plaie de 3 à 4 centimètres de diametre ; cette région est tumefiée jusqu'à l'aine et d'une couleur livide. Des incisions faites avec ménagement, pour suivre la direction de la plaie et ses limites, donnent issue à de nombreuses bulles de gaz. Cette plaie pénètre obliquement en haut, dens une longueur de 5 centimètres ; là, elle se bifurque : un trajet fistuleux se poursuit en haut, dans la direction et dans le voisinage de la gaîne des vaisseaux fémoraux ; un autre se dirige en bas et en arrière, dans l'épaisseur des adducteurs et des autres muscles de la partie interne de la cuisse. Dans cette partie, nous trouvons un grand nombre de plombs disséminés dans les tissus et un morceau d'étoffe qu'on reconnaît facilement pour appartenir au pantalon du blessé. Les veines de la cuisse, examinées avec attention, ne présentent rien de particulier. Autour de la plaie, tous les tissus sont confondus dans un putrilage rougeâtre. Nous suivons les veines dans l'abdomen : la veine-cave est saine, mais la veine rénale gauche contient un caillot noirâtre et est distendue par un gaz dont il est facile de déplacer les bulles. Le foie, la rate, les reins ne présentent rien à noter. La muqueuse de l'estomac offre une legere tache violacée ; elle contient un quart de verre environ de mucus épais et grisâtre. Le cerveau, examiné avec soin dans toutes ses parties, nous paraît parfaitement sain. Les poumons d'une couleur normale sont crépitants et remplissent la poitrine, mais le cœur nous offre une particularité remarquable : après avoir fendu le péricarde, qui contient à peine quelques cuillerées de sérosité, nous apercevons un cœur distendu qui, percuté, rend un son tympanique. Nous appliquons une ligature sur sa base et nous coupons les vaisseaux au dela ; puis, ayant placé le cœur sous l'eau, nous pouvons avec une éprouvette recueillir une certaine quantité de gaz qui s'échappe de ses cavités après y avoir fait une ponction. Le sang dans les deux cœurs est en petite quantité ; il est noirâtre et diffluent. On peut évaluer à un verre la quantité de gaz contenue dans le cœur. Nous en avons pu recueillir un quart de verre environ que nous conservons pour l'analyse.

Si notre attention n'eût point été attirée vers l'examen minutieux du cœur par le souvenir du travail de M. Maisonneuve, nous eussions été certes bien embarrassés pour pouvoir trouver dans cette autopsie la raison d'une mort si précipitée. Sans doute, les bonnes conditions de santé dans lesquelles vivait Dauphin avant l'accident, et l'impossibilité de trouver dans aucun organe essentiel une cause de mort independante de la plaie, étaient déja de puissantes raisons pour faire admettre que notre malheureux jeune homme était victime du coup qu'il avait reçu. Cette conclusion pouvait néanmoins être contestée. Dans une question de cette gravité il serait à désirer qu'on pût toujours s'appuyer sur une demonstration directe. M. Maisonneuve a-t-il, dans les cas de cette espèce, fourni à la science un moyen sûr d'éclairer la justice? Les gaz trouvés dans le cœur et dans les veines sont-ils suffisants pour éteindre la vie dans l'organisme? Ces gaz exigent-ils toujours, pour se développer, qu'une plaie plus ou moins grave et profonde désorganise nos tissus? Maintenant que la solution de ces diverses questions va nécessairement occuper les médecins, les faits, pour ou contre, ne manqueront pas de se produire, et, sans doute d'ici peu, la science sera fixée sur ce point.

Mais pour ne nous occuper que de notre sujet, on peut se demander si les gaz trouvés dans le cœur, 48 heures après la mort, ne seraient pas la conséquence de la décomposition putride du sang? L'état de conservation du cadavre ne permet guere d'admettre cette supposition. On a bien des fois signalé la présence d'un gaz dans les cavités du cœur, mais toujours dans des conditions morbides différentes de celles qui nous occupent. Les bourses étaient le siége d'un emphysème très-notable qui se rencontre aussi dans les cas de décomposition putride avancée, mais nous l'avons fait remarquer, le sujet conservait encore une rigidité très-notable, et très-probablement les gaz qui soulevaient le scrotum avaient la même origine que ceux de la cuisse malade. L'emphysème se développant de proche en proche, avait gagné les bourses et pris là un developpement plus considérable qu'ailleurs, par suite de l'extrême laxité du tissu cellulaire de cette région.

Tout bien considéré, je crois que, chez notre malheureux jeune homme, il s'est développé dans les veines ou que celles ci ont absorbé un gaz qui, circulant avec le sang, est allé porter la mort au sein de l'organisme, et que ce gaz ne s'est développé ou n'a été absorbé, que par suite du désordre organique du coup de feu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 3e ARRONDISSEMENT DE PARIS.

Rapport sur le charlatanisme,

Lu dans la séance du 3 Novembre 1853, par M. le Dr Ameuille.

Quoique nous ayons reçu, depuis quelque temps déjà, l'opuscule de M. Piogey, dont rend compte le rapport suivant, et que nous devions en faire très-prochainement le sujet de quelques réflexions, nous n'en croyons pas moins utile de publier celles qu'a présentées, à la Société du 3e arrrondissement, un de nos plus honorables confrères, M. le docteur Ameuille.

Messieurs,

Je viens vous rendre compte d'une brochure que vous a adressée un de nos honorables confrères, M. le docteur Piogey : *Du Charlatanisme médical et des moyens de le réprimer*. Il y a quelques mois, la Société de médecine tout entière du 2e arrondissement vous saisissait de la même question par l'organe de son secrétaire-général, M. Despaulx-Ador.

Ne jugeant pas la question sufffisamment étudiée, sans doute, ou ne trouvant pas applicables les moyens proposés, vous avez écarté la proposition. Il faut, messieurs, que le mal auquel on veut remédier soit bien sérieux et bien profond, pour qu'on y revienne à des intervalles aussi rapprochés et en dépit de l'accueil assez froid que l'on a coutume de faire à ces sortes de tentatives. Ce n'est cependant pas du dédain ou de l'indifférence, je me plais à le croire, c'est bien plutôt du découragement qu'ont ressenti la plupart de nous en voyant sans cesse rejetées, dans l'avenir le plus lointain, les améliorations ou les réformes tant désirées. Et pourtant, nous avons été bien près du port en 1847, et si la position qu'on devait nous faire n'était pas parfaite, elle était cependant telle, que nous l'eussions vivement préférée à l'état d'abandon presque complet dans lequel nous végétons depuis plus d'un demi-siècle. C'est cet état d'abaissement, d'oubli dans lequel le pouvoir laisse une profession aussi honorable que la nôtre, et qui intéresse aussi vivement la santé publique, la moralité des familles, qui a excité quelques esprits généreux et les a poussés à faire entendre le cri de leurs souffrances ou de leur indignation. D'abord ce fut une plainte isolée, puis les efforts de quelques courageux praticiens, aujourd'hui ce sont les Sociétés de médecine elles-mêmes qui s'émeuvent et s'encouragent mutuellement à tenter cette œuvre capitale pour la société comme pour nous : la réforme de l'exercice de la médecine.

Jusqu'à présent, dit M. Piogey, chaque fois qu'il a été question de changements à introduire dans l'exercice de l'art de guérir, on a rencontré, ou une opposition systématique, ou la plus grande indifférence ; mais la véritable voie est ouverte, le sillon se trace : les Sociétés d'arrondissement se montrent jalouses de leur honorabilité en expulsant de leur sein, et en marquant du sceau du mépris, ceux qui commettent des méfaits professionnels : elles se font justice dans la limite de leurs pouvoirs. La tâche qu'il s'est imposée aura été remplie selon son désir, s'il a réveillé l'apathie de ceux qui ne s'inquiètent pas des abus, parce qu'ils ne leur portent aucun préjudice ; s'il a développé la légitime indignation des hommes de bien, qui ne soupçonnent jamais que la perversité pare sa laideur et son hypocrisie du manteau de la philanthropie et de la morale, et s'il a démontré l'insuffisance de la législation.

Notre honorable confrère pose d'abord en principe que le médecin a pour mission de guérir ou de soulager les plaies physiques et morales

des malades qui l'appellent à leur chevet, de cultiver l'honorabilité professionnelle et de la faire respecter.

Le premier chapitre est consacré au charlatanisme en général ; le deuxième traite de l'association des médecins et des pharmaciens, de la consultation gratuite et du cumul ; le troisième des remèdes secrets ; le quatrième des annonces et des réclames ; le cinquième des causes du charlatanisme et de l'insuffisance des lois. A ces tableaux pénibles et que vous connaissez tous, mes chers confrères, par votre expérience et sans qu'il soit besoin de s'y arrêter, l'auteur oppose dans son chapitre VI le concours de la corporation médicale dans l'assistance publique, et montre tout le bien que font les vrais médecins, sans ostentation, ni affiches, ni réclames. Enfin, dans ses conclusions, il propose les mesures qu'il croit indispensables et pouvant être promptement réalisées. Le charlatanisme doit être combattu par des lois rigoureuses, mais surtout par des mesures préventives énergiques. Tout ce qui contribue à empêcher l'accomplissement d'un délit a une efficacité supérieure aux pénalités les plus sévères. Notre confrère termine en renvoyant au projet présenté en 1847 par M. de Salvandy, au nom du gouvernement, à la chambre des pairs, projet adopté en partie, et qui serait devenu une loi sans la révolution de Février.

C'est à dessein, messieurs, que je ne veux pas entrer dans l'examen particulier des différents moyens proposés en dehors d'une loi générale, ils ont presque tous l'inconvénient de ceux que vous avez déjà combattus, et je veux éviter tout ce qui pourrait donner lieu à des discussions inutiles ou irritantes.

Que vient-on vous proposer, d'abattre le charlatanisme? D'empêcher le public d'y avoir foi? Mais on n'y arriverait pas, tous les raisonnements n'y feraient rien. Il faut à l'esprit de certaines gens une erreur à caresser et pour laquelle ils se passionneront. Et parmi eux, vous voyez figurer, non pas tant les classes inférieures de la société, que leur ignorance presque complète devrait livrer pieds et poings liés au charlatanisme, mais surtout ce commun des martyrs qui, bien fier des fausses lumières que lui donne une éducation incomplète, se flatte de connaître, d'apprécier, de juger, et qui souvent se jette dans l'erreur par une espèce d'esprit de parti et croyant par là se donner des airs d'indépendance morale. C'est là surtout que nous retrouverons les adeptes de tous les genres de charlatanisme, depuis l'homœopathie et le somnambulisme, jusqu'à ce dernier monument de l'imbécillité humaine, l'art de consulter les tables pour converser avec les esprits célestes et en tirer des prescriptions médicales qui sont le plus souvent des prières à réciter. J'avoue que pour cette fois on a trouvé un médecin commode et plus économique que la cigarette camphrée elle-même, de si pénétrante mémoire.

Et n'allez pas croire, mes chers confrères, que je veuille vous mettre en garde contre tel ou tel genre de charlatanisme, j'ai promis de ne pas toucher au sujet, et si ce n'était l'*esprit frappeur* qui régnât aujourd'hui, ce serait, ce sera demain, toute autre chose plus ridicule encore peut-être et qui trouvera des croyants d'autant plus robustes qu'elle sera plus incroyable. Mon intention est seulement de vous montrer combien il est du devoir de la loi de retenir, dans les limites qu'il lui est légitimement permis d'atteindre, les manifestations du charlatanisme. Elle doit protéger la société, même malgré elle, et elle n'a pris que des précautions illusoires pour cette société et cruelles pour nous, en exigeant des médecins seuls, le jour où elle leur accorde un diplôme presque caduc, de vastes connaissances et de sérieuses épreuves. La loi, je le sais bien, ne peut empêcher ni la faiblesse ni la sottise humaines, mais elle doit vigoureusement veiller à ce que cette sottise ne puisse être exploitée au nom de l'art.

Ce que M. Despaulx-Ader est venu, dans un très-beau langage, vous dire au nom du 2e arrondissement, ce que M. Piogey vous redit en termes plus précis encore, je viens vous le répéter en tâchant de le rendre plus efficacement applicable. Oui, vous êtes impuissants comme société, parce que les gens honorables viendront seuls solliciter leur admission dans votre sein et se soumettre à votre censure ; mais vous devez à votre propre honorabilité, puisque nul plus que vous n'a vu l'horreur des plaies qui dévorent la société et la mettent en péril, vous devez implorer la loi et faire parvenir le cri de la vérité et de votre conscience jusqu'à ceux qui sont chargés de faire les lois.

Nous ne vivons plus au temps, dit notre auteur, où les meilleures idées, les faits les plus évidents, étaient embrouillés, obscurcis par la discussion, et où les esprits étaient emportés loin du but vers lequel ils doivent tendre : l'application pratique.

Le gouvernement de l'Empereur, espérons-le, ne laissera pas inachevées les lois de l'an XI et de l'an XIII, monuments importants pour l'époque, mais insuffisantes pour arrêter les débordements du charlatanisme. Il ne peut rester sourd plus longtemps aux légitimes demandes de ceux qui conservent la vie et la santé, qui, dans un temps d'épidémie, dans les circonstances les plus périlleuses, volent au danger et exposent leurs jours avec un courage et un dévouement dont on constate sans cesse les nombreux exemples.

Si vous êtes pénétrés comme moi de l'importance du mal, mes chers confrères, de quel nom me servirai-je pour caractériser votre résolution de ne rien faire ? Qu'attendriez-vous donc ? Ne venez-vous pas encore de voir tomber dans la lutte un de nos plus estimables collègues, votre ancien président ? Eh quoi ! avoir pendant trente ans suivi cette carrière semée de tant d'écueils et de tentations mauvaises, sans avoir jamais bronché d'un pas, et mourir avec le désespoir de laisser sa famille sans ressources suffisantes. Ah ! c'est cruel. Il avait cependant une dernière espérance au cœur, car il avait foi en nous. Et la famille confraternelle ne lui a pas fait défaut. Pendant ce temps, au contraire, le charlatanisme prend ses aises, va en voiture, et, quand ses poches sont suffisamment gonflées, cède sa raison de commerce à un nouvel exploiteur.

Ce ne sont pas là des questions oiseuses et dissolvantes pour qui se sent au cœur de la générosité : ce sont à mes yeux les questions les plus capitales ; et, comme on vous l'a dit bien des fois, vous n'êtes pas, vous sociétés d'arrondissement, des corps savants seulement, vous êtes avant tout créées pour veiller à l'honorabilité de votre profession. Restez donc fidèles à votre programme tout entier. Osez, vous réussirez peut-être, et dans tous les cas vous aurez la satisfaction d'avoir bien fait. Ce n'est jamais le premier jour que la vérité a raison, mais il est beau d'être des premiers à montrer cette vérité.

Je regarderai comme un titre à l'estime de mes confrères d'avoir été chargé par vous de l'honneur d'appeler votre attention sur cette question si importante, et de vous supplier de la traiter avec votre haute raison.

Remercier M. Piogey de son envoi, le féliciter de ses efforts, et inviter toutes les Sociétés d'arrondissement à se joindre à nous, en nommant deux commissaires, par exemple, pour adresser la demande motivée d'une loi sur l'exercice de l'art de guérir au gouvernement de l'Empereur, telles sont les conclusions que j'ai l'honneur de vous proposer.

Paris, le 3 novembre 1853. Dr AMEUILLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nouvelles du choléra.* — Aux deux cas de choléra qui se sont déjà développés à Paris, il y a huit ou dix jours, et dont nous avons informé nos lecteurs, nous devons en ajouter six autres, moins graves il est vrai. Deux ont été reçus dans les hôpitaux, et deux ont été traités à domicile dans le quartier Popincourt. De ces six cas, deux seulement, à ce qu'il paraît, se sont terminés par la mort.

Au reste, la marche que l'épidémie suit à Londres, à Anvers et sur nos côtes de l'Océan, doit nous faire espérer qu'elle sera la même chez nous, c'est-à-dire que la maladie sera d'une extrême benignité.

— L'École de Pharmacie a fait sa rentrée le 9 novembre en séance publique. M. Figuier, professeur agrégé, a lu une des plus savantes et des plus intéressantes *Études sur la doctrine et les travaux des alchimistes.*

Les noms des lauréats du concours ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

1er *prix* (médaille d'or) : M. Sarradin (Stanislas-Eugène), né à Nantes.

2e *prix* (médaille d'argent) : M. Pont (Jules-Joseph), né à Crécycouvé (Eure-et-Loir).

Mention honorable : à M. Rissler (né à Mulhouse).

La Société de Pharmacie qui, pour cette solennité, s'était réunie à l'École, a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Pasteur, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg ; pour sa belle découverte sur la transformation de l'acide tartrique en acide racémique. Elle a ensuite proposé :

1° Un prix de 4,000 fr. pour la fabrication artificielle de la quinine ;
2° Un prix de 2,000 fr. pour l'analyse du Nerprun ;
3° Un prix de 1,000 fr. pour l'analyse du Chanvre.

— Dans le comité secret qui a suivi la séance extraordinaire de samedi, l'Académie de médecine a arrêté qu'elle accorderait les récompenses suivantes le jour de sa séance solennelle :

Prix Capuron. — Prix de 700 fr. à M. Ernest Baudrimont ;
Encouragement, 300 fr. à M. Filhol, de Toulouse.

Prix Civrieux. — Prix de 1,000 fr. à M. Émile Rémilly ;
Encouragement à M. J. Gimelle fils.

Prix de l'Académie. — Prix de 1,000 fr. à M. Raoul Leroy (d'Étiolles).
— 700 fr. à M. Abeille.
— 300 fr. à M. Landry (Octave).

Prix Portal. — Prix de 1,000 fr. à M. Bach.

Mentions honorables. MM. Philippeaux. Le Tertre-Vallier.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 1. — N° 138. 1re ANNÉE. Jeudi 17 Novembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 7 novembre. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 16 *Novembre* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(**Perchlorure dans les anévrismes. — Principes d'expérimentation.**)

La moitié publique de la séance extraordinaire de samedi dernier a été consacrée à la lecture de la première partie du rapport annuel sur les établissements thermaux; on sait que l'honorable M. Patissier se charge de cette tâche aussi louable qu'ingrate, et qui offrirait cependant un vif intérêt, si l'on pouvait faire que MM. les académiciens prissent quelque jour au sérieux cet important sujet.

Le programme de la séance d'hier était, on se le rappelle, la discussion sur le perchlorure; la meilleure preuve que cette discussion a été prématurée, c'est la difficulté qu'on a éprouvée à trouver des orateurs; M. Malgaigne lui-même avait cru pouvoir se dispenser d'assister à la plus grande partie de la discussion. M. Velpeau, le premier inscrit, n'ayant pas trouvé le champ-clos suffisamment garni de champions, a demandé une trève de quelques minutes, pendant laquelle M. Depaul a été appelé à présenter à l'Académie les pièces anatomiques d'un cas fort curieux de vice de conformation des organes génito-urinaires. Nous publierons une Note qui donnera une idée complète de ce fait curieux.

M. Velpeau a ensuite repris son tour d'inscription, et malgré sa fécondité de ressources oratoires, il n'a pu échapper à la nécessité de répéter, en la développant toutefois, son allocution de la précédente séance. Ce qu'il y avait de plus inédit dans son discours, c'est la discussion des principes philosophiques en matière de thérapeutique et d'expérimentation, proclamés par M. Moreau et *un peu* des principes de M. Gerdy; je dis un peu, car M. Velpeau a glissé, comme à dessein, sur les arguments de son collègue de la Charité. Puisqu'on parle principe, nous profiterons de l'occasion pour compléter, sur ce sujet, la discussion de M. Velpeau.

M. Gerdy a proclamé que le chirurgien ou plus généralement le thérapeutiste, doit avoir pour guide de ses expérimentations ces deux sentiments :

1° Ne jamais désirer être le premier à tenter un essai thérapeutique, et se dire au contraire qu'on ne le fera qu'après que d'autres l'auront fait déjà;

2° Ne jamais tenter sur les malades étrangers que ce que l'on essaierait sur sa femme et ses enfants.

Ces préceptes, quoique dictés par des intentions évidemment excellentes, ne sont pas pour cela tout ce que l'on peut formuler de plus rationnel en matière de thérapeutique. Quant au premier, M. Velpeau a fait observer avec beaucoup de raison, que si personne ne voulait être le premier à tenter une opération nouvelle, il n'y aurait jamais d'opération nouvelle; il s'agit donc beaucoup moins de savoir si l'on opère ou si l'on expérimente le premier que de savoir si l'on opère ou expérimente à juste titre. Toutefois, on ne saurait s'empêcher de reconnaître avec M. Gerdy, que le désir d'être le premier à faire un essai est une disposition dangereuse, et que, de plus, cette disposition existe; M. Velpeau a bien dit, avec raison, qu'il ne dépendait pas d'un chirurgien, d'un expérimentateur d'être le premier à employer une méthode nouvelle; qu'il fallait pour cela des cas qui en comportassent l'application, et que le hasard seul amenait ces cas à tel ou tel expérimentateur; mais l'éminent professeur a oublié, sans doute, qu'on pouvait venir un peu en aide au hasard, ou qu'on pouvait, en d'autres termes, appliquer la méthode nouvelle dans des conditions où les anciennes auraient parfaitement rempli le but.

Or, ce qui est possible en théorie, est réel en pratique; sans doute, on n'opère pas *pour le plaisir d'opérer*, suivant les expressions de M. Velpeau; mais il est arrivé qu'on a opéré ou expérimenté pour frapper les assistants, pour attirer les auditeurs par l'étrangeté ou la rareté du spectacle, pour grandir sa réputation, par amour exagéré de la science, voire même par simple curiosité. N'avons-nous pas vu de nos propres yeux, des cols d'utérus parfaitement sains, être amputés comme cancéreux, quand il était impossible que personne s'y trompât? N'avons-nous pas vu des chlorotiques au dernier degré, des cancéreux exsan-

gues, saignés pour la vaine satisfaction de savoir jusqu'à quel chiffre descendait la fébrine, jusqu'à quel nombre diminuaient les globules? N'avons-nous pas vu dans ce genre bien d'autres choses encore?

Non, M. Gerdy n'a pas eu raison de formuler son premier précepte comme un aphorisme thérapeutique; mais la disposition qu'il a signalée existe et elle a surtout existé bien davantage; il faut donc, comme M. Gerdy l'a fait, la reconnaître et oser la flétrir.

Quant au second précepte formulé par M. Gerdy, quoique ce précepte soit en quelque sorte emprunté au discours sur la montagne, nous n'hésiterons pas à déclarer qu'il nous paraît inapplicable en thérapeutique et surtout en thérapeutique opératoire.

En morale générale, les questions de sentiment jouent et doivent jouer un grand rôle; en morale scientifique, si l'on peut ainsi dire, la raison seule ou plutôt les faits doivent être pris en considération. Nous avons invoqué ce principe à propos de la question de l'avortement provoqué; nous ne croyons pas devoir y renoncer aujourd'hui. Lorsqu'un médecin se trouve dans la situation que suppose M. Gerdy, les conditions d'une saine appréciation thérapeutique n'existent plus pour lui, et ce qu'il déciderait pour les siens dans de telles conjonctures, pourrait bien être tout différent de ce qu'il déciderait pour d'autres, sans que sa conscience pût en être soupçonnée. Le *criterium* posé par M. Gerdy ne saurait donc avoir toute la valeur qu'on serait tenté de lui accorder tout d'abord.

Pour en revenir au perchlorure, les chirurgiens étaient-ils autorisés, sont-ils autorisés encore à en tenter l'application dans le traitement des anévrismes? Nous n'hésitons pas à répondre oui, malgré notre éloignement bien connu pour toutes les innovations hasardeuses. Seulement, nous croyons qu'après le travail de M. Malgaigne, on devra se montrer très-réservé dans l'emploi de cette méthode, et qu'on ne devra la mettre en usage que dans les cas où la ligature trouverait des difficultés inaccoutumées, comme, par exemple, chez le malade de M. Lenoir, qui avait une ossification de l'artère anévrismatique.

Du reste, sur l'appréciation de la méthode, il n'y a rien à ajouter à ce qu'a dit M. Velpeau, qui a critiqué avec le sens pratique qu'on lui connaît l'observation de M. Malgaigne. Nous n'avons à faire nos réserves que sur ce qu'il a dit relativement au caillot formé par le perchlorure, et à en appeler à l'expérience de ses considérations purement théoriques; c'est ce qu'il a été obligé de faire lui-même après avoir exposé une foule de vues plus ou moins ingénieuses. Nous aimons mieux commencer par où il a fini.

Nous ferons connaître plus tard les expériences dont M. Leblanc a entretenu l'Académie et qui viennent à l'appui de notre opinion sur l'état de la question du perchlorure.

Terminons en appelant l'attention des praticiens sur un procédé ingénieux d'urétrotomie appliqué avec succès par M. Maisonneuve.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 7 Novembre.

M. Serres, poursuivant avec un zèle auquel on ne saurait trop applaudir ses recherches sur tout ce qui peut concourir au progrès de l'anthropologie, cette belle science si importante et si peu avancée encore, a communiqué à l'Académie une lettre de M, le prince Demidoff relative à l'envoi d'une collection de tous les types d'hommes habitant l'empire de Russie, collection comprenant tout ce que le savant professeur d'anthropologie désigne sous le nom de types hyperboréens. Nous renouvellerons à propos de cette communication le vœu que nous avons exprimé déjà, c'est qu'il serait de la plus grande utilité, pour le progrès et la propagation de la science à laquelle il attache, avec raison, une si haute importance, de publier la description exacte de ceux des types sur lesquels la science posséderait, à son avis, des données suffisantes. C'est seulement ainsi qu'on dissipera les doutes qui existent dans beaucoup d'esprits sur la certitude à laquelle peut parvenir l'anthropologie, et que l'on facilitera les recherches de ceux qui ont foi dans l'avenir de cette partie de l'anatomie, qui serait en même temps une des plus belles parties de la philosophie.

M. Marchand, qui a habitué l'Académie à des communications intéressantes, a fait connaître les résultats de quelques observations sur les eaux stagnantes, dont toutes ne présentent pas un grand caractère de nouveauté. Il est fâcheux que M. Marchand ait passé par simple voie d'induction de la partie chimique à la partie hygiénique. Rien ne peut suppléer, en hygiène pas plus qu'en pathologie ou en thérapeutique, à l'observation directe.

M. Chatin a écrit une Note intéressante pour faire concorder les observations de M. Casaseca avec la doctrine sur l'étiologie du goître, à laquelle l'ont conduit ses belles recherches sur l'iode, et il a communiqué en même temps quelques nouvelles analyses qui viennent confirmer les résultats auxquels il est déjà arrivé et que tout le monde connaît aujourd'hui.

Un chimiste dont le talent égale la modestie, M. Langlois, pharmacien en chef des Invalides, a fait connaître à l'Académie des observations fort intéressantes sur l'action de l'acide carbonique, sur la quinine et sur la cinchonine, et après avoir étudié les carbonates de ces deux bases, il a été conduit à émettre sur les carbonates de bases végétales, des vues que les chimistes apprécieront et qui ne seront peut-être pas sans conséquences ultérieures pour la thérapeutique.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. TRIQUET, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite. Voir les nos* 131, 132, 133, 136.)

10e *Observation.* — *Otite typhoïde.* — Je retrouve dans mes Notes de 1848, une observation, incomplète il est vrai, mais qui n'en renferme pas moins certains renseignements utiles. Il s'agit d'une femme de 27 ans, entrée à l'hôpital de la Charité, à la fin de septembre 1848, pour une affection étrangère à celle qui attire notre attention.

D'après ce qu'elle raconte, elle aurait eu une fièvre typhoïde au mois de juillet 1847; la maladie et la convalescence n'auraient pas duré moins de quatre mois.

A cette époque, c'est-à-dire au mois d'octobre de la même année, la céphalalgie, les bourdonnements et la surdité, qui avaient toujours existé depuis la fièvre typhoïde, étaient devenus plus intenses.

L'oreille droite devint douloureuse, et, quelques jours plus tard, on en vit sortir du pus, en quantité assez abondante, et mêlé de sang noir en grumeaux. En même temps, la malade crachait, mélangé à la salive, un liquide fétide et ressemblant à celui qui s'écoulait par l'oreille. Cette *otorrhée* a duré sept mois.

(Vésicatoires, cautères, séton.) Tels sont les moyens qu'on mit en usage.

L'écoulement disparut; mais il s'est montré de nouveau à différents intervalles.

Une douleur profonde est restée dans l'oreille et dans le côté correspondant de la tête.

Quand cette malade se mouche, la bouche fermée, on n'entend pas de sifflement par l'oreille.

Mais, en examinant le tympan à l'aide du spéculum d'Itard et d'un rayon de soleil, on peut constater que cette cloison présente une perforation à peu près centrale, de la largeur d'une grosse tête d'épingle.

Au moment où nous examinons cette malade, il n'y a pas de traces d'otorrhée. Cependant elle est presque entièrement sourde de ce côté : car elle entend à peine le tic-tac d'une montre appliquée sur le pavillon.

Nous trouvons ici tous les caractères d'une otite typhoïde, avec suppuration de la *caisse :* et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que le pus soit resté plus de quatre mois enfermé dans cette *cavité,* avant de se frayer une issue à travers le tympan.

Un détail encore digne d'attention, est l'écoulement simultané par la trompe et par la caisse.

S'il m'était permis d'émettre une hypothèse, j'inclinerais volontiers à penser que la collection remplissant totalement la cavité du tambour, tout passage pour l'air était intercepté, et qu'alors les deux pressions atmosphériques, l'une à l'embouchure de la trompe, l'autre sur le tympan, se faisant équilibre, le liquide restait emprisonné, sans tendance aucune à se faire jour de l'un ou de l'autre côté.

Il est même probable, comme je le prouverai dans la deuxième partie de ce travail, par une observation empruntée à Itard, que ce pus serait encore resté là plus longtemps, à moins que des accidents graves n'eussent nécessité l'intervention du chirurgien, ou que le tympan se fût déchiré sous l'influence de la pression exercée par le pus à sa face interne : c'est là, en effet, ce qui doit arriver le plus souvent, comme ce fait le montre bien. Nous reviendrons sur ce point important.

2e PARTIE.

Applications à la pathologie et à la thérapeutique.

Avant d'émettre les conséquences pathologiques qui me paraissent ressortir de ce travail, j'ai cru devoir exposer brièvement un mémoire important sur ce sujet, publié il y a quelques années par M. J. Toynbee (1).

Comme les résultats auxquels je suis arrivé sont assez éloignés de ceux que M. Toynbee a obtenus lui-même, j'ai dû rechercher, autant que possible, les causes de cette différence, et je crois y être parvenu.

Une analyse rapide du mémoire original permettra mieux de juger la question.

Analyse des recherches de M. Toynbee. — En 1849, M. Joseph Toynbee, chirurgien du dispensaire de Saint-Georges et Saint-James, à Londres, fit connaître, dans les *Medico-chirurgical transactions,* les résultats de l'examen anatomique de 915 oreilles qui lui avaient été envoyées par divers médecins d'hôpitaux de Londres; ces pièces avaient été prises au hasard sur des sujets dont ils avaient fait l'autopsie.

M. Toynbee a décrit toutes les altérations qu'il a pu rencontrer dans l'appareil auditif, et analysé les faits de façon à établir, selon lui, le degré de fréquence de chaque altération.

Malheureusement, les symptômes correspondant aux altérations n'ont pas été recueillis, et tout ce qu'il a pu savoir, en fait de symptomatologie, c'est que 184 seulement, de ces 915 cas, étaient relatifs à des individus qui auraient été sourds pendant leur vie.

Telle est *la seule donnée* bien peu précise, comme on le voit, qui lui a servi de *criterium* dans l'examen des 731 cas restants, sur lesquels on n'avait pu fournir aucun renseignement.

Partant de là, et analysant par la dissection et surtout par le raisonnement, ces 731 cas, M. J. Toynbee n'hésite pas à considérer, comme devant être très-probablement atteintes d'un certain degré de *dysécée*, 428 oreilles : ce qui réduit le chiffre 731 à 303; ce chiffre 303 lui-même, ou si l'on aime mieux, le tiers du total, exprimant le nombre des oreilles parfaitement *saines.*

Un petit tableau synoptique fera mieux voir combien ces résultats, tout appuyés qu'ils paraissent, sur de gros chiffres, sont loin de satisfaire même un observateur indulgent :

Pièces envoyées des divers hôpitaux de Londres, 915.

Pièces avec des notes à l'appui, 184.

Pièces anatomiques seules, 731.

Nous avons donc :

Nombre total d'oreilles.	Avec des notes.	Sans notes.
915	184	731

M. Toynbee examine d'abord les 184 oreilles notées comme ayant appartenu à des sourds; et appliquant les données qui lui ont paru résulter de ces 184 dissections, il en conclut, d'après une formule algébrique non applicable à des faits d'observation, que, des 731 pièces sur lesquelles les renseignements étaient nuls, 428 avaient dû appartenir à des sujets atteints de dysécée.

Puis, ajoutant ce chiffre 428 à celui de 184, il trouve le chiffre de 612, qui, ôté de 915, nombre total, donne un reste de 303 oreilles déclarées saines, on ne sait trop pourquoi.

Personne plus que nous n'est disposé à rendre hommage au talent de M. Toynbee; mais nous ne pouvons accepter sans réserve les résultats fournis par une manière de procéder aussi peu rigoureuse.

Passant de là aux déductions pathologiques, et s'appuyant sur les résultats qu'on vient de lire, M. Toynbee conclut :

1° Que la lésion la plus fréquente dans la surdité est l'épaississement de la membrane muqueuse qui tapisse la caisse.

2° Que la présence du mucus dans cette caisse, considérée jusqu'ici comme cause de surdité, ne s'est rencontrée que 19 fois.

3° Que les trompes n'ont offert d'altération appréciable que dans une trentaine de cas; d'où il résulte, d'après M. Toynbee, que les trompes étant rarement altérées, la caisse plus rarement encore baignée de mucus, le *cathétérisme* et les *injections médicamenteuses* ne peuvent être d'aucune utilité. M. Toynbee ne s'inquiète nullement des auteurs qui l'ont précédé, et surtout d'Itard qui a traité d'une manière si remarquable ce point de pathologie relatif à l'oreille moyenne.

Évidemment, ces conclusions ne sauraient être admises, puisque les données ou prémisses sur lesquelles elles reposent, et dont elles ne sont qu'un corollaire, sont elles-mêmes inexactes. En effet, nous avons montré péremptoirement que, sur 915 pièces d'où émanent ces conclusions, 731 fois l'induction du raisonnement avait été substituée aux faits proprement dits : ce qui n'est pas la même chose.

Maintenant, nous pouvons entrer en matière.

I. Depuis les travaux d'Itard, l'inflammation de l'oreille moyenne était bien connue (1).

II. Mais, comme nous l'avons dit ailleurs, Itard s'est arrêté devant l'étude des lésions de l'oreille interne.

III. Aujourd'hui, il n'est plus permis de dire avec le célèbre médecin des sourds-muets : « Je ne sais pas précisément si le labyrinthe participe à l'inflammation. »

IV. Les détails minutieux d'anatomie pathologique dans lesquels je suis entré, ne laissent pas le moindre doute à cet égard (2).

V. Le labyrinthe peut donc s'enflammer, suppurer (3) même,

(1) *Medico-chirurgical transactions* by M. J. Toynbee (1849).

(1) Itard, t. I, p. 150 et suivantes.

(2) *Voir* 2e, 3e observations et suivantes.

(3) *Voir* 2e, 3e observations, etc. — Duvernoy, dans son *Traité de l'organe de l'ouïe*, publié en 1683, pensait qu'il pouvait se former dans l'oreille interne des abcès, des caries; que la lame spirale du limaçon pouvait se détruire : et ce-

comme l'oreille externe et moyenne. Ses cavités propres, comme la caisse, comme le conduit auditif externe, peuvent offrir également toutes les lésions des phlegmasies, et ces phlegmasies peuvent envahir à la fin les divisions si importantes du nerf auditif. Ces propositions trouvent leur démonstration dans les 2e et 5e observations. Je citerai encore à l'appui la 3e observation de notre premier Mémoire, publié en 1851, et que nous avons jugé convenable de reproduire plus haut, car ces publications sont le complément indispensable l'une de l'autre.

VI. Dans toutes nos observations, que le tympan fût déchiré ou intact, la cavité de la caisse était baignée de pus; ce pus, *brun, noirâtre* et *fétide,* presque toujours *mélangé de sang,* rappelait le pus de mauvaise nature que l'on trouve dans les abcès froids des articulations (1), et dont la présence est toujours d'un fâcheux augure.

VII. Les mêmes faits nous révèlent par quel curieux mécanisme s'effectuent les perforations de la cloison tympanique.

Ce travail morbide nous a présenté trois phases ou trois périodes, caractérisées par des phénomènes pathologiques bien distincts (2) :

1° *Inflammation* du tympan, avec ses caractères propres : rougeur, vascularisation, opacité.

2° *Tuméfaction* et *ramollissement* de ce tissu délicat : ce ramollissement commence par le centre et dans le point le plus mince, là où s'insère le manche du marteau.

3° *Perforation.* Cette perforation peut reconnaître pour cause : *a.* une *ulcération spontanée* (absorption ulcérative), conséquence du premier travail morbide; *b.* ou une sorte de *sphacèle* due à une phlegmasie très-intense; *c.* une *rupture toute mécanique,* déterminée par la pression du pus de dedans en dehors.

Cette perforation du tympan dans les otites des fièvres graves, est une des plus importantes questions de la chirurgie auriculaire.

Nous entrerons donc dans quelques détails :

D'après W. Kramer (3), sur 398 malades, il y en avait 216 chez lesquels l'inflammation du tympan était une suite probable des exanthèmes aigus, fébriles. D'après cet auteur, la scarlatine, la rougeole et la variole arrivent en première ligne. Quand ces maladies présentent des troubles dans la marche de leurs symptômes, elles donnent lieu à des accidents *métastatiques* qui se remarquent plus particulièrement *aux oreilles,* et c'est dans ces cas que le tympan s'*enflamme* et peut se *perforer.*

J'ai remarqué, ajoute Kramer, que la perforation du tympan arrive plus souvent à la suite de la variole ou d'un refroidissement (3 fois sur 4), que quand il y a eu rougeole ou scarlatine (1 fois sur 2). Cependant j'ai vu des tympans s'ouvrir 14 fois sur 15, dans les cas de rougeole, 2 fois seulement sur 3 après la scarlatine, et plus rarement encore à la suite de la variole. D'après nous, la fièvre typhoïde en est la cause la plus fréquente.

Si l'on a égard à l'étendue de la perforation du tympan, on trouve que les plus larges surviennent à la suite de la variole; aussi, de toutes les causes de la perforation du tympan, la variole semble-t-elle être la plus active, la plus dangereuse surtout, parce qu'elle occasionne une perte de substance considérable. Les autres affections fébriles sont aussi fort à craindre, et, dans tous les cas, on devra donner une grande attention à tous les symptômes qui surviendront de ce côté.

(*La suite à un prochain numéro.*)

pendant cet auteur, si habile anatomiste, déclare qu'il n'a fait aucunes recherches pour vérifier ces suppositions (p. 184).

(1) Monteggia.

(2) *Voir* 1re, 4e, 5e et 6e observations, etc.

(3) Kramer, p. 176 et suivantes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le Ministre de l'agriculture et du commerce envoie des échantillons et des certificats de puisement d'une source minérale située à Desaignes (Ardèche).

2° Le même Ministre adresse les états de vaccine des départements de l'Yonne et du Rhône.

Perchlorure de fer.

M. Giraldès adresse la lettre suivante :

« Dans un savant mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes, présenté mardi dernier à l'Académie par M. Malgaigne, il est question des expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort, par M. Goubaud et par moi; mais ces expériences y sont appréciées d'une façon que nous ne saurions accepter.

« De fait, dit M. Malgaigne, sans prétendre diminuer le mérite des « hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de « Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune « raison, des règles posées par l'inventeur lui-même; leurs expériences « prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure à petite dose, et son danger « à dose exubérante; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent « négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure « de fer chez l'homme n'ont pas tous échappé à ce reproche. »

« J'ignore d'après quelles données le savant académicien peut apprécier ainsi des expériences qui n'ont pas encore été publiées; son appréciation est d'autant moins heureuse, qu'il nous reproche de nous être écarté, sans raison, des règles posées par l'inventeur lui-même. Or, dans la première série de nos expériences, nous avons suivi des règles posées par Pravaz; nous nous en sommes écartés par des raisons que nous ferons connaître plus tard. En outre, M. Malgaigne laisse croire que nous avions constaté l'inefficacité du liquide coagulateur employé à petites doses; or, nous démontrions qu'on pouvait obtenir la coagulation du sang dans l'artère carotide d'un cheval en y injectant même *deux* gouttes de liquide.

« J'ajouterai maintenant que c'est après nos expériences, et très-probablement à la suite de quelques explications données par un de nous à M. Dubuisson, lors de son premier passage à Paris, que cet habile chimiste a été conduit à diminuer la densité de son perchlorure de fer; celui qui nous servait pour nos premières expériences avait été dosé par M. Lascaigne, à 29° aréom. de Beaumé. Dans la première série d'expériences, nous avions employé le perchlorure comme l'indiquait Pravaz; plus tard, nous avons cru nécessaire d'employer le perchlorure de fer marquant 29° aréom. de Beaumé. »

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement du choléra.

M. Burq adresse un mémoire supplémentaire sur la préservation et le traitement du choléra par les métaux. (Comm. MM. Bérard, Gibert et Mélier.)

Prix Nadau.

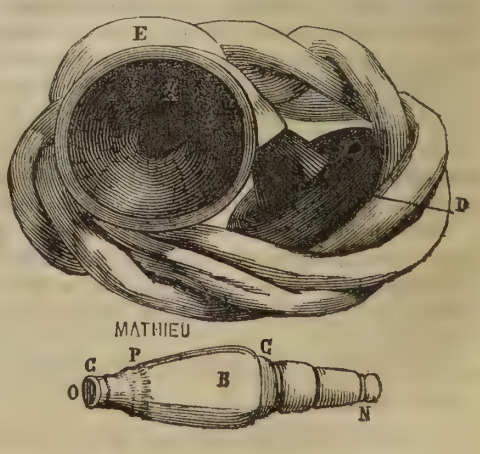
M. Pétros (de Lisieux) envoie un travail intitulé : *le Catéchisme de la santé,* pour faire suite à son premier mémoire ayant pour titre : *l'Ami des hommes.* (Commission du prix Nadau.)

Névralgie du col de la vessie.

M. Mercier réplique à la dernière lettre de M. Leroy (d'Étiolles), et donne de nouvelles raisons pour revendiquer la priorité de l'incision comme moyen curatif de la névralgie du col.

Nouveau stétoscope.

M. Giraud (de Marseille) communique une Note sur un modèle de stétoscope dont les deux pavillons sont séparés par un tube flexible, ainsi que le représente la figure ci-jointe, et qui permet à l'observateur de s'ausculter lui-même.



PRÉSENTATION.

Vice de conformation.

M. Depaul présente les pièces anatomiques d'un vice de conformation des organes génito-urinaires chez la femme. Nous ferons connaître ce fait plus en détail.

DISCUSSION SUR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER.

M. Velpeau. — On se ferait illusion si l'on croyait qu'il appartient à l'Académie de juger la question qui lui est déférée, et de prononcer en dernier ressort sur la valeur des injections de perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes. Quelle que soit la décision de l'Académie, les chirurgiens ne renonceront pas à l'emploi de ce moyen et poursuivront leurs recherches. Quant au blâme qu'on a voulu infliger aux expérimentateurs en les accusant de témérité, l'orateur le repousse en faisant ressortir les sentiments d'humanité qui dirigent les chirurgiens toutes les fois qu'il s'agit de mettre en œuvre un nouveau procédé opératoire. Ce n'est pas, dit-il, pour le seul plaisir de faire souffrir leurs semblables, que les chirurgiens font usage de leurs instruments, mais pour les secourir et remédier à des infirmités incurables par d'autres moyens. Et puis, d'ailleurs, s'ils s'empressent d'essayer sur l'homme des opérations qui se présentent avec la garantie de réussites déjà obtenues chez les animaux et approuvées par la raison, pourquoi leur en faire un reproche? On ne devrait pas, d'après une opinion émise dans la dernière séance, vouloir être le premier à mettre en usage une opération nouvelle. Mais à ce compte-là, chacun attendant qu'un autre prît l'initiative, la chirurgie risquerait d'être éternellement stationnaire. On n'a certes pas réussi d'emblée dans les premiers temps où l'on a osé faire la ligature de l'artère carotide primitive. Cette opération, assurément une des plus hardies, a essuyé et subit encore aujourd'hui de fréquents revers, et pourtant elle est demeurée dans la science comme une ressource précieuse dans des cas désespérés et inattaquables par tout autre moyen. Au demeurant, l'injection du perchlorure de fer dont il s'agit n'est que la continuation d'un ordre de tentatives faites depuis longtemps, en vue de coaguler le sang dans les vaisseaux anévrismatiques.

Il y a vingt-cinq ans, dit M. Velpeau, j'ai travaillé moi-même dans cette voie. Ayant remarqué, dans la dissection que j'avais faite de plusieurs tumeurs anévrismales, que, par suite de certaines éraillures de la membrane interne des artères, les fragments détachés par un point, et adhérents de l'autre, obstruaient presque le calibre des vaisseaux et avaient donné lieu à la formation d'un caillot là où se rencontraient leurs extrémités libres, j'ai cherché à produire artificiellement le même phénomène par l'emploi de l'*acupuncture*. Depuis lors, on a ajouté à ce procédé le fluide électrique qu'on a fait pénétrer le long des aiguilles, dans l'intérieur du sac. De là est résultée la méthode de M. Pétrequin, dont il a été beaucoup question dans ces derniers temps. Il y avait lieu de se demander si ces moyens sont préférables à la ligature. Malheureusement non; car sur 20 cas on a constaté à peu près 12 insuccès, c'est-à-dire un résultat inférieur à celui que fournit la ligature. Cependant, il restait un fait, à savoir: la possibilité de coaguler le sang dans les vaisseaux et d'en arrêter le cours. M. Pravaz est venu alors, et s'inspirant de ce qui se pratique dans le but de suspendre les hémorrhagies externes, il a eu recours à l'emploi d'un liquide qui a la propriété de coaguler le sang par son mélange avec lui; mais il ne faut pas croire que Pravaz ait immédiatement appliqué sa découverte sur l'homme. Il a expérimenté d'abord sur les animaux; et ce n'est qu'après s'être assuré de l'innocuité de son liquide coagulant qu'il l'a recommandé aux chirurgiens. Or, il a pu lui arriver ce qui est arrivé déjà à bien d'autres. Les résultats n'ont plus été les mêmes, et cela par une raison bien simple, c'est qu'il est illusoire de conclure de ce qui se passe en pareil cas chez les animaux à ce qui adviendra chez l'homme. Le sang de certaines espèces animales est tellement plastique que souvent les hémorrhagies s'arrêtent spontanément, ou que du moins les agents les moins actifs déterminent un caillot obturateur du vaisseau lésé, alors que dans l'espèce humaine les mêmes moyens demeurent sans aucun effet. Toutefois, par le résultat qu'avait obtenu Pravaz, il y avait lieu d'être séduit et d'entrevoir une ère nouvelle dans la thérapeutique des anévrismes.

Maintenant, fallait-il que l'inventeur de cette méthode attendît encore avant que de livrer sa découverte à la publicité? Mais on n'a pas occasion, en province surtout, de faire bien souvent des opérations d'anévrismes.

Je suis disposé à croire, ajoute M. Velpeau, que la méthode ne vaut rien; mais je n'en suis nullement convaincu, et avant que de la condamner définitivement, je voudrais un plus grand nombre de faits où elle eût été funeste. Car, il faut l'avouer, le cas de mort après l'amputation du membre, dont a parlé M. Malgaigne, ne prouve pas grand'chose à mes yeux. Il s'agissait, on se le rappelle, d'une tumeur anévrismale située dans le pli du coude: 4 ou 5 gouttes de perchlorure y sont injectées, pendant qu'on comprime au-dessus. L'avant-bras se sphacèle et l'on est contraint d'en faire l'ablation. Je le répète, il y a là-dessous quelque chose d'obscur, et, pour mon compte, je soupçonne la violence de l'inflammation d'avoir abouti à la gangrène, plutôt que le contact du perchlorure de l'avoir déterminée par sa seule influence. Il m'est arrivé bien des fois de bourrer des plaies avec des bourdonnets de charpie largement impreignés de cet agent, et jamais je n'ai observé le moindre accident.

La plus grave complication des injections de perchlorure de fer est à mes yeux l'éventualité de l'ouverture du sac anévrismal, pour l'élimination du caillot, et il ne m'est pas démontré que ce résultat puisse être conjuré; car il y a dans le caillot une partie centrale qu'on peut appeler *homéomorphe* et qui, composée de sang pur, peut être éliminée par absorption; puis une autre partie *hétéromorphe* qui est constituée par un magma résultant de la combinaison du liquide coagulant avec le sang. Celle-ci fait l'office d'un corps étranger dont l'organisme cherchera à se débarrasser en lui frayant une voie au dehors. Des expériences ultérieures peuvent seules nous édifier sur ce qui adviendra en pareil cas. En attendant, on ne saurait en raisonner qu'*à priori*.

On pourrait, il est vrai, objecter que des corps étrangers peuvent demeurer incarcérés dans nos tissus presque indéfiniment, comme on l'a vu pour des balles et autres projectiles, par exemple; mais J.-L. Petit cite des cas où des caillots sanguins, après avoir obturé pendant de longues années des plaies faites à des vaisseaux sanguins, se sont échappés tout à coup et ont reproduit les anévrismes qu'ils avaient jusque-là fait disparaître.

Si le perchlorure de fer mérite les reproches qu'on lui adresse, il serait injuste pour cela de condamner la méthode des injections, car rien n'empêche de trouver un liquide qui soit à l'abri des dangers auxquels expose la solution ferrique de Pravaz. Il ne faut donc pas se hâter de conclure, et surtout ne pas renoncer aux injections dans les cas où la ligature n'est pas praticable. Le savant professeur entre ici dans quelques considérations sur les avantages et les inconvénients de la ligature, et apprécie la méthode d'Anel.

M. Roux (interrompant) veut que cette méthode soit rapportée à Hunter.

M. Velpeau reprend, et persiste à revendiquer pour Anel, chirurgien français, la gloire d'une découverte qu'à tort, selon lui, quelques personnes pensent appartenir à un Anglais auquel la science doit déjà bien assez. M. Velpeau, en terminant, déclare que, pour lui, la question des injections de perchlorure de fer n'est pas jugée et qu'elle réclame de nouvelles expériences.

M. Velpeau, après avoir quitté la tribune, réclame encore la parole pour réparer un oubli. Il rappelle qu'il y a quelques années il a fait des tentatives en vue d'obtenir la coagulation du sang dans les tumeurs anévrismales par la congélation; que cette idée lui avait été suggérée pendant qu'il se livrait à des recherches sur l'anesthésie locale par la réfrigération, mais qu'il a dû y renoncer sans avoir obtenu de résultats satisfaisants.

M. Moreau. — Je n'ai pas eu l'intention de blâmer personnellement M. Velpeau ni aucun des chirurgiens qui expérimentent sur l'homme, dans les limites de la prudence. Je n'ai eu en vue, dans ce que j'ai dit, que l'opération qui préoccupe, en ce moment, l'Académie. Il n'y a pas lieu, je crois, de conclure de la hardiesse qui a présidé à la première ligature de la carotide primitive, à la légitimité des essais qu'on a tentés par l'injection du perchlorure chez l'homme. Dans le premier cas, il s'agissait d'une affection fatalement mortelle et sans autre remède que la ligature. Il était alors permis de recourir aux moyens extrêmes, en vertu de cet aphorisme d'Hippocrate: *Melius anceps quàm remedium nullum*. Mais dans les circonstances dont il est question aujourd'hui, l'art possède des ressources qui ont fait leurs preuves depuis longtemps. Enfin, M. Velpeau, tout en cherchant à disculper le perchlorure de tous les revers qu'on lui attribue, n'a cessé de faire son procès en accumulant contre cet agent une foule d'objections les plus sérieuses.

M. Leblanc lit un mémoire dans lequel il résume toutes les expériences qui ont été faites à l'École vétérinaire d'Alfort, des injections de perchlorure de fer sur les animaux.

M. Leblanc donne ensuite communication d'un cas de guérison que vient d'obtenir M. Vallette, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par les injections de perchlorure, d'un anévrisme du pli du coude.

Nous publirons cette observation *in extenso*.

M. Malgaigne, arrivé à la fin de la séance, demande la parole qui lui est accordée pour la séance prochaine, à laquelle la discussion est renvoyée.

Oblitération complète du canal de l'urètre. — Nouveau procédé d'urétrotomie périnéale. — Guérison, par M. MAISONNEUVE, *chirurgien de l'hôpital Cochin.*

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade qu'il a guéri d'une oblitération complète du canal de l'urètre, au moyen d'un nouveau procédé d'urétrotomie périnéale.

Ce malade, nommé Mallet (Pierre), âgé de 65 ans, reçut, au mois de février dernier, un coup de corne de taureau dans la région périnéale. Il en résulta une rétention d'urine complète, qui fut bientôt suivie de la for-

mation d'un vaste abcès urineux avec sphocèle des parois de l'urètre et des téguments dans une étendue considérable. Depuis lors, l'urine cessa de passer par la partie antérieure du canal. Plus tard, la plaie du périnée se détergea, ses bords se rapprochèrent et la perte de substance fut comblée par un tissu cicatriciel très-dur, qui remplaça l'urètre dans une étendue de 4 centimètres environ. Derrière cette cicatrice et sur ses parties latérales, existaient 5 pertuis fistuleux, par lesquels l'urine s'écoulait au dehors; l'occlusion du canal était complète, les bougies les plus fines, les injections poussées avec force, ne pouvaient y pénétrer. Convaincu que dans une lésion aussi grave, le cathétérisme forcé et l'opération de la boutonnière telle qu'elle est décrite par les auteurs, ne pouvait être d'aucun secours, M. Maisonneuve eut l'idée du procédé suivant, qui fut couronné d'un plein succès. Voici la description de ce procédé :

Le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies, les cuisses écartées, comme pour l'opération de la taille, le chirurgien introduit d'abord dans l'orifice fistuleux principal une bougie filiforme, qu'il fait glisser jusque dans la vessie ; plaçant ensuite dans l'urètre un cathéter cannelé, il pratique sur la ligne médiane du périnée une incision profonde qui divise toute l'épaisseur du tissu inodulaire, depuis le cul-de-sac de l'urètre indiqué par le bec du cathéter, jusqu'à la rencontre de la partie postérieure du canal, dont la bougie révèle la position.

Dès lors, il devient facile d'introduire une sonde à demeure, destinée à maintenir le calibre du canal artificiel, et sur laquelle s'opère la cicatrisation. Cette opération a été pratiquée par M. Maisonneuve le 14 juillet 1853, et deux mois ont suffi pour obtenir la guérison. Aujourd'hui, ainsi qu'on a pu s'en convaincre en examinant le malade présenté à l'Académie, la continuité du canal est parfaitement rétablie, son calibre admet parfaitement une sonde de 9 millimètres de diamètre, et l'expulsion des urines se fait avec la plus grande facilité.

Grâce à ce procédé très-simple, l'opération de l'urétrotomie périnéale, si incertaine quand on la pratique au hasard et sans guide, pourra désormais être exécutée avec une précision mathématique, et doit, par conséquent, rentrer dans la catégorie des opérations régulières.

L'Académie se forme en comité secret à 5 heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 Novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Anthropologie.

M. Serres lit une note sur l'envoi fait au Muséum, par M. le prince Demidoff, d'une collection de types des diverses races humaines existant dans l'empire de Russie. Les figures représentant ces types sont une réduction de celles qui ont été exécutées avec une extrême précision par les soins de la Société impériale de géographie de Saint-Pétersbourg.

M. Marchand adresse une note intitulée : *Note sur les eaux stagnantes en général, et sur les eaux de mares en particulier.*

Eaux potables.

« En parlant, dans mon mémoire sur les eaux potables, des modifications éprouvées par la matière organique des eaux courantes, sous l'influence de la lumière, j'ai dû signaler la production, dans ces circonstances de globules de matière verte, dont la proportion est toujours en relation directe avec la quantité de matière organisable, dissoute. Les globules vivifiés qui se génèrent ainsi sont connus dans la science sous le nom de *matière verte de Priestley,* en souvenir du savant observateur qui, le premier, en a constaté la production.

« Lorsque ces phénomènes de vitalité s'accomplissent au sein d'un liquide, celui-ci, sous toutes les influences réagissantes, contracte des propriétés différentes, en dissolvant des principes nouveaux, dont la nature mérite d'être déterminée, car ils ne ressemblent en rien à ceux dont, jusqu'à présent, j'ai signalé (dans mon mémoire) la présence normale dans les eaux naturelles, puisqu'ils émanent des générations animales et végétales qui se succèdent et se développent dans l'une des trois conditions que je vais étudier successivement.

« 1er *cas : Eaux exposées à l'action de la lumière.* — Dans ces circonstances, elles ne tardent pas à se recouvrir d'une matière verte, quelquefois rouge, dont la quantité va sans cesse en augmentant; plus tard, cette matière se répand dans toute la masse du liquide et se dépose même au fond de la cuve, en même temps que l'eau, par sa vaporisation spontanée, diminue de volume. Lorsque l'action de la lumière sur les couches inférieures du liquide est interceptée par les matières colorées existant à sa surface, il se développe de nombreux animalcules microscopiques, dont les générations se succèdent rapidement et augmentent la quantité des matières organiques qui se déposent, en subissant la fermentation putride. L'eau contracte toujours, alors, des propriétés nuisibles, car si on la filtre, on l'obtient colorée en jaune; elle est neutre vis-à-vis des matières colorantes; elle possède une saveur fade et désagréable; elle réduit les sels d'or et empêche la réaction de l'iode sur l'amidon. L'analyse y décèle la présence de proportions notables d'albumine végétale et animale, ainsi que de l'humus en quantité quelquefois considérable. Cependant, l'air qu'elle retient en dissolution est ordinairement très-oxygéné, car, dans plusieurs expériences, je l'ai trouvée formée, en centièmes, de :

Oxygène	33,5
Azote	66,5

et sa proportion s'élevait jusqu'à 26 centimètres cubes par litres.

« 2e *cas : Eaux recouvertes d'espèces végétales, mais n'en baignant, aucune.* — Les phénomènes de la végétion, sous l'influence des rayons solaires, s'accomplissent d'une façon régulière et normale; et sous la nappe de verdure, il se développe de nombreux animalcules microscopiques, dont un certain nombre deviennent visibles à l'œil nu. Avec le temps, des débris de végétaux et d'animalcules s'accumulent dans les couches inférieures du liquide, et y contractent, comme dans le cas précédent, mais à un degré plus énergique, la fermentation putride : l'eau se colore en jaune-fauve ; elle exhale une odeur de matières organiques en décomposition, et quand elle contenait des sulfates au nombre de ses éléments, elle peut exhaler de l'hydrogène sulfuré. Elle est ordinairement très faiblement alcaline. L'analyse y décèle toujours aussi des quantités très-appréciables de matières albumineuses, qui lui communiquent habituellement la faculté de mousser par l'agitation. Sa couleur est due à la présence de l'humus dissous. La proportion d'air atmosphérique s'y élève en moyenne à 22 centimètres cubes par litre, et il est ordinairement formé, pour 100 parties, de :

Oxygène	20
Azote	80

Les eaux de cette classe, plus encore que celles appartenant à la précédente ou à la suivante, jouissent de la faculté de réduire les sels d'or sous l'influence de la chaleur, et de dissimuler l'action de l'iode sur l'amidon. Comme elles aussi, elles sont pauvres en acide carbonique.

3e *cas : Eaux baignant et portant à leur surface des végétaux en grand nombre.* — De même que celles qui sont soumises aux influences précédentes, ces eaux contiennent de nombreux animalcules; mais, grâce à l'action des plantes qu'elles baignent, les phénomènes de putréfaction qui s'y développent cessent d'être appréciables à l'odorat. Néanmoins, l'humus dissous en excès colore encore le liquide en jaune pâle, en lui communiquant souvent une réaction légèrement acide; on peut toujours le retrouver, ainsi que des matières albumineuses dont la quantité peut varier. L'air atmosphérique qu'elles contiennent est ordinairement aussi abondant que dans celles de la dernière classe et oxygénée au même degré. Leur saveur est fade et souvent désagréable.

« On conçoit que, sous l'influence réductive des phénomènes de putréfaction signalés plus haut, les nitrates se trouvent forcément transformés en sels ammoniacaux dont la proportion, si elle n'est absorbée par les végétaux, doit se trouver notablement accrue. Cette ammoniaque ainsi produite opère surtout la dissolution de l'humus. Les sels dissous diminuent aussi de proportion, en passant dans la constitution des êtres organisés.

« On le voit, toutes choses étant égales d'ailleurs, les eaux stagnantes que nous avons examinées dans le second cas sont les plus dangereuses : plus que les autres, elles se chargent de matériaux organiques, en subissant l'influence des matières en putréfaction, aux propriétés nuisibles desquelles elles participent davantage.

« Lorsqu'elles se vaporisent, toutes ces eaux stagnantes laissent en contact avec l'air atmosphérique des terres imprégnées de matières putrescibles qui deviennent la source d'une production active d'hydrogène protocarboné, le gaz des marais, dont elles se saturent alors en contractant des propriétés plus nuisibles encore; car ce gaz, on ne l'ignore pas, est le principe et le véhicule le plus actif des miasmes paludéens. J'ai cru remarquer que sa production est d'autant plus assurée que les eaux contiennent une plus grande quantité d'albumine végétale.

« Si maintenant on cherche à faire une application de tout ce qui précède aux *eaux des mares,* dont on se sert journellement sur tous les plateaux et dans toutes les parties rurales du pays de Caux, on reconnaît que ces eaux sont toujours troubles, lourdes, peu aérées, et par suite fort indigestes. Quand elles sont exposées à l'action des rayons solaires, et presque toutes sont soumises à cette influence, elles se recouvrent rapidement d'une nappe organisée, composée de nombreux végétaux des classes inférieures, parmi lesquels on distingue surtout les différents genres de *Lemna,* L. Elles baignent ordinairement un grand nombre de plantes, plusieurs classes d'animaux, mais surtout des infusoires, des insectes et des reptiles, qui y vivent, y déposent leurs graines ou leurs œufs, et y meurent en abandonnant leurs dépouilles qui s'y putréfient. Souvent aussi

les eaux pluviales, avant d'arriver à ces réservoirs, lavent des terrains chargés de détritus organiques en voie de décomposition.

« Dans ces conditions, les eaux de mares présentent souvent les plus mauvais caractères des eaux stagnantes, et leur emploi pour l'alimentation ne saurait être sans danger; car les principes albumineux qu'elles contiennent, de même que tous les matériaux assimilables par l'organisme humain, sont susceptibles de produire de véritables accidents toxiques lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac tandis qu'ils sont en voie de décomposition : aussi les populations qui s'alimentent avec ces sortes d'eaux, surtout lorsqu'elles les emploient pour boisson, sont-elles sujettes à contracter des maladies dans lesquelles les accidents fébriles intermitients, spéciaux aux affections paludéennes, sont souvent reconnaissables. Leur emploi est alors d'autant plus redoutable, que par une sécheresse prolongée, et que sous l'influence de la vaporisation spontanée du liquide, les matières albuminoïdes s'y trouvent accumulées en plus grande quantité.

« *Eaux stagnantes, au contact de l'air et à l'abri de la lumière. Eau des citernes.* — Voici les résultats de mes recherches sur les eaux de pluies pures, et les mêmes eaux mélangées de purin, quand on les soumet à l'action de l'air, en dehors de toute influence lumineuse.

« Lorsque les eaux alimentaires des citernes arrivent dans ces réservoirs, sans contenir d'animalcules en suspension, il ne s'y en développe pas; et cela se conçoit, puisque l'intervention des rayons lumineux est indispensable pour la génération des premiers germes de la matière organisée. Lorsqu'en s'y rendant, elles recueillent des insectes, des infusoires, etc., ces animaux étrangers peuvent continuer de s'y développer, si la lumière diffuse a seulement un léger accès dans le réservoir; sinon, ils se détruisent rapidement, parce que l'absence complète de la lumière, pour des êtres destinés à vivre sous son influence la plus active, est presque toujours une cause de mort. Néanmoins, si ces eaux, en se rendant à leurs réservoirs, recueillent de la matière verte de Priestley, celle-ci, comme l'a observé M. G. Gros, prend la direction animale, et donne naissance aux différents animalcules qui en dérivent, et que l'on retrouve toujours alors dans ce liquide.

« Maintenant, l'oxygène, que les eaux abandonnées à elles-mêmes tendent sans cesse à absorber, réagit sur la constitution des matières organiques dissoutes, provoque leurs dédoublements successifs, et leur conversion finale en eau, en acide carbonique, et en matières que leur insolubilité complète isole du sein du liquide : elles se précipitent au fond du réservoir, où elles sont incapables d'éprouver la fermentation putride. C'est ainsi que dans ces conditions déterminées, les deux séries d'eau sur lesquelles ont porté mes observations ont été retrouvées, après cinq mois d'abandon à elles-mêmes, ramenées à un état remarquable de pureté, sauf quelques flocons de matière insoluble, restés en suspension, qui leur communiquaient un aspect opalin, mais que le filtre de papier suffisait seul à isoler. La majeure partie des matières organiques primitivement dissoutes était déposée et fixée, à l'état insoluble, au fond des réservoirs, les eaux des deux séries étaient toutes saturées d'air atmosphérique très-riche en oxygène, car, à la température de 12 degrés centigrades, elles en contenaient, par litre et en moyenne, 23 centimètres cubes, composés, en centièmes, de :

Oxygène.....	32 à 33
Azote.....	68 à 67

M. Chatin adresse une Note intitulée : *Présence de l'iode dans les eaux pluviales, les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée.*

« Au retour d'un voyage dont l'objet était de compléter mes recherches sur l'iode, généreusement encouragées par l'Académie des sciences, dit M. Chatin, j'apprends que deux communications, faites, l'une par M. Casaseca, de la Havane, l'autre par M. Martin, de Marseille, paraissent tendre à infirmer quelques-uns de mes résultats. Je dois d'autant plus présenter quelques remarques sur les Notes de ces habiles chimistes, qu'elles sont, au contraire, sur plus d'un point, la confirmation de mes recherches et de mes vues.

« M. Casaseca, qui a trouvé dans l'eau de l'Almendara environ un cinquième de milligramme d'iode pour 10 litres d'eau, pense que cette proportion est inférieure à celle que j'ai constatée dans les eaux des contrées affligées du goître endémique, et il en déduit que, pour expliquer l'absence de cette maladie à la Havane, il est nécessaire de faire intervenir la vivacité des courants d'air. Mais quand le savant professeur de la Havane saura que ce n'est généralement que dans les localités dont les eaux ne contiennent pas pour 10 litres d'eau 1/30e de milligramme d'iode qu'on observe le goître primitif, il reconnaîtra que ses analyses, loin d'être contraires à mes propres recherches, en sont une confirmation précieuse.

« Puisque l'occasion s'en présente, j'ajouterai que je dois à l'obligeance de MM. Renaud, inspecteur de la marine, et Bretel, chirurgien-major de la frégate l'*Érigone*, d'avoir pu constater la présence de l'iode (environ 1/20e de milligramme pour 10 litres) dans la pluie et dans l'eau des sources de la Guyane, ainsi que dans l'eau des rivières de la Guadeloupe. J'ai aussi trouvé, et en quantité à peu près égale, l'iode dans le tabac de la Havane et dans le tabac de France.

« Je ferai suivre la Note de M. Martin des observations suivantes :

« 1° J'ai trouvé l'iode (à peu près à 1/250e de milligramme par litre) dans l'eau de pluie tombée à Nice dans la première quinzaine d'octobre, dans l'eau des citernes de Cette, dans une pluie recuillie par moi-même, à Cette, dans la matinée du 27 octobre; à Montpellier, dans la soirée du même jour.

« 2° J'ai constaté la présence de ce corps dans les eaux de sources légères qui m'ont été envoyées des contrées qui avoisinent Marseille, ou que j'ai recueillies moi-même.

« Il est cependant vrai de dire, d'une manière générale, que, contrairement à ce qu'on pouvait prévoir, les eaux pluviales sont moins chargées d'iode sur les côtes de France qu'à l'intérieur des terres.

« Si M. Martin veut bien adresser à la commission de l'Institut de l'eau de pluie recueillie par lui à Marseille, je ne mets pas en doute qu'on y trouvera d'autant plus d'iode que le vent soufflera plus près des terres. »

M. Langlois adresse la note suivante par l'intermédiaire de M. Pelouze : *Action de l'acide carbonique sur la quinine et la cinchonine; formation de carbonate de quinine cristallisé.*

« Nous avons fait arriver un courant de gaz acide carbonique sur de la quinine et de la cinchonine récemment précipitées et délayées dans de l'eau. L'action prolongée du gaz carbonique détermine la dissolution de la quinine et de la cinchonine; mais la première se dissout plus facilement que la seconde. Les deux dissolutions, exposées à l'air, perdent une partie de leur acide carbonique, et fournissent, l'une des cristaux de carbonate de quinine, l'autre seulement de la cinchonine. Nous verrons, par la suite, à quoi peut tenir cette différence.

« On obtient très-facilement du carbonate de quinine cristallisé en suivant les indications que nous allons donner.

« Il faut prendre 10 grammes du sulfate de quinine, les faire dissoudre dans de l'eau distillée, en ajoutant à celle-ci quelques gouttes d'acide sulfurique. On verse dans la liqueur de l'ammoniaque qui précipite la quinine; celle-ci est recueillie sur un filtre et lavée; ensuite on la délaye, encore humide, dans un litre d'eau. Le liquide, d'un aspect lactescent, est mis dans une éprouvette à pied où arrive du gaz acide carbonique bien lavé et provenant de la décomposition du marbre par l'acide chlorhydrique. En moins d'une heure, la quinine est entièrement dissoute. La liqueur, quoique sursaturée d'acide carbonique, conserve toujours une réaction alcaline.

« La quinine se combine directement à l'acide carbonique sans se dissoudre, lorsqu'elle n'est pas délayée dans une assez grande quantité d'eau. En opérant, au contraire, dans les rapports que nous avons indiqués, on obtient une dissolution complète et très-limpide, de laquelle il se dépose, après une courte exposition à l'air, des cristaux de carbonate de quinine, dont la grosseur s'accroît pendant vingt à vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il ne s'en dépose plus, quoique la liqueur en contienne encore. L'évaporation spontanée ne fournit que de la quinine; celle-ci en est précipitée instantanément par l'ammoniaque, la potasse et la soude qui saturent l'acide carbonique. L'eau de chaux se comporte de même en formant de plus un dépôt de carbonate calcaire.

« La dissolution de ce carbonate de quinine fournit d'abord, comme on voit, des cristaux représentés par la combinaison saline, et plus tard, cette combinaison se détruit pour donner naissance à de l'acide carbonique et à de la quinine. Il y a une analogie parfaite entre ces phénomènes et ceux produits par une dissolution de carbonate de cinchonine. Cette dernière ne donne jamais de cristaux, parce que le sel y est en faible quantité; ce qui tient, sans doute, à ce que la solubilité, dans l'eau, de la cinchonine augmente fort peu pas l'intervention de l'acide carbonique.

« Le carbonate de quinine est sous forme de cristaux aiguillés et transparents; ces cristaux s'effleurissent promptement au contact de l'air; ils sont solubles dans l'alcool, insolubles dans l'éther, et ils ramènent au bleu le papier de tournesol rougi. En présence des acides, ils donnent lieu à une vive effervescence.

« A la température de 110 degrés, ils se décomposent; l'acide carbonique se dégage et la quinine reste sans subir aucune altération. Elle fond seulement quand la chaleur est parvenue à 170 degrés.

« Nous avons trouvé dans la décomposition du carbonate de quinine à une température peu élevée, un moyen facile d'en faire l'analyse. Les expériences ont été plusieurs fois répétées; mais nous nous contenterons d'en rapporter une seule.

« Nous avons pris le poids d'un tube de verre long de 12 à 15 centimètres, et fermé à une de ses extrémités. Nous y avons introduit 0gr,399 de carbonate de quinine. Il a été alors mis en communication, au moyen d'un bouchon de liége recouvert de caoutchouc, avec un tube recourbé que

l'on a fait arriver sous une cloche graduée, placée sur du mercure contenu dans une éprouvette à pied. L'extrémité de ce tube dépassait la surface du métal, et parvenait jusque dans la partie vide de la cloche où devait se rendre le gaz acide carbonique. Le tube fermé où se trouvait le sel fut chauffé au bain d'huile, dans lequel plongeait la boule d'un thermomètre. Dès que la température du bain d'huile est sur le point d'atteindre 110 degrés, le carbonate de quinine se décompose en dégageant de l'acide carbonique, et sans éprouver de changements sensibles dans ses caractères physiques.

« On a obtenu, des 399 milligrammes de sel employés pour l'expérience, 21cc,36 de gaz acide carbonique à la température de zéro et à la pression de 76 centimètres. Ce volume de gaz pèse 0gr,0422. L'acide carbonique cesse de se dégager longtemps avant que le bain d'huile soit arrivé à la température de 170 degrés, qui est celle à laquelle la quinine entre en fusion, et où elle se débarrasse entièrement de l'eau qu'elle renferme. A l'aide de quelques morceaux de papier brouillard, on enlève facilement l'humidité qui reste adhérente aux parois du tube. Le poids de ce tube vide étant connu, on obtient, en le pesant de nouveau, celui de la quinine qui s'y trouve contenue. Le poids de celle-ci était de 321 milligrammes. On a donc, d'une part, dans cette analyse, la proportion d'acide carbonique, et, de l'autre, celle de la quinine. L'eau se dose par différence.

« 0gr,399 de carbonate de quinine ont fourni :

Quinine	0gr,3210
Acide carbonique	0gr,0422
Eau	0gr,0358

« Ces nombres conduisent à représenter la composition de ce sel par la formule suivante :

$$(C^{20}H^{12}AzO^2,HO)\,CO^2,HO.$$

« En effet, on a pour 100 :

	Théorie.	Expérience.
Quinine	80,21	80,45
Acide carbonique	10,88	10,58
Eau	8,91	8,97

« Six expériences successives sur des quantités variables de carbonate de quinine ont, chaque fois, donné de semblables résultats.

« Comme on doit le considérer comme neutre, on aurait aussi, en établissant sa composition, fixé le chiffre de l'équivalent de la quinine, qui correspond ici à celui admis par M. Liebig.

« La décomposition du carbonate de quinine, à une température peu élevée, nous a permis de constater de nouveau la non-formation de ce sel par double décomposition, c'est-à-dire en traitant une dissolution saline de quinine par le carbonate de potasse ou de soude. Le précipité qui se forme ne renferme que de la quinine retenant toujours, malgré des lavages répétés, une quantité plus ou moins grande du carbonate employé. C'est à la présence de celui-ci que le précipité doit de faire effervescence avec les acides; mais lorsqu'on le fait fondre dans un tube de verre, il ne produit pas la plus petite trace d'acide carbonique. Ce que je viens de dire pour la quinine s'applique aussi à la cinchonine, et peut-être même à toutes les autres bases végétales. Nous avons déjà émis cette pensée dans une Note insérée, il y a plusieurs années, dans le tome 32 des *Annales de Giessen;* mais alors notre opinion s'appuyait seulement sur les résultats de quelques réactions qui n'ont pas tout à fait la valeur de ceux que nous obtenons aujourd'hui par l'emploi de la chaleur. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le choléra, dont nous avons annoncé avant-hier l'apparition, a pris depuis deux jours une extension subite qui ne permet plus de douter de la présence de l'épidémie à Paris. Presque tous les hôpitaux ont reçu hier et aujourd'hui quelques cholériques : l'Hôtel-Dieu en a reçu 6; la Charité, 3; l'hôpital Saint-Antoine, 2; l'hôpital des Enfants, 1; la Maison de santé, 1. Dans la ville, plusieurs confrères ont été appelés à en voir quelques cas; nous avons déjà reçu des communications, à peu près de tous les quartiers de la capitale.

La mortalité est déjà de près d'un tiers. La maladie se présente donc avec sa gravité habituelle. Il est seulement à espérer que le nombre des cas sera peu élevé.

— *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* — Les pièces anatomiques sèches qui constituent la première épreuve de ce concours, et qui devaient comprendre, suivant la question posée par le jury, l'anatomie de l'urètre, ont été déposées hier, 15, au Musée de la Faculté. M. Giraldès ayant été exclu du concours pour absence forcée, à la suite du grave accident qu'il a éprouvé, et M. Dupré s'étant retiré, il ne reste plus que deux candidats, MM. Jarjavay et Sappey. Les autres épreuves ne commenceront que du 10 au 15 décembre.

— La *Presse* donne aujourd'hui les renseignements suivants qui intéresseront sans doute nos lecteurs, quoique les publications médicales ne jouent qu'un bien faible rôle dans la statistique dont il s'agit.

Le nombre total des journaux et feuilles périodiques aux États-Unis est de 2,800, représentant une circulation annuelle de 422,600,000 exemplaires, répartis ainsi qu'il suit :

			Numéros par jour.	Numéros par an.
Journaux quotidiens	350	à	750,000	235,000,000
id. paraissant trois fois par semaine	150	à	75,000	11,700,000
id. paraissant deux fois par semaine	125	à	80,000	8,320,000
id. hebdomadaires	2,000	à	2,875,000	149,500,000
id. semi-mensuels	50	à	300,000	7,200,000
id. mensuels	100	à	900,000	10,800,000
id. trimestriels	25	à	20,000	80,000
Total	2,800		5,000,000	422,600,000

On sait qu'aux États-Unis la presse est libre, et qu'elle n'est assujettie ni au cautionnement ni au timbre.

— On lit dans la *Gazette de Cologne :* Les habitants de Canton, en Chine, paraissent faire grand cas de la vertu des plantes. Dans les principales rues, se trouve une quantité de boutiques où l'on vend des herbes salutaires, des racines, des écorces et autres substances végétales. Dans l'une d'elles, j'ai compté jusqu'à cinquante espèces différentes de drogues. Il y a toujours dans la boutique une espèce de compère qui vante la qualité de la marchandise et qui, par ses traits d'esprit, amuse les acheteurs. La médecine chinoise est, sans doute, mêlée de charlatanisme; mais elle a du bon et peut fournir d'utiles renseignements. Sous ce rapport, nous avons beaucoup plus de choses à apprendre d'eux qu'on ne le croit généralement. Ainsi ils possèdent un grand ouvrage intitulé : *Pun-Tsan-Kang-Muh* (materia medica), composé par Li-Chi-Ischin; c'est un recueil méthodique que les Européens connaissent fort peu et qui n'a été traduit en aucune langue. Cet ouvrage n'a pas moins de quarante volumes in-8°, d'une impression compacte, et contient des centaines de gravures de minéraux, de plantes, d'animaux, etc. Si ces planches ne sont pas très-artistement dessinées, du moins elles ne sont pas inférieures à ces grossières gravures qui ornaient les traités de botanique, les *Krœuterbüchern,* des premiers temps de l'imprimerie. Ceux qui s'occupent du progrès des sciences, en Chine, trouveront dans cette vaste collection d'utiles et d'instructifs renseignements.

— M. le professeur Velpeau commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, lundi prochain, 21 novembre.

— *Cours public de chirurgie.* — M. Chassaignac, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, ouvrira ce cours le jeudi 1er décembre 1853, à quatre heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

BIBLIOGRAPHIE.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur Bouchardat. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 cent.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome I. — N° 139. 1re année. Samedi 19 Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Des précautions à prendre pendant l'épidémie de choléra. — Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie, par M. Alph. Robert. (*Suite.*) — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** Hôpital de la Charité. M. Velpeau. Observation de tumeur adénoïde de la mamelle (hypertrophie particlle). Tétanos traumatique. Mort. Par M. A. Rombeau. — **TÉRATOLOGIE :** Extrophie de la vessie. Deux utérus et deux vagins parfaitement distincts. Absence d'anus, etc., par M. le Dr Depaul. — Observations générales sur le choléra dans le 11e arrondissement de Paris, pendant l'épidémie de 1849, par M. le Dr Duchesne. — **ANATOMIE PATHOLOGIQUE :** De la résorption de la partie solide des exsudations, par voie de dégénération graisseuse ou résorption, etc., par M. A. Michaelis. — De la dilatation des vaisseaux capillaires dans les inflammations de l'encéphale, etc, par M. H. Ecker. — **THÉRAPEUTIQUE :** Des ventouses sèches sur l'abdomen dans les coliques nerveuses. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 18 *Novembre* 1853.

Des précautions à prendre pendant l'épidémie de choléra.

Il y a longtemps que toute épidémie cholérique aurait disparu de la surface du globe, si un seul des mille préservatifs de cette maladie avait tenu ses promesses. Malheureusement, il n'en est point ainsi : en présence du fléau, l'art est aujourd'hui à peu près aussi désarmé qu'en 1832.

Mais par cela même que notre ignorance est encore très-grande sur les moyens de se préserver du choléra, et tout à fait complète sur la cause essentielle de cette maladie, la science doit éviter avant tout, si elle ne veut pas s'assimiler à toutes ces spéculations qui cherchent à en imposer à la crédulité publique, elle doit éviter d'affirmer au public ce qu'elle ignore, ou de lui donner de ces conseils dont la banalité le dispute à l'inutilité. Ce défaut a été celui de toutes les instructions rédigées par les divers Corps savants auxquels cette mission a été confiée depuis 1832. Tous, sans en excepter même le dernier Comité de Londres (1), ont beaucoup insisté sur des choses oiseuses et ont oublié les choses essentielles. Or, c'est, suivant nous, à celles-là qu'on doit se borner pour être utile à la population, et c'est, pour notre compte, ce que nous allons faire.

Les seuls faits rigoureusement démontrés dans l'histoire

(1) Pendant la durée de l'épidémie :

« 1° Aucun dérangement d'entrailles, si léger qu'il soit, ne doit être négligé, « même une heure. L'avis d'un médecin sera demandé dès que le dérangement com- « mence. En attendant l'arrivée du médecin, quelques-uns des médicaments pris

FEUILLETON.

Note statistique sur l'assistance publique de la ville de Paris, pour l'année 1852,

Extraite principalement des comptes publiés par l'administration,

Présentant un relevé des résultats généraux, et plus spécialement de ceux qui peuvent intéresser les médecins des Bureaux de bienfaisance,

Lue à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris,

Par son président le Dr J.-F. Payen.

(*Séance du 5 octobre* 1853.)

Cette Note ayant d'abord été rédigée pour une simple lecture, j'ai donné des nombres ronds toutes les fois qu'ils ne s'éloignaient pas de la vérité, afin d'éviter la fatigue et la confusion, qu'entraîne une pareille accumulation de chiffres et aussi pour soulager la mémoire.

J'ai souvent rapproché les résultats obtenus en 1852 de ceux des années précédentes, empruntant aux statistiques de la Préfecture de la Seine, à celles de Benoiston-Chateauneuf, Villermé, Alban de Villeneuve, même aux publications faites à l'étranger.

Enfin, les tableaux statistiques ne concluant pas, ne raisonnant pas, j'ai quelquefois suppléé à cette sécheresse des chiffres en comparant et appréciant les résultats.

L'assistance publique compte à Paris 10 hôpitaux généraux; 6 hôpitaux spéciaux; 1 maison de santé; 5 hospices; 3 maisons de retraite; 4 hospices fondés; 1 maison d'orphelins; 12 Bureaux de bienfaisance; 1 maison de nourrices et 1 filature pour les indigents.

Hôpitaux ou hospices.

Nombre de lits. — Hôpitaux, 6,743. — Hospices, 9,828. — Enfants trouvés et orphelins, 600. — Total 17,171 lits.

Hôpitaux. — L'Hôtel-Dieu en compte 800 (sommes rondes). — Saint-Louis, 850. — La Pitié et les Enfants, chacun 600. — La Charité, la Maternité, chacun 500. — Necker, Beaujon, Sainte-Marguerite, Midi, Lourcine, Saint-Antoine, chacun 300 à 400. — La Maison de santé, la Clinique et Cochin, 100 à 150.

Des statistiques, dont je ne me rends pas garant, établissent qu'à Londres le nombre des lits pour une population de 2 millions d'habitants ne dépasse pas 3 à 4 mille. Vienne et Saint-Pétersbourg ont environ 6 mille lits, ce qui, proportionnellement à la population de ces villes, est exactement dans le rapport de Paris.

Hospices. — Bicêtre, 2,700 lits (dont 800 pour les aliénés, 1,900 pour les indigents). — La Salpêtrière, 4,350 (dont 1,300 pour les aliénées, 3,050 pour les indigents). — Incurables femmes, Ménages, chaque 7 à 800.

Malades traités dans les divers hôpitaux. — 1852. — 90,486 sujets fournissant un total de 2,072,670 journées de maladies.

du choléra, et qui soient véritablement utiles au point de vue de la préservation, sont les suivants :

1° Les excès, au moins les excès de régime, favorisent le développement de la maladie. Ce fait est démontré par le plus grand nombre de malades entrés dans les hôpitaux le lundi et le mardi de chaque semaine, pendant toute la durée des épidémies de 1832 et de 1849.

Quant à l'influence de tel ou tel régime, cette influence est absolument nulle. Il n'y a d'autres précautions à prendre à cet égard, sous tous les rapports, que de suivre le genre de vie auquel on est accoutumé.

2° Le développement de l'épidémie est souvent précédé de diarrhée; il est donc prudent d'arrêter le plus promptement possible cet accident, quoiqu'il ne soit pas encore démontré qu'on arrête ainsi la maladie. De tous les moyens d'arrêter la diarrhée, tout le monde sait que le meilleur consiste à prendre chaque jour de 5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium, ou un quart de lavement additionné de 10 à 30 gouttes de laudanum de Sydenham.

3° Le choléra ne s'est *jamais* montré contagieux à un degré quelconque. Cette vérité a été démontrée de la manière la plus irréfragable par ce fait, *constamment* observé, que la proportion des cholériques n'a pas été plus grande parmi les catégories d'individus en contact permanent avec les cholériques (médecins, sœurs hospitalières, infirmiers), que parmi les classes qui évitent avec le plus grand soin ce contact.

Il n'y a donc *absolument aucun danger* à se mettre en contact direct ou indirect avec des cholériques; mais il y a un danger que tout le monde comprend à habiter un lieu où règne l'épidémie, parce que, à côté d'un cholérique, se trouve évidemment le miasme, la cause inconnue qui détermine la maladie.

Le meilleur de tous les préservatifs consiste donc à aller habiter un lieu où le choléra n'a jamais régné. Toutefois, cette précaution elle-même est loin de pouvoir donner une entière sécurité, puisqu'en 1849 l'épidémie a sévi sur des points qu'elle avait complétement épargnés en 1832, et *vice versâ*.

Voilà tout ce que la science sait de positif et tout ce qu'il peut être utile de porter à la connaissance du peuple de toutes les classes, car toutes les classes sont peuple en face de la science médicale. Tout le reste n'est que fausse science ou spéculation. On a beaucoup insisté, dans toutes les instructions, sur la nécessité d'éviter, avec le plus grand soin le voisinage des lieux où se trouvent des matières animales ou végétales en putréfaction. Quoique la propreté soit toujours désirable et bonne au point de vue de l'hygiène en général, elle est absolument sans influence pour empêcher comme pour favoriser le développement du choléra. Cette précaution n'est donc pas moins inutile que toutes celles que nous omettons à dessein de mentionner. H. DE CASTELNAU.

« en temps ordinaire, pour arrêter la diarrhée, devront être donnés; par exemple, « le *mélange de craie*, la *poudre composée de cannelle* ou la *poudre composée de* « *craie et d'opium*, aux doses de 20 et 40 grains pour un adulte.

« 2° Nul apéritif salé ou purgatif drastique, qui opère promptement et vigoureu- « sement, ne sera pris sans l'avis d'un médecin.

« 3° L'intempérance dans les aliments ou dans la boisson est excessivement dan- « gereuse. L'usage modéré de la viande et des légumes est recommandé. En géné- « ral, on doit suivre le régime qui convient le mieux à chaque individu. Un chan- « gement considérable dans le régime auquel on est habitué est rarement conseil é « pendant la durée d'une épidémie.

« 4° La faiblesse, l'épuisement, l'exposition à l'humidité, rendent les pauvres « spécialement sujets à la maladie. Le Comité rappelle aux riches la nécessité de « donner aux pauvres de la nourriture, du chauffage et des vêtements.

« 5° On ne saurait trop insister sur l'importance extrême d'ôter ou de détruire « toutes les impuretés soit dans l'air, soit dans l'eau ou sur le sol, par la ventila- « tion, la propreté ou le fréquent usage du chlorure de chaux ou de zinc.

« Enfin, depuis que les rapports faits au Collége des physiciens prouvent que « des personnes qui ont soigné les malades dans la dernière épidémie, le nombre « de celles qui ont été prises par la maladie était en proportion excessivement « petit, la *crainte de la contagion doit être pratiquement écartée*.

« Le Comité évite d'insister sur l'importance extrême d'avoir dans les dispen- « saires un approvisionnement convenable de médicaments pour le traitement de « la diarrhée chez les pauvres; sur la nécessité d'*organiser dans chaque district* « *affecté du choléra* ce qui est appelé le système de *visite de maison à maison*, et « sur l'établissement d'hôpitaux temporaires pour recevoir les malades qui ne peu- « vent pas être convenablement traités à domicile. »

Nous aurions de bien nombreuses observations à présenter sur cette instruction, nous nous contenterons de dire, avec un de nos judicieux confrères, que les préceptes qu'elle renferme seraient bons en toute occasion, et d'ajouter qu'ils ne sont guère meilleurs en temps de choléra qu'en tout autre temps. Nous ajouterons cependant encore que la recommandation faite aux classes riches n'a rien de médical, et que le temps du chlorure de chaux ou de zinc ou de toute autre base est depuis longtemps passé, attendu que les observations les plus positives ont parfaitement demontré que le chlorure de chaux ne purifie rien du tout et qu'il n'a d'autre avantage que de sentir très-mauvais.

Ce nombre va graduellement croissant; en 1851, il avait été de 86,775; en 1835, 70,452; en 1822, 25,630 (c'est-à-dire qu'à 30 ans d'intervalle, il y a presque les 2/3 de moins); en 1786, 28,855 (c'est-à-dire le 1/4 de 1852).

Indigents et infirmes entretenus dans les hospices : 12,117. Sujets fournissant 3,333,087 journées de séjour, chiffre analogue à celui des années précédentes.

Sur ce nombre de 90 mille malades traités dans les hôpitaux de Paris, 72 mille appartiennent à cette ville, 14 mille à la banlieue, 2 mille aux départements et 40 environ à l'étranger. Ce qui revient à dire que les *étrangers à la ville de Paris* entrent pour plus de 1/5 dans le nombre des sujets traités, et comme la dépense moyenne de chaque malade est de plus de 43 fr., il en résulte que cette dépense faite pour les étrangers s'élève à près de 780 mille fr.

Sur les 72 mille malades fournis par la ville de Paris, le 12e arrondissement figure pour 12,447; le 8e, pour 9,592. Les arrondissements les moins chargés sont le 3e, le 4e et le 2e : 2,800, 3,300 et 3,400 malades.

Les rangs sont les mêmes relativement à la population indigente.

Accouchements. — 5,490 femmes ont été accouchées : 2,543 dans les hôpitaux; 2,947 dans les Bureaux de bienfaisance. Les premières ont reçu de la fondation Monthyon, 49,541 fr.; les secondes, 40,000 fr. Total de ce secours : 89,541 fr.

Le nombre total des naissances à Paris est, en sommes rondes, de 30 mille, dont 10 mille *enfants naturels*.

Les femmes admises dans les hôpitaux pour leur accouchement doivent allaiter leurs enfants, sauf le cas d'empêchement légitime. Elles reçoivent du linge, une demi-layette et un secours en argent, outre l'assistance des Bureaux de bienfaisance, de la Société de charité maternelle et des autres Institutions de ce genre.

Pour celles qui ne peuvent pas nourrir, l'administration se charge, par son bureau des nourrices, de mettre l'enfant en nourrice, elle paye le voyage, le premier mois, et elle garantit le payement des autres mois jusqu'au dixième, à raison de 10 fr. par mois.

Le résultat de cette assistance a été de diminuer les admissions à la Maison d'accouchement, ainsi que les abandons qui, à la Maternité, sont descendus de 38 pour cent à 4 pour cent, et, dans les autres hôpitaux, de 19 pour cent.

Un an environ après l'accouchement, ces femmes ont été visitées. En moyenne, un tiers des enfants était mort, tandis qu'aux Enfants trouvés, après pareil laps de temps, il en est mort la moitié.

Enfants abandonnés. — 3 à 4 mille par an. Nombre total au 1er janvier 1853 : 14,111 sujets. — La moyenne des décès est par année de 2,000 à 2,500.

En 1835, l'administration entretenait 21,288 enfants trouvés et 1,676 orphelins.

Vie moyenne. — Elle est dans les hospices, à partir du moment de l'admission, de 8 à 4 ans.

Aux Incurables femmes, 8 ans; aux Ménages, 7 ans; à Sainte-Perrine, 6 ans; à la Reconnaissance, aux Incurables hommes, à Bicêtre, 5 ans; à la Salpêtrière, 4 ans.

	Ville.	Ménages.	Hospices.
Sexagénaires.....	10 ans.	10 ans.	6 ans.
Septuagénaires.....	6	6	4
Octogénaires.....	3	4	2

Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie,

Lu à la Société de chirurgie, le 9 novembre, par M. Alph. Robert, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.*

(*Suite. Voir les n*os 136, 137.)

Qu'il me soit permis de rappeler quelques-uns des cas malheureux que j'ai cités, et il demeurera constant, pour tout homme dégagé d'idées préconçues, que les malades n'ont point succombé à des quantités trop considérables de vapeurs anesthésiques absorbées à la fois. Ainsi, qu'il vous souvienne de l'observation de M. Vallette de Lyon : l'opérateur, qui se défiait beaucoup du chloroforme, en versa quelques gouttes sur une compresse qu'il plaça sous le nez, à une distance de un ou deux centimètres. Cette précaution, dit-il, fut rigoureusement observée.

Dans l'observation de M. Barrier, il est dit expressément que deux aides *très-habitués à manier le chloroforme*, se servirent d'une compresse à tissu très-clair, étendue au-devant du visage, laissant *un passage facile à l'air atmosphérique*, et sur laquelle ils versèrent le chloroforme *par gouttes, à plusieurs reprises*.

Enfin, M. Valet d'Orléans, présida lui-même à l'administration du chloroforme; il présenta une éponge imbibée d'un *gramme* de ce liquide, d'abord à *distance de l'ouverture des narines;* puis il la rapprocha graduellement, en ayant la précaution de *laisser continuellement la bouche libre et ouverte*.

Si, d'une part, on tient compte du soin que l'on a pris, dans tous ces cas, de maintenir l'appareil éloigné de la bouche, de verser le chloroforme par petites quantités; si de l'autre on réfléchit à la grande volatilité de ce liquide et à l'énorme tension de sa vapeur, ne pensera-t-on pas avec nous que la plus grande partie de celle-ci a dû se répandre dans l'atmosphère et qu'il n'en est arrivé aux poumons qu'une très-faible proportion?

Dans un travail récent sur le chloroforme, M. Jobert a attribué l'action exceptionnelle des anesthésiques sur quelques individus, à des conditions anatomiques spéciales, qui en favoriseraient singulièrement l'absorption dans les voies respiratoires. Voici comment il s'exprime (Académie des sciences, 20 juin 1853. *Gazette médicale*, page 409) : « Les larges communications médiates qui peuvent « être établies exceptionnellement chez certains individus, entre les bronches et « les vaisseaux pulmonaires, favorisent instantanément l'anesthésie. Les commu- « nications établies, en effet, entre les bronches et les vaisseaux, sont plus re- « marquables chez certains sujets que chez d'autres, comme le démontrent les « injections. » En présence de la possibilité de telles anomalies, M. Jobert recommande une grande prudence.

Il y a dans cette assertion de notre éminent confrère, d'abord une hypothèse, puis une erreur anatomique. Rien ne démontre, en effet, que les sujets chez lesquels le chloroforme agit avec une rapidité exceptionnelle, aient des communications broncho-vasculaires plus larges que les autres. D'ailleurs ces communications n'existent pas; le système vasculaire est parfaitement clos aux poumons comme partout ailleurs. Depuis que les illusions de Ruysch et de son école se sont évanouies devant l'observation sévère et la saine physiologie, personne n'ignore les nombreuses causes d'erreur que peuvent enfanter les injections cadavériques. Il est donc à regretter que M. Jobert n'ait pas appuyé par des faits une opinion si contraire aux notions aujourd'hui accréditées par tous les anatomistes.

Nous venons de passer en revue les théories émises pour expliquer les cas de mort subite survenue par l'emploi du chloroforme, et il résulte de cet examen qu'aucune d'elles ne peut soutenir une discussion approfondie. On arrive donc forcément à cette conclusion déjà énoncée dans notre rapport : que les cas malheureux doivent être imputés à des dispositions particulières de l'organisme dont la nature nous est inconnue.

Il nous reste maintenant à remplir une tâche plus difficile et plus importante : celle de rechercher si l'on peut prévenir les malheurs, et de tracer des règles pour l'administration du chloroforme.

Avant d'entrer en matière, nous croyons nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur les effets généraux de cet agent,

Lorsqu'on l'emploie à dose modérée et en veillant au libre accès de l'air dans les voies respiratoires, on voit, après un temps assez court, se manifester des phénomènes d'agitation cérébrale, du délire une agitation plus ou moins violente, souvent même l'exaltation de la sensibilité et le spasme de certains muscles. Bientôt, et dans un ordre variable, surviennent la diminution graduelle et l'abolition de la sensibilité des facultés intellectuelles et des mouvements volontaires. Le corps s'affaisse sur lui-même; les membres soulevés retombent comme des masses inertes; l'homme semble plongé dans un sommeil profond. Cependant la respiration est égale, large, facile; le pouls, d'abord agité, retombe à son rhythme habituel; il est plein, souple, régulier. C'est alors que l'on peut pratiquer avec sécurité les opérations chirurgicales. Les incisions pratiquées sur les tissus les plus richement pourvus de nerfs, les tractions, les pressions, les violences de toute nature n'arrachent au malade aucun témoignage de douleur. Qu'on ne croie pas, cependant, que l'organisme y reste toujours complétement étranger. Ainsi que nous l'avons déjà fait observer, les impressions produites sur lui par l'acte opératoire y causent un retentissement, véritable action reflexe qui varie suivant les individus, et se manifeste tantôt sur l'appareil respiratoire et tantôt sur le cœur. Dans le premier cas, la respiration devient momentanément saccadée, anxieuse, et dans le second, on observe de brusques modifications dans le pouls. J'ai plusieurs fois remarqué qu'au commencement surtout d'une opération chirurgicale, ce dernier changeait tout à coup de caractère, et devenait petit, concentré, irrégulier et même intermittent. Jamais je n'ai observé de syncope véritable, mais les faits que j'ai empruntés au mémoire de M. Bickersteth prouvent qu'il peut en survenir.

Tel est, messieurs, le premier degré de l'éthérisme, celui que l'on ne doit qu'atteindre et ne jamais dépasser dans la pratique de la chirurgie. Certes, il n'entrera dans l'esprit de personne qu'un tel état soit dénué de gravité; et, quant à moi, je ne puis me défendre d'une secrète émotion toutes les fois que je vois ainsi l'homme dépouillé de l'intelligence et de la sensibilité, immobile comme un cadavre, et ne vivant plus que par la respiration et la circulation. Et cependant, il est d'observation que cet état se dissipe assez promptement quand on cesse l'action du chloroforme, et qu'en général on peut le prolonger impunément, lorsqu'on a le soin de suspendre de temps en temps les inhalations.

Voyons maintenant quelle série de phénomènes caractérisent la période ultime de l'éthérisme, et par quel mécanisme la vie finit par s'anéantir. Ici l'observation nous fait défaut chez l'homme, mais nous pouvons la remplacer par des expériences sur les animaux.

J'ai dit que tout d'abord il y avait suspension de l'intelligence, de la sensibilité et des mouvements volontaires, la respiration et la circulation conservant leur intensité. J'aurais dû cependant faire une restriction à cet égard. En effet, pour peu que l'éthérisation continue, le sang artériel se dépouille peu à peu de sa cou-

---

Mortalité. — Sur les 90,486 malades traités dans les hôpitaux, 7,201 sont morts.

Sur 12,117 infirmes entretenus dans les hospices, 1,538 sont morts.

Total : 8,733. (En 1817, le nombre des morts a été de 9,402.)

Malades des services de médecine et de chirurgie ensemble; moyenne proportionnelle des morts : Hôpitaux généraux, 1 sur 10. — Hôpitaux spéciaux, 1 sur 19. — Malades de médecine, 1 sur 8,75. — Malades de chirurgie, 1 sur 23,16.

De 1835 à 1845, la moyenne ci-dessus de 1 sur 10 était de 1 sur 9 1/2.

Aux Enfants, la moyenne de 1852 est de 1 sur 7; en 1851, elle était de 1 sur 6.

J'ajoute quelques exemples :

Services de chirurgie : à la Charité, 1 sur 32,55; Sainte-Marguerite, 1 sur 30,65; Beaujon, 1 sur 16.26; Cochin, 1 sur 14.48; hôpital du Midi, 1 sur 257.69.

Services de médecine : Cochin, 1 sur 11.30; Sainte-Marguerite, 1 sur 10.97; Bon-Secours, 1 sur 9.68; la Pitié, 1 sur 9.33; Hôtel-Dieu, 1 sur 7.35 (c'est à peu près la mortalité de l'hôpital des Enfants).

Au commencement du XVIIIe siècle, l'Hôtel-Dieu avait reçu en dix ans 238,425 malades; il en était mort 55,418 (le quart).

En 1696, l'Hôtel-Dieu avait reçu 6,945 malades, il en était mort 2,294 (le tiers). — Dans une seule année, l'Hôtel-Dieu a compté 7,896 morts.

Considérations générales sur la mortalité. — En 1852, le nombre total des décès de Paris a été de 30,000 en sommes rondes, dont 20,000 à domicile et 10,000 dans les hôpitaux (la mortalité de Londres est de plus de 50,000 par an). Ce qui donne une mortalité journalière de 82 en moyenne, dont 30 dans les hôpitaux et 52 à domicile. Nous avons vu que les naissances, dans les hôpitaux, étaient de 5,500, le nombre total de Paris étant de 32,000, soit un sixième, d'où résulte qu'un sixième de la population de Paris naît à l'hôpital, et qu'un tiers va y mourir.

C'est que, en effet, jusqu'à ce que nos habitudes sociales soient profondément modifiées, il y a une grande partie de la population indigente qui, par une sorte d'hérédité fatale, semble inévitablement vouée à la plus profonde misère. Cette portion forme une classe à part, pour laquelle la vie sociale n'existe pas, on peut dire qu'elle n'apprécie pas sa position, et elle ne fait nulle effort pour en sortir. Dans la société, elle ne connaît qu'une autorité, le commissaire de police, qu'une providence, le Bureau de bienfaisance. Nés à l'hôpital, ces malheureux vont y mourir, car ce n'est pas même pour eux qu'est faite la modeste étape de l'hospice. C'est ainsi que des générations succèdent aux générations, et la misère a ses dynasties qui se perpétuent *sans déroger* comme celle des maisons princières.

Dépense. — La dépense moyenne, par jour, de chaque malade, est dans les hôpitaux de 1 fr. 79 c., dans les hospices, de 1 fr. 10 c.; dans les hospices fondés, 1 fr. 54 c.

Le séjour moyen de chaque malade étant entre 24 et 25 jours, la dépense moyenne, a été, en 1852, de 43 fr. 75 c. Elle avait été, en 1851, de 46 fr. 21 c.

La dépense d'un lit occupé pendant 365 jours est, dans les hôpitaux, de 654 fr. 69 c.; dans les hospices, de 406 fr. 66 c.; dans les hospices fondés, de 563 fr. 62 centimes.

J'ajoute comme exemples la dépense, en sommes rondes, de quelques maisons hospitalières.

leur rutilante ; sa teinte se rapproche de celle du sang veineux. Il n'est aucun chirurgien qui n'ait été frappé de ce fait et n'ait vu à la surface d'un moignon d'amputation, combien se ressemble le liquide qui s'échappe des deux ordres de vaisseaux.

Bientôt les mouvements du cœur éprouvent de nombreuses variations ; tantôt ils sont précipités et incertains : on croirait qu'ils vont s'éteindre ; puis tout à coup ils redeviennent fermes et réguliers. De son côté aussi, la respiration, qui ne s'exécute plus que par le diaphragme, s'accélère parfois d'une manière extraordinaire et reprend ensuite son état primitif. Il n'est pas rare de voir, à cette période, de petits mouvements convulsifs ou des soubresauts irréguliers dans les muscles des paupières et dans ceux des membres.

Enfin, au bout d'un temps qui varie selon le degré de résistance vitale de l'animal, et qui est en général beaucoup plus long qu'on ne pourrait le croire ; la respiration se ralentit et devient irrégulière ; le pouls n'est plus que filiforme, et bientôt les mouvements du diaphragme et du cœur finissent par s'arrêter.

M. Bickersteth, dans le mémoire que nous avons déjà cité, a cherché à établir que la respiration cesse bien avant la circulation. Nos expériences nous ont conduit au même résultat, mais d'une manière moins absolue que ne l'a énoncé cet observateur. Sur une quinzaine d'animaux sacrifiés, nous avons vu deux fois les battements du cœur s'éteindre assez longtemps avant la respiration. Dans ces deux cas, ayant ouvert la poitrine, nous avons pu constater que le cœur, étant complétement immobile, le diaphragme s'est encore contracté plusieurs fois, faiblement, il est vrai, et à de longs intervalles.

A l'ouverture des corps, on trouve les cavités droites du cœur distendues par du sang noir et fluide. Les grosses veines afférentes en contiennent également de grandes quantités, ainsi que les sinus de la dure-mère et les veines du cerveau. Les cavités gauches sont quelquefois complétement vides. Les poumons, roses et affaissés, présentent quelquefois des taches ecchymotiques. Quant à la présence, signalée par divers observateurs, de fluides aériformes dans le cœur droit et dans les grosses veines qui s'y rendent, nous ne l'avons jamais rencontrée.

On vient de voir la succession des effets produits par le chloroforme, effets pour la plupart décrits par les physiologistes. Ils mettent trop en évidence les propriétés délétères de cet agent pour qu'il soit utile d'y insister davantage. Toutefois, je crois devoir faire connaître ici le résultat d'une expérience qui n'avait pas encore été instituée. Elle démontre, en effet, que le chloroforme anéantit la propriété excito-motrice de la moelle épinière et place cette substance à côté des poisons les plus actifs.

Sur un chien plongé dans l'anesthésie avec résolution des muscles, j'ai découvert le cordon rachidien vers le milieu de la région dorsale et dans l'étendue de 6 ou 7 centimètres ; puis, j'ai enfoncé deux aiguilles dans son épaisseur. Au moment où elles ont été mises en contact avec les deux pôles d'un appareil électro-magnétique, aucun mouvement ne s'est manifesté dans les membres inférieurs. Alors j'ai suspendu les inhalations jusqu'à ce que l'animal fut revenu complétement à lui, ce qui a duré près de deux minutes ; l'influence de l'électricité ayant été essayée de nouveau, de violentes secousses ont eu lieu dans les muscles naguère immobiles. Cette épreuve causant de vives douleurs, j'ai coupé la moelle à sa partie supérieure, les effets de la pile se sont de nouveau fait sentir sans que l'animal en eût conscience, pour disparaître encore sous l'influence de nouvelles doses de chloroforme.

Il est à remarquer que les nerfs ne participent pas aussi manifestement que la moelle à la perte de leurs propriétés excito-motrices ; je m'en suis assuré en faisant passer un courant a travers le nerf sciatique. Enfin, la contractilité des muscles se conserve intégralement et persiste même assez longtemps après la mort. Ces expériences ont eu pour témoins MM. les docteurs Abeille, Duchesne (de Boulogne), Debout et les élèves de l'hôpital Beaujon.

Jusqu'ici nous avons seulement constaté les effets lents et successifs du chloroforme. Nous avons vu les symptômes d'une excitation violente faire place au calme et à la résolution musculaire ; la mort n'est arrivée que par degrés, et toujours il a été facile de la prévoir et de la prévenir en arrêtant les inhalations ; en un mot, nous n'avons rien vu qui ressemblât à la sidération. Nous avons désiré étudier expérimentalement ce genre de mort, et dans ce but, nous avons fait respirer à des chiens des quantités considérables de vapeurs anesthésiques dans un temps très-court, en leur plongeant la tête dans une vessie où nous avions versé et agité plusieurs grammes de chloroforme. A peine ces animaux avaient-ils respiré cette vapeur, qu'ils poussaient deux ou trois cris, s'agitaient violemment, puis tombaient foudroyés en moins d'une ou deux minutes. La mort ne pouvait être attribuée à l'asphyxie, car la vessie n'avait pas été entièrement fermée et d'ailleurs on ne trouvait sur les cadavres aucune lésion qui put la faire admettre. Les poumons étaient roses et affaissés ; les cavités droites du cœur pleines de sang, les sinus de la dure-mère et les veines du cerveau tout à fait vides.

En parcourant les observations de mort subite survenue chez l'homme, nous en avons trouvé quelques-unes où la sidération s'est manifestée avec des caractères semblables à ceux que nous venons de décrire et où, par conséquent, il est permis de croire que le chloroforme a été administré en trop grandes proportions. Mais, il faut le dire, la physionomie de la plupart des autres a été totalement différente. Ainsi, au milieu d'une éthérisation dont la marche régulière ne présentait d'abord aucun symptôme alarmant, les battements artériels se sont tout à coup suspendus, et une syncope mortelle est venue frapper les patients au moment où l'on devait le moins s'y attendre. Il existe donc, en dehors de la sphère d'activité connue du chloroforme, une cause spéciale, un trouble nerveux, dont la source ne peut-être placée ailleurs que dans la disposition où s'est trouvé l'organisme à un moment donné ; et c'est là, suivant nous, ce qui constitue le danger véritable de l'éthérisation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Observation de tumeur adénoïde de la mamelle (hypertrophie partielle). — Tétanos traumatique. — Mort.

Le tétanos traumatique est une de ces affections qui appellent encore aujourd'hui toute l'attention des chirurgiens.

Trop inconnue dans sa nature, presque toujours mortelle, elle est incontestablement beaucoup moins fréquente dans nos climats que dans les pays chauds. On n'en n'observe pas moins çà et là quelques exemples.

En considérant cette rareté même des occasions où l'on peut observer le tétanos, nous pensons qu'il est de quelque intérêt

---

Hôpitaux. — Saint-Louis dépense plus de 560,000 fr. ; Hôtel-Dieu, près de 500,000 fr. ; la Pitié et la Charité, plus de 300,000 fr. chaque.

Total général pour les hôpitaux généraux et spéciaux : 3,801,976 fr.

Hospices. — Bicêtre, 1 million ; la Salpêtrière, 1 million et demi ; les hospices fondés, 182,504 fr.

Total général pour les hospices, 3,758,391 fr.

Maison de santé. — On ne sait pas assez que l'entretien de cette maison n'est pas une spéculation. Établie en 1802 par l'administration, elle présente chaque année un déficit de recette sur la dépense, qui dépasse, en moyenne, 20,000 fr. par an.

En 1850, le déficit a été de 21,500 fr. ; en 1847, de 25,400 fr. ; en 1848, de 43,300 fr.

La moyenne de la dépense est par jour de 3 fr. 21 c.

Recettes et dépenses. — Recettes de toutes natures (extraordinaires, etc., p. 38 du rapport), 20,210,663 fr. Dépenses (mêmes conditions, même tableau), 17,966,073 fr.

Un autre tableau, comprenant les dépenses et recettes *courantes* VRAIES, porte : les premières à 12,767,290 fr., et les deuxièmes à 12,238,702 fr.

De ce chiffre de 20 millions représentant le mouvement total des fonds de l'administration des hospices de Paris, il est curieux de rapprocher le chiffre total du revenu des hôpitaux de toute la France avant la révolution, qu'on estimait à 40 millions, dont 23 millions étaient en fonds de terre, et 17 millions en revenus assistant les octrois des villes ; on peut encore le rapprocher de la recette totale de la ville de Paris, qui s'élève à 47,114,346 fr.

Dépense réelle et totale, y compris les secours à domicile en 1852, 16,738,968 fr. (30 ans avant, en 1822, la dépense n'est que de 9,705,689 fr.)

J'ajoute quelques exemples pour la source des recettes.

Les biens-fonds, domaines, revenus mobiliers, ne produisent que 3,028,135 fr. Le droit sur les spectacles, guinguettes, etc., produit 1,427,600 fr., sur lesquels les spectacles seuls figurent pour 1,081,547 fr., et l'Opéra seul pour 109,551 fr. Les remboursements ont donné 2,883,722 fr., la subvention municipale, 4,421,813 fr., le revenu des fondations, 541,462 fr.

Je termine en indiquant quelques chiffres relatifs à la consommation.

L'administration a employé, en 1852, de pain et farine, 5,843,000 kil. ; de vin, 1,500,000 kil. (sommes rondes) ; de viande, 1,243,000 kil. ; de lait, 1,080,000 litres ; de beurre, près de 100,000 kil. ; de sel, 81,000 kil. ; de pommes de terre, 473,000 kil.

Filature. — Enfin, il existe à la Salpêtrière un atelier de couture et de confection de linge à pansement, qui, pour les femmes de la maison, correspond à la filature dont nous parlerons aux secours à domicile, et dont les résultats ont été, pour 1852 :

Confections. — Produit brut : 66,828 fr. ; mais les frais dépassent la recette, et la perte est de 2,206 fr.

Raccommodages. — Total des recettes, 57,685 fr, sur lesquels, en déduisant les frais, on obtient un bénéfice net de 3,881 fr.

Donc cet atelier, qui n'est pas une spéculation, mais qui procure aux femmes qu'il emploie quelques ressources et un moyen d'utiliser leur temps, entraîne encore la production de plus de 120,000 fr. de main-d'œuvre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

d'enregistrer les faits de ce genre, de manière, comme on l'a dit, à augmenter les éléments qui devront un jour établir les progrès dont l'histoire de cette maladie est susceptible.

Voici donc, sans commentaires, cette nouvelle observation que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Velpeau. Nous la croyons d'autant plus digne de fixer l'attention, que la malade chez qui cette complication terrible s'est développée, présentait en même temps un exemple de ces tumeurs de la mamelle, dont M. le professeur Velpeau a définitivement établi le diagnostic, en les classant sous le nom d'adénoïdes.

Inutile de dire que, dans le nouveau cas, le microscope est venu confirmer, par l'élément histologique, ce groupe de tumeurs bénignes qu'on peut appeler encore hypertrophie partielle de la mamelle.

Le 6 septembre 1853, est entrée, au n° 30 de la salle Sainte-Catherine, la nommée Grigny (Anne), âgée de 21 ans, demeurant rue de Bretagne, n° 3, née à Bruxelles (Belgique), mariée.

Il n'y a rien à noter dans les antécédents de la famille de cette femme.

Elle paraît assez bien constituée, elle se porte habituellement bien; réglée à 14 ans, elle est mariée depuis trois mois. Elle dit avoir reçu un coup, il y a deux ans, sur la mamelle droite, siége du mal.

Un mois après environ, elle constate l'apparition d'une tumeur à ce niveau. Cette tumeur présente le volume d'un pois, elle est mobile; son développement est insensible; elle ne présente aucun phénomène particulier à l'époque des règles.

État actuel. — Au-dessus de la glande mammaire, en dehors et en haut, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Elle est ovoïde, à grosse extrémité inférieure. Elle est immédiatement placée au-dessous de la peau. Celle-ci ne présente aucun changement de coloration. La tumeur paraît, à la pression, légèrement bosselée, irrégulière, assez dense, mobile. Quand on la soulève, on perçoit une sorte de tractus qui la rattache au lobe supérieur de la glande.

Le 10, M. Velpeau pratique l'ablation de cette tumeur par une incision oblique courbe, à concavité supéro-interne, longue de 4 centimètres; il énucle la tumeur. Pour pansement, il place quelques boulettes de charpie entre les lèvres de la plaie.

Examen de la tumeur. — La tumeur est enveloppée de quelques lamelles de tissu cellulaire lâche. A sa face inférieure, elle présente une sorte de pédicule grêle, mais résistant.

Légèrement bosselée à sa surface, elle est subdivisée en deux lobes réunis seulement par du tissu cellulaire. Sa coloration est blanc-rosé.

Assez résistante à la coupe, elle présente une surface bombée blanchâtre, grenue.

Le grattage n'amène aucun suc.

L'examen au microscope donne le résultat suivant :

On trouve les cul-de-sacs caractéristiques avec leur tunique transparente, leurs noyaux plus écartés les uns des autres qu'à l'état normal. Ceux-ci, du reste, sans augmentation de volume, se rencontrent, en outre, épars sur tout le champ du microscope.

Au grossissement beaucoup moindre, on voit en abondance, entre les granulations, la fibre du tissu cellulaire.

Le 13, et les jours suivants, la cicatrisation semble s'opérer assez régulièrement.

Le 20, la malade se plaint de lassitude. Elle accuse de la gêne dans la déglutition, une sorte de constriction vers le larynx.

Le 21, les mâchoires serrées s'écartent à peine de quelques millimètres. (Application de 12 sangsues sur les parties latérales du cou. Gargarisme borate.)

Le 22, soif vive, inappétence, respiration anxieuse, roideur considérable du col. La tête portée dans l'extension forcée ne peut être fléchie. La malade ne peut, qu'en éprouvant une vive douleur, lui imprimer quelques légers mouvements de latéralité.

Parfois, la malade perçoit des mouvements convulsifs dans les muscles de la région cervicale.

M. Velpeau lui prescrit la potion suivante :

Sirop d'acétate de morphine	0,30
Eau de tilleul.	125 gr.
Eau de fleurs d'oranger.	4

De plus, 0,24 centigr. d'extrait gommeux d'opium à prendre en pilules, d'heure en heure.

On la soumet à l'influence du chloroforme par trois reprises différentes.

Cette dernière médication paraît momentanément soulager la malade; mais elle lui fait éprouver une grande fatigue. Quelques vomissements se manifestent.

Le 23, sentiment de constriction vers les régions temporales. Céphalalgie intense. Même état, du reste. Toutefois la malade écarte un peu plus les mâchoires. Pouls faible, dépressible.

On lui administre cette fois :

0,40 centigr. d'extrait gommeux d'opium en 8 pil.
La potion de morphine.

Deux chloroformisations sont faites, ainsi que des frictions avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel.	50 gr.
Extrait de belladone.	15

Le 24, la malade ne peut traduire toute la fatigue qu'elle éprouve.

Il reste dans les reins une douleur constante, profonde, des plus violentes. La roideur augmente; on ne peut fléchir qu'avec peine le tronc de la malade sur le bassin. Elle peut imprimer quelques mouvements aux membres supérieurs; pour les inférieurs, ils sont dans un état de roideur insurmontable.

Le facies offre une grande pâleur, avec légère injection au niveau des pommettes. Il présente un aspect étrange, provenant de la direction des commissures des lèvres; en dehors de la ligne médiane, par suite des rides transversales et verticales que produit sans doute sur le front la contraction du muscle sourcilier et du frontal.

A chaque instant, la tête, le tronc, les membres sont agités de mouvements convulsifs excessivement douloureux.

Pas d'évacuations de matières fécales.

La malade conserve toute son intelligence. Pouls faible, lent; sueur froide (0,50 d'extrait gommé d'opium; potion de morphine; éthérisations prolongées et répétées; application d'un long vésicatoire sur le trajet des gouttières rachidiennes).

Le 25, les douleurs augmentent; les contractions se multiplient.

La malade succombe dans la nuit, sans avoir présenté aucun phénomène.

Pendant les quatre derniers jours, on n'a pu noter que deux ou trois émissions d'urine, et encore ont-elles été fort peu abondantes.

Autopsie. — L'ouverture du cadavre est faite en présence de M. Velpeau.

Beaucoup de sang se trouve infiltré au niveau des gouttières rachidiennes.

On constate une très-légère injection de la moelle et de ses enveloppes. Antéflexion de l'utérus assez prononcée.

L'examen de la plaie ne donne aucun résultat important à noter.

A. Rombeau, *interne du service.*

TÉRATOLOGIE.

Extrophie de la vessie. — Deux utérus et deux vagins parfaitement distincts. — Absence d'anus. — Ouverture de l'intestin grêle et du gros intestin à la paroi abdominale.

Pièce présentée à l'Académie par le Dr Depaul, *membre de l'Académie.*

Messieurs, la pièce d'anatomie pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, provient du cadavre

d'une petite fille qui était née vivante et à terme jeudi dernier, et qui a succombé dimanche matin à la suite de convulsions. Elle était jumelle ; sa sœur, qui n'offre aucun vice de conformation, continue à se bien porter. La mère, âgée de 23 ans, accouchait pour la première fois. La grossesse et l'accouchement n'ont présenté aucune particularité qui mérite d'être signalée.

Voici les particularités qui m'ont paru les plus importantes :

Dans la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'au cordon ombilical, et transversalement dans l'étendue de 5 centimètres, existe une tumeur rougeâtre, présentant plusieurs inégalités et une saillie de 2 centimètres en particulier, qui est placée au centre, et qui, par sa forme, représente une espèce de verge. De chaque côté, et au même niveau, on voit deux petites dépressions, au centre desquelles se trouve un pertuis dans lequel s'engage un stylet fin et par où s'écoulait de l'urine pendant la vie, lorsque l'enfant se livrait à quelques efforts.

Le cordon s'insère à la partie supérieure de la tumeur qui, en ce point, est uniquement formée par le péritoine parfaitement transparent.

Entre les deux pertuis précédemment indiqués, existe une autre ouverture inégale qui conduit dans l'intestin grêle et dans le gros intestin. Au-dessous de la tumeur, se trouvent deux rudiments de grandes lèvres et les orifices de quelques follicules muqueux. Il n'y a pas d'orifice anal. Une petite dépression semble indiquer la place qu'il aurait dû occuper.

Un examen des parties intérieures permet de constater les dispositions suivantes. Tout est à l'état normal dans la cavité thoracique. La rate et le foie sont à leur place et bien conformés.

Appareil urinaire. — Le rein du côté droit, plus volumineux que d'habitude et surmonté de sa capsule, occupe la situation habituelle. Au-dessous, se trouve une poche presque aussi volumineuse que lui, qui a les apparences d'une vessie, mais qui n'est autre chose que l'uretère distendu par l'urine. Cette poche se continue avec lui par sa partie supérieure, s'accolle à une moitié de l'utérus par son autre extrémité, qui s'ouvre dans une espèce de cloaque très-restreint, et communique avec l'extérieur par le pertuis dont il a déjà été question.

A gauche, on ne remarque que la capsule surrénale, et j'ai d'abord cru qu'il n'y avait qu'un seul rein. Mais une dissection attentive m'a bientôt fait voir qu'il n'en était pas ainsi. En effet, ce second organe, plus petit d'un tiers que le précédent, existe profondément caché dans l'excavation du bassin. De son échancrure part un uretère non dilaté qui s'accolle à l'autre moitié de l'utérus, s'ouvre dans un autre cloaque, et communique avec le second petit pertuis signalé sur la tumeur externe.

Organes génitaux. — Il y a deux utérus parfaitement distincts dans toute leur étendue. Ils se présentent sous la forme de deux petites cornes recourbées en dehors, à convexité supérieure. A chaque extrémité libre et légèrement renflée, sont appendus la trompe et son ligament, et un tout petit ovaire parfaitement reconnaissable.

L'extrémité inférieure est adhérente et embrassée, dans toute sa circonférence, par une petite poche remplie d'un mucus blanchâtre, et qui n'a d'autre issue, de chaque côté, que le petit pertuis dont j'ai déjà parlé. C'est dans chacune de ces poches que viennent s'ouvrir également chacun des uretères, de sorte qu'elles représentent deux vagins très-courts, et comme renflés, où aboutissent le col de chacun des utérus et le conduit excréteur des reins. Ces deux utérus ont un col arrondi parfaitement dessiné et qui fait une saillie de 3 à 4 millimètres dans ces espèces de cloaques ou de vagins. Ils ont un orifice assez large qui conduit dans une cavité qui règne jusqu'à l'extrémité supérieure de ces deux matrices. Le diamètre longitudinal de chacune d'elles est de 3 centimètres. Un rétrécissement circulaire indique ce qui appartient aux cols et aux corps, et il existe juste au milieu de la longueur totale.

Tube digestif. — Il est parfaitement conformé depuis l'estomac jusqu'à l'extrémité de l'intestin grêle, qui s'ouvre à la paroi du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, par une fente assez large, demi-circulaire, à concavité inférieure. Il est entièrement vide, sans trace de méconium. Le gros intestin se trouve réduit au cœcum, et n'a qu'une étendue de 2 centimètres environ. La même ouverture le fait communiquer à l'extérieur. Il est placé sur la ligne médiane, complétement renfermé dans l'excavation, et sépare entièrement, avec la fin de l'intestin grêle, les deux utérus dont il a été parlé.

Les deux pubis sont séparés. Un écartement de 3 centimètres et demi existe entre eux.

La constitution du cordon est complète ; il est pourvu de deux artères et d'une veine.

Observations générales sur le choléra dans le 11e arrondissement de Paris, pendant l'épidémie de 1849,

Par M. le Dr Duchesne, *membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.*

Au moment où nous sommes menacés d'une troisième invasion du choléra à Paris, il nous a semblé intéressant de faire l'examen comparatif de ce fléau dans le 11e arrondissement et dans les autres arrondissements de la capitale.

Ce travail, nous n'avions pu le faire lorsque nous avons publié, en 1851, la *Statistique du choléra dans le 11e arrondissement,* parce que, à cette époque, les documents administratifs n'avaient pas encore été livrés au public ; mais nous pouvons actuellement consulter l'excellent ouvrage de M. Blondel, intitulé : *Rapport sur les épidémies cholériques de* 1832 *et* 1849, et y puiser les matériaux qui nous seront nécessaires.

Pour Paris, le premier décès à domicile est du 7 mars ; pour le 11e arrondissement, notre premier décès est du 20 mars ; treize jours s'écoulent donc avant que nous n'ayons fourni de victime, mais le plus généralement ce n'est que dans la deuxième quinzaine de mars que le choléra apparaît à domicile dans les autres arrondissements, puis il progresse lentement avant de sévir sur aucun point ; à vrai dire, ce n'est pas là le véritable commencement de l'épidémie de 1849, car en janvier, on avait déjà remarqué quelques cas isolés dans les hôpitaux, et, d'après le relevé des cas antérieurs, on avait reconnu qu'au 19 mars, 47 personnes y avaient déjà été traitées ; 26 étaient mortes, 1 était sortie guérie, et 20 restaient en traitement.

A la fin de mars, on comptait 130 décès à domicile, sur lesquels le 11e arrondissement n'avait que 6 décès, lorsque les 10e et 12e arrondissements qui l'entourent en avaient chacun 22.

En avril, l'arrondissement le moins malheureux est le 11e, qui n'a que 23 décès, lorsque la mortalité générale est déjà de 694.

En mai, le 11e arrondissement reste encore beaucoup en arrière, quoique le chiffre des décès arrive à 2,426. C'est le 10e arrondissement qui en fournit le plus, puis vient le 6e et le 8e.

Juin est l'époque de la plus grande intensité du fléau. Le 10 de ce mois, on comptait 523 décès, et, pour somme totale, 5,769 ; le 9 a été pour notre arrondissement la journée la plus désastreuse, nous avons perdu 31 personnes, et, au total, 247 dans ce mois.

En juillet, l'épidémie décroît sensiblement, et, sur un total général de 419 décès, le 11e ne perd plus que 21 malades.

En août, sur un total de 810, le 11e perd 65 cholériques.

En septembre, sur un total de 670, le 11e perd 67 cholériques.

Enfin, en octobre, sur un total de 32 décès, nous en avons encore 4.

Sur un total général de 10,950 décès à domicile, nous n'en avons eu que 514, et, chose remarquable, le fait que nous vous signalions en commençant, se reproduit ici ; c'est que le 10e perdait, dans le même espace de temps, 1,137 cholériques, et le 12e 1,759.

Nous devons avouer cependant que, par une erreur involontaire sans doute, M. Blondel ne porte pour le 11e que 514 décès,

lorsqu'il est certain, par les relevés faits par nous avec la plus grande exactitude, sur les feuilles de décès de notre mairie, que notre mortalité a été alors de 549. De semblables erreurs, dont nous cherchons en vain la cause, se retrouveront plusieurs fois encore.

Les rapports des décès avec la population de chaque arrondissement ont donné des résultats très-satisfaisants, car le 11e arrondissement se trouve placé au quatrième rang. Nous avons perdu 1 personne sur 123 ; le 2e arrondissement, qui a été le plus favorisé, compte 1 décès sur 127, et le 12e, 1 sur 48. La moyenne a donné 1 sur 91 habitants.

Ces faits curieux de statistique nous permettront d'attribuer les résultats différents obtenus à la bonne condition hygiénique du 11e arrondissement ; si les admissions dans les hôpitaux viennent les confirmer, et c'est ce qui a eu lieu.

Ainsi, le 1er	arrondissement a envoyé	1	malade sur	254 hab.
2e	—	1	—	306
11e	—	1	—	171

En 1832, nous avions eu 1 cholérique traité dans les établissements hospitaliers sur 70 habitants.

12e	—	1	—	67

Les quartiers Feydeau, place Vendôme, des Tuileries, de la Chaussée-d'Antin et du faubourg Saint-Germain ont été les plus favorisés ; le quartier Saint-Marcel a été le plus maltraité.

Mais si, au lieu de rechercher seulement les admissions, nous voulons connaître le chiffre proportionnel de la mortalité de chaque arrondissement pour tâcher d'apprécier l'influence des demeures, nous arrivons à un résultat presque complétement opposé.

Le 1er	arrondissement aurait perdu	57	sur	100
11e	—	53		100
12e	—	53		100

Ainsi, les malades du 1er arrondissement auraient été les plus malheureux et le 11e aussi maltraité que le 12e. Ce résultat, tout étonnant qu'il puisse paraître, se confirme à mesure que l'on descend dans les détails. Ainsi, le quartier de la place Vendôme compte 58 décès sur 100. Mais on remarquera que, dans le 1er arrondissement comme dans le 11e, il y a des quartiers resserrés, étroits, privés d'air, habités par la classe pauvre, et que ce sont ces localités qui viennent influer sur la proportion générale.

Si nous arrivons maintenant à des résultats plus généraux, nous trouvons que, pour Paris seulement :

En 1832, sur une population de 758,987 habitants, il y a eu 18,402 décès ou 2 3/10 sur 100 habitants.

En 1849, sur une population de 995,504 habitants, il y a eu 19,069 décès ou 1 3/10 sur 100 habitants.

La maladie a donc fait moins de victimes, eu égard au chiffre de la population, en 1849 qu'en 1832.

Il est avantageux, pour notre arrondissement, de rechercher dans quelle proportion il a participé à cet avantage.

Le 11e a eu,	en 1832.	1	décès sur	48
—	en 1849.	1	—	123

S'il était au troisième rang malheureux en 1832, il arrive au quatrième rang des arrondissements heureux en 1849, et ne se trouve plus primé que par les 1er, 2e et 3e.

C'est le 9e arrondissement en 1832, et le 12e en 1849, qui sont les plus frappés.

En résumant actuellement les décès à domicile et les décès dans les hôpitaux pour le 11e arrondissement, nous trouvons qu'il a perdu :

En 1832.	1,357 personnes.
En 1849.	738 —

ce qui donne, en 1832, pour une population de 50,148 habitants, 1 décès sur 35.

En 1849, pour une population de 63,125 habitants, 1 décès sur 85.

Mais nous croyons encore devoir faire remarquer ici que les chiffres que nous avons très-soigneusement recueillis et dont nous sommes certain, diffèrent un peu de ceux fournis par l'assistance publique. Ainsi, notre mortalité, en 1849, a été de 800, qui se décompose ainsi :

A domicile.	549
Hôpitaux.	218
Clinique.	33
	800

Nous séparons avec intention ces 33 décès de la Clinique, parce que, parmi un plus grand nombre de cholériques décédés dans cet hôpital, ces 33 décès sont ceux des personnes qui appartenaient à notre arrondissement. Il ne serait pas exact, en effet, de compter, comme mortalité du 11e arrondissement, des malades cholériques apportés d'autres quartiers à la Clinique et qui y sont morts quelques heures on quelques jours après leur entrée.

Mais cependant cette mortalité, en apparence plus considérable, ne modifie pas les heureux résultats qui nous ont été signalés plus haut, car, dans les tableaux dressés par l'assistance publique, on ne porte notre population qu'à 63,125 habitants, et cependant, le relevé très-sérieux et que chacun de vous peut faire encore aujourd'hui dans notre mairie sur les feuilles de population, la porte à 66,11h, et, par conséquent, la proportion à 1 sur 86.

Nous aurions pu rechercher les rapports généraux de la mortalité par âge, par sexe, par profession, etc., avec la mortalité du 11e arrondissement dans les mêmes situations, mais ce travail ne nous aurait donné aucun résultat utile.

Quoique la mortalité de Paris ait été encore en 1849 très-considérable, quoique le 11e arrondissement ait encore payé un trop large tribut à l'épidémie, il n'en est pas moins évident, pour ceux qui étudieront ces chiffres, qu'il y a eu, en 1849, une amélioration générale pour Paris, une amélioration beaucoup plus remarquable pour le 11e arrondissement.

Ces améliorations, on les doit attribuer sans doute, en grande partie, aux meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve la capitale, mais aussi surtout au zèle et au dévouement sans bornes des médecins.

Si le choléra venait encore frapper une troisième fois notre population, il serait alors, à Paris comme à Londres, combattu par des mesures préventives qui diminueraient sa gravité, et nous espérons que la mortalité serait encore moins considérable qu'en 1849.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

De la résorption de la partie solide des exsudations, par voie de dégénération graisseuse ou résorption, et par trois stades : stade de tuberculisation, stade de saponification, stade de transformation calcaire,

Par M. A. Michaelis, *de Prague.*

Ce mémoire d'anatomie pathologique est basé sur une suite d'expériences entreprises sur de jeunes poulets.

L'auteur pratique une ouverture au côté gauche de l'abdomen et dans la région de l'hypochondre ; il introduit dans la cavité abdominale la substance qui doit être modifiée ou résorbée, puis il ferme la plaie. Il importe de choisir de jeunes animaux, car tous les adultes succombent en peu de temps. Les grenouilles ont aussi été le sujet d'expériences analogues. La substance introduite dans l'abdomen des animaux était de la viande de veau.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur prend des chiens et injecte du mercure dans les poumons par la voie de l'artère pulmonaire, pour déterminer autour des globules mercuriels de petits épanchements partiels dont il étudie les diverses transformations.

Voici les conclusions auxquelles l'ont conduit ses expériences :

1° Il est invraisemblable qu'une exsudation solide soit dissoute par le sérum, par une véritable digestion.

2° Un épanchement de fibrine solidifiée n'est point propre à l'organisation.

3° Une exsudation fibrineuse solidifiée passe successivement par une série de métamorphoses soumises aux lois de la chimie, métamorphoses qui ont pour but la destruction d'un corps étranger placé dans le sein de l'organisme. Cette exsudation commence par se *tuberculiser*, c'est-à-dire qu'elle se transforme en une sorte de *noyau*. Sa substance contenant de l'azote, il se forme de l'ammoniaque par suite de sa décomposition, tandis que les éléments non azotés (oxygène, hydrogène, carbone) se constituent à l'état de graisse. L'ammoniaque formée se combine avec une portion de la graisse pour former un savon. Ce savon, soluble dans le sérum, est résorbé sous cette forme. Il se passe dans le sein de l'organisme, c'est-à-dire en dehors du contact de l'air, dans un milieu humide et à l'aide d'une température modérément élevée, ce qui arrive aux substances animales enfouies au sein de la terre, qui, sous l'influence d'une chaleur humide, se saponifient.

4° Le phosphate de chaux, insoluble, est impropre à la résorption. Dans ses expériences, l'auteur a toujours trouvé le phosphate de chaux parmi les résidus de la transformation et de la résorption de la chair de veau.

Les productions calcaires ou *crétacées*, qu'on rencontre si fréquemment dans le sein des organes, et qui procèdent de l'athérome ou des tubercules, ne sont que les résidus d'une transformation graisseuse, suivie de saponification et d'absorption.

(*Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*; Prag., 1853, Vierter Band. et *Gaz. hebdom.*)

De la dilatation des vaisseaux capillaires dans les inflammations de l'encéphale et les maladies mentales. — Observations microscopiques,

Par M. H. Ecker, *d'Utrecht.*

Les masses centrales nerveuses sont parcourues par des vaisseaux capillaires d'un très-petit diamètre qui n'admettent en quelque sorte qu'avec peine les globules du sang, car leurs dimensions sont à peu près celles de ces globules mêmes, c'est-à-dire de $0^{mm},003$ à $0^{mm},005$. Dans les conditions normales, les globules ne s'engagent que de loin en loin et à la file dans ces vaisseaux. Dans la période de congestion, les globules se tassent et remplissent ces vaisseaux, et la substance nerveuse prend une teinte rosée. La congestion gagne de proche en proche des vaisseaux d'un plus grand diamètre, et il se forme des réseaux colorés persistants. L'inflammation suit-elle la congestion, la dilatation des vaisseaux survient. La dilatation des vaisseaux capillaires peut être telle que leur diamètre devient six fois plus considérable qu'il ne l'état. La dilatation est d'ailleurs portée beaucoup plus loin dans certains points, et il se forme là de véritables dilatations microscopiques anévrismales. On ne peut douter que la dilatation des vaisseaux n'exerce sur la substance nerveuse, au milieu de laquelle ils circulent, un effet de compression analogue à celui qu'exerce le sang épanché hors de ses vaisseaux.

M. Ecker a fait ses observations sur l'encéphale de trois aliénés. Le premier était un dément autrefois atteint de manie aiguë; entre l'arachnoïde et la pie-mère existait une couche albumineuse de couleur laiteuse. Les vaisseaux *capillaires* de la substance grise et de la substance blanche du cerveau étaient remplis de sang; leur diamètre était très-augmenté, car il était de $0^{mm},175$. L'augmentation en diamètre n'était pas régulière; les vaisseaux capillaires présentaient aussi des flexuosités anormales; il n'y avait d'ailleurs aucun épanchement de sang au dehors des vaisseaux.

Le second était également un ancien maniaque tombé en paralysie générale, avec démarche chancelante et parole embarrassée. Dans les derniers mois de sa vie, il avait subi plusieurs attaques d'apoplexie. A l'autopsie, on trouva des épanchements séreux, abondants dans l'arachnoïde et entre les mailles de la pie mère. Les vaisseaux capillaires de la substance nerveuse étaient remarquablement *dilatés*. Il y avait aussi des épanchements de sang en divers points. Les corps striés, la couche optique et le pont de Varole présentaient aussi une dilatation très-remarquable de leurs vaisseaux capillaires : c'est même en ces points qu'elle était le plus marquée.

Le troisième malade était également un maniaque tombé en démence, et qui mourut d'apoplexie. La *dilatation* des vaisseaux capillaires était également très-remarquable dans la plupart des parties de l'encéphale.

Le procédé suivi par M. Ecker, dans ses recherches microscopiques, est celui qui a été proposé par Schroder v. d. Kolk. Il consiste à prendre de petites lames de substance nerveuse de 1 millimètre d'épaisseur. On place ces fragments de substance nerveuse sur une lame de verre, et on les laisse sécher pendant quelques jours. Lorsqu'elles sont bien sèches, on peut les couper avec l'instrument tranchant, sans les déchirer, en lamelles plus minces encore. Ces lamelles sont alors tout à fait transparentes, et on les place sur le porte-objet du microscope. Les vaisseaux capillaires s'observent alors avec la plus grande facilité.

(*Deutsche Klinik*, n° 26, 1853, et *Gaz. hebdom.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Des ventouses sèches sur l'abdomen dans les coliques nerveuses.

Les coliques dont il est ici question simulent à s'y méprendre une péritonite intense; les douleurs sont intolérables; l'abdomen est tendu, le pouls inégal, petit, nerveux; il y a quelquefois des vomissements.

Cette entéralgie se distingue néanmoins de la péritonite par l'invasion brusque de la douleur, par le peu de sensibilité du ventre à la pression, et par l'apparence nerveuse de l'ensemble des symptômes. Or, suivant M. Sandras, rien n'arrête plus efficacement ces coliques que l'application de trois ou quatre ventouses sèches sur le ventre. (*Revue de thérapeutique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie n'a point pris d'extension depuis deux jours; mais elle est toujours parfaitement caractérisée, car sur 10 malades admis depuis quatre jours à l'Hôtel-Dieu, 6 ont succombé. Cet hôpital n'avait reçu aucun nouveau cholérique aujourd'hui à deux heures; mais la plupart des autres hôpitaux en avaient reçu un ou plusieurs, et dans la ville, nous avons déjà vu douze à quinze confrères qui ont été appelés à en soigner. Si l'épidémie prend de l'extension, nous aurons soin de faire connaître le plus approximativement possible, à nos lecteurs, le nombre des cas et celui des décès.

— Les nouveaux règlements universitaires, qu'on croyait devoir amener une grande augmentation dans le nombre des élèves en médecine, sont loin d'avoir produit ce résultat cette année.

Les élèves inscrits à la Faculté de Paris, qui étaient, au 15 novembre de l'année dernière, de 1,434, dont 480 nouveaux environ, ne sont cette année qu'au nombre de 1,060, dont 284 nouveaux seulement. On s'expliquerait difficilement un tel résultat, car les nouveaux règlements favorisent plutôt qu'ils ne rendent plus difficile l'accès des Facultés.

— M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera, le mardi 22 novembre, à 6 heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public et gratuit sur *les maladies vénériennes*, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 140. 1re année. Mardi 22 Novembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Du charlatanisme et des moyens de le réprimer. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. M. MOISSENET. Note sur l'emploi du perchlorure de fer dans quelques cas d'hémorrhagies, par M. Émile Remilly. — Anévrisme du pli du coude. Injection de perchlorure de fer. Guérison complète sans accident, par M. Vallette. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — **THÉRAPEUTIQUE :** Prurit de la vulve. Pommade opiacée et résolutive au chloroforme. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 21 *Novembre* 1853.

Du charlatanisme et des moyens de le réprimer.

Tel est le titre, un peu ambitieux peut-être, d'un opuscule de M. le docteur Piogey. Le sujet, comme on voit, n'est pas jeune, mais en revanche, l'auteur l'est beaucoup ; trop même, pour aborder avec un grand succès une semblable matière, laquelle demande, pour être traitée à tous ses points de vue, un esprit qui ait eu de longs et de nombreux froissements avec les hommes et les choses, un écrivain dont les regards se soient maintes fois portés au delà de l'horizon étroit d'une fraction de la société, d'une profession.

Quoi qu'il en soit, le premier mérite de l'ouvrage de M. Piogey est d'avoir été inspiré par un sentiment honnête ; son premier défaut serait même dans un excès d'honnêteté, du moins s'il est toujours vrai qu'on ait eu raison d'écrire :

> .... La plus noble chose, on la gâte souvent,
> Pour la vouloir outrer et pousser trop avant.

L'honnêteté de M. Piogey est, de plus, un peu trop furibonde ; la vertu ne perd rien de son charme ni de son mérite à être douce et traitable, et il ne faut point qu'on puisse dire de l'homme qui la cultive, ce que disait Despréaux d'un prédicateur célèbre :

> Je crois en lui voir le Diable
> Que Dieu force à louer les saints.

Ceci étant dit sur la forme, passons au fond du travail de M. Piogey, et voyons d'abord ce que l'honorable écrivain se propose : son but, dit-il, est « de suivre l'exemple de Pascal et de démasquer, dénoncer, critiquer, flageller

FEUILLETON.

Note statistique sur l'assistance publique de la ville de Paris, pour l'année 1852,

Extraite principalement des comptes publiés par l'administration,

Présentant un relevé des résultats généraux, et plus spécialement de ceux qui peuvent intéresser les médecins des Bureaux de bienfaisance,

Lue à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris,

Par son président le Dr J.-F. PAYEN.

(*Séance du* 5 *octobre* 1853.)

(Suite et fin. Voir le n° 139.)

Secours à domicile.

L'assistance à domicile se compose :
1° De la fondation Monthyon ;
2° De la filature des indigents ;
3° Des Bureaux de bienfaisance (un par arrondissement).

POPULATION. — La population inscrite au rôle des indigents à Paris, qui s'élevait, il n'y a pas longtemps encore, à 120 mille, a été, par suite d'une plus grande rigueur dans les admissions, réduite d'environ moitié. Depuis plusieurs années, elle oscille entre 60 et 77 mille (elle dépassait 100 mille en 1791, en 1802 et en 1813).

Cette population est tous les 3 ans soumise à un recensement dont le résultat est la radiation d'un grand nombre de ménages ; mais, dans les trois mois qui suivent cette formalité, les administrateurs en réintègrent la plus grande partie.

Au 1er janvier 1851, le recensement avait constaté :

Ménages inscrits.....	28,724
Individus.....	63,133

ce qui donne peu de plus que 2 individus par ménage.

Au 31 novembre de cette même année, les Bureaux de bienfaisance avaient élevé ce chiffre à 30,938 ménages donnant 70,907 individus ; et un an plus tard, au 31 novembre 1852, ce nombre s'élevait à :

Ménages inscrits.....	33,741
Individus.....	77,399

Comparée à celle de 1851, cette population de 1852 comprend moins d'hommes, mais plus de femmes et d'enfants. Au total, l'augmentation est de 7,092 pour 1852. En 1824, le chiffre total n'était que de 60,500 ; en 1818, de 86,415.

Les femmes forment en général les deux tiers de cette population. En estimant à 1 million la population de Paris, ce nombre de 77 mille indigents donne la proportion de 1 sur 12 ou 13 sur la population totale de Paris. Dans le 12e arrondissement, c'est 1 sur 6 ; dans le 2e, — 1 sur 30. A cet égard, un singulier rapprochement me frappe. Vauban, dans sa *Dîme Royale*, qui présente sous un jour si déplorable l'état de la France sous l'administration du grand

et flétrir les médecins qui manquent à leur mandat, qui exploitent leur diplôme, » etc.

Pour arriver à ce but, extrêmement digne d'éloges, mais qui ne se trouve pas indiqué dans un langage précisément comparable à celui de Pascal, M. Piogey croit d'abord utile de définir le *progrès* et de dire comment le progrès marche dans notre siècle. Voici sa manière de voir à cet égard :

Le siècle est au progrès : mais pour les sentiments nobles et les appétits grossiers, pour le désintéressement et l'égoïsme, pour l'intégrité et la corruption.... Le progrès n'est pas une révolution subite; le progrès, c'est la goutte d'eau qui filtre lentement au travers des couches géologiques, pour former ces immenses lacs souterrains d'où partent les fleuves qui vont féconder les continents ; le progrès, c'est la science des siècles représentée par l'homme sage, modeste et laborieux, qui consacre sa vie à l'étude, dans l'intérêt de l'humanité !

Nous croyons qu'en définissant le progrès en moins de mots et beaucoup plus simplement : la découverte d'un fait ou d'une vérité nouvelle, la fécondation d'un fait ou d'une vérité déjà connue, ou la destruction d'une erreur, on serait beaucoup plus conforme aux règles de la logique et à la réalité des choses; nous croyons, en outre, que M. Piogey serait bien embarrassé s'il lui fallait démontrer clairement, et autrement que par une assertion sans conséquence, qu'il y a aujourd'hui progrès, soit dans les sentiments nobles, soit dans la corruption ; et nous ne pensons pas que jamais le progrès puisse consister, à part les couches géologiques et les lacs souterrains, dans la *science des siècles représentée* même par l'*homme* le plus *sage* du monde.

Après cette définition philosophique du progrès et de la science en général, M. Piogey passe à la définition de la médecine, définition qui ne nous paraît pas plus que la première à l'abri des objections, et il déclare que « tous les « systèmes sont vrais, appliqués à des cas particuliers, que « tous sont faux dans leur généralisation; » d'où il conclut « qu'il n'y a qu'une seule médecine pour tout praticien « *sérieux et probe*, qui a une instruction solide et un « jugement droit. »

A ce compte, nous pouvons affirmer à l'honorable M. Piogey que les neuf dixièmes des membres de la Faculté de Paris et les dix-neuf vingtièmes au moins des médecins de France ne sont ni sérieux ni probes, car il n'y en a certainement pas plus d'un sur vingt ou quarante qui s'entendent complétement sur ce que c'est que la vraie, la seule médecine.

Ce qui précède forme l'*introduction* au véritable travail de M. Piogey; nous entrons maintenant dans le cœur de la question, c'est-à-dire dans l'étude historique, symptomatique, étiologique et thérapeutique du charlatanisme.

Sur l'historique et la symptomatologie, M. Piogey ne nous signale rien qui ne coure le monde, et que tous nos lecteurs n'aient appris depuis longtemps en parcourant la quatrième page des journaux, dont l'auteur se borne à dresser un succinct inventaire. Nous nous contenterons donc de mentionner ces chapitres, où sont énumérées les diverses formes de réclames, d'annonces, de remèdes secrets (1), d'associations entre médecins et pharmaciens, de cumul de la profession médicale et pharmaceutique, et nous arriverons immédiatement aux chapitres essentiels de l'étiologie et de la thérapeutique.

M. Piogey ne reconnaît, comme causes du charlatanisme, que l'amour du merveilleux, l'abandon moral dans lequel on laisse les jeunes gens pendant leurs études, l'impuissance des corporations médicales, et enfin *par dessus tout*, l'insuffisance des lois.

Comme conséquences de cette doctrine, c'est-à-dire au mal comme remèdes, l'auteur propose « de former des « hommes capables de comprendre la hauteur et l'impor- « tance de leur mission, » d'accroître la sévérité des lois, et, en attendant que l'application de ces deux moyens soit possible, la formation d'associations médicales qui provoqueront les poursuites contre le charlatanisme et « mar- « queront du sceau du mépris ceux qui commettront des « méfaits professionnels. »

De ces trois moyens, le premier est un vœu généreux auquel on ne peut que s'associer, mais dont la réalisation n'est guère plus facile que celle du projet, formé par beaucoup de philanthropes et de moralistes, de donner à chaque citoyen 10,000 francs de rente, ou de rendre tous les hommes vertueux.

(1) Le chapitre sur les remèdes secrets dans lequel l'auteur soutient la doctrine de la prohibition absolue mériterait seul d'être discuté; mais c'est là un point spécial que nous traiterons à part.

Colbert, dit ceci : « *La dixième partie du peuple est réduite à mendier et mendie « réellement.* » Si on s'en tient à Paris, on voit que nous n'avons pas gagné beaucoup sur cette triste proportion. Si, au contraire, on envisage l'ensemble de la France, il y a amélioration, puisque aujourd'hui M. Benoiston de Chateauneuf, d'après M. Alban de Villeneuve, établit que la population indigente en France est de 5 pour cent de la population générale.

L'étude de cette population est très-intéressante sous le rapport de la répartition par arrondissement et sous celui de la mortalité.

En classant les arrondissements d'après le chiffre de leur population indigente, on obtient le tableau suivant :

Le	4e.....	2,588 indigents.
	3e.....	2,663
	2e.....	3,903
	1er.....	4,833
	11e.....	4,838
	9e.....	4,872
	7e.....	5,307
	6e.....	6,632
	10e.....	6,724
	5e.....	7,250
	8e.....	13,832
	12e.....	14,551

Si la répartition était égale entre les 12 arrondissements, la moyenne serait de 6,500 par chaque. On voit que 8 sont au-dessous ou au niveau de cette moyenne, 4 sont au-dessus, et surtout 3 dont 2 ont un chiffre plus que double de cette moyenne.

Comme ressource de mnémonique, on peut se souvenir que les quatre premiers arrondissements sont les moins chargés ; mais, dans l'ordre inverse de leurs numéros, les 8e et 12e sont les plus chargés, les autres sont à peu près dans la moyenne.

En classant les arrondissements d'après le nombre de malades qu'ils fournissent aux hôpitaux, on obtient à peu près les mêmes résultats.

Il y a une vingtaine d'années, cet ordre était un peu différent, et il n'est pas sans intérêt d'étudier ces fluctuations.

A cette époque, les arrondissements se classaient ainsi : le 2e, le 3e, le 1er, le 10e, le 7e, le 5e, le 4e, le 11e, le 6e, le 9e, le 8e et le 12e.

Maintenant, si on rapproche de ces tableaux celui des arrondissements classés suivant la mortalité, on obtient le résultat suivant : 2e arrondissement, 3e, 1er, 5e, 4e, 11e, 7e, 6e, 9e, 10e, 8e et 12e.

On voit que ces deux ordres de tableaux s'éloignent peu l'un de l'autre ; par conséquent, on peut conclure avec M. Villermé, à qui nous empruntons les deux derniers, que la *misère appelle la mort.*

Pour compléter cette étude, il faut en rapprocher la population générale de Paris. Or, nous voyons que les 9e, 4e et 11e arrondissements ont environ 50 mille habitants chaque; les 12e et 7e, 70 mille (en sommes rondes); les 5e, 1er, 8e et 10e, environ 80 mille; le 6e et le 2e, 90 mille. Ce qui montre que la population générale est répartie beaucoup plus également que la population indigente, puisque la première, de l'arrondissement le moins chargé au plus chargé, n'atteint pas le rapport de 1 : 2, tandis que la deuxième présente le rapport de 1 à 6.

Le troisième moyen est un bon palliatif, qui deviendra meilleur encore quand on aura donné plus d'autorité aux associations, ou plutôt quand on aura institué des chambres de médecins, mais qui restera toujours un palliatif, attendu que chambres et associations seront sans influence, quand une fois un membre du corps médical sera décidé à se passer de l'estime de ses confrères, ce que beaucoup font déjà, dans l'état actuel des choses.

Resterait donc, comme remède vraiment efficace, le second moyen, la sévérité des lois. C'est ici que M. Piogey a beaucoup trop rétréci son horizon.

Lorsqu'on se résigne à sonder ses propres plaies, il faut aller jusqu'au fond. Or, parmi les causes du charlatanisme, l'honorable écrivain a oublié de mentionner la plus puissante; parmi les charlatanismes, il a oublié (n'est-ce qu'oubli?) de décrire le plus funeste, le plus compromettant pour le corps médical.

Ce qui fait qu'il y a moins de charlatanisme dans le droit que dans la médecine, ce n'est certes pas la supériorité morale des avocats ou des notaires sur les médecins; grâces à Dieu, à ce point de vue, le parallèle n'est pas à redouter; mais c'est que le droit est une science faite, ou, au moins, dans la plupart des cas, positive; et qu'il est facile d'y distinguer un savant d'un ignorant, un sot d'un homme de talent. Ainsi de la chimie, de la physique, des mathémactiques, etc.

Ce qui fait donc que la médecine compte des charlatans, c'est, avant tout, qu'elle est une science trop imparfaite; c'est que les coïncidences rendent difficiles, très-difficiles, les jugements en matière de thérapeutique, et qu'un événement tout fortuit peut faire préférer un Guerbois à un Dupuytren, ou un C...oquillard à un P. Dubois. Ce qui fait que la médecine compte des charlatans, c'est qu'elle est obligée d'abandonner à leur triste sort une foule de malades atteints d'affections aujourd'hui incurables, ou momentanément rebelles à la thérapeutique; et que l'instinct de conservation et la crainte de la douleur livreront toujours un malade qui souffre depuis longtemps, aux mains du premier venu qui lui promettra guérison ou même soulagement. La sévérité des lois sera à tout jamais impuissante contre cette tendance, ce besoin de la nature humaine, et comme les coïncidences sembleront quelquefois donner raison au guérisseur, ou bien il proportionnera le prix de ses services aux dangers qu'ils lui font courir, ou bien les juges refuseront d'appliquer une pénalité trop sévère à des accusés charlatans dont eux-mêmes, juges, auront peut-être reçu les soins.

Il faut donc accepter le charlatanisme comme une triste nécessité, s'efforcer sans doute de le réprimer par une législation plus intelligente encore que sévère, mais chercher à le détruire surtout par le progrès de la science qui seul donnera à la profession toute la considération à l'aide de laquelle seulement on acquiert de l'influence dans la société.

Il faut bien, en effet, le savoir et le comprendre, ce n'est pas parce que dans son sein se trouverait un Ch. A...., un G...., un F...., que le niveau moral du corps médical baisserait; toutes les professions en sont là. Ce qui contribue le plus à la destruction de l'influence médicale, après l'imperfection de la science, c'est l'ignorance dans laquelle se tiennent un grand nombre de médecins, ce sont les manœuvres, les doctrines étranges, la conduite de beaucoup d'autres occupant un rang élevé dans la hiérarchie professionnelle. Quelle confiance les gens du monde peuvent-ils avoir dans les médecins, quand ils entendent certains hommes placés à la tête du corps, proclamer que toute la médecine gît dans l'inspiration; que sans le génie, sans le feu sacré, sans l'inspiration du moment, un médecin ne sera jamais qu'un misérable manœuvre? N'est-ce pas là aussi le langage que tiennent les charlatans? Comment le monde fera-t-il la distinction, surtout quand il entendra des médecins, également haut placés, et qui, par représailles, lui affirmeront que les fauteurs d'une telle doctrine sont des illuminés, pour ne rien dire de plus? Le monde arrivera nécessairement à confondre ce qui ne peut être distinct à ses yeux; il arrivera à l'opinion qu'il a précisément aujourd'hui, et qu'il aura toujours, tant que tous les médecins, ou du moins l'immense majorité d'entre eux, ne se recommanderont pas à ses yeux par une supériorité évidente d'instruction, de conduite, de dignité, de respect confraternel.

Cette supériorité, il dépend du corps médical de l'acquérir, et quand il l'aura acquise, ceux de ses membres qui seraient tentés de sortir de la voie honorable s'exposeront

---

Accouchements. — Nous avons vu que 2,947 femmes indigentes ont été accouchées à domicile; elles ont reçu de la fondation Monthyon 40,000 fr.; les secours distribués pour engager les mères à conserver leurs enfants, ont consisté en argent: 61,208 fr.; en layettes, 13,775 fr., soit 75,000 fr. en sus des sommes Monthyon; enfin, secours aux mères nourrices, 11,000 fr.

Ensemble des dépenses (Tableau n° VIII, C).

Les sommes les plus importantes sont :

SECOURS.	Versements faits aux Bureaux par l'administration	1,175,452
	Secours accordés par la commission centrale	178,655
	Frais de fabrication de toile (le produit figure en déduction)	408,338
	Allocations aux 12 Bureaux pour les convalescents	58,635
	Bandages, objets de pansements	26,282
	Secours aux vieillards aveugles ou infirmes	340,000
	Secours d'hospices (1)	184,895
	Combustibles	12,000
	Pain délivré aux indigents	398,901
	Hospice Saint-Meny	6,000
	Total des secours	2,387,619

A quoi il faut ajouter :

FRAIS GÉNÉRAUX.	Appointements	86,908
	Entretien des bâtiments	41,224
	Locations	42,071
	Frais de recensement	3,000

Et autres dépenses moindres faisant monter le chiffres des frais généraux à 190,140

Total de la dépense..... 2,653,472, chiffre réduit par le produit de la vente faite à la filature à un total final de 1,125,209 fr. par cette nature de secours.

En comparant cette dépense de 2 millions pour 1852, avec celle des années précédentes, on trouve qu'en 1821 elle était de 1,244,528 fr., et, en 1824, de 1,476,000 fr.

Sur le tableau n° VIII, suite du compte des recettes, page 117, on trouve :

Budget primitif, article 11, indemnité aux médecins, 35,000 fr.

Dans la colonne des dépenses, on ne trouve que des guillemets, qui prouvent que la somme n'a pas été employée.

Enfin, dans la colonne des crédits *abandonnés définitivement*, on retrouve les 35,000 fr. ci-dessus.

C'est sans doute cette somme qui doit être allouée comme indemnité aux médecins des Bureaux, à partir du 1er janvier 1854.

En étudiant les secours en nature, je trouve que le bouillon pour les 12 arrondissements a coûté 24,823 fr., mais je suis frappé d'une extrême irrégularité

(1) On sait que depuis quelque temps l'administration engage la famille des indigents qui auraient droit à entrer dans un de ses hospices à les conserver au milieu d'eux, et elle donne un secours annuel qui est dit : secours d'hospice.

moins à perdre l'estime de leurs confrères qui se confondra alors avec l'estime générale. Telle est la véritable solution du charlatanisme dans l'état actuel des choses, et en attendant que la certitude, en thérapeutique, puisse différencier nettement le médecin sérieux du spéculateur ignorant et effronté; car lorsque cette certitude existera, il ne sera pas plus facile de faire du charlatanisme en médecine qu'on n'en peut faire aujourd'hui au barreau. Le plus grand tort de M. Piogey, c'est de n'avoir pas même su entrevoir cette vérité.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hospice de la Salpêtrière. — M. MOISSENET.

Note sur l'emploi du perchlorure de fer dans quelques cas d'hémorrhagies.

Depuis que les injections de perchlorure de fer, appliquées aux traitements des anévrismes, ont été introduites dans la pratique chirurgicale, les propriétés hémostatiques du nouvel agent thérapeutique ont été utilisées contre les hémorrhagies. MM. Marjolin, Pétrequin et peut-être encore d'autres chirurgiens ont fait connaître des résultats heureux obtenus par cette nouvelle application, conséquence naturelle de la découverte du Dr Pravaz.

Dans la section des incurables de la Salpêtrière, où les affections cancéreuses compliquées d'hémorrhagies de la plus haute gravité s'observent si fréquemment, M. Moissenet a substitué avec un avantage incontestable l'emploi du perchlorure de fer à divers degrés de solution, aux cautérisations avec le fer rouge et au tamponnement. Bien que ce procédé soit encore à l'étude, nous croyons utile de faire connaître les résultats qu'il nous a donnés jusqu'à ce jour, car dans cette voie nouvelle, le perchlorure de fer semble destiné à rendre de grands services.

Observation. — Emploi du perchlorure de fer contre des hémorrhagies consécutives à un cancer du sein. — Carolet (Marie), âgée de 51 ans, est entrée à la Salpêtrière dans un état de faiblesse extrême, d'anémie profonde. Elle est atteinte d'une tumeur encéphaloïde, occupant non-seulement tout le sein gauche, mais encore le creux de l'aisselle et une partie de la région latérale gauche du thorax. Cette tumeur, bosselée, ulcérée, très-vasculaire donne lieu à un écoulement ichoreux très-fétide, très-abondant. Chaque pansement est ordinairement accompagné d'une hémorrhagie qui, dans les premiers jours, s'arrête avec une simple application de poudre d'alun et de colophane qu'on recouvre d'agaric. Mais l'ulcération fait des progrès rapides; dans la soirée du 6 octobre une hémorrhagie violente se déclare, menaçante pour la vie de la malade; le fer rouge est appliqué à plusieurs reprises; ce n'est qu'en calcinant une portion de la tumeur, que l'écoulement du sang parvient à être maîtrisé.

Le 10 octobre, pendant le pansement, l'hémorrhagie se reproduit; un simple lavage de la plaie avec le perchlorure de fer pur et l'application d'un plumasseau imbibé de cette liqueur étendue d'eau l'arrête immédiatement. A chaque pansement, les jours suivants, l'hémorrhagie reparaît, mais de moins en moins abondante, et est toujours rapidement modérée par les mêmes moyens.

Le 16, le sang s'échappe par jet d'une des anfractuosités de la tumeur; on applique sur ce point un plumasseau imbibé de perchlorure pur, qui suffit pour faire cesser le jet de sang.

Le 20, les escarres, suite de la cautérisation, se détachent par lambeaux, une pluie de sang inonde la malade; pendant deux ou trois minutes on promène un pinceau imbibé de perchlorure sur la surface bleuâtre, mollasse, spongieuse de la tumeur; bientôt le sang ne vient plus soudre que par les fentes des bosselures. On introduit dans celles-ci de fins plumasseaux de charpie, plongés préalablement dans la liqueur, et l'hémorrhagie est encore une fois complétement arrêtée.

Pendant les jours qui suivent, on lave chaque matin avec la solution (perchlorure de fer, 30 grammes; eau, 250 grammes) toutes les parties fongueuses. La malade ne perd plus une goutte de sang, mais elle s'affaiblit de plus en plus; la suppuration devient chaque jour plus abondante; chaque jour la plaie se creuse davantage, et bientôt elle succombe dans le dernier degré de la cachexie cancéreuse, le 10 novembre 1853.

Nous avons aussi employé avec avantage le perchlorure de fer contre les hémorrhagies utérines qui accompagnent si fréquemment le cancer du col. C'est en injection qu'il a été alors administré, à la dose de 15 grammes de perchlorure pour 250 grammes d'eau. Voici plusieurs exemples de son utile application contre ces hémorrhagies tenaces, rebelles, amenant si rapidement l'anémie, l'anéantissement des malades, et qui sont le plus souvent si difficiles à maîtriser.

Observations. — Emploi du perchlorure de fer contre des hémorrhagies consécutives au cancer du col de l'utérus. — Chez une première malade, couchée au n° 6 de la salle Sainte-Marthe, âgée de 60 ans, et atteinte de cancer de l'utérus et d'anémie consécutive, il y avait douze jours que des pertes allaient en augmentant, de telle sorte que plusieurs fois par jour cette

---

de répartition entre les arrondissements, laquelle ne correspond en aucune façon avec leur population indigente.

Ainsi le 2e arrondissement, qui n'est qu'au troisième rang pour la population, et le 10e arrondissement, ont chacun dépensé plus de 4 mille fr. Le 9e (placé au sixième rang) en a dépensé 2 mille, quand le 7e (plus peuplé d'indigents, puisqu'il est au septième rang) et le 6e (qui occupe le huitième) n'ont dépensé le premier que 377 fr., et le deuxième, 374 fr.

Evidemment, cette inégale répartition est un préjudice pour les indigents de certains arrondissements.

Ces différences énormes et inexplicables, nous les avons observées dans notre 4e arrondissement, où tel médecin ne donnait pas un seul bouillon dans un mois, tandis qu'un autre en donnait 100 ou 200.

Notre *Société générale* a pour but, et elle aura certainement pour résultat d'arriver à une répartition plus égale des secours de diverses natures; et le sujet mérite notre attention.

J'ai choisi exprès des arrondissements aisés qui ont dépensé beaucoup sur cet article, et d'autres plus pauvres qui ont dépensé à peine. Le 12e arrondissement au moins est conséquent avec lui-même, car, pour cet article, il a dépensé 7,683 fr.

La viande figure dans les 12 Bureaux pour une somme de 80,670 fr.; les combustibles pour 38,510 fr.; sur ce dernier article, le 1er arrondissement n'a rien dépensé; le 2e a dépensé 1,200 fr.; le 12e, 9,000 fr.

La dépense pour les médicaments s'élève à une centaine de mille francs (98,258); 4 Bureaux ont dépassé 9 mille fr.; le 12e, 18 mille; les 2e et 3e, chacun 4 mille et quelques francs; le 4e, le moins chargé, n'a dépensé que 3,771 fr.

Le chapitre des bains dépasse 10 mille francs, et ici encore, nous retrouvons ces disproportions que nous avons remarquées dans les distributions de bouillons, ce qui tient, sans aucun doute, à ce que ces deux genres de secours sont moins immédiatement urgents, et, pour ainsi dire, facultatifs.

Ainsi, le 10e arrondissement entre dans cette dépense pour 1,000 fr.; le 11e, pour 1,145 fr.; le 12e, pour 2,400 fr.; et le 3e, seulement pour 400 fr.

En d'autres termes, la moyenne de la dépense étant de 869 fr. par arrondissement, 5 sont restés fort au-dessous, et 3 l'ont dépassé de beaucoup, et ici comme pour le bouillon, le chiffre de la population indigente n'explique pas cette différence, puisque le 8e arrondissement qui, sous ce rapport, suit de près le 12e, n'a dépensé que 518 fr.

Le seul transport des malades aux hôpitaux a entraîné une dépense de 8 mille fr. (sommes rondes). Les secours de loyer, 20 mille fr.; sur ce chapitre, le 1er arrondissement figure pour 6,000 fr.; le 8e, pour 6,700; le 4e, pour 60; et les 2e, 7e, 11e et 12e ne paraissent pas.

Les secours aux malades traités à domicile se sont élevés à 27,119 fr.

Les convalescents à domicile figurent pour 16,785 fr., et les convalescents sortant des hôpitaux pour 48,124 fr.

Les distributions à l'occasion des fêtes nationales s'élèvent à 86,656 fr.

Les secrétariats des 12 Bureaux ont coûté 94,952 fr.

Les maisons de secours, 127,981 fr.

La dépense totale et définive des 12 Bureaux s'élève à 2,298,551 fr., soit 29 fr. 47 c. par indigent inscrit (en sommes rondes, 2 millions 300 mille fr.).

malade perdait des caillots du volume du poing. Deux injections sont faites le 12 septembre, à cinq minutes de distance; elles arrêtent l'hémorrhagie pendant trois jours.

Le 15, le sang reparaît; la malade tache son linge en rouge dans une étendue de la largeur des deux mains; deux nouvelles injections sont faites, le sang s'arrête immédiatement, mais revient dans la nuit peu abondamment.

Le 16 et le 17, on continue les injections sans pouvoir faire cesser complétement l'hémorrhagie.

Le 18, après les deux injections, la malade pâlit et est prise d'une défaillance qui paraît avoir pour point de départ les symptômes locaux déterminés par les injections elles-mêmes; savoir : gonflement et tension douloureuse des parties génitales qui se dissipent dans l'espace d'une ou deux heures. A cette occasion, la malade nous raconte qu'elle est sujette depuis longtemps à ces sortes de défaillances qui seraient produites par des causes physiques ou morales souvent fort légères. L'examen du cœur nous fait constater l'existence d'une hypertrophie avec dilatation. On suspend les injections.

Le 19, la malade est changée de salle, et pendant le transport est prise d'une perte assez abondante qui s'arrête seule au bout d'une heure.

Dans la journée et dans la nuit du 26, elle rend encore quelques caillots; une injection de perchlorure, qui, cette fois, ne reproduit pas de défaillance, fait disparaître l'écoulement, et depuis cette époque, c'est-à-dire du 26 octobre au 19 novembre, la malade n'a éprouvé parfois qu'un sentiment de pesanteur à l'hypogastre, et n'a plus perdu de sang.

Chez une seconde malade, couchée au n° 14 de la même salle, âgée de 49 ans, et atteinte de fongosités du col molles, s'écrasant sous le doigt, d'où un écoulement de sang noir et fétide deux injections de perchlorure ont été faites le 10 novembre contre une hémorrhagie abondante. La première injection à elle seule a fait disparaître l'écoulement presque immédiatement. Le lendemain, une seconde perte a lieu; une injection ne peut l'arrêter, mais la malade dit elle-même que la canule a été mal introduite. Le 13, une injection modère immédiatement et très-notablement l'écoulement de sang. Depuis, la malade n'a plus que des pertes blanches à peine teintes de sang.

Chez une troisième malade, âgée de 48 ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Cécile, et atteinte d'un encéphaloïde du col de l'utérus, à la suite d'hémorrhagies abondantes, on fait, le 7, le 8 et le 9 novembre, des injections de perchlorure qui modèrent l'écoulement. La malade se plaint que ces injections exagèrent la cuisson habituelle de ses parties génitales; depuis cette époque, elles ont été suspendues, il n'y a plus eu d'hémorrhagie sérieuse, et la malade rend seulement, malgré elle, ses urines et ses matières fécales teintes de sang.

Enfin, chez une quatrième malade, âgée de 41 ans, couchée au n° 3 de la même salle, et atteinte de tumeurs abdominales multiples, paraissant adhérentes à l'utérus, et de polypes de la cavité utérine, les injections de perchlorure de fer, faites pendant quatre jours, n'ont pas modifié les hémorrhagies. Mais nous devons faire remarquer que, chez cette malade, le col est sain, et que, si le perchlorure n'a pas agi, c'est que les injections n'ont pu parvenir jusqu'aux parties d'où naissait l'écoulement.

Il résulte des faits que nous venons de rapporter, que le perchlorure de fer a été réellement utile pour arrêter les hémorrhagies provenant d'affections cancéreuses du sein et de l'utérus, qu'il a ainsi retardé les progrès de l'anémie et prolongé l'existence des malades. Il est impossible de dire quelle a été, et quel pourra être, dans l'avenir, l'influence de cet agent hémostatique sur l'affection cancéreuse elle-même. Il est toutefois permis de penser qu'il viendra en aide aux traitements tonique, ferrugineux et autres, employés si souvent sans le moindre succès pour combattre le cancer et ses complications.

ÉMILE REMILLY, *interne des hôpitaux.*

Anévrisme du pli du coude. — Injection de perchlorure de fer. — Guérison complète sans accident,

Par M. VALLETTE, *chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

Nous complétons par l'observation suivante, adressée à M. Debout par M. Vallette, les documents sur la question du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

Hugonnet (Louis-Étienne), ouvrier en soie, âgé de 30 ans, demeurant côte Saint-Sébastien, n° 17, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 juillet 1853; il est couché dans mon service (salle Saint-Louis, n° 35). Ce malade est affecté d'une hypertrophie du cœur; sa constitution est assez chétive. Au commencement de juin, M. le docteur X.... pratique une saignée du bras. Je n'ai sur ce qui s'est passé au moment de cette petite opération que les renseignements fournis par Hugonnet. Il me raconte que la piqûre lui a causé une violente douleur qui s'est propagée jusqu'à la main, dont deux ou trois doigts ont été en partie paralysés. Quelques jours après, il remarqua l'existence d'une tumeur au pli du bras. Au commencement de juillet, je fus consulté dans mon cabinet; je reconnais un anévrisme et lui dé-

---

Sur cette somme, le 12e arrondissement figure pour 374,200 fr., soit un sixième de la dépense totale, ce qui est tout à fait proportionnel à sa population, puisqu'il a le double de la moyenne. Le 8e arrondissement figure pour 312,880 fr. Le 10e, pour 236,255 fr. Tous les autres arrondissements oscillent entre 140 et 180 mille fr., excepté le 4e, dont le chiffre ne s'élève qu'à 83,628 fr.

En reprenant la somme mentionnée précédemment sous le titre de *frais généraux* (des Bureaux de bienfaisance), soit 190,140 fr., et y joignant celle ci-dessus pour la dépense des secrétariats et maisons de secours, soit 222,933 fr., on obtient un total de 413,073 fr., qui exprime ce que coûte la distribution des 2,300,000 fr. dépensés par les 12 Bureaux; ce qui revient à dire que cette distribution emploie un cinquième de la somme totale. Bien que cette proportion puisse paraître considérable, nous y constatons un progrès, car, il y a plusieurs années, on estimait ces frais d'administration au quart.

Dans ma *Notice historique sur la Société philanthropique*, publiée en 1846, je faisais remarquer que cette proportion s'éloigne peu de celle de toute la France, puisque, dans les relevés que j'ai faits sur les statistiques du ministère du commerce, j'ai trouvé 2 millions de frais d'administration pour 10 ou 12 de distribués.

Ce chiffre, quelque élevé qu'il paraisse, dût-il être grossi par celui de la dépense de toutes les maisons hospitalières de France, estimé à 52 millions par an, ne donnerait encore qu'une somme de 64 millions pour représenter la *liste civile* de la misère en France, et il serait encore bien loin de celui qu'atteint cette plaie sociale qu'en Angleterre on appelle la *taxe des pauvres*.

Cette institution permanente, officielle, qui fait de la pauvreté une véritable profession, une carrière pour laquelle on comprend que les aptitudes ne manquent pas, coûte annuellement à l'Angleterre plus de 200 millions de fr., et si elle appauvrit les contribuables, elle n'enrichit ni ne moralise les indigents. Notre système d'assistance, qui ne crée aucun droit, qui varie avec les besoins et forme en quelque sorte une *échelle mobile de la misère publique*, est certainement bien plus moral et moins inefficace, malgré l'infériorité des sommes qu'il emploie.

J'ajoute ici ce que je remarquais alors, c'est qu'il y a des départements où ces frais s'élèvent au tiers, à la moitié, et jusqu'au deux tiers des sommes dépensées (le Cantal, la Nièvre, le Loiret). En Corse, la chose est à peine croyable, les frais dépassent de beaucoup les secours. Deux années sur dix, chaque franc distribué a coûté 500 fr. de frais d'administration, et si l'on réunit quatre années dont trois consécutives, on trouve qu'il a été dépensé en frais d'administration 1,000 fr. pour chaque franc donné aux indigents (*voy.* les statistiques précitées).

Fondation Monthyon.

Secours accordés par la Commission centrale aux convalescents, 178,655 fr., dont : en argent, 83,575 fr.; en nature, 43,470 fr.

Secours extraordinaires aux accouchées, 48,395 fr.

Bandages et secours divers, 1,817 fr.

Allocations aux 12 Bureaux pour les indigents traités dans les hôpitaux, 58,635 fr. Dans ce chapitre, le 3e arrondissement figure pour 1,095 fr.; le 8e, pour 12,180 fr.; et le 12e, pour 14,910 fr. Plus, diverses autres dépenses.

Total de ce secours : 267,271 fr.

Vaccinations. — Primes. — Total pour les 12 arrondissements : 31,599 fr., distribués ainsi qu'il suit : le 1er arrondissement, 2,196 fr.; le 2e, 1,767;

clare que, pour guérir, il a besoin d'une opération. Effrayé de ma proposition, Hugonnet va consulter M. Pétrequin, qui lui tient le même langage. Le 10 juillet, je reçois du malade une seconde visite ; il me demande à entrer à l'Hotel-Dieu, dans mon service. Il présentait alors l'état suivant :

Une tumeur du volume d'une noix existe au pli du coude du côté droit. Elle est le siége de battements très-forts, isochrones à ceux du pouls, et qui deviennent plus énergiques lorsque l'on comprime la radiale. La compression de l'artère cubitale ne me paraît pas exercer d'influence sur la tumeur ; la compression de l'artère brachiale fait cesser complétement les battements de la tumeur, qui revient un peu sur elle-même. A l'auscultation, on perçoit un bruit de soufflet des plus intenses. La peau est saine. Une cicatrice récente indique qu'une saignée a été faite peu de temps auparavant. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Les doigts sont encore engourdis ; mais cet engourdissement tend de jour en jour à disparaître. Je me décide à appliquer la méthode de Pravaz, et j'exécute l'opération le 21 juillet, en présence de MM. Pétrequin, Barrier, Desgranges, Bouchacourt et d'un très-grand nombre d'autres confrères. M. Burin-Dubuisson a eu l'obligeance de m'apporter du perchlorure de fer à 30° et de me donner des renseignements sur l'énergie d'action de ce perchlorure. La capacité de l'anévrisme est évaluée approximativement à un centilitre ; nous décidons que je pousserai 15 gouttes de perchlorure, ce qui ne fait en réalité que 13 gouttes, car deux gouttes sont absorbées par la canule de la seringue. Je n'ai pas besoin d'ajouter que je me suis servi de la seringue Charrière. La capacité de celle que j'ai entre les mains est de 25 gouttes : le corps de pompe est en verre, ce qui nous a permis de constater que le liquide n'a pas passé au-dessus du piston.

Je fais appliquer un tourniquet sur l'artère brachiale, afin d'avoir une compression exacte et surtout permanente. Pour plus de sûreté, M. Chadzinski, interne du service, comprime avec les doigts au-dessus du tourniquet. M. Pétrequin a l'obligeance de se charger de la compression des artères de l'avant-bras. Ces dispositions prises, j'enfonce le trocart au centre de la tumeur. Quant je retire le stylet, un jet filiforme de sang artériel s'échappe de la canule ; la seringue est rapidement vissée sur elle et 15 gouttes de perchlorure sont, je le répète, injectées. Le malade accuse une douleur assez vive.

Après une minute d'attente, j'enlève avec précaution la canule ; la compression au-dessous de la tumeur est maintenue dix minutes. Quant à la compression de l'artère brachiale, elle est soutenue par M. Chadzinski vingt minutes, et le tourniquet n'est enlevé qu'une heure après l'opération. Pendant la journée, il existe un peu de douleur qui se propage le long de l'avant-bras jusqu'à la main. Les extrémités des doigts sont froides. Les battements de l'artère radiale ont complétement disparu. Ils existent toujours dans l'artère cubitale. Plus bas, vous aurez l'explication de ce fait qui m'a un instant inquiété.

Le 22 juillet, j'explore la tumeur que j'ai évité de toucher jusque-là. Elle est dure ; la coagulation du sang me paraît complète ; on ne perçoit aucun battement, excepté à la partie interne de la tumeur.

Je me rends compte de ce phénomène en admettant une bifurcation de la brachiale. La radiale serait le siége de l'anévrisme, qui se trouverait côtoyé par l'artère cubitale. M. Barrier partage cette manière de voir ; nous avons eu depuis la démonstration mathématique de ce qui n'était jusqu'ici qu'une présomption. Les douleurs diminuent. La température de la main s'est élevée : l'état général ne présente rien d'extraordinaire.

Le 23, rien à noter.

Le 24, le malade se lève et descend dans les cours de l'hôpital. Il mange le quart de portion. La tumeur présente les mêmes caractères.

Les 25 et 26, rien de particulier.

Le 27, la tumeur, qui est toujours dure, qui ne présente aucun battement, commence à diminuer de volume.

Le 31, la tumeur a diminué de moitié ; elle n'offre plus que le volume d'une amande. Il nous est possible de glisser l'extrémité du doigt entre la tumeur et le vaisseau, dont les battements se faisaient sentir à la partie interne. Nous acquérons la certitude que ce vaisseau est bien l'artère cubitale. Les mouvements du bras s'exécutent bien.

Le 5 août, la tumeur n'a plus que le volume d'un gros haricot. Hugonnet me demande sa sortie, mais je le décide à rester en observation.

Le 12, il insiste de nouveau ; je lui accorde son *exeat*. Je fais constater son état par MM. Barrier, Desgranges et Pétrequin. La tumeur a le volume d'un noyau de cerise ; elle est dure, roule sous le doigt. L'artère radiale ne présente pas de battements. Toutefois, ils semblent vouloir reparaître vers le poignet. Mais ils sont tellement obscurs que quelques personnes ne les perçoivent pas. Il est évident, dans tous les cas, que le rétablissement de la circulation se fait par les collatérales.

Hugonnet est revenu deux fois, à quinze jours d'intervalle, se faire examiner. Je constate et fais constater la solidité de la guérison. La tumeur n'a plus que le volume d'un petit pois. Hugonnet a repris ses travaux, qui exigent des mouvements continuels du bras droit. J'ai revu le malade dans le courant d'octobre ; il est venu me consulter pour ses battements de cœur. La guérison de l'anévrisme du pli du coude s'est complétement maintenue.

---

le 3e, 1,032 ; le 4e, 894 ; le 5e, 4,710 ; le 6e, 4,032 ; le 7e, 1,476 ; le 8e, 5,376 ; le 9e, 1,230 ; le 10e, 2,478 ; le 11e, 1,593 ; le 12e, 4,815.

On sait que cette prime donnée à chaque enfant vacciné a été pendant longtemps de 5 fr. et qu'elle est aujourd'hui réduite à 3.

En 1852, les décès par suite de petite vérole se sont élevés à 571.

En 1836, les statistiques de la Préfecture de la Seine ne constataient que 236 décès pour cette cause.

Filature pour procurer du travail aux indigents.

Ce genre de secours existait déjà dans le siècle dernier, et figurait dans les secours des paroisses.

La Société philantropique avait, vers 1780, établi un atelier de ce genre.

Quelques chiffres donneront une idée de l'établissement entretenu par l'administration des secours publics :

En 1852, les matières en magasin étaient estimées.....	883,134 f.	
On en a acheté pour une somme de 174,526 f. 72 c.	408,338	14 c.
La main-d'œuvre a coûté..... 233,811 42		
Administration.....	27,135	60
Total.....	1,318,608 f.	35 c.

La perte du produit de la vente sur le prix de revient est évaluée pour 1852 à 43,423 fr. 59 c.

Le nombre total des fileuses étant de 3,074, cette perte donne à chacune un secours de 14 fr. 12 c.

Résumé *pour ce qui concerne les Bureaux de bienfaisance* (*sommes rondes*).

78,000 indigents inscrits, soit un douzième ou un treizième de la population totale de Paris.

Les quatre premiers arrondissements les moins chargés.

Les 8e et 12e les plus chargés. Les autres se rapprochant de la moyenne (6,500 fr.).

3,000 femmes accouchées ayant reçu de diverses sources.....	126,000 fr.
Dépense totale des 12 Bureaux.....	2,300,000
dans lesquels figurent :	
Les médicaments pour *environ*.....	100,000
Le bouillon.....	25,000
La viande.....	80,000
Les combustibles.....	38,000
Les bains.....	10,000

Soit une trentaine de francs de secours pour chaque indigent inscrit.

Frais d'administration : un cinquième de la dépense totale.

La fondation Monthyon fournissant aux Bureaux plus de.....	250,000 fr.
La prime pour les vaccinations dépassant.....	30,000

Voici en quelques mots les précautions que j'ai cru devoir prendre. Je n'ai pas la prétention de poser les règles à suivre, mais si quelque chirurgien veut pratiquer l'opération de Pravaz, il sera peut-être bien aise d'avoir des renseignements précis sur ce qui a été fait dans le seul cas de guérison obtenu jusqu'ici.

1° J'ai employé du perchlorure de fer à 30 pour cent, préparé par M. Burin-Dubuisson. Dans un travail publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, cet habile chimiste expose les raisons qui motivent le choix du liquide à ce degré de concentration. M. Burin-Dubuisson démontre que toute opération pratiquée avec du perchlorure de fer plus concentré, et par conséquent acide et plus ou moins caustique, ne doit pas entrer en ligne de compte, pour faire juger d'une manière définitive la valeur de la méthode Pravaz.

2° J'ai injecté 13 gouttes seulement pour 1 centilitre environ de sang. N'oublions pas qu'il s'agit ici de gouttes expulsées par une canule très-petite; mais, du reste, en disant que la seringue Charrière contient 25 gouttes, on peut apprécier d'une manière rigoureuse la quantité du liquide injecté. Est-il besoin de faire remarquer que la quantité trop considérable de perchlorure de fer aurait un effet fâcheux?

Dans des observations relatives à des varices, que l'auteur rapporte à la suite de celle-ci, on peut voir à quels inconvénients on est exposé; mais je dois signaler l'écueil à éviter. Le caillot qui se forme n'a pas immédiatement le volume qu'il doit avoir. Je m'explique : si l'on injecte 10 gouttes, je suppose, de perchlorure dans un vaisseau, on a un caillot dont le volume est représenté par 3; mais le lendemain, ce caillot a augmenté de volume, et le volume peut être représenté par 4. A quoi cela tient-il? Je l'ignore. Toujours est-il que, si l'on injecte dans un anévrisme assez de perchlorure pour que le caillot distende le sac, le lendemain la distension sera bien plus considérable; et si la quantité du liquide injecté est trop forte, cette distension pourra amener les résultats les plus déplorables, une inflammation suppurative, par exemple. Il faut donc injecter ni trop, ni trop peu. Mais qu'est-ce qui guidera le chirurgien? L'expérience. M. Burin-Dubuisson, qui s'est livré à un très-grand nombre de recherches sur ce sujet, m'a conseillé 10 à 12 gouttes de perchlorure à 30 degrés, ne l'oublions pas, pour obtenir la coagulation de 1 centilitre environ de sang. Si le volume de la tumeur fait présumer que sa capacité est de 2 centilitres, la quantité à injecter sera de 20 à 25 gouttes, et ainsi de suite.

3° Il importe beaucoup de se servir d'un instrument bien fait, et la raison en est très-simple. Il faut que le liquide passe bien dans la tumeur, mais il faut encore que l'ouverture soit très-petite, car si du perchlorure s'échappe à travers la petite plaie, le tissu cellulaire sera cautérisé; il en résultera une inflammation suppurative qui pourra se propager jusque dans l'intérieur du sac. L'instrument construit par M. Charrière présente de très-bonnes conditions.

4° Enfin, il est de la dernière importance d'isoler l'anévrisme par la compression, car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans l'anévrisme, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera, non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance qu'il faut, à mon avis, attribuer la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. Triquet, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite. Voir les nos* 131, 132, 133, 136, 137.)

C'est une grave erreur de *considérer les otorrhées* qui se montrent dans ces maladies comme un *symptôme critique et salutaire;* il faut songer que cette déchirure du tympan dispose le malade aux inflammations aiguës de l'oreille moyenne, et que cette phlogose peut se propager rapidement à la portion labyrynthique de l'organe et même au cerveau.

Nous avons rapporté ce long passage de Kramer pour montrer qu'il n'y a aucune dissection à l'appui de toutes ces propositions, aucune démonstration, en un mot. On s'étonne, à bon droit, en voyant Kramer reconnaître tous les dangers de la perforation spontanée ou pathologique du tympan, et ne rien faire pour chercher à l'éviter.

Or, nous avons démontré précédemment que la suppuration de la caisse a la plus grande tendance à se faire jour en perforant le tympan, tandis que l'inflammation a rétréci et quelquefois oblitéré le conduit de la trompe d'Eustache (1). Cette opinion avait déjà été émise par Itard, dans sa description de l'otite simple catarrhale.

Pour Kramer, cette *opinion est complétement erronée.*

D'après cet auteur, lorsque la membrane du tympan est perforée, ce qui n'arrive jamais qu'après une inflammation de cette cloison, la trompe d'Eustache restant *en général ouverte*, rien n'empêcherait que le pus s'écoulât par cette voie, s'il était réellement accumulé dans la caisse.

Nous avons prouvé par des faits, que la trompe d'Eustache, du moins dans sa portion intra-tympanique, est à peu près complétement oblitérée pendant les otites dont nous avons donné la description. Nous avons cité des passages de Kramer, disant que la trompe ne s'oblitère pas; mais ses observations montrent le contraire. Nous en trouvons un exemple remarquable dans le passage suivant (2) :

M. L.... éprouva un refroidissement subit, à la suite duquel il survint des bruits violents de l'oreille gauche, des douleurs aiguës, puis un écoulement de matières verdâtres et une surdité complète.

L'oreille droite resta saine. On appliqua des sangsues au-dessous du pavillon, on fit des fomentations émollientes, on mit un large vésicatoire sur la région mastoïdienne. La maladie durait depuis un mois, quand je fus appelé à donner des soins au patient; je remarquai *que la trompe d'Eustache* était obstruée; le fond du méat près le tympan, offrait une tuméfaction considérable et une rougeur vive; le tympan lui-même était rouge, épaissi; et la montre, de ce côté, n'était pas entendue, quand on l'appliquait sur le pavillon.

Je fis des injections *aqueuses dans la trompe d'Eustache,* et chaque opération de ce genre entraîna au dehors des flocons de mucus épais, grisâtre.

Mais le tympan conserva un épaississement notable qu'avait causé une inflammation violente, et l'on obtint seulement une amélioration.

Le passage qu'on vient de lire est donc bien la contradiction la plus flagrante des assertions précédemment émises par cet auteur.

Cette observation n'est pas, du reste, la seule de ce genre; j'ai voulu montrer, en la transcrivant, combien les conclusions de Kramer sont peu d'accord avec les propres faits qu'il rapporte.

Le même auteur dit plus loin (p. 292) : « L'expérience prouve que la membrane du tympan s'ouvre d'elle-même, quand le pus s'est accumulé dans la cavité de l'oreille moyenne. » L'observation qu'on vient de lire nous a fait voir le contraire, et, à ce sujet, il ne sera pas sans intérêt de citer l'observation suivante empruntée à Itard (3) :

Observation. — Otite purulente interne; stagnation du pus dans la caisse, avec symptômes graves. Perforation artificielle du tympan. — Libre écoulement du pus. — Guérison.

Voici le résumé de cette observation :

Une couturière de 27 ans, convalescente d'une affection catarrhale fébrile, fut prise, à la suite d'un refroidissement, de

(1) *Voir* 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 10e observations.

(2) *Inflammations de la muqueuse de la caisse,* p. 250.

(3) Itard, t. 1, p. 156.

douleurs avec bourdonnements dans l'oreille gauche ; la fièvre ne dura que vingt-quatre heures ; mais le bourdonnement augmenta rapidement, et la douleur devint très-violente : enflure de la joue du même côté, pesanteur de la tête, perte du sommeil et de l'appétit, surdité complète. Au bout d'une semaine, la douleur était moins aiguë ; c'était un sentiment de plénitude dans la région temporale. La malade assurait qu'elle avait un dépôt dans la tête et qu'elle sentait même la pesanteur du liquide. L'examen du conduit auditif ne montrait aucune lésion sensible. Quand la malade se mouchait, elle sentait *comme une matière qui remontait au cerveau.* Du reste, point de fièvre (fumigations émollientes).

Le dixième jour, pendant que la malade renouvelait ses fumigations, il survint une quinte de toux dont les efforts déterminèrent l'issue, par la trompe d'Eustache, d'une matière puriforme.

Dès ce moment, la douleur disparut, mais sans la surdité.

Pendant un mois, l'écoulement par la trompe continua avec abondance : la matière puriforme, pendant la nuit, fluait dans la trachée-artère ; alors la malade s'éveillait en sursaut et avait une quinte de toux. Peu à peu, l'écoulement par la trompe diminua, mais au détriment de la malade qui commença à ressentir de nouveau dans l'oreille une pesanteur douloureuse : les gargarismes, les fumigations restèrent sans effet ; cependant, la douleur allait croissant et se compliquait d'insomnie, de fièvre, de céphalalgie violente ; la malade, réduite à un *état squelettique,* trouvait son existence pire que la mort, et me demandait un soulagement à tout prix : je proposai la perforation du tympan ; elle fut acceptée.

Je pratiquai cette opération *le quarante-huitième jour de la maladie,* avec un stylet d'écaille ; mais, avant de l'introduire, j'examinai de nouveau le fond du conduit *auditif,* et je vis que la membrane était d'un *blanc mat* et nullement *transparente;* puis, je sentis la pointe de mon instrument s'enfoncer dans une matière *épaisse,* comme *caséeuse.* Il ne s'écoula rien d'abord, et ce ne fut qu'après avoir injecté, avec beaucoup de force, plusieurs onces d'eau tiède, que la matière contenue dans la caisse commença à se faire jour au dehors.

C'était un liquide *puriforme, sanguinolent, très-fétide, inégalement* consistant ; le soulagement étant resté imparfait, je conseillai des injections et des fumigations, et *ces moyens suffirent.*

Pendant douze jours, l'écoulement fut considérable et entraîna au dehors les osselets de l'ouie : les liquides injectés, qui d'abord ressortaient en totalité par le conduit auditif, passèrent en partie par la trompe au bout de quelques jours ; alors disparurent complétement les bourdonnements, la douleur, la céphalalgie.

L'écoulement finit aussi par se tarir, mais *la surdité resta incurable.*

Cette observation d'Itard, que je n'ai pu abréger davantage, tant elle renferme d'enseignements utiles, démontre, comme je l'ai déjà fait pressentir :

1° Que Kramer a encore émis, dans le passage cité plus haut (page 292), une opinion trop absolue, en avançant comme toujours, sans preuves, et en opposition même avec les faits qu'il rapporte (page 250), que le tympan, dans les inflammations de la caisse, se déchirant spontanément, ouvrait une voie facile et prompte à l'écoulement du pus.

Cette opinion n'est donc pas soutenable ;

2° Que la trompe peut offrir, pendant quelque temps, une issue incomplète aux liquides enfermés dans la caisse ; et alors, les douleurs, l'insomnie, sont médiocres.

L'oblitération de la caisse ne tarde pas à devenir complète : ou par l'épaississement de ses parois, comme je l'ai démontré 4e, 5e et 6e *obs.*), et les accidents menacent les jours de la malade, ou par la trop grande consistance du liquide (pus, sang) ;

3° Qu'une perforation du tympan devenue nécessaire, mais trop tardive, livre enfin passage au pus qui entraîne avec lui la chaîne des osselets.

Remarquons que cette perforation n'a été faite que le quarantième jour ;

4° Il y a tout lieu de croire que ces accidents, et les altérations profondes de la caisse, auraient été évités si on eût pratiqué de bonne heure le cathétérisme de *la trompe, avec injections;*

5° En tout cas, n'eût-il pas été préférable d'employer d'abord ces moyens, en réservant la perforation comme une ressource ultime ;

6° Cette observation nous montre encore une otite survenue à la suite d'une fièvre grave qu'Itard n'a pas eu soin de préciser ; mais les liquides contenus dans la caisse (pus brun, fétide, sanguinolent) rappellent tout à fait celui de nos observations pendant la fièvre typhoïde, etc.

Je devais donc appeler l'attention sur cette observation, et à plus d'un titre, car elle confirme de tous points mes propres recherches ;

7° Enfin, les dissections rapportées plus haut ne me permettent pas de me ranger à l'opinion de Kramer, quand il dit (page 292) : « L'expérience prouve que la membrane du tympan s'ouvre d'elle-même. » L'observation d'Itard a montré que cette proposition était erronée ; mais, supposons qu'elle fût vraie, qui oserait affirmer que cette ouverture nécessaire à l'élimination du pus se fera avant que la caisse ne soit devenue le siége de lésions irréparables (la chute des osselets, par exemple (Itard) ; ou la migration du pus dans les cavités labyrinthiques (*voir* 4e et 5e *obs.*).

De plus, la perforation spontanée de la membrane indique son altération, son ramollissement : la cicatrice sera donc plus difficile, moins probable ; une ouverture permanente pourra donc rester, et Kramer nous a appris qu'elles en étaient les suites, les dangers. (*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Prurit de la vulve. — Pommade opiacée et résolutive au chloroforme.

Une femme âgée de 40 ans, enceinte pour la cinquième fois, était fort tourmentée par un prurit de la vulve, qui s'était déjà montré dans une grossesse précédente. Les moyens ordinairement employés en pareil cas restèrent sans effet, ou ne procurèrent qu'un soulagement momentané. Ce prurit alternait avec un eczéma de l'oreille, qui lui causait aussi des démangeaisons insupportables. M. Vaneedem en obtint la guérison définitive en donnant à l'intérieur une poudre composée de soufre doré d'antimoine, de fleur de soufre et de poudre de racine de réglisse. En même temps, il frictionnait les parties qui étaient le siége de la démangeaison avec la pommade suivante :

Fleur de soufre.	8,00
Sous-borate de soude.	4,00
Onguent simple.	30,00
Huile d'olive.	Q. S.
Acétate de morphine.	0,50
Chloroforme.	4,00

F. S. A. une pommade. (*Ann. de la Flandre occ.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le *Moniteur* d'aujourd'hui renferme un règlement d'organisation sur les secours à domicile dont l'importance nous oblige de remettre l'examen à un prochain numéro.

— Le choléra n'a pas fait de progrès sensibles depuis la publication de notre dernier numéro. La moyenne des décès par suite du choléra, depuis une semaine, a été de 6 par jour, dans toute la cité.

— Cours de pathologie interne. — M. Hardy, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ce cours le mercredi 23 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 141. 1re année. Jeudi 24 Novembre 1853.

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 14 novembre. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. PIORRY. De la généralisation et de la localisation dans les maladies, par M. Frédéric Duriau. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS : Observation sur un cas de choléra. Emploi du salicilite de potasse, par M. le Dr Télèphe-P. Desmartis fils. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — Du traitement méthodique des ophthalmies lymphatiques, par M. le Dr Despaux. (*Suite et fin.*) — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 23 *Novembre* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Discussion sur le perchlorure de fer)

Quand un problème manque des données nécessaires à sa solution, les plus forts mathématiciens ne peuvent que faire de brillantes combinaisons autour du but qu'ils veulent atteindre, mais sans l'atteindre jamais ; c'est ce qu'ont fait aujourd'hui MM. Malgaigne et Gerdy, qui, l'un et l'autre, ont rarement été plus éloquents, le premier en restant dans le prosaïsme du sujet, le second en planant dans les régions élevées d'une philosophie fort sensée, mais qui ne pouvait guère éclairer le point du débat.

Quant à M. Malgaigne, s'il a triomphé (et il a triomphé brillamment) touchant le mode de préparation du perchlorure, il a triomphé moins complétement sur la valeur du fait de M. Valette; on a beau se dire que dans ce cas, la guérison a été obtenue contre toutes les règles; il n'en reste pas moins vrai que cette guérison est des plus remarquables, et que les chirurgiens les moins téméraires résisteront difficilement, dans des cas pareils, à l'espoir de guérir un malade dans une seule séance, et par une méthode qui lui permet presque de reprendre ses occupations immédiatement après l'opération, sans l'exposer aux éventualités fâcheuses qui suivent la ligature, même la plus simple. C'est là ce qu'a parfaitement fait ressortir M. Laugier, avec ce jugement exquis qui le caractérise. A cet argument, M. Laugier en ajoute un autre déjà présenté par M. Velpeau, et dont M. Malgaigne n'a point tenu compte : La ligature n'est pas seulement une opération toujours grave, c'est une opération qui n'est pas à la portée de tout le monde. Plus d'un modeste praticien, soit par défaut d'habitude, soit parce qu'il ne peut compromettre sa réputation dans une opération hasardeuse, où l'insuccès comme le succès peut être attribué à un défaut d'habileté, plus d'un praticien se trouve dans l'impossibilité de pratiquer la ligature. L'injection, si elle atteignait le but du chirurgien, serait facile à appliquer par tout le monde. Or, la vulgarisation d'une méthode constitue un progrès plus grand, plus utile, que la découverte même d'une méthode nouvelle. C'est parce que tous les praticiens sentent cette importante vérité, qu'ils ne se résigneront que difficilement à abandonner la méthode de Pravaz, qui leur promet ce progrès. Disons, cependant, ou plutôt répétons, en terminant, que le travail de M. Malgaigne, quoiqu'un peu prématuré, aura rendu un service signalé, en apportant un frein aux expérimentateurs trop ardents, qui ne calculent pas toujours suffisamment les suites de leurs tentatives.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 14 Novembre.

La communication la plus importante pour nous est celle de M. Blondlot sur la digestion. Cet honorable expérimentateur a affirmé quatre faits qui ne manquent pas d'intérêt, quoiqu'ils ne soient pas extrêmement neufs dans l'état actuel de la science. Le résumé que donne le *Compte rendu* ne nous permet pas d'ailleurs d'apprécier jusqu'à quel point les expériences de M. Blondlot mettent hors de doute ces faits que l'auteur qualifie à tort de principes, oubliant un peu le véritable sens de ce mot. Nous devons donc nous borner à indiquer ces quatre faits qui sont les suivants :

1° De tous les fluides qui sont sécrétés ou reçus par le tube intestinal, le suc gastrique est le seul qui exerce une action véritablement chimique, et, par conséquent, il est le seul fluide *digestif;*

2° Le suc gastrique n'a aucune action sur les matières non azotées ;

3° L'action du suc gastrique consiste à faire perdre à *certaines* matières leur cohésion, *tout en conservant intégralement leur composition chimique ;*

4° Enfin, comme conséquence des trois premiers faits, le suc gastrique n'est que la *cause prédisposante* de la chimification; c'est donc une force mécanique qui termine l'acte de la digestion, et les matières alimentaires s'introduisent dans l'organisme avec toute leur intégrité de composition.

Ces faits, on le voit par leur seule énonciation, ont déjà quelque chose de contradictoire; ils soulèveraient plusieurs objections, si nous pouvions discuter les expériences sur lesquelles ils sont basés. En l'absence de ces expériences, nous ne pouvons que les énoncer sous toutes réserves. H. DE C.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. PIORRY.

De la généralisation et de la localisation dans les maladies.

(*Leçon d'ouverture du cours d'hiver.*)

Considérée dans son ensemble et dans ses nombreuses applications, la médecine a pour but de constater par les faits anatomiques, physiologiques, chimiques et physiques, l'état actuel de toutes les parties de l'organisme, en tenant compte des causes qui ont déterminé les phénomènes, en recherchant leur réciprocité d'action ou de souffrance, et en prenant en considération les circonstances de causalité de lésions et de troubles d'actions, ou de concordance des lésions et de trouble d'actions, afin d'arriver naturellement au traitement le plus convenable. Professées publiquement, pendant près de vingt ans, dans un cours de physiologie, où l'on recherchait les influences réciproques des organes et des fonctions les unes sur les autres; développées ailleurs avec non moins d'exactitude (art. *Mutuel*, Dict. des scien. méd.); ces doctrines ont été exposées de nouveau dans notre *Traité de médecine pratique*. Nous y avons étudié, non-seulement l'état organopathique principal, mais nous y avons encore insisté sur les circonstances dans lesquelles on le retrouve, et sur les états qui en dépendent.

Ces faits ont été méconnus; aussi s'est-on élevé contre nous et a-t-on répété, qu'avec notre nomenclature, notre étude des états organopathiques, nous faisions de l'analyse et rien de plus. Disséquant la maladie jusqu'à sa dernière limite pour en trouver les divers éléments, nous nous lançons à la recherche d'états morbides dont l'ensemble nous échappe. En un mot, M. Piorry, a-t-on dit, est un homme de détails, incapable de faire de la synthèse.

On nous reproche donc *de ne pas généraliser;* mais ceux qui se flattent de généraliser toujours, *peuvent*-ils réellement se livrer à une synthèse consciencieuse, puisque la généralisation consiste à prendre les faits de détail isolément et à les réunir ensuite? Si nous remontons jusqu'à Broussais et jusqu'aux années de la grande réforme dont il fut le moteur, plus loin même, jusqu'à Morgagni, comment a-t-on généralisé? L'anatomie avait-elle fourni les différents types qui doivent servir de base à une généralisation? Non; l'ouverture des cadavres n'avait pas encore éclairé la médecine par ses données positives et la science qu'elle enfantait était encore à son berceau. Remontons plus haut et parcourons la nosologie de Cœlius Aurelianus! la donnée anatomique y fait défaut, et, quoi qu'il en soit, on a fait de pompeuses généralisations avec des symptômes sans valeur, considérés isolément, tels que: la chaleur, le froid, la difficulté de respirer, les crachats, la douleur, à laquelle on a nécessairement dû faire jouer un rôle capital. Ces symptômes ont été réunis deux à deux, trois à trois, et ainsi de suite; puis on les a rangés par catégories, on en a fait des maladies, et voilà ce qu'on a appelé de la généralisation!

Vous croyez, peut-être, qu'on a déserté ce système? Non, la compilation a fait, sous le nom de maladies, des tableaux magnifiques de description, mais qui, assis sur des bases ridicules ou fausses, deviennent pour l'élève des causes incessantes de déceptions; c'est que les symptômes d'un jour ne sont plus ceux du lendemain. Aussi, conséquence inévitable, tombe-t-on dans la médecine de Pinel, médecine à tiroirs, où l'on trouve des traitements pour toutes les catégories de symptômes.

Pour bien juger des études de la maladie, il convient de savoir ce qu'est *la maladie*, et ce qu'elle est devenue. On a voulu la supposer existante par elle-même et déterminant dans l'organisation un trouble notable, accusé par une série uniforme de symptômes; un principe vital surveille l'organisation et fait des efforts sanateurs, de telle façon que la maladie suive une marche régulière. Ces idées, imputées à tort par quelques-uns à Hippocrate, sont les doctrines de Stahl mélangées d'idées mécaniques, chimiques, etc. Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est la nature médicatrice, subordonnée au principe vital. Enfin une voix se fit entendre au milieu de ce mysticisme nosologique: *Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des organes malades.* Attaqué à son tour, Broussais céda à l'entraînement général, et s'abandonna tout entier à l'étude de l'irritation sous ses différentes formes. Si les idées de Broussais tombèrent, elles ne pouvaient rester longtemps dans l'oubli, et des travaux gigantesques venaient de compléter les œuvres de Morgagni. Laennec donnait au monde l'auscultation médiate. Laennec était néanmoins généralisateur; nous le voyons étudier l'angine de poitrine (qui n'est, à vrai dire, qu'une névralgie thoraco-brachiale), le catarrhe sec et humide, le catarrhe pituiteux. C'est que Laennec, fidèle à la tradition, étudiait à la façon de ses devanciers. Fatale erreur!... Ceux qui se disent généralisateurs, ont-ils profité de ces travaux, ont-ils pris pour point de départ de leur synthèse les données anatomiques? Pour eux, les organes ne sont malades que par suite d'une expression morbide générale, qui est presque en dehors de l'organisation. Nous ne tenons pas compte du sang, nous ont-ils dit; nos travaux sur les altérations du sang ont répondu victorieusement à ce reproche. Chassés du système nerveux par les recherches de MM. Durand-Fardel et Rostan, ils ont changé de conduite et sont devenus forcément localisateurs; tandis qu'on admettait des fièvres, MM. Bretonneau, Chomel, Louis, étudiaient dans l'intestin une lésion locale.

En somme, y a-t-il un organicien, un localisateur qui ne soit partisan des idées générales? Les affections du système nerveux, les altérations du sang n'amènent-elles pas des phénomènes généraux? Qu'on enlève, par exemple, une partie du sang, ou qu'on introduise un poison dans ce fluide, qu'on touche la moelle de l'épine ou qu'une tumeur vienne à comprimer le bulbe rachidien, ce sont des phénomènes généraux qu'il faudra constater; tous les organiciens se plaisent à le reconnaître.

Que devient donc la généralisation? La doctrine des généralisateurs consisterait-elle à partir des temps anciens et à n'étudier que les symptômes? Non, évidemment, une synthèse ainsi faite est impossible. Faut-il admettre, en dehors de l'organisation, un principe immatériel qui la dirige constamment? mais nous admettons l'existence de l'âme (*Traité de méd. prat.*, 8e vol.), et, au point de vue médical, l'âme ne peut être malade. — Cette prétendue généralisation n'a donc point de base. Quant aux forces vitales, quant aux propriétés vitales, elles sont inhérentes à la matière; il conviendrait alors d'étudier les maladies des propriétés vitales! Or, la généralisation peut-elle être métaphysique? Non; ses éléments doivent se trouver dans le corps de l'homme. — Ce que nous nions donc, c'est une maladie générale, unitaire, déterminant toujours les mêmes phénomènes; nous reconnaissons, il est vrai, certaines causes constamment les mêmes, telles que le virus syphilitique; mais ce virus n'est point la maladie; il amène un état général, une altération du sang toujours la même et dont l'expression phénoménale, variable à l'infini, réclame une étude minutieuse de chacun des états locaux.

Au point de vue où l'on l'avait placée, la généralisatio n tomb d'elle-même; mais si on recherche l'élément de la maladie dans l'état organopathique, si l'on étudie chacun de ces éléments avec détails, les indications thérapeutiques vont ressortir de l'état anatomique, à la condition, toutefois, que l'on aura examiné comment telle lésion peut influer sur telle autre lésion et que l'on aura tenu compte de toutes les causes certaines ou probables des troubles observés. Prenons pour exemple, un homme atteint de fièvre typhoïde: cet homme a de la diarrhée, parce qu'il y a des matières dans l'intestin; déjà il existe une nuance entre ces deux états organopathiques, mais la cause de cet amas de matières, quelle est-elle? Les plaques de Peyer sont-elles malades? Effectivement, elles sont ulcérées; l'iléospilosie domine donc les deux premiers états morbides; mais l'iléospilosie elle-même n'est pas plus une maladie locale que la dermite de la variole. Cet homme a eu des frissons, de la chaleur, il y a persistance des phénomènes généraux. On peut rencontrer chez lui une septicémie; c'est ce que nous confirme l'interrogation du malade qui, arrivé récemment à Paris, est soumis à toutes les conséquences d'un encombrement, etc. La rate est malade, peut-être consécutivement à la septicémie, peut-être par l'effet d'une intoxication paludéenne. Synthétisons maintenant: les selles journalières du malade vont l'affaiblir à tel point, qu'une pneumonémie hypostatique est imminente et à sa suite nous verrons arriver l'hypoxémie (asphyxie commen-

çante). Nous venons de faire la généralisation de la maladie de cet homme, mais non pas celle de la fièvre typhoïde.

C'est grâce aux travaux de Morgagni et de Bichat que nous arrivons à un tel résultat, et ce qui nous en aplanit les difficultés pendant la vie, c'est la *localisation* attentive et raisonnée.

Frédéric Duriau.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observation sur un cas de choléra. — Emploi du salicilite de potasse,

Par le Dr Télèphe-P. Desmartis fils, *de Bordeaux.*

Depuis que le choléra a parcouru le monde, il n'a abandonné ni les rives du Gange, où il est toujours endémique, ni les contrées qu'il a parcourues dans ses pérégrinations dévastatrices de 1832 et 1849. Il est maintenant cosmopolite. S'il n'exerce pas continuellement ses ravages, si parfois même il semble tout à fait avoir disparu des pays où il a séjourné, il n'en est pas moins vrai que ses *semina*, ses *spores* sont sans cesse prêts à le produire, lorsqu'ils se trouvent en présence de certaines conditions qui nous sont *parfaitement inconnues*.

Maintenant le choléra est à l'affût de ces conditions, pour trouver sur le *stratum* humain le moment favorable à son développement. Mais arrivons à notre observation.

Le 15 août courant, nous fûmes appelé auprès du sieur Louis Texier, ouvrier serrurier, âgé de 21 ans, natif de Niort, domicilié à Bordeaux depuis deux mois, et demeurant rue Sainte-Catherine, n° 94, au premier étage, dans une chambre donnant à l'est et sur une cour.

Ce jeune homme avait été pris subitement, dans la nuit, de selles, de vomissements, et de crampes dans les membres tellement fortes, qu'étant sorti de son lit, il n'avait pu se reconcher, soit que les forces lui eussent manqué, soit que les douleurs fussent trop vives; une aphonie subite, dont il s'était trouvé pris, l'avait empêché de se faire entendre lorsqu'il avait appelé.

Le matin, vers sept heures, on le trouva étendu dans sa chambre, toujours en proie à d'horribles crampes; ses traits étaient considérablement altérés, et les personnes qui le connaissaient le trouvèrent très-amaigri depuis la veille.

Nous fûmes immédiatement appelé, et nous fûmes frappé de l'altération profonde de la physionomie de ce malade, qui, nous dit-on, était la veille plein de santé : son facies était hippocratique; le pouls ne se sentait nullement; la peau pincée ne revenait que très-lentement sur elle-même; les extrémités et tout le corps étaient froids. La tête n'était point renversée en arrière, mais retombait à droite ou à gauche; des vomissements et des selles, semblables à la décoction de riz, étaient incessants, et, malgré son abattement, chaque vomissement était projeté par saccades et avec assez de force; des crampes horribles se faisaient sentir dans les mollets. Les urines n'avaient pas lieu; les yeux étaient excavés, il n'y avait point de cyanose autour des orbites; mais les ongles, d'un froid glacial, étaient à leur pourtour bleus, violacés, comme ceux d'un cadavre. L'intelligence du malade était parfaitement *saine*, malgré son affaissement extrême; mais on ne pouvait guère comprendre ce qu'il disait, tant sa voix était éteinte. La veille, qui était une journée très-chaude, il avait beaucoup travaillé, et avait bu souvent et en quantité de l'eau sortant d'un puits.

J'avais affaire à un cas de choléra asiatique, et je pouvais très-bien présumer que la mort serait prochaine.

Je prescrivis des frictions avec de l'alcool camphré, des cruchons d'eau bouillante auprès du corps et aux pieds, puis la potion suivante :

℞ Eau distillée.	110	grammes.
Sirop de menthe	50	—
Acétate d'ammoniaque. . . .	2	—
Extrait de jusquiame.	0,35	centigr.
Chloroforme	1	gramme.

Mêlez : à prendre les trois premières cuillerées de demi-heure en demi-heure, et les suivantes d'heure en heure.

A neuf heures, le malade est dans le même état; je ne peux encore percevoir le pouls.

Dans l'espoir de calmer les douleurs et les crampes, on avait appliqué des compresses d'eau sédative sur le cou et sur les membres.

A dix heures, les symptômes sont aussi alarmants; le malade ayant fait comprendre, à plusieurs reprises, qu'il désirait boire, je lui fais donner de la limonade gazeuse.

A onze heures, encore même état en apparence, mais je sens un peu le pouls.

Je prescris alors la potion suivante :

℞ Eau de fleurs d'orangers. . .	130	grammes.
Salicilite de potasse.	0,60	centigr. (Mêlez).

Cette potion, dont j'avais constaté l'an dernier les résultats heureux dans des attaques cholériformes, fut alternée avec celle que j'avais administrée précédemment.

A midi, il prit une cuillerée de la potion du salicilite; à une heure, une cuillerée de l'autre potion; ainsi de suite.

Six heures : le malade souffre toujours; les selles seulement semblent prendre une teinte légèrement jaunâtre; les vomissements sont un peu moins fréquents; le pouls radial est appréciable, quoique bien faible encore. Je fais supprimer la première potion, et continuer toutes les heures la potion au salicilite.

16 août, au matin : le malade n'a pu dormir de la nuit, à cause des crampes et des douleurs de tête qu'il a éprouvées et qu'il ressent encore; les selles sont un peu moins fréquentes que la veille, et leur couleur tend à devenir jaunâtre; cinq ou six vomissements seulement ont eu lieu dans la nuit, et les matières rejetées ont, suivant le malade, un goût d'amertume.

Le soir, même état.

17 et 18 août : le malade n'a pu dormir pendant la nuit; il y a eu peu de vomissements, et les selles ont pris le caractère diarrhéique.

Le 18 au soir, le malade demande à manger, disant qu'il a l'estomac très-bien disposé; il se fâche pour obtenir du bouillon, ce qui ne lui est pas accordé.

Dans certains cas de vomissements intenses, soit qu'ils proviennent d'accès cholériformes, soit qu'ils aient une tout autre cause, j'ai toujours observé qu'après l'administration des préparations salicileuses et surtout des salicilites, et lorsque les vomissements avaient cessé, les malades éprouvaient de l'appétit.

Le 19 août, le malade dit qu'il mangerait bien volontiers. Il prend toujours de la limonade gazeuse, et j'autorise un peu de bouillon, qui ne le fatigue nullement, quoiqu'il en prenne à plusieurs reprises.

Le 20, il continue à prendre du bouillon, qu'il trouve excellent; il mange même une aile de poulet.

Le 21, le malade va se promener; il se sent faible, mais ne souffre nullement.

Le 25, je revois mon malade, qui, depuis la veille, a repris un peu son travail.

Il est peut-être difficile de se rendre compte de ce qui a le plus *contribué à la guérison* dans ce grave cas morbide.

Je suis porté à attribuer, *en grande partie, la prompte guérison au salicilite de potasse.*

L'action favorable de ce nouveau médicament m'a toujours paru être augmentée par l'extrait de jusquiame; et si je n'en ai pas ajouté, c'est parce que la première potion en contenait.

Je répéterai ici ce que j'ai dit ailleurs : c'est qu'il est fort difficile de se procurer des salicilites, même dans les premières fabriques de produits chimiques de France.

Ce qui semble prouver que l'on veut bien tromper, c'est qu'on envoie ce sel dans des flacons bleus, afin que l'on ne puisse pas distinguer la couleur du contenu.

Quand le salicilite de potasse (1) est blanc et cristallisé, c'est-à-dire pur, il faut commencer par une faible dose, 25 ou 30 cen-

(1) Les acides salicileux et saliciliques, que l'on aurait mieux fait d'appeler salicineux et saliciniques, se combinent avec un grand nombre de bases; il aurait

tigram. dans un véhicule de 150 grammes d'eau, que l'on édulcore avec un sirop et suivant l'occurrence. Lorsque ce médicament est impur, c'est-à-dire s'il est noir et en masse, ou en cristaux plus ou moins bien formés, il m'a fallu souvent l'employer jusqu'à un gramme pour obtenir des effets convenables.

Si je me suis servi de ces substances, quoiqu'elles soient impures, c'est que, dans certains cas où ce médicament me semblait opportun, j'ai préféré l'employer en cet état que de me priver de son secours.

Nous concevons très-bien que ce médicament, dont nous avons l'air de parler peut-être avec un peu trop d'enthousiasme, ne nous a pas fait obtenir, *lui seul,* la *guérison* de notre malade; mais nous croyons qu'il y a largement contribué, et que c'est réellement à lui que l'on doit ce passage brusque de l'état malade à l'état valide, sans convalescence.

(*Rev. thérapeut. du Midi.*)

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. Triquet, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite. Voir les nos* 131, 132, 133, 136, 137, 140.)

Cette discussion de passages contradictoires, extraits de deux auteurs haut placés dans la science, était nécessaire à l'intelligence du sujet, et maintenant nous pouvons aller plus loin.

VIII. Les liquides sécrétés par la membrane muqueuse de la caisse, qui, à l'état normal, *sous forme de mucosités,* trouvent déjà un écoulement difficile par l'ouverture intra-tympanique de la trompe d'Eustache, peuvent donc obstruer bien plus aisément ce conduit, quand leur nature et leur consistance sont modifiées par l'inflammation (pus, muco-pus, sang).

A cette cause de stagnation des liquides dans la caisse, pendant les inflammations qui se développent dans les fièvres graves, s'en ajoute constamment une autre non moins influente, c'est le gonflement inflammatoire de la muqueuse de la trompe. Or, cette muqueuse, qui revêt intérieurement la trompe, étant le prolongement de celle du pharynx et de la caisse, est soumise aux mêmes lois on influences pathologiques : de là vient qu'elle s'enflamme dans les phlegmasies de ces organes, que la maladie ait débuté par la caisse pour s'étendre au pharynx, ou que, limitée tout d'abord aux amygdales, par exemple dans la scarlatine, la variole ou les angines simples, elle ait cheminé, en suivant la trompe, jusque dans la caisse.

IX. La membrane muqueuse de la trompe étant enflammée par une des causes énumérées, il en résulte une tuméfaction de son propre tissu, et cette tuméfaction, si faible qu'elle puisse être, a pour effet immédiat d'oblitérer complétement ou en partie la cavité de ce tube, surtout au niveau de sa portion osseuse, dont l'étroitesse normale est déjà considérable (1). Il en résulte alors une cavité, sans ouverture, qui s'emplit d'une matière sécrétée plus ou moins irritante (mucus, pus, sang). Ces liquides cherchent à se frayer une issue d'un côté ou de l'autre, et il peut arriver que le pus se fasse jour : 1° à travers le tympan déchiré, 2° ce liquide pourra refluer vers les cavités labyrinthiques, détruire la fenêtre ronde, luxer l'étrier et pénétrer directement dans le vestibule par la fenêtre ovale (2); 3° il pourra fuser vers les cellules mastoïdiennes, et y provoquer des douleurs violentes, la carie, la nécrose de ces os spongieux, et consécutivement les abcès, une surdité incurable.

X. Il est donc nécessaire de chercher à combattre l'inflammation dès le début et par tous les moyens appropriés, dans l'otite simple, catarrhale ou phlegmoneuse (saignées, ventouses, vésicatoires); dans l'otite des fièvres graves : typhoïde, variole, scarlatine, surtout chez les jeunes gens, les enfants. Le choix des moyens est difficile; cependant, il n'y a pas à hésiter, quand on songe que l'enfant pourra demeurer sourd-muet s'il vient à guérir de la lésion intestinale; ou bien, si le sujet est adulte, qu'il est presque nécessairement voué à une surdité incurable (Itard). Ces moyens nous semblent devoir être pris ici dans la classe des révulsifs (ventouses sur l'apophyse mastoïde, vésicatoires après les ventouses).

Malgré l'emploi heureusement combiné de ces moyens, du pus peut se produire et s'accumuler dans la caisse.

XI. Il faudra donc chercher à éviter la perforation *du tympan.* Le moyen le plus certain, selon nous, c'est le cathétérisme de la trompe, avec injection de liquides médicamenteux, émollients, anodins, d'abord, puis légèrement irritants ensuite. Nous avons fait déjà un certain nombre de tentatives qui nous sont un sûr garant des bons effets que peuvent produire ces injections.

Je le répète, le cathétérisme de la trompe d'Eustache, suivi d'injections, est le plus sûr moyen d'éviter la perforation du tympan et toute la série des désordres que j'ai décrits plus haut.

Cette proposition pourra sembler étrange tout d'abord : comme toute idée nouvelle, il lui faudra du temps pour s'accréditer.

Cependant, il suffira de réfléchir un instant que les inflammations de l'appareil auditif ressemblent de tous points aux phlegmasies des autres appareils; que les accidents qui peuvent en être la conséquence, et que le chirurgien doit redouter, ont la plus grande analogie avec ceux qui se rencontrent ailleurs; et, pour prendre un exemple, ne voit-on pas chaque jour la rétention d'urine nécessiter le cathétérisme? Ce moyen n'est-il pas le plus sûr pour éviter les déchirures de l'urètre et les migrations urineuses?

---

conséquemment fallu dire, en parlant de ces sels, salicinite et salicinate, puisque ces mots dérivent de salicine.

Les avantages obtenus par ces acides, par les salicilites et par le salicinate de potasse ou de soude, font présumer que ces deux acides, unis à la chaux, à la baryte, à la magnésie, à la strontiane, à l'oxyde de zinc, etc., pourraient combler des lacunes existant dans certaines parties de la thérapeutique.

Le *Répertoire de pharmacie* vient de publier un curieux travail de M. Buchner, professeur de pharmacie à Munich, sur la formation de l'acide salicileux dans les fleurs de la spirée ulmaire. — On sait, depuis les recherches de M. Piria sur la salicine, que l'on peut, au moyen de ce corps, produire artificiellement de l'*acide salicileux* par l'action oxydante sur ce corps de l'acide chromique ou d'un mélange de chromate de potasse et d'acide sulfurique. Cependant on ignorait comment cet acide se produit spontanément dans les fleurs de la spirée ulmaire. M. Buchner, ayant remarqué que les boutons de ces fleurs n'ont que peu ou point d'odeur, et que leur saveur rappelle celle de l'écorce de saule, les soumit à diverses opérations qui lui donnèrent un corps fortement amer, semblable à la salicine, et qui, sous l'influence oxydante de l'acide chromique, se transformait en acide salicileux. Les feuilles de la spirée contiennent aussi une petite partie de ce principe. Il résulte de là, que c'est par un acte de la végétation qui nous est encore inconnu, que la *salicine* des fleurs de la reine des prés se transforme en acide *salicileux.* (*Note des Rédl.*)

(1) Cette note fera mieux voir comment certains spécialistes se sont abusés quand ils ont cru et fait croire, de bonne foi sans doute, qu'on pouvait introduire par la trompe, jusque dans l'oreille moyenne, des sondes en gomme élastique, dont la moindre a un diamètre *de* 2 *à* 3 *lignes* (4 à 6 millimètres).

Il était donc intéressant de connaître aussi exactement que possible le diamètre de la portion osseuse de la *trompe d'Eustache :* voici les recherches auxquelles je me suis livré; il était tout naturel de commencer par le livre d'*Eustache lui-même :*

1° Eustache (*) donne à ce canal les dimensions *d'une plume à écrire;* mais en lisant sa description, il est facile de se convaincre qu'Eustache n'a voulu parler que de l'embouchure pharyngienne de la trompe.

2° Duverney (**), dont les planches et la description peuvent encore servir de modèle, donne pour mesure, à cette portion osseuse, un quart de ligne (1 millimètre seulement).

3° A. Cooper (***) a donné un dessin dans lequel ce conduit a un huitième de pouce anglais; cette mesure est très-exagérée.

4° J'ai rassemblé, l'année dernière (****), une collection de têtes sur lesquelles j'ai pratiqué la mensuration de la trompe : la moyenne de mes résultats est à peu de chose près celle de Duverney; la différence n'est qu'une fraction si minime qu'on peut la négliger.

(2) *Voir* 4e, 5e, 6e observations.

(*) *Opuscula anatomica,* p. 161.

(**) *Traité de l'ouïe,* tableau 8, fig. 2 (1683).

(***) *Transactions philosoph.,* 1801.

(****) Je remercie M. Bouillard, alors aide d'anatomie à la Faculté; son obligeante amitié a mis à ma disposition plusieurs pièces.

J'ai démontré plus haut que des accidents analogues causés par le pus étaient aussi à craindre pour l'appareil auditif.

Par conséquent, pourquoi n'opposerait-on pas les mêmes moyens à une série de phénomènes morbides, tout à fait analogues, mais dans un autre appareil? De plus, le cathétérisme de la trompe d'Eustache n'est ni plus douloureux, ni plus difficile que celui de l'urètre, seulement, il faut s'y exercer, et le procédé que nous décrirons plus loin est peut-être le moins infidèle.

J'ajouterai, en terminant, que si le cathétérisme de la trompe d'Eustache ne réussissait pas à désobstruer la caisse, il serait toujours temps de mettre en usage la perforation artificielle du tympan.

Telle serait encore, selon nous, la dernière et la meilleure ressource, dans ces graves circonstances et en face d'un danger pressant.

Cette ressource ultime n'est ni plus douloureuse, ni plus difficile que le cathétérisme; elle aurait pour résultat immédiat : 1° de pouvoir vider l'intérieur de la caisse, de modifier sa membrane par des injections; 2° de donner un libre écoulement aux liquides renfermés dans sa cavité; 3° de prévenir le ramollissement et la rupture pathologiques de cette cloison délicate; l'envahissement du pus dans les cavités labyrinthiques, etc.; 4° en portant des liquides modificateurs sur la muqueuse de la caisse, on agite en même temps sur celle de la trompe, et réciproquement, en agissant sur la trompe, au moyen des injections, la médication étend son influence jusqu'à la caisse, par continuité et contiguïté de tissus; 5° et du moment où la diminution du gonflement de la fle trompe donnera aux liquides et à la sonde (1) qui les porte un libre passage, on pourra laisser se cicatriser l'ouverture artificielle pratiquée momentanément au tympan.

Pour obtenir ce résultat, il n'est besoin que de suspendre l'introduction répétée chaque jour du tube de la seringue d'Anel que l'on doit préférer pour ces injections.

Par ces moyens sagement combinés, il sera possible d'éviter les altérations profondes décrites plus haut et qui traînent à leur suite une surdité souvent incurable chez l'adulte, et, ce qui est plus grave encore, la surdi-mutité chez les jeunes enfants.

(La suite à un prochain numéro.)

Du traitement méthodique des ophthalmies lymphatiques,

Par le Dr Despaux (*de Crouy-sur-Ourcq*).

(Suite et fin. Voir le n° 132.)

Traitement. — Il n'est pas étonnant que dans un organe comme l'œil, composé d'éléments multiples et hétérogènes, les auteurs aient suivi les enseignements de Beer, de Quadri, etc., en cherchant à localiser la plupart des inflammations oculaires. Mais, de même qu'une inflammation traumatique ou spontanée occasionne fort souvent une réaction considérable dans toute l'économie, de même certaines inflammations partielles de l'œil produisent un éréthisme violent dans tout le globe oculaire. Le praticien qui ne tiendrait aucun compte de cette fièvre générale de l'œil, tomberait, relativement au traitement, dans des mécomptes certains. Il faut rendre à chaque auteur ce qui lui appartient, et c'est à M. Rognetta qu'appartient l'honneur d'avoir appelé, un des premiers, l'attention des praticiens sur cette participation générale de l'œil, aux inflammations locales dont il est si souvent atteint. De cette donnée, on peut tirer ce précepte général, que toutes les fois qu'une inflammation oculaire, en apparence fort limitée, est caractérisée néanmoins par des douleurs violentes, des battements ou des pulsations, au fond et autour de l'orbite, avec intolérance de la lumière, larmoiement, etc., il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique prompt et énergique. L'état général ou réactionnel nous sert ordinairement de guide, dans le degré de déplétion sanguine. Ainsi, y a-t-il de la réaction générale chez un sujet adulte, nous commençons presque toujours le traitement par la saignée du bras, et chez les enfants, par une application de sangsues à l'anus, surtout lorsqu'il y a céphalalgie, insomnie, inappétence et un commencement de photophobie. Si l'affection oculaire est liée à des éruptions impétigineuses ou autres, nous soumettons les malades au régime des affections fébriles éruptives, et, quoiqu'on fasse en pareille circonstance, la maladie oculaire ne se dissipe qu'à la période de desquammation herpétique. Dans les circonstances contraires à celles dont il vient d'être question, nous nous contentons d'appliquer des sangsues près des oreilles sur une ou sur les deux tempes, suivant qu'un seul œil ou que les deux yeux sont malades.

A l'exemple de M. Caron du Villards, nous ne faisons, dans cette maladie, que très-peu usage des collyres; ils ont l'inconvénient de macérer pour ainsi dire les paupières et les autres tissus, et de les rendre beaucoup plus perméables aux gonflements inflammatoires. Nous remplaçons ordinairement les collyres par de larges applications huileuses.

Dans une ophthalmie lymphatique commençante, chez l'adulte, si le sujet est docile et bien résigné, nous employons le traitement ectrotique, qui est, sans contredit, le plus efficace et le plus expéditif. Après avoir mouillé le bout du crayon de nitrate d'argent, nous touchons légèrement le foyer malade. On applique immédiatement sur l'œil une petite compresse trempée dans de l'eau froide, qu'on maintient avec un mouchoir plié en cravate, et on laisse les choses dans cet état, pendant quarante-huit heures environ. On se contente, lorsque la douleur de la cautérisation est dissipée, de faire des applications huileuses sur les paupières. Si après le temps que nous venons d'indiquer, la papule n'était pas entièrement flétrie, on renouvellerait la cautérisation. Rarement on est obligé de recourir à une troisième épreuve.

Chez les jeunes sujets, on aura recours à la même pratique toutes les fois qu'on les trouvera assez dociles, ce qui malheureusement est assez rare. Il faudra bien prendre ses précautions pour n'être pas obligé de recommencer l'opération, car les enfants sont rarement disposés à se laisser cautériser une deuxième fois. Lorsqu'il est impossible d'avoir recours au crayon de nitrate d'argent, il faut faire tomber vis-à-vis de la papule une goutte de solution d'azotate d'argent dans la proportion de 10 centigr. de sel par 30 grammes d'eau distillée. On se comporte ensuite de la même manière que nous venons d'indiquer; si les papules sont fixées au bord de la cornée transparente, il faut essayer de les toucher avec un pinceau à miniature, qu'on aura passé à plusieurs reprises sur le crayon de nitrate d'argent préalablement mouillé.

Lorsque les ophthalmies lymphathiques empruntent une marche lente ou chronique sans symptômes fébriles, ce qui est ordinaire, il faut recourir, lors surtout qu'il existe de la photophobie, aux vésicatoires autour de l'orbite, qu'on panse trois fois par jour avec la pommade suivante :

℞ Pommade épispastique jaune. . .	30 grammes.
Extrait de belladone.	1 gramme.

Mêlez exactement.

Les tempes sont pour ainsi dire le lieu d'élection de ces vésicatoires. Néanmoins on peut les appliquer très-avantageusement sur tout autre point du pourtour de l'orbite. Il faut en même temps instiller quatre ou cinq fois par jour, entre les paupières, une ou plusieurs gouttes d'huile dont se servent les horlogers, c'est-à-dire de l'huile d'olive très-pure. A défaut d'huile d'olive, on se servira d'huile d'amandes douces. On trempe dans ces huiles une petite compresse qu'on applique sur les paupières et qu'on maintient avec un mouchoir ou une bande. L'huile d'olive que vendent les épiciers est souvent mélangée avec une autre huile, surtout l'huile d'œillette. Pour reconnaître cette falsification, voici, d'après M. Guibourt, le moyen le plus simple : il consiste à remplir à moitié une fiole à médecine de l'huile suspectée et de l'agiter fortement. Si l'huile d'olive est pure, après quelque temps de repos, sa surface sera unie : si elle est mélangée d'huile de pavot, il restera tout autour une file de bulles d'air, ce qu'on exprime en disant *qu'elle forme chapelet.* Ce procédé peut faire reconnaître 0,1 d'huile de pavot dans l'huile d'olive.

Si la maladie était ancienne, accompagnée d'inflammation de la cornée, d'iritis, de photophobie, etc., on substituerait à la pommade ci-dessus, la pommade suivante :

℞ Pommade épispastique verte. . .	30 grammes.
Onguent mercuriel double. . .	4 grammes.
Extrait de belladone.	2 grammes.

Mêlez avec soin.

On fait en même temps les mêmes applications huileuses que nous avons recommandées.

Les kératites chroniques avec ou sans altération dans la substance

(1) Celles en gomme élastique conviennent ici; elles sont plus douces, plus flexibles.

des lames de la cornée (leucôma, taies, abrasions, etc.) guérissent plus vite, par les pansements des vésicatoires avec cette pommade et de larges applications huileuses, que par l'emploi des collyres secs ou liquides, propagés par la routine.

Lorsque la maladie commence par les paupières, si le sujet est résigné, il faut toucher avec la pierre infernale les surfaces malades, ne point lâcher les paupières avant d'avoir abstergé la surface qu'on a cautérisée avec une éponge fine ou un peu de linge fin, imbibé d'eau froide. L'opération est renouvelée, au besoin, après 48 heures. Si l'inflammation n'est pas très-étendue, ni très-vive, il suffit souvent pour la faire avorter de toucher à plusieurs reprises les points malades, avec un morceau de sulfate de fer.

Pour en finir avec les chémosis chroniques des paupières, il faut les fendre avec la pointe d'une lancette, les laisser dégorger et les cautériser ensuite avec un crayon de sulfate de fer; la douleur est bien moins vive qu'avec le nitrate d'argent. On répète cette opération autant de fois qu'il est nécessaire. Cependant il est bon de laisser 8 jours entre chaque cautérisation.

Indépendamment du traitement local, il faut veiller à l'état constitutionnel. Pour boissons dépuratives chez les enfants, nous nous contentons de faire prendre deux ou trois verres par jour d'une infusion plus ou moins concentrée de fleurs de houblon, de petite centaurée, de fumeterre, etc., sucrée; on ajoute à chaque verre de tisane une cuillerée à café de sirop de digitale. Il faut faire prendre, en même temps, aux malades 4 ou 5 grains de sulfate de quinine (1), tous les jours; on purge 2 fois par semaine les enfants avec parties égales de calomel et de poudre de Jalap. L'usage du sulfate de quinine et des purgatifs doit être continué autant de temps que dure l'affection oculaire (2).

C'est à l'aide de ce traitement simple que nous avons guéri, maintes fois, des ophthalmies lymphatiques qui avaient résisté à tous les autres moyens qu'on emploie d'habitude. On voudra bien observer, du reste, que nous sommes à la campagne, circonstance très-favorable pour les individus lymphatiques.

Nos innovations dans le traitement des ophthalmies lymphatiques ne sont point bien remarquables sans doute. La substitution des collyres huileux aux collyres secs ou liquides ordinaires peut appartenir à d'autres praticiens. En est-il de même du pansement des vésicatoires péri-orbitaires? Nous l'ignorons complétement. M. Velpeau n'est certes point le premier qui ait conseillé l'application des vésicatoires autour de l'orbite; mais nous ne sachons point qu'il s'en soit jamais servi comme surface absorbante, pour faire pénétrer dans les yeux des agents modificateurs. La belladone et l'onguent mercuriel ne sont généralement employés qu'en frictions circum-orbitaires, d'après la méthode de Stœber; mais leur action est souvent si lente qu'on peut presque douter de leur utilité. Il tombe souvent de cette pommade dans les yeux et il peut en résulter de graves accidents. C'est une chose quelquefois très-difficile à éviter, chez les enfants surtout, qui s'agitent pendant la nuit, en frottant leur tête sur les oreillers.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Novembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur les épidémies suivantes :

De *fièvre typhoïde*, par M. Fuzelhier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil;

D'angine gangréneuse et couenneuse, par le médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes (nom illisible);

2° Échantillon de nouvelle pâte d'huile de foie de morue, par M. le docteur Jacquin, de Metz;

3° Remède contre les *dartres*;

4° Échantillon d'eau minérale sise à Fumades, commune d'Allègre (Gard);

5° Rapport sur le service des vaccinations en Algérie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Appareil plâtré.

M. le docteur Van de Loo, de Veulo (Limbourg), adresse un mémoire sur un nouveau mode de déligation pour les fractures (appareil plâtré). (Comm. MM. Larrey, Cloquet, Gerdy.)

Trachéotomie.

M. Moreau-Boutard réclame la priorité du procédé de trachéotomie présenté par M. Chassaignac.

Choléra.

M. Voillot adresse une copie de son rapport sur l'épidémie de choléra qui a eu lieu à Beaune en 1849. (Comm. du choléra.)

Utrotomes.

M. Leroy (d'Étiolles) adresse une nouvelle Note relativement à ses droits à la priorité de l'invention des scarificateurs ou inciseurs du col de la vessie.

Incident.

M. Malgaigne demande qu'on inscrive au procès-verbal, qu'il a demandé dans la dernière séance, la nomination d'une commission pour constater la guérison annoncée par M. Maisonneuve, qu'il considère à peu près comme impossible, et touchant laquelle il conserve un doute *très-violent*.

DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE.

M. Laugier. — L'orateur, après avoir rappelé que la question lui a paru prématurée, quand des conclusions ne reposent que sur un petit nombre de faits, un ou deux faits nouveaux suffisent pour les modifier complétement.

Cela ne veut pas dire que toute méthode nouvelle devra faire de nombreuses victimes avant d'être rejetée, mais seulement qu'elle devra être raisonnable. Le perchlorure s'est présenté dans ces conditions. Il faut seulement savoir si l'on peut expérimenter encore.

Le rôle attribué au perchlorure dans les cas fâcheux a paru à M. Laugier un peu exagéré.

Pour que l'injection fût responsable, il faudrait que ses effets eussent été d'autant plus manifestes, que le liquide était plus concentré, ou en plus grande quantité, enfin qu'on en eût fait pénétrer davantage dans le sang liquide de la poche anévrismale.

En étudiant les faits cités par M. Malgaigne, on trouve le contraire. (L'orateur entre ici dans des détails qui prouvent cette assertion.)

Mais les observations recueillies jusqu'ici, diffèrent sous un rapport capital; c'est que tantôt on a pénétré seulement dans le caillot, d'autres fois dans le courant sanguin; dans le premier cas, les accidents ont été consécutifs; dans le second, ont eu lieu ou des succès ou de graves revers. Dans ce dernier cas, sans doute, la quantité et le degré de concentration du liquide ne sauraient être indifférents, et c'est alors que, sans des précautions indispensables, on pourra avoir ou des gangrènes immédiates, comme dans le cas de l'hôpital Saint-Louis, ou, avec ces précautions, des succès comme celui de M. Valette. (Compression de l'artère au-dessus et au-dessous pendant un temps convenable.) Mais dans combien d'anévrismes ces conditions seront-elles impossibles, et dès lors les applications de la méthode restreintes! elle est rationnellement inapplicable dans les anévrismes de la poplité axillaire, sous-clavière, brachio-céphalique, carotide, peut-être quelquefois dans ceux de la brachiale, du pli du coude, etc.

Dans les cas où on appliquera la méthode, il faudra pouvoir obtenir la guérison dans une seule injection, comme dans l'observation de M. Valette.

Et ici se présente un côté de la question qui n'a point encore été envisagé. Les réflexions qui suivent, s'appliquent également aux faits de MM. Velpeau, Malgaigne, Barrier, Lenoir et Soulé. Elles sont de nature à poser des limites à l'emploi de la méthode, mais aussi à diminuer les reproches qui ont été adressés au perchlorure de fer.

Toute tumeur qui est ponctionnée plusieurs fois, que la canule pénètre ou non dans la partie fluide de sang, sera à peu près sûrement envahie par l'inflammation. Ce sont là les résultats déjà connus de l'électro-puncture. En serait-il ainsi, si le perchlorure avait une action nuisible? Ainsi, dans le cas de M. Velpeau : 1re injection, pas d'accidents pendant vingt-et-un jours; puis, 2e injection, inflammation vive et accroissement de la tumeur. — De même pour les autres observations, y compris celle de M. Malgaigne.

Les cas où la méthode Pravaz a été appliquée doivent donc être divisés en deux catégories : ceux où la canule a pénétré dans le sang liquide, ceux où elle est restée dans le caillot. Ces derniers ne sont que des cas d'ané-

(1) Mettez dans un verre une cuillerée à café de vin, ajoutez le sulfate de quinine, remuez comme pour en opérer la dissolution, ajoutez encore une cuillerée à café de café à l'eau, une cuillerée à bouche de sirop d'orgeat et un peu d'eau.

Habituellement les enfants prennent alors ce médicament sans trop de répugnance.

(2) Nous nous étonnons que l'auteur oublie, dans le traitement général, la médication ferrugineuse, la plus puissante de toutes, et particulièrement l'iodure de fer, dont on a obtenu de si beaux résultats, depuis que M. Gille, pharmacien à Paris, a trouvé le moyen, à l'aide de ses dragées et de son huile d'iodure de fer, de rendre facile l'administration de ce puissant médicament.

vrismes traités par un mode particulier d'acupuncture. Une ponction sera innocente; deux, et à plus forte raison trois et quatre, seront de plus en plus dangereuses.

L'intoxication et la dissolution du caillot par du perchlorure en excès ne sont encore que des hypothèses. Les magma sanguins trouvés après l'application du galvanisme et après l'injection ne paraissent pas offrir, quant à présent, de différences essentielles.

L'orateur termine en répétant qu'il faut, pour appliquer la méthode, qu'on puisse pénétrer du premier coup dans le sang liquide et qu'on puisse comprimer l'artère au-dessus et au-dessous, pendant quinze à vingt minutes. Dans les autres cas, on n'emploie vraiment pas la méthode Pravaz. Mais, dans les premiers, comme celui de M. Valette, comment proscrire une méthode qui peut réussir en une seule séance, sans aucun accident et sans laisser après l'opération les éventualités fâcheuses de la ligature? Mais le fait de M. Valette n'est-il pas un fait exceptionnel? Des expériences ultérieures pourront seules l'apprendre. C'est pour cela qu'il paraît encore prématuré de porter le jugement définitif formulé par M. Malgaigne.

M. Gerdy. — M. Gerdy ne croit pas que la question puisse encore être traitée à fond. Il n'a entendu blâmer personne dans son dernier discours, et n'a voulu faire de la critique que d'une manière générale, et si chacun voulait prendre pour soi les critiques générales, il n'y aurait plus de critique possible. Il n'a pas surtout voulu blâmer ceux qui ont employé la méthode de M. Pravaz; mais précisément parce que cette méthode est rationnelle, elle prouve combien on doit être réservé dans des cas moins rationnels. Il croit que les essais doivent d'ailleurs être suspendus, malgré le succès de M. Valette, par tous les chirurgiens prudents, et qu'il faut s'en rapporter aux téméraires du soin d'apporter à la science de nouveaux éléments d'appréciation. Les téméraires, en effet, ne tiendront pas compte des revers qui ont déjà eu lieu, et ils sont téméraires par nature, comme Alexandre franchissant avec ses soldats les murs d'une ville assiégée. Ils tenteront de nouvelles expériences : il faut un coup de foudre pour éclairer certains hommes.

M. Malgaigne. — J'ai dit que les essais déjà faits étaient suffisants pour arrêter tous les chirurgiens prudents; M. Gerdy compte sur les téméraires pour compléter nos éléments de conviction. Mais les téméraires ne doivent pas être encouragés, et ceux qui essaieront désormais le perchlorure seront des téméraires.

M. Malgaigne prouve d'abord, par des citations empruntées aux comptes rendus de la Société de chirurgie, qu'il a parfaitement rapporté les expériences faites par MM. Giraldès et Debout, et que ces expériences ont été faites contrairement aux règles posées par Pravaz, et qu'on a employé tantôt plus, tantôt moins de perchlorure.

M. Malgaigne, répondant à M. Velpeau qui a trouvé invraisemblable et étrange le fait de gangrène publié par lui, M. Malgaigne, fait observer qu'il ne s'agit pas de savoir si le fait est ou non invraisemblable; il est vrai, quant à la question d'étrangeté. Il est étrange, en effet, et c'est pour cela que M. Malgaigne ne peut l'attribuer qu'au perchlorure; il a du reste toute confiance dans le jeune médecin qui a observé ce fait. Toutefois, il n'aurait pas fait sa lecture s'il n'avait eu que ce fait-là. Mais il a trouvé les mêmes accidents chez beaucoup de malades opérés par les hommes les plus habiles, et c'est pour cela qu'il a pu conclure qu'en prenant toutes les précautions les plus *rationnelles* (car, dans l'état actuel des choses, on n'en saurait prendre d'autres), on peut avoir à regretter les accidents les plus formidables.

M. Malgaigne pense, contrairement à M. Velpeau, que c'est dans les anévrismes de la racine des membres que la méthode aurait le plus de dangers. Si elle donne jamais quelque chose, ce ne sera jamais que dans les petits anévrismes comme celui du malade de M. Valette, et ainsi que l'a dit M. Laugier; mais dans ce cas combien ne restreint-on pas les applications de la méthode, surtout si l'on songe que dans ces petits anévrismes la ligature perd singulièrement de sa gravité et donne de très-beaux résultats!

L'orateur passe ensuite à l'importance de la préparation du perchlorure, qu'il considère comme à peu près nulle; dans tous les cas, il a su par MM. Soubeyran et Gobley que M. Burin-Dubuisson n'entendait rien à la bonne préparation du perchlorure, quoiqu'il ait fait afficher que le sien était *seul employé dans les hôpitaux de Paris*, après avoir dit dans sa note que celui employé dans ces mêmes hôpitaux était mal préparé. Cette affiche a fait reculer de dégoût M. Malgaigne. Les critiques de M. Laugier sur la quantité et la concentration du liquide sont donc fondées; mais au lieu de prouver que les précautions peuvent prévenir les accidents; elles prouvent, au contraire, que ceux-ci tiennent à des idiosyncrasies qu'on ne peut prévenir.

Quant au fait de M. Valette, qui a été fait contre toutes les règles rationnelles, il prouve seulement qu'une témérité peut réussir; mais il ne saurait, en aucune façon, servir d'exemple; ce n'est ni M. Laugier, ni M. Malgaigne, qui en rapporteront de semblables; ce ne sera que les chirurgiens téméraires; car, M. Malgaigne le répète, il y aura témérité de faire à l'avenir une semblable opération.

La rupture des ankyloses dont a parlé M. Gerdy, avait compté douze succès avant les revers qui l'ont fait proscrire.

L'Académie se forme en comité secret, et la parole est réservée à M. Velpeau pour la prochaine séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 Novembre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Digestion.

M. Blondlot adresse un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la digestion des matières amylacées, précédées d'une Notice sur la constitution de ces substances, et suivies de considérations sur la digestion en général.*

L'auteur résume ainsi ce travail :

« Les résultats auxquels je suis arrivé dans le cours de ces recherches, dit en terminant l'auteur, me semblent surtout dignes d'intérêt en ce qu'ils viennent donner une confirmation remarquable aux principes généraux que j'ai établis dans mon *Traité analytique de la digestion*, et me permettent ainsi de systématiser mes idées, sur cette importante question, autour de quelques points fondamentaux.

« Le premier de ces points est que, de tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, un seul, le suc gastrique, mérite la dénomination de *fluide digestif*, car lui seul exerce une action véritablement chimique sur les aliments, tandis que les autres, savoir : la salive, la bile, le suc pancréatique, en un mot, les fluides muqueux de toute espèce ne sont autre chose que des produits excrémentitiels qui, avant d'être expulsés définitivement de l'économie, lui rendent encore un dernier service, si je puis m'exprimer ainsi, soit en facilitant le glissement des matières ingérées, soit en protégeant les surfaces qu'ils lubrifient, soit même en s'interposant, par leur viscosité, entre les molécules des matières adipeuses, de manière à les diviser, ou, autrement dit, à les émulsionner. Il résulte de là que, en définitive, le rôle qui est départi à ces derniers est exclusivement mécanique, et, du reste, tellement secondaire, qu'on peut les supprimer sans que la digestion cesse de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie pendant de longues années. Cette proposition, tout hétérodoxe qu'elle ait pu paraître d'abord, a déjà été mise hors de doute, comme l'on sait, en ce qui concerne la bile, c'est-à-dire celui de tous les fluides excrémentitiels dont il s'agit, auquel l'imagination des physiologistes s'était, depuis longtemps, complu à attribuer le plus d'importance (1). Or, les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré dans ce mémoire viennent encore concourir à la démonstration de la même vérité, en prouvant que la salive et le suc pancréatique sont aussi inertes dans la digestion des matières amylacées que relativement à celle de toutes les autres substances ingérées dans le tube digestif.

« Le second principe fondamental qui ressort de mes précédents travaux est que le suc gastrique est sans action aucune sur les matières non azotées, à l'égard desquelles il se comporte à peu près comme ferait de l'eau simple ou de l'eau légèrement acidulée, tandis qu'il manifeste une activité des plus énergiques sur certains produits azotés, tels que l'albumine, la fibrine, etc., produits qui, à raison de leur composition élémentaire, semblent appartenir à une même famille naturelle. Il résulte de là que le suc gastrique intervient dans la chymification des divers aliments de deux manières bien différentes, savoir : directement, quand il attaque les substances mêmes dont les molécules doivent constituer la pâte chymeuse, ainsi que cela a lieu pour les matières animales; et indirectement, au contraire, quand il s'agit de certaines matières végétales, dont les derniers éléments organiques, complétement privés d'azote, et, par conséquent, réfractaires à l'action du suc gastrique, ne peuvent être mis en liberté que par la destruction de la trace presque imperceptible de principe azoté qui servait à les réunir. Or, cette seconde proposition se trouve encore confirmée par le résultat de mes dernières recherches, puisque, comme je le fais voir, la fécule ne se réduit en granules, pendant la digestion, que consécutivement à l'altération subie par l'espèce d'enduit azoté qui réunissait ces derniers.

« Le troisième principe fondamental concerne la manière d'agir du suc gastrique. J'ai établi, dans l'ouvrage déjà cité, que ce *modus faciendi* ne consistait ni dans ces transformations chimiques, sur lesquelles les physiologistes d'autrefois avaient donné si ample carrière à leur imagination, ni dans une simple dissolution de la matière alimentaire, ainsi que l'a-

(1) *Voyez* mon *Essai sur les fonctions du foie*, avec le mémoire complémentaire publié en 1851.

vaient pensé quelques expérimentateurs modernes. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes ; car l'action exercée par le fluide chymificateur n'est pas, à beaucoup près, aussi compliquée que l'avaient imaginé les premiers, ni pourtant aussi simple que se l'étaient figuré les seconds. C'est une action *sui generis* (1), en vertu de laquelle certaines matières, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues, sous l'influence des agents mécaniques les moins énergiques. Or, est-il nécessaire de faire observer que le résultat de mes dernières recherches rentre complétement dans ce principe général, puisque j'ai démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui, la matière amylacée proprement dite ne subit aucune espèce de décomposition ni de dissolution pendant le travail digestif?

« Le dernier principe fondamental qui me reste à faire ressortir est, sans contredit, le plus important, du moins sous le rapport philosophique, c'est que, en dernière analyse, le suc gastrique lui-même n'est, après tout, que la cause prédisposante de la chymification. En effet, quel que soit le degré de ramollissement auquel cet agent chimique ait amené la matière alimentaire par son action intestine, il faut toujours qu'une force mécanique vienne terminer le travail, dans ce qu'il y a d'essentiel, en amenant cette matière à un degré d'atténuation suffisante pour qu'elle puisse être absorbée. Or, ici encore, mon dernier travail fournit à ce principe une nouvelle application, puisque nous avons vu la fécule ramollir dans l'estomac, par l'action chimique du suc gastrique, mais soustraite, au moyen d'un tube, à l'action mécanique de ce viscère, rester sans se désaggréger, jusqu'à ce qu'une force étrangère vienne suppléer d'une manière plus ou moins imparfaite au mouvement péristaltique. C'est donc à bon droit que, dans mon *Traité de la digestion,* j'ai pu m'exprimer ainsi, page 352 :

« On le voit, considérée d'une manière générale, la chymification n'est, en dernière analyse, qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subit, dans ce changement d'état, aucune espèce de décomposition. Pris dans un sens large, le système des mécaniciens était donc, de tous les systèmes anciens, celui qui s'approchait le plus de la vérité ; car, en définitive, il aboutissait à ce principe, que les matières alimentaires s'introduisent dans l'organisme avec toute leur intégrité de composition, et sans subir aucune de ces métamorphoses chimériques auxquelles les chimistes d'autrefois avaient recours pour expliquer les phénomènes digestifs. »

Stéthoscope.

M. Giraud adresse une Note sur une modification qu'il vient de faire subir au stéthoscope.

L'auteur croit avoir remarqué que l'usage du stéthoscope est moins fréquent que ne devrait l'être un appareil qui peut fournir des indications précieuses au médecin, au chirurgien, à l'accoucheur. Suivant lui, l'emploi en deviendrait plus général si l'on parvenait à le rendre en même temps plus portatif et plus aisé à appliquer ; c'est ce double but qu'on s'est proposé d'atteindre par les recherches qui font l'objet du présent mémoire. Des modifications proposées, la principale consiste à substituer, à la plaque rigide qui forme la continuation de la plaque auriculaire, un tube flexible en caoutchouc : les précautions à prendre pour faire usage de l'instrument sous sa nouvelle forme sont exposées en détail par M. Giraud. Suivant lui, l'instrument ainsi transformé peut, en rendant tous les services qu'on a jusqu'ici demandés au stéthoscope, recevoir, en outre, diverses applications nouvelles, dont quelques-unes sont indiquées dans le mémoire.

Choléra.

M. Burq soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Préservation et traitement du choléra par les métaux.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le choléra continue sa marche sans prendre d'accroissement considérable. Ce qu'il a offert de plus important à noter, c'est le nombre proportionnellement considérable de cas développés sur des malades de l'Hôtel-Dieu entrés pour d'autres maladies. Ce nombre a été de 7 dans les dernières vingt-quatre heures. Le nombre total de cholériques admis dans cet hôpital est de 36. Mais il est relativement beaucoup moindre dans les autres hôpitaux. La mortalité dans tous les hôpitaux est en ce moment très-approximativement de la moitié.

— La séance solennelle de l'Académie de médecine aura lieu le mercredi 6 décembre, à l'heure accoutumée.

— M. le docteur Fourcault, correspondant de l'Académie de médecine, qui avait acquis une certaine notoriété par divers travaux, vient de succomber presque subitement à la suite d'une hématémèse.

— Le rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Montpellier envoie à ses lecteurs le discours de M. le professeur Bérard, prononcé à la séance solennelle de rentrée de la Faculté, discours charmant comme tout ce qui sort de la plume de cet excellent professeur. Le même rédacteur nous informe en même temps qu'il est venu à Paris, qu'il est allé au marché des Innocents prendre des leçons d'éloquence, dont il n'avait cependant que très-médiocrement besoin.

— Nous avons appris que notre jeune et honorable confrère, M. Piogey, est poursuivi par l'administration du timbre, pour avoir fait paraître, sans y faire apposer un timbre, la brochure dont nous avons rendu compte et que l'on considère comme traitant de matières d'économie sociale. Nous sommes trop habitués à la haute sollicitude que l'administration a toujours montrée pour la science pour ne pas croire que l'on s'est mépris dans l'application que l'on vient de faire de la loi de 1852. Si les matières traitées par M. Piogey étaient de l'économie sociale, tout ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la médecine le serait aussi, et il ne serait guère possible d'écrire dix lignes sans sortir de l'exception que la loi de 1852 a créée en faveur des écrits scientifiques. Nous ne doutons donc pas que M. Piogey ne trouve auprès de l'autorité supérieure, au lieu d'une amende, des encouragements pour une œuvre que les critiques que nous en avons dû faire ne nous empêchent pas de considérer comme inspirée par un excellent sentiment, et surtout comme une œuvre exclusivement scientifique.

— *Nouveau spécifique du cancer.* — M. Landolfi, médecin de l'état-major du roi des Deux-Siciles, vient de trouver un nouveau spécifique du cancer. Il est bien fâcheux qu'une telle découverte ait été annoncée d'abord dans une publication extra-scientifique et dans des termes peu faits pour inspirer de la confiance aux médecins. Voici dans quels termes cette découverte a été annoncée dans le *Journal français de Francfort,* par un correspondant de Munich :

« Notre époque est riche en découvertes grandioses et bienfaisantes. L'une de ces découvertes, d'un prix inestimable pour l'humanité souffrante, est celle par laquelle le cancer, la plus affreuse des maladies chroniques, est radicalement guéri. M. le docteur Landolfi, médecin de l'état-major de S. M. le roi des Deux-Siciles, directeur du premier hôpital et professeur à l'Université de Naples, vient de découvrir un moyen de guérir cette affection chronique, qui a été couronné du plus brillant succès, comme le prouve la guérison d'une auguste dame de Munich auprès de laquelle il a été appelé, et celle de plusieurs autres personnes.

« Les observations faites à l'aide du microscope ont prouvé que la guérison était véritablement radicale. Son remède n'est pas celui bien connu du frère Cosme, et ne contient ni arsenic ni mercure ; c'est un composé, une combinaison de principes médicaux à l'aide desquels, sans le secours du bistouri, il parvient à guérir les cancers en deux ou trois semaines, ou en 30 ou 40 jours au plus, quel que soit le développement auquel ils soient parvenus, qu'ils soient extérieurs ou intérieurs. Les personnes qui ont été ainsi guéries ont en peu de temps un air de santé et éprouvent le plus grand bien-être.

« On comprend bien que pour les cancers qui ont été complétement négligés et qui ont atteint leur dernière période, ce remède, pas plus que ceux qui ont été connus jusqu'ici, ne peut avoir d'efficacité. Sans doute que M. le professeur Landolfi, qui, sous tous les rapports, est un médecin habile et distingué, fera connaître *plus tard* au public, dans un écrit particulier, sa méthode. *Cet excellent homme* en a déjà fait part à ses confrères d'ici, qui, pour la plupart, ont été témoins de son heureux traitement. M. Landolfi, après avoir passé trois mois dans notre ville, va nous quitter pour se rendre *auprès d'une princesse du nord de l'Allemagne,* qui l'a fait appeler. De là il retournera dans sa patrie, *en passant par Vienne, où d'autres malades l'attendent.* »

Nous aimons à croire que M. Landelfi ne restera pas longtemps sous le coup d'une telle découverte sans donner au public scientifique quelques explications ; sans nous dire, entre autres choses, comment le microscope a pu prouver *que la guérison était véritablement radicale.*

— M. Serres, professeur d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, membre de l'Institut, commencera ce cours le samedi 26 novembre 1853, à deux heures et demie, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure, au Muséum d'histoire naturelle.

(1) On peut consulter, sur ce point, mon *Traité analytique de la digestion,* pages 353 et suivantes.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 142. 1re année. Samedi 26 Novembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Exercice de la médecine par les officiers de santé, hors du département où ils ont été reçus. — Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie, par M. Alph. Robert. (*Suite.*) — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA CHARITÉ. M. VELPEAU. Tumeur du voile du palais (hypertrophie glandulaire), par M. L. Bauchet. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite.*) — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 25 Novembre 1853.

Exercice de la médecine par les officiers de santé, hors du département où ils ont été reçus.

On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le dé-
« partement où ils auront été examinés par le jury, après enre-
« gistrement de leur diplôme. »

Tel est le texte de l'art. 29 de la loi de ventôse an XI ; telle est aussi la jurisprudence de la Cour de cassation. Contrairement à cette loi, l'autorité administrative peut-elle autoriser un officier de santé à exercer dans un département pour lequel il n'a pas été reçu? Le tribunal de Lisieux et la Cour de Caen se prononcent pour l'affirmative. A propos de ce jugement, le *Moniteur des Hôpitaux* examine la question et termine son article par ces mots : « Mais tout en nous prononçant pour l'interdiction « formulée par la loi de ventôse, nous ne devons pas moins « répéter que cette interdiction ne nous paraît fondée sur aucun « motif plausible, et qu'au point de vue de la raison générale, « comme sous le rapport scientifique, les autorisations déli- « vrées par l'autorité sont irréprochables. Ce serait, ce nous « semble, le cas de dire : Il faut sortir de la légalité pour entrer « dans le droit. »

L'opinion du *Moniteur des Hôpitaux*, si elle était partagée par les tribunaux, pourrait avoir, selon nous, des conséquences très-graves que nous allons signaler en peu de mots.

Le droit d'exercice de l'officier de santé ne diffère de celui du docteur en médecine que par deux restrictions : l'officier de santé ne peut pratiquer les grandes opérations sans l'assistance d'un docteur, et il ne peut exercer hors du département pour lequel il a été reçu. La première de ces restrictions est presque illusoire et peu gênante ; enlevez encore la seconde et l'officier de santé aura les mêmes droits que le docteur.

Ce n'est cependant pas là le danger le plus grave de la doctrine du *Moniteur des Hôpitaux*. L'on sait que dans chaque dé-

FEUILLETON.

Notice historique et chronologique sur les substances qui ont été proposées comme succédanées du café et sur le café-chicorée en particulier,

Par A. CHEVALLIER fils, *chimiste.*

Les fraudes coupables qui se font journellement dans le commerce nous ont porté à étudier, d'une manière approfondie, celles qui ont lieu dans la fabrication du café-chicorée, une des substances les plus employées. En rédigeant ces recherches, nous avons pensé qu'il serait non-seulement utile que l'on connût depuis quelle époque on s'est servi de ce succédané du café ; mais encore que l'on sût quels avaient été les autres succédanés de ce produit.

Nous avons, en conséquence, divisé notre travail en quatre parties.

La première comprend les succédanés du café autre que la chicorée ; la seconde, la culture de la chicorée ; la troisième, le mode de préparation des diverses qualités de café-chicorée ; la quatrième, les falsifications qu'on lui fait subir et les moyens de les reconnaître.

Quoique l'origine des succédanés du café remonte un peu avant la Révolution, c'est à cette époque que le peu de sûreté que présentait le commerce européen (car très-souvent un chargement pouvait n'être pas payé par suite de la mort de la personne à qui il était adressé), qui avait engagé bien des commerçants de l'Inde et d'Amérique à ne plus envoyer de café en Europe, donna aussi à beaucoup d'individus l'idée de remplacer ce produit par d'autres substances ; les inventions proposées donnèrent à leur tour l'idée de remplacer le café par des produits moins chers que lui.

1re PARTIE.

Café de Ruscus, *Ruscus aculeatus* (*petit houx*). — Ce genre de café fut mis dans le commerce vers l'an 1761, par d'Ambourney. Il se prépare avec des graines de Ruscus, qu'on torréfie et qu'on moud comme le café ordinaire ; la seule différence qui existe entre le succédané et le café, c'est la saveur légèrement acide que le premier laisse au palais du consommateur (1).

Café de fèves, de haricots, de semences de Rubiacées. — Plusieurs fabricants allemands et hollandais, manquant de chicorée, pensèrent, en 1772, la remplacer par l'emploi des fèves, des haricots et des semences de Rubiacées torréfiées, puis moulues ; ils attribuaient la différence de goût à ce que la torréfaction de ces graines est trop rapide à cause de leur grosseur, et affirmaient que si l'on parvenait à ralentir la torréfaction, il n'y aurait plus de différence entre ce café et le café moka.

Café de santé. — Vers 1785, Frenchard, sous ce nom, vendit un café composé de riz, d'orge, d'amandes et de sucre ; il faisait torréfier chacune de ces substances à part, les faisait moudre, et, après les avoir mêlées en proportions voulues, il y ajoutait le sucre légèrement passé au brûloir.

Café de Polygonium tartaricum (*Sarrasin de Tartarie*). — Moreschi, docteur romain, en 1789, après avoir fait un exposé de l'emploi du Polygonum,

(1) En Corse, on torréfie encore de ces graines pour préparer une liqueur analogue au café.

partement il y a un jury médical, qui peut être appelé à siéger et à recevoir des officiers de santé, lorsque le nombre des candidats est suffisant pour couvrir les frais. Ces 86 jurys sont de sévérité fort inégale ; il y en a qui reçoivent avec une grande facilité ; les présidents des jurys pourraient donner à ce sujet des renseignements très-curieux, et nous pourrions nommer certains jurys dont le laisser-aller est de notoriété publique, mais *exempla sunt odiosa*. Il arrive chaque année que des candidats déjà reçus dans d'autres départements sont ajournés par les nouveaux jurys devant lesquels ils se présentent, lorsqu'ils veulent changer de département ; ces candidats sont quelquefois tellement ignares que souvent le second jury a douté qu'ils se fussent présentés en personne devant le jury qui leur a délivré le diplôme.

Ce sont du moins là des doutes qui se sont produits dans la circonscription de la Faculté de Strasbourg.

L'indulgence trop grande est toujours fâcheuse ; le mal est cependant borné, d'après la législation actuelle. Un mauvais jury peuplera son département seul d'un personnel médical peu instruit. Mais admettez que l'officier de santé puisse changer de département, et vous verrez affluer vers ces jurys trop faciles tous les candidats ignorants de la France entière. Les épreuves n'en deviendront que plus faibles encore ; car on a remarqué que les examens étaient moins sérieux devant les jurys qui avaient à examiner un grand nombre de candidats.

La facilité avec laquelle on se fait recevoir officier de santé, par certains jurys, a été si évidente, que les professeurs de notre faculté qui président les jurys de l'arrondissement de la Faculté de Strasbourg, ont aboli un ancien usage qui consistait à ne faire passer qu'un examen sommaire aux candidats déjà reçus officiers de santé dans d'autres départements. Depuis un certain nombre d'années ces candidats subissent les trois examens, comme les candidats non encore reçus. Ainsi que nous l'avons dit, il en résulte souvent des ajournements ; il est même arrivé que des candidats déjà officiers de santé se sont retirés dès qu'ils ont vu qu'on allait les examiner sérieusement.

En résumé donc, nous croyons qu'aussi longtemps qu'on maintiendra deux ordres de médecins, il faudra conserver une différence dans les droits d'exercice ; et qu'aussi longtemps qu'on aura 86 jurys médicaux, il faudra bien se garder de permettre que l'un d'eux, plus indulgent que les autres, ne monopolise le droit d'inonder la France entière de médecins ignorants.

EISSEN.

Notre honorable contradicteur, qui pense que notre opinion, si elle était adoptée par les tribunaux, pourrait avoir des conséquences très-graves, ne paraît pas s'être donné la peine de bien comprendre quelle est notre opinion. La voici :

Dans *toutes les circonstances*, médicales ou autres, notre opinion *invariable*, c'est qu'on doit avant tout respecter la loi, par cela seul qu'elle est la loi.

Notre opinion est donc qu'on peut interdire l'exercice de la médecine à un officier de santé, dans un département autre que celui où il a été reçu. Mais tout en professant un respect absolu pour une loi, même absurde, nous ne croyons pas qu'on doive fermer les yeux à la lumière, rompre avec la raison, et renoncer à tout espoir d'améliorer ce qui est défectueux. Or, quoi de plus défectueux que de voir qu'un homme qui a le droit de soigner un malade à Clamart n'a plus le droit de le soigner à Meudon, à un kilomètre de distance ! On ne trouvera jamais un esprit sensé qui ne soit frappé d'une telle absurdité.

Notre contradicteur voit dans cette absurdité une garantie contre la complaisance de certains jurys médicaux ; mais si ses appréhensions à cet égard sont fondées, cela prouve uniquement qu'il faut modifier l'institution ou le fonctionnement des jurys médicaux.

Au reste, nous avons reçu d'un de nos honorables correspondants, sur le fonctionnement des jurys médicaux, des renseignements qui prouvent combien peu l'on prend au sérieux la lettre de l'art. 29 de la loi de ventôse. En effet, comme les jurys ne s'assemblent dans les départements que lorsque le nombre des candidats est suffisant pour permettre à l'administration de couvrir certains frais, il arrive *souvent* que des candidats examinés, dans le département de l'Aisne, par exemple, sont reçus l'un, pour aller exercer dans la Marne ; l'autre, dans Seine-et-Marne ; un troisième, dans l'Aube, etc. On conviendra sans peine qu'une loi qui s'exécute de cette façon est une loi jugée.

Quant à l'insuffisance de la distinction établie entre les docteurs et les officiers de santé, c'est une question que nous n'avons pas eu l'occasion de traiter, et qu'il n'y a aucune utilité de traiter en ce moment ; mais ce qu'on doit dire, c'est qu'en tout état de cause, cette distinction ne doit jamais reposer sur une absurdité.

Nous espérons qu'après ces explications, il ne restera de doute dans l'esprit de personne, sur notre opinion touchant l'art. 29 de la loi de ventôse.

---

dit que lorsqu'on torréfie et qu'on moud cette plante, on en obtient un café assez agréable au goût.

Café de seigle. — En 1795, dans la *Feuille du cultivateur*, on proposa l'emploi d'un café de seigle. On le préparait avec du seigle de première qualité, le triant, puis le torréfiant, le soumettant à la mouture, puis y ajoutant un peu de miel pour lui donner la qualité huileuse du café.

Café de glands. — En l'an VIII, le *Publiciste de Saint-Pétersbourg* annonça que l'Académie des sciences avait enfin trouvé un succédané du café. Ce succédané consistait à prendre les glands, à les monder, puis à les griller jusqu'à ce qu'ils eussent pris la couleur brune ; à cette époque de l'opération, on les recouvrait de beurre frais, en ayant soin de les agiter le plus possible ; ce beurre était ajouté pendant que les glands étaient encore chauds, afin que tous les grains en fussent imprégnés, ils étaient ensuite moulus et livrés à la consommation.

Café de genêt. — En l'an IX, M. Duchesne, dans le *Dictionnaire de l'industrie*, indiqua un café fait avec le genêt commun, torréfié et moulu, signalant ce produit comme un succédané assez agréable du café ordinaire.

Café de glands. — M. Legras, de Bruxelles, fit, en 1808, un café de glands qui ne dut pas avoir beaucoup de succès, ainsi qu'on le comprendra facilement en songeant aux substances qu'il fit entrer dans sa composition. Il prenait, pour faire ce café, des glands, enlevait la pellicule qui les recouvre après avoir fait macérer dans l'eau pendant plusieurs jours. La macération avait pour but de leur enlever leur âpreté ; il les séchait ensuite et les torréfiait. Il prenait des racines de fougère, les faisait sécher au soleil pendant l'été et au four pendant l'hiver, puis il les torréfiait et les faisait moudre. A ces produits, on ajoutait quatre clous de girofle en poudre, une demi-cuillerée d'essence de térébenthine et trois cuillerées de mélasse par kilogramme ; enfin, quelques feuilles de menthe pulvérisées étaient jointes à cette préparation pour lui donner de l'arome.

Café de marrons. — En 1810, M. Legrand fit breveter un café qui était composé des matières suivantes :

Marrons	325	grammes.
Carottes rouges	95	—
Rose de Provins	65	—
Racine d'angélique	95	—
Fleurs et fleurs de marjolaine	65	—
Écorces d'orangers amères	95	—

On nettoie le marron, on le coupe et le sèche, puis on le brûle à demi ; ainsi préparé, il est conservé pendant un an ; on prend de la carotte rouge, on la ratisse, on la sèche et la rôtit à moitié, puis on la conserve un an aussi ; à cette époque, on torréfie ces deux substances et on les moud ; on y ajoute les fleurs et feuilles de marjolaine et les roses de Provins séchées et pulvérisées, la racine d'angélique torréfiée et l'écorce d'orange amère pulvérisée.

Ce genre de café ressemble plus à un médicament qu'à une liqueur destinée à remplacer le café.

Café d'iris. — Guyton de Morveau, en 1811, présenta à la Société d'encouragement du café préparé avec les semences du glayeul jaune des marais ou *Iris, pseudo-acorus*, torréfiées et réduites en poudre. Cet illustre chimiste dit que lui et beaucoup de personnes qui ont fait usage de ce café préconisé par M. Skrim-

Nous profiterons de cette occasion pour informer ceux de nos correspondants qui nous ont demandé de publier les considérants du dernier arrêt de la Cour de cassation sur le sujet que nous venons de traiter, que nous n'avons pu nous procurer encore ces considérants; dès qu'ils nous seront parvenus, nous nous ferons un devoir de les porter à la connaissance de nos lecteurs. H. DE CASTELNAU.

Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie,

Lu à la Société de chirurgie, le 9 novembre, par M. Alph. ROBERT, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.*

(*Suite. Voir les n*os 136, 137, 139.)

En présence des accidents auxquels expose l'emploi du chloroforme, on a dû se demander s'il existait quelque autre substance jouissant de propriétés anesthésiques qu'on pût mettre en usage avec plus de sécurité. *A priori*, la réponse à cette question me paraît devoir être négative, car s'il est reconnu que tous les corps qui abolissent la sensibilité agissent de la même manière sur le système nerveux, tous, peuvent mettre la vie en péril. Cependant, à l'expérience seule il appartenait de juger cette importante question. M. le docteur Nunneby, dont nous avons déjà mentionné les importants travaux, a essayé tous les corps qui, par leur composition chimique, lui ont paru posséder le privilége de supprimer la douleur. Or, il semble résulter de ses recherches, qu'après le chloroforme, deux d'entre eux méritent seuls d'attirer l'attention; ce sont : la liqueur des Hollandais ou chloride de gaz oléfiant, et l'éther sulfurique.

« La liqueur des Hollandais, dit notre auteur, est en vérité l'un des meilleurs « anesthésiques. L'odeur en est agréable. Il ressemble assez au chloroforme, au- « quel il ne le cède en rien. Il produit l'anesthésie aussi vite, sans trouble, sans « fatigue, pendant et après l'inhalation. Sous ce dernier rapport, il vaut mieux « que le chloroforme. Il laisse moins de faiblesse, moins de dépression. Il peut « déterminer sans danger l'insensibilité la plus absolue, et cela pendant un temps « assez long. Pour tuer les animaux, il en faut une énorme quantité. Cet anesthé- « sique est par conséquent supérieur au chloroforme. J'ajoute que, pour rendre « insensible, il n'en faut pas davantage que de chloroforme.

« Je l'ai employé sept fois, pour des opérations, avec un plein succès. De plus, « je l'ai administré à deux femmes en couches, toujours sans accident. Je croyais « alors que personne ne l'avait employé avant moi; mais j'ai appris depuis que « Simpson et Snow m'avaient précédé et avaient conclu que c'était un anesthé- « sique dangereux. Cela vient certainement de ce qu'ils ont employé une substance « impure qui contenait de la chlorine libre, car ils ont observé une irritation vio- « lente qui ne se produit pas avec une préparation bien purifiée. La liqueur des « Hollandais n'est du reste pas difficile à obtenir à l'état de pureté parfaite. »

De tels éloges, donnés par un homme des plus compétents, m'ont fait désirer d'expérimenter moi-même la liqueur des Hollandais. Celle dont je me suis servi provenait de l'excellente fabrique de produits chimiques de MM. Robiquet et Boyveau. Or, il s'en faut de beaucoup que mes résultats s'accordent avec ceux qu'a obtenus M. Nunneby. Je l'ai essayée d'abord sur un chien dont la tête a été plongée dans une vessie contenant une quantité considérable de cette liqueur. Au bout de dix-huit à vingt minutes, il éprouvait au plus un peu de torpeur, et j'ai dû abandonner l'expérience. Je l'ai ensuite mis en usage sur deux malades. Ils ont tous les deux ressenti des douleurs assez vives derrière le sternum; mais aucun effet anesthésique ne s'est produit; et, au bout de douze minutes, j'ai dû y renoncer pour recourir au chloroforme. Je n'ai pas donné d'autre suite à mes essais, et je dois dire, d'ailleurs, que la liqueur des Hollandais étant beaucoup moins volatile que l'éther et le chloroforme, j'avais tout d'abord pensé qu'elle devait, par cela même, posséder moins d'activité.

L'éther sulfurique fut surtout beaucoup étudié avant qu'on ne connût l'usage du chloroforme; et aujourd'hui, quelques praticiens le préfèrent encore à ce dernier. Son odeur pénétrante, quoique agréable, est quelquefois difficile à supporter. Il faut en prolonger l'inhalation au moins trois ou quatre fois autant que celle du chloroforme. L'excitation qu'il produit est longue et violente, et souvent il ne parvient pas à abolir entièrement la sensibilité. Comme effets consécutifs, on observe plus souvent après lui des phénomènes de réaction, de la fièvre, de l'irritation de la muqueuse bronchique et même des pneumonies. En compensation à ces désavantages, il est juste de reconnaître qu'il expose moins à la syncope que le chloroforme, et qu'il est moins délétère que lui. Les animaux, qui peuvent être sidérés en deux ou trois minutes par le chloroforme, ne succombent à l'éther qu'au bout de quinze ou vingt minutes. Qu'on ne croie pas, cependant, qu'il ne puisse occasionner la mort chez l'homme. Nous avons cité des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Le chloroforme est le plus puissant des anesthésiques, et celui qui, à mon sens, doit prévaloir sur tous les autres. Son odeur est agréable. Il détermine moins d'excitation que l'éther. A part de rares exceptions, il ne manque pas de produire l'insensibilité dans un laps de temps assez court. Enfin, les phénomènes de réaction dont il est suivi sont ou nuls ou de peu d'importance. Mais s'il est le plus puissant des anesthésiques, il en est aussi le plus dangereux. Que si, à cause de ses dangers, on voulait le bannir de la pratique, je répondrais qu'il l'emporte tellement sur les autres, qui présentent eux-mêmes de graves et réels inconvénients, qu'en proposant de l'abandonner, on s'attaquerait à l'existence même de l'anesthésie. Quant à celle-ci, nous le répéterons encore, elle est désormais acquise à la chirurgie, non-seulement parce qu'elle est presque indispensable à un certain nombre d'opérations, mais par ce fait seul qu'elle supprime la douleur. En conséquence, aujourd'hui on ne saurait plus poser cette question : Faut-il renoncer à l'emploi du chloroforme? Il nous semble qu'avec les éléments que possède la science, il faut tendre plutôt à en réglementer l'application. En soumettant l'emploi de cet agent aux mêmes lois que celui des modificateurs les plus actifs, maniés tous les jours par le thérapeutiste, nous pourrons espérer peut-être de prévenir les malheurs, dans l'immense majorité des cas.

La pureté du chloroforme est une condition toujours désirable de son emploi, et il est bon que les chirurgiens soient exercés à constater cette pureté (1). Cependant, nous pensons que M. Sédillot s'en est exagéré l'importance, et nous croyons

(1) Le chlololforme, quand il est pur, doit dégager une odeur agréable, lorsqu'on en verse quelques gouttes sur le creux de la main; il doit se volatiliser rapidement, sans laisser après lui l'odeur particulière et nauséeuse due à l'huile chlorée moins volatile que lui. Si on en verse une goutte dans l'eau, elle doit se

---

hire, en Angleterre, avaient reconnu que, de toutes les substances offertes comme succédanées du café, c'était la plus agréable à prendre.

Café de châtaignes et de betteraves. — En 1812, le chimiste Lampadius proposa un café composé de châtaignes, de betteraves et d'olives.

On prend des châtaignes bien saines et bien mûres; on les coupe en petits cubes, on les sèche; on prend des betteraves de bonne qualité, on les nettoie, on les sèche au four; on prend 500 grammes de betteraves; on les met dans une bassine, on chauffe doucement en ayant soin de remuer, afin qu'elles ne brûlent point, on ajoute 3 gros d'huile d'olives, on chauffe de nouveau pendant environ cinq minutes; on ajoute 30 grammes de châtaignes sèches et on grille le tout en faisant attention à la couleur que prennent ces deux substances, puis on moud le mélange presque en sortant du brûloir; on le conserve dans des vases fermant hermétiquement.

Café de blé. — A la même époque, M. Call prit un brevet pour faire du café avec 2 kilogrammes de blé torréfié, puis moulu et additionné de 1 kilogramme de mélasse ou de sirop de raisin.

Café de betteraves. — En 1813, François de Neuchateau fit un café avec de la betterave rouge bien lavée et raclée, puis coupée en tranches et séchée au four, il les faisait rôtir dans un cylindre jusqu'à couleur carmélite foncée, les faisait moudre et mêlait 2/3 de cette substance pour 1/3 de café.

Café de buis. — Un peu plus tard, M. Baretti prit le fruit du buis avant l'expulsion des pepins; il le fit sécher aeec soin pour en conserver les capsules internes pendant la dessiccation, puis fit le ratissage en vase clos; une fois moulue, cette substance fut traitée comme le café ordinaire; le buis en entier donne un café plus agréable que celui fait avec les pepins seuls, et qui est plus aromatique. M. Baretti l'employait habituellement mélangé d'un peu de café.

Café d'amandes, de carottes et de chicorée. — En 1818, Baumann, de Strasbourg, fit un café de carottes rouges, de betteraves et d'amandes, le tout torréfié et convenablement moulu.

Café de froment. — En 1824, M. Baillart, sous le nom de *petit café*, vendait du grain de froment torréfié et moulu.

Café de seigle. — En 1825, M. Kait fit un café composé de seigle, d'œufs et de peau de morue. On fait brûler le seigle comme le café ordinaire, puis lorsqu'il est à peu près refroidi, on y ajoute trois œufs par kilogramme, on mèle bien ces deux substances, puis on ajoute un peu de peau de morue brûlée et on moud le tout.

Ce café est en usage aux États-Unis; il a, dit-on, une odeur légèrement aromatique et une saveur assez agréable. Nous pensons que ce café a pu avoir du mérite chez les personnes qui ne connaissent pas le goût agréable du café.

Café des dames. — En 1826, M. Ravie inventa un café composé de châtaignes réduites en poudre, mêlées avec du café moka; on y ajoutait généralement du lait lorsqu'on voulait s'en servir.

Café d'astragale (*Astragalus bœticus*). — Vers la même époque, Bayrhommer, de Wurtzbourg (Souabe), prépara du café d'astragale en agissant de la manière suivante :

devoir réfuter diverses assertions récemment émises par notre éminent collègue, dans la lettre qu'il a adressée à la Société de chirurgie. M. Sédillot considère comme une preuve de la mauvaise qualité du chloroforme, la propriété qu'il a de produire la vésication. Mais c'est un fait aujourd'hui bien constaté que le chloroforme, quelle que soit sa pureté, détermine par son application sur la peau une sensation de brûlure, la rubéfaction, et souvent même des phlyctènes, lorsque ce contact est prolongé. C'est un moyen que nous employons quelquefois pour établir une vésication extemporanée.

MM. Miahle et Soubeiran ont signalé, comme pouvant altérer la pureté du chloroforme, la présence d'une huile chlorée dont ils ont décrit les propriétés. M. Sédillot ayant déclaré, d'après M. Simpson, que cette huile était toxique, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux, m'en procurer d'assez grandes quantités et l'essayer sur des chiens. Le seul effet que j'ai pu en obtenir, malgré une inhalation très-prolongée, a été une espèce de torpeur analogue à celle de l'ivresse. Je ne pense donc pas que cette substance puisse ajouter à la propriété délétère du chloroforme. Notre collègue avance que le chloroforme le plus pur est susceptible de dégager du chlore, lorsqu'il est conservé longtemps; et il regarde cette circonstance comme pouvant amener des suites fâcheuses. Je crois qu'à cet égard il est encore dans l'erreur. M. Miahle nous a montré récemment du chloroforme qu'il conservait depuis quatre ans. L'odeur qu'il dégageait était franche, pure et sans mélange d'odeur de chlore. L'alcool, dit M. Sédillot, est très-fréquemment mêlé au chloroforme et est une des causes les plus actives de la période d'excitation que présentent quelques malades. Nous lui répondrons, à cet égard, que M. Bigelow (de Boston) a pour pratique de mêler le chloroforme avec l'alcool, pour en rendre l'inhalation moins dangereuse. Or, nous ne sachons pas qu'il ait observé les effets nuisibles signalés par M. Sédillot.

Un de nos jeunes confrères d'Amérique, déjà connu par d'honorables travaux, M. le docteur Brown-Séguard, nous a récemment présenté un produit que M. Jakson a séparé du chloroforme, et qui paraît posséder des propriétés éminemment nuisibles. M. Brown nous a dit avoir fait périr instantanément un oiseau, en lui en versant deux gouttes dans le bec. Ce liquide porte le nom de fusel-oil. Il dégage au premier abord une odeur agréable, mais il fait bientôt éprouver à la gorge une sensation d'âcreté et de constriction, suivies de serrement dans les tempes et de céphalalgie. Nous l'avons essayé sur un chien, mais nous n'avons pu, après vingt minutes d'inhalation, obtenir qu'un état d'ivresse avec abattement. M. Brown pense que dans la traversée ce liquide a pu s'altérer. Cette substance n'est autre que l'huile de pommes de terre ou fusel-oel des Allemands, observé d'abord par Scheelle dans l'eau-de-vie de pommes de terre, puis décrite par M. Liebig, en 1840 (*Traité de chimie organique*, t. 1, p. 593), d'après MM. Dumas et Cahours. Cette circonstance nous porte à croire que le chloroforme, d'où cette huile a été extraite, a dû être préparé, soit avec de l'eau-de-vie de pommes de terre, soit avec quelque autre alcool ayant de l'analogie avec ce dernier.

Après avoir étudié l'influence que la qualité du chloroforme peut exercer sur ses effets, cherchons à établir, s'il est possible, dans quelles proportions il convient de le donner.

Ainsi que nous l'avons dit, le mode même d'administration de ce liquide exclut la possibilité d'en établir le dosage, et, d'ailleurs, ce dernier fût-il possible, il faudrait encore se prémunir contre les cas exceptionnels, où de très-petites doses produisent de graves résultats. Il faut donc, au début de l'inhalation surtout, le mélanger à l'air dans de faibles proportions, augmenter celles-ci par degrés insensibles, et ne parvenir à des doses plus fortes que dans le cas d'insuffisance des premières, et en observant attentivement les effets produits. C'est là le seul criterium qu'il soit possible d'indiquer. Il ne faut pas oublier, qu'en général, le danger dépend moins de la quantité absolue de chloroforme inhalé, que de la quantité absorbée dans un temps donné, c'est-à-dire que de la concentration de la vapeur anesthésique.

M. Bigelow, de Boston, dans l'intention d'atténuer l'activité du chloroforme, a conseillé de le mêler avec parties égales d'alcool. Nous avons essayé cette préparation, mais elle nous a paru présenter l'inconvénient que voici : le chloroforme, à raison de sa volatilité de beaucoup supérieure à celle de l'alcool, dégage d'abord ses vapeurs en quantité presque aussi grande que s'il était pur, puis bientôt il ne reste plus dans l'appareil que de l'alcool. On a ainsi le double avantage de courir, au début, tous les dangers de la concentration du chloroforme, et de n'obtenir ensuite que des vapeurs qui, presque entièrement constituées par de l'alcool, n'ont plus le pouvoir de produire où même d'entretenir l'anesthésie.

M. Nunneby s'était proposé le même but, en mélangeant le chloroforme avec l'éther chlorique, et il pensait avoir obtenu un anesthésique peu dangereux et digne d'être essayé chez l'homme, mais il s'est borné à cette indication.

Tout récemment, M. Cellacier a associé le chloroforme à l'éther sulfurique. Quelques essais faits sur les animaux lui ont paru assez satisfaisants, pour qu'il ait donné le conseil d'employer chez l'homme cet éthéro-chloroforme, comme il l'appelle (*Gazette des hôpitaux*, 25 octobre 1853, p. 568). Les essais cliniques que nous avons faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il nous soit permis de le juger définitivement; toutefois, nous devons dire que nos premières impressions lui ont été très-favorables. L'anesthésie s'obtient assez lentement, la période d'excitation est modérée et le réveil accompagné de moins d'abattement que lorsqu'on emploie le chloroforme.

Le choix de l'appareil, destiné à administrer les vapeurs du chloroforme, est, comme on le pense, un point important dans la pratique de l'anesthésie. Mon intention n'est pas de faire connaître ici les nombreux moyens mis en usage, compresse jetée au-devant du visage et sur laquelle on verse le chloroforme par gouttes; éponge creuse, d'après le procédé de M. Simpson; gâteau de charpie entourée d'une compresse ou d'un morceau de papier roulé en cône, dont la base puisse embrasser les ouvertures bucco-nasales, etc. Tels sont les appareils qui, à cause de leur simplicité, ont prévalu jusqu'à ce jour. Mais, pour peu qu'on y réfléchisse, il est facile de voir que tous ces moyens pèchent par cette simplicité même, et qu'aucun d'eux n'offre les conditions désirables de sécurité. C'est surtout avec eux qu'on a à redouter la concentration des vapeurs anesthésiques et les obstacles au libre accès de l'air dans les voies respiratoires. Sans doute, entre des mains habiles, des procédés défectueux peuvent offrir peu d'inconvénients, mais comme en semblable matière, on ne saurait mettre trop de chances favorables de son côté, nous croyons utile de rechercher d'abord qu'elles doivent être les conditions requises pour la confection de bons appareils d'inhalation, puis nous passerons en revue ceux qui nous paraissent les plus avantageux.

---

précipiter entière au fond du vase, en conservant sa limpidité. A ce caractère, on reconnaît que le chloroforme ne contient pas d'alcool. Enfin, en le mêlant à un peu d'acide sulfurique, il ne subit aucun changement; lorsqu'il contient un peu d'huile chlorée, il prend une teinte jaunâtre par ce réactif.

Il fit griller des semences d'astragale.....	125	grammes.
Puis de l'astragale.....	64	—
Et café Martinique.....	64	—
Il prit aussi : Café.....	105	—
Astragale.....	15	—
Enfin : Café.....	90	—
Astragale.....	30	—

Ces différents mélanges, goûtés par une Société qui n'était nullement intéressée, furent jugés, et il fut établi :

1° Que l'astragale seul comme café est trop aromatique;

2° Que le meilleur des mélanges était celui où l'astragale et le café avaient été grillés ensemble;

3° Que le mélange par moitié donnait le meilleur café, et que le café qui en provenait avait une saveur si douce, qu'on n'avait pas besoin d'y mettre du sucre;

4° Que le mélange d'un huitième d'astragale dans le café ne changeait rien à son parfum et presque rien à son goût;

5° Qu'on pourrait, en résumé, mêler l'astragale par sixième au café, ce qui, pour l'Allemagne, ferait une économie de cinq millions sur trente, que l'on paye pour l'achat de café.

Café de santé de la Trinité. — En 1829, M. Hough Delhoghe inventa le café suivant :

Riz de Caroline.....	6	kilog.
Chicorée.....	3	—
Moka (café).....	1	— 750 grammes.
Iris de Florence.....		750 —

On mêle le tout après la torréfaction, puis on moud et on ajoute : sucre de lait, 250 grammes; enfin, on incorpore de l'huile d'olive surfine (360 gr.) avec le riz, la chicorée et le sucre de lait; on passe au tamis et on livre au commerce cette composition.

Café de betteraves. — En 1833, M. Demouy-Perrins faisait sécher de la betterave coupée en tranches dans une étuve, puis une fois bien sèche, il la mettait en poudre fine. En 1838, il employa vingt parties de pulpe de betterave, résidu de la fabrication du sucre et quatre-vingts parties de betteraves desséchées, ce qui rendait son café beaucoup moins sucré.

Café de pulpe de betterave. — En 1836, l'auteur d'une *Instruction sur la fabrication du sucre de betterave* dit que l'on peut employer la pulpe de betterave torréfiée pour faire un café analogue à celui de chicorée. On la mêle avec un quart de café et l'on moud le tout dans un moulin ordinaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Suivant nous, ces conditions sont au nombre de quatre :

1° L'appareil doit être disposé de manière à livrer à l'air un passage large et constamment facile ;

2° Cet air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que la portion d'air inspiré doit être immédiatement rejetée au dehors ;

3° L'opérateur doit pouvoir à son gré, et selon les effets produits, graduer la concentration des vapeurs anesthésiques ;

4° La vapeur du chloroforme doit être aspirée à la fois par les narines et par la bouche.

Le procédé qui consiste à pratiquer l'inhalation par les narines seules, nous paraît défectueux en ce qu'il ne laisse pas à l'air une voie assez large, lorsque l'agitation du malade nécessite une respiration plus profonde et plus fréquente. Enfin, les appareils destinés à ne s'appliquer que sur la bouche sont dangereux, parce qu'on observe assez souvent, au début de la période d'excitation, un resserrement convulsif des mâchoires et des lèvres, qui interdit alors tout passage à l'air, et ne manquerait pas d'amener l'asphyxie, si le chirurgien n'y prenait garde.

De tous les appareils connus, le plus simple et celui qui remplit le mieux les conditions, est sans contredit celui que M. Charrière a imaginé. Le petit récipient d'étain qui en forme la base contient un diaphragme spiroïde en tricot de coton, offrant à l'évaporation du chloroforme une assez large surface. Il est percé, à sa partie inférieure, de deux rangées de trous, qui laissent pénétrer l'air de bas en haut. Il est surmonté de deux soupapes sphériques en liége, destinées à intercepter alternativement l'aspiration et l'expiration. Le tuyau de caoutchouc, qui conduit la vapeur anesthésique, est muni d'une bague mobile qui permet à l'opérateur d'y faire pénétrer, à volonté, une plus ou moins grande quantité d'air atmosphérique. Enfin, l'appareil primitif offrait une embouchure qui n'embrassait que l'ouverture buccale, les narines étant fermées *par un pince-nez*. J'ai fait disparaître cet inconvénient au moyen d'un pavillon plus large, qui emprisonne à la fois la bouche et les narines.

Quelques autres appareils, plus ou moins analogues à celui-ci, ont été proposés ; mais ils sont plus compliqués et d'un emploi moins facile. Le seul dont nous croyons devoir dire quelques mots est celui du docteur Snow. Il se distingue surtout des autres par un double fond qui renferme le réservoir du chloroforme, et dans lequel on place de l'eau à 60 degrés Farenheit, ou 15 degrés et demi centigrades. Le but de l'auteur est sans doute de maintenir le chloroforme à une température constante pour que la tension de la vapeur ne varie pas ; mais cette modification me semble complétement inutile, attendu que la température des chambres de malades étant à peu près celle que nous venons d'indiquer, l'appareil se trouve, en général, par cela même, dans un milieu possédant la température regardée par M. Snow comme la plus convenable.

Il est bon de ne pas employer à la fois de trop grandes quantités de chloroforme. Pour éviter toute erreur à cet égard, nous avons ajouté à l'appareil de M. Charrière de petites mesures pouvant contenir de 1 à 4 grammes de liquide.

Nous venons d'examiner les conditions que doivent offrir le liquide anesthésique et l'appareil destiné à l'administrer, voyons celles dans lesquelles doit se trouver le malade lui-même.

Et d'abord, tous les âges peuvent-ils indistinctement supporter l'éthérisation ? La susceptibilité excessive que montrent les enfants, à l'endroit de certains médicaments actifs et de l'opium en particulier, pouvait faire redouter *à priori* l'emploi du chloroforme dans le jeune âge. Cependant, l'expérience spéciale de deux de nos collègues a montré combien ces craintes étaient peu fondées. M. Morel Lavallée, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés, l'a employé sans inconvénient, à partir du quatrième jour après la naissance, surtout pour constater l'état de la cornée chez les nouveau-nés, affectés d'ophthalmie purulente, et ne pas s'exposer à vider l'œil en luttant contre le spasme des paupières. M. Morel administre ce liquide à l'aide d'une petite éponge disposée en godet. Le chloroforme est jeté dans le fond de la cavité de cette éponge renversée sur son sommet ; puis, dans cette position, celli-ci est pressée avec la main, afin que le liquide s'imbibe surtout vers son sommet, et laisse à sec le rebord de sa base, destiné à s'appuyer sur la peau. On évite ainsi l'irritation des lèvres et des narines recouvertes de téguments si susceptibles à cet âge.

M. Morel-Lavallée commença par de très-petites doses ; puis bientôt il arriva à des doses au moins aussi considérables que chez l'adulte. Ce résultat, qui paraît inadmissible de prime abord, s'explique cependant très-simplement. Souvent, après avoir fait une ou deux aspirations de vapeurs chloroformiques avec une sorte d'avidité, l'enfant les refuse obstinément. Il ferme la bouche, s'agite, et la respiration semble suspendue tant que l'éponge reste sur la bouche et les narines. Il faut saisir l'instant où, l'éponge enlevée, il pousse des cris, pour la réappliquer pendant les inspirations. De cette façon, la perte d'une grande quantité de vapeur anesthésique est inévitable ; et celle qui est aspirée, ne l'étant pas d'une manière continue, agit plus lentement. La durée de la chloroformisation varie d'une à cinq minutes. Elle est ordinairement de deux à trois minutes. Presque toujours l'écume vient à la bouche de l'enfant et très-promptement. Le pouls que, dans certains cas, on ne peut pas suivre, à cause de la petitesse de la radiale, ne se modifie notablement que lorsque la respiration est comme suspendue. Alors il devient petit et précipité.

L'expérience de notre collègue, M. Guersant, porte sur des enfants plus avancés en âge, et guères au-dessous de deux ans. Il emploie l'éthérisation, non-seulement pour les opérations, mais encore pour l'exploration de certaines affections chirurgicales dont l'examen, très-douloureux, fait éprouver, de la part des jeunes malades, des difficultés qui, sans cet auxiliaire, demeureraient parfois insurmontables. L'appareil qu'il met en usage est celui de M. Charrière. Sans se laisser intimider par la résistance et les cris de ces jeunes malades, toujours plus ou moins indociles, il applique résolument l'embouchure de l'inhalateur et pratique l'éthérisation hardiment. En général, il n'a pas remarqué de période d'agitation. Trois ou quatre inspirations franches déterminent l'insensibilité. La pratique de M. Bouchacourt, chirurgien en chef de l'hôpital de la charité de Lyon, offre des résultats en tout conformes à ceux qu'a obtenus notre collègue.

Les vieillards présentent souvent, du côté des organes de la respiration, de la circulation et du centre cérébro-spinal, des lésions qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme. Il faut, avant de les soumettre à l'anesthésie, explorer toujours minutieusement l'état anatomique et fonctionnel de ces différents organes. Du reste, à part ces contre-indications, que nous rencontrons également chez l'adulte, moins fréquemment il est vrai, les vieillards nous ont toujours paru supporter aussi bien l'éthérisation que les personnes dans la force de l'âge. Nous avons pu, il y a quelques temps, maintenir dans l'insensibilité, pendant plus d'une demi-heure, un vieillard de soixante-quatorze ans, vigoureux il est vrai, dont nous avons trépané le tibia pour en extraire des débris d'un vieux séquestre.

Quant aux adultes, sans acception de sexe ou de tempérament, ils peuvent tous être soumis à l'éthérisation, à part les rares exceptions que nous allons indiquer.

Les lésions matérielles bien constatées du cerveau nous paraissent, comme à tous les chirurgiens, une contre-indication formelle à l'emploi des anesthésiques qui congestionnent toujours plus ou moins les centres nerveux. Mais les simples névroses, l'épilepsie, l'hystérie, ne nous paraissent pas devoir être rangées à côté des lésions organiques. M. Guersant a souvent chloroformé des épileptiques avec succès.

Les maladies organiques des poumons et du cœur offrent, aux yeux de la plupart des praticiens, des contre-indications plus précises encore. Nous sommes en partie de leur avis. Cependant, nous croyons que lorsque ces lésions sont légères, telles qu'un emphysème peu prononcé ou la bronchite chronique, sans accumulation de liquide dans les bronches, elles ne doivent pas suffire pour nous arrêter. Il faut seulement redoubler de précautions dans l'emploi du chloroforme, et se contenter surtout d'émousser la sensibilité sans aller jusqu'à la résolution.

Les chirurgiens redoutent encore l'anesthésie dans les cas de maladie du cœur. Cette réserve est parfaitement légitime, lorsqu'il s'agit d'une lésion avancée et apportant déjà un trouble manifeste dans la circulation ; mais quand la maladie n'est encore qu'au début, je pense, avec M. Bickersteth et la plupart des chirurgiens anglais, que chez les sujets qui en sont atteints, la frayeur de l'opération et la douleur sont encore plus à redouter que le chloroforme lui-même. Je ne crois donc pas qu'il faille les priver des bienfaits de l'anesthésie, à la condition, toutefois, d'user des précautions les plus minutieuses.

Les causes accidentelles qui exercent sur l'économie une action dépressive, soit en s'adressant directement au système nerveux, soit en portant atteinte à la composition ou à la quantité normale du sang, doivent être considérées comme des contre-indications à l'emploi du chloroforme.

Parmi les circonstances qui agissent sur le système nerveux, nous mentionnerons l'état de commotion ou de stupeur qui accompagne certaines blessures, surtout par armes à feu, et la terreur qu'inspire l'approche des opérations. Presque tous les malades étant plus ou moins vivement impressionnés par la crainte de la douleur, on ne peut réellement les considérer comme incapables de supporter le chloroforme que lorsque cette crainte est poussée à un degré extrême. Et d'ailleurs la garantie d'insensibilité, qu'ils peuvent espérer par l'emploi des anesthésiques, ne contribue-t-elle pas à calmer leur moral et à placer ainsi leur système nerveux dans des conditions plus favorables.

Lorsque le sang est altéré par une trop grande diminution dans le nombre de ses globules ou dans ses autres éléments consécutifs, comme on le voit dans la chlorose, le scorbut, etc., ou que sa quantité normale est amoindrie par des hémorrhagies, les syncopes deviennent plus faciles et l'on doit craindre les effets de l'anesthésie. Aussi sera-t-il prudent de s'en abstenir, dans une opération qui devra entraîner la perte d'une grande quantité de sang, ou du moins n'y avoir recours qu'avec circonspection.

Comme nous l'avons dit dans notre précédent travail, l'emploi des anesthésiques peut avoir pour objet d'obtenir, soit l'insensibilité, soit la résolution musculaire. On conçoit bien que les différence, dans le but que le chirurgien se propose d'atteindre, en entraîneront aussi dans les effets qu'il devra rechercher et dans la manière dont il aura à manier le chloroforme. Je ne me livrerai pas ici à l'étude de l'anesthésie appliquée aux diverses opérations, des rapports spéciaux devant vous être présentés prochainement à ce point de vue. Permettez-moi seulement de vous signaler quelques opérations qui, par la nature ou le siége des lésions qui les nécessitent, contre-indiquent l'usage du chloroforme.

L'étranglement des hernies est souvent accompagné d'une douleur spéciale, dépressive, accompagnée de faiblesse du pouls et de tendance à la syncope. On conçoit qu'alors les dangers de l'étranglement et de la kélotomie ne pourraient qu'être aggravés par l'anesthésie. Les faits, du reste, viennent à l'appui de mon opinion. Vous vous souvenez sans doute d'une observation de kélotomie faite dans les conditions que je viens de dire, observation qui vous fut présentée par M. Debrou, et dans

laquelle l'éthérisation fut accompagnée de plusieurs syncopes successives qui faillirent devenir mortelles.

Le lieu où se pratiquent certaines manœuvres entraîne des dangers d'un autre ordre, mais non moins redoutables. Je veux parler des opérations pratiquées sur les fosses nasales, la bouche, l'arrière-bouche et le pharynx. Le sang tombant alors dans les voies aériennes, devenues insensibles, celles-ci ne peuvent plus réagir pour se débarrasser du liquide qui les obstrue, et l'asphyxie peut s'en suivre promptement. Peu de temps après la découverte de l'éther, M. Velpeau fut ainsi sur le point de perdre un malade auquel il enlevait les amygdales. Pour la même raison, le chloroforme nous semble devoir être proscrit dans la trachéotomie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Tumeur du voile du palais (hypertrophie glandulaire).

La tumeur que j'ai observée dans le service de M. Velpeau, et dont je vais rapporter l'observation, n'est bien connue que depuis quelques années, dans sa nature intime.

En 1851, j'ai publié avec mon collègue et ami, M. Galliet, une leçon de M. le professeur Nélaton sur une tumeur semblable. Elle a été insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

A la même époque, M. Denucé publiait aussi, dans le même journal, la relation d'une opération pratiquée par M. Michon, pour une tumeur semblable. A la suite de l'observation exactement détaillée, l'on trouvera le résultat de l'examen microscopique de la pièce pathologique, fait par M. Robin. M. Galliet avait étudié la première tumeur avec M. Robin, et avait trouvé les mêmes éléments. Je dirai plus loin qu'il en a été de même dans le cas qui nous occupe.

Mais si les auteurs anciens ne connaissaient pas la nature de ces sortes de tumeurs ; s'ils se taisent sur les hypertrophies mammaires, les tumeurs adénoïdes, les hypertrophies folliculaires du col de l'utérus, du rectum, etc. ; si l'anatomie pathologique, mieux étudiée, a fait faire un pas immense à la science, l'on trouve cependant, dans les ouvrages anciens, des indications importantes sur les tumeurs qui *dégénèrent* en cancer, et celles qui n'éprouvent pas cette *dégénérescence*.

Ainsi, pour ne parler que des tumeurs palatines, nous trouvons dans Boyer (p. 448, t. 6) :

« La membrane qui tapisse la voûte palatine est le siége de « tumeurs de différentes espèces. Quelquefois ces tumeurs sont « dures, compactes, blanches, *non susceptibles de devenir « cancéreuses*. D'autres fois, les tumeurs de la membrane pala- « tine sont moins dures, leur surface est inégale, et *elles de- « viennent presque toujours cancéreuses*. Les tumeurs de « la première espèce tiennent ordinairement par un pédicule « plus ou moins épais, et on peut les enlever avec l'instrument « tranchant, *sans craindre qu'elles se reproduisent lorsqu'on « les a emportées en totalité, etc., etc.* »

Le vague que l'on trouve dans les descriptions, l'incertitude qui régnait dans les esprits sur la marche, les symptômes, l'anatomie de ces tumeurs a disparu, et l'on est bien fixé sur la nature de ces tumeurs *bénignes*, tant du voile du palais que de bien d'autres organes.

M. Velpeau avait déjà observé plusieurs fois de ces sortes d'hypertrophies glandulaires, et il insistait, quand l'occasion se présentait, sur la ressemblance qu'affectent ces tumeurs avec les tumeurs adénoïdes, pour leur développement, leur marche, leur forme, leur couleur, etc.

Enfin M. Maisonneuve, dans ses leçons cliniques sur les affections cancéreuses, a consacré quelques paragraphes à ce genre d'affection.

Voici maintenant l'observation que nous avons recueillie :

Salle Sainte-Vierge, n° 29 ; X...., marchand de vins, âgé de 51 ans ; entré le 19 octobre 1853, sorti le 26 du même mois. — Il porte une tumeur placée à la partie antérieure et droite du voile du palais.

Cet homme, bien constitué, jouissant d'une bonne santé, nous donne les renseignements suivants :

Il y a une douzaine d'années, il s'aperçut qu'il éprouvait des envies fréquentes d'avaler. Il porta le doigt dans le fond de la bouche, et il sentit qu'il existait là une petite tumeur. Cette tumeur avait alors, suivant lui, le volume d'une petite noisette. Elle ne le faisait pas souffrir, elle ne le gênait pas beaucoup d'abord ; il n'y prit pas garde. Elle grossit peu à peu, mais lentement ; à mesure qu'elle augmentait de volume, le malade éprouvait une gêne de plus en plus grande ; c'est ce qui le décide à entrer à l'hôpital.

La tumeur est placée à la partie postérieure de la voûte palatine, sur laquelle elle empiète un peu, à droite de la ligne médiane, au-devant du voile du palais, et descendant presque jusque sur son bord inférieur. Elle fait relief dans la cavité buccale. Elle a le volume d'une grosse noix ; un peu bosselée à sa surface. Quand on la repousse, on sent qu'elle est mobile avec le voile du palais, qu'elle n'a aucune adhérence avec la voûte palatine. On peut aussi lui imprimer quelques mouvements de latéralité ; elle est mobile sur le voile du palais. Elle cache un peu les piliers droits, au-devant desquels elle est placée, gagnant vers les gencives ; mais on peut glisser sans peine le doigt entre elle et les piliers ; de ce côté encore, pas d'adhérence avec les rebords gingivaux, pas d'adhérence avec les piliers. Elle est donc au toucher inégale, bombée, mais d'une dureté élastique. Pas de fluctuation dans aucun point.

Le voile du palais n'est pas porté, poussé en avant, comme il arrive lorsqu'un polype, par exemple, est placé derrière lui, et tend à gagner dans la cavité buccale. On ne peut mieux se représenter la tumeur qu'en se figurant un corps étranger, du volume d'une grosse noix, qu'on aurait collé sur la moitié droite du voile du palais, et proéminant dans la cavité buccale.

La muqueuse qui recouvre la tumeur, n'a pas contracté d'adhérence ; elle a sensiblement conservé sa coloration normale ; elle est seulement un peu plus blanche. Sur un point, placé en haut et en dedans, il y a une teinte bleuâtre, que l'on reconnaît de suite pour être produite par une veine un peu dilatée.

Quand on veut faire préciser au malade l'endroit où a paru la tumeur à son début, il indique la ligne médiane du voile du palais, à son point de jonction avec la voûte palatine ; il est très-explicite à cet égard.

La luette est complétement libre, en dedans et en bas de la tumeur. Celle-ci n'est ulcérée ni ramollie sur aucun point de son étendue.

Le goût n'est pas altéré ; la respiration n'est pas troublée ; la voix est un peu embarrassée. Le malade accuse une gêne considérable dans la déglutition ; une sensation très-pénible au fond de la gorge, sensation de corps étrangers, qui provoque, à chaque instant, les mouvements de déglutition. Il est fréquemment pris d'envies de vomir, qu'il rattache nettement à l'irritation produite par la tumeur à l'entrée des voies digestives. Il a toujours dans la bouche une grande quantité de salive ; et quand il crache, les crachats tombent le long des lèvres et du menton. S'il boit, il doit boire lentement, sinon le liquide revient par le nez. — Rien dans l'ouïe, rien dans l'odorat.

Cette tumeur a débuté spontanément, et le malade ne sait à quelle cause la rattacher.

Le diagnostic de ces tumeurs est très-facile. On n'a besoin que de les voir pour les reconnaître immédiatement.

Le voile du palais est formé, comme on sait, par deux plans séparés par une lame fibreuse, qui fait suite à la voûte palatine. Le plan antérieur est occupé par des glandules, le plan postérieur par les muscles. En avant du plan postérieur, la muqueuse qui fait suite à la muqueuse nasale ; en avant du plan antérieur, la muqueuse qui fait suite à la muqueuse palatine. C'est dans le plan antérieur, que se développent ces tumeurs ; et cette disposition explique bien pourquoi elles font relief dans la cavité buccale et ne repoussent pas en arrière le voile du palais, pourquoi la respiration n'est pas embarrassée, pourquoi les cavités nasales sont libres.

L'opération fut pratiquée le 23, par M. Velpeau.

Deux incisions circonscrivent la tumeur et détachent le pédicule; elle est enlevée avec facilité; il s'écoule beaucoup de sang. On recommande au malade de tenir dans la bouche un peu d'eau froide. Le sang s'est arrêté peu à peu.

Quatre heures après l'opération, le malade rendait encore des crachats assez sanguinolents, mais assez rares. (Gargarisme aluminé.)

24 *octobre*. Les crachats ne conservent plus qu'une teinte rouillée. La plaie, qui présente à peine l'étendue d'une pièce d'un franc, est recouverte d'un enduit brunâtre, épais, adhérent, formé par des caillots sanguins et les bords de la plaie. Un peu de fièvre. (Gargarisme émollient.)

Le 26, la plaie s'est bien détergée. Elle est rosée et présente par places quelques grumeaux purulents. Pas de fièvre.

Le malade demande à sortir pour achever sa guérison chez lui. On lui recommande de faire usage d'un gargarisme émollient.

Huit jours après, il s'est présenté à l'hôpital, la plaie était presque complétement cicatrisée. Il n'est plus revenu.

La pièce a été examinée avec soin, à l'œil nu et au microscope, par M. Robin.

Elle offre une dureté élastique; elle est lobulée, et on peut aisément, par la dissection, en séparer les lobules. Elle est peu adhérente à la portion de la muqueuse, qui a été enlevée avec elle. A la loupe, elle présente une teinte jaunâtre, ambrée, un aspect grenu. Elle ne laisse pas suinter de suc quand on la presse. Elle ressemble, à s'y tromper, aux tumeurs adénoïdes du sein.

Quant à l'examen microscopique, il n'y a rien à ajouter à ce qui a été écrit à la suite des deux observations dont j'ai déjà parlé, et publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette tumeur était évidemment une hypertrophie glandulaire.

L. Bauchet.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. Triquet, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or)*.

(*Suite. Voir les n*os 131, 132, 133, 136, 137, 140, 141.)

Des différents procédés mis en usage pour sonder la trompe d'Eustache. Nouveau procédé pour exécuter ce cathétérisme.

Des trois opérations principales que le chirurgien est appelé à pratiquer sur l'appareil auditif : 1° le cathétérisme des trompes; 2° la térébration de l'apophyse mastoïde; 3° la perforation du tympan, les deux dernières sont à peu près généralement abandonnées aujourd'hui.

Le cathétérisme des trompes, au contraire, est devenu d'un usage familier, en raison des importants services qu'il rend chaque jour, dans la guérison ou l'amélioration du plus grand nombre des cophoses.

Deux méthodes ont successivement régné dans la science pour pratiquer cette opération.

Dans la première, l'instrument est introduit par la bouche, derrière le voile du palais. Dans la deuxième, on va à la recherche de la trompe par les fosses nasales.

« L'idée de pénétrer dans la cavité du tympan par le pharynx est déjà fort ancienne. Valsalva, Munnicks, Busson, l'avaient sans doute présente à l'esprit lorsqu'ils conseillaient d'aspirer des vapeurs d'eau, de tabac ou autres, et de se *fermer le nez ainsi que la bouche avec force,* pour les obliger à se porter vers l'oreille pendant l'expiration (1). »

Toutefois, ce procédé était complétement tombé dans l'oubli, lorsque, en 1824, un homme étranger à l'art de guérir, fit connaître à l'Académie des sciences un nouveau moyen à l'aide duquel il portait des liquides dans la trompe d'Eustache.

Privé de la faculté d'entendre, M. Guyot, maître de poste à Versailles, après avoir étudié la structure de l'oreille, avait fabriqué une sonde coudée avec laquelle il s'injectait la trompe, et il recouvra ainsi l'audition.

Pour arriver à l'orifice de la trompe, M. Guyot engageait sa sonde coudée derrière le voile du palais, en passant par la bouche. Ce procédé parut infidèle et peu sûr; car l'Académie des sciences déclara qu'il ne pouvait guère servir *qu'à laver* l'orifice de la trompe. Aussi, cette opération ne reçut aucun accueil en France. (Itard.)

Vingt ans après, trois chirurgiens, Douglas, Cleland et Jon. Wathen, la rappelèrent, en y apportant une modification très-avantageuse, celle d'introduire l'instrument par les *voies nasales* (1).

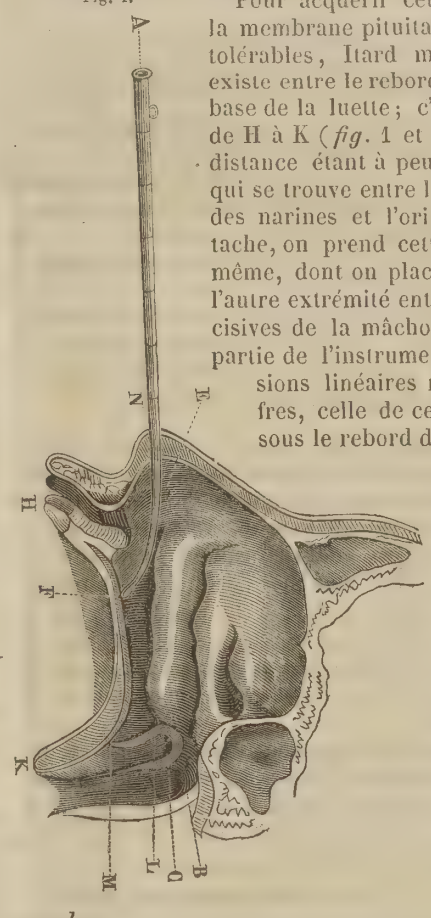
Trois procédés principaux sont en usage aujourd'hui :

1° *Procédé d'Itard.* — La sonde dont il se servait, et qui est gravée dans son *Traité des maladies de l'oreille,* a la grosseur d'une de ces plumes de corbeau dont on se sert pour écrire. Sa longueur et sa courbure sont les mêmes que dans la sonde représentée dans les figures 1 et 2 de ce texte.

Une échelle graduée tracée à une de ses extrémités était destinée à faire connaître, comme on le verra bientôt, tout ce qui doit entrer de sonde dans le nez pour arriver à l'orifice de la trompe d'Eustache.

Voici comment Itard procédait à l'opération : on cherche à s'assurer de la profondeur à laquelle est située la trompe dans les fosses nasales, ce qui varie dans les divers individus selon la longueur du nez et la convexité plus ou moins grande de l'arcade alvéolaire supérieure.

Fig. 1.



Pour acquérir cette donnée et épargner à la membrane pituitaire des tâtonnements intolérables, Itard mesurait la distance qui existe entre le rebord dentaire supérieur et la base de la luette; c'est-à-dire, par exemple, de H à K (*fig.* 1 et 2). D'après Itard, cette distance étant à peu près la même que celle qui se trouve entre la commissure postérieure des narines et l'orifice de la trompe d'Eustache, on prend cette mesure avec la sonde même, dont on place le bec sur la luette et l'autre extrémité entre les deux premières incisives de la mâchoire supérieure. Or, cette partie de l'instrument offrant plusieurs divisions linéaires marquées avec des chiffres, celle de ces divisions qui se trouve sous le rebord dentaire, indiquera la profondeur de la trompe d'Eustache, et par cela même toute la portion de la sonde qui doit être introduite dans le nez, pour arriver à l'orifice de ce conduit. Cela fait, on porte dans la narine qui correspond à l'oreille que l'on veut explorer, la sonde enduite de cérat, ayant la *convexité de sa courbure tournée en haut, et son bec sur le plancher des fosses nasales.*

Quand la sonde a pénétré dans le nez jusqu'au point désigné sur l'échelle par l'épreuve indiquée tout à l'heure, on relève

(1) Velpeau, *Médecine opératoire,* t. 3, p. 634, 2e édit.

(1) Itard, *Maladies de l'oreille,* t. 2, p. 134.

doucement le bec de la sonde vers la paroi externe de la narine, et on sent alors qu'il s'engage dans la trompe.

J'ai essayé bien des fois cette manœuvre, et j'ai pu me convaincre que l'épreuve conseillée par Itard pour éviter les tâtonnements est tout à fait illusoire, attendu que la distance qui sépare les incisives supérieures du voile du palais, ou H de K (*fig.* 1), est loin d'être la même que celle qui sépare l'orifice antérieur de la narine de l'orifice de la trompe, ou E de B (*fig.* 1).

Par conséquent, le point de repère indiqué par Itard est complétement inexact; et, une fois la sonde introduite dans la narine, le reste de l'opération est abandonné au hasard, à moins qu'on n'ait acquis une habitude extrême du cathétérisme.

2° *Procédé de M. Gairal* (1). — Quand le bec de la sonde est arrivé à l'orifice postérieur des fosses nasales, c'est-à-dire au point M, M. Gairal lui fait décrire un *quart* de cercle par un léger mouvement de rotation en dehors; en avançant alors de quelques millimètres, *on arrive droit à l'orifice.*

Comme on le voit, ce procédé n'est qu'une modification de celui d'Itard, et doit exposer le chirurgien aux mêmes tâtonnements, à la même incertitude.

3° *Procédé de Kramer* (2). — Kramer emploie la sonde représentée dans nos planches 1 et 2. Le malade étant assis sur une chaise, le chirurgien se place au-devant de lui et saisit la sonde avec les trois premiers doigts de la main droite. L'instrument doit être tenu de façon que la concavité de sa courbure soit tournée en bas. Il est saisi près du pavillon, et l'extrémité opposée, appelée bec de la sonde, est introduite dans le méat inférieur de la fosse nasale. Cette introduction doit être faite *lestement,* mais avec prudence, et le bec de la sonde doit glisser sur le plancher de la fosse nasale. Le cathéter doit être poussé de prime abord jusque dans le pharynx. Arrivé là, l'instrument, qui a dû conserver sa position primitive, c'est-à-dire la concavité dirigée en bas, est doucement attiré au dehors, tout en lui faisant décrire un mouvement de rotation sur son axe. Ce mouvement a pour but de porter le bec de la sonde en dehors, ce qui est indiqué par la position que prend l'anneau soudé sous le pavillon du cathéter; et l'on sent alors le bec de la sonde franchir le bourrelet postérieur de l'orifice de la trompe. En continuant cette manœuvre jusqu'à faire un quart de conversion, le bec de la sonde revient jusqu'à la face postérieure du voile du palais, et alors le chirurgien, poussant la sonde en dehors et en haut, l'introduit dans le pavillon de la trompe, puis dans la trompe elle-même; et si l'on essaie de retirer le cathéter pendant qu'il occupe cette position, on sent qu'il est retenu par le bourrelet cartilagineux qui forme le bord antérieur du pavillon.

4° *Procédé de M. Ménière* (3). — « L'instrument est tenu de la main droite et la concavité de la courbure dirigée en bas. Le bec de la sonde parcourt toute la longueur du plancher de la fosse nasale et arrive au bord adhérent du voile du palais. Je crois inutile de s'arrêter en cet endroit, comme la plupart des chirurgiens le conseillent, et de chercher l'orifice de la trompe en passant aussitôt de ce plan incliné à la partie externe du pharynx. L'expérience m'a prouvé qu'il vaut mieux aller au delà, toucher la *paroi postérieure du pharynx* et ramener la sonde d'arrière en avant, afin de rencontrer le bord saillant du pavillon de la trompe. »

Ces deux derniers procédés supposent également que le bec de la sonde pourra toujours reconnaître, au milieu du pharynx et sur sa paroi externe, le point précis où se trouve l'orifice de la trompe, et qu'on ne pourra jamais s'égarer. Mais où trouver un point de repère, un guide conducteur?

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Malgaigne et Velpeau, *Médecine opératoire.*
(2) Kramer, *Maladies de l'oreille,* p. 210. Traduit par le Dr P. Menière.
(3) *Gazette médicale,* 7 novembre 1841.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La marche du choléra est de nature à nous rassurer de plus en plus. Un seul cholérique a été reçu hier au bureau central des hôpitaux, et trois cas seulement, à notre connaissance, se sont développés dans l'intérieur de ces établissements. Il existe, en revanche, une quantité considérable de diarrhées, aussi bien dans la clientèle civile que dans celle des hôpitaux. Jusqu'à présent, aucun cas de choléra ne s'est développé dans les hôpitaux militaires.

— *Secret médical.* — Suivant nos prévisions, et conformément à une jurisprudence qui, cette fois, on doit l'espérer du moins, sera enfin acceptée par tous les tribunaux français, la question du secret médical vient une fois de plus d'être résolue à la satisfaction du corps médical. On se rappelle que cette question avait été portée devant l'association des médecins de Paris, à l'occasion d'un refus, de la part de M. Cazeaux, de témoigner de faits dont il avait eu connaissance dans l'exercice de sa profession, et encore bien que les parties intéressées lui eussent laissé toute liberté à cet égard. Pour maintenir l'inviolabilité du secret médical, l'association avait adopté, en séance, la réponse suivante, pour être faite par M. Cazeaux au magistrat interrogateur : « *Je considère comme confidentiels* les rapports qui ont amené à ma connaissance les faits sur lesquels vous m'interrogez; je ne puis donc répondre à vos questions. » Cette réponse a été agréée par le ministère public, qui, par conséquent a renoncé à ses poursuites contre M. Cazeaux.

— Dans l'article que nous avons publié sur l'emploi de l'électricité par les marchands de vins, nous avions signalé un établissement situé faubourg Saint-Martin, près de la porte de ce faubourg, comme étant un de ceux où on avait appliqué l'électricité, notamment chez plusieurs jeunes filles. Nous avons reçu hier une lettre signée Françon, dans laquelle on exprime la crainte que notre article n'ait pu faire croire qu'il se passait des choses inconvenantes dans cette maison, qu'on nous dit être connue au contraire sous les meilleurs rapports, et qui ne possédait d'ailleurs qu'une pile très-faible. Notre but n'a jamais été d'incriminer les intentions des personnes qui ont appliqué indûment l'électricité, encore moins de suspecter leur honorabilité; nous croyons même qu'en imaginant cette innovation ils n'ont voulu que doter leurs établissements d'un amusement qu'ils croyaient innocent. Tout ce dont nous nous sommes plaint, c'est des résultats fâcheux de cet amusement, et sous ce rapport, la mesure prise par M. le Préfet de police nous a suffisamment donné raison.

— On lit dans la *Gazette hebdomadaire :*

« A l'occasion de la lettre que l'honorable M. Menière nous a adressée, en réponse à une note du *Moniteur des Hôpitaux* (voir *Gazette hebdomadaire,* n° 5), M. Kramer, de Berlin, nous écrit que son *Traité des maladies de l'oreille,* traduit par M. Menière, date de 1848; qu'il en a publié en 1849 une autre édition, *considérablement augmentée et enrichie des résultats de milliers d'observations :* que, par conséquent, c'est dans cette édition, et non dans la traduction française, qu'on doit prendre connaissance *de ses vues pathologiques et thérapeutiques à l'égard des maladies de l'oreille.* »

Cette lettre, qui a surtout de l'intérêt pour l'éditeur de la seconde édition du traité de Kramer, ne touche en rien au léger débat soulevé par M. Menière, débats que les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire,* ne connaissent, du reste, qu'en partie, puisqu'ils n'ont lu que la réponse de M. Menière sans la réplique dont elle a été suivie.

BIBLIOGRAPHIE.

Code médical, ou Recueil de lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France, par A. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-12 de près de 500 pages (1853). — Prix : 5 fr.

Leçons élémentaires de chimie, par M. J. Malaguti, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes. — 2 très-beaux volumes grand in-18 Jésus, de plus pe 600 pages, avec de nombreuses figures dans le texte. — Chez Dezobry et E. Magdeleine, libraires-éditeurs, rue du Cloître-Saint-Benoît, n° 10, à Paris. — Prix broché : 10 fr.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 143. 1re année. Mardi 29 Novembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS. — De la contagion de la syphilis héréditaire, par M. Bergeret. — Note concernant la cause des morts subites survenant sous l'influence du chloroforme, par M. le Dr Stansky. — Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille, par M. E. Triquet. (*Suite et fin.*) — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS : Symptômes de congestion cérébrale, suivis d'un hoquet persistant. Limonade sulfurique. Guérison. Par M. Demarquet. — HYGIÈNE PUBLIQUE : Des dangers que présente l'usage des lampes alimentées par le produit dit hydrogène liquide. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 28 *Novembre* 1853.

La propriété contagieuse des symptômes secondaires de la syphilis, longtemps admise sans contestation, niée ensuite à diverses reprises sans un grand succès, avait fini, sous l'influence de l'enseignement séduisant de M. Ricord, par être généralement repoussée, malgré l'autorité puissante du vénérable M. Lagneau.

Lorsque, en 1841, je publiai mes premières recherches sur l'inoculation syphilitique, je me trouvai donc un peu isolé en venant défendre une vérité méconnue. Mais, depuis cette époque, un grand nombre d'observateurs se sont peu à peu ralliés à mon opinion, et les jeunes gens inexpérimentés sont, à peu d'exceptions près, restés seuls attachés à la doctrine de l'habile professeur de l'hôpital du Midi.

Il ne s'est guère passé d'année sans que quelque praticien sérieux ne m'ait adressé quelque fait concluant à l'appui des anciennes doctrines. Ceux dont M. le docteur Bergeret a envoyé la relation à M. Depaul et que notre savant collaborateur a bien voulu nous communiquer, viennent ajouter à notre série de preuves des documents d'autant plus sérieux, que M. Bergeret est un observateur libre de toute prévention, et qu'il n'a suivi d'autre guide que l'observation rigoureuse des faits. En attendant qu'il nous soit donné de résumer cette grande, cette grave question de la transmissibilité des accidents secondaires, nous pensons donc que tous les praticiens liront avec un vif intérêt la lettre adressée à M. Depaul par M. le docteur Bergeret.

H. DE CASTELNAU.

FEUILLETON.

Etudes sur l'assistance publique de Paris,

SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DES SECOURS A DOMICILE,

Notes communiquées à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris,

Par son président le Dr J.-F. PAYEN.

(*Séance du* 31 *mai* 1853.)

La Société, en adoptant l'idée d'un programme qui énonce les différents sujets qui doivent alimenter ses séances, a eu certainement l'intention de le laisser nécessairement ouvert afin d'y ajouter chaque fois que les circonstances ou les méditations de ses membres fournirait un sujet qu'elle jugerait digne de ses études.

Je viens fournir mon contingent et demander l'insertion de la question suivante : *Tracer le tableau de l'assistance à domicile dans la ville de Paris, depuis les temps anciens jusqu'à nos jours.*

En attendant que l'un des membres de la Société veuille bien entreprendre ce travail, qui ne serait pas sans quelques difficultés, et notre érudit archiviste serait le plus apte à l'exécuter, je viens humblement fournir de simples notes qui auront au moins pour résultat de faire pressentir ce qu'un tel sujet pourrait offrir d'intérêt s'il était traité par celui de nos collègues qui serait en mesure de lui consacrer plus de talent, de temps et de forces que je ne puis faire.

Lorsqu'il y a sept ans, je publiai une *Notice historique sur la Société philantropique de Paris,* j'avais eu l'idée de traiter de l'ensemble des *secours publics accordés aux indigents de Paris,* mais j'ai reculé devant l'extension que cette question devait prendre, en tenant surtout à donner des détails précis et circonstanciés sur l'état de ces secours avant la révolution, afin de les comparer à l'état présent, je manquais de renseignements suffisants.

Un rapport de l'administration des hospices, publié en l'an XI, consacre seulement quelques lignes à ces anciens secours des paroisses. Les histoires de Paris sont muettes à cet égard, et les renseignements que souvent j'avais tenté de recueillir près de personnes âgées, de vieux prêtres, etc., étaient trop incomplets pour tracer une esquisse un peu complète.

Aujourd'hui, je suis plus avancé, le hasard, cette providence des bibliophiles, m'a fait rencontrer plusieurs de ces livrets voués en naissant à la destruction, qui donnaient ou la liste des membres ou les règlements des assemblées de charité. Après les avoir infructueusement cherchés pendant bien des années, j'ai pu en réunir de plusieurs paroisses, même de plusieurs villes, et me faire une idée de l'importance de ce mode d'assistance (1).

(1) *Ordre d'administration pour le soulagement des pauvres des paroisses. — Règlement pour la compagnie des dames de charité. — Calendrier spirituel et*

De la contagion de la syphilis constitutionnelle héréditaire.

Morlaas, le 30 Octobre 1858.

A monsieur le docteur DEPAUL, *membre de l'Académie impériale de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,* etc.

Mon cher confrère,

Dans l'un des entretiens que j'ai eu le plaisir d'avoir avec vous, durant le court séjour que vous avez fait à Morlaas, le mois de septembre dernier, ayant abordé la question de la transmissibilité de la seconde période syphilitique, et vous ayant dit que j'avais eu l'occasion d'observer, dans ma pratique, des faits qui avaient laissé dans mon esprit une impression profonde, avec l'intime conviction que les accidents secondaires de la syphilis pouvaient se transmettre de nourrice à nourrisson, *et vice versâ,* ces faits parurent vous intéresser et vous me fîtes l'honneur de m'en demander une analyse. Mais des occupations nombreuses et incessantes ne m'ayant pas permis de la rédiger pour vous la remettre avant votre départ, je vous promis de vous l'adresser dans les premiers jours de novembre. Je viens acquitter aujourd'hui cette promesse, et M. Duboué veut bien se charger de vous apporter ce petit travail. Voici ces faits :

1re *Observation.* — En 1830, la femme P...., habitant la commune d'Ouillon, âgée de 28 ans, mariée à l'âge de 22 ans, d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, ayant eu déjà deux enfants forts et bien portants, accoucha d'un troisième enfant, qui mourut en naissant. Ayant beaucoup de lait et ne voulant pas renoncer à nourrir, elle prit pour nourrisson l'enfant d'un boucher de Pau. Peu de jours après que cet enfant fut arrivé à la campagne, il lui survint sur divers points du tissu tégumentaire, principalement aux fesses, au pourtour de l'anus et sur les parties génitales une éruption de petits boutons, qui s'excorièrent bientôt, devinrent bientôt saignants et suppurèrent. Elle prit d'abord ces boutons pour de l'échauffement, et elle ne les traita qu'avec des bains à l'eau de son et des fomentations émolientes. Mais plus tard, il survint aussi des ulcérations à la bouche et peu de jours après leur apparition, la nourrice qui, jusque-là, n'avait éprouvé aucun mal, vit survenir sur ses mamelons de petits ulcères qui s'agrandirent peu à peu, qui la firent beaucoup souffrir et qui lui donnèrent assez d'inquiétude pour l'obliger à consulter son médecin, le docteur Deffis, de qui j'appris plus tard tous ces détails. Le nourrisson dépérit progressivement et mourut.

La femme P.... abandonna son médecin pour se livrer aux commères et aux empyriques du voisinage. Son mal aux seins, au lieu de se guérir, empira ; il s'y joignit des accidents du côté de la gorge ; elle revint à son médecin. Elle suivit alors ponctuellement pendant deux mois le traitement mercuriel qui lui fut conseillé, et elle lui dut une guérison radicale, puisque, depuis cette époque, elle n'a jamais éprouvé aucun autre symptôme syphilitique.

2e *Observation.* — Pendant que la femme P.... nourrissait l'enfant infecté, dont il vient d'être parlé, la femme N...., de Morlaas, nourrissait un enfant de l'âge de deux mois. Cette femme et cet enfant étaient sains alors. Appartenant à la classe la plus pauvre des artisans, vivant dans le plus triste dénûment, la femme N.... avait l'habitude de faire, tous les ans, à l'époque de la récolte, une tournée dans quelques communes du canton de Morlaas, pour se procurer un peu de grain et quelques autres ressources. Son nourrisson la gênant pour faire son excursion annuelle, elle demanda à la femme P.... de vouloir le lui garder et d'en prendre soin pendant deux jours seulement. Celle-ci, peu rassurée sur la nature du mal qu'avait son nourrisson et de celui qui lui était survenu au sein, lui fit part de ses craintes, et lui exprima sa répugnance à allaiter un autre enfant que celui qu'elle nourrissait. La femme N.... ne partageant pas ses craintes, et ne croyant pas à la contagion de ce mal, insista pour obtenir le service qu'elle réclamait, et il fallut céder à ses instances.

La femme P.... allaita donc, pendant deux jours, l'enfant de la femme N.... Peu de jours après, il apparut sur la lèvre et sur la muqueuse buccale de cet enfant quelques petites ulcérations, et sa mère ne tarda pas à voir ses mamelons s'ulcérer à leur tour. La santé de cet enfant s'altéra, il lui survint des syphilides sur diverses parties du corps et après un dépérissement progressif, il succomba à l'âge de 10 mois.

La femme N.... garda longtemps son mal au sein. Il lui survint aussi des ulcérations sur les amygdales et des végétations à la vulve, pour lesquelles elle eut recours à mes conseils. Les ulcérations des amygdales étaient circonscrites, rouges à leur circonférence, leurs bords étaient coupés nets, ils étaient engorgés et leurs fonds étaient d'un gris sale. La base des végétations était pédiculée, leurs sommets présentaient des sillons qui les divisaient en plusieurs lobes, et toutes leurs surfaces exhalaient un fluide d'une fétidité remarquable. Voyant dans ces accidents les manifestations de la seconde période de la syphilis, je prescrivis un traitement mercuriel, qui ne fut fait que très-incomplétement, mais sous l'influence duquel, néanmoins, les végétations parurent se flétrir et les ulcérations des seins et de la bouche s'améliorer considérablement. Malgré mes vives instances, cette femme ne voulut point poursuivre son traitement. Elle renonça à toute médication rationnelle et je cessai de la voir. Elle devint encore mère en 1832 et 1834. La première fois, elle accoucha à terme d'un enfant mort, qui ne fut point examiné ; la seconde fois elle accoucha encore à terme d'un enfant vivant, qui mourut trois semaines après couvert de syphilides.

A cette époque, cette femme avait encore une ulcération au mamelon gauche : son front et ses épaules étaient couverts de taches cuivrées. Elle prétendait que le lait la fatiguait et elle voulait nourrir ; mais toutes les démarches qu'elle fit pour se procurer un nourrisson furent vaines. Une de ses voisines nourrissait un enfant de trois semaines. Elle la tourmenta plusieurs jours de suite pour qu'elle lui permît d'allaiter son enfant, afin de lui vider les seins et de la soulager. Ce ne fut qu'à force d'obsessions qu'elle l'obtint.

3e *Observation.* — Cette voisine était la femme C...., âgée alors de 29 ans, mariée depuis dix ans, mère de cinq enfants, tous d'une constitution robuste et d'une excellente santé. Le jeune enfant qu'elle nourrissait était forte, n'était point malade et n'avait aucun bouton sur la peau. Quelques jours après que cet enfant eut pris le sein de la femme N...., sa mère s'aperçut que l'action de têter le faisait souffrir, et me l'ayant fait exa-

---

Cette ébauche très-incomplète sur l'assistance publique, à Paris, se divise en deux sections : la première comprenant l'état ancien des secours publics, surtout sous le rapport de l'assistance à domicile ; la deuxième, l'état présent, au milieu du XIXe siècle (1).

La première section se subdivise en trois paragraphes : 1° résumé historique très-sommaire des secours hospitaliers et de l'assistance à domicile, en France, depuis les époques les plus reculées jusqu'au siècle dernier ; 2° tableau détaillé des secours de paroisses, sociétés de charité, etc., au milieu du dernier siècle ; 3° simple énoncé des principales lois, règlements, arrêtés, etc., qui ont amené la transition de l'état des secours publiés avant 1789 à ce qu'il est aujourd'hui.

§ 1er. ÉTAT ANCIEN. — On peut voir, dans l'exposé rapide qui suit, que la plupart des principes qui aujourd'hui encore régissent les secours donnés aux pauvres remontent à l'origine de la monarchie. Déjà, en 549, le concile d'Orléans défend d'aliéner les biens des pauvres (2). En 567, peu de temps après la mort de Clovis, le deuxième concile de Tours proclame ce principe que nous retrouvons dans la législation de nos jours, « *que les pauvres soient à la charge des communes.* » Le concile de Nantes, en 658, prescrit aux ecclésiastiques de donner aux pauvres le quart des dîmes.

Charlemagne, dont la main puissante a touché à tous les points de la législation charitable, renouvela cette disposition : il ordonna que les églises pauvres donnassent moitié, et les riches un tiers de leur revenu aux pauvres (*Capitul.* liv. 1, ch. 87). L'espace me manque pour mentionner tous ses édits ; je me borne à citer deux exemples qui témoigneront de ses dispositions bienveillantes : il appelle le bien de l'Église le *patrimoine des pauvres* (*Capitul.* 1, ch. 83), et il déclare que les hôpitaux sont des *établissements royaux*.

Saint Louis pourvoit surtout à la répression de la mendicité qui était déjà comme elle est dans tous les temps, le fléau de la charité, et qui crée à la pauvreté honnête une redoutable concurrence.

En 1370, Charles V prescrit aux chirurgiens de panser gratuitement les pauvres.

Sous François 1er, nous voyons naître en 1536 l'assistance à domicile : « Les

---

historique. — Règlements et coustumes de la chambre des pauvres de la ville de Beaune, etc.

(1) Dans l'ordre logique, la première partie aurait dû être imprimée avant la seconde ; mais cette dernière était terminée, la première avait besoin d'être revue, de telle sorte que l'état actuel a dans ce journal précédé l'état ancien ; les deux sections sont assez différentes pour que cela n'ait lésé que la chronologie.

(2) Ceux qui connaissent la *législation charitable de M. de Watteville* apprécieront facilement combien je me suis aidé de la préface de cet ouvrage pour tracer ce résumé ; j'y ai pourtant ajouté bon nombre de renseignements puisés à d'autres sources, quant aux lois, règlements, etc., dont se compose l'ouvrage en question, j'y ai remarqué avec étonnement un assez grand nombre de lacunes, surtout en ce qui concerne les secours à domicile. Je les ai comblées principalement avec la *table alphabétique, chronologique et analytique* publiée par l'administration, en 1815 ; 1 vol. in-8°.

miner, je remarquai sur la commissure des lèvres et sur la face interne des joues, deux petites ulcérations circonscrites que je ne balançai pas à considérer comme de nature syphilitique, instruit que j'étais des circonstances qui avaient précédé leur développement. Ayant procédé en même temps à l'examen des seins de la mère, je les trouvai parfaitement sains encore ; mais trois jours plus tard, les ayant examinés de nouveau, j'aperçus sur l'un d'eux un petit bouton qui s'ouvrit bientôt et se transforma en un petit ulcère creux, circulaire et à bords durs.

Je conseillai à la femme C.... un traitement mercuriel auquel elle ne voulut point se soumettre. Le mal, abandonné à lui-même, fit des progrès. Chez l'enfant, les parties génitales, le pli des aines, le pourtour de l'anus, devinrent le siége de plusieurs syphilides ulcéreuses et croûteuses; la constitution s'altéra, et le petit malade succomba à l'âge de sept mois dans un profond marasme. Chez la mère, outre le mal au sein, il survint des ulcérations sur les amygdales. Après la mort de son enfant, elle consentit enfin à prendre de la liqueur de Wan-Swiéten ; mais après un mois d'usage, se croyant guérie, parce qu'elle était très-soulagée, elle fut sourde à tous les conseils et elle cessa toute sorte de traitement.

En 1839, elle devint grosse et mit au monde un enfant vivant qui mourut sept semaines après sa naissance, avec tous les caractères d'une syphilis constitutionnelle.

En 1840, elle eut une nouvelle grossesse, et m'ayant consulté, elle fit un traitement mercuriel régulier et complet. Elle accoucha à terme d'un enfant sain et bien constitué, qui vit encore et qui a toujours joui d'une bonne santé.

Cette femme se crut alors guérie, et en effet elle passa trois années entières dans un état de santé très-satisfaisant. Cependant, en 1844, sans qu'aucun autre accident ni primitif, ni secondaire se fût montré, sa santé s'altéra de nouveau. Elle en supporta longtemps les dérangements sans demander aucun conseil. Elle fut tourmentée par des douleurs qu'elle prit pour des douleurs rhumatismales. M'ayant appelé près d'elle, il me fut facile de reconnaître une exostose de la face interne du tibia gauche, et il fut bien évident alors que les douleurs que cette malheureuse prenait pour un rhumatisme étaient des douleurs ostéoscopes qui rendaient ses nuits horribles. Elle avait en outre des ulcérations profondes dans les fosses nasales, avec carie des os de cette cavité, et toute l'habitude du corps portait les stygmates d'une constitution profondément altérée. Voyant, dans tous ces symptômes, les manifestations de la période tertiaire de la syphilis, et connaissant alors les beaux succès que l'iodure de potassium avait eus, dans des circonstances analogues, entre les mains de M. Ricord, je prescrivis ce médicament d'après les règles établies par ce médecin célèbre, et j'eus la satisfaction de lui voir produire des effets vraiment merveilleux. Après deux mois d'usage, la guérison fut complète, à part un aplatissement du nez résultant de la carie des os, et une sorte de nazillement produit par cet aplatissement. Depuis ce moment, jusqu'à ce jour, cette guérison ne s'est jamais démentie.

Si je ne me trompe, mon cher confrère, les enseignements qui résultent des faits contenus dans ces trois observations sont les suivants :

La femme P.... prend un nourrisson étranger, chez lequel apparaissent bientôt tous les symptômes d'une syphilis constitutionnelle. Au contact de ce nourrisson, elle voit ses seins s'ulcérer, et, plus tard, elle doit subir un traitement anti-syphilitique. Elle allaite pendant deux jours l'enfant de la femme N...., qui, jusque-là, avait paru bien portant, et, à partir de ce moment, la bouche de cet enfant s'ulcère ; il transmet à son tour des ulcérations à sa mère ; sa santé se perd, on ne le soumet à aucun traitement, et, huit mois après, il meurt dans le marasme. La femme N.... néglige son mal au sein. D'autres accidents secondaires se manifestent ; elle ne leur oppose que des médications incomplètes, insuffisantes pour la guérir. Elle devient mère deux fois encore. La première fois elle accouche d'un enfant mort ; la seconde fois, l'enfant naît vivant, mais il meurt trois semaines après sa naissance avec toutes les traces d'une constitution fortement imprégnée du virus qu'il a puisé dans le sein de sa mère. La femme N...., ayant encore une ulcération au sein et des syphilides au front et sur les épaules, allaite l'enfant de la femme C.... A la suite de cet allaitement, cet enfant se trouve infecté et il ne tarde pas à infecter lui-même sa mère.

Or, s'il est vrai que le nourrisson de la femme P.... fut atteint d'une syphilis constitutionnelle congénitale, et il n'est guère possible d'en douter, d'après les renseignements qui me furent donnés à cette époque par M. le docteur Deffis, il est évident que l'ulcération qu'il transmit à sa nourrice était secondaire ; et que celle qui fut communiquée par celle-ci à l'enfant de la femme N.... était de même nature. Mais enfin, s'il ne m'est permis de rien affirmer à cet égard, n'ayant pas observé moi-même la femme P.... et l'enfant qu'elle nourrissait, je puis du moins assurer que la femme N.... était atteinte d'une vérole constitutionnelle lorsqu'elle mit l'enfant de la femme C.... à son sein, que cet enfant et que sa mère n'étaient point malades dans ce moment, et que ce fut au sein de la femme N.... qu'ils se contaminèrent. Donc, les accidents secondaires de la vérole ont été transmis ici de nourrice à nourrisson, *et vice versâ*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Note concernant la cause des morts subites survenant sous l'influence du chloroforme,

Lue à la Société de chirurgie, le 2 novembre 1853,

Par M. le Dr Stanski.

La Société de chirurgie vient d'être saisie de la question du chloroforme, à propos d'un cas de mort subite arrivée à l'hôpital militaire d'Orléans, sous l'influence de cet agent anesthésique. Pénétré de l'importance du sujet, et voulant éclairer une question qui touche à la vie des malades, la Société s'est empressée de nommer une commission, et M. Robert lui a présenté un rapport dans lequel, devinant les intentions de la Société, il ne s'occupe pas seulement du fait communiqué par M. le docteur Vallet;

---

paroisses doivent nourrir et entretenir les pauvres invalides qui ont chambres, logements ou lieux de retraite. »

En 1543, règlement pour la Communauté des pauvres de Paris ; en 1544, création du Bureau général des pauvres, composé de quatre conseillers au parlement et de 13 bourgeois ; et ici apparaît une tentative de *taxe des pauvres,* car ce bureau levait chaque année une taxe sur les princes, seigneurs, ecclésiastiques, bourgeois, etc., et il était saisi du droit de contrainte.

En 1545, François Ier établit des ateliers de travail pour les mendiants valides.

En juillet 1547, Henri II établit à son tour une taille ou collecte pour les pauvres. Et, en 1551, un édit de ce roi établit une véritable *taxe des pauvres* et crée des commissaires désignés par le Parlement à l'effet de recevoir ce que chacun voudra *libéralement* donner par semaine pour l'entretien et la nourriture des pauvres. On fournissait du travail aux indigents valides. Les malades et les infirmes ayant un asile étaient nourris et secourus à domicile.

L'ordonnance si souvent citée de Moulins, en 1566, renouvelle aux villes, bourgs et villages l'ordre de secourir leurs pauvres.

Ce fut sans doute en raison de cette prescription que la ville de Bordeaux prit une décision mentionnée par Darnal à l'année 1566 (supplément à la *Chronique bordelaise* de De Lurbe), en ces termes : « Médecins gagez de la ville doivent « veoir les citoyens indigens sans prendre argent par arrest du 28 novemb. Car « le fort porte le foible en bon ordre de police. »

En 1586, Vivant Gardin, chanoine en l'église N.-D. de Beaune, fondait *la Chambre des pauvres* de cette ville.

Nous arrivons à l'époque à laquelle notre confrère Théophraste Renaudot, célèbre par la fondation de la *Gazette de France*, obtint le titre et la charge de *commissaire général des pauvres*. Vers 1620, il avait fait construire un hôtel dans lequel, assisté par vingt autres médecins, il donnait gratuitement aux pauvres des conseils et des médicaments (*voy. Requeste à la Royne,* par Th. Renaudot, en faveur des pauvres malades de ce royaume).

La misère cependant allait croissant ; j'en trouve la preuve et les exemples dans une publication faite en 1652 (*Propositions chrestiennes d'un député à la Chambre de Saint-Louis* pour le soulagement des pauvres. In-4°, 16 pages).

Enfin, en 1656, Louis XIV fonda l'établissement gigantesque connu sous le nom d'hôpital général, qu'en 1662 il étendit à la France entière. Cette fondation, indépendamment des maisons de la Pitié, du Refuge, de Scipion, de la Savonnerie, de Chaillot et de Bicêtre, qui recevaient les mendiants valides, comprenait aussi des *secours à domicile* pour les chefs de famille et les pauvres honteux assistés par les paroisses.

Des privilèges immenses furent accordés à la nouvelle fondation, et parmi eux nous voyons paraître la levée d'un sixième sur le prix des billets d'entrée dans les spectacles.

§ 2. — XVIIIe SIÈCLE. — Née en quelque sorte sous François Ier, successivement développée sous ses successeurs, l'assistance à domicile avait pris dans le

mais après avoir rapporté d'autres faits analogues, il les analyse, il examine les opinions principales émises sur ce sujet, et de cette manière il entre dans la question générale des morts subites produites par le chloroforme. A cette occasion, je viens demander à la Société la permission de faire quelques réflexions sur le rapport, ainsi que sur le sujet en question.

Il ne m'appartient pas de critiquer les conséquences que M. le rapporteur a cru devoir tirer des recherches dont il a parlé dans son travail; quelques membres de la Société ont déjà démontré très-clairement l'insuffisance de ces conclusions; du reste, c'est à la Société qu'appartient, en définitive, de les apprécier et de les réduire à leur juste valeur. Ne m'occupant que des idées émises dans ce travail, je dois dire que M. le rapporteur s'est fortement préoccupé des opinions formulées par de hautes positions et par des esprits éminents; cependant, ces idées ne sont appuyées sur aucun fait pratique, elles ne sont tout au plus que le résultat de quelques expériences sur les animaux, et par conséquent plus ou moins hypothétiques. Il en est résulté qu'il n'a pu, ce me semble, s'appesantir suffisamment sur une opinion émise, il est vrai, par un homme occupant une position plus modeste, mais laquelle n'en méritait pas moins d'être prise en grande considération; car elle a pour base ce qui en médecine est le plus essentiel, un grand nombre de faits incontestables; *je veux parler de la position assise comme cause principale des morts subites, survenues pendant l'inhalation du chloroforme.*

Voilà la réflexion qu'a faite M. Robert, au sujet de cette opinion : « Nous n'insisterons pas sur le conseil donné, il y a quelques années, par M. Stanski, de placer les opérés dans la position horizontale, dans l'espoir de rendre les syncopes moins fréquentes et moins graves. Assurément, la position est bonne, et autant que possible il faut l'observer; mais il suffit de rappeler les faits précédemment exposés, pour se convaincre qu'elle est insuffisante pour prévenir les accidents mortels. »

Certes, ce n'est pas moi qui ferai un reproche à M. Robert d'attacher une grande importance à l'opinion des hommes renommés, mais il ne faut pas oublier que, dans les sciences positives, il faut surtout s'attacher à l'observation, *car la nature, dans ses opérations, marche son chemin et ne tient aucun compte des simples opinions, même plus ou moins ingénieuses, et fussent-elles émises par les princes de la science.*

Pour en revenir à l'appréciation que fait M. Robert de mon opinion, je dirai d'abord qu'il ne la rapporte pas assez exactement, car ma première lettre se résume à dire : *que toutes les personnes mortes subitement, sous l'influence du chloroforme, au moins jusqu'à la publication de cette lettre, étaient dans la position assise, et par conséquent, je considère cette position comme cause principale des accidents funestes.*

Quant à cette assertion, qu'il suffit de rappeler les faits *précédemment exposés,* pour se convaincre que cette position est insuffisante pour prévenir les accidents mortels, permettez-moi de dire que si le savant rapporteur, attachant un peu plus d'importance à mon opinion, avait soumis à un examen plus sérieux les faits cités dans son rapport, il aurait vu que sur les sept cas exposés, six comprenaient la position assise (1). La malade de M. Gorré était assise; le malade de M. Barrier était assis, car ce n'est pas la tête, mais bien le tronc qu'il a soulevé au moment où il a expiré; la malade de M. Confévron était assise, Mme Simon était assise, Mme W..... était assise. Or, lorsque six faits sur sept, et par conséquent, en suivant la même proportion, trente sur trente-cinq confirment une opinion, il me semble qu'elle doit être prise en grande considération. Quant au petit nombre de faits qui sont en désaccord, ils doivent être un motif d'en rechercher avec plus d'empressement les observations, pour voir jusqu'à quel point elles sont exactes, et si elles ne contiennent pas quelques circonstances capables de rendre compte de ces morts subites.

N'eût-il pas été important, soit dans l'intérêt de la science, soit dans l'intérêt des malades, de rechercher tous les faits authentiques et bien détaillés, des accidents mortels produits par le chloroforme; et de voir si, par le nombre et les circonstances qui les accompagnent, ils confirment ou infirment une opinion en rapport, non-seulement avec les principes de la physiologie, mais encore avec les connaissances que nous possédons sur la syncope?

A défaut de ce travail de M. le rapporteur, j'ai l'honneur de présenter à la Société le résultat de mes recherches.

En parcourant divers recueils scientifiques pour réunir les faits de morts subites, produites par le chloroforme, j'ai trouvé quelques cas qui ne sont pas assez détaillés, pour qu'on puisse leur accorder une authenticité scientifique. D'autres faisaient double emploi, c'est-à-dire que dans un journal, un fait était bien détaillé et la personne désignée par son nom, pendant que dans un autre journal, le même fait me paraissait tronqué, et la victime désignée seulement par les mots : *un jeune homme* ou *une jeune femme.* D'autres, enfin, mentionnaient la mort arrivée plus ou moins longtemps après l'emploi du chloroforme et après l'opération, tout en l'attribuant à cet agent anesthésique. Telles sont les raisons pour lesquelles je dus me restreindre aux faits exposés dans les journaux français, avec assez de détails pour offrir l'authenticité désirable.

Ces faits, je les ai réunis au nombre de trente-quatre.

(1) Je ne parle pas du fait de M. Vallet, car je ne sais jusqu'à quel point son malade était couché, car ce chirurgien dit lui-même que, voyant le malade en danger, la position horizontale a été augmentée.

---

siècle dernier une extension telle, qu'aujourd'hui nous avons plutôt restreint qu'étendu ses ressources, et qu'elle comprenait alors des fondations qui, depuis, en ont été distraites et fonctionnent isolément.

Les compagnies de charité de chaque paroisse étaient érigées ou confirmées par des actes de l'autorité publique. Elles formaient avec les curés des associations qui visitaient et assistaient les pauvres, et distribuaient les revenus de l'église et le produit des aumônes et des quêtes.

En outre de ces compagnies officielles en quelque sorte, des associations libres de personnes des deux sexes existaient encore dans chaque paroisse. Les hommes administraient les biens, les femmes recevaient les requêtes, appréciaient la position des postulants et fixaient la quotité des secours.

Toutes ces compagnies s'étaient attaché des sœurs grises qu'elles entretenaient et qui étaient chargées des pansements et distributions.

Des médecins et chirurgiens *rétribués* donnaient aux malades l'assistance médicale.

Je ne sais où j'ai vu, mais je suis certain du fait, que Georges Lafaye, l'éditeur de Dionis, celui dont les *Principes de chirurgie* ont été traduits dans toutes les langues, était chirurgien de la paroisse Saint-Roch. Si cette paroisse faisait soigner ses pauvres par un membre et démonstrateur de l'*Académie royale de chirurgie*, cela fait bien augurer des autres.

J'ai lu avec un vif intérêt, je dirais presque avec attendrissement, les principes purs de charité formulés dans ces divers recueils, publiés sous le titre de *Règlements*, etc.; je suis heureux de les résumer, et, pour me restreindre, je le fais sous une forme en quelque sorte aphonique.

Il y a là des idées qu'on a, de nos jours, regardées et présentées comme nouvelles.

La charité est la base de la religion chrétienne.

Le travail est la source de toute moralité.

Le secours à domicile est une école de charité pour les riches; une école de dévouement, d'économie, de vertus domestiques pour les pauvres.

Ce qu'il y a d'incomplet, d'intermittent dans le secours des bureaux de charité est une prime à la prévoyance. Cela entretient l'activité et oblige l'assisté à se ménager quelques ressources.

L'idée de l'hôpital, au contraire, détruit tout projet d'économie, exclut toute pensée d'avenir.

Le bienfait sans discernement entretient l'oisiveté; il engendre le mensonge, la fraude, les artifices de toute nature.

Le mauvais pauvre met tout à prix, *jusqu'à la vertu.*

Les secours mal appliqués créent et perpétuent les mauvais pauvres.

Il vaudrait mieux s'abstenir complétement de donner que de donner mal.

La charité étant d'obligation religieuse, n'humilie pas celui qui reçoit, celui qui donne aide comme frère d'égale origine, comme enfant d'un même père.

Je ne pense pas que nous ayions ajouté beaucoup, dans notre XIXe siècle, au programme de la charité du XVIIIe. (*La suite à un prochain numéro.*)

Je divise ces trente-quatre observations en deux catégories : 1° celle où la position est clairement indiquée; 2° celle où elle ne l'est pas.

Dans la première catégorie, il y a dix-neuf morts subites dans la position assise et deux dans la position couchée. L'une de ces dernières comprend l'ablation des hémorroïdes et en même temps l'opération du phimosis. Observons qu'à cet effet, le malade a été mis dans diverses positions. La seconde, parle de l'amputation du testicule relatée par M. Robert. Il reste donc, sur les trente-quatre observations, treize personnes mortes subitement, sans que la position soit indiquée. Cependant, la nature de ces opérations subies implique la position assise : ainsi, ce sont des opérations sur le pied, comme amputation d'un orteil, arrachement d'un ongle incarné, ou bien des opérations sur les mains, comme des amputations d'un doigt, la cautérisation d'une tumeur blanche du poignet et une amputation du pénis. Je crois être autorisé à admettre, dans ces cas, la position assise, parce que, dans la première catégorie, se trouvent des malades qui ont subi des opérations tout à fait analogues. En outre des informations prises directement en Angleterre à ce sujet (et les témoignages en sont encore entre mes mains) me prouvent que trois au moins de ces malades ont subi l'action du chloroforme dans la position assise.

Or, si l'analogie des opérations de la seconde catégorie avec celles de la première, si la réponse que j'ai reçue sur trois de ces faits douteux, m'autorisent à admettre la position assise pour les faits de la seconde catégorie, trente-deux faits sur trente-quatre viendraient confirmer mon opinion. Admettons, si l'on aime mieux, comme douteux les autres faits de la seconde catégorie, il resterait toujours vingt-deux cas de morts subites, sur vingt-quatre survenues dans la position assise. La proportion de ces faits est déjà trop importante pour que la position assise ne soit pas mise en première ligne, dans les conclusions, comme cause de ces accidents funestes.

Une seconde cause de ces morts subites, et dont j'ai déjà parlé dans une de mes lettres publiées sur ce sujet, c'est l'état d'agitation, d'anxiété et de peur, dans lequel se trouve le malade en attendant l'opération. Vous savez combien la peur affaiblit les forces du cœur, elle rend le pouls irrégulier, fait naître la pâleur, l'horripilation, la défaillance et même, dit-on, la mort. Celui qui a eu l'occasion d'observer un homme conduit au dernier supplice, a pu voir dans le maintien, dans la démarche, dans la faiblesse de la voix, dans l'agitation et l'expression de la figure, l'effet produit par la peur du supplice; un grand nombres des malades qui doivent subir une opération se trouve dans la même disposition d'esprit, seulement à un plus faible degré. Ceci trouve son application dans plusieurs observations de ces morts subites; on n'a qu'à parcourir les observations de Hannah Gruner, de la jeune femme d'Hyderabad, de Mme W...., pour l'arrachement d'une dent; de madame Simon, de Strasbourg, et l'on verra que les opérateurs constatent eux-mêmes une grande agitation et un grand désespoir, chez ces malades, avant l'emploi du chloroforme. Quoi de plus simple, que le patient, sous l'influence de pareilles causes dépressives, ne puisse respirer longtemps le chloroforme, sans être pris de syncope! Ce serait une erreur de croire que cette disposition d'esprit n'existe que chez les malades qui en donnent des indices manifestes; la peur est souvent concentrée dans l'intérieur de l'âme, et il faut aussi se méfier du courage des malades qui demandent avec instance le chloroforme.

A l'appui de cette doctrine, mentionnons une circonstance trop négligée par les chirurgiens qui ont traité la question qui nous occupe, c'est qu'aucun cas de mort subite ne comprend la première enfance; cela tient, selon moi, à ce que les enfants sont toujours chloroformés dans la position couchée, à cause de la difficulté de les soumettre à l'emploi des anesthésiques, et de les opérer dans la position assise; cela tient bien évidemment aussi à ce que le jeune âge est préservé, par l'ignorance de l'opération, de ces appréhensions et perturbations morales, qui sont le triste privilége de l'adulte.

Voilà deux circonstances très-importantes qui, à mon avis, doivent être mises en première ligne dans les conclusions, comme précautions à prendre, non-seulement parce qu'elles sont en rapport avec les principes de la physiologie, comme il a été dit plus haut, mais encore parce qu'elles sont consignées dans un grand nombre de faits : nulle autre circonstance ne s'y rencontre d'une manière plus constante et plus évidente.

Encore un mot sur un sujet des plus importants, concernant cette question; il s'agit des moyens proposés par quelques chirurgiens pour conjurer les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de cet agent. Je veux parler surtout du moyen dont M. Robert s'est longuement occupé dans son travail, que M. Plouviez a tenté sur les animaux, et qui a été mis en usage sur les hommes par M. Ricord, c'est-à-dire de l'insufflation bouche à bouche. Ce chirurgien y attache une telle importance, qu'il ne craint pas d'avancer que désormais le médecin qui négligerait d'y avoir recours, assumerait sur sa tête une grande responsabilité. Tout au contraire, je crois ce moyen non-seulement sans efficacité, mais encore dangereux. En effet, en pratiquant l'insufflation bouche à bouche, on ferme naturellement les narines, on applique ses lèvres sur celles du malade. La quantité d'air insufflé à la fois, suffit à peine à remplir le pharynx, les fosses nasales et la cavité buccale, en distendant les joues. Admettons qu'on puisse en insuffler une plus grande quantité, cet air pénétrera plutôt dans les voies digestives que dans les poumons, comme c'est arrivé dans le cas de M. Barrier. En outre, l'air insufflé bouche à bouche est non-seulement imprégné d'une certaine quantité d'acide carbonique, mais encore réchauffé et raréfié dans la poitrine de celui qui exerce cette manœuvre, et est par cette raison inapte à la respiration, et par cela même à exciter les mouvements respiratoires. Un autre motif d'inefficacité consiste dans l'impuissance des efforts d'expiration de l'opérateur; car, croit-on que ces efforts soient assez puissants pour remplacer l'action des muscles inspirateurs d'un homme, pour dilater les cavités thoraciques et faire parvenir l'air insufflé, jusque dans les dernières ramifications bronchiques?

Je crois que ces raisons feraient déjà voir assez clairement l'inutilité et l'inefficacité de l'insufflation bouche à bouche, si un grand nombre de faits ne venaient pas confirmer cette assertion. Mais pour ne pas chercher trop loin, je ne citerai que le fait rapporté à la Société par M. Boinet, en faveur de l'insufflation bouche à bouche. A mes yeux, ce fait a une signification tout à fait contraire, tant il est vrai que dans ce monde, les faits et les phénomènes qui se passent sous nos yeux, portent avec eux des enseignements, mais que les conséquences qu'on en tire, dépendent du jugement et de l'appréciation des hommes.

Après vous avoir exposé l'état très-alarmant dans lequel se trouvait la dame accouchée, M. Boinet dit qu'il fit sans résultat deux fois l'insufflation bouche à bouche, et que l'air, poussé dans la bouche de cette femme, ne faisait que distendre les parois buccales. Mais voyez ce que peut produire la confiance dans la parole d'un chirurgien qui, d'ailleurs, jouit d'une réputation bien méritée! l'insufflation mise en usage à deux reprises est restée sans aucun effet, et M. Boinet y trouve une preuve concluante de son efficacité. Ce confrère dit plus loin, il est vrai, qu'après la troisième manœuvre, l'accouchée a commencé peu à peu à reprendre sa respiration, et il est tellement convaincu de l'utilité de cette insufflation, qu'il ne tient aucun compte des manœuvres bien plus puissantes, et surtout bien plus rationnelles, soit pour faire sortir l'air des bronches, soit pour y faire pénétrer un autre plus pur; je veux parler des pressions exercées par M. Lorne sur la paroi inférieure du thorax et sur l'abdomen. Car il est évident, pour tout esprit non prévenu, que si l'art a eu quelque influence sur la reprise de la connaissance, il le doit moins à l'insufflation bouche à bouche, qu'aux manœuvres exercées par ce confrère.

Quant aux dangers de l'insufflation bouche à bouche, sans parler de celui de produire l'emphysème, qui a été observé surtout chez les enfants, en agissant de cette manière, on ne ferait que maintenir dans les bronches l'air saturé des vapeurs anesthé-

siques, si celui qu'on insuffle pénétrait dans la trachée-artère. On comprend, en outre, qu'on puisse étouffer, par ce moyen, une personne bien portante, à la condition qu'elle ne présente pas plus de résistance qu'un homme endormi par le chloroforme; mais dans la circonstance présente, ne serait-on pas exposé à gêner un acte inspiratoire qui tendrait à se produire au même moment, par les seules forces de la nature?

Si j'insiste sur ce sujet, messieurs, c'est qu'il a attiré l'attention de notre savant rapporteur; c'est que, préconisée par le chirurgien de l'hôpital du Midi, et revêtue de la sanction de son autorité, l'insufflation bouche à bouche pourrait être employée par bien des praticiens, au préjudice des malades. Je crois donc être dans le vrai en disant, contrairement à l'opinion de M. Ricord, *que le médecin qui y aurait recours, assumerait sur sa tête une grande responsabilité.*

Que dirons-nous de l'emploi de l'électricité, de la cautérisation du pharynx, de l'emploi du fer rouge, des frictions poussées au point d'enlever l'épiderme? Chez tous, ces moyens, comme il a été dit dans cette enceinte, sont puissants, mais rien ne prouve qu'ils soient efficaces. Je reste toujours convaincu, comme je l'ai déjà dit dans une de mes lettres publiées dans l'*Union médicale*, et reproduites dans le travail que j'ai fait paraître sur le ramollissement des os, et dont j'ai l'honneur de faire hommage à la Société, qu'il n'y a pas jusqu'à présent de moyen, qui puisse être mis en usage avec quelque certitude de succès, lorsque la respiration et la circulation se sont réellement arrêtées. Je persiste donc à penser que, dans les cas où les malades, malgré l'état le plus alarmant, ont pu reprendre connaissance, après l'emploi des manœuvres extraordinaires, les moyens proposés par moi, dans la même lettre, auraient suffi pour rappeler ces opérés à la vie. Ces moyens consistent à mettre les malades dans la position couchée; si par malheur on les avait chloroformés assis, à ouvrir largement les fenêtres pour renouveler dans la chambre l'air imprégné des vapeurs anesthésiques, à favoriser par tous les moyens les mouvements respiratoires, dans lesquels naturellement est comprise la pression sur les parois thoraciques et abdominales, etc.

Mes convictions seraient encore corroborées par les ingénieuses expériences dont M. le rapporteur a entretenu la Société dans une de ses dernières séances, s'il était rigoureusement permis d'en déduire, soit la manière dont la mort subite arrive chez les malades soumis au chloroforme, soit l'inefficacité des agents à mettre en usage, dans le but de conjurer ces accidents funestes.

Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille,

Par M. E. Triquet, *ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).*

(*Suite et fin. Voir les nos* 131, 132, 133, 136, 137, 140, 141, 142.)

Rien ne semble facile au premier abord comme le cathétérisme de la trompe, en lisant les *descriptions* des procédés opératoires à mettre en usage; mais rien n'est plus difficile en pratique, sur une coupe préparée à l'avance; et sur le malade les difficultés sont bien autrement sérieuses.

1° En suivant avec le bec de la sonde le plancher des fosses nasales, on arrive fatalement à toucher le voile du palais au point M, et le malade est pris d'efforts de déglutition, d'envies de vomir qui gênent singulièrement la manœuvre et forcent à la suspendre quelquefois. Je sais bien que le procédé de M. Ménière met à l'abri de cet inconvénient.

2° En allant toucher directement la paroi postérieure du pharynx avec le bec de sonde, on évite sûrement le voile du palais; mais la sonde peut encore s'égarer.

En effet, de chaque côté, dans l'angle d'intersection formé par la réunion de la paroi externe et postérieure du pharynx, se rencontrent vers le point C (*fig.* 1 et 2) des anfractuosités assez profondes, sortes de lacunes formées par la muqueuse, dans lesquelles le bec de la sonde, après avoir décrit son mouvement de rotation, vient s'engager très-souvent, pendant qu'on ramène l'instrument d'arrière en avant vers le pavillon, plus ou moins saillant de la trompe.

3° En général, chez les sujets adultes, ce pavillon se dessine en un relief de plusieurs millimètres sur la paroi externe du pharynx, et le bec de la sonde peut quelquefois rencontrer cet orifice avec assez de facilité; mais chez les enfants, les femmes ou les jeunes sujets, le relief du pavillon (marqué en B) est à peine sensible, ou même ne l'est pas du tout. Par quel moyen, dans ces cas, pourra-t-on savoir au juste le moment où l'instrument sera parvenu à ce niveau, point capital, pour faire pénétrer le bec de la sonde dans l'orifice pharyngien de la trompe?

4° Un autre inconvénient qui n'est mentionné nulle part est celui-ci : la sonde, en parcourant le plancher des fosses nasales, produit une sensation désagréable et quelquefois assez pénible, pour que les malades ne se soumettent qu'avec peine et répugnance à ce genre d'exploration. Aussi voyons-nous Kramer recommander d'agir *lestement*. Mais à quoi sert la prestesse quand le procédé n'est pas sûr?

Depuis plusieurs années, j'ai répété tous ces procédés avec leurs modifications sur un nombre considérable de coupes de fosses nasales, et je n'étais pas complétement satisfait de leur exactitude.

Bien des fois je me suis trouvé embarrassé, dans des conférences publiques ou particulières, quand il fallait répondre à cette question : N'y a-t-il donc pas un procédé facile et sûr pour arriver à la trompe?

Celui que nous allons soumettre à l'appréciation du lecteur n'est sans doute pas à l'abri de tout reproche, mais je le crois moins infidèle que ceux précédemment décrits.

C'est la *Médecine opératoire* de M. le professeur Velpeau qui m'en a fourni la première pensée.

En effet (t. 3, p. 635), on trouve ces quelques lignes :

« Le chirurgien saisit la sonde enduite d'un corps gras, en « présente le bec à l'orifice du nez et la fait glisser sur le plan- « cher des fosses nasales par le méat inférieur, en ayant soin « d'en *tenir la convexité* tournée du *côté de la cloison* et « légèrement inclinée en haut, le bec correspondant à la paroi « externe. »

Remarques anatomiques. — Sur un grand nombre de têtes que j'ai examinées dans ce but, j'ai constamment trouvé (*fig.* 1 et 2) que le méat inférieur de E en L et l'orifice pharyngien de la trompe B étaient exactement *sur le même plan, sur la même ligne prolongée*. Si le cornet se trouvait prolongé suffisamment de L en B, la sonde, en suivant avec son bec la face inférieure du cornet ou supérieure du méat G (*fig.* 2), ne pourrait manquer l'orifice pharyngien de la trompe B; mais le cornet, ou mieux encore le méat qu'il limite et qui nous sert de point *de repère*, s'arrête environ à 5 millimètres en avant de la trompe.

Il y a donc là sur la paroi externe, en arrière du cornet du méat inférieur, un tout petit espace de L en B, où la sonde pourrait s'égarer; mais on peut obvier à cet inconvénient de plusieurs manières :

1° Il faut sentir toujours avec le bec de la sonde la paroi externe du méat, sans jamais l'abandonner;

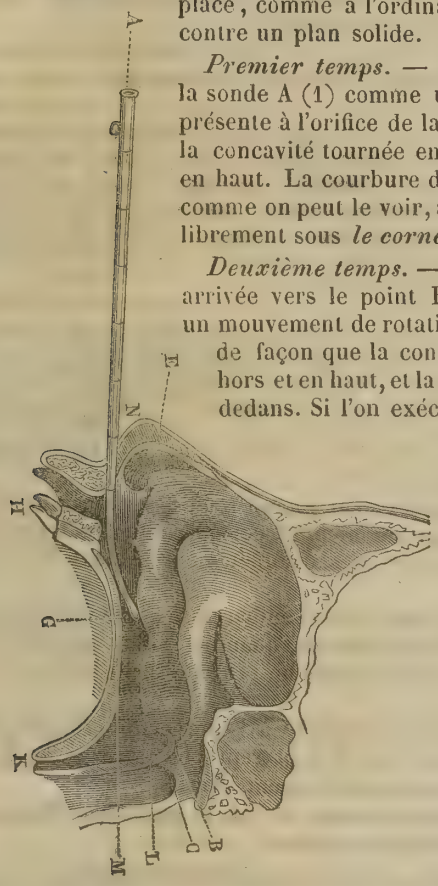
2° Procéder avec *une extrême lenteur*, surtout en arrivant au point difficile, c'est-à-dire en L;

3° Si le bec de la sonde rencontre assez souvent un petit repli muqueux, valvulaire, vers le point L, ce qui cause un petit obstacle ou un temps d'*arrêt*, on doit suspendre un moment la marche de l'instrument, et *tourner l'obstacle* par de petits mouvements de *latéralité*, sans chercher à le vaincre ou à le détruire, et néanmoins sans que le bec de la sonde abandonne la paroi externe de la fosse nasale;

4° Pour franchir avec sûreté ce petit espace de L en B, où la sonde n'a plus de point de repère, l'expérience m'a démontré qu'il fallait prendre un *point d'appui* sur la cloison avec le dos

de l'instrument. La sonde étant ainsi fixée, la main de l'opérateur agit plus sûrement.

Fig. 2.



Procédé opératoire. — Le malade est placé, comme à l'ordinaire, la tête appuyée contre un plan solide.

Premier temps. — Le chirurgien tenant la sonde A (1) comme une plume à écrire, la présente à l'orifice de la fosse nasale (*fig.* 1), la concavité tournée en bas, et la convexité en haut. La courbure du bec est très-petite, comme on peut le voir, afin de pouvoir passer librement sous *le cornet.*

Deuxième temps. — Lorsque la sonde est arrivée vers le point F, on lui fait exécuter un mouvement de rotation complet (*fig.* 2, G), de façon que la concavité regarde en dehors et en haut, et la convexité en bas et en dedans. Si l'on exécutait plus tôt ce mouvement, le bec de la sonde pourrait se heurter (en E) contre le repli muqueux qui obture inférieurement le canal nasal (E, *fig.* 1 et 2).

Troisième temps. — Une fois ce mouvement de rotation accompli (*voir* G, *fig.* 2), le bec de la sonde continue sa route, appuyé sur la paroi externe et supérieure du méat et du cornet, qui lui servent pour ainsi dire de *cannelure;* elle arrive ainsi en L; là, il faut aller plus *lentement* encore, et prendre un *point d'appui avec le dos de la sonde sur la cloison,* afin d'être plus sûr de ses mouvements.

Vers le point L se trouve presque toujours une petite bride muqueuse, valvulaire, qu'il faut tourner lentement avec le bec de la sonde et sans *abandonner la paroi externe du méat;* on continue de porter l'instrument dans cette direction, *lentement, doucement, sans secousse aucune,* et il tombe de lui-même dans l'orifice pharyngien de la trompe et d'une manière certaine.

Pour apprécier ce procédé, il suffit de le répéter sur une coupe des fosses nasales (*fig.* 1 ou 2) avec les indications qui viennent d'être données, et l'on pourra facilement se convaincre de son exactitude.

Conclusions. — 1° Je crois avoir démontré, par ce travail, que les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille n'en ont point étudié l'anatomie pathologique d'une manière positive.

2° Cette proposition qui est vraie, même pour les altérations de l'oreille moyenne, s'applique bien plus directement encore aux lésions de l'oreille interne.

3° J'ai prouvé, par des citations empruntées à Duverney, Itard, W. Kramer, J. Toynbee (les seuls auteurs qui se soient occupés du côté scientifique de la question), que les maladies du labyrinthe n'étaient encore, pour eux, que doutes et hypothèses; et qu'aucune tentative sérieuse n'avait été faite pour arriver à une démonstration.

4° Nos dissections ont prouvé que le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer, comme l'oreille moyenne, etc.

5° Un malade qui avait succombé avec les symptômes d'une *surdité* dite *nerveuse,* nous a offert les traces d'une phlegmasie non douteuse, dans l'oreille moyenne et interne.

Ce sujet intéressant réclame de nouvelles recherches.

6° L'*otite des phthisiques,* jusqu'à présent dite *tuberculeuse,* ne nous a offert, dans trois dissections, aucune trace de *tubercules enkystés* ou *infiltrés;* mais une phlegmasie suppurative des cavités de l'oreille.

7° Nous avons pu faire, d'une manière assez complète, l'anatomie pathologique de l'*otite typhoïde* et celle des fièvres graves.

8° Comme corollaire de cette description, nous avons exposé le mécanisme des *perforations du tympan* dans ces maladies.

9° Comment le pus pouvait s'*infiltrer de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne.*

10° Enfin, dans une deuxième partie, se trouvent émises les conséquences thérapeutiques de ces recherches, quelquefois en opposition avec les assertions des auteurs cités.

11° Le procédé nouveau de cathétérisme pour la trompe d'Eustache, que je soumets à l'appréciation de l'Académie, me paraît destiné à vulgariser ce moyen de thérapeutique en le rendant plus facile et plus sûr.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier mes collègues des hôpitaux, qui m'ont aidé dans ces recherches en me donnant des pièces ou des notes.

Mais, je veux plus particulièrement remercier M. Rayer, membre de l'Institut, médecin de la Charité; car c'est à sa bienveillance que je dois la première pensée de ce travail et les premiers faits qui en sont l'appui.

(1) *A.* La sonde qu'on emploie ordinairement est la sonde d'Itard modifiée (*voy.* les fig. 1 et 2).

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Symptômes de congestion cérébrale, suivis d'un hoquet persistant. — Limonade sulfurique. — Guérison.

Observation. — Le 21 juillet 1850, je fus appelé auprès d'un homme âgé de 52 ans, d'une bonne santé, robuste, mais grand mangeur. Il se plaint depuis quelques jours d'étourdissements, surtout quand il se baisse, et d'un malaise général. — Je lui pratique une saignée générale assez forte et lui recommande le repos et la diète. — Le lendemain, son état étant le même, je réitère la saignée, à la suite de laquelle il se trouve mieux. A quelques jours de là, il entre dans un cabaret, et il y boit, au lieu de bière, un litre d'eau sucrée dont il se trouve incommodé. Rentré chez lui, il mange une salade et le lendemain il éprouve un mal de tête et une pesanteur à l'épigastre. Bientôt ses étourdissements reparaissent, et en se baissant il tombe et perd connaissance. Porté dans son lit, on s'aperçoit d'une difficulté dans les mouvements du bras droit et du membre abdominal de ce côté; parole embarrassée. — Saignée copieuse qui est suivie de vomissements abondants et douloureux. C'est dans un de ces efforts de vomissement qu'il prend le hoquet.

Le 28, je constate une grande amélioration du côté du bras et du membre abdominal. La parole n'est plus que très-légèrement embarrassée; mais le hoquet est incessant; il n'est suspendu que pendant quelques rares instants de sommeil. L'épigastre n'est ni tendu ni douloureux. Le pouls est presque normal. Douleur du côté droit de la tête qui lui paraît engourdi. Sangsues n° 15 à l'apophyse mastoïde de ce côté; diète sévère.

Le 29, léger soulagement de la tête, mais le hoquet persiste incessant. Potion antispasmodique et calmante, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Soif intense, difficulté d'avaler la potion qui lui donne des nausées.

Le 30, le hoquet devient de plus en plus pénible. 12 sangsues à l'épigastre; bain général tiède. Dans la nuit, le malade éprouve des hallucinations, il est obligé de se lever et de se pro-

mener dans sa chambre. Un lavement lui a procuré une évacuation de matières dures.

1er *août*. Aucun amendement. Le hoquet se fait entendre toutes les quatre ou cinq secondes. Un vésicatoire de 8 centimètres sur l'épigastre, saupoudré d'acétate de morphine; boisson froide. Comme l'appétit se conserve, je lui accorde quelques tasses de bouillon aux herbes et de poulet; le hoquet n'en est pas influencé, il est toujours incessant, surtout quand le malade parle; il est moins fréquent quand il garde le silence.

Le 2, je fis quelques recherches sur cette maladie si tenace, et je trouvai, dans le *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, l'observation extraite des *Annales universelles de médecine*, d'Omodei, dans laquelle un jeune homme guérit, après treize mois, d'un hoquet, par l'usage d'un gros d'acide sulfurique, étendu dans un litre d'eau, à prendre trois cuillerées toutes les trois heures; je modifiai légèrement cette prescription et la fis prendre à la dose de deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Le 3, une amélioration sensible existe déjà : le hoquet perd de sa force et de sa fréquence; tisane froide, quelques tasses de bouillon aux herbes et de veau, continuation du remède.

Le 4, l'amélioration continue; le malade a dormi plusieurs heures sans hoquet.

Le 5, il n'a plus que quelques rares mouvements singultueux; son appétit augmente.

Le 6, le hoquet a entièrement disparu.

Le 12, le malade, sauf quelques douleurs du côté droit de la tête, ne ressent plus rien de sa maladie. Cette guérison s'est maintenue.

DEMARQUET, D M. P.
de Hénin-Liétard.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Des dangers que présente l'usage des lampes alimentées par le produit dit hydrogène liquide.

Déjà un grand nombre d'accidents dus à l'usage des gaz à hydrogène liquide ont été signalés, le fils d'un de nos chimistes les plus distingués a même succombé par suite de la rupture d'une de ces lampes contre lesquelles on ne saurait trop être en garde. Le fait suivant vient encore ajouter à tout ce qu'on pourrait dire sur ce sujet :

Un funeste événement est arrivé vers huit heures du soir, dans un pensionnat de jeunes filles, tenu par madame Bertrand, rue Boileau, 14, à Auteuil. Une lampe à gaz liquide qui éclaire le dortoir avait été allumée ce jour-là plus tôt que de coutume, à cause de la rentrée des élèves. Vers huit heures du soir, la lumière faiblissant, quelques enfants invitèrent la cuisinière à mettre du gaz dans la lampe; mais celle-ci répondit que son maître lui avait défendu d'y toucher et qu'il fallait l'appeler.

Sans tenir compte de cette recommandation, une autre femme, nommée Françoise, qui se trouvait là, alla chercher le vase qui contenait le liquide et qui était enfermé dans une armoire de la chambre de M. Bertrand, et, donnant la lampe à une élève, elle versa le liquide par l'orifice à côté de la mèche qui était encore allumée. Au même instant, le gaz s'est enflammé et s'est répandu sur le plancher, où il a mis le feu aux robes des jeunes filles qui entouraient Françoise.

Trois des élèves ont reçu des brûlures extrêmement graves. L'une d'elles, la jeune Héloïse-Antoinette Maire, âgée de 9 ans, a succombé à ses blessures après cinq ou six heures d'atroces souffrances. Une autre, la jeune Emilie Lacombe, âgée de 12 ans, est morte dans le milieu de la nuit suivante. La troisième, Emma Lesage, paraît aujourd'hui hors de danger; les brûlures ont attaqué principalement le cou et la figure. Les autres élèves ont pu heureusement être préservées des atteintes du feu. Une enquête a été ouverte immédiatement sur ce douloureux accident.

On se demande si l'administration ne devrait pas faire examiner la construction des lampes usitées jusqu'à ce jour, et les faire disposer de telle sorte que les accidents fussent moins fréquents. (*Journ. de chim. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Cinq nouveaux cas de choléra se sont manifestés à l'Hôtel-Dieu depuis deux jours; quelques cas se sont également développés à la Charité et dans quelques autres hôpitaux. Un nombre de cholériques à peu près double sont entrés du dehors. L'épidémie conserve donc toujours son caractère bénin quant à la quantité de personnes atteintes; mais elle conserve tout son caractère, quant à la gravité : la mortalité est toujours de près de moitié chez les individus atteints.

— *Fête des Écoles.* — Hier a eu lieu, dans la basilique de Sainte-Geneviève, l'inauguration de la fête des écoles à laquelle Mgr l'Archevêque de Paris avait convié les savants et les élèves de toutes les Facultés, ainsi que les grands corps académiques. L'ancien Panthéon était décoré d'une manière aussi splendide que le comportait le peu de temps qui s'est écoulé depuis que cet édifice grandiose a été rendu au culte. Un grand nombre d'auditeurs avaient répondu à l'invitation du Prélat. La médecine y était représentée par MM. Piorry, Bérard, Requin, et par quelques membres de l'Académie impériale de médecine. L'Archevêque a prononcé, après une messe en musique dans laquelle se sont fait entendre Alexis Dupont et d'autres artistes distingués, un discours dont le but est de prouver que la religion et la science, appelées l'une et l'autre à rendre les hommes plus heureux, doivent se prêter un mutuel appui, et que, loin de se traiter en ennemies, elles doivent s'unir par un lien indissoluble. « Le christianisme, « a dit l'orateur chrétien, ne repousse pas la philosophie, il l'éclaire par « les grandeurs de la religion. » L'orateur, s'adressant aux diverses Facultés de théologie, de droit, de médecine et des lettres, et aux élèves des diverses Écoles, a prononcé quelques paroles empreintes d'un sentiment élevé de charité chrétienne et d'une tolérance éclairée.

Ce discours, dit avec beaucoup d'effusion, a vivement ému l'auditoire. La solennité s'est terminée par un *Te Deum* en musique.

— La Faculté de médecine de Paris a adopté, à une très-grande majorité, les conclusions de la commission qu'elle avait nommée pour lui faire un rapport sur l'opportunité de la transformation de la chaire de chimie organique en chaire de *pharmacie*. Une faible minorité, dont font partie MM. Gavarret et Würtz, s'est prononcée contre une telle transformation. On connaît déjà notre opinion sur cette question, et malgré l'avis contraire de plusieurs de nos excellents amis, nous persistons à croire que la création de quelques cliniques spéciales aurait été infiniment plus utile à l'enseignement que celle d'une chaire de pharmacie. Le *statu quo* nous semble même préférable à la transformation projetée, et nous ne doutons pas que M. le ministre ne recueille presque unanimement une opinion conforme à la nôtre, s'il juge utile de prendre des conseils en dehors de la Faculté.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Des maladies transmissibles des animaux à l'homme. Examen de toutes les questions y relatives sur lesquelles il est nécessaire d'avoir des idées justes. Exposé précis des symptômes, du traitement, etc., de ces affections morbides dans l'espèce humaine; suivi d'un Traité de la contagion morbide en général, par le docteur J.-B. VEYSSIÈRE, médecin en chef honoraire de l'hôpital civil de Stenay. — Brochure in-8 de 130 pages. — Au bureau du journal et chez tous les libraires de l'Ecole de médecine. — Prix : 2 fr.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur BOUCHARDAT. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 cent.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome I. — N° 144. 1re année. Jeudi 1er Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. / 6 mois, 12 fr. / 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 21 novembre. — CLINIQUE CIVILE : Deux cas de guérison de kystes purulents de l'ovaire au moyen des injections iodées, par M. le Dr Dicharry. — ACADÉMIE IMPERIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 30 Novembre 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

(Du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes, des varices et des hémorrhagies.)

M. Malgaigne est vraiment un juge d'instruction des plus agréables, et il doit quelquefois se dire, comme un philosophe bien connu, que s'il n'était un professeur éminent, il aurait voulu être un procureur-général célèbre. Donc, après le tour de M. Burin-Dubuisson, qui s'est assez médiocrement justifié par l'envoi de ses prospectus, est venu celui de M. Pétrequin qui, nous aimons à le croire, se justifiera un peu plus victorieusement. M. Malgaigne n'accuse M. Pétrequin de rien moins que d'avoir écrit, dans une communication faite en Belgique, qu'il n'avait eu *qu'une seule fois* l'occasion d'appliquer la méthode Pravaz, et puis, dans une communication faite à l'Institut de France, qu'il n'avait JAMAIS eu l'occasion de l'employer. L'explication qui se présente, au premier abord, c'est que la communication française a été faite à une époque où M. Pétrequin n'avait pas encore pratiqué l'injection ; mais, ajoute M. Malgaigne, la communication belge a, par malheur, été faite la première. Le savant académicien a ajouté que le malade de M. Pétrequin est mort, ce que le chirurgien de Lyon avait oublié de dire. Voilà des faits qui ont une apparence assez grave ; mais nous ne doutons pas qu'ils ne reçoivent une explication qui leur rendra tout le caractère possible de bénignité.

Au reste, le fait nouveau révélé par M. Malgaigne (à supposer qu'il soit vrai), ce fait ne nous paraît pas de nature à avancer beaucoup l'état de la question, touchant l'application du perchlorure, au traitement des anévrismes. Certes, c'est un nouvel et triste avertissement qui devra augmenter encore la prudence des chirurgiens et faire multiplier les expériences sur les animaux ; mais, ainsi que

FEUILLETON.

Etudes sur l'assistance publique de Paris,

SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DES SECOURS A DOMICILE,

Notes communiquées à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris,

Par son président le Dr J.-F. PAYEN.

(*Séance du* 31 *mai* 1853.)

(Suite. Voir le n° 143.)

Je vais maintenant entrer dans quelques détails.

En général, les secours se divisaient en secours de santé et en secours de maladie.

Les premiers étaient ordinairement distribués par les hommes, les seconds par les femmes.

La réunion des dames de charité formait une société préparatoire qui soumettait ses propositions pour les admissions, pour la quotité des secours, etc., au bureau d'administration présidé par le curé.

Les deux conseils se tenaient une fois par mois.

Le curé de Saint-Sulpice, en 1783, M. Fay dit de Tersac, disait, avec un légitime orgueil : « Nous pouvons certifier qu'il n'existe point à notre connaissance « un vrai pauvre de la paroisse sans secours de notre part. Les malades sont les « premiers objets de nos soins ; jamais, quels que soient leur état, leurs mœurs « ou leur religion, ils ne sont rejetés. » Effectivement, les instructions mentionnaient les protestants comme ne devant pas être exclus pour fait de religion, seulement on n'assistait pas ceux qui travaillaient pour la comédie, ceux qui jouaient des instruments dans les rues et ceux qui n'envoyaient pas leurs enfants aux écoles.

Les secours étaient à peu près les mêmes dans toutes les paroisses. Relativement aux objets de première nécessité, les autres modes d'assistance variaient selon les ressources.

C'était principalement :

Secours aux enfants à la mamelle, lait, farine, layettes.
Écoles de filles, apprentissages.
École de garçons, métiers.
Assistance aux ménages en leur procurant de l'ouvrage.
Le pain aux vieillards infirmes.
L'assistance de lits, de linge d'habillements.
Les distributions de bois en hiver, de légumes dans le carême, de viande, de bouillon.
L'assistance des malades.
Les pensions aux vieillards, aux infirmes, continuées même dans les hospices lorsqu'ils n'avaient pas de famille.

Partout, le secours en argent est proscrit plus ou moins complétement. En dehors de ce qui précède, l'assistance se compose d'objets utiles, d'outils, etc.

LA PAROISSE SAINT-SULPICE, qui me paraît être plus importante que les autres à cette époque, employait de plus des fonds :

A la délivrance des prisonniers ;

l'a fait observer si judicieusement M. Velpeau, ainsi que nous l'avions déjà fait observer nous-même, le praticien ne peut détourner les yeux de cette guérison remarquable obtenue par M. Valette, guérison obtenue, si l'on veut, contre toutes les règles, quoique M. Malgaigne proclame lui-même qu'il ne saurait y avoir encore de règles, mais guérison qui peut avoir une raison d'être, qu'on parviendra à découvrir, et qui, une fois découverte, pourra singulièrement augmenter les avantages de la méthode Pravaz. Nous devons répéter que notre confiance dans un tel avenir n'est pas grande ; mais elle est, elle doit être suffisante cependant pour encourager de nouvelles tentatives faites avec prudence, et éclairer sur de nombreuses expérimentations faites sur les animaux.

Déjà les pièces présentées hier par M. Leblanc permettent d'entrevoir un fait qui serait d'un grand intérêt au point de vue de la physiologie pathologique, et qui devrait inspirer d'assez grandes espérances en thérapeutique, c'est que le caillot, produit par le perchlorure dans les artères, peut, contrairement aux présomptions théoriques de M. Alquié, et un peu de M. Velpeau, s'organiser et contracter des adhérences vitales avec les parois du vaisseau. Des stries sanguines, vestiges de vaisseaux commençants, se voyaient, en effet, sur le caillot artériel présenté par M. Leblanc.

Enfin, M. Velpeau a encore rappelé, comme preuve des utiles résultats auxquels pourraient conduire de nouvelles expérimentations avec le perchlorure, les observations extrêmement intéressantes que M. le docteur Moissenet a publiées dans le *Moniteur des Hôpitaux*, et qui démontrent l'utilité du liquide Pravaz dans les hémorrhagies.

En résumé, M. le professeur Velpeau est arrivé aux conclusions que nous avons déjà formulées, et nous devons croire que tous les praticiens partageront l'opinion du savant professeur et la nôtre.

M. Velpeau a présenté comme digression, sur le traitement des varices, quelques remarques que je dois d'autant moins laisser passer inaperçues, que j'ai eu nombre de fois l'occasion d'exprimer les mêmes vérités que le savant professeur. Le perchlorure, a-t-il dit, ne guérira pas les varices, et par la meilleure de toutes les raisons, c'est que les varices ne peuvent être guéries ; et parmi toutes les preuves que M. Velpeau a invoquées à l'appui de son opinion, l'exemple d'une excision, dans la longueur de 4 à 5 centimètres, d'une veine variqueuse, excision qui n'a pas empêché la reproduction de la maladie, en est une qui pouvait se passer de toutes les autres.

M. Velpeau, cependant, aurait dû faire une exception bien remarquable et sur laquelle j'ai aussi insisté nombre de fois ; c'est que le varicocèle, loin de ressembler, sous ce rapport, aux autres varices, est dans une condition tout à fait opposée ; c'est-à-dire qu'il guérit à peu près toujours, non par le fait des opérations, qui toutes, sans exception aucune, guérissent extrêmement rarement, mais par la seule influence du temps, ce qui prouve d'ailleurs d'une autre façon que la maladie tient à la constitution même du système veineux. En effet, autant le varicocèle est fréquent de vingt à quarante ans, autant il est rare au delà de cet âge, aussi bien chez les hommes qui ont abandonné la maladie à elle-même, que chez ceux qui se sont soumis à des opérations plus ou moins compliquées, et surtout parfaitement inutiles.

Conclusion pratique : se borner, pour le traitement des varices et des varicocèles, à des précautions purement palliatives : les varices guériront quelquefois seules ; le varicocèle, presque toujours.

Tels sont les résultats pratiques de cette séance, qui a été inaugurée par un Rapport dans lequel M. Cazeaux a enterré, avec sa carrure accoutumée, un soi-disant *Manuel du Vaccinateur*, et par une Note de M. Désormeaux que nous publierons dans notre prochain numéro, et dans laquelle ce jeune chirurgien a fait connaître un instrument des plus ingénieux pour l'exploration, à l'aide de l'œil, du canal de l'urètre et de plusieurs autres cavités profondes et étroites.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 21 Novembre.

M. Magendie est un homme de beaucoup de talent et fort original ; il s'entend à merveille à faire crier les coqs et hurler les chiens, en les écorchant ; il sait, suivant l'expression d'un de ses savants collègues en physiologie, « beaucoup de bonnes choses qui ne sont pas

---

A des secours considérables une fois donnés ;
A une maison de prêt *gratuit ;*
A la fondation et à l'entretien d'un hôpital ;
A un bureau d'adresses pour procurer de l'ouvrage aux hommes ;
A fournir aux pauvres du pain à prix réduit — à 6 liards la livre ;
A des subventions partielles sur le prix des loyers.

Afin de donner un exemple de chacun de ces modes de secours, je vais entrer dans quelques détails sur ce qui se pratiquait dans cette paroisse Saint-Sulpice, entre 1770 et 1780.

On fournissait de l'ouvrage aux indigents qui travaillaient chez eux ou chez des maîtres ou maîtresses.

On donnait à filer aux femmes et on prêtait le rouet à celles qui n'en possédaient pas. M. Lenoir, lieutenant de police, avait à cet effet établi un bureau où on distribuait la filasse.

On payait le travail d'après deux bases : l'une fixe, l'autre graduée et *indéfiniment* croissante avec la quantité d'ouvrage fait dans un temps donné.

Ainsi, telle femme qui avait dans sa semaine fait un travail moyen, recevait le prix fixe, courant ; mais celle qui avait dépassé ce travail moyen, recevait un prix supérieur pour une première fraction, puis un prix proportionnellement plus considérable pour une deuxième, de telle sorte qu'il existait une véritable prime pour l'activité. — Deux mille personnes travaillaient ainsi.

Nous retrouvons ce mode d'assistance établi encore aujourd'hui, car l'administration actuelle entretient une filature.

La couture produisait environ 10 mille livres par an. La broderie, 4 mille à 4,500 livres.

La filature employait 300 femmes ; elle a produit jusqu'à 19,500 livres.

Une manufacture de toiles, établie par la paroisse, employait 165 petits garçons.

70 à 80 de ces derniers apprenaient des métiers.

Les petites filles filaient du coton ; leur nombre s'élevait à 70.

Une filature de soie employait plus de 300 garçons qui tous gagnaient leur nourriture, leur habillement et portaient chaque semaine 20 ou 30 sols à leurs parents.

Les petites filles gagnaient en proportion.

Les enfants employés chez des maîtres étaient défrayés de tout et on leur donnait le quart de ce qu'ils gagnaient.

Il existait, en outre, des écoles de charité où tous ces enfants étaient reçus à de certaines heures. On accordait deux jours de congé par semaine et on faisait des promenades en commun.

Une maison d'orphelins pouvait contenir 100 enfants.

Enfin, la paroisse avait un hôpital A ELLE, lequel a contenu jusqu'à 128 malades et pouvait en recevoir davantage, c'est celui qu'aujourd'hui nous connaissons sous le nom d'hôpital Necker.

Et je ne puis m'empêcher de remarquer que, dès 1778, les malades de cet hôpital étaient couchés *seuls, chacun dans un lit,* tandis qu'à cette même époque, ceux des hôpitaux étaient encore 4 et même 6 dans le même lit ; et j'ai là sous les yeux des lettres-patentes de Louis XVI, en 1781, qui ordonnent que dorénavant les malades de l'Hôtel-Dieu soient couchés seuls dans un lit, et un des considérants porte « qu'on a souvent réuni des malades et des mourants. » Nonobstant cette prescription, en 1788, à l'époque à laquelle Ténon publia son Mémoire sur les

neuves, et beaucoup de choses neuves qui ne sont pas bonnes ; » il voit quelquefois avec une finesse miraculeuse, des choses qui échappent à tout le reste des mortels ; d'autres fois, sa vue est d'une paresse qui touche à la cécité, témoin ce fameux voyage de 1849, dans lequel M. Magendie ne put parvenir à voir la couleur noire des cholériques qui avait frappé tous les médecins du département du Nord. De cet ensemble de qualités et d'imperfections, il résulte que, si les observations de M. Magendie doivent toujours être prises en sérieuse considération, on aurait tort cependant de faire reposer un travail sur une observation de cet expérimentateur hardi : le premier mérite de tout ce qu'il a vu, c'est d'être excellent à revoir. Il est donc fâcheux que M. Mouriès, et, après lui, M. Chevreul, n'aient pas commencé par contrôler l'expérience sur laquelle ils ont basé, l'un son mémoire, l'autre son rapport.

On se rappelle que l'intéressant travail de M. Poggiale sur l'analyse du son, fut bientôt suivi d'un travail moins étendu de M. Mouriès à peu près sur le même sujet.

Nous disons à peu près, car M. Poggiale avait eu surtout pour but de déterminer la composition chimique du son et la proportion de parties assimilables qu'il renferme, qu'il évalue à 46 pour cent; il croit avoir prouvé, par des expériences directes, qu'un chien ne peut vivre non-seulement avec du son, mais même avec du son et du bouillon, tandis qu'il vit très-bien avec du bouillon et du pain blanc, et que, par conséquent, il était logique de laisser le son de côté dans la panification.

M. Mouriès, au contraire, pensant, sur la foi de M. Magendie, que le son augmente les propriétés nutritives du pain, a voulu chercher comment il agissait.

Il eut peut-être été désirable que le rapport sur le premier travail fût le premier présenté à l'Académie; mais, comme tout ne va pas toujours pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles, c'est sur le dernier de ces deux travaux que M. Chevreul est venu lire un rapport, dans lequel le zélé académicien s'est proposé, avec l'auteur du mémoire, d'expliquer le fait découvert par M. Magendie. Il y a très-longtemps, il est vrai, que l'opinion de ce physiologiste a cours dans la science, mais comme elle ne repose jusqu'à présent que sur les observations de M. Magendie, il n'aurait pas été absolument inutile de vérifier le fait, avant de tenter l'explication, surtout après les nombreuses expériences de M. Poggiale.

Quoi qu'il en soit, voici, d'après MM. Mouriès et Chevreul, cette explication : le son renferme plusieurs principes azotés (indéterminés) dont l'ensemble jouit de la propriété de transformer, comme la diastase, l'amidon en dextrine et en sucre, et de le rendre ainsi assimilable. La dissolution de l'amidon par les principes du son est le fait positif qui semble ressortir des expériences de M. Mouriès ; mais nous croyons que, jusqu'à plus ample informé, on fera bien de s'en tenir à ce fait.

Dans cette séance, a eu lieu une communication fort intéressante de M. Chassaignac sur l'ostéo-myélite, et deux communications fort intéressantes aussi, mais moins intéressantes pour nous, l'une d'un botaniste distingué, M. Duchartre, sur une nouvelle substance alimentaire, l'*apios tuberosa*, l'autre d'un chimiste honorablement connu, M. Dessaignes, sur les acides des champignons.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE CIVILE.

Deux cas de guérison de kystes purulents de l'ovaire au moyen des injections iodées,

Par le Dr DICHARRY.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans votre excellent journal, la relation d'une hydropysie enkystée de l'ovaire traitée et guérie par les injections iodées. Permettez-moi de vous en adresser deux nouveaux exemples, également guéris par le même traitement. La guérison, dans les deux cas que j'ai l'honneur de vous soumettre, me paraît d'autant plus remarquable, qu'il s'agit de deux kystes suppurés contenant plusieurs litres de pus. Si vous les jugez dignes de vos lecteurs, veuillez les publier dans un de vos prochains numéros.

Une maladie grave, toujours mortelle dans un temps plus ou moins long, et jusqu'à présent au-dessus de toutes les ressources de l'art, est enfin devenue curable, grâce aux recherches et aux travaux de M. le docteur Boinet. Cette maladie est l'hydropisie des ovaires. Les malheureuses femmes qui en étaient atteintes se soumettaient en vain à toute espèce de traitement, à des pratiques illusoires, dégoûtantes même, suggérées souvent par la

---

hôpitaux, les variolés couchaient encore 4 et 6 dans le même lit, et les femmes atteintes de variole étaient confondues dans les mêmes salles et les mêmes lits que celles dont les maladies n'étaient pas contagieuses.

J'ajoute, malgré la tristesse du sujet, un fait dont il faut se souvenir, car il montre les progrès que nous avons faits sous ce rapport, et il explique cette impression de terreur qu'éveillait, dans l'esprit du peuple, le seul mot d'hôpital, jusqu'à nos jours.

Sous Louis XIV, les syphilitiques étaient traités à Bicêtre et couchaient 4 dans un même lit ; mais il y avait ce qu'on peut appeler *deux fournées :* une moitié des malades restait couchée à terre depuis huit heures du soir jusqu'à quatre heures du matin, et celle-là, à cette heure, remplaçait la moitié qui, dans la première partie de la nuit, avait occupé les lits. C'est ainsi que 25 lits devaient suffire à 200 malades.

Revenons à la paroisse Saint-Sulpice.

Pour couronner ce vaste ensemble de secours si complets, si bien combinés, la paroisse avait établi un bureau de prêt sur gages, mais GRATUIT. (Le Mont-de-Piété n'existait pas alors, bien que plusieurs tentatives eussent déjà été faites. Celui que nous connaissons n'a été fondé qu'en 1777.)

Le principe qui guidait l'Assemblée de charité de Saint-Sulpice était qu'il fallait *prévenir* l'indigence plutôt encore que la *secourir*, et qu'en prêtant ainsi gratuitement, on permettait aux indigents de faire quelques petites entreprises qui entretenaient leur industrie et l'amour du travail.

La somme la plus forte qu'on prêtât était 24 livres ; la plus faible 3 livres, et déjà nous retrouvons là des usages dont le Mont-de-Piété a profité. L'emprunteur souscrivait à la vente du gage, si au bout d'une année il ne s'était pas libéré. La vente était publique, aux enchères, par officier ministériel, et l'excédant était remis au propriétaire du gage, etc.

La somme employée annuellement pour ce prêt gratuit s'est élevée jusqu'à 29,000 livres.

Un mode journalier de secours consistait à faire délivrer à 6 liards la livre de pain de première qualité qui à cette époque valait le double ou le triple. On avait supprimé le pain dit *des pauvres*, parce qu'on voulait que ceux-ci mangeassent au moins de bonne qualité cette base de leur alimentation, et parce qu'en les obligeant à ajouter une proportion quelconque au prix de ce pain, ils l'estimaient davantage.

Quand la paroisse avait connaissance qu'un ménage, jusque-là non assisté, avait éprouvé quelque grand revers, elle aidait les individus à se rétablir en leur donnant un secours quelquefois considérable, mais à charge de restitution dès que la chose serait possible.

Les malades étaient soignés par trois médecins ou deux chirurgiens payés par le curé.

Dans le soin des malades se trouvaient compris le linge, les médicaments, l'assistance des sœurs, enfin la portion dite de convalescence, composée d'un pain mollet et d'un morceau de viande chaque jour.

La paroisse s'occupait encore de la délivrance des prisonniers pour dettes, en appréciant les motifs de la peine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

superstition et le charlatanisme, car il faut l'avouer, la médecine était à désirer un remède efficace, quoiqu'elle eût successivement essayé de tous ceux qui ont été préconisés, et dont le nombre, et même la bizarre variété, n'attestaient que trop le défaut d'une méthode curative certaine. Les choses en étaient là, lorsque M. le docteur Boinet vint lui opposer avec succès une méthode aussi simple qu'efficace. Cette méthode est l'injection d'un soluté d'iode dans les kystes ovariques, préalablement débarrassés de leur contenu par une ponction. Notre but n'est pas d'entrer dans de longs détails sur ce mode de traitement, déjà si souvent et si heureusement mis en usage par son auteur et par plusieurs autres chirurgiens, non-seulement dans les hydropisies, mais encore dans plusieurs autres affections également très-graves, dans les épanchements pleurétiques purulents, dans les abcès par congestion, etc., mais de faire connaître des guérisons de kystes suppurés de l'ovaire, obtenus par les injections iodées. Nous avons observé avec un soin tout particulier, à cause de la nouveauté du traitement et de l'intérêt qu'elle nous inspirait, la malade dont suit l'observation :

Mademoiselle Louise Koc...., âgée de trente ans, de constitution lymphatique, tempérament nerveux, s'est confiée à mes soins dans le courant de l'année 1849, pour une tumeur qu'elle avait dans le côté gauche du ventre. Elle n'a jamais eu de maladies dans son enfance; elle n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfants; elle a été réglée à 16 ans. Ses règles n'ont jamais été très-régulières; elle est restée quelquefois une année sans les avoir. Toutes les autres fonctions s'exécutaient assez bien, lorsqu'il y a une dixaine d'années, elle ressentit dans le côté gauche du ventre une douleur sourde, profonde, continue, dont elle ignorait la cause; plus tard, elle crut sentir une boule, et c'est alors seulement qu'elle se décida à réclamer mes soins. Je constatai, dans le côté gauche du ventre, une tumeur que je crus être ovarique, mais sans pouvoir en déterminer la nature d'une manière précise. Elle avait le volume de la tête d'un fœtus à terme, occupait une partie de la fosse iliaque gauche, et remontait vers la ligne médiane, jusqu'au-dessus de l'ombilic; elle était dure, rénitente, non fluctuante, et donnait un son mat à la percussion. Au-dessous de cette tumeur, immédiatement au-dessus des pubis, sur la ligne médiane, on sentait une autre tumeur plus petite, mais beaucoup plus dure, qui se dessinait en relief dans la région hypogastrique. Par le toucher vaginal, il était impossible d'atteindre le col de l'utérus; on était arrêté par les pubis, tant le vagin s'était incurvé en avant. Cette tumeur pouvait être attribuée à un corps fibreux de l'utérus, mais nous avons plus tard acquis la preuve qu'elle était formée par l'utérus lui-même qui avait été entraîné par le kyste ovarique. Soumise à des traitements nombreux et variés, à des applications de sangsues, aux frictions résolutives, aux diurétiques, aux purgatifs, aux ferrugineux, à un régime tonique, aux vésicatoires volants, etc., cette tumeur parut un instant diminuer de volume, mais bientôt elle fit des progrès tels, que la malade passait pour être arrivée au terme d'une grossesse, et fut même, à cette occasion, dénoncée au commissaire de police; après plusieurs mois de soins inefficaces, elle fut recommandée, par M. Boussingault, à l'un de nos confrères, agrégé de la Faculté de médecine, qui lui conseilla pour tout traitement de porter une ceinture abdominale, lui disant qu'elle avait dans le ventre plusieurs tumeurs que tous les remèdes du monde ne feraient pas disparaître.

Dans ces derniers mois, obligée de donner des soins à un vieillard malade, elle éprouva beaucoup de fatigue, et son ventre, qui se développait de plus en plus, devint un peu douloureux; elle fut prise de vomissements incoercibles, de fièvre, d'une grande gêne dans la respiration; les jambes et les cuisses s'infiltrèrent, et, depuis quatre mois, ses règles avaient cessé de paraître. Elle était d'une maigreur très-grande, pâle, anémique; elle avait perdu ses forces, et, ne pouvant plus se tenir debout, elle gardait le lit depuis plusieurs mois; la fièvre était continue et s'accompagnait de frissons quotidiens; aucun aliment n'était supporté, la fièvre hectique la minait : tout faisait présager une issue prochainement funeste....

Sachant que mon confrère et ami, le docteur Boinet, avait proposé les injections iodées pour la cure des hydropisies enkystées de l'ovaire, et qu'il en avait guéri plusieurs par cette méthode, je le priai de venir visiter cette pauvre fille. M. Boinet diagnostiqua un vaste kyste de l'ovaire gauche, contenant probablement de la matière purulente, et voulut bien pratiquer, malgré la gravité du cas, une ponction suivie d'une injection iodée. Cette opération, dernière ressource pour ma malade, fut faite le 22 août 1853, avec un trocart de gros volume. Après avoir retiré trois litres et demi de matière purulente, et avoir vidé la poche ovarique aussi complétement que possible, M. Boinet injecta le liquide suivant :

℞ Eau distillée.....	50	grammes.
Teinture d'iode.....	50	—
Iodure de potassium.....	2	—
M.		

Cette injection fut laissée environ sept minutes dans le kyste, qui fut pétri, malaxé dans tous les sens, après quoi on en laissa s'écouler environ la moitié. Tous ces temps de l'opération furent d'une simplicité remarquable, et la malade assura n'avoir ressenti aucune douleur. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre du trocart, et le ventre recouvert de ouate, fut serré avec une serviette.

La journée et la nuit furent excellentes, et dès le lendemain, la malade put rester levée plusieurs heures. A partir de ce moment, les frissons, la fièvre et l'infiltration disparurent comme par enchantement; l'appétit revint, de même que le sommeil qui était impossible depuis longtemps; les garde-robes, qui étaient rares, difficiles, devinrent journalières, et la malade qui n'a pas cessé de se lever tous les jours depuis l'opération, a repris de la fraîcheur, de l'embonpoint, de la force et n'a jamais joui d'une meilleure santé. Son ventre, examiné trois mois après l'opération, est souple, non douloureux; la petite tumeur de la région hypogastrique a aussi disparu, et le toucher permet de sentir facilement le col de l'utérus, qui a repris sa place normale. Enfin, rien n'indique le retour de la maladie, et tout fait espérer que la guérison sera radicale, malgré les appréhensions de M. Boinet qui craint, en raison de la nature du liquide et de l'étendue du kyste, de voir la maladie se reproduire.

Quoi qu'il arrive, cette observation n'en est pas moins très-remarquable. Une femme est affectée depuis longues années d'une tumeur ovarique, qui a acquis un volume considérable, a été le siége d'une inflammation qui a transformé le liquide qu'elle renfermait en une matière purulente dont la quantité est de sept livres. La présence de cette tumeur a déterminé des accidents tellement graves, que la malade va succomber, elle est minée depuis longtemps par la fièvre hectique; il y a plusieurs mois qu'elle ne quitte plus le lit, elle est dans le marasme le plus complet, l'estomac ne supporte plus aucun aliment, les vomissements sont continuels, le ventre est très-douloureux, la fièvre excessive, la mort imminente.... Une ponction suivie d'une injection iodée est faite, et, dès ce moment, tous les symptômes si alarmants disparaissent. L'appétit se réveille, et, en quelques jours, la malade peut se livrer à ses occupations ordinaires. Les forces, l'embonpoint et la santé reviennent comme par enchantement.

Nous savons bien que l'évacuation du kyste aurait pu seule, à la rigueur, amener ce résultat, mais il est plus que probable que la cessation de la sécrétion purulente, et par suite le maintien de la santé, sont le résultat de l'injection iodée. Une guérison, même momentanée, nous paraît encore un fait immense, mais nous espérons bien qu'il n'en sera pas ainsi, car l'état de la malade est si satisfaisant, qu'il nous fait espérer une guérison radicale. Déjà M. Boinet, dont l'expérience en cette matière est grande, a eu l'occasion de traiter aussi heureusement, avec M. le docteur Charrier, un kyste suppuré de l'ovaire. La malade était une jeune dame de 22 ans, dont l'état était si déplorable, que M. Charrier, auquel elle fut confiée, déclara sa guérison impossible; il n'en fit pas moins appeler M. Boinet, qui eu le bonheur de la guérir. Voici cette observation :

Une jeune dame de 22 ans, de constitution lymphatique, très-nerveuse, mariée à l'âge de 18 ans, habituellement bien réglée, ayant eu deux enfants, souffrait depuis longtemps dans le ventre et maigrissait beaucoup, lorsqu'elle se décida, en février 1852, à consulter un médecin. Il reconnut qu'elle avait une tumeur dans le côté gauche du ventre. Le traitement qui lui fut conseillé à cette époque ne fut pas suivi; mais au mois d'août de la même année, ses souffrances ayant augmenté tout à coup d'intensité, elle vit un autre médecin qui, d'abord, lui fit mettre des compresses d'eau froide sur le ventre, puis des compresses d'eau de guimauve, puis enfin des compresses iodées, des sangsues, une saignée, des grands bains tous les jours, des potions, des lavements, des injections, etc., le tout sans résultat favorable, et l'abdomen continuait à grossir. La malade pouvait à peine respirer; elle avait de la fièvre et des frissons qui duraient cinq à six heures chaque jour, accompagnés d'une toux fréquente le soir; le médecin déclara que la malade était hydropique et qu'elle avait le poumon gauche attaqué. Il fit entrevoir que la ponction serait nécessaire, mais il n'osa la pratiquer dans la crainte d'une péritonite. Voyant l'inutilité de ces traitements, la fièvre, les vomissements, l'amaigrissement, le développement du ventre et l'oppression continuant à faire des progrès et le médecin se refusant à la ponction qu'elle désirait vivement, la malade s'adressa, vers la fin de décembre 1852, à M. le docteur Charrier, qui porta le pronostic le plus fâcheux et fit appeler M. le docteur Boinet.

Le 6 janvier 1853, une première ponction, suivie d'une injection iodée, fut faite. Il sortit environ trois litres de liquide purulent. D'autres opérations furent pratiquées les 1er, 17 février, 14 mars, 9 et 29 avril. La quantité de pus diminuait à chaque ponction, et, à la dernière, il en sortit à peine un demi-verre. Le kyste était facile à limiter et à circonscrire, parce que la malade, étant très-maigre et très-grêle, les parois de l'abdomen étaient peu épaisses. Dès la première ponction, les symptômes alarmants se dissipèrent, la malade, soumise à un régime tonique et aux ferrugineux, reprit graduellement ses forces et son embonpoint, et, au moment où elle est partie pour aller passer la belle saison à la campagne afin d'y achever le rétablissement de sa santé, on sentait encore une tumeur dure, non douloureuse à la pression, du volume d'un petit œuf de poule, mais qui ne la gênait en aucune façon. Toutes les fonctions étaient régulières. Les règles avaient reparu.

Se basant sur ces deux faits, M. Boinet croit qu'on peut diagnostiquer, avec quelque probabilité, que le liquide contenu dans les kystes est de nature purulente, toutes les fois que les malades sont atteintes d'une fièvre continue, lente, de perte complète de l'appétit, de vomissements, de diarrhée, d'amaigrissement considérable, de douleurs dans le ventre, et surtout dans le kyste, en un mot, tous les symptômes de la fièvre hectique, ou qui annoncent les grands foyers de suppuration. C'est aussi parce qu'il a été obligé de revenir à plusieurs ponctions et injections iodées chez la malade de M. Charrier, qu'il pense que le pus pourra se reproduire dans le kyste de la nôtre, car la guérison est plus difficile dans les kystes purulents que dans ceux qui ne contiennent que de la sérosité. Néanmoins, nous avons lieu d'espérer, chez notre malade, une guérison radicale, car voilà plus de trois mois qu'elle a été opérée, et elle possède tous les attributs d'une excellente santé, rien jusqu'à présent ne fait soupçonner le retour de l'épanchement. Chez la malade de M. Charrier, au contraire, il a fallu revenir à une seconde ponction au bout de trois semaines seulement!

Du reste, dans le cas où quelques signes viendraient en annoncer le retour, on n'attendrait pas, pour pratiquer une nouvelle opération, que la maladie fût aussi développée que la première fois, on la ferait immédiatement, car il est désormais démontré, par plusieurs observations, que moins les kystes sont volumineux ou anciens, plus les chances de guérison sont grandes. A ces faits, je pourrais encore joindre celui d'une jeune dame, atteinte d'un kyste ovarique simple, et que, depuis plusieurs années, j'ai ponctionné un grand nombre de fois, retirant, à chaque ponction, 12 à 15 litres de liquide séreux. Cette jeune dame, que je soigne avec le docteur Boinet, a déjà subi deux injections iodées, à parties égales. Son état est des plus satisfaisants, et tout fait espérer une prompte guérison. Déjà le kyste est considérablement revenu sur lui-même, et à la seconde ponction, après une première injection iodée, nous avons retiré à peine 2 litres de liquide.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Novembre 1853.— Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillon d'une eau minérale sise à Cusset (Allier);

2° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Fuzelier, médecin des épidémies à Montreuil-sur-Mer;

3° Rapport sur les maladies traitées dans l'hôpital militaire de Barèges, par M. le docteur Campmas, médecin en chef de cet hôpital;

4° États de vaccinations du département de l'Hérault.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Perchlorure.

L'Académie reçoit deux réclamations : l'une de M. Burin-Dubuisson, avec accompagnement de deux prospectus qui justifient assez bien les sévérités de M. Malgaigne.

La seconde réclamation est de M. Giraldès; elle est ainsi conçue :

M. le Président,

Je demande la permission à l'Académie de lui soumettre quelques observations au sujet du dernier discours de M. Malgaigne.

J'ai eu l'honneur de réclamer, auprès de l'Académie, contre l'appréciation générale faite par cet honorable académicien, des expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort, par M. Goubaux et moi.

A cette occasion, M. Malgaigne, désirant maintenir son appréciation, et afin d'éviter le reproche de porter un jugement erroné sur des expériences qui n'ont pas été publiées, a cherché à montrer à l'Académie que je me trouvais en contradiction flagrante avec ma réclamation; à cet effet, il a cité le *Bulletin de la Société de chirurgie* de Paris, où se trouvent consignées trois expériences de coagulation du sang par le perchlorure de fer.

Afin de mieux faire sentir à l'Académie la portée de la réclamation que j'ai eu l'honneur de lui adresser, je suis obligé d'entrer dans quelques détails. Les expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort pour étudier la question des injections de perchlorure de fer sont nombreuses. Les dix-sept premières forment trois séries, dont le résumé a été déposé, dans un paquet cacheté, à l'Académie des sciences, le 23 juin 1853.

Les trois premières expériences consignées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* (t. 3, p. 472, 473, 6 avril 1853), ont été faites dans le but de constater la coagulation immédiate du sang dans les veines et dans les artères, par l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer. Ces expériences ont été instituées d'après les données, plus ou moins précises, publiées alors dans le journal de M. Malgaigne; on lit dans ce recueil (numéro de février 1853, p. 109) le récit de trois expériences faites par Pravaz, et communiquées à l'Académie des sciences par M. Lallemand. Or, dans ces trois premiers et seuls essais d'injection de perchlorure de fer dans les vaisseaux, le regrettable et habile expérimentateur n'était pas encore conduit par des données bien arrêtées; on voit, en effet, que dans la première expérience, il injecte trois ou quatre gouttes de liquide dans la carotide d'un mouton, dans le second huit à dix gouttes dans la carotide d'un cheval, sans qu'il ait eu le soin d'indiquer le degré de concentration du perchlorure employé : *On y cherche donc en vain ces règles précises posées par l'inventeur lui-même.*

Plus tard, dans le mois de mai 1853, Pravaz adresse à la Société de chirurgie une lettre, où il résume toutes ses recherches sur les moyens de coaguler le sang dans les anévrismes, où il cherche à systématiser sa nouvelle méthode (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. 3, p. 524). Ici encore, on cherche en vain *ces règles précises posées par l'inventeur lui-même.*

Au moment où Pravaz adressait son travail à la Société de chirurgie, au moment où la nouvelle méthode était mise en pratique à Paris, chez l'homme, nous avions déjà terminé la deuxième série de nos expériences; quelques-uns des résultats observés avaient été communiqués à quelques membres de l'Académie, et il en avait été longuement question *devant*

M. Malgaigne. Ces expériences n'étaient donc pas un secret; dans la supposition même que dans la sévère appréciation faite par l'honorable académicien, il ne fût question que de celles citées dans le ***Bulletin de la Société de chirurgie***, on est en droit de se demander d'après quelles données M. Malgaigne reconnaît que ces expériences ont été mal faites? Il s'agissait de constater que quelques gouttes de perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux, déterminaient la coagulation immédiate du sang, or l'expérience a réussi; mais pour apprécier si quelque chose avait manqué à l'expérimentation, il aurait fallu connaître le degré de densité du perchlorure employé par Pravaz et par nous, la quantité de sang contenu dans l'artère comprimée, M. Malgaigne ignorait tout cela, néanmoins, de sa propre autorité, sans plus ample informé, il déclare hautement devant l'Académie que ces expériences *ont été très-mal faites*. Cette manière de procéder a quelque chose d'étrange, mais, Dieu merci, l'Académie n'a pas accordé à aucun de ses membres, si haut placé qu'il puisse être, le droit de blâmer les choses qu'il ne connaît qu'imparfaitement.

Choléra.

M. Beauregard, ex-interne des hôpitaux civils de Paris, adresse un mémoire sur le choléra que l'auteur guérit, par l'administration de l'éther et du chloroforme.

Ceinture hypogastrique. — Bandage crural.

M. Charbonnier adresse un nouveau modèle de ceinture hypogastrique et de bandage crural.

Sonde urétrale.

Réponse de M. Secretan, de Marseille, à la réclamation de M. Cazenave, de Bordeaux.

Urétrotomie.

M. Maisonneuve adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Dans la séance du 15 novembre, vous avez bien voulu me permettre de présenter à l'Académie un malade que je suis parvenu à guérir d'une oblitération complète du canal de l'urètre, au moyen de l'urétrotomie périnéale.

Je viens d'apprendre que M. Malgaigne, qui n'avait pas eu le loisir d'examiner ce malade, avait exprimé, devant l'Académie, des doutes sur la réalité et même sur la possibilité de la guérison.

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien adjoindre cet honorable membre à la commission chargée de constater l'exactitude du fait.

Diphtérite.

M. Lespiau, médecin aide-major au 75e de ligne, adresse la relation d'une épidémie diphtéritique.

Statistique médicale.

M. Peixote adresse la table de la mortalité dans la ville de Rio-Janeiro.

RAPPORTS.

Vaccine.

M. Cazeaux lit un rapport officiel sur un ouvrage intitulé : *Manuel du vaccinateur*, par M. Adde-Margras, qui demande pour son ouvrage l'encouragement du gouvernement.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le Ministre « que l'Académie ne reconnaît pas au livre de M. Adde-Margras ce caractère d'utilité pratique qui seul peut mériter à un pareil ouvrage l'approbation et l'appui du gouvernement. » (Adopté.)

LECTURES.

Urétroscope.

M. Désormeaux, chirurgien du Bureau central des hôpitaux; lit une Note que nous publierons dans notre prochain numéro.

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il communique à l'Académie des renseignements qui lui ont été fournis par un honorable confrère de Lyon, et qui infirment quelques-unes des assertions de M. Burin-Dubuisson. Il en résulte : 1° que M. Barrier n'a pas été sans avoir à déplorer des accidents, par suite de l'emploi du perchlorure de fer; 2° que M. Pétrequin, après de nombreux mécomptes avec cette substance, a cherché à la remplacer par le perchlorure de fer et de manganèse, qu'il croit plus inoffensif; 3° que M. Pétrequin qui, dans les communications publiées dans les journaux français, dit n'avoir *jamais* employé la méthode, déclare au contraire l'avoir employée une fois, dans la communication qu'il a faite à un journal belge. Or, il est bien vrai qu'il l'a employée une fois en effet, et, ce qui est non moins vrai, c'est que le malade est mort; 4° la méthode de Pravaz compte actuellement 5 morts sur 12 opérations.

DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE.

M. Roux (de sa place). — Il semblerait, à voir l'importance qu'on attache à cette discussion, que la chirurgie soit dépossédée de ressources contre les anévrismes, et cependant, chacun sait combien la ligature a acquis de perfection et de certitude. Ici, l'orateur résume les diverses phases du débat.

De toutes parts: On n'entend pas! A la tribune!

M. Roux (à la tribune). — Non, la discussion ne mérite pas le degré d'intérêt qu'on y attache. M. Velpeau a eu raison de dire que la méthode de Pravaz n'est pas nouvelle, et qu'elle n'est que la continuation des nombreuses tentatives qui ont été faites pour coaguler le sang dans l'intérieur des vaisseaux. Seulement, il y a un rapprochement qu'a essayé M. Velpeau et qui ne me paraît pas légitime, quand il a parlé de l'action du froid sur les tumeurs anévrismales. Cette médication est destinée à ralentir et non pas à arrêter le cours du sang dans les artères. Ce moyen n'est certes pas à dédaigner, car je l'ai vu réussir nombre de fois; seulement, celui qui le premier l'a préconisé prétendait guérir toujours; tandis qu'à Paris, où l'on a essayé de l'employer, il ne donnait que des succès plus rares. C'est ce qui a fait dire, dans le temps, *que l'eau de la Seine n'avait pas les mêmes propriétés que l'eau de la Garonne.* (Guérin, le promoteur de cette méthode, exerçait dans une ville de la Gascogne.) Je m'étonne que M. Velpeau, qui est si bien au courant des progrès de l'art, ait omis la *compression*. Un chirurgien qui vit encore, a prétendu qu'une compression momentanée était suffisante pour former un caillot obturateur, quand on l'appliquait sur une artère anévrismale, entre l'anévrisme et le cœur. M. Roux entre dans une discussion minutieuse sur la question de savoir à qui, de Hunter ou d'Anel, appartient le procédé de ligature attribué par les auteurs, tantôt à l'un, tantôt à l'autre.

M. Roux (continuant). — On a eu tort d'envisager la méthode de Pravaz isolément. Il fallait la comparer aux autres méthodes; ensuite, il y a des cas où on pourrait y avoir recours à la rigueur, et il y en a d'autres où elle doit être rejetée inexorablement. Je suppose, pour un instant, que le perchlorure ait tous les avantages qu'on lui attribue, ou bien qu'on ait trouvé un autre agent dépouillé de tous les inconvénients du premier. Je suppose qu'on ait lieu d'être entièrement rassuré sur les changements que le liquide détermine dans le sac; qu'on ait des règles précises pour pratiquer l'opération; que tout accident soit impossible; eh bien! même alors, je donnerais encore la préférence à la ligature, toutes les fois qu'elle sera praticable. Mais, au lieu de cela, il faut reconnaître qu'on ne sait rien de précis, jusqu'à présent, sur les conditions dans lesquelles doivent se faire les injections de perchlorure, et la preuve, c'est ce qu'a dit M. Laugier et ce qui m'a particulièrement frappé, au sujet de l'observation de M. Valette qui a réussi, en s'affranchissant de tous les préceptes tracés par Pravaz. Voyons si le perchlorure s'applique davantage au traitement des varices.

Il y a quinze ans, un chirurgien italien me fit part des heureux résultats qu'il obtenait par la ligature de la saphène interne dans les varices. Je l'ai employée moi-même 50, 60, et peut-être 100 fois, sans aucun accident. En ce moment, j'ai dans mon service quatre malades récemment opérés pour la même infirmité et qui vont très-bien. Je ne consentirais donc jamais à remplacer ce moyen inoffensif et sûr, par les injections d'un liquide quelconque dans les veines; et puis, pour en revenir aux anévrismes, a-t-on songé qu'il y a une grande différence entre l'état du vaisseau dans l'anévrisme et celui d'une artère saine? Si, dans ce dernier cas, on peut injecter avec quelques chances d'innocuité, il n'en est plus ainsi quand la tunique interne est malade. J'ai pratiqué, jusqu'à ce jour, 84 ligatures de grosses artères. Dans ce nombre, il y en a 66 où j'ai employé la méthode de Hunter. Dix fois il s'agissait d'anévrismes faux-consécutifs. Tous les dix opérés ont guéri. Donc, je dis que jamais on ne devra avoir recours au perchlorure dans les anévrismes faux-consécutifs qu'on rencontre presque toujours au pli du bras. J'ai fait la ligature dans 33 cas d'anévrismes spontanés, parmi lesquels j'ai opéré 27 fois sur la poplitée. Presque toujours, j'ai eu recours à la méthode de Hunter. Après une si longue pratique de la ligature, j'ai pu sans doute en reconnaître les avantages; c'est pourquoi je ne voudrais pas qu'on y substituât légèrement une méthode dangereuse. Après avoir énuméré les divers accidents qu'on doit redouter du perchlorure, le savant professeur dit n'avoir eu, dans sa longue carrière, que 3 cas de gangrène consécutive à la ligature et 2 fois des accidents inflammatoires. Pour lui, il est douteux qu'on arrive à diminuer les éventualités de mort par le perchlorure.

De nos jours, dit-il, la nouveauté plaît trop à certains esprits inquiets, et l'on tend à oublier facilement les notions acquises dans le passé. Il en est beaucoup que tourmente le besoin d'innover et d'attirer sur eux l'attention, et cependant, il n'est pas raisonnable de changer, pour le seul plaisir du changement.

M. Velpeau. — L'Académie portera la peine de sa décision dernière. J'avais demandé la parole pour faire seulement deux rectifications, et je ne l'aurais gardée que deux minutes; mais en m'ajournant à aujourd'hui,

elle m'aura obligé à être plus long. Dans le principe, on ne s'est préoccupé que de la valeur propre du perchlorure. En ce moment, le débat porte sur le mérite relatif des différentes méthodes de traitement des anévrismes. Un instant même on s'est préoccupé du côté moral de la question. M. Gerdy s'est chargé de traiter ce point de vue, et, en ne voulant blâmer personne nominativement, l'honorable orateur a préféré accuser tout le monde. Enfin, M. Malgaigne n'étant pas présent au moment où j'ai parlé, m'a attribué des paroles que je n'ai pas dites. Je n'ai pas nié assurément la possibilité de la gangrène du bras dont il a été question; mais je l'ai trouvée étrange, et voilà tout; car, comment eussé-je pu nier un fait affirmé par M. Malgaigne! Je n'ai pas non plus rejeté absolument la méthode de Pravaz, mais j'éprouve des doutes, vu l'insuffisance des faits allégués, pour et contre. J'ai dit que provisoirement on pourrait tenter cette ressource thérapeutique contre les anévrismes de la racine des membres. Repousser définitivement les injections, ce serait peut-être s'opposer à un grand progrès dans l'avenir, car il serait bien heureux d'arriver un jour à coaguler sûrement le sang dans les sacs anévrismaux. Y parviendra-t-on par un autre agent que le perchlorure? C'est ce qu'on ne saurait dire. Pour moi, je ne crois pas que ce soit par le perchlorure. Toutefois, soyons persuadés que cette substance n'agit pas comme irritante. J'en ai acquis la certitude, ainsi que je l'ai déjà dit, en en introduisant à profusion dans des plaies à titre d'hémostatique, et sans produire la moindre inflammation. Si le perchlorure est nuisible, il le doit à des propriétés tout autres. Il importe en définitive de s'assurer de l'oblitération du vaisseau après la formation du caillot, et pour cela il faut continuer les expériences sur les animaux, le sujet en vaut la peine. Je dirai en passant qu'il est étonnant de voir un pharmacien intervenir dans cette discussion. Évidemment, M. Burin-Dubuisson n'avait rien à y voir, et il devait s'abstenir d'y figurer. Je ne comprends pas que M. Malgaigne trouve mal observé le fait de M. Valette, qui constitue un succès réel, et cela uniquement parce qu'il est en opposition avec ses vues. Ce n'est pas juste ni logique. M. Valette est un homme assez bien placé dans la science pour qu'on ne puisse pas suspecter ses assertions. Nous n'avons donc pas le droit de rejeter ce fait.

D'ailleurs, si le perchlorure ne convient pas dans les anévrismes, il pourrait peut-être s'appliquer au traitement des varices ou servir tout au moins comme hémostatique, ce qui serait déjà bien précieux. M. Giraldès l'a injecté dans les veines et en a obtenu l'oblitération sans accidents. Je n'en suis cependant pas partisan dans le cas de varices, parce que je ne crois pas qu'on puisse les guérir, par quelque procédé que ce soit. J'ai fait environ 250 fois la ligature des veines variqueuses, — cette opération que M. Roux trouve en Italie, quand il l'avait toute décrite dans un livre de sa bibliothèque, — je n'ai eu qu'un seul accident, il est vrai; mais de guérison point. J'oblitérais des veines. Seulement les varices se reproduisaient et les malades revenaient à l'hôpital. J'ai fait plus : un jour, j'ai excisé 5 centimètres d'une saphène, pour être bien sûr de prévenir le rétablissement de la circulation, en interrompant la continuité du vaisseau. Malgré cela, le malade est rentré à la Charité dix ans après, avec ses varices récidivées. Maintenant, je vais donner un petit avis aux expérimentateurs : j'ai vu réellement sur des animaux le caillot formé par le perchlorure contracter un commencement d'adhérence avec la paroi interne de l'artère. Mais en sera-t-il de même dans une poche anévrismale, où la vitalité est bien moindre et où elle est quelquefois incapable de faire les frais du travail organique nécessaire. D'un autre côté, l'ouverture de l'artère blessée n'est pas toujours vis-à-vis la tumeur. Dans ces cas-là, en oblitérant la tumeur, on ne remédie pas à l'anévrisme, car il n'y a que le sang en contact avec le perchlorure qui se coagule.

Loin de blâmer ceux qui expérimenteront encore le perchlorure pour arriver à de meilleurs résultats, je crois qu'il est désirable que cette question soit bien étudiée.

Je répondrai, en terminant, à ce qu'a dit M. Roux, de la réfrigération comme méthode de traitement dans les anévrismes. Les expériences que j'ai faites et que j'ai rapportées, ont eu pour but de solidifier le sang dans la poche anévrismale par la congélation, obtenue à l'aide d'un mélange de sel et de glace. Cette pratique diffère essentiellement de celle de Guérin, qui n'employait, lui, qu'un abaissement de la température normale. J'ai dit que j'avais déterminé la formation de caillots, mais ces caillots ne tardaient pas à se redissoudre et la maladie reparaissait.

Présentation de pièces d'anatomie pathologique.

M. Leblanc soumet à l'Académie des fragments d'artères d'animaux, dans l'intérieur desquelles on avait injecté du perchlorure de fer. Ces pièces semblent prouver que des adhérences vitales peuvent s'établir entre les parois des vaisseaux et le caillot produit par le perchlorure.

La séance est levée à 5 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 Novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

De l'ostéo-myélite.

M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, lit un mémoire sur l'ostéo-myélite, qui se termine par les conclusions suivantes :

1° L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement et très-promptement de périostite suppurative aiguë et de phlegmon diffus.

2° Dans l'ostéo-myélite suppurante, le décollement de la toile médullaire d'avec la paroi qu'elle tapisse est un phénomène constant.

3° la propagation de l'ostéo-myélite d'une section de membre à celle qui est immédiatement au-dessus, s'effectue par la perforation des cartilages, l'envahissement de la synoviale et par la rupture du cul-de-sac supérieur de celle-ci.

4° Les perforations cartilagineuses diffèrent beaucoup les unes des autres, suivant qu'on les examine dans les cartilages épiphysaires ou dans les cartilages diarthrodiaux. Dans les premiers, la perforation est de forme canaliculaire, dans les autres elle ressemble à des trous faits à l'emporte-pièce.

5° L'ostéo-myélite s'accompagne toujours d'arthrite purulente. Les articulations sont généralement envahies de bas en haut, c'est-à-dire sur le trajet ascendant du membre.

6° L'arthrite purulente causée par l'ostéo-myélite, ne se déclare presque jamais avant le douzième jour de la maladie.

Conclusions relatives au diagnostic. — 1° La circonstance d'un œdème dur et douloureux qui se termine par une coupe abrupte sur le trajet d'un membre, est un caractère pathognomonique de la maladie.

2° Le pus sous-aponévrotique dans l'ostéo-myélite est constamment mélangé de globules huileux.

3° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique, sont les suivants :

A. Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement; dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire.

B. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite, se termine brusquement par un rebord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade.

C. L'ostéo-myélite s'accompagne de phlegmon diffus et de périostite suppurative; l'abcès sous-périostique, ni la suppuration médullaire de l'os, ni l'infiltration purulente du membre.

D. L'ostéo-myélite se propage d'un os à un autre par une marche ascendante vers la racine des membres; l'abcès sous-périostique reste généralement confiné dans la section du membre sur laquelle il est apparu.

4° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et du phlegmon diffus sont : 1° La nature de l'œdème; 2° La présence des globules huileux dans le pus.

Conclusions relatives au traitement. — 1° Dans l'ostéo-myélite, les incisions doivent être employées dans un but diagnostique et dans un but thérapeutique. Si l'affection est seulement présumée, les incisions doivent pénétrer jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe inclusivement; si l'on trouve du pus sous l'aponévrose, elles seront immédiatement conduites jusqu'à l'os.

2° Dans l'ostéo-myélite aiguë, l'amputation du membre est la seule chance de salut.

3° L'amputation doit être faite aussitôt que le diagnostic est certain.

4° Le procédé opératoire indiqué dans ce cas est la méthode à lambeaux.

5° Le lieu d'élection est la première articulation saine au-dessus de l'os malade.

6° Il y a contre-indication dans le cas de suppuration de mauvaise nature, d'ostéo-myélite développée sur plusieurs membres et d'empoisonnement typhoïde général.

Propriétés nutritives du son.

M. Chevreul lit le rapport suivant sur un Mémoire de M. H.-M. Mouriès, ayant pour titre : *Des principes immédiats du son de froment, de leur rôle dans la panification et dans la nutrition des animaux.*

« M. Mouriès, ancien interne des hôpitaux de Paris, a présenté à l'Académie un Mémoire sur les *principes immédiats* du son de froment et leur rôle dans la panification et la nutrition des animaux, qu'elle a renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Pelouze, Balard et Chevreul. Après avoir pris connaissance de ce Mémoire et répété quelques-unes des expériences de l'auteur, nous allons exposer ce que le travail de M. Mouriès ajoute à nos connaissances sur un de nos principaux aliments.

« Le son renferme de l'amidon, des matières azotées et une pellicule colorée que l'on considère comme ligneuse.

« On sait que la farine brute, dont on n'a pas séparé de son, fournit un pain que beaucoup de médecins prescrivent aujourd'hui contre la constipation habituelle et la disposition aux congestions cérébrales.

« On sait encore, d'après M. Magendie, que des chiens vivent de pain de son, tandis qu'ils périssent par l'usage du pain blanc.

« Pourquoi cette différence entre les effets des deux aliments?

« Comment le son intervient-il dans l'alimentation ?

« Ce ne peut être seulement par l'azote de ses principes immédiats ; car ceux-ci ne s'y trouvent que dans une faible quantité relativement à celle qui fait partie constituante de la farine blanche. M. Mouriès a reconnu que la surface interne du son renferme plusieurs principes azotés qui restent à isoler et à caractériser comme espèces. Mais l'ensemble de ces principes, que l'eau tiède dissout, possède, comme la diastase, la propriété remarquable de liquéfier l'amidon en le changeant en dextrine et en sucre ; c'est donc surtout en intervenant de cette manière comme ferment que le son agit dans la panification, et, par suite, dans la digestion.

« Que l'on divise en deux moitiés une certaine quantité d'empois chauffé de 40 à 45 degrés, qu'on ajoute à la première de l'eau de son préparée à tiède, et à la seconde un volume d'eau distillée égal à celui de l'eau de son, et la première moitié de l'empois se liquéfiera en grande partie, tandis que la seconde ne changera pas. L'eau d'iode colorera celle-ci en bleu et la première moitié en pourpre.

« 100 d'amidon réduit en empois avec 1,500 parties d'eau mêlée à 100 grammes d'eau de son préparée à tiède avec 20 grammes de son, sont liquéfiés après vingt minutes à la température de 40 degrés ; après deux heures, le résidu solide est de $15^{gr},13$, et l'eau évaporée laisse 85 de dextrine et de sucre.

« La matière active de l'eau de son diffère de la matière active de l'orge ou de la diastase, en ce que son activité est détruite quand on la précipite par l'alcool, tandis que celle de la diastase ne l'est pas ; en ce qu'une température de 75 degrés suffit pour le même effet, tandis que la diastase exige une température de 98 à 100 degrés.

« L'effet du son dans le pain est conforme aux réactions précédentes ; car 130 de ce pain supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, se divisent avec facilité, et au bout de trois heures d'une température de 40 degrés, le mélange a l'aspect laiteux et pourrait être filtré.

« Ce pain est représenté par

Matière soluble séchée à 100 degrés. . .	$59^{gr},35$
Matière insoluble.	$69^{gr},75$

« 130 grammes de pain blanc supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, ne forment, par une longue trituration et à la température de 40 degrés, qu'une masse demi-solide représentée par

Matière soluble.	$95^{gr},03$
Matière insoluble	$120^{gr},25$

« Il paraîtrait que l'effet du son sur la farine blanche commence dans la confection de la pâte, se propage durant le commencement de la cuisson, mais qu'il ne s'accomplit que dans l'estomac.

« Maintenant, il est facile d'expliquer comment une température supérieure à 75 degrés ne détruit pas l'activité du ferment du son, lorsqu'on sait que l'albumine solide peut être exposée assez longtemps à 100 degrés sans se cuire.

« Les expériences de M. Mouriès expliquent donc la différence existante entre le pain bis et le pain blanc par l'influence, sur l'amidon, du son qui se trouve dans le premier et manque dans le second.

« Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. Mouriès de sa communication, et de l'encourager à continuer des expériences qui ne peuvent qu'être utiles au double point de vue de l'application et de la science. C'est surtout la nature du principe ou des principes actifs du son qu'il importerait de connaître, et nous ne doutons pas de l'intérêt qu'aurait cette recherche entre les mains de M. Mouriès. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Acides contenus dans quelques champignons.

M. Dessaignes fait part à l'Académie de recherches desquelles il résulte que des deux acides signalés par M. Braconnet, dans quelques champignons, l'un, l'acide boletique, est composé de $C41,85$, $H3,73$, et qu'il est le même que l'acide fumarique ; l'autre, l'acide fongique, est de l'acide malique mélangé d'acide nitrique et d'acide phosphorique.

Apios tuberosa.

M. Duchartre communique des recherches étendues sur la nouvelle plante alimentaire tuberculeuse, l'*apios tuberosa*. Les observations de l'auteur portent exclusivement sur l'anatomie et la physiologie de la plante ; il n'y est question ni de la culture, ni des propriétés alimentaires. La seule observation que nous devions enregistrer est la suivante : « La fécule de l'*apios tuberosa* ressemble à celle de la pomme de terre pour sa configuration ; mais en diffère par les dimensions beaucoup moindres ; ses grains les plus volumineux ne paraissant pas avoir plus de 3 centièmes de millimètre de longueur. »

Maladies des voies urinaires.

M. Guillon adresse deux Notes relatives à des questions de priorité d'invention, pour diverses parties de ses recherches sur le traitement des affections des organes génito-urinaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le choléra a éprouvé depuis deux jours une très-légère recrudescence. 40 malades environ ont été reçus dans les hôpitaux civils depuis deux jours ; 12 ont été reçus au Val-de-Grâce depuis le début de l'épidémie. Parmi les premiers, plus du tiers ont succombé ; au Val-de-Grâce, 10 vivent encore, et 8 à 9 semblent hors de danger. Quelques méthodes spéciales ont été tentées, entre autres celle qui consiste à ingérer, dans l'estomac des malades, une grande quantité d'eau. Mais cette méthode, comme toutes celles qu'on a employées, s'est montrée impuissante.

— Telle est la condition des institutions humaines qu'elles doivent chercher à réparer, même des pertes irréparables. L'Académie des sciences est donc dans l'obligation de s'occuper du remplacement de l'illustre Arago. Une commission a été nommée pour rédiger et présenter à l'Académie un rapport à ce sujet, et elle devait lire lundi dernier son travail en comité secret. Mais elle s'est trouvée dans un assez grand embarras : il paraît que les aspirants au fauteuil de secrétaire considèrent leur candidature comme un tel acte de présomption, qu'ils s'abstiennent presque tous de se présenter officiellement, et que deux seulement, dit-on, MM. Lamé et Ch. Dupin, s'y sont résignés. Or, il ne paraît pas que ces deux candidats, ou du moins le dernier, soit parmi ceux qui ont le plus de chances. On parle, comme de candidats importants, de MM. Pouillet, Régnault et de Sénarmont. C'est probablement entre ces trois académiciens et M. Lamé que la lutte s'établira. On suppose même que la candidature de M. Régnault n'ira pas jusqu'au bout ; outre que le jeune académicien, malgré son grand mérite, ne possède guère l'élocution nécessaire à un secrétaire perpétuel, il n'a peut-être pas non plus la tenue qu'exigent ces délicates fonctions ; il ne paraît suffisamment sentir la différence qu'il y a entre le laboratoire et l'enceinte de l'Académie. MM. Pouillet et de Sénarmont possèdent au contraire à un haut degré ce qui manque sous ce rapport a M. Régnault, et ils ont en outre, le dernier surtout, une remarquable facilité d'exposition. Il est donc très-présumable, qu'à défaut du vénérable M. Biot, qui seul aurait pu remplacer véritablement Arago, et à qui son grand âge ne permet plus d'accepter un tel honneur, il est présumable que c'est dans M. Pouillet ou dans M. de Sénarmont que l'Académie choisira son secrétaire perpétuel.

— Récemment, et depuis plusieurs années, d'assez nombreux candidats, ajournés à leurs examens à Montpellier, ont demandé l'autorisation pour aller les subir de nouveau à Paris. Nous tenons à constater de pareils faits afin de répondre aux dénigrements intéressés qui prétendent que les examens sont plus faciles à Montpellier qu'à Paris.

— Sur la proposition de M. le professeur Martins, la Faculté a émis, à l'unanimité de ses membres, le vœu que le buste de l'illustre De Candolle, offert par le fils de cet ancien professeur de Montpellier, fût installé avec grande cérémonie dans le jardin botanique. Nous désirons vivement que l'autorité supérieure permette cette noble manifestation des pieux sentiments de la Faculté. (*Ann. de cliniq. de Montpellier.*)

— La Faculté a émis le vœu que des notes soient tenues sur la manière dont les candidats au titre d'officier de santé ont subi leurs examens dans le département, afin que l'on puisse apprécier plus tard la valeur de leur titre quand ils désirent obtenir le grade de docteur en médecine. (*Id.*)

— Montpellier vient de perdre un de ses plus remarquables docteurs. M. E. Guillaume, ancien sous-bibliothécaire de la Faculté, a succombé, à l'âge de 58 ans, après une longue maladie de l'organe d'une intelligence qui avait été si brillante et si bien cultivée. (*Idem.*)

— Une lettre que nous recevons de Bone renferme les renseignements suivants :

« Quelques pluies précoces survenues au commencement d'octobre, nous avaient fait espérer que les grandes pluies ne tarderaient pas à venir combler les canaux infects de notre petite plaine ; notre espoir a malheureusement été déçu, et les fièvres intermittentes se sont développées avec une fréquence qui constitue une véritable épidémie. Quoique les troupes de la garnison soient peu nombreuses, notre hopital est insuffisant ; on a dû y joindre des casernes. La ville est dans la désolation, et chacun songe à quitter ce malheureux pays où l'on est obligé de maudire le beau temps et la pureté du ciel. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE Tome 1. — N° 145. 1re ANNEE. Samedi 3 Décembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : De la salubrité des habitations. — De la contagion de la syphilis constitutionnelle héréditaire, par M. J.-C. Bergeret. (*Suite et fin.*) — Note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urètre, par M. le docteur A.-J. Désormeaux. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS : HÔTEL-DIEU DE LYON. Note sur un anévrisme brachio-céphalique traité par l'injection de perchlorure de fer, par M. Barrier. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 2 Décembre 1853.

De la salubrité des habitations.

M. le Préfet de police, dont la constante sollicitude pour la santé publique s'est déjà manifestée par un grand nombre de mesures sur lesquelles nous avons, à diverses reprises, appelé l'attention de nos lecteurs, vient de publier une ordonnance qu'il serait fort à désirer qu'on pût faire exécuter rigoureusement par les habitants de Paris, et plus encore par les habitants de la plupart des villes de France ; car, il faut l'avouer avec humilité, lorsque nous nous comparons, sous le rapport de la propreté, aux populations de la Belgique, de la Hollande et même de l'Angleterre, nous sommes obligé de constater une grande infériorité de notre côté. Mais, il faut le reconnaître, pour que les bonnes intentions de l'administration soient remplies, il est de toute nécessité que les habitants comprennent toute l'importance de ces précautions, qu'il est facile de leur prescrire, mais dont il est très-difficile d'assurer l'exécution. Ne voyons-nous pas encore tous les jours, en plein boulevard, des individus ne pas se donner même la peine d'épancher leurs urines autour des colonnes que l'administration a fait disposer pour assainir cette promenade sans pareille? Que serait-ce si des boulevards, nous voulions pénétrer dans les quartiers éloignés du centre? Il est à espérer que M. le Préfet, pénétré des difficultés que présentera l'exécution de la mesure qu'il vient de prendre, n'hésitera pas, pour assurer autant que possible cette exécution, à déployer une salutaire rigueur.

La coïncidence de l'ordonnance qu'on va lire avec l'apparition de l'épidémie cholérique, ne permet guère de douter qu'il n'y ait une relation de cause à effet entre l'une et l'autre, quoique le mot de choléra ne soit pas prononcé

FEUILLETON.

Etudes sur l'assistance publique de Paris,

SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DES SECOURS A DOMICILE,

Notes communiquées à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris,

Par son président le Dr J.-F. PAYEN.

(*Séance du* 31 *mai* 1853.)

(Suite et fin. Voir les nos 143, 144.)

Malgré cette grande variété de secours, quelques sujets incapables de travail par leur inintelligence, se trouvaient encore : la paroisse ne les abandonnait pas ; elle les employait à balayer les rues moyennant 14 s. par jour, et l'hiver on leur faisait casser la glace en payant aux hommes 20 s., aux jeunes garçons 12 s.

Dans l'hiver, deux vastes chauffoirs pouvaient recevoir un grand nombre de femmes qui y venaient travailler.

Avais-je tort, messieurs, de parler avec respect de cet ancien ordre de choses? N'est-ce pas vraiment l'assistance prévoyante ingénieuse de la famille? Ne pourrait-on pas dire qu'alors on parlait moins d'humanité, mais qu'on pratiquait plus la charité? Les têtes travaillaient moins peut-être, mais les cœurs travaillaient davantage.

Ces réflexions m'amènent à traduire en chiffres les bienfaits que cette paroisse de Saint-Sulpice versait sur les indigents, et montrer que ces règlements écrits n'étaient pas une lettre morte.

La moyenne de la population indigente était de 20,000. On peut dire que ces 20,000 personnes travaillaient.

Sous le rapport de cette provocation incessante au travail, de ces mille moyens employés pour en procurer, comme sous le rapport de la prévoyance inspirée aux indigents, de la protection on peut dire paternelle qui veillait sur eux et sur leurs enfants, je crois que nos secours actuels ont déchu.

L'importance des secours distribués s'élevait en moyenne à la somme de 150 à 182 mille livres, et pour comparer le nombre des indigents et cette somme de secours à notre état présent, je vous rappellerai que le nombre des indigents inscrits aujourd'hui dépasse de peu 60 mille (trois fois seulement le chiffre de Saint-Sulpice), et que la dépense moyenne de chaque Bureau est d'environ 150 mille francs.

Je prends au hasard quelques articles de dépense, de 1777 à 1784 :

152 layettes	1,064 liv.
Lait et farine pour 12 enfants	4,146
Le nombre des enfants s'est élevé à 168.	
Mois de nourrice	4,377
14 écoles gratuites	6,466
Pain des apprentis, frais d'apprentissage	8,109
Habillements de première communion	1,850
Habits, linges, couvertures, etc.	19,088

dans l'ordonnance. S'il en est ainsi, nous devons constater avec satisfaction que l'administration a renoncé à conseiller ces précautions illusoires qui se trouvent répétées dans toutes les instructions antérieures de tous les pays, pour s'en tenir aux prescriptions générales qui sont utiles dans tous les temps, et par conséquent aussi en temps d'épidémie.

Outre l'ordonnance publique qu'on va lire, M. le Préfet a poussé la sollicitude de faire distribuer des instructions particulières dans tous les ateliers. C'est surtout aux classes ouvrières qu'il importe d'inspirer le goût de la propreté.

H. DE CASTELNAU.

Ordonnance concernant la salubrité des habitations.

Nous, préfet de police,

Considérant que la salubrité des habitations est une des conditions les plus essentielles de la santé publique ;

Considérant que les importants travaux exécutés pour l'assainissement du sol de Paris doivent trouver leur complément dans les mesures de salubrité applicables dans les maisons mêmes ;

Qu'il ne suffirait pas, en effet, d'avoir établi à grands frais un vaste système d'égouts et de distribution d'eau pour le lavage des rues ; d'avoir, par de nombreux percements, facilité la circulation de l'air dans les divers quartiers de la ville, si des mesures analogues et non moins importantes pour la santé publique n'étaient étendues à chaque maison, et plus spécialement à celles qui sont occupées par la population ouvrière ;

En vertu des lois des 14 décembre 1789 (art. 50), 16-24 août 1790, et de l'arrêté du gouvernement du 12 messidor an 8 ;

Vu : 1° l'art. 471, paragraphe 15, du Code pénal ;

2° L'ordonnance de police du 20 novembre 1848, sur la salubrité des habitations ;

3° La loi du 13 avril 1850, sur l'assainissement des logements insalubres ;

4° L'avis du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ;

Ordonnons ce qui suit :

Art 1er. Les maisons doivent être tenues, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans un état constant de propreté.

Art. 2. Les maisons devront être pourvues de tuyaux et cuvettes, en nombre suffisant pour l'écoulement et la conduite des eaux ménagères. Ces tuyaux et cuvettes seront constamment en bon état ; ils seront lavés et nettoyés assez fréquemment pour ne jamais donner d'odeur.

Art. 3. Les eaux ménagères devront avoir un écoulement constant et facile jusqu'à la voie publique, de manière qu'elles ne puissent séjourner ni dans les cours, ni dans les allées ; les gargouilles, caniveaux, ruisseaux destinés à l'écoulement de ces eaux seront lavés plusieurs fois par jour et entretenus avec soin. Dans le cas où la disposition du terrain ne permettrait pas de donner un écoulement aux eaux sur la rue ou dans un égout, elles seront reçues dans des puisards, pour la construction desquels on se conformera aux dispositions de l'ordonnance de police du 20 juillet 1838 (1).

Art. 4. Les cabinets d'aisance seront disposés et ventilés de manière à ne pas donner d'odeur. Le sol devra être imperméable et tenu dans un état constant de propreté. Les tuyaux de chute seront maintenus en bon état et ne devront donner lieu à aucune fuite.

Art. 5. Il est défendu de jeter ou de déposer dans les cours, allées et passages, aucune matière pouvant entretenir l'humidité ou donner de mauvaises odeurs.

Partout où les fumiers ne pourront être conservés dans des trous couverts ou sur des points où ils ne compromettraient pas la salubrité, l'enlèvement en sera opéré chaque jour avec les précautions prescrites par les règlements.

Le sol des écuries devra être rendu imperméable dans la partie qui reçoit les urines ; les écuries devront être tenues avec la plus grande propreté ; les ruisseaux destinés à l'écoulement des urines seront lavés plusieurs fois par jour.

Art. 6. Indépendamment des dispositions prescrites par les articles qui précèdent, il en sera pris à l'égard des habitations, *et notamment de celles qui sont louées en garni,* telles autres spéciales qui seraient jugées nécessaires dans l'intérêt de la salubrité et de la santé publiques.

Il est d'ailleurs expressément recommandé de se conformer à l'instruction du conseil de salubrité annexée à la présente ordonnance.

Art. 7. Les ordonnances de police des 23 octobre 1819, 5 juin 1834, 18 décembre 1849, 8 novembre 1851, 3 décembre 1829, 27 mai 1845, 27 février 1838, 20 juillet 1838, 31 mai 1842, 5 novembre 1846, et 1er septembre 1853, concernant les fosses d'aisance, les animaux élevés dans les habitations, les vacheries, les puits et puisards, l'éclairage par le gaz dans l'intérieur

(1) Le préfet de police croit devoir rappeler au public qu'en vertu de l'art. 6e du décret du 26 mars 1852 sur la grande voirie de Paris, toute construction nouvelle dans une rue pourvue d'égouts, doit être disposée de manière à y conduire les eaux pluviales et ménagères. La même disposition doit être prise pour toute maison ancienne, en cas de grosses réparations, et, en tous cas, avant dix ans.

Petites pensions mensuelles aux vieillards, aux infirmes.....	22,534
Extraordinaire du rigoureux hiver de 1783-84, secours, etc.	16,645
Soupe aux prisonniers de l'Abbaye.....	1,370
Pauvres honteux, prisonniers.....	61,190
Entretien des établissements, ateliers, filature, maison des sœurs.....	13,450
Malades et infirmes.....	29,764

La dépense totale la plus forte dans le laps de temps où je prends ces exemples s'est élevée à 182 mille livres par an, et déjà, messieurs, on se plaignait que la charité allait en diminuant. En effet, 30 ou 40 ans auparavant, le curé de Saint-Sulpice distribuait en moyenne 350 mille livres par an, c'est-à-dire le double. Au total, de 1720 à 1740, 7 millions !

Je dois ajouter que, dans les comptes ci-dessus, ne sont pas comprises les sommes employées à payer la différence du prix réel du pain à celui de 6 liards que payait l'indigent. Cet objet ne devait pas être sans importance, puisqu'une année la différence s'est appliquée à 131,216 livres de pain.

Telle était, messieurs, la manière dont nos ancêtres pratiquaient la charité. Il n'est pas inutile que nous la connaissions, afin de leur rendre la justice qui leur est due. Vous voyez qu'un certain nombre de modes de secours a été déplacé (les prisonniers, les hôpitaux de paroisse, celui de M. Cochin, curé de Saint-Jacques-du-Haut-Pas, était de ce nombre, le mont-de-piété, etc.), et que ceux qui ont été conservés sont restés à peu près tels quels (sauf les crèches), si ce n'est un notable amoindrissement et un revirement d'autorité qui, des mains du clergé, a passé dans celles des laïques.

Il n'est pas jusqu'à la fondation Monthyon (que je cite au hasard, et que je ne regarde pas comme le meilleur emploi que l'on puisse faire des sommes énormes qu'elle distribue), il n'est pas jusqu'à cette fondation qui n'ait été pressentie dès ce temps-là, et j'ai là, sous les yeux, des ordres de Louis XVI pour 1783 et 1786, prescrivant, au garde de son trésor royal, de remettre aux administrateurs de l'Hôtel-Dieu 3,600 livres pour la nourriture des filles et femmes convalescentes *sorties de l'hôpital.*

Vous savez comment cet ordre de choses s'est trouvé renversé à la fin du siècle dernier ; la répartition des indigents se faisait jusque-là par paroisse, les distributions s'opéraient sous la direction du clergé ; l'ordre nouveau a entraîné des répartitions nouvelles. La municipalité de Paris fut d'abord chargée des secours publics ; plus tard, on créa une commission de bienfaisance, et les anciens bureaux de charité durent prendre le nom de bureaux de bienfaisance qu'ils n'ont un instant perdu que pour le reprendre presque aussitôt. Ce ne fut pas un simple changement de mots que cette substitution d'un nom à un autre ; ici c'est l'expression d'un système ; l'état présent, c'est le sentiment humain, c'est le mouvement instinctif qui porte chacun à secourir son semblable, c'est la bienveillance en action ; l'état ancien, c'était l'obligation religieuse, l'homme devait aimer Dieu dans son prochain ; d'une part, c'est une qualité du cœur ; de l'autre, c'était un devoir étroit ; je n'ai pas l'intention d'apprécier comparativement les deux principes, mais il est juste de reconnaître que, dans l'application, nos anciens ne nous étaient pas inférieurs.

§ 3. — ÉPOQUE DE TRANSITION. — Il ne me reste plus, pour faire connaître les phases diverses qu'ont subies les secours à domicile, qu'à résumer sommaire-

des habitations, le balayage et la propreté de la voie publique, et tous autres règlements intéressant la salubrité, continueront de recevoir leur exécution dans celles de leurs dispositions qui ne sont pas contraires à la présente ordonnance.

Art. 8. L'ordonnance de police précitée du 20 novembre 1848 est rapportée.

Art. 9. Les contraventions aux dispositions qui précèdent seront déférées aux tribunaux compétents, sans préjudice des mesures administratives qu'il y aurait lieu de prendre suivant les cas.

Art. 10. Les commissaires de police de Paris, le chef de la police municipale, les officiers de paix, l'inspecteur général de la salubrité et les autres préposés de la préfecture de police, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera imprimée et affichée dans Paris.

Le préfet de police, PIÉTRI.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Instruction concernant les moyens d'assurer la salubrité des habitants.

La salubrité d'une habitation dépend, en grande partie, de la pureté de l'air qu'on y respire. Tout ce qui vicie l'air doit donc exercer une influence fâcheuse sur la santé des habitants.

L'insalubrité d'une habitation peut être locale ou générale : *locale,* quand elle existe seulement dans le logement de la famille, *générale,* lorsqu'elle a sa source dans la maison tout entière.

Dans ces diverses conditions locales ou générales, l'air peut être vicié au point de faire naître des maladies graves et meurtrières. S'il est moins altéré, il minera sourdement la constitution, il causera l'étiolement et les maladies scrofuleuses.

Enfin, l'expérience a démontré que c'est dans les habitations dont l'air est insalubre que naissent et sévissent avec plus d'intensité certaines épidémies dont les ravages s'étendent ensuite sur des cités entières.

Notons ici que l'insalubrité peut exister, aussi bien dans certaines parties des habitations les plus brillantes que dans les plus humbles demeures ; comme aussi ces dernières peuvent offrir les meilleurs conditions de salubrité.

MOYENS D'ASSURER LA SALUBRITÉ DES LOGEMENTS.

Aération. — L'air d'un logement doit être renouvelé tous les jours le matin, les lits étant ouverts ; ce n'est pas seulement par l'ouverture des portes et des fenêtres que l'on peut opérer le renouvellement de l'air d'un logement : les cheminées y contribuent efficacement aussi ; les cheminées sont même indispensables dans les maisons simples en profondeur et qui n'ont qu'un seul côté : les chambres où l'on couche devraient toutes en être pourvues : *On ne saurait donc trop proscrire la mauvaise habitude de boucher les cheminées, afin de conserver plus de chaleur dans les chambres.*

Le nombre des lits doit être, autant que possible, proportionné à l'espace du local ; de sorte que, dans chaque chambre, il y ait au moins 14 mètres cubes d'air par individu, indépendamment de la ventilation.

Mode de chauffage. — Les combustibles destinés au chauffage et à la cuisson des aliments ne doivent être brûlés que dans des cheminées, poëles et fourneaux qui ont une communication *directe avec l'air extérieur,* même lorsque le combustible ne donne pas de fumée. Le coke, la braise et les diverses sortes de charbon, qui se trouvent dans ce dernier cas, sont considérés à tort par beaucoup de personnes, comme pouvant être impunément brûlés à découvert dans une chambre habitée. C'est là un des préjugés les plus fâcheux : il donne lieu tous les jours aux accidents les plus graves, quelquefois même il devient cause de mort.

Aussi doit-on proscrire l'usage des *braseros*, des poëles et des calorifères portatifs de tout genre qui n'ont pas des tuyaux d'échappement au dehors. Les gaz qui sont produits pendant la combustion de ces moyens de chauffage et qui se répandent dans l'appartement sont beaucoup plus nuisibles que la fumée de bois.

On ne saurait trop s'élever aussi contre la pratique dangereuse de fermer complétement la clef d'un poële ou la trappe intérieure d'une cheminée qui contient encore de la braise allumée. C'est là une des causes d'asphyxie les plus communes. On conserve, il est vrai, la chaleur dans la chambre, mais c'est aux dépens de la santé et quelquefois de la vie.

Soins de propreté. — Il ne faut jamais laisser séjourner longtemps les urines, les eaux de vaisselle et les eaux ménagères dans un logement. Il faut balayer fréquemment les pièces habitées, laver une fois par semaine les pièces carrelées et qui ne sont pas frottées, les ressuyer aussitôt pour en enlever l'humidité. Le lavage qui entraîne à sa suite un état permanent d'humidité est plus nuisible qu'avantageux ; il ne doit donc pas être opéré trop souvent.

Lorsque les murs d'une chambre sont peints à l'huile, il faut les laver de temps en temps pour en enlever les couches de matières organiques qui s'y déposent et qui s'y accumulent à la longue.

---

ment les différentes lois, règlements, arrêtés, instructions publiés à leur sujet et qui ont amené la transition de l'état ancien à celui de nos jours.

ÉTAT SUCCESSIF DE L'ADMINISTRATION. — 19 mars 1793. Remarquable *décret concernant la nouvelle organisation des secours publics.* — L'assistance du pauvre déclarée dette nationale. — Nomination d'agences pour distribuer le travail et les secours. — Etablit des officiers de santé, des accoucheurs et accoucheuses des pauvres. — Supprime la mendicité. — Admet les souscriptions.

28 juin 1793, 28 mai 1801. Lois qui fixent les attributions de l'agence.

29 octobre 1802. Loi qui fixe les traitements.

21 janvier 1810. Les membres sont mis au rang des membres de la commission administrative.

29 mai 1793. Art. 23 de la *Déclaration des droits de l'homme* : « *Les secours publics sont une dette sacrée.* »

Loi du 12 germinal an II (1er avril 1794), qui crée une *commission des secours publics.*

Loi du 7 fructidor an II (24 août 1794), qui la compose de seize membres de la Convention nationale.

Loi de messidor an VII (3 août 1799). Nomination d'une *commission administrative des hospices.*

21 nivôse an IX (17 janvier 1801). Création du *conseil général des hospices.*

29 germinal an IX (12 avril 1801). Arrêté des consuls qui établit des comités centraux de bienfaisance sous la présidence du maire.

10 vendémiaire an IV (2 octobre 1795). Décret qui attribue au Ministre de l'intérieur les établissements de charité.

29 germinal an IX (12 avril 1801). Arrêté du Ministre relatif à la réunion des secours à domicile au conseil-général de l'administration des hospices.

ORGANISATION DES SECOURS A DOMICILE. — 8 janvier 1793. Décret relatif à l'organisation des secours (annulé par la loi du 7 frimaire an V). C'est le premier jet de l'état actuel, et il prescrit des mesures dont il a fallu soixante ans pour reconnaître la justice (allocation aux médecins d'un traitement de 500 liv., art. 19), d'autres que leur incontestable utilité n'a pas encore pu faire adopter (les officiers de santé doivent avoir séance dans les assemblées de l'agence, mais seulement avec voix consultative), d'autres qui sont encore aujourd'hui à l'état d'expérimentation (*journal de tout* ce qui, dans le cours du traitement des malades, avait été observé d'extraordinaire, prescription reproduite dans le décret du 22 floréal an II, lequel exige une *feuille de visite* et de dépense envoyée tous les mois aux administrateurs des districts) ; les accoucheuses étaient payées. Une pension alimentaire était réglée sur le prix de la journée de travail, celle de la mère ne pouvait s'élever à plus de 120 fr. par an, celle de l'enfant à plus de 80 fr.

22 floréal an II (11 mai 1794). Décret qui ordonne la formation d'un *livre de la bienfaisance publique.* — On allouait à 400 indigents cultivateurs par département une rente de 160 livres. — 200 artisans vieillards et infirmes recevaient 120 livres. — Les mères recevaient 60 livres, les enfants 20 livres. — Les officiers de santé du chef-lieu 500 livres ; les deux autres 350 livres. — Les citoyens inscrits recevaient les secours de maladie et 10 s. par jour. — Le total de ces allocations dépassait 12 millions 700 mille livres.

7 frimaire an V (29 septembre 1796). Loi qui établit dans chaque district ou canton *un bureau de bienfaisance,* c'est l'origine de l'institution.

Dans le cas de peinture à la chaux, il convient d'en opérer tous les ans le grattage et d'appliquer une nouvelle couche de peinture.

Tout papier de tenture que l'on renouvelle doit être arraché complétement ; le mur doit être gratté et les trous rebouchés avant de coller de nouveau papier.

Les cabinets particuliers d'aisance doivent être parfaitement ventilés ; et, autant que possible, à fermeture au moyen de soupapes hydrauliques.

MOYENS D'ASSURER LA SALUBRITÉ DES MAISONS.

Indépendamment du mode de construction d'une maison, quel que soit l'espace qu'elle occupe, et quelle que soit la dimension des cours et des logements, cette maison peut devenir insalubre : 1° Par l'existence de lieux d'aisance communs mal tenus ;

2° Par le défaut d'écoulement des eaux ménagères, le défaut d'enlèvement d'immondices et de fumiers, le mauvais état des ruisseaux ou caniveaux ;

3° Par la malpropreté ou la mauvaise tenue du bâtiment.

Cabinets d'aisance communs. — Il n'est guère de cause plus grave d'insalubrité : un seul cabinet d'aisance mal ventilé, ou tenu malproprement, suffit pour infecter une maison tout entière. On évite, autant qu'il est possible, cet inconvénient, en pratiquant à l'un des murs du cabinet une fenêtre suffisamment large pour opérer une ventilation et pour éclairer ; en tenant, en outre, les dalles et le siége dans un état constant de propreté à l'aide de lavages fréquents. On doit renouveler souvent aussi le lavage du sol et celui des murs qui doivent être peints à l'huile et au blanc de zinc ; chacun de ces cabinets doit être clos au moyen d'une porte ; enfin, il faut, autant que possible, éviter les angles dans la construction desdits cabinets.

Eaux ménagères. — Les cuvettes destinées au déversement des eaux ménagères doivent êtres garnies de *hausses* ou disposées de telle sorte que les eaux projetées à l'intérieur ne puissent saillir au dehors. Il faut bien se garder de refouler à travers les ouvertures de la grille qui se trouve au fond des cuvettes, les fragments solides dont l'accumulation ne tarderait pas à produire l'engorgement des tuyaux.

On doit placer une grille à la jonction du tuyau avec la cuvette, afin d'empêcher l'obstruction par des matières solides.

Il ne faut jamais vider d'eaux ménagères dans les tuyaux de descente pendant les gelées.

Lorsque l'orifice d'un de ces tuyaux aboutit à une pierre d'évier placée dans une chambre ou dans une cuisine, on doit le tenir parfaitement fermé au moyen d'un tampon ou d'un siphon.

Il y a toujours avantage à diriger les eaux pluviales dans les tuyaux de descente, de manière à les laver.

Lorsque ces tuyaux exhalent une mauvaise odeur, il faut les laver avec de l'eau contenant au moins 1 pour cent d'eau de javelle.

Une des pratiques les plus fâcheuses dans les usages domestiques et contre laquelle on ne saurait trop s'élever, c'est celle de déverser les urines dans les plombs d'écoulement des eaux ménagères.

Les ruisseaux des cours et les caniveaux destinés au passage des eaux ménagères doivent être exécutés en pavés, en pierre ou en fonte ; les joints doivent être faits avec soin, et les pentes régulières, de manière à empêcher toute stagnation d'eaux et à rendre facile le lavage de ces ruisseaux et caniveaux.

Les immondices des cours doivent être enlevées tous les jours ; les fumiers ne doivent pas être conservés plus de huit jours en hiver et de quatre jours en été.

PROPRETÉ DU BATIMENT. — BALAYAGE.

Il faut balayer fréquemment les escaliers, les corridors, cours et passages ; gratter les dépôts de terre ou d'immondices qui résistent à l'action du balai.

Il est utile de peindre à l'huile les murs des maisons, façades, couloirs, escaliers ; cette peinture empêche les murs de se pénétrer de matières organiques, mais il faut avoir soin d'en opérer le lavage une fois par an.

Lavage du sol. — Les parties carrelées, pavées ou dallées doivent être lavées souvent quand il s'agit d'escaliers ou de sol de corridors ; il faut les ressuyer aussitôt le lavage pour éviter un excès d'humidité toujours nuisible.

L'eau suffit le plus ordinairement à ces lavages ; mais, dans les cas d'infection et de malpropreté de date ancienne, il faut ajouter à l'eau 1 pour cent d'eau de javelle ou de chlorure d'oxyde de sodium. — L'emploi du chlorure de chaux (hypochlorite) aurait l'inconvénient de laisser à la longue un sel hygroscopique (chlorure de calcium) qui entretiendrait une humidité permanente contraire à la salubrité.

C'est en pratiquant ces soins si simples, d'une exécution si facile et si peu dispendieuse, que l'on tend à la conservation de la santé, en même temps que l'on s'oppose au progrès des épidémies qui peuvent frapper d'un moment à l'autre toute une population.

Lu et approuvé dans la séance du 11 novembre 1853.

Le président, *Signé* DEVERGIE. — *Le secrétaire,* *Signé* AD. TRÉBUCHET.

Vu et approuvé l'instruction qui précède, pour être annexée à l'ordonnance de police concernant la salubrité des habitations.

Le préfet de police, PIÉTRI.

L'instruction du 8 février 1823 prescrit un bureau par commune.

19 vendémiaire an IX. Circulaire du ministère de l'intérieur relative à l'organisation des bureaux de bienfaisance.

18 floréal an IX (28 mai 1801). Réorganisation des bureaux de bienfaisance.

8 vendémiaire an X (30 septembre 1801). Arrêté du Ministre sur l'administration des secours à domicile dans la ville de Paris.

Nivôse an 10. Circulaire de Chaptal sur les secours à domicile.

15 brumaire an XIV (6 novembre 1805). Règlement du conseil, qui fixe les attributions des bureaux de secours à domicile.

12 août 1813. Arrêté du Ministre pour réorganiser les bureaux de bienfaisance.

2 juillet 1816. Ordonnance portant création de 12 *bureaux de charité*, et, le 19, arrêté concernant leur organisation.

8 février 1823. Instructions sur l'administration des *bureaux de bienfaisance.*

31 octobre 1821 et 4 mai 1825. Ordonnance du roi relative à l'administration des *bureaux de bienfaisance* (1).

29 avril 1831. Ordonnance du roi qui confie aux bureaux de bienfaisance les secours à domicile.

24 septembre 1831. Arrêté du Ministre du commerce portant organisation et règlement des bureaux de bienfaisance.

En 1849, l'administration avait formé un projet d'organisation nouvelle du service des pauvres. Le nombre des médecins devait être réduit à 80, ils devaient être appointés à 600 et à 400 fr., etc.

Ce projet n'a pas eu de suites.

Enfin, en novembre 1853, le *Moniteur* fait connaître un nouveau plan d'organisation des bureaux de bienfaisance, qui sera mis à exécution à partir du 1er janvier 1854.

QUELQUES SOURCES DE REVENUS POUR LES PAUVRES. — 20 juillet 1791. Décret qui prescrit que le quart du produit des confiscations sera employé au soulagement des pauvres de la commune.

7 frimaire an V (29 septembre 1796). Loi qui autorise la perception au profit des indigents d'un décime par franc sur les billets d'entrée des spectacles, bals, concerts, etc.

27 vendémiaire an VII (18 octobre 1798). Établissement de l'*octroi municipal de Paris* pour l'acquit des dépenses des hospices et secours à domicile (appliqué plus tard aux besoins généraux).

MÉDICAMENTS. — 10 floréal an IX (28 mai 1801). Arrêté ministériel. — Les médicaments sont fournis aux bureaux par la Pharmacie centrale. — Ils sont confiés aux sœurs de charité.

12 août 1813. Arrêté ministériel qui nomme les *maires présidents nés* des bureaux de bienfaisnnce.

DAMES DE CHARITÉ. — 12 août 1813. Arrêté du Ministre qui les crée. —

(1) La première de ces ordonnances créait des conseils de charité pour exercer une sorte de patronage sur les commissions administratives des hospices et les bureaux de bienfaisance. Leur organisation fut réglée par les instructions du 8 février 1823 ; enfin, ils ont été supprimés par l'ordonnance du 2 avril 1831.

De la contagion de la syphilis constitutionnelle héréditaire.

(*Suite et fin. Voir le n° 143.*)

4e *Observation.* — En 1839, la femme C...., de Morlaas, atteinte d'une syphilis constitutionnelle pour laquelle elle dut suivre plus tard un traitement anti-syphilitique, mit au monde un enfant maigre, débile, qui fut mis en nourrice chez la femme X...., de la commune d'Espechide. Trois ou quatre jours après que cet enfant fut arrivé à la campagne, il se fit sur la peau des jambes, des cuisses et des parties de la génération, une éruption de taches livides, qui se convertirent en croûtes noirâtres et en ulcérations, sur lesquelles on se borne à appliquer de la vermoulure de vieux bois, pour empêcher les linges de s'y attacher.

Au bout d'un mois, la nourrice, aux mamelons de laquelle étaient survenues des ulcérations, qui provoquaient de vives souffrances toutes les fois que l'enfant prenait le sein, ne voulut plus continuer de le nourrir et le rapporta à ses parents. Je sus plus tard que cette nourrice avait été assez longtemps malade, et qu'elle n'avait pu obtenir sa guérison que par un traitement mercuriel que son médecin lui fit subir.

La femme L...., sœur de la mère de cet enfant, était accouchée, trois semaines auparavant, d'un enfant mort-né. La femme C...., désolée de voir son enfant sans nourrice, lui demanda de l'allaiter. Elle résista d'abord; mais elle finit par céder aux sollicitations de sa famille. Le lendemain, on me fit visiter cet enfant. Il était d'une maigreur excessive; son visage était sillonné par de profondes rides; les fesses, le scrotum, les cuisses et les jambes étaient le siége d'un ecthyma syphilitique des mieux caractérisés; les lèvres et la bouche étaient ulcérées, et celle-ci exhalait une odeur infecte!... Trois jours après, cet enfant expirait.

Presque aussitôt il survenait sur les deux mamelons de la femme L.... deux pustules qui s'ulcérèrent, et il ne fut possible d'obtenir la cicatrisation de ces ulcérations qu'à l'aide d'un traitement mercuriel, qui fut continué pendant cinquante jours.

Quatre mois après que ces événements se furent accomplis, consulté par la femme C...., mère de l'enfant qui fait le sujet de cette observation, je constatai chez elle des taches cuivrées sur le front, des douleurs ostéocopes de la plus grande intensité et une vaste exostose sur la face interne de l'un de ses tibias, qui furent traitées avec succès par l'iodure de potassium. J'appris en même temps que dix-huit mois auparavant elle avait été infectée par son mari, qu'elle n'avait jamais consulté un homme de l'art, et qu'elle n'avait fait d'autre traitement que des tisanes, qui lui avaient été prescrites par un charlatan.

Il est évident, dès lors, que cette femme était syphilitique lorsqu'elle conçut ce dernier enfant, que les accidents que celui-ci éprouva immédiatement après sa naissance, étaient les manifestations d'une syphilis secondaire, contractée dans le sein de sa mère, et que cette syphilis secondaire eut la puissance d'être transmise aux deux nourrices par l'allaitement; car je suis resté convaincu que les deux ulcérations survenues au sein de la femme L.... étaient réellement de nature syphilitique, et que si la maladie resta locale chez cette femme, elle ne le dut qu'au traitement mercuriel qu'elle suivit avec une ponctuelle régularité.

5e *Observation.* — Jeanne C...., de la commune d'Astis, âgée de 36 ans, mariée en janvier 1846, accoucha pour la première fois le 15 août suivant, d'un enfant mort-né, qui n'était pas encore à terme. Désirant nourrir, elle s'adressa à une sage-femme de Pau, qui lui fit avoir un enfant venant de naître, appartenant à une famille d'artisans. Cet enfant paraissait bien constitué et avait toutes les apparences d'une bonne santé. Cependant, quinze jours après sa naissance, il se manifesta à la plante des pieds et aux jambes des taches rougeâtres, avec soulèvement de l'épiderme, auxquelles la nourrice ne fit pas d'abord grande attention. Mais des taches semblables s'étant manifestées plus tard sur les cuisses, sur le scrotum, dans la région anale, et ayant dégénéré en ulcères de mauvaise nature, la nourrice, accompagnée de son mari, me l'apporta pour me le faire examiner et me consulter.

L'enfant était alors âgé de 5 semaines. Le scrotum, le périnée, le pourtour de l'anus, les fesses et les cuisses étaient le siége d'un grand nombre de petites ulcérations, arrondies, au milieu desquelles se faisaient apercevoir de petites pustules entourées d'une auréole violacée, dont les unes étaient remplies de sérosité, et dont les autres renfermaient un liquide purulent. Cet enfant prenait encore le sein avec assez de force, et sa bouche, soigneusement examinée, se montrait partout très-saine.

Cette affection me paraissant de nature syphilitique et ne s'étant produite que quinze jours après la naissance, j'interrogeai la nourrice et son mari sur leurs antécédents. Tous deux m'assurèrent n'avoir jamais été atteints de maladie vénérienne; et les ayant minutieusement examinés, il me fut impossible d'en trouver sur eux aucune trace apparente. Les seins de la nourrice n'étaient pas même malades; pas la moindre excoriation, pas la plus légère gerçure, ne s'y faisaient apercevoir.

Obligé de formuler les conseils qu'on me demandait, je dis qu'il n'y avait que trois partis à prendre : ou se soumettre à un traitement mercuriel, afin que l'enfant fût traité par le lait de la nourrice, ou le sevrer et le nourrir avec du lait de chèvre, ou le rendre à ses parents.

Cette femme voulut suivre d'abord ce dernier conseil; mais ayant ramené l'enfant à ses parents, et ceux-ci ayant appelé leur médecin, dont l'opinion fut, qu'il n'y avait aucun danger pour la nourrice à continuer de le nourrir, elle céda aux instances qui lui furent faites, et elle rapporta l'enfant chez elle.

Un mois après, j'étais consulté de nouveau. La maladie de l'enfant avait fait de sensibles progrès. Outre les ulcérations qui avaient été d'abord constatées, et qui s'étaient considérablement accrues, il en était survenu d'autres à la commissure des lèvres et sur la muqueuse buccale, et la nourrice avait des ulcérations de mauvais caractère à ses deux seins. La constitution de l'enfant était considérablement détériorée, son dépérissement continua de faire des progrès rapides, et enfin il succomba à l'âge de cinq mois.

La nourrice n'en fut pas quitte pour son mal au sein. Elle fut atteinte aussi d'ulcérations à la bouche et à la vulve, et pour la guérir, il fallut la soumettre pendant deux mois à un traitement mercuriel régulier.

Ici, mon cher confrère, nous voyons un enfant qui, en naissant, paraît sain, mais chez lequel, quinze jours après sa naissance, se manifeste un pemphigus congénital, affectant divers

---

Les ordonnances suivantes, particulièrement celles des 31 octobre 1821 et 29 avril 1831, les maintiennent.

Sœurs de charité. — 29 germinal an IX (12 avril 1801). Arrêté des consuls qui charge les filles de charité de secourir les malades des bureaux de bienfaisance.

10 floréal an IX (28 mai 1801). Elles sont chargées des médicaments.

9 pluviôse an X (29 janvier 1802). Leurs fonctions sont déterminées par une délibération de l'École de médecine de Paris.

24 vendémiaire an XI (16 octobre 1802). Arrêté des consuls portant rétablissement des sœurs de charité pour le service des malades pauvres.

Même date. Autre arrêté qui leur permet de porter leur costume et les soumet à la juridiction de l'évêque dans l'ordre religieux et aux administrateurs pour le service des malades.

Médecins. — Admis dans le décret du 8 janvier 1793 et dans celui du 11 mai 1794. — 18 floréal (8 mai 1801). Arrêté du Ministre qui attache des médecins aux bureaux de bienfaisance. — 8 prairial an IX (28 mai 1801). Arrêté du Ministre qui attache des chirurgiens aux bureaux. — Renouvelé le 28 octobre 1813. — Appointés à 500 livres par an, décrets du 28 janvier 1793 et du 11 mai 1794. — Font partie des assemblées de charité (supra 1793). — Reçoivent des primes de vaccinations. — 16 novembre 1814. Des jetons de présence pour la vaccine. — 23 novembre 1814. Exemptés de la patente (art. 29). — Loi du 1er brumaire an VII (22 octobre 1798, art. 29). Loi interprétative de cet article 29. — 9 brumaire an VIII (31 octobre 1799). 25 thermidor an XIII (13 août 1805), Loi et décret qui maintiennent cette exemption.

Accoucheuses. — Mentionnées et maintenues depuis 1793.

Secours extraordinaires. — 30 vendémiaire an XI (22 octobre 1802). Arrêté du conseil-général pour accorder des secours extraordinaires.

20 janvier 1808. Arrêté du conseil qui met 3,000 fr. à la disposition de l'agence pour les cas urgents et imprévus.

Secours d'hospices. — 18 vendémiaire an X (10 octobre 1801). Arrêté du Ministre portant qu'il pourra être accordé une pension représentative d'admission, aux indigents qui demanderont à se retirer des hospices.

2 juillet 1802. Arrêté du conseil qui accorde 150 fr. une fois payés à tout indigent qui voudra sortir de la Salpêtrière pour n'y plus rentrer.

Ateliers. — 16 décembre 1790. Décret qui accorde 15 millions pour établir des ateliers de charité.

28 fructidor an X (15 septembre 1802). Arrêté ministériel concernant l'établissement de charité pour les filles existant rue Saint-Paul.

6 nivôse an XIV (27 décembre 1805). Arrêté du conseil portant règlement pour la maison de filature.

Maison de prêt. — 23 octobre 1811. Arrêté du conseil qui autorise les membres de l'agence à prêter de l'argent à des ouvriers laborieux.

points du système cutané, et respectant d'abord la cavité buccale. Je le vois dans cet état, je procède en même temps à l'examen de sa nourrice et de son père nourricier, et il m'est impossible de découvrir chez eux la plus légère apparence de syphilis ancienne ou récente. La maladie de l'enfant fait des progrès, elle affecte la bouche, et bientôt après la nourrice, qui jusqu'alors était restée saine, voit apparaître des ulcérations sur ses mamelons, et elle ne tarde pas à éprouver d'autres manifestations de syphilis constitutionnelle. N'est-il pas évident, dès lors, que c'est son nourrisson qui l'a infectée? Pour moi, je ne saurais en douter : et en présence de ce fait, de ceux qui le précèdent et de plusieurs autres, qui ont la même signification, mais que je ne rapporterai pas pour ne pas prolonger inutilement cette lettre, il m'est impossible de ne pas croire à la transmissibilité des accidents consécutifs de la vérole.

Quant à vous, mon cher confrère, vous trouverez vraisemblablement, dans la description de ces faits, bien des lacunes, bien des points obscurs, qui ne vous permettront pas peut-être de les accepter comme concluants. Mais soyez du moins bien convaincu qu'ils ont été recueillis avec sincérité, avec bonne foi, sans aucun esprit de système. Veuillez donc les recevoir avec une bienveillante indulgence, et croyez, mon cher confrère, à la sincérité de mes sentiments les plus affectueux et les plus dévoués. J.-C. Bergeret.

Note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urètre,

Par M. le Dr A.-J. Désormeaux, *chirurgien des hôpitaux.*

(*Lue à l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 29 novembre 1853.*)

Dans l'étude des affections de l'urètre et des moyens que l'on peut employer, soit pour leur diagnostic, soit pour leur traitement, il est une voie dans laquelle la chirurgie n'a paru entrer que pour l'abandonner aussitôt; c'est l'application de la vue à l'exploration des parties du canal excréteur de l'urine.

Je dois, cependant, rappeler les tentatives de M. Ratier qui ne pouvaient être que d'une bien faible utilité, et seulement pour une portion limitée de l'organe, et celles de M. Ségalas beaucoup mieux conçues, mais qui s'appliquaient surtout aux affections de la vessie.

Si l'instrument du savant académicien n'a pas rendu les services qu'on en devait attendre, il faut en accuser la difficulté du problème, qui devient très-compliqué lorsqu'on veut y comprendre le réservoir de l'urine.

J'ajouterai qu'à l'époque où M. Ségalas faisait ses recherches, la physique n'avait pas encore mis à notre disposition une des pièces essentielles de l'appareil que je viens aujourd'hui soumettre au jugement de l'Académie, et qui en constitue la partie fondamentale.

Si, dans le speculum uteri, le volume de l'instrument permet d'y faire pénétrer la lumière, tout en laissant un espace suffisant à l'œil de l'observateur, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de l'urètre, qui n'admet que des sondes de quelques millimètres de diamètre. Dans ce cas, la lumière projetée par les moyens ordinaires dans un tube long et étroit, arrive à l'extrémité de ce tube en quantité insuffisante pour permettre la vision, et l'œil ne peut se placer en face de la sonde sans empêcher le passage des rayons lumineux, ou bien, si l'on met une lumière artificielle au-devant de l'œil, elle intercepte les rayons visuels.

D'après ce que nous venons de dire, on peut déjà comprendre que pour obtenir un urétroscope qui donne les résultats désirables, la difficulté consiste à livrer passage à la lumière par un orifice étroit, tout en réservant un espace suffisant pour les rayons visuels.

Ce résultat est obtenu dans l'instrument que j'ai fait construire, au moyen du miroir percé à son centre, que M. Léon Foucault avait déjà appliqué à l'éclairage des corps opaques, sous le microscope. Ce miroir, placé sur le prolongement de l'axe d'une sonde droite à bec, ou pour mieux dire d'une longue canule introduite dans l'urètre, est incliné de façon à réfléchir, dans la direction de la canule, les rayons qu'il reçoit d'un foyer lumineux situé sur le côté, et qui sont préalablement rendus convergents par l'interposition d'une lentille. En même temps, l'ouverture du miroir répondant au centre de l'instrument, livre un passage sufisant aux rayons visuels, qu'aucun point lumineux intermédiaire, n'empêche d'arriver jusqu'à l'objet que l'on veut observer.

Tels sont les principes d'après lesquels l'instrument a été construit; quant aux détails d'exécution, je craindrais, en les décrivant, d'abuser des moments de l'Académie; la vue des différentes pièces en apprendra plus que ne pourrait le faire une longue description. D'ailleurs, j'en ai donné la figure dans un paquet cacheté que j'ai déposé au secrétariat de l'Académie.

Je m'occupe en ce moment d'apporter à différentes pièces de l'appareil, des modifications dont l'expérience m'a fait sentir l'utilité; mais, tel qu'il est, il m'a déjà donné des résultats satisfaisants que je demande la permission d'exposer à l'Académie.

Sur un malade affecté de rétrécissement dans la région du bulbe, et que M. Mélier a bien voulu examiner avec moi, nous avons vu distinctement une cloison transversale, avec un pertuis excentrique entouré d'un bourrelet circulaire; légèrement saillant. Sur un malade de l'hôpital du Midi, où M. Ricord a eu l'obligeance de me permettre de faire quelques expériences, nous avons observé le déplissement de la muqueuse au-devant de la sonde, et la coloration rouge de cette membrane, atteinte d'inflammation chronique. Les personnes présentes à la visite ont pu, comme nous, constater ces faits. Je ne ferai qu'indiquer une expérience moins concluante, peut-être, mais dont le résultat est assez frappant :

Si l'on place, à l'extrémité de la sonde, un papier sur lequel se trouvent des lettres, en ayant soin de le mettre à l'abri de la lumière extérieure, les lettres sont aperçues d'une manière aussi distincte que dans les conditions ordinaires de la vision. Il en est encore de même pour des détails moins faciles à saisir, tels que les sillons concentriques de la pulpe des doigts, les différences de coloration des ongles, etc.

D'après cela, je pense, non-seulement que, dans certains cas, l'urétroscope pourra éclairer le diagnostic, mais qu'il pourra servir à juger certaines questions de doctrine, telles que celles qui se rapportent aux ulcérations urétrales, et en particulier au chancre, objet de tant de controverses.

Il est un point sur lequel mes recherches n'ont pas encore pu porter d'une manière suffisante. J'ai constaté qu'une ouverture latérale faite à la sonde ne diminue pas sensiblement l'éclairage, et cette ouverture qui sert à l'introduction d'éponges pour obstruer les parties, peut aussi permettre le passage de divers instruments. A l'aide d'un stylet à manche coudé, j'ai traversé un rétrécissement étroit. J'ai fait faire, d'après le même système, un bistouri, à l'aide duquel on peut pratiquer des incisions, en se rendant compte du résultat, beaucoup mieux qu'avec les instruments qui agissent hors de la vue. Des porte-caustiques appropriés permettraient d'agir avec certitude sur les points malades, et d'appliquer à l'urètre une médication, dont on tire un parti si utile dans le traitement des affections du col de l'utérus et du vagin.

J'espère présenter bientôt à l'Académie un instrument plus parfait que celui que je lui soumets en ce moment, et lui faire part, en même temps, des observations que j'aurai pu recueillir. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'on pourrait étendre l'usage de l'urétroscope à d'autres cavités, et que je ne désespère pas de la faire servir un jour à l'examen de la vessie. Je ne m'étendrai pas davantage sur les usages de cet instrument; seulement, je ferai une dernière remarque sur sa disposition. On a pu voir, par ce que j'en ai dit, que la vision s'exerce directement, et que la lumière est réfléchie. On pourrait tout aussi bien placer le foyer lumineux dans l'axe de la sonde, et réfléchir latéralement l'image de l'objet, comme le faisait Newton dans quelques-uns de ses télescopes. Si j'ai choisi la première disposition, c'est que j'ai trouvé qu'il y avait avantage à voir les objets eux-mêmes, à l'œil

nu, plutôt que leur image réfléchie et comme renversée dans un miroir; et que, dans le cas d'opération, le renversement des mouvements pourrait créer une grande difficulté. En outre, la position de l'observateur est beaucoup plus commode, en se plaçant en face de l'objet.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôtel-Dieu de Lyon.

Note sur un anévrisme brachio-céphalique traité par l'injection de perchlorure de fer,

Par M. BARRIER, *chirurgien en chef.*

M. Barrier publie, sur la question pendante, le fait suivant, auquel il a été fait allusion pendant la discussion de l'Académie. C'est le dernier élément connu de la question du perchlorure.

La discussion ouverte en ce moment sur la méthode imaginée par notre regrettable confrère Pravaz a mis en relief les faits déjà nombreux qui militent pour ou contre son innovation thérapeutique. Il est donc opportun de produire, sans plus de retard, tous les cas de nature à éclairer les praticiens.

Observation. — Le nommé S...., âgé de 48 ans, employé dans un bureau, demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle des Opérés, n° 27, le 27 juin 1853.

La maladie pour laquelle il vient à l'hôpital remonte à quinze mois environ. Elle a commencé par des douleurs vives, occupant la région sus-claviculaire droite et le voisinage du sternum, et s'irradiant dans toute l'épaule, quelquefois même dans le bras du même côté, qui était en même temps le siége de fourmillements et d'engourdissements assez forts pour gêner l'usage du membre et empêcher le malade d'écrire. Au bout de six à sept mois, une tumeur a paru derrière l'extrémité interne de la clavicule. Au rapport du malade, cette tumeur, d'abord petite et dure, ne présentait pas de battements sensibles et fut considérée comme un engorgement glandulaire; mais bientôt elle prit un développement graduel, devint proéminente en haut et en avant, et présenta des battements isochrones à ceux du cœur. Malgré cet accroissement, les douleurs diminuèrent, et, dans les derniers temps, elles sont devenues très-légères.

État actuel. Les douleurs sont assez faibles pour que le malade s'en préoccupe très-peu. Toutefois, les engourdissements se montrent souvent dans le bras, surtout lorsque le malade s'en sert pour écrire. La respiration n'est pas habituellement gênée, mais elle le devient lorsque le malade écrit longtemps de suite; sous cette influence, et à la moindre émotion, le malade éprouve souvent des battements de cœur et de la dyspnée. La voix est devenue un peu rauque depuis quelque temps, et le malade expectore des mucosités qui ne paraissent venir que de la partie supérieure des voies respiratoires. Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, on trouve une tumeur ronde, assez régulière, bien circonscrite dans sa portion superficielle, du volume d'une grosse noix et présentant des pulsations isochrones à celles du pouls. On les distingue à la vue et par le toucher. La main éprouve une sensation de frémissement très-distincte, et l'oreille perçoit un bruit de souffle très-marqué. La clavicule est recouverte en partie par la tumeur qui s'avance en dessus et même en avant de cet os. L'articulation sterno-claviculaire doit être luxée par suite de la destruction progressive de ses ligaments, car on sent très-bien le bout de la clavicule porté en bas et en avant. Profondément, c'est-à-dire en arrière, la tumeur s'enfonce derrière la clavicule et le sternum, recouverte par le sterno-mastoïdien, et les limites dans ce sens peuvent être précisées.

Les battements sont normaux dans la carotide et dans la sous-clavière du côté malade. Le malade, comme nous l'avons déjà dit, est parfois sujet à des palpitations, mais l'auscultation et la percussion ne révèlent aucune lésion organique du cœur. On diagnostique un *anévrisme du tronc brachio-céphalique.*

Le 11 *juillet,* on procède à une injection de perchlorure de fer. On commence par faire la compression des artères sous-clavière et carotide primitive. Cinq minutes après qu'elle est commencée, et les aides continuant de l'exercer aussi complétement que possible, on fait dans l'intérieur de la tumeur une injection avec le perchlorure de fer à 30° de l'aréomètre de Baumé. Pour faire cette injection, on se sert de l'instrument imaginé par M. Pravaz et fabriqué par M. Charrière, dont il est inutile de donner la description. Seulement, il est bon d'observer que, le corps de la seringue étant en verre, on a pu s'assurer par la vue que le piston poussait exactement le liquide dans la tumeur. La ponction faite et le poinçon du trocart retiré, il n'est point sorti de sang d'abord; alors, on a replacé le stylet dans la canule et on l'a incliné dans une autre direction. En retirant de nouveau, il sort un sang rouge, présentant un jet saccadé; alors on adapte la seringue à la canule et l'on fait exécuter au piston seize demi-tours, de sorte qu'environ quinze gouttes doivent être entrées dans la tumeur. La canule étant retirée, on bouche l'ouverture avec un peu de collodion. Nous devons encore noter qu'au moment de faire la ponction, la peau a été tirée en haut sur la tumeur, afin de prévenir le parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle des parois du kyste et d'avoir une véritable ponction sous-cutanée. La compression, maintenue pendant toute l'opération, a été continuée encore pendant vingt minutes après. Pendant tout le temps de l'opération, le malade a été très-oppressé, sa respiration était gênée et sa voix faible, effets qui doivent être attribués à la compression et qui ont persisté pendant quelques heures, mais en diminuant graduellement. Enfin on a cru remarquer que la tumeur, surtout au niveau du point ponctionné, est devenue un peu plus dure et les battements plus obscurs. (Potion calmante; tisane de tilleul; diète et repos.)

Le 12, il n'est survenu rien de particulier hier dans la journée. Le soir, l'oppression avait tout à fait disparu. La nuit a été bonne et le malade a assez bien dormi. Aujourd'hui, il y a un peu de rougeur sur la tumeur à l'endroit ponctionné, qui est aussi plus sensible qu'auparavant à la pression; mais c'est surtout au niveau des points où l'on a comprimé la carotide et la sous-clavière qu'il y a une douleur très-vive. (Compresses d'eau blanche sur la tumeur et un cataplasme sur les points douloureux du voisinage.)

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux; les douleurs disparaissent; la rougeur, au niveau de la tumeur, se dissipe graduellement, mais en même temps celle-ci reprend sa consistance primitive, et les battements redeviennent aussi sensibles qu'avant l'opération. Encouragé par l'innocuité de cette première tentative, on se décide à en faire une seconde.

Le 18, deuxième opération. On procède, comme la première fois, en comprimant les artères avant, pendant et après la manœuvre. Cette fois, on injecte une pleine seringue de liquide à 35°. La canule est retirée. Un peu de sang continue à couler par l'ouverture. Il se forme en même temps un trombus sous-cutané assez considérable et inquiétant. Cependant l'écoulement sanguin extérieur s'arrête par l'action de quelques gouttes de perchlorure de fer qu'on applique sur l'ouverture, au moyen d'un bourdonnet de charpie, et le trombus cesse d'augmenter. Il est de la grosseur d'une petite noix.

Le 19, douleur très-vive aux points sur lesquels a porté la compression. Un peu de rougeur et un peu de gonflement autour de la tumeur. Point de différence entre les pulsations des artères radiales. Point de céphalalgie. Le malade a bien dormi. Les battements semblent avoir un peu diminué.

Le 20, les battements, qui avaient un peu diminué après l'opération, ont à peu près repris la même intensité. Il semble cependant qu'en haut les pulsations s'accompagnent d'une expansion moindre que précédemment.

Le 21, les douleurs résultant de la compression ont presque disparu. Le malade va bien, mais la tumeur est revenue entièrement à ses conditions ordinaires.

Le 27, troisième injection. On prend les mêmes soins que dans les deux séances précédentes. On fait la ponction à la partie interne de la tumeur, et on injecte deux pleines seringues de perchlorure de fer à 45° de l'aréomètre Beaumé. La compression des artères carotide et sous-clavière est continuée beaucoup moins longtemps que dans les autres opérations, à cause des douleurs beaucoup plus vives qu'éprouve le malade (huit à dix minutes). Les battements ont beaucoup diminué. (Potion calmante, tisane de tilleul, etc., comme dans les injections précédentes.)

Le 28, il n'y a rien eu d'extraordinaire immédiatement. Le malade a dormi et n'accuse plus de douleurs. Quatre à cinq heures après l'opération, il a eu, au niveau de la tumeur, une sensation de chaleur très-forte, qui a disparu dans la soirée. Il y a de la rougeur et de la tension à la partie interne de l'anévrisme, c'est-à-dire à son sommet. On y sent peu d'expansion. La pression y est douloureuse; M. Barrier craint qu'il n'y ait là un commencement de travail inflammatoire; pour s'y opposer, il prescrit l'application de la glace en permanence.

Le 29, même état. Rien de particulier jusqu'au 31 juillet, si ce n'est que l'application de la glace est très-pénible pour le malade.

Le 1er *août,* le malade souffre tellement de l'immobilité qu'exige l'application de la glace, que l'on se décide à en suspendre l'emploi. Dans plusieurs points, les battements sont moins sensibles et paraissent plus diffus, mais la tumeur est douloureuse au toucher. Tiraillements dans le bras. État général satisfaisant. (Compresses d'eau blanche.)

Le 2, douleurs plus vives. Depuis la suppression de la glace, la sensibilité est très-vive à la partie interne de la tumeur. Commencement d'érysipèle autour de la dernière ponction. On y sent un peu d'empâtement. Le malade a un peu de malaise, il a perdu l'appétit. Depuis hier soir, il transpire facilement et à toute heure. Il a peu de fièvre cependant, et l'état général, malgré les accidents, est assez bon.

Onction avec l'onguent napolitain.

Le 3, les douleurs diminuent. Continuer les onctions.

Le 4, la sensibilité est encore bien grande. La rougeur, loin de diminuer, s'accroît au contraire et s'étend à la partie externe. État saburral. Citrate de magnésie.

Le 6, la dernière ponction suppure depuis hier. Le foyer paraît très-superficiel, la peau est décollée dans le voisinage de l'ouverture étroite, qui donne difficilement issue au pus. On agrandit l'ouverture d'un coup de bistouri. Cataplasmes et frictions mercurielles.

Le 8, douleurs vives à la pression. La rougeur et le gonflement s'étendent jusqu'à la partie postérieure du cou. On applique quinze sangsues à une certaine distance de la tumeur, en arrière du sterno-mastoïdien.

Le 9, toux fréquente, râles ronflants, un peu de dyspnée, fièvre modérée. Tisane béchique, looch diacodé, frictions mercurielles.

Le 10, transpiration très-abondante, surtout le matin. Douleurs encore très-vives parfois. La suppuration a un peu diminué. En somme, il y a un peu d'amélioration.

Le 11, la tumeur est toujours le siége d'une chaleur très-vive. La bronchite a disparu. On cesse les frictions mercurielles. Cataplasmes de pulpe de pommes de terre froids.

Le 12, état général meilleur. Il est des points où l'on sent encore un peu d'expansion; dans le plus grand nombre on ne perçoit que du soulèvement. Mais M. Barrier attribue cette obscurité des battements non à la coagulation du sang, mais à l'engorgement des tissus qui recouvrent et forment les parois de la tumeur.

Les 13 et 14, même état. La suppuration ne diminue pas, mais l'érysipèle et l'état phlegmoneux sont arrêtés et en voie de résolution.

Le 18, suppuration encore assez abondante. L'inflammation diminue. Les sueurs ont bien diminué. Cesser les cataplasmes de pommes de terre; vin aromatique.

Le 22, la suppuration a beaucoup diminué.

Le 23, la suppuration est réduite à peu de chose.

Les 24 et 26, même état; le bras est très-engourdi.

Le 31, un petit caillot sanguin est sorti par l'une des ouvertures qui donnent issue au pus. Toutefois, le malade va de mieux en mieux.

Le 15 *septembre*, la suppuration a beaucoup diminué. L'état du malade est assez satisfaisant; il se lève chaque jour et mange bien. Il se sert difficilement du bras, qui est toujours douloureux et engourdi. La tumeur est, en définitive, revenue à son état primitif quant aux pulsations qui s'y font sentir. Quant à son volume, il a sensiblement augmenté.

Le 21, la suppuration a cessé à peu près complétement. Les engourdissements sont plus fréquents et plus forts qu'avant l'opération. L'anévrisme, comparé à ce qu'il était à l'entrée du malade, a presque doublé de volume et présente toujours les mêmes signes qui caractérisent cette maladie. Les vaisseaux artériels de la tête et du membre supérieur sont toujours perméables au sang, comme avant l'opération.

Le malade quitte l'hôpital.

Je ne développerai pas les remarques que ce fait pourrait suggérer. Je m'en tiendrai à ce qu'il présente de particulier au point de vue du parti qu'on en peut tirer pour apprécier la méthode nouvelle.

Je dirai d'abord que le diagnostic de cet anévrisme n'a été l'objet d'aucun doute sérieux de ma part ni ni de celle des nombreux médecins à qui j'ai montré le malade. Les professeurs Bonnet, Pétrequin, Bouchacourt, les docteurs Valette, Desgranges, mes collègues de l'Hôtel-Dieu, plusieurs chirurgiens militaires et plusieurs médecins de la ville ont examiné la tumeur et ont tous pensé que l'anévrisme siégeait dans le tronc brachio-céphalique.

Ayant pris l'avis des habiles confrères que je viens de nommer, j'ai pensé avec eux qu'il ne fallait pas songer à lier l'artère entre la tumeur et le cœur, cette opération nous paraissait impossible. A quelques-uns l'idée est venue de tenter la ligature au-dessous du sac par la méthode de Brasdor; mais, vu le peu de chances de succès qu'elle présentait, tous m'ont encouragé à tenter l'injection de perchlorure de fer. M. Pétrequin me poussait à employer le perchlorure de fer et de manganèse; mais, d'après quelques expérimentations répétées devant moi par M. Burin-Dubuisson, et d'après l'opinion que ce chimiste m'exprima lui-même, n'ayant pas acquis la preuve de la supériorité du perchlorure de fer et de manganèse sur celui de fer seul, je me suis décidé à préférer ce dernier, voulant appliquer exactement dans ce cas la méthode de Pravaz, exempte de tout alliage.

En second lieu, j'ai prié M. Burin-Dubuisson de me fournir lui-même le liquide à injecter. Le perchlorure était, la première fois, 30 degrés, la seconde, à 35, et la troisième, à 45; mais, dans tous les cas, je dois croire qu'il était aussi bien préparé que possible, et pour le dernier, qui, suivant M. Burin-Dubuisson, se décompose assez rapidement, on avait eu la précaution de le préparer très-peu de temps avant le moment de l'opération, et de s'assurer qu'il était neutre au moment de s'en servir.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le choléra a fait quelques progrès depuis deux jours; le premier arrondissement, qui avait jusqu'à présent échappé à l'épidémie, a été envahi à son tour, et l'on nous informe que 9 malades sont entrés à l'hôpital Beaujon. L'administration des hôpitaux, sur l'avis conforme d'une commission médicale, a décidé qu'elle instituerait un service spécial de cholériques. C'est une bonne mesure purement administrative qui n'a d'autre importance que de faciliter le service, et par conséquent de rendre plus assidus, sinon plus efficaces, les soins donnés aux malades.

— La reconstruction de l'Hôtel-Dieu, sur le côté de l'île de la Cité opposé à Notre-Dame, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, est aujourd'hui définitivement arrêtée. La façade du nouvel édifice, qui doit contenir 600 lits disposés par petites salles, d'après le système des hôpitaux Lariboisière et Beaujon, fera pendant à la façade de Notre-Dame. — On évalue à 15 millions, dont 10 millions pour achats de terrains, la dépense à faire pour mettre le nouvel Hôtel-Dieu en état de recevoir le mobilier.

— « Il ne faut pas plaisanter avec ce monsieur-là; elle n'aime pas *les gazetiers*, et quand ils tombent dans sa main, elle vous les traite à la façon de Barbari, mon ami! C'est la mode, au reste, et c'est l'usage, à commencer du plus grand, à finir au plus humble, du myrte au myrtil, de madame George Sand à M. Charles Nisard! Haro sur *les gazetiers!* Est-ce que ces gens-là savent le premier mot de ce qu'ils disent? Est-ce qu'on les hante, est-ce qu'on s'inquiète de leur louange et de leur blâme? Ah! fi! vous dis-je. Ils ont vécu, ils sont morts, ils sont bâillonnés, les misérables, et dire pourtant que, de temps à autre, ils tiennent une si belle aumaille au bout de leur aiguillon!

« Donc silence; et si nous parlons des chefs-d'œuvre, il faut en parler à voix basse.... humblement, honnêtement, chastement!.... »

Ce n'est pas nous, on s'en apercevra sans peine, qui avons écrit ces lignes; elles sont d'un homme avec lequel nous n'avons d'autre point de comparaison que celui de ne posséder pas, pour une foule de chefs-d'œuvre incompris, cette dose d'admiration qui réjouit tant le cœur de leurs pères. Donc ces lignes sont signées J. Janin. Si nous les reproduisons ici, ce n'est point pour faire contre-poids à la spirituelle sortie de l'éloquent M. Nacquart sur la presse médicale, mais à propos de l'erreur plus sérieuse commise par un membre de la Société de chirurgie, pour le talent duquel nous professons une haute estime, et qui s'était, nous ne savons comment, imaginé qu'on pouvait abaisser une question en la traitant dans la presse, alors qu'elle était encore pendante devant une Société. Au reste, nous sommes heureux de constater que, mieux éclairé, il s'est empressé de condamner lui-même sa première opinion.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par le docteur Ch. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, médecin principal de première classe, officier de la Légion d'honneur, etc. — Deuxième édition. — Tome 1er, 2e partie, avec 100 figures. — Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur Bouchardat. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 cent.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome I. — N° 146. 1re Année. Mardi 6 Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX.

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Amputation de tout le côté droit de la face, comprenant l'extirpation de l'os maxillaire supérieur, la désarticulation de l'os maxillaire inférieur et l'ablation de toutes les parties molles correspondantes de la joue, de la région parotidienne et du menton. Guérison. Par M. le Dr Alexis Favrot. — **CLINIQUE CIVILE** : Guérison d'une tumeur lymphatique obtenue au moyen de l'électricité magnétique, par M. le Dr Boulu. — Pharyngite couenneuse. Mort subite, par M. le Dr Rodenberg. — **CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS** : Hôtel-Dieu de Lyon. Note sur un anévrisme brachio-céphalique traité par l'injection de perchlorure de fer, par M. Barrier. (*Suite et fin.*) — Quelques considérations pratiques sur l'emploi du chloroforme, par le Dr Alph. Amussat. — **THÉRAPEUTIQUE** : Injections de charbon contre la putrescence de l'utérus. — Cas d'anasarque guérie par les trois soupes au lait et l'oignon cru, par M. Claudot. — Traitement du croup par les fomentations de glace autour du cou, par M. le docteur Borchman. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Amputation de tout le côté droit de la face, comprenant l'extirpation de l'os maxillaire supérieur, la désarticulation de l'os maxillaire inférieur et l'ablation de toutes les parties molles correspondantes de la joue, de la région parotidienne et du menton. — Guérison.

Edme Bon, âgé de 50 ans, journalier, s'aperçut, il y a cinq ans, d'un petit bouton cancroïde à la lèvre inférieure, près de la commissure droite. Jusqu'au mois de janvier 1853, cette affection ne fit aucun progrès sensible ; mais, à dater de cette époque, elle devint le siége d'élancements douloureux et prit un accroissement rapide.

En peu de mois, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule, quand le malade entra à l'hôpital de la Pitié, où on l'opéra. Les suites de cette opération furent d'abord assez simples, mais au moment où la plaie semblait toucher à la cicatrisation, elle revêtit tout à coup un aspect de mauvaise nature et se transforma en un ulcère phagédénique.

C'est dans ces conditions que le malade vint une première fois à l'hôpital Cochin se confier aux soins de M. Maisonneuve. C'était dans les premiers jours de septembre. L'ulcère phagédénique avait déjà dévoré une partie de la lèvre inférieure et de la joue du côté droit. L'os maxillaire inférieur était à nu dans une éten-

FEUILLETON.

Notice historique et chronologique sur les substances qui ont été proposées comme succédanées du café et sur le café-chicorée en particulier,

Par A. Chevallier fils, *chimiste*.

(*Suite. Voir le n° 142.*)

Cafés indigènes. — En 1836, Lecoq fit un café indigène en torréfiant le maïs ; on le moud ensuite ; la liqueur qu'on obtient en traitant ce café par l'eau bouillante est moins colorée que celle donnée par le café.

En 1837, Burlet fit un café indigène avec :

Fèves	30	grammes.
Cacao	15	—
Orge mondé	20	—
Avoine	15	—
Châtaignes	20	—

Le tout étant torréfié et moulu, on y ajoutait de la cannelle, de la menthe poivrée, de la mélisse, le tout torréfié et réduit en poudre ; la cannelle, la menthe et la mélisse sont ajoutées à la préparation première, en petite quantité et selon les goûts.

En 1837, Regnier fit torréfier et moudre du gruau pour le faire employer comme succédané du café.

En 1838, Monnet fit un café indigène avec :

Badiane	40	—
Vulnéraire	45	—
Safran	8	—
Gaïac	125	—
Orge torréfié	500	—
Glands torréfiés	500	—
Café Martinique	500	—
Fèves	3 kilog. 282	—

Ce mélange ne peut être considéré comme un café, mais plutôt comme une préparation médicamenteuse.

Café de seigle. — En 1839, M. Obervath signala l'emploi du *café de seigle* qui déjà était connu.

Café de gland. — En 1841, M. Dupuy fit un nouveau café de gland en y ajoutant 1/4 chicorée, 1/4 café.

Café indigène. — En 1842, Chausson et Leduc firent un café indigène avec 15 kilogrammes de seigle, 1 kilog. 50 de miel, 1 demi-décilitre de bonne eau-de-vie ; ces deux substances étaient ajoutées pendant la torréfaction ;

2° 15 kilogrammes de betteraves séchées au four, 11 kilogrammes de miel, 1 demi-décilitre d'eau-de-vie, puis on torréfie ;

3° 15 kilogrammes de racine de chicorée, 1 kilogramme 500 grammes de miel et 1 demi-décilitre d'eau-de-vie.

On peut remplacer le seigle et la chicorée par des féverolles, du blé, de l'orge,

due de 2 centimètres au-devant du muscle masséter. Plusieurs cautérisations énergiques avec le fer rouge, l'acide nitrique, la pâte de Canquoin, la poudre arsénicale de frère Côme, furent employées sans succès. Le mal, un instant suspendu, ne tarda pas à reprendre sa marche.

20 *octobre*. Toute la partie latérale droite de la face était envahie, les os maxillaire supérieur et inférieur, en partie dénudés, étaient atteints de ramollissement. Les glandes parotide et sous-maxillaire étaient dures et tuméfiées; les parties molles de la joue étaient le siége d'une ulcération profonde à bords calleux et renversés. Ces désordres étaient en outre accompagnés de violentes douleurs. Aussi le malade réclama-t-il instamment une opération.

Vaincu par ses supplications, M. Maisonneuve consentit enfin à la lui promettre; mais le malade voulut auparavant sortir de l'hôpital pour mettre ordre à ses affaires, et ne rentra que le 31 octobre.

C'est le 2 novembre que l'opération fut pratiquée.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve fit d'abord la section de la mâchoire inférieure sur la ligne médiane, au moyen de la scie à chaînette, puis opéra rapidement la désarticulation de cet os, sans autre instrument que des ciseaux courbes sur le plat.

Dans un deuxième temps, l'os maxillaire supérieur, préalablement mis à découvert, fut circonscrit par trois sections opérées, l'une sur l'os malaire, au moyen d'une scie à chaînette passée par la fente sphéno-maxillaire; l'autre sur les os du nez, au moyen de la pince incisive; la troisième, sur la voûte palatine, à l'aide d'une petite scie à main, introduite dans la narine. Après l'ablation de ces deux os, M. Maisonneuve procéda à l'extirpation de la glande parotide, de la glande sous-maxillaire, de l'amygdale et de toutes les parties molles de la joue, qui se trouvaient envahies par la dégénérescence.

Cette dernière partie de l'opération fut de beaucoup la plus longue et la plus difficile; non-seulement à cause du voisinage de l'artère carotide et de la veine jugulaire interne, qui durent être mises à nu et disséquées dans une étendue de plusieurs centimètres, mais encore et surtout en raison de l'état anesthésique, qui rendait plus impérieuses les précautions destinées à empêcher le sang de pénétrer dans l'arrière-gorge. Le tout dura quarante minutes.

Pour combler une pareille perte de substance, il eût fallu pratiquer une opération autoplastique des plus pénibles et des plus dangereuses; M. Maisonneuve préféra laisser la plaie à découvert, il ne crut même pas devoir appliquer de pansement, afin de pouvoir surveiller plus facilement la plaie, et surtout, afin d'éviter les accidents toxiques qui surviennent si souvent, quand une suppuration abondante et fétide est retenue à l'orifice des voies aériennes et digestives. Ces sages précautions furent suivies du plus heureux résultat. En effet, sous l'influence du contact de l'air, la surface de cette vaste plaie se recouvrit d'une croûte sèche et sans odeur, sous laquelle la cicatrice marcha avec rapidité. C'est à peine même si le malade éprouva une légère réaction fébrile; les mouvements de déglutition ne cessèrent pas un instant de s'opérer avec facilité. Aujourd'hui, qu'un mois s'est écoulé depuis cette grave opération, la cicatrisation des tissus est complète, et c'est une chose vraiment curieuse, au point de vue physiologique, de voir s'exécuter à découvert les mouvements de la langue, du pharynx et du voile du palais dans la phonation et la déglutition.

M. Charrière s'occupe en ce moment de construire, sur les indications de M. Maisonneuve, un appareil prothétique en forme de demi-masque, destiné à dissimuler cette énorme perte de substance.

Dr Alexis Favrot.

CLINIQUE CIVILE.

Guérison d'une tumeur lymphatique obtenue au moyen de l'électricité magnétique,

Par le Dr Boulu, *médecin par quartier de l'Empereur.*

L'observation que nous rapportons ici nous a paru digne de fixer au plus haut degré l'attention des praticiens : elle nous offre l'exemple d'une heureuse application de l'électricité, dans un cas de tumeur lymphatique d'un volume considérable.

Le fluide électrique, toujours si utilement employé dans les paralysies, rend encore de nombreux et signalés services dans une foule d'affections diverses, surtout quand son application est confiée à des mains habiles. Aussi, des résultats si remarquables obtenus par les savants docteurs Rayer, Jobert (de Lamballe), Michon, etc., pouvons-nous hardiment conclure que l'électricité est appelée à jouer, dans la thérapeutique, un rôle de plus en plus important. Le fait dont nous allons exposer le résumé nous paraît venir à l'appui de cette proposition.

M. B...., des environs de Lyon, est un homme d'une robuste et saine constitution. Agé de 32 ans, d'un tempérament sanguin, il avait toujours joui d'une parfaite santé, jusqu'au jour où, par suite de refroidissements successifs gagnés à la chasse, il éprouva de violentes douleurs rhumatismales. C'est à la suite de ces douleurs, qui semblaient s'être fixées dans la tête, qu'est survenue,

---

des pois chiches, du gland, de la châtaigne; une fois que ces substances sont torréfiés, on les brûle et on tamise.

Café de seigle et de carottes. — En 1843, Allain et Leduc prirent un brevet pour faire du café avec de la carotte et du seigle, ils ajoutaient à ces deux substances une certaine quantité de chicorée; ce genre de café n'étant pas brevetable, nous en donnons la composition :

Chicorée.....	30 grammes.
Carotte.....	20 —
Seigle.....	50 —

Café africain. — M. Glinel prit, en 1845, un brevet illusoire, car le seigle torréfié et signalé comme pouvant être employé comme café était connu depuis longtemps; la seule modification qu'il apporta consistait à tremper le seigle dans la bière.

Café au thé. — Lepelletier et Bullard, en 1845, firent un mélange de thé, de capillaire et de riz de Caroline torréfiés, auquel ils donnèrent le nom de *café*.

Café de seigle, chicorée et café. — En 1847, M. Benque fit un mélange de seigle, de chicorée et de café Martinique, auquel il donna le nom de *café*.

Café de marrons d'Inde. — M. Vesmorel indiqua l'emploi des marrons d'Inde passés à l'eau bouillante salée. Les marrons étaient ensuite séchés au four, torréfiés et brûlés, puis réduits en grains comme le café.

Café de carottes. — En 1849, M. Paul Marsais fit breveter l'emploi de la carotte rouge et jaune torréfiée comme succédanées du café; l'emploi de la carotte était déjà connu, car dans plusieurs cafés indigènes on l'employait spécialement.

Café de betteraves. — M. Tardy, sous le nom de *café des pauvres*, a signalé une préparation faite avec des *cossettes* de betteraves desséchées, torréfiées et moulues.

Café de blé et café Martinique. — M. Despretz prit un brevet pour mélanger le blé torréfié au café Martinique; ce café de blé a été signalé et mis en usage en 1812, et on a essayé de renouveler cet usage en 1824.

Cafés indigènes. — En 1849, M. Honoré prit un brevet pour un café fait avec de la chicorée, des pois chiches, des haricots, des glands, des semoules et du café, le tout torréfié et moulu.

En 1850, M. Lequien fit un café avec des pois chiches, des semoules, du gland, du café et de la gomme; puis il modifia cette préparation en y ajoutant de la mélasse, du rhum et un peu de sucre candi.

Café de dattes. — Plus tard, on fit un café avec des noyaux de dattes torréfiés; cette liqueur était, dit-on, assez agréable à prendre.

Nous ne savons comment on laisse prendre des brevets d'invention pour des substances qui, sans être malsaines, sont vendues au public sous des noms pouvant induire en erreur l'acheteur, qui ne voit dans toutes ces indications que le mot café.

Il faudrait évidemment que tous ces produits fussent désignés par des noms indiquant leur composition, et que le mot *café* fut réservé pour la fève d'Arabie (le *coffea arabica*).

(*La suite à un prochain numéro.*)

dans la région parotidienne du côté gauche, une tumeur qui, à son début, n'avait qu'un très-petit volume. Cette tumeur, qui apparut dans les premiers mois de 1851, ne tarda pas à prendre des proportions plus considérables. Les principaux chirurgiens de Lyon furent consultés, et, pendant deux ans, le malade suivit régulièrement les divers traitements qu'ils conseillèrent, sans qu'aucune amélioration se fût manifestée dans son état ; il avait employé les fondants, les pommades iodurées, les bains généraux de tous genres : il fit usage des amers les plus concentrés : loin de se réduire, la tumeur augmentait toujours. Dans cette position, il résolut de venir à Paris consulter les hommes spéciaux. Nouveaux traitements sans résultats. Le malade nous ayant consulté, nous constatâmes bientôt, après examen, qu'à la région parotidienne du côté gauche existait une tumeur lymphatique d'un volume semblable à celui d'une forte orange aplatie, entourée de petites glandes engorgées et globuleuses, à convexité non régulière, inégale et légèrement bosselée ; la peau qui l'avoisine n'a subi aucune altération. Il est facile de reconnaître qu'on a affaire à une forte tumeur lymphatique, dure, non fluctuante et insensible au toucher ; ses prolongements ne paraissaient pas très-étendus ; elle était néanmoins inopérable par l'instrument tranchant, eu égard aux vaisseaux et aux nerfs importants qu'elle recouvrait. En présence de l'insuccès de tous les traitements déjà tentés, nous songeâmes à recourir à l'emploi de l'électricité dont nous avions souvent obtenu de si beaux résultats, et que nous appliquâmes à l'aide de l'ingénieux appareil des frères Breton, celui qui, par sa simplicité, est le mieux approprié aux besoins de tous les praticiens. De légères frictions électriques, et sur la tumeur et dans les parties voisines, furent d'abord pratiquées. Nos séances duraient de 15 à 20 minutes. Nous agîmes ensuite avec une intensité plus marquée, en localisant le fluide électrique sur toute l'étendue de la tumeur, sans toutefois jamais intervertir les pôles du courant magnétique. A chaque application du fluide, il se développait dans la tumeur une chaleur considérable. Après quinze jours de ce traitement, la tumeur avait changé d'aspect ; elle avait perdu sa dureté. Après quinze jours de nouvelles applications, les nombreuses petites glandes avaient disparu ; le volume était moindre. Enfin, après deux mois d'applications quotidiennes du fluide électrique, il ne restait plus de traces de la tumeur ni des gonflements glandulaires qui l'environnaient.

Dans le cours de ce traitement, jamais nous n'avons atteint le maximum de force magnétique que développe l'appareil Breton, quoique nous n'ayons agi que sur la surface extérieure de la tumeur ; la guérison en fut donc obtenue sans aucune douleur. Le malade est revenu aussitôt à une santé parfaite et qui s'est constamment maintenue.

Ce fait n'est pas le seul dans lequel nous ayons employé l'électricité avec succès. Nous nous proposons de publier prochainement une série d'observations, sur les cures que nous avons obtenues par l'application de l'électricité.

Pharyngite couenneuse. — Mort subite,

Par M. le Dr Rodenberg.

Dans le courant du mois passé, j'eus à traiter, dans le faubourg Saint-Antoine, plusieurs cas d'angine couenneuse, qui furent parfaitement guéris par les vomitifs et les cautérisations. Le 6 novembre dernier, je fus appelé auprès de madame L...., rue de Charenton, 142, âgée de 23 ans, mère de deux enfants. Cette dame, d'une constitution lymphatique, avait été atteinte plusieurs fois d'affections scorbutiques des gencives et de gonflement des amygdales. Depuis la veille (samedi), elle se plaignit de difficulté dans la déglutition, de nausées et de frissons. Le dimanche matin, je la trouvai au lit avec les mêmes souffrances, la peau était sèche et brûlante, le pouls vif et fréquent (110). En examinant la gorge, je constatai une rougeur et une tuméfaction considérables des amygdales, du voile du palais et du pharynx ; les amygdales étaient couvertes d'une membrane d'un blanc-jaunâtre, circonscrite et entourée d'un liséré rouge ; ce produit diphthéritique était plus volumineux et plus épais sur l'amygdale droite. L'haleine était d'une extrême fétidité ; les ganglions sous-maxillaires étaient gonflés, et toute la région cervicale était œdémateuse. La respiration, quoique accélérée, n'était pas difficile ; il n'y avait pas de sifflement laryngo-trachéal ; l'auscultation des organes de la respiration ne m'offrit rien d'anormal. Il n'y avait pas de toux ; la voix était basse, un peu voilée, mais pas altérée. L'appétit était nul ; la veille (samedi), la malade avait eu de fréquent vomissements de matières verdâtres ; depuis deux jours, il n'y avait pas eu de selles. Je fis administrer le paquet suivant, dissous dans un verre d'eau tiède,

℞ Sulfate de soude. . . . 30 grammes.
Tartre stibié . . . . . 5 centigrammes.

Des vomissements fréquents de matières glaireuses, de beaucoup de bile, et deux selles copieuses suivirent.

Je prescrivis le gargarisme suivant :

℞ Borate de soude. . . . } āā
Alun pulvérisé . . . . } 4 grammes.
Miel rosa . . . . . 30 —
Décoction de feuilles de ronces. 250 —

Pour gargariser, tous les quarts d'heure :

Tisane de fruits de tamarin, sucrée avec du miel.

Lundi, 7 novembre. La malade avait passé une nuit très-agitée et avait eu une forte fièvre. A ma visite, le pouls est bien moins fréquent que la veille (95). La rougeur du voile du palais et du pharynx était diminuée ; les amygdales étaient toujours dans le même état, les plaques diphthéritiques n'étaient ni diminuées, ni augmentées. Il y avait toujours grande difficulté de déglutition ; il n'y avait ni toux, ni plainte d'oppression. Je couvris le doigt indicateur droit d'alun pulvérisé, mélangé avec une petite quantité de gomme arabique ; pour faire adhérer plus facilement, je portai le doigt dans l'arrière-gorge et je le promenai sur les parties malades. Une heure après, je fis prendre à la malade un décigramme de tartre stibié pour provoquer de nouveaux vomissements. Même gargarisme et même tisane. La malade refusait toute nourriture.

Mardi, 8 novembre. La malade avait sommeillé pendant quelques heures dans la nuit ; la déglutition était moins difficile et la respiration libre ; les amygdales, moins rouges, moins tuméfiées, étaient toujours couvertes de plaques couenneuses ; l'infiltration œdémateuse de la région du cou existait comme les jours précédents. Je répétai le vomitif, la cautérisation avec l'alun, le gargarisme et la tisane.

A huit heures du soir, on vint me chercher pour visiter la malade, qui avait eu dans la soirée des accès de suffocation. Je m'y rendis de suite, mais à mon arrivée, la malade était déjà morte. Il y avait une heure qu'elle s'était levée sur son lit, avait appelé au secours en disant qu'elle étouffait. Les veines du cou s'étaient gonflées, la face était devenue livide, et elle était tombée sans connaissance sur les oreillers. L'asphyxie avait été instantanée.

A quelle cause faut-il attribuer la mort subite ? On ne peut pas accepter que, dans un espace de douze heures, l'affection couenneuse se soit étendue aux parties voisines et ait envahi le larynx d'un adulte au point de produire une asphyxie aussi instantanée. La marche de la laryngite pseudo-membraneuse n'est pas aussi rapide chez un adulte, et les symptômes essentiels de cette affection, l'aphonie, la toux rauque, la suffocation, n'existaient pas lorsque j'avais vu la malade dans la matinée, et n'avaient pas été remarquées par les assistants dans la journée, sauf deux ou trois accès passagers de suffocation, survenus dans la soirée.

Mais il est plus rationnel d'attribuer l'asphyxie subite à l'infiltration œdémateuse de la région cervicale, gagnant les replis aryteno-épiglottiques. La marche rapide, foudroyante des accidents produits par l'œdème laryngé, est prouvée par plusieurs observations. A ce sujet, nous citons le passage suivant de la *Bibliothèque du médecin-praticien* (t. V, p. 59, 1847) : « De « tous ces faits, le plus remarquable, et probablement le plus « authentique, est celui que rapporte M. Blache, dans l'ar« ticle que nous avons déjà cité du *Dictionnaire de médecine*. « Le voici tel qu'il est raconté :

« Obs. 3. — Au mois de mars 1835, un infirmier de l'Hôtel« Dieu souffrait depuis deux jours d'un mal de gorge ; cette in« disposition était si légère qu'il ne crut pas devoir interrompre « son service. Vers les quatre heures du soir, il est pris de suf« focation ; on appelle aussitôt l'élève interne de garde, qui se

« trouvait dans la salle voisine : il accourut, le malade était « mort. A l'autopsie cadavérique, on rencontra un gonflement « notable de l'épiglotte et une infiltration séreuse des replis « aryténo-épiglottiques. »

Malgré mes plus vives instances, l'autopsie m'a été refusée, et l'observation relatée manque donc de conclusion rigoureuse et scientifique ; mais j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de la publier, car elle contient un avertissement pour les médecins exerçant dans les quartiers populeux de la ville, qui ont à traiter la partie la moins intelligente de la population. Elle nous apprend surtout à être excessivement prudents et réservés dans le pronostic des affections couenneuses du pharynx, affections qui se terminent presque toujours d'une manière favorable ; car si les assistants ne sont pas prévenus de la possibilité d'une issue fatale et d'une suffocation instantanée, ils ne manqueront pas d'attribuer la mort subite, à l'imprévoyance ou à la négligence du praticien, nonobstant l'énergie du traitement qu'il a employé.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôtel-Dieu de Lyon.

Note sur un anévrisme brachio-céphalique traité par l'injection de perchlorure de fer,

Par M. Barrier, *chirurgien en chef.*

(*Suite et fin. Voir le n° 145.*)

Je crois avoir pris pour cette opération toutes les précautions que le cas réclamait. Toutefois, il faut bien remarquer qu'il n'était pas possible ici de réaliser toutes les conditions nécessaires à l'application rigoureuse de la méthode. Pour déterminer la coagulation du sang par l'injection d'un agent hémostatique dans un sac anévrismal, il faut y suspendre la circulation, y rendre le sang immobile par la compression du vaisseau du côté du cœur et du côté des capillaires simultanément. Ici la compression était impraticable au dessus de l'anévrisme, et quelque soin que j'aie apporté à faire exactement comprimer les artères carotide et sous-clavière par des aides qui s'y étaient exercés préalablement et à plusieurs reprises, il est bien certain pour moi que le cours du sang n'a pas été parfaitement suspendu pendant tout le temps qu'a duré l'action des aides. C'est peut-être là qu'il faut chercher la principale cause de l'insuccès de mes efforts.

Ainsi qu'on l'a vu, jai fait trois injections successives de plus en plus copieuses et avec un liquide de plus en plus actif. La première injection n'ayant rien produit, je devais croire qu'il était permis d'augmenter l'énergie de l'agent coagulateur. La seconde injection n'ayant elle-même été suivie d'aucun accident, j'ai osé pousser dans la tumeur deux seringues pleines de perchlorure à 45 degrés. Il n'est survenu immédiatement aucun symptôme fâcheux ; mais au bout de peu de jours, j'ai conçu les plus grandes craintes sur l'issue definitive de cette tentative, en voyant la suppuration se faire entre le sac et la peau dans les trajets des deux dernières ponctions. On sait tout le danger d'une inflammation phlegmoneuse dans le voisinage d'un anévrisme. Je m'attendais d'un jour à l'autre à la rupture du sac et aux accidents terribles qu'elle aurait inévitablement amenés. Heureusement la nature médicatrice, secondée par un traitement approprié, a prévenu des désordres plus profonds, le phlegmon s'est limité, la suppuration a diminué tout en se prolongeant beaucoup ; elle a fini par s'arrêter complétement, à ma grande satisfaction et au profit du malade, dont la maladie persiste sans doute, mais sans avoir probablement fait plus de progrès que si elle avait été abandonnée à elle-même.

L'injection, considérée dans ses suites immédiates, n'a produit qu'une partie de l'effet qu'on devait en attendre. Il a bien semblé que la tumeur devenait plus dure et qu'une coagulation partielle du sang s'y opérait. Mais cette coagulation a été incomplète ; le caillot, délayé par le sang qui continuait de circuler, a été peu à peu dissous, et, en définitive, l'opération n'a eu aucun résultat avantageux.

Je m'estime fort heureux de n'avoir pas eu, dans cette tentative, un échec plus grave. D'après les insuccès déjà nombreux qui ont été publiés, et que M. Malgaigne a reproduits dans son Mémoire à l'Académie, je considère l'injection de perchlorure de fer dans les anévrismes comme une méthode dangereuse, inférieure à la ligature, et, à moins qu'elle ne subisse de notables perfectionnements, je doute fort qu'elle reste dans la pratique. Dans son emploi, on a toujours à craindre de faire trop ou trop peu. En faisant trop, c'est-à-dire en injectant plus de liquide qu'il n'en faut pour coaguler la quantité de sang toujours difficile à évaluer, qu'il s'agit de solidifier, on s'expose à produire une inflammation suppurative et gangréneuse presque toujours funeste en pareil cas. En outre, si l'on emploie un liquide mal préparé ou d'une densité un peu trop élevée, on peut cautériser les tissus ou carboniser le sang, et rendre inévitable par là un travail d'élimination également dangereux. Si l'on injecte, au contraire, trop peu de liquide ou du perchlorure peu concentré, l'opération n'a aucun résultat.

En définitive, j'avoue que ma confiance dans l'efficacité de la méthode imaginée par Pravaz est très-incomplète, et je serais très-porté à la proscrire aussi formellement que vient de le faire M. Malgaigne, si je ne tenais compte de quelques succès observés au début, et surtout de celui qu'a obtenu mon collègue de l'Hôtel-Dieu, le docteur Valette, succès dont j'ai été témoin et qui m'a paru satisfaisant sous tous les rapports.

Au moment où j'achève cette note, je reçois du docteur Debout quelques réflexions sur mon observation, qui lui était en partie connue. Je vais les reproduire succinctement et y répondre.

« Je vous prie, me dit le docteur Debout, de discuter dans votre Note le point suivant, c'est-à-dire la véritable cause des dangers courus par votre malade. Dans la plupart des faits rapportés jusqu'à ce jour, on voit deux sources d'accidents : 1° *la gangrène des parois du sac*, amenée par l'inflammation traumatique résultant et des ponctions multiples et de l'action agressive du liquide coagulateur ; 2° *l'inflammation du tissu cellulaire*. On n'a pas assez tenu compte de cette dernière cause de danger. Quand on retire la canule de la poche anévrismale, on cautérise tout le trajet parcouru par l'instrument avec le perchlorure, et il arrive en petit ce qu'on observe après le trajet d'un projectile d'armes à feu, c'est-à-dire un trajet cautérisé, qui devient aussi corps étranger et noyau d'un travail suppuratif. N'est-ce pas là le cas de votre malade? Voici ce que je suppose à son égard : le liquide des diverses injections a été entraîné dans le torrent circulatoire faute d'une compression très-exacte. De là, absence des accidents relatifs à l'inflammation du sac, et votre malade a présenté seulement les accidents dus à l'action du perchlorure de fer sur le tissu cellulaire traversé par la canule. La discussion de ce point importe à l'élucidation de la méthode, car je crois à l'avenir du procédé Pravaz, et l'inconnue est tout entière dans le côté chimique de la question. Pour prévenir cet inconvénient, j'ai vu avec plaisir M. Valette, dans sa Note sur les varices, recommander de retirer la canule avec soin. La recommandation ne suffit pas, c'est le moyen qu'il faut donner ; le voici : après l'injection, il faut faire faire au piston un tour en arrière. On substitue alors, dans la canule, du sang au perchlorure qu'elle contenait, et on met le tissu cellulaire à l'abri de toute agression. Ce point est important, car l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la poche anévrismale est une source d'inflammation des tuniques artérielles, déjà attaquées par *l'action caustique* du liquide coagulateur, par la densité du caillot, toutes causes propres à enlever au chirurgien la sécurité qu'il doit désirer. »

Il résulte implicitement des réflexions que j'ai présentées à la suite de mon observation, que j'ai interprété le fait et les conséquences de l'opération à peu près de la même manière que M. Debout. J'ajouterai cependant que, pour éviter le dépôt d'un peu de perchlorure dans le tissu cellulaire, j'avais eu soin de

laisser un intervalle d'une à deux minutes entre l'injection et le retrait de la canule, afin que la goutte de liquide qui pouvait tendre à sortir de la canule pût s'échapper dans l'intérieur même du sac, et pour donner en même temps au caillot le temps de se former et empêcher le liquide de refluer de l'intérieur du sac dans le tissu cellulaire.

On a vu que, malgré cette précaution, dont l'indication a été omise dans le cours de l'observation, ce reflux a eu lieu après la seconde ponction et a même causé un trombus d'un certain volume. Toutefois, ce trombus n'a amené aucun accident et s'est résorbé facilement. C'est après la troisième ponction, faite avec toutes les précautions possibles, que le travail inflammatoire est survenu à l'extérieur du sac. Y a-t-il eu infiltration d'un peu de percholure dans le tissu cellulaire? C'est possible; et, pour prévenir cet accident, je ne verrais que de l'avantage à prendre la précaution indiquée par M. Debout, sans négliger celle que j'ai mise en usage.

Au fond de tous ces détails, le fait culminant pour moi, comme pour M. Debout, c'est *l'action caustique* du perchlorure: c'est là qu'est le danger de la méthode. Quoi qu'on en dise, le perchlorure à 30 degrés, appliqué sur une plaie, la cautérise, comme je m'en suis assuré bien des fois; et toute partie vivante cautérisée: sang, tunique artérielle, parois du sac anévrismal, tissu cellulaire, donne presque nécessairement lieu à un travail d'élimination par gangrène ou par suppuration. Si cette cautérisation n'est pas constante à la suite de l'injection des anévrismes, elle a eu lieu pourtant assez souvent pour qu'un chirurgien prudent soit autorisé à la craindre toujours. Pour moi, je ne me sens disposé à recourir de nouveau à cette méthode que dans deux cas: 1° celui d'un petit anévrisme, comme dans le cas opéré avec succès par M. Valette; 2° celui d'un anévrisme auquel la ligature ne serait pas applicable, comme dans le cas de mon malade.

Quelques considérations pratiques sur l'emploi du chloroforme,

Par le Dr Alph. Amussat.

Les agents anesthésiques accueillis dans l'origine avec un enthousiasme digne des bienfaits qu'ils étaient appelés à rendre à l'humanité, sont maintenant l'objet de craintes sérieuses de la part des malades et des chirurgiens. En effet, des accidents trop nombreux sont venus prouver que ces agents merveilleux n'étaient pas sans danger. Des travaux étendus et nombreux ont déjà été publiés sur ce sujet; aussi n'ai-je pas l'intention de venir en augmenter le nombre. Témoin d'un cas dans lequel l'emploi du chloroforme faillit être funeste, et que mon père a rapporté succinctement à l'Académie de médecine en 1848, je me propose d'y revenir ici avec détail, afin de permettre à nos confrères de bien apprécier les phénomènes que j'ai observés, et surtout d'insister sur le moyen qui nous a réussi, moyen auquel nous devons de ne pas avoir augmenté le nombre des cas de morts survenus après l'emploi du chloroforme.

En février 1848, je me rendis avec mon père et le docteur Chaussat chez le général X...., pour soumettre sa femme à l'influence du chloroforme, à titre d'essai seulement. Mme X.... portait au sein gauche une tumeur squirrheuse très-volumineuse, qui devait être enlevée quelques jours après; mais, avant de se décider, elle avait désiré être soumise à l'influence du chloroforme, pour en apprécier les effets.

A notre arrivée, le général pria mon père de profiter de l'état d'anesthésie dans lequel nous allions placer la malade, pour l'opérer *sans la prévenir*. Comme nous avions tous les objets nécessaires à l'opération, cette demande fut agréée; un lit fut préparé en conséquence, ainsi que tous les objets nécessaires. Mais à la résignation triste de la malade en se plaçant sur le lit, il fut bien évident pour nous que, soit à cause de la longueur des préparatifs, soit par toute autre raison, elle avait conscience de ce qui allait se passer, et ne s'y refusait pas, appréciant la bonne intention des personnes qui l'entouraient.

Mme X.... se plaça donc sur le lit, le tronc soutenu par plusieurs oreillers, faisant environ un angle de 40 degrés avec le plan du matelas. Un cône creux fut fait avec un mouchoir de batiste, on y jeta quelques linges imbibés de chloroforme, et le docteur Chaussat, chargé d'endormir la malade, plaça ce petit appareil vis-à-vis de la bouche et des narines. Notre confrère administra le chloroforme avec une prudence et un soin irréprochables.

Deux minutes s'étaient écoulées, lorsque mon père, jugeant l'insensibilité suffisante, commença son opération; une assez grande quantité de sang de couleur violacée s'écoula, et, lorsque la tumeur fut en partie détachée, il fit enlever l'appareil. Examinant la malade, il s'aperçut qu'elle ne paraissait plus respirer; il termina alors très-promptement son opération et n'eut pas à s'occuper d'arrêter le sang, car il ne coulait plus; un caillot assez épais recouvrait toute la plaie. La respiration ne se faisait plus, le pouls n'était plus senti; l'oreille, appliquée sur la région du cœur, ne percevait pas ses battements. Des pressions sur le thorax, sur l'abdomen, des frictions sur les membres et sur la région du cœur, l'ouverture immédiate d'une large fenêtre, des aspersions froides sur le visage, etc., tout fut employé avec une promptitude et une persévérance dignes d'un meilleur résultat. Cet état durait déjà depuis un temps qui nous parut bien long, et nous en étions, considérant le corps inanimé de Mme X...., à chercher comment annoncer ce sinistre à la famille, lorsque le docteur Chaussat proposa à mon père de lui insuffler de l'air par les narines. Fermant la bouche assez hermétiquement avec un mouchoir, comprimant la narine gauche avec la main, notre confrère appliqua la bouche à l'orifice de la narine droite, et fit deux longues insufflations. Nous attendions avec anxiété le résultat de ce dernier moyen de salut, sur lequel nous ne comptions que bien faiblement, lorsque nous vîmes se produire un mouvement presque imperceptible dans le thorax; une troisième insufflation fut faite et secondée par des pressions méthodiques sur le thorax, afin de faciliter les mouvements respiratoires. Peu à peu l'inspiration et l'expiration se firent plus facilement, et, au bout de quelque temps, la malade avait repris connaissance et respirait assez bien. La fenêtre fut fermée, on s'occupa de réchauffer Mme X...., tandis que nous faisions le pansement à la hâte. Une demi-heure environ après l'opération, elle était replacée dans son lit, recouvrant peu à peu ses idées, mais encore sous l'influence d'une extrême faiblesse. Le lendemain, elle était à peu près dans les conditions ordinaires.

Comme on le voit, nous avions eu sous les yeux un accident qui se serait bien certainement terminé d'une manière funeste, sans les insufflations d'air faites par le nez. La position demi-assise, la frayeur de l'opération et du chloroforme, l'agent anesthésique administré avec un cône creux assez compacte, nous semblent avoir été des *causes prédisposantes;* l'écoulement brusque d'une assez grande quantité de sang, *la cause déterminante* de cet accident. Quelques mois plus tard, mon père appelait l'attention de l'Académie (1) sur l'influence de l'hémorrhagie dans la production des accidents du chloroforme, rappelant alors son action dans les cas d'introduction de l'air dans les veines.

Dans le numéro du 29 novembre dernier, M. le docteur Stanski a insisté avec raison, je crois, sur les deux causes que j'ai indiquées en premier lieu: *la position* et *la frayeur des malades.*

Relativement à la position, je dirai seulement qu'avant de venir chez le général X...., le docteur Chaussat avait soumis pendant une heure à l'influence du chloroforme, sans le moindre inconvénient, une dame à laquelle mon père faisait une opération de périnéoraphie.

Notre confrère procédait dans ce cas avec beaucoup de prudence: retirant l'appareil dès que la malade était insensible, et le replaçant de nouveau quand elle était sur le point de reprendre connaissance; en un mot, administrant le chloroforme avec

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1848-49, p. 264.

des intermittences bien calculées, de manière à maintenir l'insensibilité pendant longtemps, sans fatiguer la malade, qui était dans la position horizontale nécessaire à l'exécution de cette opération.

Aussi, depuis l'époque où l'attention des médecins a été appelée sur la position la plus favorable à donner aux malades soumis à l'influence du chloroforme, j'ai toujours eu soin de suivre le conseil qui a été donné à cet égard, c'est-à-dire de les placer dans la position horizontale. Le cône creux en linge dont nous nous sommes servis m'a paru défectueux et doit, je crois, être abandonné, car les malades respirent avec cet appareil un air doublement impropre à l'hématose, par son mélange avec les vapeurs de chloroforme et l'acide carbonique expiré, et par conséquent plus apte à produire l'asphyxie. J'ai employé de préférence, depuis cet événement, un appareil (1) qui remédie à cet inconvénient par la disposition de ses soupapes, et permet d'administrer le chloroforme très-lentement. Il a, suivant moi, un inconvénient, c'est d'être un *appareil,* tandis qu'une compresse imbibée de chloroforme suffit; mais tout bien considéré, je crois qu'il mérite la préférence, pour les deux raisons que j'ai indiquées plus haut.

Le point sur lequel j'appelle ici toute l'attention de mes confrères, c'est l'insufflation directe par la narine, comme le fit le docteur Chaussat.

L'insufflation directe a eu, je crois, pour effet, de déterminer *le mouvement initial* dans l'appareil respiratoire, mouvement que les moyens ordinaires ne parviennent pas toujours à produire. Du reste, je présente cette explication comme m'ayant paru la plus propre à expliquer le phénomène qui se produisit alors, prêt à en adopter une autre, si elle satisfait davantage l'esprit de mes confrères. Quoi qu'il en soit des explications théoriques, le résultat produit par l'insufflation directe est trop profondément gravé dans mon esprit pour que je l'oublie jamais, et je crois pouvoir engager nos confrères à se la rappeler, s'il leur arrivait jamais de se trouver en présence d'un cas semblable.

Nous pensons que l'insufflation par la narine doit être préférée à celle faite par la bouche. Dans le premier cas, rien ne gêne l'entrée de l'air insufflé; tandis que dans le second, la rigidité des mâchoires, l'élévation de la langue, peuvent être des obstacles capables de paralyser cette importante manœuvre.

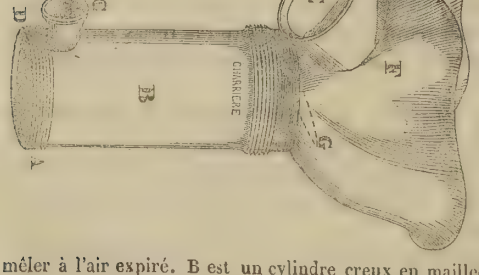
Je terminerai cette note en priant mes confrères d'excuser la longueur des détails dans lesquels je suis entré, mais qui m'ont paru nécessaires pour faire bien juger la situation dans laquelle nous nous sommes trouvés.

J'ajouterai, de plus, que c'est à mon confrère et ami, le docteur Chaussat, médecin à Aubusson, que revient le mérite d'avoir *le premier* (1) employé l'insufflation directe avec la bouche, pour remédier aux accidents du chloroforme.

La position horizontale; l'enlèvement de tout ce qui peut gêner la respiration; un local dont l'air soit suffisamment renouvelé; du chloroforme bien pur, administré très-lentement, avec intermittences et de préférence à l'aide d'un appareil, seulement aux malades qui en réclament l'usage, et n'ont aucune crainte de cet agent; enfin, le soin d'éviter, autant que possible, l'écoulement brusque d'une assez grande quantité de sang, telle est la méthode que nous avons adoptée depuis longtemps, et qui, jusqu'à ce jour, nous a constamment réussi.

Quant à l'insufflation directe par le nez, le fait rapporté plus haut prouve que ce moyen doit être placé en première ligne, lorsqu'il s'agit de remédier à l'état de mort apparente, survenu à la suite de l'administration du chloroforme.

(1) Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour nos lecteurs de leur faire connaître l'appareil que M. Alph. Amussat a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 7 décembre 1847.



Cet appareil se compose, comme on le voit, d'un masque en maillechort très-mince, muni de deux soupapes, une G permettant l'entrée de l'air mêlé de vapeurs de chloroforme, l'autre E pour la sortie de l'air qui a déjà pénétré dans les poumons. Ces deux soupapes s'ouvrant en sens inverse, l'air introduit ne peut se mêler à l'air expiré. B est un cylindre creux en maillechort dans lequel on place du linge, de la charpie ou une éponge fine imbibés de chloroforme; C est un petit entonnoir pour verser le liquide anesthésique; D est l'extrémité libre du cylindre munie d'une toile métallique très-fine, par laquelle passe l'air; elle est destinée à empêcher la matière imbibée de chloroforme de s'échapper au dehors.

(*N. du R.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Injections de charbon contre la putrescence de l'utérus.

Appliquer aux organes profonds, mais accessibles aux agents extérieurs, les moyens topiques qui réussissent communément sur les surfaces superficielles du corps, est une idée si simple et si naturelle, qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas été plus tôt et plus souvent mise en pratique. Cette idée vient surtout naturellement à l'esprit à propos des affections de l'utérus, dont le traitement a tant gagné depuis que, grâce au spéculum, cet organe a, en quelque sorte, cessé d'être un organe profond. Aussi avons-nous presque tous les jours à signaler, sous ce rapport, quelque application heureuse de la médication topique, quelque conquête nouvelle de la thérapeutique locale sur ces affections. Telle est l'application des propriétés antiseptiques du charbon au traitement de la putrescence de l'utérus, que vient de faire avec un succès des plus heureux un médecin allemand, M. le docteur Eisenmenger. Nous rapporterons textuellement l'observation qu'il a consignée dans le *Deutsche Klinik,* afin que les lecteurs soient mieux à même de juger de l'état de la malade et du résultat du moyen employé.

Une femme âgée de 42 ans, d'une bonne constitution, avait déjà eu neuf couches heureuses. Pendant la vingt-cinquième semaine de sa dixième grossesse, elle cessa tout à coup, à la suite d'une forte émotion, de sentir les mouvements du fœtus, et les signes de la mort de ce dernier ne tardèrent pas à se montrer. Cinq semaines plus tard, c'est-à-dire vers la trente-cinquième semaine de la grossesse, cette femme commença à ressentir des douleurs et à éprouver des pertes abondantes d'une très-mauvaise odeur. Dans la soirée du même jour, elle mit au monde un fœtus de six mois environ, mort depuis longtemps. Le placenta étant resté, on s'occupa de l'extraire, ce qui ne put être fait que partiellement, à cause de l'étroitesse de l'orifice utérin, qui ne permettait pas même l'introduction de deux doigts. Il resta ainsi une portion de placenta adhérente au fond de l'utérus et qu'il fut impossible de détacher. Néanmoins, tout alla bien encore pendant huit à neuf jours; mais le neuvième jour après l'accouchement, survint une hémorrhagie qui augmenta le lendemain et prit un tel caractère d'intensité qu'il fallut recourir au tamponnement. Quatre autres jours après, il survint des frissons, suivis de chaleur, se répétant à des intervalles assez rapprochés; pouls petit, à 130; sécrétion laiteuse supprimée; lochies peu copieuses, infectes; soif, sécheresse de la langue, regard anxieux, teint pâle; jambe gauche insensible, comme paralysée.

(1) « Après avoir épuisé tous les moyens ordinaires, un de mes élèves les plus « dévoués, M. Chaussat, eut l'heureuse idée de souffler de l'air dans les narines. « Après deux ou trois insufflations, mes angoisses cessèrent, la respiration se réta- « blit, une véritable résurrection eut lieu, les accidents cessèrent, et tout se passa « ensuite comme à l'ordinaire. » Amussat, *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1848-49, p. 265.

Dès le deuxième accès de frisson, on pratiqua des injections de charbon dans la cavité de l'utérus (1 à 2 gros de charbon de tilleul, sur 4 à 6 onces d'eau). Ces injections furent répétées trois ou quatre fois par jour et continuées pendant plusieurs jours ; à l'intérieur, on fit prendre du quinquina.

Après deux jours de ce traitement, il y eut une amélioration, et le troisième jour, tous les symptômes inquiétants avaient disparu. On continua encore le traitement pendant plusieurs jours, en ayant soin, quelque temps après chaque injection charbonneuse, de pratiquer une injection d'eau tiède pour entraîner les particules de charbon. La malade se rétablit promptement.

L'exemple de ce succès doit encourager les praticiens dans l'application d'un procédé aussi rationnel d'ailleurs et si facile à exécuter.

(*Bullet. gén. de thér. et Gaz. méd. de Paris.*)

Cas d'anasarque guérie par les trois soupes au lait et l'oignon cru.

M. Serres (d'Alais) a récemment invoqué le témoignage des praticiens sur l'efficacité de ce traitement. Voici un cas de guérison qui répond à cet appel.

Observation. — François Crussard, ancien militaire, âgé de soixante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une vie extrêmement régulière, s'aperçut, il y a environ un mois, d'un œdème des pieds qui, dans l'espace de huit jours, fit des progrès assez rapides pour l'engager à recourir aux secours de l'art ; appelé près de lui le 2 août, je le trouvai dans l'état que je vais décrire. Cet homme est assis dans son lit, la tête et le dos appuyés sur un grand nombre de coussins, le décubitus étant impossible à cause de la suffocation ; la face, habituellement très-maigre, est extrêmement bouffie, le col est gonflé, les mains sont œdématiées, mais c'est notamment depuis les cuisses que l'infiltration est le plus prononcée ; la peau des membres inférieurs est tendue, luisante ; le volume des extrémités est plus que doublé ; le ventre est tuméfié, on ne sent pas de fluctuation, mais la peau porte l'empreinte du doigt ; l'infiltration a son siége là, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le malade ne peut aucunement marcher, ses jambes sont d'une roideur trop considérable ; la respiration est pénible, le moindre mouvement cause une dyspnée extrême ; l'appétit est perdu, la soif inextinguible. Les urines essayées par l'acide nitrique ne précipitent pas, la chaleur ne les coagule pas ; le cœur, scrupuleusement examiné au moyen de la percussion et de l'auscultation, ne présente absolument rien d'anormal ; le pouls est très-régulier, à 65, médiocrement plein ; le ventre n'est pas douloureux, les selles sont naturelles, la région du foie ne présente ni sensibilité, ni matité anormale ; la coloration n'est nullement ictérique : le malade n'a jamais eu de fièvre intermittente ; l'œdème a débuté au milieu d'une santé parfaite, après une nuit passée dans une chambre dont les fenêtres sont restées ouvertes, pour éviter la trop grande chaleur. L'écoulement des urines était peu, fort peu abondant ; ce liquide n'était pas changé dans son aspect. J'attribuai la production de l'anasarque à la suppression de la transpiration par le refroidissement subi par le malade, dans une chambre ouverte au froid de la nuit.

Je conseillai le traitement indiqué par M. Serres avec une grande confiance, d'abord parce qu'il m'est arrivé de vérifier souvent par moi-même les assertions de cet habile praticien, à la probité et à la sagacité duquel je me plais à rendre un légitime hommage ; ensuite parce que j'avais vu le lait (toutefois sans adjonction d'oignon) amener un succès inespéré dans trois cas d'ascite : l'un, produit par une inflammation subaiguë du péritoine ; un second, à la suite d'une duodénite chronique chez un ivrogne, auquel j'avais pratiqué la paracentèse ; un troisième enfin, chez un homme atteint, à la suite d'excès, d'ascite consécutive à une hypertrophie du foie accompagnée d'un ictère rebelle.

Le malade prit donc trois soupes au lait et trois oignons par jour ; ces oignons ont été alternativement mangés crus ou cuits ; un peu d'eau pure fut accordée pour étancher la soif. Pendant cinq jours, nul effet sensible ; mais, à dater du 7 août, les urines commencèrent à couler abondamment, l'oppression diminua, l'œdème suivit la même marche, et hier 15, j'ai trouvé mon malade complétement guéri, sans enflure, sans oppression, en un mot, tel qu'il était avant sa maladie ; il est juste de dire que cet homme a suivi son traitement avec une scrupuleuse exactitude ; pour plus de sûreté, je l'ai engagé à le continuer encore quelque temps.

Claudot, D. M. *à Neufchâteau.*

(*Bulletin gén. de thér.*)

Traitement du croup par les fomentations de glace autour du cou,

Par le Dr Borchman.

L'auteur n'admet, comme de raison, qu'une seule forme essentielle de croup, consistant dans une exsudation qui paraît avoir pour cause une diathèse particulière du sang dont on ne connaît pas encore la nature. Cependant le vrai croup présente, dans sa marche, divers stades que les auteurs ont su distinguer, et auxquels il est important d'avoir égard pour le traitement. C'est pour remplacer les sangsues, dont l'application est souvent difficile et dont l'action est souvent trop lente et surtout trop incertaine, que l'auteur a recours à la glace ; il relate trois observations de guérison par ce moyen. L'auteur ne se fait pas illusion sur l'objection qu'on pourra lui faire, que la maladie n'était pas un vrai croup ; et, en effet ; dans l'un de ces cas, il ne put découvrir aucune exsudation dans la région du pharynx ; dans un autre, il fut impossible d'examiner l'enfant qui se refusait à ouvrir la bouche et serrait fortement les dents. Ce n'est que dans un de ces trois cas, sur son propre fils âgé de deux ans, que le docteur Borchman put distinguer une légère couche exsudative sur les amygdales. Cependant nous ferons observer aux personnes qui pourraient douter de la réalité du croup dans ces trois observations, que l'exsudation diphtéritique ne commence pas toujours au pharynx, que l'existence des fausses membranes témoigne déjà d'un degré avancé de la maladie, et que rien ne prouve, quand les fausses membranes n'existent pas encore, qu'elles ne se produiront pas plus tard. L'auteur n'a pas voulu administrer de vomitifs, parce qu'il les regarde comme inutiles au début et les réserve pour une période plus avancée, lorsqu'il s'agit d'expulser les fausses membranes. Il pratique la cautérisation du pharynx lorsque celui-ci est le siége d'une exsudation manifeste. Voici comment il a employé l'eau glacée.

L'enfant avait tous les signes apparents du vrai croup, sauf la présence des fausses membranes, comme nous l'avons dit ; la tête était chaude, la déglutition difficile ; il n'y avait encore eu que deux violents accès. Un linge de toile, plié en forme de cravate, fut trempé dans l'eau glacée et appliqué autour du cou ; deux vessies contenant deux petits morceaux de glace furent disposées sur les côtés ; toutes les demi-heures, la cravate fut renouvelée ; les jambes furent entourées de flanelle et réchauffées par des cruches d'eau chaude. Dès les premières applications, la chaleur de la tête, l'agitation de l'angoisse, diminuèrent, l'enfant s'endormit et cessa de tousser. Ce traitement fut continué depuis trois heures jusqu'à huit heures du soir. Alors on remplaça les vessies par un linge sec qui fut appliqué autour de la cravate mouillée ; celle-ci ne fut plus renouvelée que toutes les heures. Le lendemain, l'enfant était parfaitement rétabli ; cependant, on continua encore les fomentations pendant deux jours, en les renouvelant toutes les trois heures.

La glace fut appliquée dans les deux autres cas de la même manière et dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire au début de la maladie ; le soulagement fut aussi instantané, et la guérison parfaite en peu de temps.

Il est vivement à désirer que cette méthode de traitement soit tentée par d'autres praticiens. Sans doute elle n'est pas applicable à toutes les périodes de la maladie, ni peut-être à tous les

cas ; elle n'exclut pas les vomitifs et la cautérisation, mais elle nous paraît un moyen abortif dont il s'agit de saisir à propos l'indication. (*Rev. méd. chir. de Paris et Gaz. méd. de Paris.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les comptoirs électriques bannis des boutiques de marchands de vin par la sollicitude éclairée de M. le Préfet de police, se sont réfugiés rue d'Orléans St-Honoré, 17, sous le nom pompeux de *triple-électro-galvanique*. Vous demanderez peut-être ce que c'est que le *triple-électro-galvanique?* C'est ce que vous pourrez lire dans un petit livre récemment annoncé sous le nom de : *Médecine du pauvre et du riche*, et dans une enseigne non timbrée, qui se distribue publiquement dans le magasin de la susdite rue d'Orléans. Dans ladite enseigne, on lit, entre beaucoup d'autres choses de même force, que « le *triple-électro-galvanique* réunit les trois électricités de la nature : le fluide électrique du corps humain ou *magnétisme*, l'électricité végétale ou l'*esprit des plantes*, l'électricité minérale ou *galvanique*, etc.... » Ajoutons, pour notre édification complète, que la définition, l'*et cætera* et les points sortent de la plume d'un docteur en médecine, « président de la Société *philanthro-magnétique*, » assisté d'un « ex-élève en médecine, » secrétaire de ladite Société. Quant à l'auteur de l'immortelle découverte, il n'écrit plus ; il se borne à se complaire dans *la gloire* (que lui octroie ledit docteur dans ladite enseigne) et à faire jouir le public « des *bienfaits des trois forces vitales*, » moyennant un prix qui est sans doute à la portée de toutes les bourses, puisque la méthode a résolu le problème de la *médecine du pauvre et du riche*. Espérons que les agents de M. le Préfet de police ne voudront pas se priver de ces bienfaits.

— *Le Bulletin des Lois* publie un décret du 15 novembre, qui autorise l'acceptation d'un legs de *cent mille francs*, fait par M. Bréant, à l'Institut de France.

L'extrait de ce testament est ainsi conçu :

« J'institue et donne après ma mort, pour être décerné par l'Institut de « France, un prix de 100,000 francs à celui qui aura trouvé le moyen de « guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce ter- « rible fléau. »

Suivent des instructions sur la manière dont le testateur entend que ses intentions soient remplies et des considérations qui, selon lui, doivent engager les investigateurs à demander à l'analyse de l'air la solution d'une partie du problème qu'il leur propose.

— *Le prix d'Argenteuil.* — L'Académie de médecine en sera probablement quitte pour la peur et pour les honoraires de son avocat et des membres de son conseil d'administration qui se chargent, moyennant un simple jeton de présence de 15 francs, d'aller soutenir ses droits au palais; M. le secrétaire perpétuel pourra prononcer son discours libre de tout souci, les héritiers d'Argenteuil viennent d'être déboutés, devant la première chambre de la Cour impériale, de la demande qu'ils avaient vu accueillir par le tribunal de première instance.

On se rappelle les phases de ce singulier procès :

M. le marquis d'Argenteuil a fondé, par son testament, un prix à décerner tous les six ans, par l'Académie de médecine, pour récompenser les perfectionnements apportés au traitement de certaines maladies.

L'Académie n'avait distribué aucun prix, ni à l'expiration de la première période de six ans, en 1844, ni à l'expiration de la deuxième, en 1850. En 1846, cependant, dix-huit concurrents s'étaient présentés; mais la commission de l'Académie se bornait à proposer de diviser en quatre parts égales les 8,000 francs d'arrérages alors échus au profit de MM. Mercier, Perrière, Delacroix et Benique. L'Académie décida qu'il n'y avait lieu, ni d'accorder le prix, ni d'en diviser le montant. Plus tard, en 1850, l'Académie, approuvant les conclusions d'une deuxième commission par elle nommée, déclara qu'il n'y avait lieu que de mentionner honorablement certains noms par ordre alphabétique. Elle prit encore une délibération, portant que les fonds seraient réservés pour augmenter d'autant les prix à distribuer dans les périodes subséquentes. Le prix, pour la période de 1844 à 1850, était fixé ainsi à 12,000 fr.

M. Dugon, légataire universel de M. d'Argenteuil, et M. Lambert, son exécuteur testamentaire, prétendirent que l'Académie devait désigner l'ouvrage relativement le plus important parmi ceux publiés dans le cours de chaque période, et décerner le prix; ils critiquaient la marche suivie par l'Académie, qui, pour décerner le prix, exigeait un perfectionnement très-important, ou très-notable, dans un sens absolu : en conséquence, il convenait, suivant les demandeurs, d'impartir à l'Académie un délai pour faire cette désignation, en exécution du testament, ou sinon de nommer une commission médicale chargée de suppléer l'Académie dans cette exécution.

Un jugement du 25 février 1852 rejeta cette demande, par le motif que nul ne devait s'immiscer dans l'appréciation de travaux ou la distribution de récompenses qui ne relevaient que de l'Académie.

MM. Dugon et Lambert ont alors conclu contre l'Académie à la restitution des 8,000 fr. représentant le prix applicable à la première période de 1838 à 1844, et non susceptible d'être décerné, d'après la décision de l'Académie.

Sur cette demande est intervenu, le 14 janvier 1853, un jugement ordonnant que faute par l'Académie d'avoir, dans un délai de quatre mois, rempli les intentions du testateur, la somme de 9,744 fr. 60 c., résultant des revenus accumulés pendant la première période, serait remise à la disposition du légataire universel.

L'Académie de médecine a interjeté appel.

Me Chaix-d'Est-Ange, son avocat, a établi que la mesure prise par l'Académie était conforme aux intentions du testateur, qui avait entendu laisser à la légataire une latitude suffisante pour le meilleur choix du lauréat. En terminant, l'avocat a rappelé plusieurs circonstances dans lesquelles, à l'occasion de legs de la même nature et conçus dans des termes identiques, les diverses classes de l'Institut avaient procédé comme l'Académie de médecine l'avait fait pour le legs de M. le marquis d'Argenteuil.

Me G. de Villepin, avocat de MM. Dugon et Lambert, a soutenu le jugement attaqué.

Conformément aux conclusions de Me Chaix-d'Est-Ange et de M. de Labaume, premier avocat-général, la Cour a jugé que l'Académie avait fait une saine interprétation de la clause et sagement exercé le droit que lui conférait le testateur, a infirmé le jugement dont était appel et débouté les intimés de leur demande.

— *Société médicale. — Hydrologie.* — Nous avons annoncé, il y a plusieurs mois déjà, qu'il s'était formé dans le Midi, sous l'heureuse inspiration de MM. Boyer, de Montpellier, et Pouget, de Bordeaux, une Société médicale divisée en deux sections, dont l'une réside à Bordeaux, l'autre à Toulouse, dans le but d'étudier, d'une manière spéciale, les nombreuses et belles questions qui se rattachent à l'hydrologie. Nous recevons aujourd'hui une seconde édition du discours prononcé à cette occasion par M. Boyer, précédé d'une courte introduction par M. Cuigneau, secrétaire de la Société de Bordeaux. Toute tentative de progrès sérieux est d'avance assurée de notre faible concours ; nous avons donc applaudi sans réserve aux futurs efforts de la *Société médicale hydrologique*. C'est donc à titre d'ami que nous nous permettrons de lui donner quelques conseils.

A M. Cuigneau, d'abord, nous dirons que lorsqu'on a l'honneur d'être le secrétaire, et par conséquent l'interprète d'une Société sérieuse, instituée dans le seul but de travailler au progrès de la science, il faut éviter d'invoquer à son aide des autorités moins qu'équivoques, surtout lorsqu'on doit, quelques lignes plus loin, s'insurger légitimement contre le charlatanisme.

A la Société tout entière, nous conseillerons de sortir promptement des généralités ; et M. Boyer, dans son discours, a exposé avec talent les *desiderata* de la science hydrologique médicale ; il serait inutile de revenir sur ce sujet. Si la Société veut arriver à des résultats utiles, il faut donc qu'elle se hâte de rédiger un petit nombre de questions bien circonscrites qu'elle donnera pour but aux recherches de chacun de ses membres. Une seule petite question résolue est un progrès ; un grand nombre de questions soulevées, ce n'est que de l'agitation. Pour comprendre l'indispensable nécessité qu'il y a à suivre la voie que nous indiquons ici, il suffirait de se rappeler que des deux principaux médecins civils de Vichy, l'un pense que l'usage du vin et des acides est très-nuisible pendant le traitement alcalin, tandis que l'autre croit avoir démontré par des faits que l'usage du vin et des acides est quelquefois utile, et pour le moins toujours indifférent.

Pour le motif qui précède, nous ne saurions partager l'opinion que semble professer l'honorable M. Boyer qu'un bon traité général d'hydrologie doit être le résumé d'une foule de traités particuliers. Nous n'hésitons pas à affirmer que si les membres de la Société d'hydrologie s'imposaient pour tâche de rédiger chacun un traité d'hydrologie spéciale, la Société ne manquât, en très-grande partie au moins, le but qu'elle se propose d'atteindre. Ce que la Société doit faire surtout, c'est de recueillir sur des questions données des observations exactes, rigoureuses, auxquelles elle donnera, en les discutant publiquement, un cachet irrécusable d'authenticité ; et une fois ces matériaux rassemblés, de les coordonner et d'en tirer les conséquences rigoureuses. Voilà, très en résumé, et si nous ne faisons erreur, la véritable marche à suivre, si la Société veut arriver à des résultats utiles et féconder l'heureuse idée de MM. Boyer et Pouget. Nos vœux, dans tous les cas, la suivront dans sa louable tentative.

— Le préfet du Rhône vient, par un arrêté récent, de réglementer la surveillance des bureaux de placement des nourrices. Un inspecteur et un médecin, nommés par l'autorité administrative, sont attachés à chaque bureau. Le traitement de ces deux fonctionnaires sera payé par les directeurs des bureaux. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS, — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 147. 1re année. Jeudi 8 Décembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie de médecine. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **THÉRAPEUTIQUE :** Incision de la vulve pour prévenir la rupture du périnée. — Emploi du daphné mezereum dans les névralgies faciales. — Opiat antigoutteux et antirhumatismal de Villette. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 7 Décembre 1853.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

Eloge d'Orfila.

Un mot d'abord sur les accessoires de cette séance, à l'éclat de laquelle M. le Préfet de police avait bien voulu concourir en y envoyant trois gardes municipaux, ce qui donnait au modeste monument de la rue des Saints-Pères un faux air de palais Mazarin.

On sait que, depuis la dernière solennité, les broderies en soie violette des académiciens se sont émaillées, sur le collet et les parements, de quelques festons dorés qui se produisaient aujourd'hui pour la première fois dans l'enceinte académique; cette addition est d'un médiocre effet; elle ne paraît pas d'ailleurs avoir opéré beaucoup de séductions, car les membres du bureau se sont présentés en costume, flanqués seulement du très-honorable trésorier; encore faut-il remarquer que l'aimable président portait le costume d'inspecteur général, et non celui d'académicien; quant à M. Patissier, il n'avait pas même fait modifier son habit suivant l'ordonnance; il s'en était tenu aux anciennes broderies.

Les dames prennent-elles goût aux discours de M. Dubois ou venaient-elles apporter un témoignage de reconnaissante sympathie à la mémoire d'un homme qui leur avait montré un si constant intérêt? L'un et l'autre se peuvent. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'auditoire féminin formait cette année une imposante minorité qui, outre l'animation qu'elle a jetée dans l'assemblée, a eu le mérite de faire naître deux charmantes hésitations, dans la lecture faite par M. le président, de certains sujets de prix.

La séance a été ouverte, suivant la tradition, par une allocution du secrétaire annuel, M. Gibert, qui a su une fois encore être fidèle à sa spirituelle discrétion; disons cependant que son joli petit *speech* n'aurait rien perdu à la suppression de la dernière phrase, où la science se trouve un peu trop amalgamée à la religion.

Cela dit, nous arrivons, au fond de la question, au morceau de résistance.

Le temps était-il arrivé de faire l'éloge historique d'Orfila?

Si la précaution prise par M. le secrétaire perpétuel, au début de son discours, avait pu ébranler notre conviction contraire, le discours tout entier nous y aurait à chaque instant ramené. Non, ce temps n'est point venu encore, et la preuve, c'est que M. Dubois, dont nous avons eu si souvent l'occasion d'apprécier le talent, M. Dubois n'a pu faire cet éloge; il n'a fait que prononcer un second discours un peu amplifié, sur la tombe de l'illustre défunt.

Est-ce le talent qui a manqué à M. le secrétaire perpétuel? Il serait difficile de l'admettre : l'éloge de Broussais est là, qui montre ce dont M. Dubois est capable. Ce qui lui a manqué, c'est donc très-probablement l'opportunité ou la situation.

Qu'un écrivain libre de toutes les entraves de convention, n'ayant de devoirs à remplir qu'envers le public, qu'un écrivain de la presse, par exemple, tentât d'écrire, presque sur le cercueil, la vie d'un homme qui, comme Orfila, a conçu et exécuté tant de travaux, qui a été mêlé à tant d'événements, qui a excité tant d'amitiés chaleureuses, durables ou éphémères, tant de haines plus ardentes encore et surtout plus opiniâtres, l'entreprise serait périlleuse, mais du moins possible. Pour un orateur académique, une telle tâche n'est exécutable que lorsque le temps a jeté son éteignoir sur le feu des passions, lorsque l'histoire froide et inflexible commence pour tous les auditeurs qui l'écoutent

M. Dubois, il est vrai, s'est mis à l'abri des écueils qui se dressaient sur sa route, en en détournant les yeux et en évitant d'en parler; il a tracé moins un éloge historique que ce qu'on pourrait appeler un éloge anecdotique d'Orfila.

Mais le voyageur qui aurait pour mission d'étudier une contrée encore inexplorée atteindrait-il son but en en décrivant les contours, sans pénétrer dans son intérieur, sans en sonder le sol, ingrat ou fertile, sans en apprécier le climat,

salubre ou pernicieux, sans en déterminer les produits, dangereux ou utiles? Non sans doute. Aussi, le lecteur simplement curieux, qui voudra savoir en quelle année Orfila a vu le jour, à quel âge il a appris à lire, quel jour il a reçu ses grades, et dans quel mois il s'est marié trouvera tous ces renseignements dans l'éloge de M. Dubois ; mais le penseur, l'historien, le philosophe qui cherchera dans cet éloge ce qu'était réellement l'homme ; quelle était la nature, l'étendue, l'élévation de son talent ou de son génie; quelle est la profondeur du sillon qu'il a tracé dans la science ; quelle est ou quelle sera son influence sur le progrès des institutions qu'il a dirigées plus ou moins directement ; quelle a été la cause ou quelles ont été les causes de sa fortune et de ses revers ; de tout cela le penseur trouvera à peine quelques vestiges dans l'éloge de M. Dubois. L'honorable secrétaire perpétuel a renoncé au rôle élevé d'historien appréciateur, pour s'abandonner sans réserve au rôle plus modeste de chroniqueur agréable. Son ambition, nous devons le dire, a été en général satisfaite, et plusieurs anecdotes, entre autres celle qui se rapporte à la petite chambre de Valence, ont été dites avec beaucoup de bonheur ; cependant, pour accomplir notre devoir jusqu'au bout, nous ajouterons que nous avons dû regretter que M. Dubois n'ait pas abrégé un certain nombre de longueurs et effacé quelques expressions, telles que : M. Orfila *vendait la peau de l'ours*....., la vie de M. Orfila avait *des hauts et des bas;* il fallait à M. Orfila beaucoup d'*aplomb,* etc. Nous n'aurions même pas vu avec trop de peine que l'honorable secrétaire perpétuel eût terminé sa péroraison autrement que par une phrase de Tacite, dont la justesse nous paraît très-contestable, et qu'on pourrait, suivant nous et même suivant l'Évangile, remplacer avec plus de vérité par cette autre : « Celui qui aime trop la gloire méprise bientôt la vertu. »

Répétons, en terminant, que la critique qui précède nous paraît s'adresser surtout à l'inopportunité du sujet choisi par M. Dubois, et que les défauts que nous venons de signaler ne sauraient atténuer en rien les justes éloges que mérite le zèle extrême avec lequel l'honorable secrétaire perpétuel accomplit ses difficiles, très-difficiles fonctions.

H. DE CASTELNAU.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 6 décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

PRIX DE 1853 (1).

M. le secrétaire annuel donne lecture du rapport sur les prix de 1853 et proclame dans l'ordre suivant les noms des lauréats.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix était de 1,000 fr. — Grâce à la bienveillance de M. le Ministre de l'instruction publique, l'Académie ayant pu disposer d'une somme de 2,000 fr., elle a décerné :

1° Un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Raoul LEROY D'ÉTIOLLES, auteur du mémoire n° 6.

2° Un prix de 700 fr. à M. le docteur ABEILLE, auteur du mémoire n° 3.

3° Un encouragement de 300 fr. à M. le docteur Landry (Octave), auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître,* du traitement préservatif et curatif de cette maladie.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne ce prix à M. le docteur BACH (de Strasbourg), auteur du mémoire n° 1.

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur PHILIPPEAUX (de Lyon), auteur du mémoire n° 3, et à M. le docteur LE TERTRE VALLIER, médecin militaire à Amiens, auteur du mémoire n° 6.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : Faire l'histoire du *tétanos.*

L'Académie pouvait disposer d'une somme de 1,500 fr. ; elle a accordé :

1° Un prix de 1,000 fr. à M. Émile REMILLY (de Versailles), interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 3.

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Jules GIMELLE, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question posée par l'Académie, en ce qui concerne l'*art des accouchements,* était la suivante : Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral.

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

A l'exception d'un travail qui n'avait point trait à la question proposée, aucun mémoire n'a été envoyé à l'Académie.

L'Académie décide que cette question ne sera pas remise au concours.

La question proposée par l'Académie, en ce qui concerne les *Eaux minérales,* était la suivante : Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal.

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné de prix, mais elle accorde :

1° Une médaille d'encouragement de la valeur de 700 fr. à M. Ernest BAUDRIMONT, auteur du mémoire n° 2.

2° Une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. FILHOL, professeur de chimie à l'École de Toulouse, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., doit être décerné au médecin ou professeur qui aurait fait ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire, divisé en 25 leçons.

L'Académie a décidé que ce concours restera ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, et que le prix, s'il y a lieu, sera décerné ultérieurement.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs* partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. BOISSAT, de Bourdeilles, directeur de la vaccine dans la Dordogne, pour avoir de nouveau donné, par son activité, ses soins et son zèle infatigables, un développement considérable à la propagation de la vaccine dans ce département.

M. MORILLON, officier de Santé à Coulonges (Deux-Sèvres), pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées et les efforts qu'il n'a cessé de faire pour la propagation de la vaccine.

M. le docteur JAMES, d'Amiens (Somme), pour l'excellent rapport qu'il a fait au comité central de vaccine de ce département, dans la séance publique de 1852.

2° Quatre médailles d'or :

A M. HULLIN, de Mortagne (Vendée), pour le mémoire qu'il à adressé à l'Académie, ayant pour titre : *Sur la variole, la vaccine et les revaccinations,* et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées.

A M. HÉRITIER, médecin à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes), pour le rapport judicieux qu'il a fait à M. le préfet, sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton d'Aiguilles, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées.

A M. RENAULT, d'Alençon (Orne), chirurgien, vice-directeur du service de la vaccination, pour le zèle qu'il n'a cessé de montrer, ayant pratiqué à lui seul 2,503 vaccinations, les vaccinateurs venant après lui n'ayant pas atteint le chiffre de 300,

A M. ANDRIOT, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), dont les services ont été justement appréciés par M. le directeur du service de la vaccine dans le département, et que son zèle a fait ainsi placer en première ligne.

(1) Par suite du décret du 14 mars 1852, qui convertit la rente 5 pour cent en 4 1/2, la rente annuelle des prix Portal, Civrieux, Itard et d'Argenteuil, a subi la diminution suivante à dater du 22 septembre 1852 :

La rente annuelle des prix	Portal,	qui était de	600 fr.,	est réduite à	540 fr.
—	Civrieux,	—	1,000	—	900
—	Itard,	—	1,000	—	900
—	d'Argenteuil	—	1,373	—	1,235

La rente du prix Lefèvre est à 4 pour cent. — La rente du prix Capuron est à 3 pour cent.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales et à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, elle accorde, pour ce qui concerne le service des *Eaux minérales,*

Une médaille d'argent à chacun des savants dont les noms suivent, savoir :

1° A M. Mazade, pharmacien à Valence, qui le premier a signalé dans les eaux minérales de Neirac, la présence du cobalt, du nickel, du titane, de zircone, etc.

2° A M. Alibert (Constant), qui a fait parvenir à l'Académie un remarquable mémoire sur les eaux d'Ax (Arriége), dont il est médecin-inspecteur, et une bonne notice sur les eaux peu connues de Marens, Carcanière et d'Escouloubre, monographie qui manquait à la science hydrologique.

3° A M. Petit (Charles), qui a étudié avec une remarquable exactitude les effets physiologiques et thérapeutiques des principes minéralisateurs des eaux de Vichy.

4° A M. Durand-Fardel, qui a adressé à l'Académie un mémoire très-étendu sur les résultats cliniques de cinq années de pratique à Vichy.

5° A M. Bailly fils, qui a fait une judicieuse appréciation des propriétés médicales des eaux de Bains (Vosges).

6° A M. Kuhn, qui a transmis, pour 1852, un rapport renfermant des considérations du plus haut intérêt sur les eaux de Niederbronn (Bas-Rhin).

7° A M. Niepce, pour ses deux rapports sur les eaux d'Allevard (Isère), et pour ses notes sur les eaux minérales des Hautes et Basses-Alpes.

Et des médailles de bronze :

1° A M. Pagès, inspecteur des eaux de Baréges, pour ses rapports de 1851 et 1852.

2° A M. Affre, médecin-inspecteur des bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), pour son rapport de 1852.

3° A M. Bernard, médecin-inspecteur adjoint à Uriage (Isère), pour son rapport de 1852.

L'Académie accorde en outre, pour ce qui concerne le service des *Épidémies,*

Une médaille d'argent à chacun des médecins dont les noms suivent :

1° A M. Foucault, d'Épernay (Marne), pour son rapport sur plusieurs épidémies d'angine couenneuse.

2° A M. Pone, de Pontarlier (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° A M. Druhen aîné, de Besançon (Doubs), pour son rapport sur plusieurs épidémies de fièvre typhoïde.

4° A M. Dubourg, de Marmande (Lot-et-Garonne), pour ses travaux sur diverses épidémies.

Et des médailles de bronze :

1° A M. Mangin, de Neufchâteau (Vosges), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

2° A M. Germain, de Salins (Jura), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° A M. Motte, des Andelys (Seine-Inférieure), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

4° A M. Clocmadeuc, de Vannes (Morbihan), pour son rapport sur une épidémie de dyssenterie.

M. le président énumère les sujets des prix pour 1854, 1855 et 1856.

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par madame de Civrieux. — Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, dont le concours reste ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, sera décerné, en 1854, à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en 25 leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer, par des faits précis, le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la catalepsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — Des morts subites dans l'état puerpéral.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer, par l'observation médicale, l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix fondé par M. le marquis d'Aegenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de ces dispositions.

Eloge de M. Orfila.

La parole est à M. le secrétaire perpétuel pour lire l'éloge d'Orfila.

Messieurs,

Neuf mois à peine se sont écoulés depuis la mort de M. Orfila, et déjà il semble qu'on attend de l'histoire contemporaine le récit de cette vie trop tôt interrompue, de cette vie si pleine, si utile, si brillante.

Aux grands noms de Bertholet, de Chaptal et de Vauquelin, qui jettent tant d'éclat sur l'histoire des membres de cette Académie, celui de M. Orfila vient naturellement se joindre. C'est un savant disciple que je dois me hâter de placer à côté de ses maîtres.

. . . . . .

Matheo-José-Bonaventure Orfila naquit à Mahon, dans l'île de Minorque, le 24 avril 1787. Il aurait pu trouver dans l'ancienneté de sa famille une sorte de noblesse, car un de ses aïeux, Guillaume-Puig Orfila, citoyen de Collioure, après avoir fondé dans sa ville natale un couvent de dominicains, et l'hôpital des Pauvres qui existe encore aujourd'hui, était allé, vers le commencement du XIVe siècle, s'établir à Perpignan; puis, appelé dans les conseils du roi de Majorque, Jacques Ier, il avait quitté la France pour les îles Baléares.

Mais M. Orfila se disait tout simplement issu d'une famille d'honnêtes marchands. Cet Orfila du XIVe siècle avait eu à Perpignan des ateliers de draperie, toute sa lignée était restée dans le commerce, et le père de

notre Orfila était un marchand de Minorque, ayant boutique, mais assez riche pour contribuer à l'entretien de ces navires baléares qui vont, chaque année, chercher du blé en Orient pour en fournir les pays où les récoltes ont manqué.

La première éducation de M. Orfila fut très-mélangée, et cependant poussée assez loin. Comme il n'y avait à Minorque ni collége ni pension, on lui avait donné pour précepteur un cordelier, nommé le P. François. C'était un assez bon grammairien et le meilleur des hommes; mais le genre d'éducation qu'il entreprit de donner à son élève appartenait bien à l'Espagne du XVIIIe siècle. C'était à peu près l'enseignement que Gil Blas reçut à Oviédo : un peu de grec, un peu de latin, mais beaucoup de scolastique, le tout pour former l'enfant à la dispute, pour le mettre à même d'argumenter envers et contre tout. Or, comme il avait de la mémoire et de l'assurance, il devint bientôt un disputeur des plus redoutables aux yeux de ses compatriotes; il n'arrêtait point, il est vrai, les passants pour disputer avec eux, mais on le vit soutenir publiquement une thèse de philosophie dans la grande église du couvent de Saint-Jean, contre des moines et des prêtres ses argumentateurs. La lutte dura trois heures : l'enfant en sortit vainqueur, aux applaudissements de la foule, mais, loin d'être fier de ce succès et de croire, comme le héros de Lesage, qu'avec sa science, quelques réaux et une mule il pouvait se mettre en route pour aller chercher fortune. Hélas! disait-il à son père, je ne sais rien, et je crois qu'on me fait faire fausse route!

Cependant, comme on voulait lui faire tout apprendre à la fois, sciences, arts et belles-lettres, dès l'âge de huit ans on l'avait mis sous la direction d'un prêtre qui avait la prétention d'enseigner à chanter. Ce prêtre, loin de ressembler au bon P. François, était un brutal qui se plaisait à meurtrir, avec une lourde palette en bois, les mains des pauvres enfants qu'on lui confiait; de sorte qu'Orfila prit tout d'abord la musique en horreur, et, au bout de trois ans d'exercice, il n'en savait pas plus que le premier jour; il lui était surtout impossible de rien comprendre à la *mesure*. Son oreille était juste, il chantait même avec goût quand on l'associait à d'autres enfants; mais il ignorait complétement pourquoi et comment on bat la mesure, et lui qui devait un jour acquérir un si beau talent, lui dont la qualité dominante devait être la précision de la mesure, il allait tout abandonner, quand un ami de sa famille, un docteur Siguier, musicien distingué, le prit à part et lui dit : « Écoute, mon enfant, tu ne « comprends rien aux lois de la musique : elles te font peur; tu es hu- « milié de ne pouvoir ni chanter, ni jouer en mesure. Eh bien! en un « quart d'heure je vais te rendre aussi savant que moi sur ce point. »

Prenant alors un bâton d'un mètre environ de longueur, le docteur le partage en deux parties égales; puis il divise chacune de celles-ci en deux moitiés égales encore : « Voilà, lui dit-il, la mesure à quatre temps. « Ces quatre morceaux de bois d'égale longueur représentent quatre « *noires*, et il faut que tu t'arranges, en battant la mesure, pour ne pas « donner à l'une d'elles une valeur ou une étendue qui dépasserait celle « des autres. Ces quatre noires réunies composeront ta mesure, absolu- « ment comme ces quatre morceaux de bois, placés bout à bout, consti- « tuent la totalité de ce bâton. »

Cette comparaison, si simple et en même temps si juste, fut un trait de lumière pour le jeune Orfila. A dater de ce moment, toutes difficultés disparaissent; le goût renaît en lui, et, quand viendront les grands maîtres, il se sentira capable de marcher sur leurs traces.

Mais ici vient se placer un incident qui faillit tout gâter. A peu de jours de là, le jeune Orfila commit une faute : son père voulut le corriger, mais il le fit avec emportement et d'une manière barbare. L'enfant s'endormit en pleurant; le lendemain, il bégayait horriblement, et, loin de s'amender, le mal allait toujours en s'aggravant. Le bon docteur Siguier fut encore consulté; il ne trouva rien de mieux à faire que d'envoyer le jeune garçon chanter au lutrin. Pendant huit mois, Orfila suivit tous les exercices religieux; il s'unissait au clergé et chantait de tout cœur. Après trois mois, il y eut une amélioration notable, puis une guérison complète.

. . . . . .

Le moyen qu'avait imaginé le docteur Siguier pour le guérir de son bégaiement avait fini par lui inspirer une véritable passion pour la musique religieuse; et comme déjà il ne doutait de rien, il résolut d'arranger une messe en musique à trois voix et de l'exécuter lui-même dans la principale église de Minorque, un jour de grande fête religieuse, avec deux musiciens du pays.

Il n'eut point le sort qu'éprouva J.-J. Rousseau à Lausanne, lorsque, dans un jour de sa jeunesse vagabonde, il eut l'étrange idée de composer une pièce pour un concert, aussi effrontément, a-t-il dit lui-même, que s'il avait su comment s'y prendre; au lieu donc de l'immense confusion dont fut couvert le pauvre Jean-Jacques, ce fut une admiration générale pour Orfila, et ses compatriotes émerveillés le déclarèrent tout d'une voix un petit Haydn et un petit Mozart!

Mais pour ce précoce enfant, ce n'était là que de simples distractions; il s'était en même temps livré à des études plus sérieuses. Servi par d'heureuses circonstances, il avait appris presque en même temps la langue française et la langue anglaise; la première grâce à un abbé languedocien que la révolution de 1789 avait jeté dans l'île; la seconde, grâce à un prêtre irlandais nommé John Father.

Ce double enseignement s'était fait plutôt par des conversations que par des études grammaticales; aussi le jeune Espagnol avait-il pris jusqu'aux défauts de ses maîtres : on l'aurait cru Languedocien quand on l'entendait parler français, et Irlandais lorsqu'il venait à s'exprimer en anglais.

Tout cela prouvait une merveilleuse facilité, et, comme rien ne l'arrêtait, il s'était mis en même temps à étudier les mathématiques; il n'en connaissait pas le premier mot : n'importe, il achète des livres, et finit par découvrir, dans ce pays si arriéré, un homme qui le conduit jusqu'aux logarithmes et qui lui donne des notions élémentaires de géométrie.

Mais voilà que, dès la sixième leçon, il est pris d'une bien autre ambition : il veut tout simplement devenir professeur! Il cherche et bientôt il trouve deux garçons à peu près de son âge, quatorze ans, qui consentent à devenir ses élèves. Il a donc un auditoire, et il va se faire écouter; car déjà se révèle l'homme qui cherchera partout ses succès et sa gloire dans le sein des plus brillantes réunions comme sur le théâtre plus ou moins agrandi du professorat.

. . . . . .

. . . . . .

Deux ans s'étaient ainsi passés, quand la junte de Barcelone, ayant résolu d'envoyer un jeune pensionnaire à Madrid d'abord, puis à Paris, pour y étudier la chimie appliquée aux arts, jeta les yeux sur Orfila. Il devait rester deux ans à Madrid et autant à Paris, puis revenir à Barcelone, où on instituerait pour lui une chaire de chimie.

Ce fut vers la fin de 1807 qu'il quitta Barcelone. Il comptait trouver à Madrid le professeur Proust; mais ce savant venait de rentrer en France. Orfila, voyant qu'à Madrid on n'en savait pas beaucoup plus qu'à Barcelone, demanda et obtint l'autorisation de se rendre immédiatement à Paris. Il possédait 1,100 francs : c'était beaucoup plus qu'il n'en fallait pour faire le voyage; mais un ami d'enfance demande à lui emprunter 1,000 francs, assurant qu'ils lui seront rendus à Burgos, poste restante. Orfila les lui donne, et les deux amis se quittent en pleurant. Arrivé à Burgos, Orfila court à la poste; rien! Il pense que c'est un retard, et pousse jusqu'à Bayonne; rien encore! et la diligence part le lendemain, et il ne lui reste pas un sou! Sa gaieté n'en est pas altérée : il ne peut croire à tant de perfidie. Il vend sa montre, une bague de prix, et jusqu'à sa guitare! Mais il est en France et il a vingt ans! Age heureux! toujours riche; riche dans le présent et plus riche encore dans l'avenir. Il monte donc résolument dans la voiture publique, où il trouve deux médecins qui lui font l'accueil le plus cordial; un avocat, homme de beaucoup d'esprit, et une jeune dame d'une rare beauté, qui s'amuse infiniment d'entendre ce jeune Espagnol parler le pur languedocien.

Ce voyage dura dix jours; le 11 juillet 1807, M. Orfila était à Paris; en descendant de voiture dans la cour des Messageries, il lui restait 50 centimes; mais un oncle qu'il avait à Marseille, instruit de sa détresse, avait donné ordre à son banquier de lui compter 300 francs, et la junte de Barcelone lui faisait payer un mois d'avance.

Ce n'était là, du reste, que des contre-temps : M. Orfila n'a pas eu à lutter, dans sa jeunesse, contre l'adversité, à se trouver aux prises avec l'infortune; il ne devait point passer par cette école du malheur qui trempe et fortifie les caractères; mais, à défaut de cet aiguillon de l'indigence, il portait dans son cœur les germes d'une vaste ambition, et déjà ses succès d'enfance avaient vivement excité en lui ces désirs de renommée. Maintenant qu'il est en France, chez un peuple éminemment sociable, ami des étrangers, nous allons le voir marcher de succès en succès, jusqu'au moment où il se condamnera à traîner ce que j'appellerai le boulet de la faveur publique. Et puis l'ingratitude et l'oubli viendront assombrir cette carrière si heureusement commencée! Mais nous n'en sommes encore qu'à ses débuts; insistons sur ses premières années; disons l'accueil qu'il reçut en France, les amitiés qu'il va y former et les encouragements qu'il trouvera de toutes parts.

Depuis la mort de Lavoisier, le sceptre des sciences chimiques était tenu par Fourcroy; déjà Bertholet, Chaptal, Vauquelin et Thenard avaient acquis une juste célébrité. M. Orfila connaissait ces grands maîtres par leurs écrits; il se fit présenter à Fourcroy et à Vauquelin. Celui-ci l'admit bientôt dans son laboratoire; Fourcroy le chargea de préparer sept à huit leçons qu'il voulait faire sur la chimie animale.

Mais M. Orfila n'était pas disposé à se contenter longtemps d'un rôle subalterne; il lui fallait un laboratoire et un local convenable pour professer. Un riche propriétaire de la rue du Bac y pourvut : il ouvrit son premier cours de chimie. L'auditoire était peu nombreux; mais si le théâtre

était modeste, il s'y passa dès les premiers jours un événement qui fit le plus grand honneur au jeune étranger. Il était à faire sa leçon devant son petit auditoire ; deux graves personnages se présentent et prennent place sur les banquettes, au milieu des élèves. M. Orfila jette sur eux les yeux. Quelle n'est pas sa surprise ! Ces deux nouveaux venus sont Fourcroy et Vauquelin ! Mais M. Orfila ne se troublait pas facilement ; il se lève comme tout l'auditoire, s'incline devant ces deux grands maîtres, puis, après leur avoir donné ce témoignage de respect, il reprend sa leçon là où il l'avait interrompue, et, électrisé en quelque sorte par la présence de ces hommes illustres, il redouble d'efforts, se surpasse, et se montre véritablement digne de l'honneur qu'ils viennent de lui apporter.

Mais Vauquelin était plus qu'un maître pour lui, il était presque un père : on va en juger.

M. Orfila, bien accueilli en France, et ne se mêlant en aucune manière de politique, était plein de sécurité comme tous ses compatriotes, lorsque, vers le milieu de 1808, on apprit à Paris que Murat, campé sous les murs de Madrid, venait de bombarder cette ville qui s'était mise en pleine insurrection. C'était le signal d'une guerre longue et meurtrière. Vers le mois de septembre, le bruit se répand que le général Dupont vient d'être défait à Baylen par Castagnoz. Napoléon est indigne : c'est le premier échec qu'éprouvent ses armes. Avant de quitter Paris, il donne ordre au préfet de police de faire arrêter tous les Espagnols qui sont dans la capitale et de les diriger deux par deux dans les départements.

M. Orfila, pour se mettre en règle, et conformément à l'invitation de son ambassadeur, était allé de lui-même à la préfecture de police, demander un permis de séjour. On l'arrête et on le jette en prison. Toutefois, on avait bien voulu le prévenir que, s'il se faisait réclamer par une personne honorable, on le mettrait en liberté. Il ne perd pas un instant : il écrit à Fourcroy et à Vauquelin. C'était une bonne inspiration : le jour suivant, à sept heures du matin, on vient le chercher pour le conduire dans le cabinet du préfet. Il pensait que c'était pour quelque interrogatoire ; pas du tout : il y trouve Vauquelin, le bon Vauquelin, en grand costume de l'Institut, l'épée au côté et couvert de ses décorations. « Je viens réclamer monsieur, dit le savant, je réponds de lui ; il ne troublera jamais l'État, et je l'emmène. — Soit, » répondit le chef du cabinet. Vauquelin tend la main à son élève ; celui-ci se précipite dans ses bras. . . . .

C'était le beau temps de l'enseignement particulier, et cette rue du Foin-Saint-Jacques était comme le berceau des grandes réputations professorales. Quelques années plus tard, Broussais devait y jeter les premiers fondements de la science ; celle de M. Orfila commençait à grandir. Envoyé par son gouvernement pour étudier la chimie appliquée aux arts, il n'avait guère fait, jusque-là, que marcher sur les pas de ses maîtres ; mais, dès que, livré à lui-même, il en vint à la *médecine légale*, on le vit procéder, par des voies toutes nouvelles : il avait enfin trouvé sa veine ; le grand *toxicologue* commençait à se montrer.

Disons comment un incident, pur effet du hasard, était venu tout à coup lui révéler, au milieu d'une leçon, et l'impuissance de la toxicologie telle qu'on l'enseignait alors, et le problème qu'il y avait à résoudre pour que la médecine légale pût en tirer ses plus précieuses ressources.

Il venait d'exposer à ses élèves l'histoire de l'*acide arsénieux ;* il leur avait montré les précipités que la dissolution de ce corps peut former avec différents réactifs ; il leur avait dit que la même chose aurait lieu si l'acide arsénieux se trouvait mêlé à des liquides alimentaires, tels que du vin, du café, du bouillon ; et comme il avait, par hasard, à côté de lui une tasse de café à l'eau, il y verse de la dissolution arsenicale, puis de l'*eau de chaud ;* mais voilà qu'à son grand étonnement, au lieu du *précipité blanc* qu'il avait annoncé, il se produit un *précipité gris violacé.* Il change de réactif, il se sert de *sulfate de cuivre ammoniacal ;* mais, au lieu du *précipité vert pré* qu'il attendait, il obtient un *précipité olive noirâtre !* Toutes ses idées sont bouleversées : il n'en fait rien paraître, car il avait pour principe qu'un professeur ne doit jamais se tromper devant ses élèves. Il attribue ces résultats à la présence de quelques matières organiques colorées, et remet à leur expliquer tout cela ultérieurement.

Mais sa leçon est à peine terminée, qu'il court chez lui se procurer du vin, du bouillon, du thé, et qu'il se met à répéter les mêmes expériences, pour savoir à quoi s'en tenir. Or, toujours il trouve que les poisons mêlés à des liquides préparés avec des substances animales ou végétales ne peuvent plus être décelés par les moyens mis en usage jusqu'alors. Il consulte en même temps les auteurs les plus accrédités : Frank, Plenk et beaucoup d'autres ; et, de ces recherches, il résulte pour lui ce fait capital que *la toxicologie n'existe pas !* Cette toxicologie, du moins, qui est fille de la chimie, qui seule peut mettre l'esprit sur la trace du poison et lui en faire connaître la nature, qui seule peut indiquer au médecin le contre-poison à administrer ; qui, seule enfin, par la certitude de ses procédés, doit être la plus puissante garantie de la morale publique et de la société.

Mais quel sera l'auteur, ou plutôt le créateur de cette nouvelle toxicologie ? Quel sera l'esprit assez entreprenant, assez sûr de lui pour ne plus tenir compte des travaux des devanciers, et pour reprendre les faits sur de nouvelles bases ? M Orfila a tout aussitôt la conviction que ce sera lui-même ; et il a si bien cette conviction, que, le jour même, il court chez un libraire, et sans avoir en main une seule page de manuscrit, il offre de lui vendre un *Traité de toxicologie générale*, en deux forts volumes in-8.

Le libraire, assez étourdi de la proposition, lui demande d'abord à qui il a l'honneur de parler. — Je suis Orfila. — J'ai beaucoup entendu parler de vous par vos élèves, réplique le libre ; mais vous me donnerez bien le temps de réfléchir. — Pas une heure, reprit M. Orfila, c'est à prendre ou à laisser. — Comment ! dit le libraire, à prendre ou à laisser ? vous n'avez rien à m'offrir ! — J'ai ma parole, dit Orfila, et cela doit suffire. — Eh bien, vous avez raison ; je consens à traiter avec vous, ne serait-ce que pour la rareté du fait, ajouta le libraire ; et, séance tenante, le contrat fut signé.

Le lendemain de la signature du contrat, il va se confiner dans une profonde retraite, à Villeneuve-le-Roi, et y passe tout l'été à faire des expériences, à reprendre ses essais chimiques sous toutes les formes, et à tuer des milliers de chiens. En même temps, il écrit son livre ; invention et rédaction, il fait tout marcher de front, et la moitié du premier volume est livrée à l'impression pendant l'hiver de 1813 à 1814, et les autres successivement ; en 1815, tout avait paru.

Arrivé à ce point, M. Orfila pouvait se dire qu'il venait de marquer sa place dans la science et sur un terrain nouveau. Son livre reçut l'accueil le plus favorable des hommes compétents : l'Académie des sciences déclara, par l'organe d'une commission composée de MM. Pinel, Percy et Vauquelin, que cet ouvrage méritait l'approbation de la classe et faisait le plus grand honneur à M. Orfila.

M. Hallé se l'était fait lire d'un bout à l'autre, et comme une place de correspondant était vacante à l'Institut, il engagea M. Orfila à se mettre sur les rangs. M. Orfila fut placé en tête de la liste, et son élection eut lieu vers la fin de 1815.

Presque en même temps, on l'avait attaché à la maison du roi Louis XVIII, en qualité de médecin par quartier. M. Orfila n'était pas seulement un des jeunes docteurs les plus habiles de l'école de Paris ; c'était encore, dans le monde, un des hommes les plus aimables ; son goût pour la musique était resté chez lui au degré d'une passion, et il avait acquis un talent de premier ordre, à ce point que des offres lui avaient été faites pour entrer au théâtre Italien à raison de 25,000 francs par an. « Non, avait répondu M. Orfila, je refuse toute fortune qui me viendra d'un autre côté que la science. »

. . . . . .

Le professorat à la Faculté de médecine de Paris, c'était là où devaient tendre tous ses vœux ; deux années, toutefois, s'écoulèrent encore, puis, en 1818, de premières ouvertures lui furent faites par Marjolin : on allait créer une chaire de *maladies mentales,* et une permutation devait laisser vacante celle de *médecine légale.* Pour occuper une place dans l'enseignement, M. Orfila devait se faire naturaliser Français. Il avait à peine soumis cette demande au garde des sceaux, que la Faculté dut faire sa présentation : M. Orfila fut mis en première ligne *ex æquo* avec M. Husson ; M. Pariset fut placé en seconde ligne.

Le jour de la nomination, la Faculté était au grand complet ; M. Hallé, depuis longtemps retenu chez lui par l'affection calculeuse qui devait le conduire au tombeau, s'était fait transporter à l'École dans une chaise à porteur ; et comme on le félicitait de l'amélioration que sans doute il éprouvait dans sa santé : « Je ne suis pas mieux, dit-il, mais je n'ai pas voulu laisser échapper cette occasion de rendre un dernier service à la Faculté, en venant voter pour M. Orfila. » — « Eh bien ! ceci me décide, dit à son tour M. Boyer ; moi aussi je voterai pour M. Orfila. »

. . . . . .

Cependant M. Orfila continuait de professer la médecine légale, quand vint la dissolution de l'École en 1822, et sa réorganisation en 1823. La chaire de maladies mentales fut supprimée, son titulaire passa à celle de médecine légale, et M. Orfila, ainsi dépossédé, fut prévenu qu'on allait le nommer professeur de chimie en remplacement de M. Vauquelin, destitué.

M. Orfila était trop honnête homme pour oublier que Vauquelin avait été son maître et son bienfaiteur. Son chagrin fut extrême ; d'un côté, il se voyait enlevé à un enseignement qu'il avait pour ainsi dire créé, dont le succès avait dépassé ses espérances ; d'un autre côté, c'était Vauquelin, violemment expulsé, qu'il allait remplacer. Voici dans cette circonstance quelle fut sa conduite : il alla tout d'abord trouver Vauquelin, et lui dit tout ce qui se tramait contre lui. « Ce n'est pas possible, s'écria Vauquelin, ils n'oseront pas ! — Ils l'oseront, reprit Orfila. — Eh bien ! répliqua Vauquelin, je vous conjure d'accepter ma place ; je l'exige. Vous êtes jeune, vous avez de l'avenir, point de fortune. Que pourrai-je gagner à votre refus ? Quelle créature placerait-on là ? » Ces paroles décidèrent M. Orfila, et l'expérience ne tarda pas à éprouver combien l'enseignement avait gagné à ce changement de personne.

Assurément Vauquelin était, comme savant, bien supérieur à M. Orfila, et sa présence dans le corps des professeurs honorait la Faculté. Le gouvernement de l'époque avait donc fait à la fois une mauvaise action et un acte impolitique en effaçant ce grand nom de la liste des professeurs; mais une fois ce méfait accompli, il eût été impossible de faire un meilleur choix.

M. Orfila s'était, en effet, imposé une grande tâche, celle de faire participer les sciences médicales à presque tous les progrès que la chimie avait faits dans ces derniers temps; personne n'a combattu avec plus de succès que lui le fatal préjugé qui tend à établir que les physiciens et les chimistes sont incompétents dans toute question où il s'agit du phénomène des êtres vivants; fatal préjugé, dis-je, philosophie erronée et absurde; car, tout en flattant certaines croyances, elle arrête tout progrès et ne tend à rien moins qu'à laisser la médecine dans une éternelle enfance.

Honneur donc à l'École de Paris, qui a su comprendre et professer hautement que toutes les sciences doivent converger vers ce but définitif : le perfectionnement de l'art médical!

C'étaient là les idées que professait M. Orfila, et chacun comprit bientôt quelle devait être l'utilité d'un cours qui embrassait ainsi toutes les applications médicales de la chimie.

Aussi la foule des élèves devint telle, que M. Orfila dut quitter l'amphithéâtre de chimie pour le grand amphithéâtre de l'École; et encore ce grand amphithéâtre lui-même devint insuffisant : plus de la moitié des auditeurs étaient obligés de se tenir debout; ils encombraient les couloirs et l'hémicycle. On y voyait de jeunes docteurs, des praticiens de la ville et jusqu'à des professeurs de la Faculté qui venaient ainsi entendre un de leurs collègues.

M. Orfila, de son côté, pour répondre à cet empressement, redoubla d'efforts : il en vint jusqu'à faire cent vingt leçons par an, chacune de cinq quarts d'heure au moins; et, chose inouïe! ce zèle ne s'est pas un moment démenti pendant une période de trente années : de 1823 à 1853!

Dès les premiers jours qui suivirent la chute de la branche aîné des Bourbons, Antoine Dubois avait été nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris; on avait eu besoin de son nom resté populaire, de sa grande réputation et de sa longue expérience; mais bientôt fatigué des détails administratifs, bien que déjà il eût pour premier assesseur M. Orfila, le 20 avril 1831, il pria celui-ci de l'accompagner chez M. de Montalivet, ministre de l'instruction publique. A peine entré dans le cabinet du ministre, Antoine Dubois lui dit tout simplement : « Je suis âgé, monsieur le ministre, peu jaloux de conserver des fonctions administratives; je viens vous prier d'accepter ma démission. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je vous demande la place vacante. »

M. de Montalivet n'avait jamais vu M. Orfila. Après avoir exprimé tous ses regrets à M. Dubois, il lui déclara que la nomination de son protégé serait signée le lendemain; en effet, le 1er mai, M. Orfila recevait l'arrêté qui l'appelait à remplir les fonctions de doyen.

Dans la Faculté de médecine de Paris, messieurs, le décanat est à peu près ce qu'est le gouvernement. Celui-ci est-il fort, calme, obéi, le décanat est paisible et respecté; la société est-elle agitée, factieuse, mal contenue, l'École s'agite encore plus, elle devient séditieuse, indisciplinable : elle a ses tribuns! Déjà Antoine Dubois avait eu à réprimer des mécontentements, à calmer des agitations; mais son âge, son nom, ses longs services et aussi son habileté en avaient prévenu les suites. Ces ferments n'en existaient pas moins, et son successeur allait les retrouver.

M. Orfila dut penser que, pour se concilier l'affection des élèves, il suffirait de leur être utile, de faciliter leurs études, de récompenser leur zèle; il avait à la fois à apporter des améliorations dans le matériel de l'École, à introduire des réformes dans l'enseignement : il ne recula devant aucune difficulté.

Les pavillons de dissection étaient insuffisants : il en fit construire de nouveaux qui furent livrés aux élèves en 1833.

On désirait que des cliniques fussent rapprochées de l'École : l'hôpital des Cliniques fut ouvert en 1834.

Ces constructions avaient amené la destruction du jardin botanique : une portion de la pépinière du Luxembourg fut affectée à l'établissement d'un nouveau jardin plus riche et plus spacieux.

Dupuytren, par une clause de son testament, avait légué des fonds pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique. Grâce aux démarches de M. Orfila, cette clause fut modifiée : une partie des fonds put être affectée à l'établissement du musée d'anatomie pathologique qui porte le nom de *Musée Dupuytren*.

Les cabinets de matière médicale, de physique et de chimie étaient incomplets : ils reçurent d'importantes améliorations.

Enfin, en 1844, M. Orfila, après avoir vu à Londres le musée de Hunter, conçut l'idée de former, dans les bâtiments de l'École, une vaste galerie d'anatomie comparée. Quelques objections, il est vrai, lui avaient été faites sur ce dernier point; on lui avait représenté que l'École devait, avant tout, posséder un musée d'anatomie humaine; que déjà le Jardin des Plantes avait de riches collections d'anatomie comparée. M. Orfila ne crut pas devoir tenir compte de ces remarques. M. Villemain, sollicité par lui, avait promis de demander aux Chambres une allocation; M. de Salvandy, plus expéditif, signa un arrêté, et, le 1er novembre 1845, l'établissement était ouvert au public; un second arrêté ministériel lui donnait le nom de *Musée Orfila*.

Ce n'est pas tout : concurremment avec ces améliorations, on vit l'enseignement se fortifier et s'étendre; déjà quelques professeurs avaient ramené les élèves dans l'amphithéâtre de l'École : c'étaient Béclard, Marjolin et M. Orfila. A partir de 1831, d'autres professeurs obtinrent le même succès; le doyen donna l'exemple : il voulut participer aux examens pendant toute la durée des années scolaires. Ces examens devinrent plus sérieux : ils durèrent sept quarts d'heure pour chaque candidat, et, à partir de 1846, il y eut des examens de fin d'année.

On traça aux élèves la marche à suivre dans le cours de leurs études : on les obligea à suivre les leçons avec assiduité et à prendre régulièrement leurs inscriptions; enfin, l'obligation du baccalauréat ès-sciences, supprimée dans des jours de trouble, fut rétablie en 1836.

Mais, je l'ai dit tout à l'heure, les temps avaient fait de la position de doyen une position difficile, délicate et parfois brûlante; il ne fallait rien moins que l'aplomb de M. Orfila, son inconcevable activité et toutes les ressources de son esprit pour conserver à la fois sa *popularité* et son *autorité*. Et il n'y parvenait pas toujours (1).

Il y avait donc des hauts et des bas dans la position de M. Orfila; il eut souvent à lutter contre de violents orages; il eut ses jours d'émeute et ses jours de répression, et comme tout pouvoir devait alors trouver son opposition, la presse médicale, le prenant aussi à parti, le décanat était parfois pour lui le plus rude des métiers.

Sa position d'étranger, elle-même, lui créait de nouvelles difficultés; il avait obtenu, en 1834, des lettres de grande naturalisation. A la Chambre des pairs, M. le comte de Bastard, à la Chambre des députés, M. de Las-Cases, avaient fait une juste appréciation de son mérite et énuméré les services qu'il avait rendus à la France; mais ces éloges eux-mêmes excitaient l'envie et la malveillance. Il avait donc à se faire pardonner d'être né hors de la France, puis, et surtout, les hautes dignités auxquelles il était parvenu.

M. Orfila, en effet, n'était doyen que depuis environ deux ans, quand il fut nommé membre du conseil général des hospices; présenté en 1832 pour succéder à Portal, il avait été choisi parmi cinq candidats.

Un an après, en 1833, l'association de prévoyance des médecins de Paris, fondée par lui, l'avait nommé président à l'unanimité, et cette dignité devait se perpétuer dans sa personne.

La mort de M. Cuvier, survenue à peu près à la même époque, avait laissé une place vacante dans le conseil royal de l'instruction publique : c'était une haute position à laquelle M. Orfila croyait pouvoir aspirer; toutefois les choses en restèrent là jusqu'à la mort de M. Guéneau de Mussy, c'est-à-dire jusqu'en février 1834. M. Guizot voulut bien alors accéder aux désirs de M. Orfila, et, trois jours après, celui-ci prenait place au conseil.

Enfin, vers la fin de 1834, il s'était présenté aux électeurs du onzième arrondissement de la ville de Paris, et, au premier tour de scrutin, il avait été élu membre du conseil municipal et du conseil général du département de la Seine.

Quand on songe, messieurs, à toutes les places qu'a occupées M. Orfila, aux nombreuses fonctions qu'il avait à remplir, aux devoirs impérieux qui chaque jour devaient le retenir, on ne comprend pas comment il pouvait suffire à toutes ces exigences; il en donnait lui-même pour raison sa vigoureuse constitution, son amour du travail, son désir d'être utile, sa forte volonté et la variété de ses occupations.

Il passait, en effet, chaque jour de son laboratoire dans la chaire du professeur, du conseil de l'instruction publique dans celui des hospices ou dans le conseil départemental, ou même, comme je le dirai tout à l'heure, dans le sein de quelque tribunal pour y déposer comme expert. Il devait

(1) Sur ce dernier point, il avait une sorte de thermomètre, ou d'indice assez curieux qu'un jour il fit connaître au roi Louis-Philippe, avec assez de sans façon.

— Eh bien! monsieur le doyen, lui disait le roi, comment êtes-vous actuellement avec MM. les élèves? — Voyez mon chapeau, sire, répondit M. Orfila. — Il n'est pas brillant, répliqua le roi, il est même assez fatigué; mais que faut-il en conclure? — Que je suis au mieux avec les élèves, reprit M. Orfila; car il n'y a pas un mois que je le porte. Quand je suis mal avec eux, mes chapeaux durent éternellement, par la raison qu'aucun d'eux ne me faisant l'honneur de me saluer, je n'ai pas à y mettre la main; quand, au contraire, ma popularité est revenue, je suis accablé de coups de chapeaux, et vous voyez dans quel état je mets le mien!

enfin passer de longues heures dans son cabinet; car c'est là qu'il a composé les importants ouvrages dont il me reste à parler.

Indépendamment, en effet, d'une foule d'articles donnés par lui, soit à des dictionnaires, soit à des recueils périodiques, M. Orfila avait trouvé assez de loisir pour composer plusieurs grands traités devenus classiques, et d'abord celui dont j'ai déjà parlé.

Le *Traité de toxicologie générale,* envisagé sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la médecine légale, cet ouvrage avait opérée une véritable révolutiou dans la science. J'ai dit que M. Orfila avait démontré le premier, comme fait général, que les poisons, associés à des matières organiques, ne peuvent plus être décelés par les moyens qu'on met en usage quand ils sont seuls ou à l'état de pureté; d'où nécessité de se débarrasser à tout prix de la matière organique dans la recherche analytique des poisons.

Cette influence immense de la matière organique constitue, en effet, la donnée capitale de la toxicologie, et l'on peut dire que l'art du toxicologue n'a existé qu'à dater du jour où cette découverte a été faite.

Quant aux *Eléments de chimie* publiés par M. Orfila, ils n'ont eu d'autre mérite, et cet aveu lui appartient, que celui de la coordination des faits et celui de la clarté qui a présidé a leur exposition. A très peu d'exceptions près, tout ce qu'on y trouve appartient à d'autres. M. Orfila ne revendiquait que la méthode qu'il avait adoptée et l'ordre qu'il avait suivi.

Le *Traité de médecine légale,* au contraire, est un livre original dans beaucoup de ses parties : il appartient en propre à M. Orfila. Au lieu des suppositions et des dissertations qui remplissaient les anciens traités, celui-ci ne renferme que des faits, et ces faits sont tous constatés par des expériences. C'est le véritable guide des médecins légistes : toutes les grandes questions y sont traitées, tous les problèmes y sont résolus; c'est enfin une source de lumières aussi bien pour le magistrat que pour le médecin.

J'en dirai autant du *Traité des exhumations juridiques;* c'est encore un livre nouveau et d'une utilité incontestable. Toutes les questions relatives à la putréfaction des corps y sont expérimentalement élucidées.

C'était là, certes, de grands travaux et qui auraient pu suffire à la vie d'un médecin légiste; mais il était réservé à M. Orfila d'arriver à des faits d'une bien autre importance.

Jusque-là, comme il le disait lui-même dans son langage figuré, on n'avait opéré que sur *une rive du fleuve;* il en était une autre qui nous était inconnue, et sur laquelle il fallait passer pour compléter nos connaissances : or, c'est là ce que M. Orfila a fait par son travail sur les *poisons absorbés.*

Que savait-on, en effet, avant ses recherches, ou plutôt, que faisait-on dans les expertises médico-légales? On se bornait à chercher les poisons dans ce qu'on appelle les *premières voies,* c'est-à-dire dans l'estomac et dans les intestins. Si on y décelait leur présence, le problème était résolu; mais si on ne les y trouvait pas, de deux choses l'une : on déclarait qu'il n'y avait pas eu empoisonnement, ou bien on laissait le fait indécis; or, dans le premier cas, on pouvait faire absoudre un coupable; dans le second, on laissait la justice désarmée.

Ces poisons, en effet, pouvaient avoir été expulsés hors des premières voies; mais ils pouvaient aussi avoir passé par l'absorption dans les secondes, c'est-à-dire sur cette autre rive dont parlait M. Orfila. Sans doute on pouvait en chercher les traces dans les matières expulsées; mais on ignorait l'art de retrouver jusqu'au sein des viscères cette portion du poison qui avait tué les victimes. Or, c'est là qu'il fallait encore le poursuivre, et, je le répète, c'est ce qu'a fait M. Orfila, d'abord pour l'acide arsénieux, puis pour la plupart des autres poisons.

Mais que d'obstacles! que de difficultés pour suivre ainsi ces poisons jusque dans les dernières molécules de l'organisme, pour constater leur présence dans ces régions reculées!

Comment déterminer les lois de leur parcours dans l'économie, constater les accidents si variés de leur distribution aussi bien dans les liquides que dans les solides, et enfin les suivre jusque dans leurs voies d'élimination? et quels merveilleux instruments ne fallait-il pas pour aller les chercher jusque dans ces replis profonds?

Ces poisons, en effet, que l'absorption aura fait passer dans les secondes voies, savez-vous dans quelle proportion il est possible d'en déceler la présence? J'ose à peine le dire, tant cette proportion est d'une effrayante exiguité! S'il s'agit d'un viscère qui pèse 1 ou 2 kilogrammes, du foie, par exemple, c'est tout au plus si dans cette masse on pourra trouver 5 à 6 milligrammes d'acide arsénieux! Et si l'on n'opère, comme la prudence le veut, que sur la moitié de ce viscère, on aura à détruire 1,000 grammes de matière organique pour arriver à mettre à nu 1 ou 2 milligrammes d'arsenic! Et la vie d'un accusé dépendra du résultat de ces opérations!

Tout autre que M. Orfila aurait été effrayé d'assumer une semblable responsabilité, et c'était avec une sorte de terreur qu'on le voyait attribuer à sa science cette espèce d'infaillibilité; on se sentait profondément ému, lui ne l'était pas le moins du monde. Ses longs travaux, ses immenses recherches lui avaient donné une assurance inaltérable. Il avait, en effet, traité à fond et élucidé toutes ces questions dans plus de vingt mémoires lus par lui dans le sein de cette Académie, ou publiés dans les recueils de l'époque.

Aussi était-ce avec un calme profond, une confiance sans bornes qu'il se rendait dans le sein des tribunaux pour aider les magistrats de ses lumières; chimiste-juré des causes célèbres, il était devenu l'effroi des empoisonneurs : son nom seul les faisait trembler; on savait que rien ne pouvait mettre à l'abri de ses recherches. En vain les débris des victimes avaient été, et depuis de longs mois, enfouis dans le sein de la terre, en vain des mains criminelles les avaient jetés dans des fosses d'aisances, précipités au milieu des flots ou cachés sous des monceaux de fumier; en vain ils étaient à demi putréfiés, M. Orfila s'en emparait, son art les interrogeait, et bientôt il en faisait sortir la preuve matérielle du crime!

Qu'on se figure l'effet que devait produire, dans ces circonstances, l'apparition de cet inexorable expérimentateur! C'était presque toujours après de longs débats, quand, d'une part, le ministère public avait fait tous ses efforts pour maintenir une accusation, et quand, d'autre part, les défenseurs avaient tout épuisé pour sauver un accusé; les jurés sont encore indécis, le public est dans l'anxiété : on sait qu'un savant chimiste a été mandé de Paris; c'est M. Orfila; il est là, dans une pièce voisine; il expérimente; sa science interroge quelques débris informes de cadavre. Tout à coup, au milieu d'un profond silence, d'une attente générale, on annonce M. Orfila. Il s'avance au milieu du prétoire; sa belle figure a pris un caractère d'une effrayante sévérité; il a l'impassibilité du destin! Et alors, d'une voix ferme et vibrante, il déclare qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu empoisonnement. Et qu'on ne croie pas que ce soit là un tableau fait à plaisir ou que j'exagère les faits : vingt drames se sont ainsi dénoués en cour d'assises.

C'étaient là de ces scènes qui plaisaient à M. Orfila. Ce grand concours de monde, cette attente générale, ces milliers de regards fixés sur lui quand il venait, comme l'interprète inflexible de la science, prononcer son arrêt, tout cela avait un charme indicible pour lui; mais il ne lui fallait pas d'opposant, de contradicteur, d'adversaire : là, comme partout, il voulait régner en maître, exercer une sorte de dictature. Aussi, lorsque, plus tard, aux assises de Riom, la défense fit intervenir deux experts nouveaux qu'elle avait été chercher à Paris, uniquement parce qu'elle savait qu'ils étaient les ennemis de M. Orfila, qu'ils avaient du moins cherché à invalider ses travaux, M. Orfila, froissé dans son amour-propre, blessé dans sa dignité, prit immédiatement la résolution de ne plus répondre aux demandes d'expertises qui lui seraient faites par les magistrats, et bien qu'ensuite son assistance eût été invoquée plus que jamais, on ne le vit plus devant les tribunaux.

Je me trompe : une fois encore il voulut bien, mais exceptionnellement, prêter son ministère. Ce fut à la demande du chancelier de la Chambre des pairs, dans une affaire soumise à la juridiction de la noble Chambre.

Il était, à cette même époque, couvert de décorations. Dès l'année 1821, il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

En 1832, l'empereur du Brésil lui avait envoyé les insignes de l'ordre de Cruzaro;

En 1834, le jour où il avait réprimé une émeute à l'École, M. Guizot lui avait fait obtenir la croix d'officier;

En 1838, au retour d'une mission scientifique, M. de Salvandy lui avait fait avoir la croix de commandeur;

En 1847, le roi Léopold, voulant lui donner un témoignage public de satisfaction, l'avait nommé officier de son ordre;

Enfin, dans ce même mois de février 1848, qui allait lui être si fatal, le 20, l'empereur de Russie signait sa nomination de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne!

Je ne sais, en vérité, si M. Orfila lui-même ne devait pas être effrayé de tant de prospérités! Tout lui succédait : il était au faîte des grandeurs scientifiques; il était, dans le corps médical, l'arbitre et le dispensateur de toutes les grâces et de toutes les faveurs. Bien à la cour, populaire à l'École, omnipotent dans les hôpitaux; et, en ce qui concernait les affaires médicales, dans le conseil de l'instruction publique et dans le conseil général de la Seine. Il aurait dû peut-être se demander s'il n'y avait pas quelque chose de menaçant pour lui dans cette constante faveur de la déesse, et peut-être aurait-il trouvé que le moment était venu de faire comme le tyran de Samos, de jeter son anneau à la mer!

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, plein de sécurité, venait d'être réélu doyen pour cinq ans, quand éclata la révolution de février. Le 28 au soir, un membre du gouvernement provisoire, lié depuis longtemps avec lui d'amitié, vint le trouver et lui dit : « Je suis chargé d'une commission bien désagréable : je viens vous demander votre démission du décanat; quoi que j'aie pu faire aujourd'hui pour vous défendre, et cela malgré vos opinions déplorables, il a été arrêté que, si vous ne donnez pas votre démission, vous serez destitué. »

M. Orfila répondit qu'il aimait mieux être destitué. Le 1er mars, sa destitution était insérée au *Moniteur ;* mais, avant qu'elle ne fût rendue publique, l'opinion s'était prononcée de la manière la plus vive en faveur de l'ancien doyen ; il avait été accueilli dans son amphithéâtre au bruit des plus vifs applaudissements, et plus de quinze cents élèves étaient allés à l'Hôtel-de-Ville demander son maintien.

Mais les persécutions allaient commencer pour lui et lui rendre la vie bien amère. Une commission avait été nommée pour examiner sa gestion. Après trois mois d'enquête, elle déclara que M. Orfila avait, il est vrai, dépassé ses crédits pendant la dernière année de son administration, mais que les sommes allouées avaient toutes été employées à solder les mémoires produits ; elle reconnaissait en outre que M. Orfila avait doté l'École d'un établissement considérable : le Musée d'anatomie comparée.

Son honneur était sauf, mais il restait en défaveur, en disgrâce. De là toutes ses douleurs. Il avait bu à cette coupe enchanteresse du pouvoir, et il se trouvait condamné à une mortelle inaction ! Lui, si fier en d'autres temps de veiller aux intérêts de la science et à la prospérité des établissements qu'il avait formés ; lui si empressé, si heureux de servir ses amis, au risque même de méconnaître certains droits ; lui, enfin, jusque-là si recherché, si écouté, si obéi, il se voyait méconnu et presque outragé, en butte aux sourdes menées de la malveillance, de la calomnie et de l'ingratitude. Il luttait encore, néanmoins, et gardait un front superbe ; mais qui aurait pu sonder sa pensée et dire ce qui se passait dans son âme ! Sans doute il aimait la science, mais il aimait encore plus la gloire et ses enivrements. Il n'était point de ceux qui trouvent leurs plus douces jouissances seuls à seuls, dans le silence du cabinet ; ce qu'il avait surtout ambitionné, c'était le succès, la célébrité et tout ce qui pouvait ajouter à l'éclat de son nom ; c'était là ce qu'il avait cherché dans ses publications, dans son enseignement et jusque dans son administration.

Quand vinrent donc ces jours de retraite forcée et de disgrâce indéfinie, il fut tout d'abord mortellement frappé.

Et cependant, messieurs, dans ces jours d'affection, ses vrais amis s'étaient serrés autour de lui ; vous-mêmes, je l'ai dit ailleurs, dans votre désir de lui prouver qu'il avait conservé l'estime des honnêtes gens, vous l'aviez élevé à l'honneur de présider cette assemblée, et vous l'aviez chargé de défendre vos intérêts les plus chers ; mais sa sortie du conseil de l'instruction publique acheva de tuer cette puissante organisation.

Toutefois, messieurs, et c'est là le dernier acte dont il me reste à parler, M. Orfila, semblable à ces titans foudroyés, qui, dans un suprême effort, arrachent encore au monde un cri de surprise et d'admiration, M. Orfila, dis-je, entreprit de répondre à ces coups incessants du destin par un acte d'une grandeur et d'une générosité jusque-là sans exemple.

On le vit, en effet, distraire de sa propre fortune une portion considérable, 120,000 francs au moins, et de son vivant les consacrer à la fondation d'encouragements, de prix et de donations pour la Faculté, pour l'Académie, l'École de pharmacie, l'Association de prévoyance, et même pour quelques écoles de province.

Ayant ainsi taillé de la besogne, disait-il, pour cette studieuse jeunesse qu'il avait tant aimée, il voulait voir, du moins dans les premières années, comment elle s'y prendrait pour mériter ses récompenses et l'aider de ses conseils.

Cette satisfaction ne lui a pas été donnée : c'était son testament de mort qu'il venait de dicter.

Le 4 janvier 1853, il en avait donné lecture lui-même à l'Académie, en séance publique ; le 12 mars suivant, il avait cessé d'exister.

Jusque dans ses derniers moments, il s'inquiétait de l'avenir réservé à son nom ; on le vit, à ces heures suprêmes, se faire lire, dans les feuilles publiques ce qui pouvait le concerner. D'avance, il aurait voulu savoir ce qu'on allait dire de sa mort et comment on jugerait sa vie.

Ce jugement, messieurs, nous n'avons pas eu la prétention de le porter ; nous nous sommes borné à tracer une esquisse impartiale et fidèle de cette existence si active, si agitée et néanmoins si bien remplie. Nous avons montré M. Orfila tel que nous l'avons connu, tout entier à ses devoirs et tout entier aussi à ce désir excessif de célébrité et de gloire ; mais ce désir, après tout, n'est-il pas le plus noble mobile des actions humaines ? Peut-on faire quelque chose de grand et de durable sans cet amour de l'approbation publique ? n'est-ce pas lui qui anime les grands cœurs et les empêche de sommeiller ? Oh ! Athéniens, aurait pu s'écrier M. Orfila, que de peines je me donne pour mériter votre approbation !

Aimons donc, messieurs, tenons en grande estime ceux que consume ce violent amour, et disons avec Tacite que « celui qui méprise la gloire méprisera bientôt la vertu. »

THÉRAPEUTIQUE.

Incision de la vulve pour prévenir la rupture du périnée.

Voici le procédé que M. le docteur Eschelberg emploie : pendant l'intervalle qui sépare les douleurs, il introduit sur le plat, entre la tête du fœtus et l'anneau vulvaire, un bistouri de Pott ; dès que la douleur survient, il dirige le bistouri de manière que son tranchant soit tourné en bas, et d'une manière oblique, par rapport au raphé, dont il est éloigné d'environ un demi-centimètre. Il s'inquiète peu de l'étendue de l'incision, qui se fait ainsi pendant la contraction utérine, par la pression de la tête du fœtus elle-même, l'opérateur ne faisant que lui donner une direction oblique, celle en effet qui est exempte d'inconvénients et qui permet une cicatrisation prompte de la plaie qui en résulte. (*Rev. méd. fr. et étr.*)

Emploi du daphné mezereum dans les névralgies faciales.

Le docteur Wertheim assure que des frictions répétées trois ou quatre fois le jour, *loco dolenti*, avec une teinture de baies de bois gentil, calment très-bien certaines prosopalgies, en autres termes, la névralgie frontale. Il prépare cette teinture avec 24 baies et autant de grammes d'alcool rectifié.

(*Rev. méd. fr. et étr. et Ann. méd. psychol.*)

Opiat antigoutteux et antirhumatismal de Villette.

Résine de gaïac pulvérisée.....	3 kilogrammes.
Mercure doux.....	125 grammes.
Cannelle en poudre.....	125 grammes.
Sirop de nerprun.....	Q. S.

Mêlez exactement et conservez.

Dose : 1 à 2 grammes pour un adulte, 1 gramme pour les femmes.

(*Bulletin gén. de thér.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous ne donnerons pas aujourd'hui de bulletin du choléra, parce que l'épidémie n'a pas éprouvé de notables variations depuis plusieurs jours. Si quelque changement important se produit, nous aurons soin d'en informer nos lecteurs.

— On nous pose la question suivante : « Un examinateur a-t-il le droit d'adresser à un candidat cette question : *Monsieur, avez-vous lu mon livre ?* » Comme nous ne sachons pas que la gaieté française ait été bannie même des salles d'examen, nous croyons que la question dont il s'agit est très-permise ; le professeur qui la poserait n'aurait sans doute d'autre but que de faire une plaisanterie qui serait d'autant plus piquante que le livre serait plus facétieux.

BIBLIOGRAPHIE.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur Bouchardat. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 cent.

Iconographie ophthalmologique, ou Description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par J. Sichel, docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris, etc., etc. — 7e livraison grand in-4° de 4 feuilles de texte avec 4 planches. — Paris, 1853. — Prix : 7 fr. 50 c. — Les livraisons 1 à 6 sont en vente au prix de 45 fr.

Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome I. — N° 148. 1re ANNEE. Samedi 10 Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie des sciences du 28 novembre. — CLINIQUE DES HOPITAUX : HÔPITAL DE LA PITIÉ. M. GENDRIN. Leçons cliniques sur l'hystérie, par le Dr A.-H. Margeric. (*Suite.*) — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE : Traitement du choléra par les ingestions d'eau froide, par M. Tourrette. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 9 Décembre 1853.

Séance de l'Académie des sciences du 28 Novembre.

Lorsque la chimie moderne nous a appris que l'air se compose de 79 parties d'azote, de 21 d'oxygène, d'un demi-millième d'acide carbonique et de vapeur d'eau, elle a réalisé un progrès important dans la science en général ; mais au point de vue de la science médicale en particulier, elle a fait peu de chose, ou plutôt elle nous a laissés dans une ignorance à peu près complète sur tout ce que le médecin aurait besoin de savoir. Quiconque, une fois dans sa vie, a fait cette expérience si vulgaire, qui consiste à laisser entrer un rayon de soleil dans une chambre obscure, a dû être frappé d'étonnement, sinon de dégoût, à la vue de ce monde habituellement invisible que nous respirons sans cesse, de ces substances si ténues, d'origines probablement si diverses, et qui, dit M. Boussingault, exercent vraisemblablement sur l'économie animale une action plus prononcée qu'on n'est communément porté à le supposer. Or, de ces poussières si abondantes, minérales ou organiques, la chimie moderne n'a rien dit ou à peu près ; et cependant, les recherches si persévérantes de M. Chatin semblent nous montrer toute l'importance qu'il y aurait à entrer plus avant dans la voie où il marche avec un zèle si opiniâtre.

C'est dans cette voie que M. Boussingault est aussi entré depuis longtemps, et qu'il vient de faire un nouveau pas en nous faisant connaître la principale des conditions qui influent sur la présence de l'ammoniaque dans l'air, et après nous avoir instruits depuis longtemps de l'existence de cet alcali, non pas seulement dans l'atmosphère qui entoure les grandes agglomérations d'hommes, mais aussi dans les lieux isolés, où l'air est le plus pur.

FEUILLETON.

Notice historique et chronologique sur les substances qui ont été proposées comme succédanées du café et sur le café-chicorée en particulier,

Par A. CHEVALLIER fils, *chimiste.*

(*Suite. Voir le nos* 142, 146.)

2e PARTIE. — DU CAFÉ-CHICORÉE.

Jusqu'à présent, aucun pays n'a pu lutter avec la France, et pour les productions industrielles, et même par les produits agricoles. Aussi, malgré les guerres qu'elle a subies, les secousses qu'elle a éprouvées, elle sort de ces épreuves toujours florissante.

L'homme intelligent qui a popularisé en France la pomme de terre.... PARMENTIER.... fut encore un des premiers à signaler les avantages immenses que l'on peut tirer de la chicorée comme succédané du café.

On ne s'occupa guère de cette plante, qui devait être une des sources de la richesse du Nord de la France, que vers 1818, et les premières contrées où l'on en fit la culture furent les environs de Lille, de Valenciennes, de Strasbourg. Un auteur de cette époque (nous parlons de 1818) dit que vingt ares de terre ensemencées en chicorée rapportent pour le moins de 240 à 300 francs ; on doit présumer, d'après cela, qu'il y a avantage pour le cultivateur à ensemencer et à récolter la chicorée. En effet, la vente de cette racine est assurée, car l'on trouve des fabriques de café-chicorée, non-seulement aux environs d'Arras, de Valenciennes, de Cambrai, de Lille ; mais encore à Paris, à Senlis, en Normandie, en Bretagne et dans d'autres départements (1).

CULTURE. — On doit choisir, pour la culture de la chicorée, un terrain gras et léger ; on sème à la fin d'avril et au commencement de mai, si l'on peut choisir un champ fumé. Depuis plusieurs années, on obtient de plus beaux produits ; on peut être sûr d'avoir un bon terrain quand on sème sur une terre qui a porté de la carotte ou du chanvre. On doit retourner le champ avec soin, le herser et l'ensemencer par un temps doux : après l'ensemencement, on herse de nouveau pour que la semence ne soit pas trop enterrée ; pour activer la pousse, certains cultivateurs ont l'habitude, quelques jours avant l'ensemencement, de détremper le terrain. Lorsque la chicorée a poussé trois feuilles, on bêche légèrement autour, et l'on enlève les mauvaises herbes. Les racines doivent alors être à la distance de six pouces les unes des autres, afin que le produit soit beau. Vers la fin d'août, on effeuille en partie la chicorée, on en donne les feuilles aux bestiaux (2), puis, quelques jours avant octobre, on fait la récolte.

(1) La vente de la chicorée est tellement assurée, que les fabricants de café-chicorée n'osaient pas, en 1853 (juillet), refuser aux paysans de la chicorée qui était chargée de terre ; ceux-ci allaient la porter ailleurs ; où elle était telle quelle.

(2) Les animaux qui mangent la feuille de chicorée donnent un lait d'une saveur désagréable, et il serait convenable de les faire manger aux chevaux, aux moutons, plutôt qu'aux vaches.

Les faits dont M. Boussingault nous a entretenus dans ses nouvelles recherches, pouvaient être prévus *a priori* : la première pluie qui tombe entraîne beaucoup d'ammoniaque ; celle qui suit en contient moins, et quand la pluie dure longtemps, elle finit par être entièrement ou à peu près dépouillée d'alcali : quant à l'origine de l'ammoniaque ainsi contenue dans l'eau de pluie, M. Boussingault l'explique de la manière la plus naturelle.

Quelles sont pour l'homme et les animaux les conséquences physiologiques et pathologiques du fait intéressant, constaté par M. Boussingault? Il serait pour le moment fort difficile de le dire. Pour arriver à ces conséquences, si la chose est possible, le fait en question ne constitue même qu'un élément très-incomplet du problème : pour arriver à quelques conclusions, il faudrait que les expériences si précises de M. Boussingault fussent répétées dans un grand nombre de localités, de latitude et d'altitude diverses; il faudrait aussi que l'on déterminât plus rigoureusement encore que n'a pu le faire le savant expérimentateur, si l'ammoniaque est d'autant plus abondante dans l'air, qu'il s'est écoulé un temps plus long depuis la dernière pluie, ou bien s'il y a un maximum que l'ammoniaque ne dépasse jamais, quel que soit l'état de l'atmosphère; enfin, quel est l'espace de temps nécessaire, après une pluie qui purge l'atmosphère d'ammoniaque, pour que l'alcali atteigne de nouveau son maximum. Toutes ces questions sont autant de buts importants signalés aux recherches des observateurs, qui voudront marcher sur les traces de M. Boussingault.

Le travail du savant académicien n'est pas le seul qui ait mérité notre attention dans cette séance. Celui qui a été communiqué par M. Brainard, doit être signalé d'une manière spéciale, quoiqu'il laisse beaucoup à désirer, si du moins les *comptes rendus* en donnent une analyse fidèle. En effet, dans l'analyse dont il s'agit, on voit que l'honorable professeur américain émet quatre assertions, savoir : la trachéotomie prolonge l'existence des animaux auxquels on a inoculé le venin des crotales ; l'application des ventouses la prolonge plus encore, en retardant l'absorption ; enfin il en est de même de *l'injection* (où ?) du lactate de fer et surtout de l'iodure de potassium. De toutes ces assertions, on est réduit à désirer les preuves, d'autant plus que la plus importante d'entre elles, au point de vue pratique, est en contradiction avec des expériences d'un grand intérêt, faites, par notre excellent collaborateur et ami, M. G. Dumont, et qu'il n'a malheureusement pu encore répéter suffisamment. Or, de ces expériences, insuffisantes il est vrai, il résultait que l'administration de la poudre de cédrons empêchait, ou du moins atténuait singulièrement l'action du virus des serpents, quand l'antidote était administré quelque temps *avant l'inoculation*, tandis qu'il était sans action, ou à peu près, quand il était administré même *immédiatement après* l'inoculation. Ce serait là un fait capital, dans l'histoire des empoisonnements virulents ou autres, et qui est d'ailleurs en harmonie avec ce que nous savons, du mode d'action de la vaccine. Il serait donc fort à désirer que les membres de la commission profitassent du séjour à Paris de M. Brainard, pour mettre à l'épreuve ses bonnes dispositions et résoudre quelques-uns des problèmes de l'histoire si attrayante, si importante des empoisonnements.

Ne terminons pas cette appréciation, sans dire un mot de l'invention d'une ingénieuse machine qui nous intéresse doublement : d'abord, parce qu'elle est destinée à augmenter, d'un dixième au moins, la quantité des céréales de nos magasins, en détruisant le principal insecte qui les dévore, *l'alucite*, et qu'elle contribue ainsi puissamment au plus grand des problèmes de l'hygiène sociale ; ensuite parce que cette ingénieuse machine est due à un médecin de talent, à qui la science est déjà redevable de plusieurs travaux remarquables, à M. le docteur Doyère.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur l'hystérie.

(*Suite. Voir les nos* 16, 23, 28, 29, 36, 53, 58, 69, 70, 77, 87, 99.)

La tolérance de l'opium, lorsqu'il est difficilement supporté par les malades, peut être obtenue au moyen de l'administration simultanée de l'éther.

L'éther est un médicament diffusible qui exerce sur le système nerveux une action sédative ; dans le cas particulier qui nous

---

HISTORIQUE. — Avant d'entrer dans des détails sur la récolte et la fabrication du café-chicorée, nous croyons utile de dire à quelle époque on a eu l'idée d'utiliser la racine de chicorée, et quels ont été les hommes qui, les premiers, ont donné une impulsion favorable à ce genre d'industrie.

Vers 1771, Valmont de Bomare dit que quelques personnes firent une espèce de café en prenant des racines de chicorée sauvage, les nettoyant, les partageant en quatre dans toute leur longueur, les mettant sur des feuilles de papier, les faisant sécher, les torréfiant et les réduisant en poudre.

En 1772, plusieurs Allemands et des Hollandais établirent dans leurs pays des fabriques de café-chicorée.

Payssé fut le premier qui décrivit la manière de faire en Hollande le café-chicorée. Quelques années après, le célèbre Parmentier publia, dans les *Annales de chimie*, les travaux de Payssé, en faisant ressortir tous les avantages que la France pourrait retirer de la culture de la chicorée.

Vers 1801, Orban, de Liége, et Giraud, apportèrent en France le procédé de la fabrication hollandaise. Orban établit sa fabrique à Liége, et Giraud à Ounaing. Ces deux villes faisaient alors partie de la France. En 1814, la Belgique fut séparée de la France, Orban vint s'établir aux environs de Valenciennes. La guerre continentale avait donné à cette fabrication de l'importance, car l'entrée des cafés en France avait été, pendant quelques années, ralentie, et cependant la consommation du café et de ses succédanés était toujours la même.

En 1818, M. Baumann, de Strasbourg, fit présenter, par M. Geenen, son représentant à Paris, ainsi que celui des maisons Froidure, de Lille, et Soudan, père et fils, de Paris, qui, à cette époque, étaient les principaux fabricants de café-chicorée, un mémoire dans lequel il demandait la prohibition, en France, de la chicorée fabriquée à l'étranger ; il s'appuyait sur les raisons suivantes :

1° Que l'abrogation de la loi du 28 avril 1816, sur le droit d'entrée des chicorées de fabrication étrangère, et un nouveau décret protecteur engageraient diverses personnes à établir des fabriques de chicorée qui pourraient lutter avec les fabriques étrangères ;

2° Que cette abrogation, et l'établissement d'une loi nouvelle, assureraient aux cultivateurs l'emploi de la racine de chicorée.

Le cultivateur ne pourrait se livrer à cette culture s'il n'était assuré du placement de son produit.

3° Que cette prohibition pourrait répandre au moins 800,000 francs en France, en affranchissant le pays de la nécessité d'acheter à l'étranger ; que, en outre, cette somme se répandrait entre les cultivateurs et les ouvriers français.

4° Que la chicorée dite *moulue* contient beaucoup de matières étrangères, et, par ce seul fait, élude une partie des droits d'entrée ; en effet, le fabricant français achète les chicorées, en racines humides, à 14 francs le quintal, ce qui la mettait, étant sèche, à 84 francs, tandis que le fabricant étranger l'avait à 48 fr. le quintal, ce qui, avec 24 francs de droit, plus le décime, portait la chicorée à 72 francs 20 centimes ; de là résultait, pour la fabrication française, un déficit de 11 francs 80 centimes. Le droit imposé était donc trop minime pour protéger la fabrication française. Les fabricants français demandèrent donc à ce que le droit d'entrée fût doublé.

Ils mettaient aussi en évidence les avantages suivants :

1° Que le cultivateur peut avoir un bénéfice, sur chaque arpent, de 240 à

occupe, il calme les mouvements convulsifs et leur fait succéder une sorte de torpeur ; il détermine dans les fonctions circulatoires une surexcitation qui atteint quelquefois les actes de l'intelligence.

L'éther n'agit qu'à des doses élevées ; l'habitude que l'on a de prescrire timidement quinze, trente ou quarante gouttes de ce fluide, comme on fait pour la teinture de musc, annule complétement, suivant nous, ses propriétés thérapeutiques. Il s'opère dans le flacon, à l'intérieur duquel le médicament est renfermé, dans la bouche du malade par lequel il est avalé, une volatilisation qui rend insignifiante la proportion de liquide ingérée dans l'estomac.

Lorsqu'on administre l'éther à des doses suffisantes, on obtient une action sédative qui se manifeste, non-seulement dans les hystéries, mais encore dans tous les cas de surexcitation du système nerveux.

Nous ne donnons jamais moins de 10 grammes d'éther dans les vingt-quatre heures, souvent nous portons la dose du médicament à 15 ou 20 grammes, nous avons toujours soin de le faire prendre dans une grande quantité d'eau fraîche ; nous parvenons ainsi à le dissoudre et à éviter, autant qu'il est possible, les inconvénients attachés à la rapidité avec laquelle il se volatilise. A la faveur de cette précaution, nous obtenons constamment des effets sédatifs très-marqués.

L'éther, de même que tous les excitants diffusibles, n'a qu'une action fugitive ; lorsqu'une fois il a pénétré dans le torrent de la circulation, il trouve promptement issue par les voies respiratoires ; aussi, pour qu'il agisse d'une manière continue et par conséquent efficace, convient-il de l'administrer à doses égales et fractionnées, que les malades prennent toutes les heures ou toutes les demi heures, de manière à répéter son ingestion douze, quinze ou vingt fois dans le cours de la journée.

Nous avons mentionné plus haut une sorte d'état d'hyperesthésie des voies digestives internes, qui existe dans certains cas d'hystérie ; cet état se présente assez fréquemment. Il donne naissance à ces douleurs cardialgiques violentes qu'on voit se produire lorsque des substances alimentaires ou médicamenteuses ont été introduites dans l'intérieur de l'estomac, même en petite quantité. On comprend aisément combien il est important, en pareille circonstance, d'émousser la sensibilité exagérée du tube digestif et de faire supporter à la fois les aliments et les médicaments ; là encore, il y a lieu d'instituer une thérapeutique spéciale, thérapeutique qui, pour être adjuvante, n'en aura pas moins une utilité capitale.

L'administration du sous-azotate de bismuth fournit le moyen de calmer facilement l'irritabilité anormale de l'estomac et de prévenir le sentiment de réfrigération, les pandiculations et l'état de malaise général qu'elle engendre habituellement lorsqu'elle est portée à un certain degré. Toutes les fois qu'on donne le médicament à des doses convenables, les hystériques recouvrent la faculté de prendre des aliments sans éprouver les vives douleurs d'estomac qui deviennent fréquemment l'occasion de nouvelles attaques, et qui, dans les cas les plus favorables, impriment un fâcheux ébranlement à l'ensemble du système nerveux. L'état d'inquiétude et de disposition aux spasmes qui accompagnait le travail de la digestion, disparaît d'une manière plus ou moins complète.

Il est indispensable de prescrire des quantités assez élevées de sous-nitrate de bismuth ; quelques médecins ont considéré comme une nouveauté et comme un trait de hardiesse, de donner cet agent thérapeutique à la dose de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures ; ils ont oublié que Reil et ses élèves, dont l'exemple et l'autorité ont le plus puissamment contribué à son introduction dans le domaine de la matière médicale, ne l'administraient jamais à une dose moindre de 2 ou 3 scrupules (24 grains environ) dans les vingt-quatre heures. On trouve consignées, dans les écrits de Reil, des expériences faites en vue de déterminer la dose à laquelle il convient de porter le sous-azotate de bismuth, pour obtenir des effets sédatifs ; les mêmes écrits contiennent le récit d'expériences qui ont eu pour objet de rechercher et de fixer la valeur thérapeutique du magistère de zinc, employé au même titre que le sous-nitrate de bismuth.

En général, 24 à 30 grains, ou en d'autres termes 1 à 2 grammes de sous-nitrate de bismuth suffisent pour produire une action sédative, pour atténuer l'irritabilité de l'estomac, au point de rendre possible l'ingestion des substances alimentaires et médicamenteuses, en un mot pour placer les malades dans des conditions telles, qu'ils échappent à la surexcitation générale du système nerveux, qu'entraîne à sa suite l'irritabilité spéciale de l'estomac, sur les conséquences de laquelle nous avons eu soin d'insister.

Chez un assez grand nombre d'hystériques, on voit des modifications profondes s'accomplir dans la sécrétion du suc gastrique, et même dans la sécrétion du suc hépatique ; ces modifications ont pour résultats des phénomènes réels de dyspepsie ; il est facile de s'expliquer par là les éructations acides, la constipation opiniâtre, la lenteur extrême du travail digestif, l'impossibilité de supporter les substances alimentaires, susceptibles, comme les fécules et les matières grasses, de fournir des produits acides, qu'on rencontre fréquemment chez les malades. Aux accidents de l'hystérie, s'ajoute alors, non plus une hyperesthésie de l'estomac, mais une véritable dyspepsie acescente : là

---

300 francs, sans compter la quantité de fourrage qu'il trouve dans la feuille de chicorée pour nourrir ses bestiaux ;

2° Que chaque fabricant occupe, pendant la saison morte, environ une centaine d'ouvriers qui vivent sur le bénéfice que procure la fabrication, par la raison que le quintal de racines, qui coûte 50 francs, est revendu, fabriqué, 100 francs, laisse un bénéfice de 50 pour 100 partagé entre les ouvriers et le fabricant. Une partie de cet argent sert donc à nourrir de pauvres cultivateurs et de braves ouvriers employés à cette industrie. Un autre avantage, c'est le revenu considérable qu'on pourrait tirer de l'exportation de ce produit ;

Que, en outre, le café-chicorée importé contient souvent des carottes et des amandes de terre, que l'on a soin d'y introduire pour avoir encore plus de bénéfice ; ainsi, comme le disait M. Baumann, on aurait pu, pour les chicorées étrangères, substituer sans erreur, au mot *chicorée moulue*, le mot de *chicorée falsifiée*.

Voici en quelques mots ce que demandait le projet de loi proposé par les fabricants :

1° Chaque individu voulant fabriquer de la chicorée sera soumis à une patente de fabricant de chicorée que le gouvernement établira, selon le rapport de cette industrie et la garantie que tout fabricant doit fournir et qui jusqu'ici n'a pas existé ;

2° Chaque fabricant sera tenu de déposer la marque qu'il aura adoptée au greffe de son tribunal de commerce, sans pouvoir, sous aucun motif, en employer d'autres, et que les contrefacteurs soient condamnés à des dommages et intérêts envers les propriétaires des marques contrefaites, si elles sont françaises, conformément à l'article 142 du Code pénal ;

3° La chambre des prudhommes, et l'administration (en ce qui la concerne), veilleront à ce qu'il n'entre plus, dans la fabrication de la chicorée, de matières étrangères nuisibles à la santé, comme de la terre rouge, etc., etc., ou que le falsificateur soit poursuivi d'après toute la rigueur des lois existantes ;

4° Après un laps de temps déterminé, toutes les chicorées de marques étrangères trouvées en France, et celles qui seraient dépourvues d'une marque de fabrication française, seront saisies : les premières, comme prohibées à l'entrée ; les autres, comme en contravention avec le règlement demandé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— *Procès de M. le docteur Lecluyse, de Poperinghe. — Arrêt de la Cour de cassation de Belgique.* — La Cour de cassation vient de prononcer sur le pourvoi du docteur Lecluyse, de Poperinghe, acquitté en première instance, puis condamné à 16 fr. d'amende par la Cour d'appel de Gand, pour avoir refusé de déclarer à l'état civil, les noms de la mère d'un enfant illégitime.

Par un arrêt très-étendu, la décision de la Cour de Gand a été maintenue et le pourvoi rejeté. Notre Cour régulatrice s'est ici prononcée pour un système diamétralement opposé à la jurisprudence de France, où trois arrêts de cassation, et cinq autres rendus par des cours impériales, ont dispensé le médecin, au cas de secret, des déclarations exigées par les tribunaux belges. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Bruges.*)

encore, se présente un double obstacle : d'une part, à une alimentation suffisante ; de l'autre, à l'administration de l'opium ; là encore, se trouve un état particulier de l'estomac, à la faveur duquel se répètent et se multiplient les attaques du système nerveux.

Les médicaments propres à modifier les qualités vicieuses du suc gastrique, les boissons alcalines, les terres absorbantes et alcalines, seront pour le médecin d'utiles ressources.

Nous n'avons pas parlé de tous les agents thérapeutiques à l'aide desquels on peut, dans de certaines limites, amener la stupéfaction et éteindre la mobilité exagérée du système nerveux : nous nous sommes uniquement occupé de ceux dans lesquels nous avons le plus de confiance. En même temps que l'opium et l'éther, dont les propriétés ont été étudiées, nous devons indiquer ici des substances qui, à la condition d'être administrées largement et sans timidité, rendront d'importants services. Au nombre de ces substances, il convient de placer en premier lieu le castoréum.

Le castoréum est un produit complexe que sécrète la glande prépuliale du castor ; le mucus, l'albumine et la matière résineuse qui le composent, s'accumulent dans une poche dont le canal excréteur s'ouvre dans un cloaque commun aux organes génitaux et à l'anus. Depuis longtemps il est employé en médecine. Les nombreux et importants travaux de Tourtelle ont démontré qu'il exerce une action sédative incontestable, toutes les fois qu'il est donné à hautes doses. Quelques auteurs l'ont considéré comme un médicament stimulant qu'ils ont comparé à l'éther. Il convient de remarquer ici, que, pour bien apprécier les médicaments dans leurs effets curatifs, le médecin doit toujours envisager, d'une part, les changements qu'ils déterminent dans la circulation, de l'autre, ceux qu'ils apportent dans l'innervation ; on trouve des agents qui excitent le système circulatoire, en même temps qu'ils stupéfient le système nerveux. Le vin peut être cité comme exemple. Le castoréum exerce incontestablement une action stimulante sur l'appareil de la circulation, il augmente la fréquence du pouls, mais en même temps il amène une véritable dépression dans l'état fonctionnel du système nerveux ; sous ce dernier rapport, il mérite d'être rangé au nombre des antispasmodiques. On doit le donner à doses élevées, soit qu'on le fasse prendre en nature, soit qu'on administre la teinture qui, au jugement de quelques auteurs, résume les principes du médicament.

Nous avons obtenu des effets marqués, au moyen de vingt à vingt-quatre grains de castoréum pris dans l'espace de vingt-quatre heures ; nous prescrivons souvent une quantité double de celle qui vient d'être indiquée ; dans tous les cas, nous préférons le médicament en substance, à la teinture, qui peut ne tenir en dissolution qu'une partie des matériaux actifs dont il se compose.

L'assa fœtida a été recommandé comme un antispasmodique propre à enrayer les accidents nerveux de l'hystérie : à part l'influence qui dérive de ses qualités odorantes, à part les effets purgatifs auxquels il peut donner lieu dans une certaine mesure, nous ne pensons pas qu'il soit doué de propriétés médicamenteuses véritablement efficaces. Il consiste dans une gomme-résine très-dure et très-compacte, que dissolvent difficilement les liquides sécrétés par le tube digestif. Lorsqu'on le donne en pilules, souvent il est rejeté au dehors, tel qu'il a été pris ; lorsqu'on l'administre sous forme de lavement, il provoque presque toujours, après un court intervalle de temps, en vertu de son action topique, des évacuations alvines qui soustraient le système nerveux à son action générale.

Nous n'avons pas passé en revue tous les agents thérapeutiques présentés, dans les ouvrages de matière médicale, comme antispasmodiques et préconisés à ce titre contre l'hystérie. Toutes les substances douées de propriétés stupéfiantes peuvent devenir antispasmodiques ; tous les médicaments qui surexcitent le système nerveux, de manière à fixer, pour ainsi dire, son attention, suspendent ou du moins atténuent la mobilité exagérée de l'innervation, et peuvent amener ainsi la cessation des manifestations de l'hystérie. Les feuilles d'oranger, les feuilles desséchées de la vulvaire, les racines de la valériane, les fleurs de tilleul qui, en vertu de leurs principes odorants, exercent une action très-immédiate, ont été vantées comme autant de spécifiques ; en réalité, elles constituent la base de médications indirectes par lesquelles on n'obtient pas, de même que par l'emploi de l'opium, la sédation de l'irritabilité et de la mobilité insolites du système nerveux.

On est forcé, dans l'usage des médicaments, d'en appeler aux données de l'empirisme ; l'expérience seule peut faire connaître et apprécier les actions thérapeutiques. Il est bien démontré que le musc, antispasmodique puissant, dont l'influence atteint principalement les facultés intellectuelles, ne produit, chez les hystériques, d'autres effets que ceux d'incommoder les malades et de solliciter l'explosion de leurs attaques. Toutes les fois que la sensibilité de l'odorat est pervertie, on peut le donner à hautes doses ; il n'exerce pas d'action nuisible sur le tube digestif ; il ne surexcite pas l'appareil circulatoire ; mais aussi il ne calme en rien l'irritabilité exagérée du système nerveux, qui forme le caractère fondamental de l'hystérie.

Il ne faut pas croire qu'il soit possible de guérir les diverses formes de l'hystérie, avec l'unique secours des médicaments. Lorsqu'on laisse subsister l'influence de conditions hygiéniques mauvaises, on n'obtient jamais aucun résultat satisfaisant. Pour arriver à une curation définitive, il est indispensable de soumettre les malades aux lois d'une hygiène bien entendue, et de régler les actes de la vie, de façon à affaiblir l'irritabilité insolite et la mobilité exagérée du système nerveux. On trouve toujours, dans la manière de vivre, des habitudes vicieuses qu'il est urgent de réformer : le défaut de régularité dans la succession du sommeil et de la veille, le séjour prolongé au lit, sont autant de circonstances importantes à éloigner. Les hystériques qui font de la nuit le jour ne guérissent jamais.

On ne manquera pas de rechercher toutes les causes qui peuvent altérer la composition de l'air respirable et de les supprimer : certaines malades remplissent leurs appartements de fleurs et de plantes odorantes, qui, en exhalant des principes excitants ou narcotiques, exercent une action nuisible sur le système nerveux. Il n'est pas rare de rencontrer des hystériques qui ont des habitudes d'excitation des organes des sens, sous l'influence desquelles persistent les phénomènes morbides ; les unes se plaisent à respirer des odeurs singulières, les autres à entendre continuellement de la musique ; l'ébranlement qu'imprime au système nerveux la perception trop fréquemment répétée des impressions odorantes chez les unes, des impressions sonores chez les autres, éloigne également la possibilité de la guérison.

Nous ne ferons que signaler en passant, comme se présentant assez communément, les fâcheuses conséquences de l'onanisme dans le cas particulier qui nous occupe.

L'usage de porter des vêtements trop étroits, des corsets trop serrés, des chaussures qui étranglent les pieds, par suite des modifications qu'il apporte dans la circulation et dans la sensibilité tactile, oppose souvent un obstacle insurmontable à l'efficacité des agents thérapeutiques.

Aux femmes qui mènent une vie sédentaire et languissent dans l'oisiveté, il est indispensable de prescrire l'exercice et les promenades au grand air : les actes musculaires, en déversant en quelque sorte l'influx nerveux sur la locomotion, en l'empêchant de se concentrer dans les organes des sens, ramènent à une juste mesure la perception des impressions sensitives, et préviennent ainsi les accidents paroxystiques de l'hystérie.

Faut-il ajouter, après les détails qui viennent d'être exposés, que les moyens hygiéniques, régularisés de façon à préserver le système nerveux de toutes les causes d'excitation anormale, doivent former la base du traitement rationnel des affections hystériques ?

Il est une méthode curative que l'on connaît depuis longtemps déjà sous le nom de son inventeur : nous avons nommé la méthode de Pomme.

Charlatan habile et médecin ignorant, Pomme attribuait l'hys-

térie à des craquements nerveux, qu'il prétendait avoir plus d'une fois entendus : généralisant sans restriction des données qui avaient été avant lui développées par Robert Whyte, il prescrivait des bains prolongés, à l'aide desquels il disait ramollir les nerfs et empêcher les craquements dont s'accompagnait leur action. C'était également en vue de rendre au système nerveux et aux organes dans lesquels il se distribue leur souplesse normale, qu'il prescrivait l'usage du bouillon de poulet et de boissons émollientes. Les bains devaient être tièdes, les malades y restaient plongées pendant cinq ou six heures. L'ensemble de ces moyens avait évidemment pour résultat une action sédative, dont l'effet manifeste était la cessation des attaques hystériques dans un grand nombre de circonstances, comme le témoignent, du reste, plusieurs observations publiées par l'auteur.

La méthode de Pomme, à l'époque où elle fut répandue dans la haute société, avait un avantage qu'elle ne possède plus aujourd'hui, celui de supprimer des habitudes hygiéniques vicieuses, qui, dans nos temps modernes, ont disparu des mœurs sociales. Il était d'usage de souper et de prolonger les repas très-avant dans la nuit; le traitement dont nous avons exposé les règles mettait fin aux soupers et aux excès de toute sorte qui en étaient la conséquence.

Quoi qu'il en soit de cette remarque, il est incontestable que les bains tièdes prolongés, les boissons émollientes, une alimentation réparatrice, mais non excitante, des prescriptions hygiéniques bien entendues, peuvent suffire à la guérison d'un grand nombre d'hystériques.

Les bains tièdes, dans quelques circonstances, ont de réels inconvénients; il en est ainsi lorsque les malades sont douées d'une constitution molle et lymphatique, aussi bien que lorsqu'elles sont atteintes de chloro-anémie. Nous avons coutume d'atténuer l'action débilitante qu'ils doivent nécessairement exercer en les additionnant, dans de certaines proportions, d'un sel alcalin.

La soustraction de calorique, que déterminent les bains prolongés, produit une action sédative, qui à elle seule suffit pour assurer leur efficacité curative; aussi sommes-nous convaincu qu'on peut avec avantage abaisser la température de 25 à 17 ou 18 degrés Réaumur : souvent nous augmentons l'abaissement de température en faisant donner, concurremment avec les bains, des affusions ou des ablutions froides.

Plus d'une fois, il nous a été donné de guérir des malades sans autres secours que des ablutions froides et de sages précautions hygiéniques.

En résumé, un genre de vie régulier, une alimentation non excitante, l'application des sédatifs sur toute l'étendue des surfaces sensibles, telle est à notre avis la médication la plus efficace qu'on puisse opposer à l'hystérie.

Les agents sédatifs propres à combattre la cardialgie, lorsqu'il y a complication de dyspepsie, les agents spéciaux propres à modifier l'état du système circulatoire, lorsqu'il y a complication de chlorose, constituent les bases d'une médication indirecte, dont il n'est pas nécessaire, après les développements dans lesquels nous sommes entré, de faire ressortir l'importance.

Il ne faut jamais perdre de vue que l'hystérie est une maladie essentiellement chronique, souvent la guérison ne s'obtient qu'après plusieurs années d'un traitement actif et soutenu; le médecin qui parvient à obtenir la confiance de ses malades et à dominer les dispositions souvent mobiles et capricieuses de leur esprit, peut toujours espérer avec confiance, hors les cas dans lesquels l'épilepsie complique l'hystérie, d'obtenir une curation complète et définitive.

Dr A.-H. Margerie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Analyse de l'eau de pluie.

M. Boussingault donne lecture de la note suivante : *Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie recueillie loin des villes.*

« Dans le cours de recherches entreprises à la campagne pour déterminer la quantité d'ammoniaque contenue dans les eaux pluviales, j'ai eu l'occasion de constater que cette quantité était loin d'être la même au commencement et à la fin d'une pluie. Ainsi, pendant un orage, le 5 juillet, l'eau que j'avais recueillie d'abord renfermait, par litre, $0^{milligr},5$ d'ammoniaque; dans celle que l'on reçut ensuite on n'en trouva plus que $0^{milligr},4$. A la vérité, la différence était à peine en dehors de la limite des erreurs; mais, comme quelques heures plus tard on ne put y constater au delà de $0^{milligr},06$ d'alcali, ces faits suffirent pour attirer mon attention, et l'occasion de les vérifier se présenta bientôt.

« Le 5 août, l'eau d'une pluie qui commença à huit heures trente minutes du matin fut fractionnée en deux parties : dans la première, il y avait, par litre, 4 milligrammes d'ammoniaque; dans la seconde, $1^{milligr},71$ seulement. Il n'était plus possible de douter que la proportion d'ammoniaque ne diminuât dans l'eau à partir du commencement de la pluie; dès lors, je me décidai à exécuter la série d'expériences dont je vais avoir l'honneur de communiquer les principaux résultats à l'Académie....

« Jusque-là j'avais reçu la pluie dans des vases en fer-blanc ou en porcelaine, mais je dus prendre des dispositions qui permissent d'obtenir successivement des volumes d'eau suffisants pour être examinés, alors même que la pluie serait peu abondante; c'est dire que le récipient devait offrir une grande surface. J'ai fait usage d'une toile très-fine (1), fixée à des pieux enfoncés en terre. La toile, légèrement déprimée vers le milieu, se trouvait tendue à $1^{m},5$ d'un sol couvert de gazon. Sous la dépression était placé un entonnoir en fer-blanc de 80 centimètres en diamètre, terminé par une douille assez petite pour pénétrer dans le goulot d'un flacon. La toile présentait une surface horizontale de $4^{mq},922$: 1 millimètre de pluie tombant sur cette surface, aurait donc apporté dans l'entonnoir $4^{lit},922$ d'eau si la toile ne se fût pas imbibée. J'ai trouvé, pour le volume de l'eau d'imbibition, 80 centilitres qu'il a fallu ajouter au volume de la pluie à la fin de chaque observation.

« L'avantage que présente le récipient en toile consiste en ce que, n'étant déployé qu'au moment où l'on prévoit l'arrivée de la pluie, il est moins exposé qu'un récipient fixe aux nombreuses éventualités capables d'altérer la nature de l'eau. Lorsque l'air est peu agité, on peut y jauger la pluie avec une suffisante exactitude; mais il n'en est plus ainsi quand il fait du vent : aussi est-il indispensable d'avoir, à peu de distance, un udomètre. Toutes les fois que la pluie a été mesurée dans ce dernier instrument, j'ai ramené, pour plus d'uniformité, le volume d'eau à ce que, par un temps calme, il eût été dans la jauge du grand récipient....

« Du 26 mai au 16 novembre, j'ai mesuré, au Liebfrauenberg, soixante-quinze pluies, sur lesquelles j'ai exécuté cent trente-sept déterminations d'ammoniaque par la méthode dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie, dans la séance du 9 mai dernier....

« Comme il ne me serait pas possible d'exposer tous les résultats numériques renfermés dans mon mémoire, sans fatiguer l'attention de l'Académie, je me bornerai à en présenter quelques-uns que je choisis parmi les plus saillants.

« *Le 26 août,* la pluie commença à 4 heures 30 minutes du soir; il n'avait pas plu depuis deux jours. A 6 heures, le tonnerre se fit entendre; à 6 heures 15 minutes, il ne pleuvait plus. On a reçu $6^{lit},85$ d'eau de pluie.

PLUIE en millimètres.	EAU reçue.	AMMONIAQUE dans 1 litre d'eau.	AMMONIAQUE dans l'eau reçue.	
millim.	litre.	milligr.	milligr.	
0,25	1,25	3,75	4,69	1re prise.
0,20	1,00	1,91	1,91	2e prise.
0,20	1,00	1,33	1,33	3e prise.
0,20	1,00	0,61	0,61	4e prise.
0,20	1,00	0,53	0,33	5e prise.
0,33	1,60	0,64	1,02	6e prise.
1,38	6,85		10,02	

Ammoniaque dans 1 litre de pluie : Moyenne. . . $1^{milligr},47$.

(1) Je me suis préoccupé de cette idée, que la toile, bien que d'un tissu très-fin, pourrait bien prendre de l'ammoniaque à l'air pour la céder ensuite à la pluie. Mais plusieurs observations comparatives faites lorsque, par son abondance, la pluie avait apporté assez d'eau dans le pulviomètre en fer-blanc, me portent à croire que la toile n'exerce aucune influence appréciable sur la proportion d'ammoniaque.

« 28 *août*. La pluie a commencé à 7 heures 30 minutes du matin ; elle a continué très-lentement jusqu'à 11 heures. On a reçu $10^{lit},6$ d'eau de pluie.

PLUIE en millimètres.	EAU reçue.	AMMONIAQUE dans 1 litre d'eau.	AMMONIAQUE dans la pluie reçue.	
millim.	litre.	milligr.	milligr.	
0,20	1,0	1,15	1,15	1re prise.
0,20	1,0	0,77	0,77	2e prise.
0,20	1,0	0,61	0,61	3e prise.
0,20	1,0	0,23	0,23	4e prise.
0,20	1,0	0,14	0,14	5e prise.
0,20	1,0	0,08	0,08	6e prise.
0,20	1,0	0,10	0,10	7e prise.
0,73	3,6	0,03	0,11	8e prise.
2,13	10,6		3,19	

Ammoniaque dans 1 litre de pluie moyenne. . . . $0^{milligr},30$.

« Le même jour, à 6 heures du soir, il tomba une forte averse qui dura un quart d'heure ; on recueillit $3^{lit},3$ d'eau.

« Dans le premier litre, on dosa $1^{millig},38$ d'ammoniaque ;

« Dans les deux derniers litres, $0^{millig},96$.

« On remarquera qu'à 11 heures du matin, à la fin de la première pluie, l'eau ne contenait plus qu'une trace douteuse d'ammoniaque. Après une interruption de sept heures, la pluie, lorsqu'elle recommença, en renfermait par litre $1^{millig},38$. Ce fait s'est constamment reproduit dans le cours de ces recherches. Dans une même journée, et pour un volume d'eau déterminé, la fin d'une pluie a toujours fourni moins d'ammoniaque que le commencement de la nouvelle pluie, quelque court d'ailleurs qu'ait été l'intervalle pendant lequel il avait cessé de pleuvoir.

L'auteur rapporte encore quatre tableaux comme ceux qui précèdent, et il continue ainsi qu'il suit :

« On voit que, sous le rapport de la richesse en ammoniaque, le brouillard ne le cède pas à la rosée....

« J'ai résumé dans un tableau les résultats consignés dans mon mémoire. Pour chaque pluie, on a indiqué le nombre de litres d'eau tombés sur le grand udomètre, et la hauteur de la pluie exprimée en millimètres ; la quantité d'ammoniaque renfermée dans 1 litre de l'eau recueillie aux différentes phases de l'observation ; enfin l'ammoniaque que contenait la totalité de la pluie.

« A l'inspection de ce tableau, on reconnaît que, constamment, la proportion d'ammoniaque a diminué à mesure que l'eau avait été recueillie plus longtemps après le commencement de la pluie. On voit aussi, et c'est une conséquence de ce qui précède, que cette proportion est généralement plus faible dans les pluies abondantes. La différence, toutefois, n'est très-prononcée qu'à partir des pluies ayant fourni une hauteur d'eau de 1 à 5 millimètres. En groupant les pluies par séries correspondantes aux mesures de l'udomètre, on a pour l'ammoniaque dans 1 litre d'eau, les nombres que voici :

		Ammoniaque par litre millig
De 20 à 31	millimètres.....	0,41 (1)
De 15 à 20	millimètres.....	0,40
De 10 à 15	millimètres.....	0,45
De 5 à 10	millimètres.....	0,45
De 1 à 5	millimètres.....	0,70
De 0,5 à 1	millimètre.....	1,21
De 0 à $0^{m},5$	.....	3,11

« Ces faits s'expliquent, d'ailleurs, par la nature même du carbonate qui fournit certainement à la pluie la plus forte proportion de l'ammoniaque qu'elle renferme. Ce carbonate est volatil et soluble ; par suite de la première de ces propriétés, l'air le contient à l'état de vapeurs que le sol émet continuellement quand il est convenablement humide. On comprend, dès lors, qu'en raison de sa solubilité, ce sel fasse parties des eaux météoriques, et que la pluie qui commence en contienne plus que celle qui finit. Aussitôt que la pluie a cessé, le sel volatil tend à passer dans l'air en vertu de la tension qui lui est propre, et ce passage est d'autant plus rapide, que la température est plus élevée, les conditions physiques et la constitution chimique de la terre plus favorables à l'émission. Un temps très-court, pendant lequel il ne pleut pas, suffit pour reporter dans les couches de l'atmosphère les plus rapprochées du sol, du carbonate d'ammoniaque dont la prochaine pluie s'emparera pour le ramener sur la terre. C'est un jeu permanent d'émissions à l'état de vapeur, et de retours à l'état de dissolution. Quant au nitrate d'ammoniaque qu'on rencontre aussi dans les eaux météoriques, il y a sur son origine une distinction à établir.

« Depuis les belles expériences de Cavendish, on sait que toutes les fois qu'une étincelle électrique est excitée dans l'air humide, il se forme de l'acide nitrique et de l'ammoniaque. Or, comme dans le cas le plus général, il pleut quand il tonne, le sel est immédiatement dissous. Il y a donc au sein des nuages orageux formation de nitrate d'ammoniaque.

Lorsque, il y a plus de quinze ans, je signalais l'influence que devait exercer ce phénomène sur la végétation, je ne me dissimulais pas qu'en Europe, où les orages ne sont pas très-fréquents, on serait peu disposé à reconnaître à l'électricité des nuages une puissance de production aussi considérable que celle que je lui accordais. Mais à l'époque que je rappelle, j'établissais qu'en ne tenant même aucun compte de ce qui se passe en dehors des tropiques, en se bornant à considérer la zone equinoxiale, on pouvait prouver que pendant l'année entière, tous les jours, à tous les instants, l'atmosphère est incessamment traversée par des décharges électriques, à ce point qu'un observateur placé à l'équateur, s'il était doué d'organes assez délicats, y entendrait continuellement gronder le tonnerre. En effet, il résulte des registres météorologiques tenus pendant quarante années par le célèbre botaniste espagnol dom Celestino Mutis, des recherches précieuses dont notre illustre confrère, M. de Humboldt, a enrichi la science pendant son mémorable voyage aux régions équinoxiales du nouveau continent, et des observations que j'ai pu faire durant un séjour de dix ans dans les mêmes régions, que, pour un point situé sur la zone intertropicale, la saison des orages est intimement liée à la position que le soleil occupe dans l'écliptique ; elle se manifeste deux fois par an, alors que l'astre est dans la proximité du zénith, c'est-à-dire lorsque la déclinaison du soleil est égale à la latitude du lieu et de même dénomination.

« L'ammoniaque du nitrate, amenée dans le sol par la pluie, est transformée en carbonate par l'action des roches calcaires ou de leurs détritus, et devient ainsi un des agents les plus efficaces de la végétation, en concourant à l'élaboration des principes azotés des plantes.

« Mais on ne rencontre pas le nitrate d'ammoniaque seulement dans les pluies d'orages : M. Ben-Jones, en Angleterre ; M. Barral, en France, l'ont reconnu dans des pluies recueillies à toutes les époques de l'année, et par conséquent dans des circonstances où l'atmosphère n'offre aucun signe apparent d'électricité. Si ce nitrate était volatil, sa présence serait, comme pour le carbonate, la conséquence de cette propriété ; or, ce sel est fixe, ainsi que je m'en suis assuré ; il doit donc, comme le sel marin, les iodures, et en général toutes les substances solubles et non volatiles qu'on décèle dans les eaux météoriques, avoir fait partie des poussières tenues en suspension dans l'air. Sans doute on hésite à admettre que des corpuscules solides restent suspendus dans un milieu gazeux ; mais, quand on réfléchit à l'extrême ténuité que ces corpuscules acquièrent dans quelques circonstances, l'hésitation devient moins forte. Lorsque, par exemple, des particules d'eau de mer, si petites qu'il serait difficile de leur assigner un poids, sont enlevées à la buée que la vague fait naître sur un récif, ces molécules liquides, que M. Arago considérait comme les poussières de l'Océan, abandonnent bientôt à l'air des molécules solides de chlorure bien plus petites encore, puisque l'eau de la mer ne tient guère en dissolution que 0,03 de matières salines.... Les vents, en agitant violemment l'atmosphère, les courants ascendants dus aux inégalités de température, les volcans, en émettant d'une manière incessante des gaz, des vapeurs et des cendres tellement divisées, que souvent elles vont s'abattre à de prodigieuses distances, portent et maintiennent, dans les plus hautes régions, des corpuscules enlevés à la surface du sol, ou arrachés à la partie interne et peut-être encore incandescente du globe. Dans les phénomènes liés à l'organisme des plantes et des animaux, ces substances si ténues, d'origines si diverses, dont l'air est le véhicule, exercent vraisemblablement une action plus prononcée qu'on n'est communément porté à le supposer. Leur permanence est d'ailleurs mise hors de doute par le seul témoignage des sens, lorsqu'un rayon de soleil pénètre dans un lieu peu éclairé ; l'imagination se figure aisément, mais non sans un certain dégoût, tout ce que renferment ces poussières que nous respirons sans cesse, et que Bergman a parfaitement caractérisées en les nommant les immondices de l'atmosphère. Elles établissent en quelque sorte le contact entre les individus les plus éloignés les uns des autres, et bien que leur proportion,

(1) Quelques observations faites depuis la rédaction de ce tableau pourront, lorsque leurs résultats auront été intercalés, apporter quelques modifications aux chiffres ci-dessus.

leur nature, et par conséquent leurs effets, soient des plus variés, ce n'est pas s'avancer trop que de leur attribuer une partie de l'insalubrité qui se manifeste si fréquemment dans les grandes agglomérations d'hommes.

« Les eaux météoriques entraînent ces poussières en même temps qu'elles en dissolvent les matières solubles, parmi lesquelles se trouvent des sels fixes ammoniacaux, comme elles dissolvent les vapeurs de carbonate d'ammoniaque et le gaz acide carbonique répandus dans l'air. Une pluie, lorsqu'elle commence, doit donc renfermer plus de principes solubles que lorsqu'elle finit, et si cette pluie se prolonge par un temps calme, il arrivera un instant où l'eau ne contiendra plus que de très-faibles indices de ces principes. C'est en effet ce qui a lieu, comme l'établissent, pour les sels ammoniacaux, les observations rapportées dans ce Mémoire.

« Je rechercherai maintenant quelle a été la quantité moyenne d'ammoniaque contenue dans la pluie mesurée au Liebfrauenberg, depuis le 26 mai jusqu'au 8 novembre de cette année. Les soixante-quinze pluies, en considérant comme pluie la rosée et le brouillard, ont apporté dans l'udomètre 1,750 litres d'eau, dans lesquels, d'après l'analyse, il y aurait eu 0gr,898 d'ammoniaque, soit en moyenne et par litre d'eau météorique, 1 demi-milligramme. »

Empoisonnements virulents.

M. le docteur Brainard, professeur de chirurgie au Collége médical de Chicago (Illinois), communique un Mémoire intitulé : *Expériences sur le venin des serpents à sonnettes; effets de ce venin et moyen de neutraliser son absorption.*

Les expériences ont été faites en général sur des pigeons. Les serpents appartenaient tous à l'espèce du *crotalophorus trigeminus*, espèce dont les morsures passent pour être moins dangereuses que celles d'autres crotales, ce qui s'expliquerait peut-être par leur moindre taille.

L'auteur décrit les symptômes qu'il a observés chez les animaux mordus et les résultats des altérations que lui a fait connaître l'autopsie cadavérique. Parmi ces derniers faits, il faut signaler : 1° un changement dans la forme des globules rouges du sang qui, chez les animaux morts à la suite d'une morsure, paraissent s'être rapprochés de la forme sphérique; 2° l'abondance des corpuscules blancs qui se groupent entre eux et forment des masses mamelonnées; 3° quand la mort n'a pas été rapide, l'état très-prononcé de liquidité du sang contenu dans les cavités du cœur. Chez les mammifères, on a remarqué aussi, dans les cas où la mort ne survient pas promptement, qu'il y a tendance aux hémorrhagies par les muqueuses, et quelquefois apparition sur la peau de taches pétéchiales.

Parmi les symptômes observés pendant la vie, un des plus apparents, et qui est, chez les pigeons, très-facile à observer, c'est la constriction de la glotte. La trachéotomie, si utilement employée dans les cas d'empoisonnement par la strichnine, se trouvait très-naturellement indiquée. Elle a eu pour résultat de retarder la mort, mais non de la prévenir.

L'action des ventouses appliquées sur les points mordus a agi dans le même sens et a semblé même plus efficace, mais encore insuffisante. Toutefois, l'application des ventouses, en retardant l'absorption du poison, donne le temps de faire pénétrer par infiltration, dans la plaie et dans les parties environnantes, des substances médicamenteuses. Celles que M. Brainard a essayées sont le lactate de fer et l'iodure de potassium, l'un et l'autre à l'état de solution aqueuse. On les fait pénétrer à l'aide d'une petite seringue convenablement disposée. Au moyen de ces deux substances employées en temps utile et avec les précautions nécessaires, on a, dans le plus grand nombre des cas, sauvé la vie d'animaux qui, privés de secours, auraient nécessairement succombé. M. Brainard croit reconnaître, dans l'iodure de potassium, une action plus certaine que dans le lactate de fer.

Une commission, composée de MM. Duméril, Magendie, Flourens et Pelouze, est chargée de prendre connaissance de ce travail. L'auteur, en ce moment à Paris, espère pouvoir répéter, en présence de la commission, les expériences décrites dans son mémoire.

Hygiène publique.

M. le docteur Doyère adresse une Note relative à la *destruction de l'alucite des céréales*, destruction pour laquelle l'auteur a imaginé un appareil qu'il désigne sous le nom de *tue-teignes*.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra par les ingestions d'eau froide.

Un de nos honorables confrères nous adresse la lettre suivante :

Chambly, 2 décembre 1853.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je viens de lire, dans votre intéressant journal du 1er décembre, relativement au traitement du choléra, que « quelques méthodes spéciales ont « été tentées, entre autres celle qui consiste à ingérer, dans l'estomac « des malades, une grande quantité d'eau. Mais cette méthode, comme « toutes celles qu'on a employées, s'est montrée impuissante. »

Cette méthode, c'est moi qui l'ai essayée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Aran, sur un jeune garçon de 17 ans, malade depuis le lundi 21 novembre. Il n'est entré à l'hôpital que le jeudi 27 courant, vers le soir, et n'a été soumis à mon traitement que le vendredi au matin. Les détails, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, me manquent. On a su seulement que, n'ayant pas sa famille à Paris, il logeait dans un garni et travaillait chez un tailleur, rue Richer; qu'on lui avait fait prendre du thé mêlé d'eau-de-vie et qu'on l'avait entouré de bouteilles remplies d'eau chaude. A son entrée à l'hôpital, on lui fit prendre un bain contenant de la moutarde, et il fut mis à l'usage du punch et de l'eau de Seltz.

Lorsqu'il a été confié à mes soins, il présentait les symptômes suivants : cyanose générale avec refroidissement de toute la surface du corps; absence du pouls radial; voix faible; langue violacée et froide; haleine également froide. Quoique les yeux fussent hagards, l'intelligence était intacte. La soif était modérée; mouvements désordonnés des membres inférieurs. Il ne voulait garder aucune couverture, se plaignant d'avoir trop chaud, quoique les assistants aient pu constater le froid de l'enveloppe tégumentaire. Suppression des urines depuis deux ou trois jours. Dans la nuit qui suivit son entrée à l'hôpital, il eut quelques selles et deux ou trois vomissements caractéristiques.

Je le revis à deux heures de relevée, il venait de rendre une grande quantité d'eau par la bouche. Je ne sais si ces vomissements avaient été provoqués par un verre de punch qu'une infirmière lui avait administré sans autorisation, toujours est-il qu'il n'a pas vomi depuis.

Le samedi au matin, j'avais constaté un peu de chaleur au tronc, l'haleine était légèrement tiède, mais toujours absence du pouls radial. Il ne se plaignait plus de ressentir des crampes, et, deux ou trois fois pendant la visite, il me fit appeler afin d'obtenir un peu de bouillon, prétendant ne plus souffrir que de la faim. Quelques cuillerées lui furent accordées. Je le revis vers les trois heures. Madame la supérieure me dit qu'il n'avait pas vomi son bouillon, malgré quelques nausées survenues deux heures environ après l'ingestion. Toutefois, il n'en redemanda plus et continua à boire de l'eau froide dans laquelle on mettait des morceaux de glace. Quoique je conservasse peu d'espoir de le sauver, je dois avouer que j'étais loin de penser que je le trouverais mort, quand je retournai à l'Hôtel-Dieu, à huit heures du soir.

Telles sont les circonstances fâcheuses au milieu desquelles j'ai entrepris le traitement de ce malade. J'étais à Paris depuis plusieurs jours, sans qu'il m'eût été possible de rencontrer un cholérique dans les salles de MM. Trousseau et Aran, que je remercie ici de l'accueil confraternel qu'ils ont bien voulu me faire. Pressé par le temps et ne voulant pas partir avant d'avoir expérimenté mon traitement en public, je me suis vu, en quelque sorte, forcé de prendre ce malade, n'ignorant pas que je compromettais beaucoup ma méthode, s'il venait à succomber.

Mais enfin, monsieur et très-honoré confrère, est-il juste de condamner sans retour une méthode qui n'a été essayée que sur un seul malade, arrivé à un degré tel, que tout autre traitement aurait eu le même résultat? J'ai, au contraire, la conviction intime qu'il eût entièrement réussi, si la maladie, au lieu de dater de cinq jours, n'en avait compté que deux ou trois.

Dans un travail que j'ai adressé, il y a un an, à l'Académie, et qui est actuellement sous presse, j'ai consigné que, en 1849, j'ai obtenu vingt-trois guérisons sur vingt-trois malades, par ce simple traitement. Cependant je dois avouer que, chez tous ces malades, le pouls radial était plus ou moins perceptible et l'absorption encore assez active pour avoir pu transmettre, dans un temps assez court, d'énormes quantités d'eau froide dans le système circulatoire. Car, j'attribue le choléra à l'introduction d'un agent délétère, par les voies respiratoires, dans le système sanguin qu'il parcourt en séparant le caillot du sérum. Ce principe délétère, mêlé à ce dernier, est rejeté avec lui, en totalité ou en partie, au dehors de l'organisme sous forme de selles, de vomissements et de sueurs. L'absence de la lymphe dans le système circulatoire explique facilement tous les symptômes, tels que : la soif, la cyanose, le froid extérieur, les crampes, etc., etc. La mort est donc inévitable, si l'organisme ne retrouve pas assez promptement des matériaux réparateurs. L'expérience m'a démontré que c'était une eau froide et abondante qui remplissait le mieux ces conditions à l'aide de l'absorption. Il faut donc que cette fonction soit intacte, et c'est là où se montre la supériorité de ma méthode sur toutes celles qui ont été essayées jusqu'à présent. Car, dans le choléra, il n'y a qu'une seule condition à remplir, c'est de rendre au sang sa fluidité, et,

sauf ma méthode, quelles sont celles qui remplissent ce but? Il faut donc l'essayer sur de plus larges bases et ne pas se hâter de l'accuser d'impuissance, parce qu'elle n'a pu guérir un moribond.

Je compte sur votre impartialité, monsieur et très-honoré confrère, pour que vous insériez cette lettre dans un de vos plus prochains numéros, et veuillez croire à l'expression des sentiments les plus distingués, de votre très-humble et très-obéissant confrère,

TOURRETTE, *D. M. P.*

Nous nous bornerons à faire deux observations sur la communication de notre très-honorable correspondant : la première, c'est que nous n'avons, en aucune façon, condamné sa méthode *sans retour;* nous avons simplement dit qu'elle s'était montrée impuissante, ce qui n'est point contesté ; son impuissance, il est vrai, n'a été constatée qui dans un cas, mais, et c'est là notre seconde remarque, le malade qu'a traité M. Tourrette, quoique très-malade, n'était cependant point moribond, et que, au jugement de M. Aran, plusieurs autres malades qui étaient, en apparence, dans un état aussi grave, ont néanmoins pu guérir. Du reste, nous n'avons absolument aucune objection à faire à l'expérimentation de M. Tourrette, car, ainsi que nous l'avons déjà répété maintes fois, le choléra est malheureusement au nombre des affections dans lesquelles à peu près toutes les tentatives sont permises. H. DE C.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — État toujours stationnaire. Il y a eu dans la journée d'hier 33 cholériques admis dans tous les hôpitaux, et 20 décès, tant sur ces 33 entrés, que sur ceux qui étaient déjà en traitement.

Depuis le 11 novembre jusqu'au 6 décembre au matin, il y a eu dans les hôpitaux civils de Paris :

371 cholériques ; de ce nombre :
37 sont sortis guéris ;
152 sont morts ;
182 sont encore en traitement.

Presque tous ces derniers guériront ; mais on voit que lors même qu'il en serait ainsi, la mortalité ne serait guère moindre de la moitié.

L'Hôtel-Dieu a reçu à lui seul 198 malades, sur lesquels il en reste encore 105 dans l'hôpital.

Le petit nombre de remarques que l'on a faites jusqu'à présent sont les suivantes :

La plupart des malades qui ont été pris en ville étaient déjà ou venaient d'être atteints de fièvre typhoïde.

La plupart des cholériques étaient en outre récemment arrivés à Paris, c'est-à-dire depuis 1, 2, 3 ou 4 mois.

Les arrondissements de Paris qui ont fourni le plus de cholériques sont : le 7e d'abord, puis le 5e, le 6e et le 9e.

Il y a notamment dans ce dernier arrondissement, rue Geoffroy-Lasnier, un garni qui a fourni 14 cholériques en quelques jours ; tous étaient depuis peu de temps à Paris. Nous devons constater, mais constater simplement, que dans ce garni, il y a des chambrées de trente individus ; que ceux-ci couchent jusqu'à quatre dans le même lit, et qu'au-dessus d'une chambre se trouve l'énorme lunette d'une fosse d'aisance, qui donne de fortes émations ; enfin, il faut noter encore que ces ouvriers avaient l'habitude de boire beaucoup d'eau-de-vie et une certaine quantité d'absinthe, et que tous avaient la diarrhée depuis plusieurs jours, quand ils ont été frappés.

P.-S. L'épidémie a éprouvé aujourd'hui même une recrudescence assez considérable : l'hôpital de la Pitié a vu se développer, dans l'intérieur même de l'hôpital, 19 à 20 cas. Mais ce fait constitue une unique exception dans les hôpitaux.

— On nous écrit d'Espagne que le gouverneur de Cadix, d'accord avec le conseil de salubrité de la province, a décidé que les vaisseaux venant de Gibraltar seront soumis, dans tous les ports de la province, à une quarantaine de huit jours. Les vaisseaux qui viendraient ou qui auraient touché des localités où règne l'épidémie, seront envoyés aux lazarets de Viga ou de Mahon. C'est un nouvel exemple de ces précautions radicalement inutiles, qui n'ont d'autre effet que d'entraver les relations commerciales, et dont, par conséquent, nous ne pouvons féliciter le gouverneur de Cadix, encore moins le conseil de salubrité.

— *M. W. Kramer et M. Ménière.* — Notre célèbre confrère, M. Kramer, de Berlin, nous adresse la lettre suivante, à l'occasion de la petite discussion qui a été suscitée par M. Ménière. Nos lecteurs jugeront, par cette lettre, si nous avions interprété avec malice ou avec bienveillance, pour M. Ménière, l'opinion du célèbre auriste allemand. Nous espérons que les personnes qui se sont immiscées dans notre débat avec M. Ménière, voudront bien s'éclairer complétement, en lisant et en publiant la lettre suivante :

« *A M. le Rédacteur en chef du* Moniteur des Hôpitaux.

« Monsieur le rédacteur,

« La petite querelle qui s'est élevée dernièrement dans votre estimable journal, sur la valeur de la traduciion de mon « *Traité des maladies de l'oreille,* » par M. Ménière, m'engage à une courte explication.

« M. Ménière déclare lui-même ne pas connaître l'allemand, ce qui prouve, en toute rigueur, qu'*il n'a traduit pas même une seule page* de mon « *Traité,* » qui est écrit en allemand.

« Quels sont donc les titres de ce monsieur à faire imprimer : *Traité, etc., du docteur W. Kramer,* TRADUIT *par Ménière?* » Ma foi, il n'en existe pas du tout. En effet, M. Ménière s'est borné à traduire d'abord la traduction anglaise dudit « *Traité,* » de Bennets ; ensuite à consulter la traduction française du même ouvrage, de Billefroid (bien qu'il la déclare fort défectueuse, et enfin à *faire traduire,* par M. Schlesinger-Rahier, quelques chapitres de mes « *Contributions auriculaires,* » pour en remplir les pages 57, 67, 307, 345, 404 et 444 de son ouvrage.

« Ainsi, M. Ménière s'est chargé de la rédaction fort épineuse des matériaux fournis et par ses prédécesseurs et par son collaborateur, et *encombrés d'obscurités,* de *malentendus* et de dissidences, dont il ne savait pas décider lui-même, grâce à sa fatale ignorance de l'allemand ! Il est obligé de s'en remettre en dernier lieu au jugement de son ami, M. Schlesinger-Rahier, qui, seul en vérité, mérite ce titre de *traducteur* de mon pauvre « *Traité,* » et seul doit porter toute la responsabilité qui s'attache à cette traduction.

« Ne parlons donc plus ni de M. Ménière, ni de sa publication d'un ouvrage *qui m'a fait le plus grand tort* aux yeux de ses compatriotes.

Je profite de cette occasion pour vous informer que j'ai été assez heureux de pouvoir faire suivre l'ouvrage de M. Ménière d'une nouvelle édition (1849) de mon « *Traité,* » considérablement augmentée et essentiellement corrigée. C'est sur cette édition que je voudrais bien appeler l'attention de toutes les personnes qui s'intéressent par hasard à connaître ma pratique comme auriste.

« Veuillez, monsieur le rédacteur, insérer ces quelques lignes dans un des prochains numéros de votre estimable journal, et agréer, etc.

« Berlin, 4 décembre 1853. W. KRAMER, *conseiller de santé.* »

Nous pourrions faire suivre cette lettre de beaucoup de remarques ; mais comme M. Ménière s'est imaginé, nous ne savons trop pourquoi, que nous avions un motif quelconque de ne pas lui être agréable, nous sommes heureux de lui prouver, par notre silence, que l'intérêt et la dignité de la science, et de ceux qui la cultivent, est toujours ce qui nous préoccupe exclusivement.

— Une importante amélioration vient d'être introduite à l'hospice de la Salpêtrière. Cet établissement, qui compte une moyenne d'environ trois mille administrés, est alimenté par les eaux de l'Aqueduc d'Arcueil. Or ces eaux, quoique fort salubres du reste, sont éminemment chargées de matières calcaires. La grande quantité de sédiments qu'elles déposent, les rendant impropres à un grand nombre de préparations pharmaceutiques, on était obligé de distiller l'eau pour s'en servir. L'amélioration dont nous parlons consiste en un filtre nouveau que vient d'essayer la pharmacie. Ce filtre rend presque instantanément l'eau qu'on lui confie, et la donne pure et complétement dégagée de toute matière hétérogène. L'administration de l'assistance publique, bien convaincue de ces brillants résultats, car l'appareil fonctionne déjà depuis plusieurs mois à la Salpêtrière, va l'appliquer aux nombreux établissements qui sont sous sa tutelle. Et bientôt, nous assure-t-on, la commission municipale, qui touche par tant de liens à l'administration de l'assistance publique va l'adopter également pour toutes les fontaiees marchandes de la capitale.

— La circulaire de M. le ministre du commerce et des travaux publics, qui ordonne de rechercher et de poursuivre les falsifications dont le café-chicorée est l'objet, et que nous avons publiée il y a peu de temps, commence à produire d'utiles résultats. *La Presse* annonce aujourd'hui, d'après *le Guetteur*, de Saint-Quentin, que la police a saisi, chez plusieurs fabricants de cette ville, des chicorées falsifiées *contenant de la terre.*

— Un décret du 5 novembre a autorisé la ville de Luxeuil à concéder à l'État la propriété de l'établissement thermal de Luxeuil, avec ses dépendences, son matériel et ses accessoires.

— Un décret de l'empereur à approuvé la délibération par laquelle la commission municipale de Paris, dans le but d'honorer la mémoire du célèbre naturaliste Lacépède, a émis le vœu que la rue Copeau, sise dans le 12e arrondissement et avoisinant le Jardin-des-Plantes, prît à l'avenir le nom de la rce Lacépède.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 149. 1re année. Mardi 13 Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Cochin. M. Maisonneuve. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — **CLINIQUE ETRANGÈRE** : De la formation de matière tuberculeuse à l'intérieur des synoviales, par le Dr J. Crocq. — **THÉRAPEUTIQUE** : De l'emploi de la racine de belladone. — Éclampsie puerpérale. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.** — **FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les n*os 23, 26, 32, 48, 72, 80, 101, 117.)

TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN (*suite*).

5° *Moyens médicaux propres à combattre les sécrétions fétides.* — La thérapeutique interne fournit peu de ressources pour combattre d'une manière efficace les sécrétions ichoreuses fétides provenant du cancer du sein. Les substances que nous employons le plus volontiers sont la solution concentrée de sulfate d'alumine et de potasse, le laudanum de Sydenham, le vin aromatique, la solution de chlorure de soude, la décoction de suie, le phosphate de fer, ou bien encore les cautérisations superficielles avec la pâte de Canquoin au chlorure de zinc, sous forme de lames d'un millimètre d'épaisseur.

C'est donc exclusivement aux topiques ou aux manœuvres externes que nous devons avoir recours.

6° *Moyens médicaux destinés à combattre les engorgements œdémateux du bras.* — Lorsque le cancer du sein se complique de l'engorgement des ganglions axillaires, on voit fréquemment survenir un gonflement œdémateux du membre supérieur. Au début, cet œdème à peine sensible se manifeste seulement par une légère tuméfaction des doigts et de la main, il disparaît facilement pendant la nuit et sous l'influence du repos horizontal, mais bientôt il remonte vers l'avant-bras et gagne successivement le coude, le bras et les côtes. Borné d'abord au tissu cellulaire sous-cutané, il finit par pénétrer le tissu même de la peau, qui revêt alors les caractères de l'éléphantiasis ; on comprend qu'arrivé à ce point, l'œdème du membre supérieur constitue une complication des plus pénibles ; outre la gêne mécanique qui résulte de la tuméfaction et du poids du membre, il survient un engourdissement général qui contribue à rendre le membre tout à fait impuissant et paralyse l'action des muscles. Nous avons vu, dit M. Maisonneuve, cet œdème porté au point que le membre avait acquis le volume de la cuisse ; à cette première période, on voit se former des phlyctènes qui en se rompant laissent le derme dénudé, de véritables eschares gan-

FEUILLETON.

Notice historique et chronologique sur les substances qui ont été proposées comme succédanées du café et sur le café-chicorée en particulier,

Par A. Chevallier fils, *chimiste*.

(*Suite. Voir les n*os 142, 146, 148.)

Fabrication du café-chicorée. — Restée stationnaire, la fabrication a, depuis vingt ans, pris une extension immense ; ainsi, de concentrée qu'elle était dans le département du Nord et surtout près de Valenciennes, elle s'est étendue du côté d'Arras, de Cambrai, de Lille, de Paris, de Senlis, en Normandie, en Bretagne et dans divers autres départements, enfin en Angleterre (1).

Lors de la récolte, les racines sont arrachées à l'aide du *louchet*. On les porte ensuite à proximité des habitations des cultivateurs, là elles sont placées en tas, on les recouvre de paille pour les préserver des gelées et surtout du froid des nuits.

Les racines récoltées sont ensuite coupées longitudinalement puis transversalement à la longueur de 5 à 10 centimètres ; lorsqu'elles sont coupées, on les porte dans les *tourailles* qui sont le plus souvent partie de l'habitation du cultivateur ; les tourailles sont chauffés au moyen de briquettes faites avec du charbon dur, espèce d'anthracite qui ne produit point de fumée ; ce charbon est mêlé avec de l'argile et couvert en briquettes. Le foyer rempli de ces briquettes, donne de la chaleur pendant douze heures, sans qu'on ait besoin d'y toucher.

Les racines sont placées sur un sol en couches de 40 centimètres ; on les remue très-souvent, afin qu'elles ne brûlent pas et qu'elles dessèchent promptement ; on fait quatre opérations en vingt-quatre heures.

Les racines desséchées par le procédé que nous venons d'indiquer, sont connues sous le nom de *cossettes ;* elles sont conservées dans des greniers. En général, les cultivateurs les vendent presque immédiatement aux courtiers ou aux fabricants de chicorées ; quelquefois même le cultivateur a reçu de l'argent sur la récolte qui est encore en terre. Le prix varie suivant la récolte : ainsi, on a vendu de belles cossettes 24 à 25 francs les 100 kilogrammes, de moins belles à 22 francs et d'autres 18 à 19 francs ; depuis la loi sur les falsifications, on les a vendues jusqu'à 34 francs, aussi on remplace par des *passures* et des *tourillons* une certaine quantité de *cossettes*. Les passures et les tourillons se composent de fibrilles des racines de chicorés et des parties terreuses des chicorées, séparées des cossettes à

(1) Depuis deux ans, l'Angleterre achète en France et en Belgique des quantités considérables de cossettes (chicorées tourailliées).

gréneuses succèdent à cette dénudation, et leurs progrès ne tardent pas à précipiter la mort de la malade.

Les causes de cet accident sont toutes mécaniques, elles résultent de l'obstacle que les ganglions engorgés opposent à la circulation de la lymphe, elles tiennent aussi à la compression exercée par les tumeurs sur les veines profondes, quelquefois même à l'oblitération complète de ces vaisseaux et à la pénétration de la matière cancéreuse dans leurs cavités. Quand le mal est parvenu à ce degré extrême, aucun moyen médical n'a la puissance de le faire rétrograder; mais à son début, les purgatifs fréquemment répétés, les frictions sèches ou aromatiques, une compression méthodique et douce, peuvent en retarder les progrès. Plus tard, l'acupuncture avec les aiguilles ou la lancette peuvent, en donnant issue à la sérosité, pallier, au moins pour quelque temps, les inconvénients qui en résultent; nous dirons cependant que ce dernier moyen n'est pas sans quelque danger; et, plus d'une fois, nous l'avons vu provoquer des inflammations érysipélateuses, ou même des phlegmons diffus presque toujours mortels; aussi conseillons-nous de n'y avoir recours qu'avec d'extrêmes précautions et quand tous les autres moyens sont impuissants.

7° *Moyens propres à soutenir les forces de l'organisme.*— Quelques auteurs recommandables ont préconisé l'usage des moyens antiphlogistiques et d'un régime affaiblissant dans le but de retarder la marche du cancer du sein. Mais l'expérience de tous les jours démontre que, loin de prolonger la vie, cette conduite ne fait que hâter la terminaison fatale. Nous avons constamment remarqué qu'un régime tonique, qu'une alimentation substantielle et réparatrice, que l'usage intérieur des ferrugineux tendaient bien plus directement au but que l'on se propose, de retarder le développement de la cachexie. Si quelques succès ont été signalés par l'emploi du régime débilitant et du cura famis, c'est que les tumeurs considérées comme cancéreuses n'étaient autres que des hypertrophies; dans le cancer véritable, ses effets sont au contraire désastreux.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU SEIN.

Toutes les méthodes opératoires proposées contre le cancer en général peuvent trouver leur application dans le cancer de la mamelle. Chacune d'elles présente des avantages et des inconvénients spéciaux, mais toutes peuvent, suivant les circonstances, rendre des services réels.

Nous passerons successivement en revue la *compression*, l'*extirpation* par l'instrument tranchant, la *ligature* et la *cautérisation*.

Nous dirons ensuite quelques mots des opérations accessoires, destinées à combattre certaines complications.

1° *De la compression dans le cancer du sein.*— A l'époque où l'on ne connaissait point encore les distinctions fondamentales que nous avons admises dans les tumeurs désignées autrefois sous le nom générique de cancer, la compression avait acquis une importance considérable; sous son influence, en effet, on voyait assez fréquemment disparaître des engorgements volumineux, on voyait cesser des douleurs aiguës, on pouvait donc croire, avec quelque raison, à l'efficacité de cette méthode contre certaines variétés du cancer; maintenant que nous connaissons mieux l'histologie des productions morbides, nous savons que le véritable cancer résiste à ce moyen résolutif comme à tous les autres; et que la compression n'a d'action réelle que sur les tissus non encore envahis par la dégénérescence. Ce n'est pas à dire, néanmoins, que la compression soit d'aucune utilité dans le traitement du cancer de la mamelle, nous dirons même que, malgré son impuissance à produire la résolution du tissu celluleux, ce moyen doit être considéré comme un des meilleurs auxiliaires des opérations chirurgicales, et qu'il est, dans tous les cas, l'un des palliatifs les plus puissants et les plus utiles.

Au début de la maladie, alors qu'il existe encore des doutes sur sa nature, qu'autour de la dégénérescence spécifique existe un engorgement inflammatoire plus ou moins étendu, lorsque la glande mammaire est le siége d'une fluxion périodique ou continue, que des douleurs vagues commencent à s'y développer, la compression intervient avec avantage pour combattre cette tendance fluxionnaire, pour amortir la vitalité de l'organe, pour empêcher ou tout au moins retarder le développement des formations parasites, pour engourdir la sensibilité, pour obtenir enfin la résolution de tous les tissus affectés d'un engorgement simple, et réduire ainsi le mal à des limites réelles.

Il nous est arrivé souvent, dit M. Maisonneuve, de ramener souvent au volume d'une noix ou d'une petite pomme, des tumeurs qui d'abord semblaient envahir la mamelle toute entière, et nous avons réduit ainsi, à des proportions minimes, certaines opérations qui semblaient devoir exiger une mutilation dangereuse. Il y a même des circonstances où la compression, longtemps continuée, contribue à développer autour de la partie malade un véritable kyste celluleux, de sorte que l'énucléation de la tumeur est rendue plus facile et sa reproduction moins probable.

Dans la deuxième période, alors que le mal a franchi les limites de la glande et que les ganglions lymphatiques de l'aisselle sont atteints d'engorgement, la compression peut être appliquée avec avantage, non-seulement pour retarder la marche de la maladie dans la glande mammaire, pour préserver le tissu cellulaire voisin, mais encore pour combattre l'engorgement ganglionnaire qui souvent disparaît sous son action. Les douleurs lancinantes diminuent d'intensité sous son influence, et les malades en éprouvent un soulagement notable.

---

l'aide de claies. Lors de la dessiccation, la terre adhérente aux racines fait alors partie des tourillons.

Le fabricant torréfie les cossettes au feu et à mesure de ses besoins, il fait usage de grands brûloirs à café, placés sous des hottes de cheminées tirant bien; les brûloirs sont mis en mouvement par un manége ou par des machines à vapeur; l'ouvrier torréfie plus ou moins, suivant la couleur de l'échantillon qu'il a devant lui; lorsque la racine est suffisamment torréfiée, l'opérateur y ajoute 2 pour cent de beurre et donne quelque tours de brûloir; cette addition a pour but de lustrer la chicorée et de lui donner l'aspect du café torréfié, on dit cependant que le beurre n'est ajouté que pour fixer la poudre rouge que l'on y mêle dans un but de fraude.

La torréfaction terminée, on vide le contenu des brûloirs dans des vases de tôles, et lorsque la chicorée est refroidie, on l'écrase au moyen de meules verticales en pierres, ou au moyen de fortes battes; ce dernier mode est préférable (1).

La racine est ensuite écrasée et passée dans des blutoirs plus ou moins larges; c'est à ce moment que le fabricant y ajoute la quantité qu'il juge convenable de brique pilée, mélangée de rouge brun de Prusse, cette poudre est destinée à donner la coloration au café. Nous devons dire aussi que l'on considère comme une chicorée légalement fabriquée celle qui ne contient :

1° Que les cossettes torréfiées;
2° Que les tourillons ou passures (1);
3° Du beurre.

Le fabricant ne fait de différence entre les dernières espèces de cossettes que celle qui existe dans leur degré de siccité; les bonnes cossettes perdent seulement 20 à 25 pour cent lors de la torréfaction.

La matière colorante est surtout employée dans les qualités inférieures de café-chicorée *car les cafés-chicorées en grains* connus sous les noms de *royale* et de *semoule*, n'en contiennent pas; le beurre s'ajoute surtout à la chicorée en poudre fine, pour faire adhérer la matière colorante ou les produits qui servent à falsifier. Cette addition n'est pas absolument nécessaire pour faire de beau café-chicorée.

On a voulu exiger : 1° que le fabricant fît disparaître la terre que retiennent les cossettes; 2° que le cultivateur livrât la racine dégagée de terre; mais à ces exigences, un homme du métier, un contre-maître de fabrique qui n'était nullement intéressé à ce que la chicorée fût plus ou moins pure, fit les observations

(1) Les négociants honorables font, lorsque la chicorée est torréfiée, séparer la terre qui se trouvait avec les cossettes et qui est alors plus facile à reconnaître à sa couleur, qui n'est pas aussi intense que celle des cossettes.

(1) Les passures et tourillons doivent être rejetés, et déjà des fabricants honorables n'en font plus usage.

Dans la période d'ulcération, aux avantages généraux que nous venons d'indiquer, la compression joint encore celui d'être un puissant hémostatique, de s'opposer au développement exagéré des végétations fongueuses, de diminuer l'abondance de la suppuration, et de favoriser l'action des topiques astringents, ainsi que les applications caustiques.

Enfin, lorsqu'au moyen d'une opération on a détruit les tissus malades, la compression intervient utilement pour régulariser la cicatrice, et pour prévenir ou retarder une récidive.

Les procédés à l'aide desquels on exerce la compression du sein sont assez nombreux. On a imaginé, dans ce but, des bandages à ressort dont les pelotes creuses emboîtent exactement la glande mammaire et qui prennent leur point d'appui entre les deux épaules; d'autres fois on s'est servi d'une longue bande roulée dont les doloirs entourent la poitrine; quelques chirurgiens ont donné la préférence aux bandelettes de diachylon, aux bandes de caoutchouc, suivant la méthode de M. le docteur Gariel; mais aucun de ces moyens ne nous a paru aussi simple, aussi commode et aussi efficace que le bandage de Récamier, dont nous avons donné la description à l'observation des tumeurs hypertrophiques. Nous ajouterons seulement ici qu'au moyen de légères modifications dans la longueur des bandes épaulettes, ce bandage peut servir à comprimer non-seulement le sein, mais encore les ganglions de l'aisselle et les tumeurs placées au voisinage des clavicules.

De l'opération par le bistouri dans le cancer du sein. — De toutes les méthodes opératoires destinées à débarrasser l'organisme des tumeurs cancéreuses du sein, l'amputation par le bistouri est, sans contredit, celle qui trouve les plus nombreuses applications. Mieux qu'aucune autre, elle permet de ménager des tissus sains et notamment la peau; de poursuivre, jusque dans leurs dernières ramifications, les parties dégénérées; d'extraire, de la profondeur de l'aisselle, les ganglions malades; de donner à la plaie la forme la plus convenable, pour une cicatrisation rapide, de pratiquer les opérations autoplastiques. Joignons à cela qu'elle peut être exécutée pendant le sommeil anesthésique et par conséquent sans douleur aucune pour les malades. D'une autre part, la plaie qui en résulte se prête merveilleusement à tous les modes de pansement qui ont pour but d'abréger la durée de la cicatrisation. Les procédés à l'aide desquels on l'exécute présentent de nombreuses variétés suivant les conditions spéciales de la maladie.

Nous examinerons successivement les procédés applicables : 1° aux tumeurs circonscrites n'occupant qu'une partie de la mamelle; 2° aux tumeurs qui ont envahi la totalité de la glande; 3° à celles qui s'accompagnent d'engorgements des ganglions de l'aisselle.

1° *Extirpation des tumeurs circonscrites n'occupant qu'une partie de la glande.* — Les tumeurs cancéreuses circonscrites qui n'ont encore envahi qu'une partie peu considérable de la glande mammaire peuvent se présenter sous deux formes principales : les unes, renfermées dans une sorte de kyste celluleux, laissent les téguments intacts et présentent un certain degré de mobilité; d'autres, au contraire, envahissent, dès le début, le tissu même de la glande ou de la peau et font corps avec elle. L'opération présente, dans ces deux circonstances, des différences assez notables.

2° *Extirpation des tumeurs cancéreuses enkystées.* — C'est dans ce cas que l'opération est la plus simple et la plus facile.

Le chirurgien, armé d'un bistouri convexe, fait sur la tumeur elle-même une incision qui comprend toute l'épaisseur des téguments, et d'une longueur suffisante pour mettre à découvert la tumeur tout entière. Cette incision doit être dirigée suivant l'axe de la mamelle, c'est-à-dire sur le trajet d'une ligne droite qui, du mamelon, vient, en passant par la tumeur, gagner la base de l'organe. De cette manière, on évite, autant que possible, de compromettre les conduits galactophores et les rayons fibro-celluleux qui convergent vers le mamelon. Il importe que l'incision pénètre jusqu'au tissu même de la tumeur, sans toutefois l'entamer trop profondément.

Pendant le premier temps de l'opération, le chirurgien doit saisir, avec la main gauche, la tumeur à sa base, pour la rendre plus saillante; de cette manière, à peine l'incision des téguments est-elle achevée, que la tumeur vient faire saillie entre les lèvres de la plaie, et l'on peut alors l'énucléer assez facilement avec les doigts, en s'aidant seulement du bistouri pour diviser les tractus celluleux qui l'unissent aux parties voisines; si cette énucléation présente trop de difficultés, on saisira la tumeur avec une forte érigne, et, tout en exerçant sur elle une assez forte traction, on la dégagera de ses adhérences au moyen d'une dissection rapide, ou bien encore en l'étreignant à sa base dans un nœud coulant fait avec un fort cordonnet de soie, d'après le procédé de M. Chassaignac.

On peut encore appliquer à cette extirpation le procédé par transfixion imaginé par M. Jobert. Pour cela, pendant que la tumeur est rendue saillante au moyen d'une forte pression exercée à sa base par les doigts d'un aide, le chirurgien la traverse dans toute sa longueur avec un long bistouri droit et la fend d'un seul trait en même temps que la peau qui la recouvre. Chacune de ses moitiés est ensuite saisie isolément avec une érigne, et disséquée suivant le procédé ordinaire.

Malgré le brillant de son exécution, ce procédé nous paraît moins sûr et même moins rapide que le précédent. Aussi n'est-ce pas à lui que nous donnons la préférence.

---

suivantes : 1° que la racine de chicorée qui est lavée se pique très-facilement, et que dans cet état, elle est perdue, car on ne peut l'employer à faire de bons produits, et que, lorsqu'il y a des chicorées piquées dans des magasins où il y a d'immenses provisions, les autres s'attaquent et que c'est une perte considérable pour le fabricant; 2° que l'on ne peut exiger du paysan de livrer ses cossettes lavées parce qu'il ne le veut pas; en effet, il a plus d'avantage à les livrer terreuses : il y a moins de main-d'œuvre, il les vend aussi cher et il en faut moins dans la livraison; si on veut le contraindre à les livrer lavées, il ne le veut plus, et comme les acheteurs sont nombreux, il vend à ceux qui n'exigent pas de lui cette condition; il arrive même souvent que la variation du prix, quoique le cultivateur ait reçu l'argent d'avance, a forcé l'acquéreur, à cause de la hausse, de faire un procès aux cultivateurs pour avoir la marchandise.

Un cultivateur que nous avons vu, nous a assuré que quand le temps est beau et sec au moment de la récolte, les cossettes sont plus nettes et contiennent moins de terre; que lorsqu'il est mauvais, les cossettes sont chargées de terre très-difficile à enlever.

Après la torréfaction et la réduction en poudre, on met la chicorée en paquets de 125, 250, 500 grammes, qui sont étiquetés et portent le nom du fabricant, surtout pour les premières qualités, ou bien on les met en caisses (1).

(1) Nous avons vu de ces paquets ne pas avoir le poids.

Les cafés-chicorées s'appellent : *grosse royale*, poudre à canon, gros grains; *petite royale*, grains moyens; *mignonette*, ou grains de la grosseur du poivre pour les huîtres; *semoule*, grains fins; *moka*, ou poudre très-fine, c'est la grosseur des mailles du blutoir qui sépare d'abord les gros grains des moyens, puis la mignonette est triée au sortir de la meule par un blutoir plus fin que la semoule, enfin le moka a passé sous une meule très-fine. Nous donnons ici les noms de fabrique, car on connaît aussi les chicorées en *poudre superfine*, de *moka en poudre*, de *café des dames*, de *crême de moka*, de *café pectoral*, de *café des colonies*, de *café des îles*, de *café aux Chinois*, de *café aux Indiens*, de *café de Chartres*, de *café de Java*, de *café Tom-Pouce*, de *cafe polka*; tous ces noms ne garantissent point la pureté du café-chicorée. On se sert de la chicorée : 1° pour donner de la couleur au café; 2° pour lui enlever une partie de sa propriété excitante; ainsi, on en met, 30, 60, 90 grammes pour 470, 460 et 410 grammes de café; en Hollande, on va jusqu'à la mélanger *au quart, au tiers*, et par *moitié* au café, mais ces cafés sont amers, et le vulgaire considère cette amertume comme signalant la propriété rafraichissante donnée au café par la chicorée.

3e PARTIE. — DES DIVERSES QUALITÉS DE CAFÉ-CHICORÉE.

Les chicorées livrées le plus ordinairement au commerce sont placées sous quatre numéros; le prix varie pour les 100 kilogrammes de 50 à 69 francs :

Extirpation des tumeurs circonscrites adhérentes aux téguments ou à la glande. — Dans ces sortes de tumeurs, l'énucléation est impossible ; il faut de toute nécessité exciser une partie de la peau et sculpter la tumeur dans le tissu même de la glande. Une incision longitudinale est alors insuffisante ; il convient de circonscrire la tumeur entre deux incisions semi-elliptiques ; après le premier temps de l'opération, on saisira la tumeur avec une forte érigne : celle-ci, confiée aux mains d'un aide, sert à exercer une traction qui fixe la partie malade. A l'aide du bistouri convexe, on dissèque largement la tumeur, c'est-à-dire qu'on emporte avec elle une certaine épaisseur de tissu sain, afin d'être bien sûr de ne laisser aucun prolongement suspect. Cette opération, dans laquelle le tissu de la glande est nécessairement entamé, est toujours beaucoup plus grave que la précédente, quelle que soit l'espèce de tumeur circonscrite à laquelle on ait eu affaire. On devra s'occuper, après l'extirpation, de lier ou de tordre les petites artères ; puis on procédera au pansement.

Pansement. — La plupart des chirurgiens, considérant l'exiguïté et la simplicité d'une semblable plaie, recommandent, comme une méthode générale, la réunion immédiate.

Nous avons longtemps suivi cette pratique ; mais depuis qu'une longue expérience nous en a démontré les inconvénients, nous y avons à peu près complétement renoncé, et nous préférons de beaucoup la méthode de réunion par seconde intention.

Un peu plus tard, quand nous aurons terminé l'exposé des procédés d'amputation applicable aux différentes variétés de tumeurs cancéreuses du sein, nous reviendrons sur cette question importante, et nous déduirons les motifs de notre opinion.

Pour le moment, bornons-nous à décrire succinctement les procédés de pansement que l'on emploie après l'extirpation des tumeurs cancéreuses circonscrites :

1° *Pansement par réunion immédiate.* — Les bandelettes de diachylon, le collodium, les différentes espèces de suture, les serres fines, ont été et sont encore journellement employés pour maintenir l'occlusion de la plaie. Tous remplissent assez bien cette indication ; mais quand on en fait usage, il faut apporter une extrême attention à ce qu'il ne se fasse, dans l'excavation de la plaie, aucune accumulation de sang ou de liquide susceptible de se putréfier. Il ne suffit pas toujours, pour cela, de bien déterger la surface traumatique, de tordre avec soin tous les petits vaisseaux, il est souvent utile, ou bien d'exercer une compression régulière sur la partie malade, ou bien de ne procéder au pansement qu'une ou deux heures après l'opération, alors que le contact de l'air a crispé tous les orifices vasculaires. Cette dernière méthode est la plus sûre : c'est elle que Dupuytren employait d'habitude, et cependant elle est rarement mise en usage, parce que cette interruption dans la manœuvre opératoire est à la fois trop pénible pour le malade et pour le chirurgien.

Quand aucun accident ne vient traverser la marche de la cicatrisation, sept ou huit jours suffisent pour obtenir une guérison complète. Mais cet heureux résultat est loin d'être constant. Souvent, au moment où l'on croit toucher à la guérison, on voit survenir des accidents qui la retardent ou la compromettent. Tantôt il se forme sous la cicatrice un foyer purulent ou sanieux, auquel il est nécessaire de donner une issue ; d'autres fois, c'est un érysipèle qui se développe à la surface, détruit la cicatrice, et, s'étendant au voisinage, revêt le caractère ambulant, et donne lieu à des phénomènes fébriles parfois dangereux ; d'autres fois, enfin, c'est un véritable phlegmon qui peut envahir la glande mammaire, s'étendre même au tissu cellulaire voisin.

2° *Pansement ordinaire ou pansement à plat.* — Ce mode de pansement, auquel nous donnons ordinairement la préférence, consiste dans l'introduction de charpie mollette dans l'intérieur de la plaie, dans l'application d'un linge troué graissé de cérat, et par-dessus un large gâteau de charpie, des compresses, et un bandage contentif modérément serré. Dès le troisième jour, on enlève, pour les renouveler, les pièces extérieures du pansement, jusques et y compris le linge cératé ; quand à la charpie introduite dans la plaie, on ne l'enlève que vers le sixième jour, alors que la suppuration commence à la détacher. Une fois la suppuration bien établie, on rapproche doucement les lèvres de la plaie avec les bandelettes de diachylon, de cette manière on a l'avantage d'éviter les accidents auxquels expose la réunion immédiate, et la guérison, bien qu'un peu plus tardive, se fait avec plus de sécurité.

Dr Alexis Favrot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la formation de matière tuberculeuse à l'intérieur des synoviales,

Par le Dr J. Crocq, *professeur agrégé et prosecteur à l'Université de Bruxelles*, etc.

Tous les produits d'exsudation peuvent se déposer dans les cavités séreuses et y subir les diverses transformations dont ils sont susceptibles. C'est même là qu'on peut le mieux les étudier, grâce à l'absence de tout mélange avec les tissus normaux, d'où résulte l'impossibilité de toute confusion. Le tubercule peut s'y rencontrer comme les autres produits ; mais sous quelles formes y existe-t-il? Je vais examiner cette question relativement aux membranes synoviales, dont la tuberculisation est encore peu connue.

Ainsi le n° 1,	en 1852,	valait	69 fr.
— n° 2,	—	.....	60
— n° 3,	—	.....	55
— n° 4,	—	.....	50

Il y a encore augmentation de prix, quand les paquets et les caisses sont enjolivés, et suivant que les paquets sont en étain, en papier, avec ou sans étiquettes coloriées.

Chaque numéro se divise :

En *chicorée gros grains;*
En *chicorée grains moyens;*
En *chicorée en poudre.*

Le n° 1 est fait avec les plus belles cossettes que l'on prive, autant que possible, de la terre qui y reste adhérente ; pour cela, on agite les cossettes sur *un crible* en bois (passoire) à larges mailles, puis on les expose à la chaleur jusqu'à ce qu'elles soient bien torréfiées. L'ouvrier reconnaît le point où il doit s'arrêter, à la fumée qui est produite pendant l'opération ; il les porte alors *aux rafraîchissoirs*, d'où elles sortent pour être criblées de nouveau, pour enlever la terre qui avait pu y rester primitivement. La terre a alors une couleur différente ; elle est séparée facilement des cossettes torréfiées.

On peut, pour faire cette première qualité, prendre des cossettes un peu moins grosses, mais *triées*, comme l'on dit dans le métier. Les cossettes torréfiées passent sous la meule où elles sont broyées ; puis elles arrivent dans des *blutoirs* de diverses finesses, suivant la ténuité du tissu qui compose le blutoir par lequel le café passe. On obtient *de la chicorée en poudre, de la chicorée en semoule ou de la grosse royale.*

Le n° 2 s'obtient avec des cossettes moins belles, plus petites, et qui ont été passées avec moins de soin ; puis, après la torréfaction, on y recherche la terre, sans cependant y mettre beaucoup d'attention. On divise ce numéro en trois espèces, comme pour le n° 1.

Le n° 3 s'obtient avec des cossettes plus petites qui ont été jetées sur une passoire dont les mailles sont plus serrées ; après la torréfaction, on broye sans s'occuper de la terre qui peut rester dans le produit torréfié.

Le n° 4 se prépare avec les cossettes les plus petites, auxquelles on ajoute les déchets des autres numéros, après avoir enlevé la poussière qu'ils contiennent, mais non la terre qui leur est adhérente, car le crible est trop fin pour qu'elle puisse passer ; du reste, l'extraction de cette terre demande trop de main-d'œuvre pour que le fabricant s'en occupe. On ne fait avec celle-ci que des semoules et de la poudre.

Il y a encore, chez quelques fabricants, un cinquième numéro ; mais nous n'avons pu savoir comment on avait préparé ce numéro.

Les chicorées de bonne qualité pour l'époque ont donné, en général, à l'analyse :

La matière tuberculeuse peut être parvenue dans la cavité articulaire après s'être formée dans les tissus voisins, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les os. Dans ces cas, elle y est arrivée par des perforations formées aux dépens soit du cartilage de la lame osseuse sous-jacente, soit de la séreuse elle-même. Elle est toujours ramollie et accompagnée de pus. Évidemment, ces cas ne méritent pas le nom de tuberculose des cavités articulaires, puisque le produit pathologique ne s'y est pas développé, et si je les mentionne ici, c'est justement pour éviter qu'ils ne soient confondus avec cette affection. Ils correspondent exactement avec ceux où des tubercules pulmonaires ou rachidiens se font jour dans la plèvre par une perforation de cette membrane.

Le dépôt de matière tuberculeuse au sein des cavités articulaires peut s'effectuer de deux manières, sous deux formes différentes. Dans la première forme, on trouve la synoviale tapissée d'une couche de fausses membranes plus ou moins organisées, renfermant des vaisseaux et des fibres de tissu cellulaire. Dans l'épaisseur même de ces fausses membranes, ou bien entre elles et la séreuse, on trouve des noyaux tuberculeux enkystés, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. La formation de ces tubercules peut être conçue de deux manières différentes. Tous les produits pathologiques intra-synoviaux sont évidemment le résultat d'une exsudation de plasma versée au sein de la cavité par les vaisseaux de la membrane. Cette exsudation se coagule, le coagulum albumino-fibrineux se dépose sur les parois de la cavité sous forme d'une couche gélatineuse, et il y subit diverses transformations. Or, tandis que la masse du coagulum se pénètre de vaisseaux et se transforme en tissu cellulaire de nouvelle formation, certains de ses points peuvent éprouver une métamorphose différente, et se constituer en matière tuberculeuse. Il y a donc simultanéité de formation du tubercule et de la fausse membrane. J'ai observé ce mode de genèse d'une manière incontestable dans une exsudation déposée au sein de la plèvre : tandis qu'en certains points il y avait une fausse membrane organisée renfermant des noyaux tuberculeux, en d'autres on voyait encore l'exsudation gélatiniforme au sein de laquelle on en trouvait déjà de ces noyaux qui étaient en voie de formation et qui offraient tous les éléments qui caractérisent ce produit anormal.

D'autres fois, la fausse membrane existe d'abord seule et les tubercules s'y forment consécutivement aux dépens d'une exsudation secondaire qui s'y produit. Ce mode de formation est évident dans les cas où l'on trouve de petits tubercules en voie de développement dans d'anciennes fausses membranes fortement organisées.

Dans le premier cas, le tubercule peut être appelé *primitif;* dans le second, on peut le désigner sous le nom de *secondaire*. Toutefois, ce ne sont là que deux variétés de la même forme, du tubercule intra-articulaire déposé au sein des fausses membranes. Il y existe de la même manière que dans les tissus normaux, dans le poumon, le tissu cellulaire, les os. La seule différence, c'est que son substratum est déjà lui-même un produit pathologique sur lequel il vient en quelque sorte se greffer.

Cette forme de tuberculisation est rare dans les synoviales, elle l'est beaucoup moins dans la plèvre, dans le péritoine, et dans l'arachnoïde.

La seconde forme est beaucoup plus remarquable encore et très-importante au point de vue des lois du dépôt et du développement de la matière tuberculeuse. Elle consiste dans le dépôt de matière tuberculeuse *libre* au sein des cavités articulaires. Cette forme si curieuse a été signalée en premier lieu par M. Rokitansky (*Handbuch der pathologischen Anatomie* t. 2, Vienne, 1845). M. Bock (*Lehrbuch der pathologischen Anatomie,* Leipzig, 1852) en parle d'après M. Rokitansky, sans l'avoir observée lui-même. M. Lébert n'en fait pas même mention. Un fait, c'est qu'après avoir lu l'ouvrage du professeur de Vienne, on peut douter s'il a réellement vu cette forme de la tuberculisation, ou bien si, comme cela lui est arrivé trop souvent, il ne l'a pas plutôt admise théoriquement. En effet, il n'affirme pas l'avoir rencontrée sur le cadavre; tout ce qu'il dit, c'est que la tuberculisation des synoviales, sous cette forme de dépôt pur et simple, conduit à une suppuration tuberculeuse des articulations, et donne lieu à un grand nombre de tumeurs blanches (ouvrage cité, p. 399). Après avoir lu ce passage, on peut se demander si le célèbre anatomo-pathologiste a réellement trouvé de la matière tuberculeuse dans les articulations, ou bien s'il l'a seulement supposée pour expliquer certaines suppurations qu'il regardait comme étant de nature tuberculeuse. Ce qui me fait pencher vers cette manière de voir, c'est qu'il dit que cette lésion donne lieu à un grand nombre de tumeurs blanches, tandis qu'en réalité elle est loin d'être commune. Beaucoup plus souvent, la matière tuberculeuse provient, soit des parties molles, extra-articulaires, soit des os.

Cependant, la présence de matière tuberculeuse libre déposée au sein des articulations est un fait incontestable, qu'il m'a été donné d'observer deux fois d'une manière positive. Cette matière se montre là sous forme de couches, recouvrant les parois de la cavité et semblables aux couches pseudo-membraneuses qu'on y rencontre habituellement. Elle tapisse ainsi, tantôt la cavité tout entière, tantôt seulement certains de ses points, soit les cartilages, soit la synoviale, soit les replis formés par celle-ci. La matière tuberculeuse qui les compose est mollasse, grumeleuse, semblable à du fromage mou, sans connexion avec les tissus voisins; l'examen microscopique m'y a fait constater les éléments suivants :

N° 1, gros grains cendrés..... 5 pour cent.
grains moyens ..... 6,70 —
poudre..... 9 —

On voit que, malgré les précautions prises, il reste encore une assez grande quantité de terre, surtout dans la chicorée en poudre.

N° 2, gros grains..... 5 pour cent.
grains moyens..... 7,20 —
poudre..... 11 —
N° 3, gros grains ..... 5,50 pour cent.
grains moyens..... 6 —
poudre fine ..... 10 —
N° 4, semoule ..... 6,25 pour cent.
poudre..... 16 —

On voit, d'après ces expériences, que la terre ne se trouve guère que dans les poudres, et non dans les semoules et dans les chicorées en grains.

On a observé : 1° que, dans les bonnes chicorées, les cendres sont toutes grisâtres; 2° que l'incinération de chicorée gros grains est plus difficile que celle de la chicorée à grains moyens, et que celle de la poudre fine est très-facile.

Des expériences ont été faites devant nous, sur des chicorées préparées sur notre demande; deux échantillons nous ont donné :

N° 2, gros grains : première expérience, 5 pour cent de cendres; deuxième expérience, 5,50.

N° 2, poudre fine : première expérience, 8 pour cent de cendres; deuxième expérience, 8,50.

N° 4, semoule : première expérience, 8 pour cent de cendres; deuxième expérience, 10.

N° 4, poudre fine : première et deuxième expérience, 16 pour cent de cendres.

Les négociants honorables jettent depuis quelque temps les passures ou tourillons, et ont supprimé la coloration pratiquée avec la brique rouge et le rouge-brun de Prusse.

Il serait utile, dans l'intérêt du commerce, qu'il n'y eût pas autant de numéros pour les chicorées et qu'on n'employât que des cossettes privées de terre.

La question pendante dans le moment actuel est celle de savoir quelle quantité de matières fixes on doit trouver dans les chicorées. D'après nos recherches, nous pensons que quand on trouve dans des chicorées, après l'incinération, 5 à 6 pour cent de résidu pour les gros grains, de 6 à 8 pour cent pour les grains moyens, et de 9 à 10 pour cent pour la poudre fine, il n'y a pas lieu de dire que ces produits sont falsifiés. En effet, avec les moyens suivis pour la récolte des cossettes, il est impossible d'obtenir un résidu moindre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

1° Des granules moléculaires de 1/500 à 1/1000 (0,001 à 0,002) de millimètre de diamètre.

2° Des globules foncés, irréguliers, anguleux, sans noyaux renfermant des granules, inattaquables par l'acide acétique, solubles seulement dans les solutions alcalines concentrées. Ces globules ont un diamètre de 3/650 à 6/650 (0,0046 à 0,0092) de millimètre.

On peut rencontrer en même temps dans ces dépôts, des globules du sang et des produits pseudo-membraneux renfermant des fibres et des grumeaux de fibrine, des globules primitifs d'exsudation et des cellules à noyaux.

Voici la relation de deux cas de tuberculisation primitive de l'articulation de la hanche, appartenant à la forme que je viens de décrire.

1re *Observation.* — *Tuberculisation de l'articulation coxo-fémorale et de l'encéphale.* — En janvier 1853, entra à l'hôpital Saint-Pierre, un enfant de 14 à 15 ans, de constitution faible, de tempérament lymphatique. Depuis plusieurs jours il était atteint de fièvre et d'un délire intense; d'après le dire des parents, depuis quelque temps il avait mal au membre inférieur gauche, sur lequel il ne pouvait appuyer. Voilà tous les renseignements que je pus obtenir. Peu de temps après son entrée, cet enfant mourut.

Le cadavre n'offrait pas d'amaigrissement marqué; peau fine, blanche, pâle. Le membre inférieur gauche paraît environ 2 centimètres plus long que son congénère; il est placé dans la rotation en dehors, et dans une légère abduction. La mensuration indique pour les deux membres exactement la même longueur.

A l'ouverture de l'articulation, il s'en écoule une quantité fort petite d'un liquide épais, blanchâtre, trouble, purulent. Sans que j'aie exercé aucun effort, le ligament rond se détache de son insertion à la tête du fémur, emportant avec lui quelques particules osseuses. La synoviale offre quelques arborisations vasculaires, ainsi qu'un épaississement très-peu prononcé. Les cartilages articulaires ne sont pas détruits, mais ils sont amincis et bosselés, offrant de légères éminences séparées par des anfractuosités.

Le cartilage de la tête du fémur est en grande partie tapissé par une fausse membrane blanche qui se continue sur la partie voisine de la synoviale. Cette fausse membrane va en s'amincissant du bord du cartilage vers son centre; son épaisseur de un à un demi-millimètre; elle renferme des fibres de tissu cellulaire, de 1/500 à 1/650 (0,002 à 0,0015) de millimètre de diamètre, des granules moléculaires, et des cellules à noyau unique, les unes rondes, les autres plus ou moins allongées. Il y a, en outre, vers la circonférence de cette membrane, des vaisseaux très-ténus, de 1/150 à 1,200 de millimètre de diamètre, qui partent de ceux de la synoviale.

Le ligament rond et la glande synoviale cotyloïdienne offrent du gonflement, une couleur brun rougeâtre; ils sont mollasses; on y rencontre des cellules à noyaux passant par transition insensible aux fibres, et des vaisseaux abondants. C'est donc un tissu cellulo-vasculaire.

La surface du ligament rond et de la glande synoviale, en dedans, de l'articulation sont recouverts d'une couche de matière mollasse, jaunâtre, peu consistante, facile à enlever, n'existant pas ailleurs que là. L'épaisseur de cette couche atteint, en certains points, jusqu'à 1 centimètre. Le microscope y démontre la présence de granules moléculaires, de globules du sang plus ou moins déformés, de filaments fibrineux, et de globules irréguliers, anguleux, granuleux, ayant de 5/650 à 6/650 (0,0046 à 0,0092) millimètre de diamètre, non attaquables par l'acide acétique. Cette couche ne renferme aucun vaisseau.

Les parties molles qui entourent l'articulation sont intactes; le ligament capsulaire lui-même n'est pas malade.

Il n'en est pas de même des os. Le tissu spongieux de la tête du fémur est rouge, injecté, raréfié; ses cellules offrent une largeur double au moins de celles de la tête du fémur sain. Au centre se trouve un noyau blanchâtre, constitué par une matière déposée dans les mailles du tissu spongieux. Le microscope y démontre des globules ronds, réguliers, de 5/650 (0,0077) de millimètre de diamètre. Ces globules sont granuleux, dépourvus de noyaux, et disparaissent par l'action de l'acide acétique.

En dehors de la ligne épiphysaire de la tête du fémur, le tissu osseux est encore plus injecté et plus raréfié que dans la portion que je viens de décrire. Un stylet le traverse avec facilité, surtout à la partie interne et inférieure du col du fémur, là où la capsule vient s'insérer. On y rencontre des globules de graisse très-abondants, et quelques globules semblables à ceux que je viens de décrire. Le cartilage se détache facilement de la tête dont il est séparé par des fongosités.

L'injection et la raréfaction diminuent à mesure qu'on s'éloigne de la ligne épiphysaire, pour cesser entièrement à la partie supérieure du corps du fémur. L'épiphyse trochantérienne est à l'état normal.

L'os iliaque présente aussi de l'injection et de la raréfaction autour de la cavité cotyloïde.

Les parties les plus malades sont d'abord le peloton graisseux du fond de la cavité articulaire et le ligament rond; puis la synoviale et l'os au point d'insertion de la capsule; puis la tête du fémur; puis le fond de la cavité cotyloïde.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'une matière gélatiniforme, surtout à la base du cerveau. On y rencontre un grand nombre de fort petits tubercules. — Le cervelet renferme une douzaine de tubercules crus, verdâtres, ayant en moyenne le volume d'un gros pois; tous ces tubercules paraissent être déposés, non dans la substance même du cervelet, mais entre ses lamelles, dans la pie-mère intermédiaire, et écarter celle-ci. — Le cerveau renferme des tubercules crus analogues, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, disséminés dans la substance blanche.

Les deux poumons présentent des tubercules non ramollis. Les ganglions mésentériques sont engorgés, mais non tuberculeux. L'intestin offre une légère injection sans dépôt terberculeux.

Les tubercules de l'encéphale offrent les mêmes éléments que le dépôt du fond de la cavité cotyloïde; celui-ci est donc aussi constitué par de la matière tuberculeuse, mais déposée à l'état libre au sein de l'articulation. Il n'en est pas de même du noyau renfermé dans la tête du fémur. Les éléments de ce dernier, que j'ai décrits, ne sont pas des éléments tuberculeux, mais des globules primitifs d'exsudation: c'est un noyau albumino-fibrineux qui peut passer à l'état de tubercule, mais qui n'en est pas un.

2e *Observation.* — *Tuberculisation de l'articulation coxo-fémorale et des muscles fessiers.* — Vers le mois d'avril 1851, je reçus à l'Université le cadavre d'une femme de 20 à 25 ans, blonde, lymphatique, venant de l'hôpital Saint-Jean. Il y avait amaigrissement considérable. Le membre inférieur gauche paraissait beaucoup plus court que le droit: il y avait environ dix centimètres de différence. La hanche de ce côté était fortement relevée et bombée; l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche était au-dessus et en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. A la mensuration, je trouvai d'abord le membre gauche plus court que le droit, ce qui, réuni à la saillie très-forte de la hanche, devait faire croire à une luxation spontanée. Je sais, en effet, que pendant la vie on avait admis son existence. Cependant, une mensuration très-exacte, pratiquée selon les règles que j'ai posées (*Traité des tumeurs blanches des articulations*), ne fournit aucune différence appréciable. Le membre était placé dans l'adduction et dans la rotation en dedans. Les muscles adducteurs étaient fortement rétractés et soulevaient la peau à la manière de cordes tendues.

Le muscle grand fessier était aplati, atrophié, infiltré de graisse. Les muscles moyen et petit fessiers l'étaient encore plus, de façon que dans leur moitié inférieure ils étaient réduits à une couche très mince; leurs fibres offraient aussi une teinte jaune paille due à l'infiltration graisseuse. Leur place était occupée en grande partie par des dépôts tuberbuleux abondants qui les avaient refoulés, et qui étaient situés dans l'épaisseur même de la substance musculaire: cette matière tuberculeuse était semblable à du mortier, par son aspect et par sa consistance. Les muscles pelvi-trochantériens présentaient aussi la dégénérescence graisseuse; dans le psoas iliaque elle était peu prononcée, et avait surtout pour siége la portion iliaque. Les muscles adducteurs présentaient leur coloration normale, semblable à celle des autres muscles du corps.

La capsule articulaire n'offrait aucune solution de continuité; elle était épaissie; la synoviale était opaque et présentait quelques arborisations vasculaires. La tête de l'os était à sa place, dans la cavité cotyloïde. Le rebord cotyloïdien était intact; le ligament rond était détruit. La cavité était remplie d'une masse de matière tuberculeuse semblable à celle des muscles fessiers; toutes ses parois, tant membraneuses qu'osseuses, en étaient tapissées. Les cartilages d'incrustation avaient totalement disparu; le tissu osseux se montrait à découvert au-dessous de la couche tuberculeuse. Il présentait de l'injection et de la raréfaction dans une épaisseur d'une à deux lignes; plus loin, on ne trouvait plus rien d'anormal.

Les poumons présentaient des cavernes à leur sommet, et de nombreux tubercules dans toute leur étendue. Ils adhéraient fortement aux parois thoraciques.

L'intestin grêle offrait à sa partie inférieure des ulcérations tuberculeuses; les ganglions mésentériques correspondants contenaient du tubercule.

Le foie était jaune pâle, largement infiltré de graisse.

Cette observation nous présente, comme circonstance remarquable, le dépôt de matière tuberculeuse au sein de la cavité articulaire, sans le moindre mélange d'autres produits pathologiques, comme cela avait lieu

dans l'observation précédente. On remarquera aussi le dépôt de tubercules dans le corps des muscles moyen et petit fessiers, fait excessivement rare.

Ces deux observations m'ont permis de constater positivement la formation directe de matière tuberculeuse au sein des cavités articulaires. Dans la dernière, la matière tuberculeuse était seule, à l'état de pureté; dans la première, elle était mêlée aux autres produits pathologiques que j'ai énumérés.

Il est à remarquer que, dans l'un comme dans l'autre de ces cas, ni les os ni les tissus péri-articulaires ne présentaient de tubercules. Dans le premier cas, les os étaient fortement malades, mais ils ne renfermaient pas de matière tuberculeuse; dans le second, ils étaient sains. Le dépôt tuberculeux était donc le résultat d'un acte pathologique exclusivement borné à la synoviale. Dans les deux cas il y avait une diathèse tuberculeuse bien prononcée.

Lorsque la matière tuberculeuse intra-articulaire passe à l'état de ramollissement, on rencontre dans la cavité un pus blanc, mal lié, renfermant des débris de tubercule non ramolli. Ce pus renferme, comme le tubercule cru que je viens de décrire, des granules moléculaires et des globules sans noyaux inattaquables par l'acide acétique renfermant des granules. Ces globules sont semblables à ceux décrits précédemment; seulement ils sont moins irréguliers et plus volumineux, atteignant parfois jusqu'à 7/600 (0,0116) de millimètre de diamètre. Généralement ils sont accompagnés de globules de pus, reconnaissables à leurs réactions propres.

Plusieurs des cas signalés par M. Bonnet dans son *Traité des maladies des articulations*, sous le nom d'abcès froids des articulations, me semblent appartenir à la seconde forme de tuberculisation intra capsulaire avec ramollissement. Les qualités du pus, blanc, séreux, renfermant des grumeaux blanchâtres, semblables ceux qui proviennent des masses tuberculeuses, et l'existence d'une diathèse bien prononcée, peuvent le faire supposer; cependant il manque à ces observations une analyse anatomo-pathologique rigoureuse.

La formation de la matière tuberculeuse libre au sein des articulations ne peut être expliquée que d'une seule manière. Une exsudation de plasma est versée au sein de la cavité articulaire; il s'y produit un coagulum albumino-fibrineux; au sein de ce coagulum ne se développent ni vaisseaux, ni fibres, mais seulement les globules en question. Ce mécanisme est le même que celui par lequel se produit le tubercule primitif dans la première forme que j'ai décrite. Seulement là, l'exsudation se transformait en grande partie en une fausse membrane organisée qui englobait le tubercule; ici, elle se transforme en masse en matière tuberculeuse. Cette forme indique donc une tendance plus avancée, plus complète vers la formation de ce produit pathologique; aussi voit-on dans les deux cas que je viens de relater une diathèse tuberculeuse très-active.

Le tubercule cru des articulations ne peut être reconnu pendant la vie. Ramolli, le tubercule de la première forme donne lieu à des abcès profonds, mais limités, comme ceux des tissus extra-articulaires. Celui de la deuxième forme donne lieu à des collections intra-synoviales. — La diathèse tuberculeuse peut faire soupçonner la nature de ces collections; la ponction exploratrice, jointe à l'analyse microscopique, peuvent seules en déterminer positivement la nature. Encore sera-t-il impossible de dire si le pus tuberculeux vient primitivement de la cavité, ou bien s'il provient d'un abcès tuberculeux des parties molles ou des os qui s'y serait fait jour. Du reste, le diagnostic de ces circonstances est de peu d'importance, le traitement étant le même, quel que soit le point de départ du tubercule, et le pronostic devant être porté essentiellement d'après l'état général du malade, qui, dans ces cas, domine toujours l'état local. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Bruges.*)

THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de la racine de belladone.

La racine de l'atropa belladona est recommandée dans les cas de toux chronique, de nature spasmodique, ne dépendant pas de la présence de tubercules dans les poumons, ou d'un vice organique du cœur et où tous les moyens ordinaires ont échoué. La belladone est très-active dans les accès de toux nocturne, si pénible pour les malades, et où l'opium même ne produit qu'une amélioration passagère. L'auteur, d'après une expérience pratique de plusieurs années, attribue à la belladone une grande valeur dans la guérison de l'asthme spasmodique, convulsif, du moment que la lésion du système respiratoire n'est pas occasionnée par des obstacles matériels des voies digestives, ou par un état de congestion sanguine; mais lorsque cette lésion est de nature essentiellement nerveuse et ne dépend que d'une tension spasmodique du vagus ou des nerfs pulmonaires et diaphragmatiques. L'oppression et la dyspnée diminueront dans ces cas, lorsque les malades auront fait usage du médicament pendant quelques temps.

L'auteur conseille en outre la belladone dans les cas d'hypochondrie où la maladie ne dépend pas de la présence de matières nuisibles dans les intestins. L'usage de la belladone est contre-indiqué par tout état de pléthore ou de congestion du cerveau, du cœur ou des poumons. Pour commencer, il ne faut administrer la belladone qu'à très-faible dose (1 à 2 centigrammes) que l'on augmentera graduellement tous les deux jours, jusqu'à ce que le malade accuse de la sécheresse du pharynx et de la lourdeur de la tête, symptômes qui nous indiquent que le médicament a produit son action spécifique, et qui cèdent rapidement à l'usage du lait.

Dès que la belladone aura produit les symptômes sus-indiqués, l'auteur recommande de revenir aux doses moins fortes. A chaque dose de belladone il ajoute 30 centigrammes de rhubarbe pulvérisée, et prétend que l'action purgative de la rhubarbe est singulièrement augmentée par l'addition de la belladone.

La racine de l'atropa belladona récoltée au printemps et sur les plantes biennales est la plus active. Il faut la sécher et la conserver dans un endroit sec et obscur.

(*Hannover. med. Konvers.-Blatt*, 1851, N°. 15.)

Eclampsie puerpérale.

Dans un cas de douleurs spasmodiques chez une primipare, douleurs qui présentaient déjà la forme éclamptique, l'accoucheur fit administrer un lavement chloroformisé (chloroforme 1 gramme sur 150 grammes d'eau). Les douleurs cessèrent complétement à l'instant même. La malade dormit paisiblement pendant une demi-heure, fut prise à son réveil par des douleurs régulières, normales, et accoucha d'un enfant bien portant.

(*Schweizer medic. Zeitschrift*, 1851, Heft 3.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — Rien de particulier à noter. État à peu près stationnaire.

— *Nomination du professeur de pharmacie à la Faculté de Paris.* — Le *Moniteur* de ce jour contient le rapport et le décret qui suivent :

Sire,

Des deux chaires entre lesquelles est aujourd'hui partagé le cours de chimie de la Faculté de médecine de Paris, celle de chimie médicale est restée vacante par la mort d'un illustre professeur, et avant d'y pourvoir, j'ai voulu examiner si ce double enseignement était absolument nécessaire, ou s'il n'y aurait pas avantage pour la science à changer le caractère et l'objet de l'une des deux chaires.

La Faculté de médecine, consultée à ce sujet, a pensé, comme moi, qu'un enseignement important, celui de la pharmacie, auquel le professeur de chimie organique ne pouvait consacrer chaque année qu'un petit nombre de leçons, devait être substitué à la chaire vacante, et recevoir ainsi tous

les développements propres à donner aux jeunes médecins une connaissance suffisante de cette partie de la thérapeutique. Ils ne sauraient, en effet, étudier avec trop de soin la nature, la combinaison et le mode d'action des médicaments, ni être trop scrupuleusement préparés soit à diriger la composition des remèdes qu'ils devront prescrire, soit à procéder, comme membres des jurys médicaux, à l'examen des aspirants pharmaciens ou à l'analyse des substances pharmaceutiques. Ces notions, si elles étaient suffisamment approfondies, préviendraient des erreurs trop fréquentes, et contribueraient à rectifier et à relever partout la pratique de l'art de guérir.

Ce n'est point d'ailleurs une innovation complète que j'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté, en lui soumettant le projet de décret qui substituerait à la chaire de chimie médicale actuellement vacante une chaire de pharmacie. Ce dernier titre a été pendant longtemps celui de la chaire que, pour satisfaire des besoins nouveaux de la science et pour associer aussi une grande renommée à l'enseignement de la Faculté de médecine, on a postérieurement transformée en chaire de chimie organique. C'est celle-ci qui désormais, sous le titre de *Cours de chimie organique et de chimie minérale,* serait seule consacrée à l'enseignement de toutes les connaissances chimiques dont les élèves peuvent avoir besoin.

Si Votre Majesté juge ces changements utiles, je lui proposerai d'appeler à la nouvelle chaire de pharmacie un professeur qui a acquis dans cet enseignement même une juste célébrité, et dont les succès, dans une autre école, se continueraient, j'en ai la conviction, sur le théâtre plus vaste de la Faculté de médecine de Paris.

J'ai l'honneur d'être, avec un profond respect, etc.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

Napoléon,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français, à tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Paris est et demeure supprimée.

Une chaire de pharmacie est créée à ladite Faculté.

Art. 2. La chaire de chimie organique de la même Faculté prendra à l'avenir le titre de chaire de chimie organique et de chimie minérale.

Art. 3. M. Soubeyran, docteur en médecine, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris (fonctions nouvelles).

Art. 4. Notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 10 décembre 1853. Napoléon.

Par l'empereur :

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. Fortoul.

— L'hôpital payant du faubourg Saint-Denis, désigné sous le nom de Maison royale, nationale ou impériale de santé, et plus connu dans le public sous le nom d'*hospice Dubois,* du nom d'Antoine Dubois qui en fut le premier chirurgien, va partager le sort que les démolitions de Paris font subir à tant d'autres établissements. Le jardin et les communs de la maison de santé, déjà très-exigus, viennent d'être réduits à des proportions absolument insuffisantes par le percement du boulevard de Strasbourg. On n'est pas encore fixé sur le point où l'on reconstruira la maison de santé; on paraît assez disposé à la placer dans les terrains de Beaujon. Cette situation est, sans contredit, une des meilleures que l'on puisse choisir.

— La commission nommée pour présenter à l'Académie des sciences une liste de candidats, a présenté aujourd'hui MM. Lamé, Pouillet et Ch. Dupin.

Cette présentation assure à peu près la nomination de M. Pouillet; on pense, cependant, que l'honorable et savant M. Lamé aura au moins une forte minorité. La commission, comme la grande majorité de l'Académie, avait pensé à offrir la candidature, et probablement la place de secrétaire perpétuel, à un savant qui seul peut-être, après M. Biot, aurait soutenu sans fléchir le fardeau du secrétariat, à M. Liouville; mais le modeste académicien a refusé l'honneur qu'on voulait lui faire.

— Nous avons reçu de l'honorable M. Reybard, de Lyon, une lettre en réponse à une critique de son ouvrage, faite par M. Diday, et publiée dans la *Gazette hebdomadaire.* C'est pour nous une occasion de déclarer quels sont nos principes dans les circonstances où nous place M. Reybard. Lorsqu'un journal a publié une critique, celui qui en est l'objet doit adresser sa réponse au journal où la critique a paru. Ce n'est que sur le refus d'insertion de ce journal qu'un autre peut loyalement se rendre aux désirs de l'auteur critiqué, à la condition toutefois que cette réponse ne sortira pas des limites des convenances. Tout autre manière de procéder nous paraît contraire à la loyauté d'abord et ensuite aux égards qu'on se doit entre écrivains.

La lettre que nous adresse M. Reybard n'a pas, il est vrai, été insérée dans la *Gazette hebdomadaire;* mais ce journal a inséré une première lettre de M. Reybard, qui renferme, à part quelques expressions, toute la substance de celle qu'il nous a adressée; pour cette considération, et malgré toute notre sincère estime pour M. Reybard, nous ne croyons pas pouvoir publier sa lettre, conçue d'ailleurs dans des termes on ne peut plus convenables.

— Pendant que les applications médicales de l'électricité tombent ici entre les mains des garçons horlogers et des marchands de vin, elles s'élèvent en Espagne jusqu'aux *professeurs des sciences médicales et physiques.* A la vérité nous ne savons quels sont ces professeurs; l'*Heraldo medico* se contente de nous donner les titres sans dire les noms, en nous annonçant la fondation, dans Madrid, d'un établissement médical électro galvanique. Ce journal nous apprend en même temps que le prix de la consultation à l'établissement est de 20 réaux (5 fr. 25 cent.), et que le prix des séances électro-galvaniques varie suivant leur nombre et leur nature. Afin que les malades ne puissent point s'égarer, les professeurs de sciences médicales et de physique donnent le nom de la rue où se trouve situé l'établissement ainsi que les numéros qu'il porte (car il en porte trois).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire, par A. Velpeau, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité. — 1 beau vol. in-8, accompagné de 8 planches coloriées. — Paris, librairie de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 12 fr.

Chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine,
Place de l'Ecole-de-Médecine, 23 (ancien n° 4) à Paris.

Agenda médical pour 1854,

A L'USAGE DES MÉDECINS, PHARMACIENS ET VÉTÉRINAIRES,

Contenant : 1° un **Memento du praticien** pour l'emploi des médicaments dangereux, des principales formules, officinales et magistrales, et des agents nouveaux, par le docteur Alp. *Cazenave,* médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. — 2° la **Revue annuelle des travaux académiques,** par le docteur A. *Foucart.* — 3° un **Résumé pratique des eaux minérales,** contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par *Constantin James.* — Plus, un *Calendrier* à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la *Liste* des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris et des environs; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des prisons; les **Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs;** l'Ecole de pharmacie, l'Ecole vétérinaire d'Alfort, l'Académie de médecine; la *Liste* des poisons et contre-poisons, avec l'indication des secours à administrer aux noyés et asphyxiés; des *Modèles* de rapports et certificats; la *Liste,* par ordre alphabétique, des substances actives et toxiques qui ne doivent pas être délivrées sans ordonnance du médecin, etc. — Prix : broché, 1 fr. 75 c. à Paris; 2 fr. 25 c. *franco* par la poste; 3 fr. et au-dessus suivant la reliure, dont indication ci-dessous :

Reliures diverses.

N° 1.	Maroquin	à coulisseau	avec crayon,	doublé en papier.	3 fr.
N° 2.	*id.*	à patte	*id.*	*id.*	3 fr. 50 c.
N° 3.	*id.*	à coulisseau	*id.*	doublé en soie.	4 fr.
N° 4.	*id.*	à patte	*id.*	*id.*	4 fr. 50 c.
N° 5.	*id.*	*id.*	*id.*	et petite trousse.	5 fr.
N° 6.	*id.*	à serviette avec trousse et portefeuille.			6 fr.
N° 7.	*id.*	*id.*	*id.*	à trimestres.	7 fr.
N° 8.	Chagrin	*id.*	*id.*	et portefeuille.	7 fr.
N° 9.	*id.*	*id.*	*id.*	à trimestres.	8 fr.
N° 10.	*id.*	avec fermoir en maillechort.			9 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome I. — N° 150. 1re année. Jeudi 15 Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 5 décembre. — La salubrité publique à Paris, par M. Em. Hubaine. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **THÉRAPEUTIQUE** : Note sur l'emploi du jus de citron dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. J. Perkins. — Guérison d'un cas de gangrène pulmonaire, par le professeur Skôda. — Angine pseudo-membraneuse. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 14 *Décembre* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Le combat sur le perchlorure a fini faute de combattants, ce qui peut sembler assez inattendu, quand on songe que, parmi eux, se trouvait M. Malgaigne. Il est vrai de dire, que l'habile orateur est un peu pris par ce qu'il a de plus précieux, par le larynx. De trois orateurs successivement appelés, aucun n'a répondu, et la discussion a été déclarée close, ce qui n'empêche pas qu'elle puisse s'ouvrir de nouveau, mardi prochain.

L'Académie devait nécessairement attendre une justification de M. Pétrequin ; cette justification est arrivée en effet, et nous sommes heureux d'ajouter qu'elle est satisfaisante ; les dates que donne le chirurgien de Lyon nous paraissent démontrer que l'honorable M. Malgaigne s'était laissé tromper par un fâcheux malentendu. Nous reproduisons d'ailleurs la partie de la Note de M. Pétrequin, relative à l'incident soulevé par M. Malgaigne. Dans le reste de cette Note, M. Pétrequin rapporte en détail l'observation d'injection de perchlorure, injection combinée avec la méthode de Brasdor, et qui a entraîné la mort du malade au douzième jour. Ce fait ne change en rien l'état de la question.

La communication fondamentale de cette séance a été une lecture du nouveau professeur, M. Soubeyran, sur les procédés pour élever les sangsues, imaginés et mis en pratique avec un grand succès par M. Borne, épicier. L'Académie a écouté avec un grand intérêt les nombreux détails dans lesquels est entré M. Soubeyran, et que nos lecteurs trouveront à notre compte rendu. Nous ne pou-

FEUILLETON.

Notice historique et chronologique sur les substances qui ont été proposées comme succédanées du café et sur le café-chicorée en particulier,

Par A. Chevallier fils, *chimiste.*

(*Suite. Voir les nos* 142, 146, 148, 149.)

4e partie. — falsifications.

Le café-chicorée fut d'abord vendu pur ou presque pur; mais de désastreuses concurrences forcèrent une partie des fabricants de frauder ou de salir leurs produits, en y faisant entrer *les passures et tourillons de l'ocre rouge, de la brique pilée, de la terre, du marc de café, du pain torréfié, de vieux pois, des féverolles, des vieux haricots, des semences de graminées, des débris de semoule et de vermicelle, du gland des semences de légumineuses, des coques de cacao, des écorces d'arbres*, etc.

L'addition de l'ocre rouge, de la terre, de la brique, a été niée, mais la couleur des cendres, la quantité de résidu fournie par 100 parties de café-chicorée, ont fait justice de cette dénégation. On a ajouté à des chicorées torréfiées jusqu'à 50 pour cent de terre et d'ocre; c'est surtout dans la poudre fine que l'on fait usage de cette falsification. Cette falsification est d'ailleurs démontrée dans des lettres que l'on nous a communiquées et qui contenaient les passages suivants :

« 1° *Ces marchandises* (*l'ocre*) *que vous nous avez vendues sont trop pâles* « *comme je l'avais prévu, il nous faudrait des marchandises comme celles de* « *madame G.... pour pouvoir faire la concurrence* (madame G.... préparait de « *l'ocre brun d'une belle nuance avec des matières premières tirées de Namur*).

« 2° *Madame G.... a reçu des marchandises quelques jours après nous ; j'ai* « *vu son ocre brun ; vous voyez que j'avais deviné.* »

3° A la suite d'une demande de 6,000 kilogrammes d'ocre semblable à celui de madame G...., on lit :

« *Il est de votre intérêt comme du mien, sans cela nous ne pouvons vendre nos* « *marchandises, avec ce mélange elles passeront très-bien.* »

Il paraît que l'emploi de la terre calcinée est si considérable, que deux fabriques du Nord en consommaient 50,000 kilogrammes, sans compter l'ocre tiré des fabriques de Bourgogne et de Namur.

On sait que, parmi les autres substances, on doit compter surtout les carottes quand la récolte en est abondante. On dit que quelques industriels mélangent à la chicorée torréfiée et moulue, des résidus de brasserie ou de distillerie de grain, des cossettes de betteraves, voire même des pulpes de betteraves traitées comme les cossettes de chicorées ; on reconnaît cette fraude par les moisissures que les chicorées éprouvent après deux ou trois mois de fabrication.

La falsification se fait aussi à Bruxelles, car on connaît, dans le département du Nord, un produit dit *le petit rouge de Bruxelles.*

En Belgique comme en France, on ajoute aux chicorées que l'on veut falsifier et pendant la torréfaction, du mauvais beurre ou de la mélasse pour les engraisser ; par ce mode de faire, on dissimule les substances pulvérulentes étrangères que l'on ajoute à la proportion d'un tiers au moins.

vons rien avoir à y ajouter. Mais il est un point sur lequel il ne sera peut-être pas sans quelque utilité d'insister.

M. Desportes, d'abord, M. Chevallier, ensuite, avec ce zèle scientifique dont ils donnent chaque jour de nouvelles preuves, MM. Desportes et Chevallier ont proposé à l'Académie de décerner à M. Borne une médaille, pour le récompenser de son intelligente persévérance et pour encourager ceux qui voudraient marcher sur ses traces. Malgré l'opposition de quelques formalistes, la grande majorité de l'Académie a accueilli avec la plus grande faveur la proposition de MM. Desportes et Chevallier, et a nommé une commission, pour aviser aux moyens de lui donner suite.

Notre sympathie, on peut bien le croire, est entièrement acquise à la proposition dont il s'agit. Mais ne semblera-t-il pas quelque peu singulier de voir l'Académie accueillir avec tant d'empressement, empressement d'ailleurs très-louable, la proposition de décerner une récompense hors ligne à un éleveur de sangsues, tandis qu'elle hésite, ou même refuse tous les jours d'encourager des travailleurs qui dotent la thérapeutique d'un médicament nouveau et utile? C'est là une anomalie, que l'Académie, nous n'en doutons pas, s'empressera d'autant plus de faire cesser, qu'elle ne possède malheureusement aucun moyen coercitif contre ceux qui veulent abuser de son nom. Ne voyons-nous pas chaque jour annoncer dans les journaux politiques, comme *approuvés* par l'Académie, des médicaments que l'Académie a repoussés, ou même sur lesquels elle n'a jamais fait de rapport, comme, par exemple, les *perles d'éther?* Que fait l'Académie contre les exploiteurs de ces médicaments? Absolument rien. Qu'elle adopte donc en principe général la ligne de conduite qu'elle va suivre à l'égard de M. Borne. Que cet intelligent éleveur tire le meilleur parti commercial possible de l'encouragement de l'Académie, c'est ce dont la Compagnie n'a pas à se préoccuper; ce qui lui importe, c'est de ne pas mal placer ses récompenses, et, sur la foi des renseignements que nous a donnés M. Soubeyran, celle qu'elle décernera à M. Borne sera on ne peut mieux appliquée.

M. Bricheteau a clos la séance, en remettant à l'ordre du jour la question récemment traitée par M. Roche. C'est une question sur laquelle nous voulons revenir d'une manière spéciale et que, pour cette raison, nous devons réserver aujourd'hui.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 5 Décembre.

Dans cette séance ont eu lieu plusieurs communications de nature à nous intéresser, si nous pouvions nous flatter de les avoir toutes également bien comprises.

Mais les *Comptes rendus* ont des mystères qu'il n'est pas toujours facile de pénétrer. Exemple : « Dix-huit mois après cette opération (l'amputation de la mamelle),» dit le *Compte rendu,* « le mamelon *correspondant* a fourni du lait pendant toute la période de la lactation. » Nous avouons ne pas bien comprendre à quoi correspond ce *correspondant*-là; est-ce au mamelon de la mamelle amputée? Alors il serait par trop surprenant que ce mamelon, sans doute embaumé, continuât à sécréter du lait; est-ce au mamelon de la mamelle restée saine? Mais alors il ne serait pas surprenant du tout que ce mamelon sécrétât ou du moins excrétât du lait. Notre honorable confrère, M. Missoux, pourra seul dévider cet imbroglio et nous éclairer sur un fait qui paraît avoir un intérêt véritable.

Le *Compte rendu* ne paraît pas avoir été beaucoup plus exact touchant la communication de M. Marchal qu'en ce qui concerne celle de M. Missoux. D'après la communication verbale que nous a faite M. Marchal, cet éloquent confrère n'aurait pas seulement voulu, dans sa communication, diminuer l'importance de la pression atmosphérique sur l'économie; son but aurait été bien autrement important, puisqu'il ne tend rien moins qu'à démontrer que la *pression atmosphérique n'existe pas.* Pour soutenir une thèse aussi inattendue, M. Marchal croit nécessairement avoir des arguments péremptoires; nous sommes loin de partager sa confiance; mais enfin, plus l'opinion est étrange, plus il est de notre devoir de ne la juger que sur toutes ses preuves; nous attendrons donc, soit le rapport de l'Académie, soit une note plus étendue de l'auteur.

M. Édouard Robin, avec qui son homonyme, M. Charles Robin, tient essentiellement à ne pas être confondu,

---

D'après les expériences de M. Marquis, faites sur 65 échantillons, on en a trouvé contenant depuis 8 à 10 pour cent, que nous pouvons presque admettre comme d'une chicorée pure jusqu'à 55,8 pour cent, en passant par les intermédiaires 11, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 29, 32, 34, 36, 38, 42, 43, 45, 49.

Nous terminerons cet article en donnant le moyen de reconnaître ces diverses falsifications.

Des moyens de reconnaître le café-chicorée qui a été falsifié. — Les moyens qui peuvent servir à faire reconnaître la falsification du café-chicorée doivent varier selon les fraudes qui ont été mises en usage.

Falsification de la chicorée par de la brique pilée, par de l'ocre, par de la terre, par des tourillons. — Le moyen de reconnaître ces falsifications est simple : il consiste dans la calcination de ces cafés.

Pour cela, on prend le café que l'on veut examiner; on le fait dessécher à l'étuve, on en prend 100 grammes, on charbonne, on incinère, puis on prend le poids du résidu.

100 grammes de café-chicorée pur donnent de 5 à 6 pour cent de résidu. La quantité de résidu qu'on trouve en plus, signale la fraude et dans quelle quantité le mélange a été fait.

L'examen des cendres peut faire reconnaître en partie les produits employés pour frauder le café.

Falsification du café chicorée par le marc de café. — Cette fraude, qui a été essayée en grand à Paris, est facile à reconnaître.

A cet effet, on prend le café-chicorée suspecté, on le fait sécher à l'étuve, puis on emplit un verre d'eau, on projette ce mélange par pincée à la surface du liquide; la poudre de chicorée torréfiée s'imbibe d'eau presque immédiatement, et elle tombe au fond du vase, tandis que le marc de café reste à la surface du liquide.

Du marc de café est resté pendant quatre jours à la surface de l'eau sans tomber au fond du vase dans lequel on faisait l'expérience.

La manière dont se comporte la chicorée et le marc de café sous la dent, peut encore servir à les faire distinguer.

Falsification du café-chicorée par le pain torréfié, par les débris de semoule, de vermicelle. — Cette falsification se fait à l'aide de croûtes de pain ramassées dans les rues, croûtes qui ne sont pas toujours de la plus grande propreté; ces croûtes sont torréfiées au four, puis broyées et mêlées à la poudre de chicorée.

Des essais faits sur du café-chicorée mêlé de pain torréfié, café-chicorée qui était vendu à Paris dans un magasin de la rue du faubourg Saint-Martin, a fait voir qu'à l'aide de l'eau iodée on peut reconnaître ce mélange. En effet, le produit de la décoction obtenu avec la chicorée pur ne bleuit pas, tandis que le produit provenant de la décoction de la chicorée mêlée de pain torréfié prend une teinte bleue par l'eau iodée.

Ces expériences ont été répétées, elles ont toujours fourni les mêmes résultats.

Le café-chicorée, allongé de débris de semoule et de vermicelle se reconnaît par le même procédé.

Il faut avoir soin d'étendre la décoction pour bien observer, à la lumière, l'action de l'eau iodée sur ces préparations.

(*La suite à un prochain numéro.*)

M. Édouard Robin a voulu prouver qu'il est un auteur perfectible : il a substitué une rédaction nouvelle à l'ancienne rédaction qu'il avait présentée de sa doctrine sur l'action des anesthésiques. M. Édouard Robin sera entièrement perfectionné quand il ne fera plus ni doctrine ni rédaction, et qu'il se contentera d'enseigner les éléments de chimie, ce qu'il fait, dit-on, avec un succès réel.

M. Leclerc a continué le cours de ses originales communications sur le système nerveux des plantes.

M. Virchow a fait une communication qui pourrait avoir un grand intérêt, si les faits qu'il avance étaient exposés d'une manière plus claire, et appuyés de preuves mieux développées : telle qu'elle se présente, cette Note ne peut qu'indiquer une voie dans laquelle il est possible de faire des recherches utiles.

Les candidats pour le prix Bréant commencent à se montrer ; sans prendre des airs de prophète, on peut prédire que ces candidats ne pécheront pas par la quantité.

H. DE CASTELNAU.

La salubrité publique à Paris.

Un publiciste distingué a publié, dans la *Presse*, l'intéressant article qui suit, à propos des utiles mesures que vient de prendre M. le préfet de police, concernant la salubrité de la ville de Paris. Nos lecteurs liront cet article avec intérêt.

Parmi les divers services de l'édilité parisienne, l'un des plus importants, qui a attiré de tout temps la sollicitude du gouvernement, est celui qui a pour objet l'entretien de la propreté dans les rues de Paris. Depuis Philippe-Auguste, le premier des rois de France qui rendit de sérieuses ordonnances sur cette matière, ce service est passé par bien des phases diverses, et il vient d'être récemment placé dans des conditions nouvelles.

Depuis le 1er septembre dernier, le nettoiement des rues de Paris, l'enlèvement des boues et immondices, le curage des égouts, l'arrosement de toutes les voies et promenades, ont été mis en régie administrative, et l'exécution de cette mesure a été confiée par M. le préfet de police à M. Laloue, inspecteur général de la salubrité.

L'essai tenté par M. le préfet de police, d'accord avec la commission municipale, a principalement pour but d'arriver graduellement à l'interdiction des dépôts d'ordures ménagères sur la voie publique, tout en sauvegardant l'industrie des chiffonniers, à l'enlèvement des boues et immondices avant l'heure d'une circulation active, enfin à un balayage sérieux et d'ensemble des rues de Paris, au moyen de cantonniers qui seraient chargés, sous leur responsabilité, de l'entretien pendant le reste de la journée. Pour faciliter la réalisation de ce programme, M. le préfet de police a autorisé l'inspecteur général de la salubrité à contracter, pour le compte de la ville, des abonnements avec les habitants, pour le balayage, l'arrosement, le bris de glace, etc., à leur charge, au prix mensuel de *deux centimes* par mètre de superficie.

La réunion dans une seule main des divers services concernant la propreté et l'assainissement de la capitale, services qui doivent nécessairement converger vers un même but, doit produire d'excellents résultats, si la main est habile et la tête intelligente ; on doit, dans tous les cas, savoir gré à M. Piétri d'avoir pris l'initiative de cette expérimentation. Mais pour arriver à de tels résultats, il importe que les habitants, et nous ne saurions trop fortement les y engager, secondent l'administration de tous leurs efforts ; car nous sommes obligé de constater, en jetant un coup d'œil rétrospectif, qu'à toutes les époques où des intentions semblables se sont produites, l'insuccès a dû être attribué aux difficultés suscitées et aux entraves apportées à l'exécution des ordonnances.

Philippe de Valois, en 1348, interdit les dépôts d'ordures ménagères sur la voie publique, sous peine de *soixante sols* d'amende. Depuis cinq cents ans, cette interdiction, toujours répétée, a constamment été éludée.

Charles VI, dans une ordonnance du 1er mars 1388, en commettant le prévôt de Paris à pourvoir diligemment au nettoiement des rues, est forcé, en présence de la négligence des petits et du mauvais vouloir des grands, de mentionner que l'on doit agir avec rigueur et sans égard aucun pour l'autorité, pour la noblesse ou pour les priviléges.

Le même roi, en 1399, rend une nouvelle ordonnance plus impérative que les précédentes, qui indique comme ne devant être « *quittes ni exempts, ni les religieux, ni ses très-chiers et très-amés cousins, ni son oncle, ni sa tante, le roy et la reyne de Sicile.* »

Les intentions étaient bonnes, mais les difficultés l'emportèrent, et, en 1476, la propreté des rues se trouvait plus que jamais négligée.

En 1607, pour la première fois, l'entretien des rues fut confié à une entreprise particulière, et pour en faciliter le succès, Henri IV rendit une ordonnance qui comprenait toutes les prohibitions renfermées dans les ordonnances modernes. On devait tenir les ordures ménagères dans un mannequin et les porter dans les tombereaux au moment de leur passage. Les rôles à la charge des habitants n'étant pas payés, l'entreprise ne put se soutenir ; d'autres se succédèrent et ne furent pas plus heureuses.

En 1637, le nettoiement des rues revint au prévôt de Paris ; et, après bien des efforts constamment infructueux jusqu'en 1666, le roi Louis XIV, voulant enfin pourvoir au désordre du service, forma un conseil composé du chancelier Pierre Séguier, du maréchal de Villeroi, du ministre Colbert, et de huit conseillers d'État ; Foucault y tenait la plume comme greffier.

Chacun des conseillers d'État eut la direction de deux quartiers de Paris, la ville n'étant alors partagée qu'en seize quartiers. La sollicitude du roi pour la propreté des rues était tellement grande, que le chancelier vint dire au conseil, le 11 novembre, que S. M. marcherait dans les rues, afin de voir si ses ordres à cet égard avaient été exécutés.

Le conseil, frappé de l'importance des attributions de la police, proposa, pour donner à ce service l'homogénéité qui fait encore sa force aujourd'hui, la création de la charge de lieutenant de police ; M. de la Reynie, maître des requêtes, en fut pourvu en 1667. Au nombre des attributions de ce magistrat, se trouva compris le nettoiement des rues et places publiques de Paris.

La police du nettoiement ne tarda pas à ressentir les effets de cette impulsion unique ; elle fut divisée en trois sections :

1° L'imposition, la perception et l'emploi des deniers nécessaires pour en faire la dépense ;

2° Le service des ouvriers employés dans chaque quartier de la ville pour cette entreprise ;

3° Enfin, les obligations imposées aux habitants.

La première et la dernière partie de cette organisation étaient plus fiscales qu'administratives ; elles furent confiées à un certain nombre des principaux citoyens sous le titre de directeurs ; les premiers magistrats de l'époque voulurent y concourir ; le chancelier Etienne d'Aligre, de Saint-Victor, les présidents de Bellièvre et de Nicolaï, et autres, apportèrent leurs lumières et leurs soins au succès de la création de M. de la Reynie.

Le roi nomma, en outre, un inspecteur général du nettoiement, chargé de faire chaque matin, sur le service de la veille, un rapport au lieutenant général de la police.

Mais, quelque complète qu'ait été dès lors la réforme du nettoiement des rues de la capitale, quelque zèle que les lieutenants généraux et préfets qui se sont succédé depuis M. de la Reynie aient apporté et recommandé à leurs agents, dans l'exécution des mesures arrêtées dans l'intérêt de la salubrité publique, de nombreuses difficultés en ont souvent paralysé les effets ; c'est pour vaincre ces difficultés que, depuis un peu plus de trois mois, le

service du nettoiement a été organisé sur des bases nouvelles, et que l'exécution en a été confiée exclusivement à l'administration de M. le préfet de police.

Dès à présent, nous pouvons constater des améliorations réelles. L'enlèvement des boues et immondices, qui n'était autrefois terminé en cette saison qu'à onze heures du matin, est aujourd'hui complétement achevé à neuf heures; c'est déjà un résultat satisfaisant. Ainsi on ne voit plus, à une heure assez avancée de la journée, des monceaux d'ordures épars sur la voie publique, piétinés par les chevaux, et dont l'enlèvement complet devenait presque impossible.

Après l'entier déblaiement des rues de Paris, c'est-à-dire de neuf à dix heures du matin, on fait, à l'aide d'une manœuvre fort intelligente et fort simple en même temps, un nettoyage général des ruisseaux au moyen de l'ouverture des bornes-fontaines. Au point de vue de la propreté et de la salubrité, c'est une excellente chose que de ne plus remuer des boues noires et épaisses, dont les miasmes infectaient les passants et les riverains.

Le service des ponts et chaussées est seul chargé, en ce moment, de l'*ébouage* des voies macadamisées; néanmoins, comme la circulation y devient impossible pour les piétons après la pluie, l'inspection générale de la salubrité a soin d'entretenir sur ces voies, lors des temps pluvieux, des passages dans l'axe des rues, afin de permettre au moins aux piétons de les traverser sans trop d'inconvénients.

Il est évident que les résultats de la réunion des divers services de la salubrité dans les mains de M. Laloue, ne pourront être sérieux qu'à partir du moment où ce chef de service sera maître de son terrain, et c'est pour y arriver qu'il a été autorisé par M. Piétri, préfet de police, ainsi que nous l'avons dit, à adopter le système d'abonnement avec les habitants. Ce n'est qu'une mesure *transitoire* pour arriver au *centime additionnel*. On y arrivera : il faut y tendre et y arriver. Mais quoique transitoire, l'abonnement n'en est pas moins, au point de vue du service, une mesure avantageuse pour les habitants eux-mêmes, car, en même temps qu'elle les décharge de toute espèce de responsabilité en ce qui concerne l'exécution des ordonnances de police sur cette matière, il est clair qu'au moyen d'un balayage d'ensemble, lorsque le pavé est détrempé par la pluie, on ne verrait plus les chaussées boueuses et glissantes une partie de l'année, et il suffira, quand nos rues seront parfaitement nettoyées, d'un entretien devenu alors très-facile, grâce au système de cantonniers *ad hoc*, pour que les boutiquiers et leurs acheteurs ne soient plus, comme ils l'ont été jusqu'à présent, même dans nos plus belles rues, exposés aux éclaboussures des chevaux et des voitures.

Donc, la réforme que M. le préfet de police vient d'introduire dans le service du nettoiement est utile et avantageuse à tous égards; les mesures auxquelles il a eu recours pour la mettre en pratique, quoique transitoires, seront efficaces.

Ém. Hubaine.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Un grand nombre d'échantillons de remèdes secrets;

2° Deux rapports, l'un sur une épidémie de rougeole, par M. Jacquey, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, l'autre sur une épidémie de dyssenterie, par M. Rousset, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarreguemines;

3° Échantillon d'une eau minérale sise à Escouloubre, arrondissement de Limoux;

4° Rapport sur les maladies traitées à l'hôpital militaire de Vichy pendant la saison de 1853, par M. Barthez, médecin en chef;

5° États de vaccination du département du Calvados.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

L'Académie reçoit trois communications relatives au choléra. Dans la première, M. le Dr Demanas préconise le sulfate de quinine comme spécifique, préventif du choléra; dans la seconde, M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, conseille d'injecter dans les veines de l'eau, de l'éther, du vin, du sulfate de quinine, etc., vu l'impossibilité de faire pénétrer des médicaments par d'autres voies; enfin, dans la dernière, un M. Juy-Gauthier préconise contre le choléra la formule suivante :

Faire prendre au malade au début :

Deux cuillerées à café de capricum en poudre, infusé dans un verre d'eau bouillante.

Gestation.

M. Delfrayssé adresse le résultat de ses réflexions sur l'action de l'iode pendant la gestation.

Urétrotomie.

M. Alquié, de Montpellier, adresse une observation d'urétrotomie pratiquée avec succès dans un cas fort grave, et qui a été publiée dans les annales de clinique de Montpellier.

Kystes osseux.

M. le Dr Missoux, de Fournols, adresse deux observations intéressantes de kystes osseux. (Renvoyées à l'examen de M. Gimelle.)

Vaccine.

M. Lauduyck, de Dunkerque, informe l'Académie qu'il lui serait agréable de savoir quelle a été l'appréciation de la commission de vaccine sur ses remarques pratiques touchant la vaccination. L'Académie lui adressera un exemplaire du rapport annuel sur la vaccine.

Perchlorure.

1° Continuation des explications de M. Burin-Dubuisson;

2° M. Pétrequin adresse pour se justifier, par des arguments péremptoires, de l'attaque inattendue de M. Malgaigne, l'observation d'un malade sur lequel il a employé la méthode de Brasdor et l'injection coagulante pour un cas d'anévrisme de la sous-clavière droite (ligature de l'axillaire; le malade est mort le douzième jour). A la suite de cette observation, l'auteur ajoute ce qui suit :

On a voulu, devant l'Académie de médecine (29 novembre), paraître étonné que je n'aie pas inséré cette observation dans mon Mémoire sur l'emploi du *perchlorure ferro-manganique dans le traitement des hémorrhagies, des anévrismes et des varices*. La raison, pourtant, en est des plus simples : mon manuscrit a été présenté à l'Institut le 19 septembre; comment aurais-je pu y faire mention d'une opération que je n'ai faite que le 27 septembre? Or, c'est ce même travail qui a été reproduit textuellement par la *Gazette médicale* de Paris, le 1er octobre; il ne pouvait donc pas en être question davantage.

L'orateur est allé plus loin : devant l'Académie il ne m'a accusé de rien moins que d'avoir fait annoncer en Belgique que j'avais pratiqué *une fois* l'opération nouvelle sur un anévrisme, tandis que j'aurais écrit ensuite à l'Institut que je ne l'avais *jamais* faite encore; puis, comme pour m'accabler sous le coup de ces contradictions écrasantes qu'il accumulait à plaisir, il ajoute, afin de ruiner à l'avance toutes mes chances de justification, que la communication belge *avait par malheur été faite la première;* enfin, il termine en signalant la mort de mon opéré, *ce que j'avais oublié de dire* (*Moniteur des Hôpitaux*, 1er décembre 1853). — Certes, voilà de graves accusations; malheureusement pour leur auteur, répliquerai-je à mon tour, il y a là autant d'erreurs et de fausseté qu'il y a d'assertions. L'Académie va en juger : 1° ma présentation à l'Institut a eu lieu le 19 septembre; la *Presse médicale* belge, qui en a parlé, a paru le 9 octobre; la publication belge n'est donc pas antérieure à la communication française, comme on le prétend; 2° à cette date on pouvait donc annoncer en Belgique que j'avais fait une fois l'opération nouvelle, tandis que, auparavant, la vérité m'obligeait d'écrire à l'Institut que je ne l'avais encore *jamais* faite; 3° si, tenant compte de la distance qui sépare Lyon de Bruxelles, on veut bien réfléchir que, pour arriver en temps utile, de manière à pouvoir être imprimée et paraître dans un journal hebdomadaire, le 19 octobre, une communication doit partir au moins le 2, on sera forcé de convenir qu'à cette époque on ne saurait être accusé d'avoir caché une mort, qui, non-seulement n'avait pas eu lieu, mais même que rien ne faisait encore pressentir. Il y a plus : l'opéré vivait encore à Lyon le jour où le journal paraissait à Bruxelles.

Bandage herniaire crural.

M. Lucien Boyer présente un bandage crural avec la note suivante :

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un bandage pour hernie crurale, non pas nouveau, mais généralement inconnu, et qui me paraît offrir des avantages positifs sur tous ceux que l'on emploie ordinairement.

Ce bandage n'est point de mon invention; il appartient à l'un des plus distingués et plus regrettables correspondants de l'Académie, le docteur Foulliou, ancien chirurgien inspecteur-général du service de santé de la marine.

Du vivant de M. Foulliou, je l'avais deux fois employé par ses conseils : ayant eu dernièrement besoin d'y recourir de nouveau, je n'ai pu rien voir d'analogue chez aucun bandagiste; il m'a été impossible de retrouver l'ouvrier qui l'avait fabriqué, il y a plusieurs années, sur les indications de M. Foulliou, de sorte que j'ai dû en diriger moi-même la fabrication.

Ce bandage est établi sur les données suivantes, très-judicieusement formulées par son inventeur : « Lui donner pour point d'appui toute la ceinture osseuse du bassin; le placer à l'abri de toute influence de la part des agents musculaires et de la flexion de la cuisse; éviter toute obliquité capable de favoriser son glissement. » D'une pelote postérieure appliquée sur le sacrum, se détachent deux ressorts exactement moulés sur la circonférence du bassin, et passant horizontalement entre la saillie formée par le grand trochanter et la crête de l'os des îles. Ces deux ressorts sont réunis antérieurement au moyen d'une ou deux courroies d'attache qui complètent une ceinture horizontale, placée à l'abri de l'action de tous les muscles moteurs de la cuisse, de tous les mouvements du membre et du tronc lui-même. De l'un de ces ressorts, se détache, à angle droit, le collet de la pelote dirigé verticalement en bas. L'élasticité qui fournit à celle-ci la force nécessaire à la compression de la hernie réside : 1° dans la flexion sur son plat de cette portion verticale qui supporte la pelote; 2° dans une certaine torsion imprimée à la branche de ceinture horizontale, près de l'angle de jonction de ces deux parties; c'est cette seconde condition qui est particulièrement délicate dans la fabrication de l'appareil, et efficace dans son application. La pelote agit exactement de bas en haut et d'avant en arrière sur l'orifice de l'anneau, et se trouve placée à la partie supérieure du triangle crural, entre les muscles adducteurs et le droit antérieur de la cuisse, dont elle évite l'action en même temps qu'elle se trouve à l'abri du soulèvement produit par la flexion du membre. Il en résulte que le sous-cuisse, souvent si gênant pour les malades, est complétement inutile. Dans le cas de double hernie, l'appareil peut tout aussi bien se terminer antérieurement par deux pelotes. Ce bandage, tout en n'offrant qu'un très-petit volume, maintient la hernie parfaitement réduite dans toutes les positions, et me paraît le plus efficace et le moins gênant. Je l'ai dernièrement encore employé avec un succès complet, chez deux nouveaux malades qui en avaient inutilement essayé un grand nombre d'autres.

En présentant à l'Académie cet appareil, que je pourrais presque appeler l'œuvre posthume de l'un de ses membres, persuadé qu'elle lui reconnaîtra des avantages réels, je n'ai d'autre but que d'appeler son attention et celle des praticiens, sur un bandage qui, s'il était plus connu, rendrait, dans ma conviction, de véritables services dans un grand nombre de cas.

Urétroscope.

M. Bonnafont adresse une demande de priorité qui renferme, entre autres détails, ce qui suit :

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Désormeaux a présenté un instrument destiné à porter la lumière dans le canal de l'urètre, etc.; cet appareil est en tout point semblable à celui dont je me sers depuis bientôt vingt ans, pour éclairer le conduit auditif externe. Je viens donc réclamer la priorité pour l'idée et pour la construction d'un instrument destiné à porter la lumière dans de grandes profondeurs, au moyen d'un foyer lumineux reçu par un miroir réflecteur dont la surface, présentant une inclinaison de 45 degrés, réfléchit directement la lumière dans un tube plus ou moins étroit. Toutes les parties, d'ailleurs, décrites par M. Désormeaux pour la composition de son instrument, se trouvent dans celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui a été construit, d'après mes indications, par M. Juglar, habile opticien de la marine, à Toulon, en 1833.

Trachéotomie.

M. Chassaignac a lu les articles dans lesquels M. Moreau-Boutard prétend avoir décrit le procédé décrit récemment par ce chirurgien; M. Chassaignac n'y a *rien trouvé qui soit relatif* aux trois points fondamentaux de son procédé.

Fièvre typhoïde.

M. le docteur Florentin (de Corrèze), adresse un Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Tannate d'iode.

M. Juillemant adresse une Note sur la dissolution de l'iode dans une solution de tannin (25 centigrammes d'iode pour 1 gramme de diss.).

Hémi-chorée syphilitique.

M. Costilhes, médecin adjoint à Saint-Lazare, adresse une observation de chorée attribuée à la syphilis.

Décès de M. Bouriat.

M. Bousquet donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bouriat, décédé il y a trois jours.

LECTURES.

Élève des sangsues.

M. Soubeyran donne lecture d'un travail étendu dont nous reproduisons ici les principaux passages :

« Un simple épicier, M. Borne, partant de cette idée bien naturelle que les sangsues, pour prospérer, doivent être placées dans des conditions pareilles à celles où elles vivent habituellement, sans avoir connaissance de ce qui avait été fait par d'autres, s'est mis à l'œuvre, et d'observations en observations, d'expériences en expériences, il est arrivé à former un marais artificiel qui est aujourd'hui en pleine voie de prospérité, et qui réunit mieux que tout autre les conditions nécessaires à la reproduction et à l'accroissement des sangsues.

« Aujourd'hui, le repeuplement de nos étangs est assuré, et l'on peut prévoir que, dans un nombre d'années assez limité, la France suffira de nouveau à sa consommation.

« Je me suis décidé à faire cette publication, parce que, d'une part, elle fait connaître les circonstances favorables à l'élève des sangsues dans les conditions de notre climat à Paris, et surtout parce que j'éprouve une véritable satisfaction à appeler l'attention éclairée de l'Académie sur le travail d'un homme aussi modeste qu'intelligent, doué d'un grand esprit d'observation, et qui seul, en quelques années, a su créer un établissement qui peut être pris pour modèle. Mon rôle n'est que celui d'un historien qui raconte. Tout le mérite de l'œuvre revient au fondateur.

Le nouveau et véritable marais à sangsues de M. Borne est situé à une lieue de Saint-Arnoult, dans la commune de Claire-Fontaine (Seine-et-Oise). Son étendue est d'un hectare. Il occupe le fond d'une vallée dont le sol est tourbeux.

L'eau s'y trouvait naturellement au niveau du sol, sous l'herbe. Le travail d'appropriation a pu être borné à creuser le sol en relevant les bords avec une portion de la tourbe enlevée. On a ainsi formé une série de bassins remplis d'eau, qui se sont naturellement garnis de plantes aquatiques, dont il faut de temps en temps châtier la trop rapide propagation.

La moitié du terrain est occupée aujourd'hui par les bassins à sangsues. Ils sont au nombre de vingt-huit.

Chaque année, M. Borne en creuse quelques nouveaux. La grandeur et la forme des bassins sont très-variées. D'abord M. Borne en avait fait des grands; mieux éclairé par l'expérience, il a reconnu que les petits bassins sont plus avantageux. Il leur donne 6 mètres de longueur sur 3 mètres de large et 1 mètre de profondeur.

Ainsi, l'œil en embrasse facilement toute l'étendue et y reconnaît aussitôt la présence des ennemis des sangsues, que la main armée d'un filet doit toujours être prête à saisir et à mettre à mort.

M. Borne nourrit les sangsues avec le sang des animaux que l'on abat dans la boucherie du pays. Son expérience ici donne un démenti formel à quelques entêtés qui prétendent encore que le sang des animaux à sang chaud est funeste aux sangsues; mais ce qui est plus important, elle dément aussi l'opinion de ceux qui veulent que le sang ne leur soit bon qu'autant qu'elles le sucent elles-mêmes sur l'animal vivant. M. Borne réussit à merveille en faisant prendre aux sangsues le sang encore chaud. Ce résultat est d'une grande importance, car il contribuera certainement à empêcher les éleveurs d'adopter généralement la méthode pratiquée, dans certains pays et en particulier dans le Bordelais, où des chevaux et des ânes sont promenés dans les marais pour satisfaire au besoin impérieux de nourriture des sangsus et ne tardent pas à périr épuisés par ce régime barbare.

Toute sangsue qui n'a pas été nourrie ne reproduit pas ou reproduit mal. Introduit-on dans les marais des sangsues qui n'aient pas été gorgées, il faut auparavant leur faire faire un repas. A cet effet, on les porte à la boucherie. Au moment où le bœuf, le veau, le mouton, viennent d'être saignés, on bat le sang pendant quelques instants pour enlever la fibrine et empêcher la formation du caillot, puis on y plonge les sangsues que l'on y laisse pendant plus ou moins de temps, suivant leur âge ou leur état de santé. On les retire, on les lave avec de l'eau tiède, on les remet dans de l'eau fraîche et on les reporte dans les bassins. Parfois encore, M. Borne transporte le sang au marais; il en sépare la fibrine par le battage, puis il enveloppe les vases qui le contiennent avec grand soin pour empêcher le refroidissement pendant le trajet.

Les grosses sangsues doivent faire un repas à l'automne, avant le moment où elles vont s'enfoncer en terre pour passer l'hiver. Alors aux premières chaleurs, elles sortent, s'accouplent et les cocons ont toute la belle saison pour éclore. Si, au contraire, les sangsues ne reçoivent de nourriture qu'au printemps, elles s'enfoncent en terre pour digérer, ne s'accou-

plent que tard et les cocons ont de grands risques à courir pendant l'arrière-saison.

Quant aux petites sangsues nées dans les marais, M. Borne les soumet à un semblable traitement, seulement il a trouvé bon de les nourrir de préférence avec le sang moins substantiel des veaux. A peine sont-elles nées, que leur avidité est extrême. Elles s'attachent aux mains ou bien à la peau des animaux avec une remarquable voracité. Dans les deux premières années de leur vie, ces petites sangsues croisent avec une extrême lenteur; leur accroissement devient ensuite assez rapide pour qu'en deux ans elles décuplent de poids. Je dois rappeler que la nature de l'eau a une influence marquée sur le résultat. Dans le jardin de M. Borne, les petites sangsues, nourries de la même manière, ne profitaient pas et n'ont pris rapidement de la taille qu'après qu'elles eurent été rapportées dans les marais de Claire-Fontaine.

C'est une bonne opération d'acheter des filets au printemps et de les élever. M. Borne leur fait prendre trois repas par an. Le premier doit être léger, car on a souvent affaire à des sangsues fatiguées par le voyage, qu'une forte nourriture incommoderait. Vers le milieu de l'été, on en fait la pêche, on leur donne un repas de sang et on les reporte au marais : à l'automne, elles sont pêchées de nouveau et elles prennent leur dernier repas de l'année. Sous l'influence de ce régime, pourvu qu'elles ne soient pas tenues dans une eau trop vive, des sangsues filets de 20 centigrammes arrivent en deux ans à peser 1 gramme et demi à 2 grammes et peuvent être mises en vente. Toutes les espèces ne profitent pas également. Dans les marais de M. Borne, ce sont les sangsus grises de Hongrie qui arrivent le plus vite à la taille marchande.

Le temps pendant lequel les sangsues doivent rester plongées dans le sang est différent suivant leur taille et leur état de santé. L'expérience de l'éleveur doit ici lui servir de guide. Pour ler sangsues vaches, c'est environ cinq à six minutes ; pour les sangsues moyennes, dix minutes ; un quart d'heure pour les filets, jnsqu'à une demi-heure pour les sangsues toutes jeunes. Le temps doit être abrégé pour les sangsues fatiguées.

On opère à la fois sur 6 à 7 kilogr. de sangsues. Quand on les a sorties du sang et qu'on les a eu bien lavées, on les passe en revue pour mettre à part toutes les paresseuses qui n'ont pas mangé et que l'on réserve pour un autre jour; sans quoi, quand leur appétit viendrait à renaître, elles ne se feraient nul scrupule d'entamer la peau des autres et d'aller y chercher le sang qu'elles avaient d'abord refusé.

Ces détails font apprécier un des avantages que l'on trouve à multiplier les bassins, pour séparer les sangsues d'âges différents qui ne doivent pas être traitées de la même façon.

Une sangsue, après chaque repas, doit peser le double de ce qu'elle pesait à jeun. Cette nourriture leur est absolument indispensable, car elles ne trouveraient pas à vivre dans des bassins où on les réunit en trop grand nombre. M. Borne a d'ailleurs constaté que les sangsues qui ont été nourries sont plus précoces dans leur accouplement, et qu'elles font des cocons où les petites sangsues sont en plus grand nombre et naissent plus vigoureuses.

Tous ces résultats pratiques sur la nourriture des sangsues tranchent nettement un point de leur histoire qui était encore controversé. Devant des expériences aussi positives, force est bien de s'incliner.

Dans les soins à donner aux cocons pour les amener à bien, et aux jeunes sangsues après leur naissance, brillent l'intelligence et l'esprit observateur de M. Borne. Personne, avant lui, n'était arrivé à des résultats pratiques aussi intéressants.

On sait que lorsqu'il y a possibilité pour elles, les sangsues font leurs cocons dans la terre molle et humide, en dehors de l'eau, à une petite distance au-dessus de son niveau. Si ces conditions sont maintenues et que les jeunes sangsues aient le temps d'éclore, aussitôt nées, elles vont au marais. Mais si la terre est séchée et si la sécheresse a atteint les cocons avant la sortie des sangsues, elles sont perdues; elles le sont encore si le niveau de l'eau s'élève et si les cocons sont inondés avant le moment où les sangsues seraient en état d'en sortir. De là, le vice de la pratique des Bordelais, qui, chaque année, suivant la judicieuse remarque de M. Vaison, perdent une grande quantité de cocons, en mettant leurs marais à sec. Une partie est brûlée par le soleil, une autre est noyée dans le moment où l'on rend l'eau au marais.

M. Borne jouit de l'avantage naturel d'un marais où l'eau garde toujours son même niveau. Les bords, ai-je dit, sont relevés par une portion de la tourbe qui a été retirée pour les creuser. C'est un sol mou, humide, favorable au dépôt des cocons; les sangsues viennent les y disposer, de préférence à l'exposition du midi ou du levant. On sait que dans l'état de nature, elles creusent de petits conduits dans lesquels elles disposent leurs cocons. M. Borne prend le soin de leur préparer leurs chambrées. Quand il s'aperçoit que les sangsues s'accouplent, il se met en devoir de disposer, sur les bords sud et est des bassins, des cavités dans lesquelles les sangsues puissent trouver un abri facile et commode. Il soulève la couche superficielle de tourbe du bord de 15 à 20 centimètres de la surface, et trace, sur la couche inférieure du marais, et en appuyant sur la tourbe avec le doigt, de petits sillons creux qui descendent jusque dans l'eau, et qui s'élèvent dans une longueur de 20 à 25 centimètres. Il les recouvre avec la motte de tourbe qu'il avait d'abord soulevée. Ainsi se trouvent établies des galeries souterraines dont l'ouverture plongeante est atteinte sans difficulté par les sangsues qui y montent jusqu'à la hauteur qui leur convient. Elles y déposent leurs cocons, que souvent on y trouve accumulés à la suite les uns des autres sous forme de chapelets. De temps à autre, on soulève de nouveau les mottes qui recouvrent les galeries, et l'on enlève les cocons formés. Car il faut éviter que les petites sangsues ne naissent dans les bassins qui servent d'habitation aux grosses. On ne pourrait leur donner les soins qu'elles réclament, et elles seraient presque infailliblement perdues.

Un petit bassin séparé, que l'on pourrait appeler bassin d'incubation, est destiné à abriter les cocons et à recevoir les jeunes sangsues à leur naissance. C'est une des plus heureuses créations de M. Borne. Je vais tâcher d'en donner une idée exacte.

Sur le bord d'un petit bassin creusé dans la tourbe et garni comme les autres de plantes aquatiques, M. Borne pose une caisse en bois rectangulaire, sans fond. De petites galeries pratiquées dans la tourbe partent de la surface comprise entre les côtes de la caisse, s'enfoncent et vont communiquer avec la vase du bassin. Le sol qui forme le fond de la caisse recouvert d'un lit de mousse, et sur ce lit de mousse, on range les cocons sur une épaisseur de trois rangs. On les y apporte à mesure de la récolte. On les couvre de mousse, et on ferme la boîte avec un couvercle de bois. Pour la préserver du soleil, on met encore par-dessus deux ou trois couches de mottes de tourbe. Les sangsues naissent quand leur moment est venu, à des époques différentes pour chaque cocon. Elles passent à travers la mousse, descendent dans les galeries et vont gagner la vases du marais. Les cocons tardifs qui auraient péri infailliblement se conservent jnsqu'au printemps et n'éclosent qu'aux premières chaleurs. Pendant l'hiver. M. Borne les garantit de la gelée, en recouvrant la boîte avec une couche de tourbe de 30 à 40 centimètres d'épaisseur. Dans ce petit bassin, les jeunes sangsues sont pêchées par les mêmes procédés que les grosses, en battant l'eau et en les ramassant avec un filet à mesure qu'elles arrivent, excitées par le besoin de nourriture et par l'espoir de s'attacher à une proie.

Tous ces soins seraient perdus, si une surveillance continuelle et défensive n'était exercée sur les marais. C'est encore là un des points qui distingue l'établissement de M. Borne et pour lequel son exemple est excellent à suivre. La sangsue est menacée sans cesse : sans cesse il faut surveiller l'ennemi.

En arrivant au marais de Claire-Fontaine, on le voit entouré d'une ceinture formée par un fossé plein d'eau et entretenu toujours en bon état. C'est un premier corps de défense qui empêche certains ennemis de passer et qui permet d'apercevoir et de saisir ceux qui tenteraient le passage.

Au centre des marais, est bâtie une cabane rustique, aux formes pittoresques, sorte de hutte faite en bois et en terre et couverte de bruyère. Quand on y pénètre, on se trouve dans une pièce qui sert en même temps de cuisine, de magasin pour les outils et les engins de pêche. Au-dessus est une chambre ou plutôt une hutte supérieure où l'on n'arrive que par une échelle, que l'habitant de ce réduit peut retirer après lui; véritable observatoire d'où le gardien, comme un nouveau Robinson, explore tout le voisinage et reconnaît au loin tous ceux qui voudraient approcher. En même temps, il a l'œil sur les bassins. La vigueur et la vigilance du gardien dégoûtent les pêcheurs braconniers de tenter toute surprise et son fusil a bientôt débarrassé le marais des oiseaux aquatiques qui auraient l'impudence de venir s'y abattre, dans l'espoir d'un repas facile et copieux.

Pendant le jour, tout en donnant ses soins aux sangsues, le gardien veille encore sur les méfaits des rats d'eau, des taupes et des musaraignes, ou bien il tente, par des appâts, les hydrophylles, les dytisques et autres insectes dévorants dont il faut débarrasser incessamment le marais. Cette surveillance de tous les instants, jointe aux améliorations que M. Borne a introduites dans l'aménagement des sangsues, a fait tous ses succès.

L'établissement de M. Borne est en pleine prospérité. Il a maintenant des dépôts dans les départements environnants où ses sangsues sont préférées de beaucoup aux sangsues ordinaires du commerce. Chaque année, il applique à son industrie ses économies, malheureusement trop faibles pour lui permettre de donner de suite à son établissement une grande extension; mais ce qui est fait répond de l'avenir, et les marais de M. Borne sont appelés à prendre une grande importance. Personne, avant lui, n'avait étudié avec autant de sagacité les conditions nécessaires à la reproduction des sangsues, et n'avait assuré, par des procédés aussi intelligents, le succès de cet art nouveau. Il a résolu complétement le problème qu'il s'était posé.

Plusieurs membres, parmi lesquels M. Chevallier, proposent de décerner une médaille à M. Borne, et malgré l'opposition de quelques autres, l'Académie nomme une commission pour examiner cette proposition.

Vaccine et fièvre typhoïde.

M. Bricheteau lit, sur ce sujet, un Rapport sur lequel nous reviendrons.

A 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Décembre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Chimie anatomique. — Cellulose végétale dans la rate malade.

M. Virchow communique de *nouvelles observations sur la substance animale, analogue à la cellulose végétale.*

« Dans une Note antérieure, dit-il, j'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie, la découverte d'une substance particulière, trouvée dans le cerveau et la moelle épinière de l'homme, et donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale.

« Désirant poursuivre cette découverte, j'ai cherché la nouvelle substance dans la plupart des tissus sains et morbides du corps humain ; et je l'avais cherchée en vain, lorsqu'elle s'est présentée à moi dans un cas pathologique rare, dans une affection assez mal décrite de la rate humaine, qui commence par une dégénération presque colloïde des follicules (corpuscules blancs de Malpighi). En Allemagne, on désigne communément sous le nom de *wachsmilz* (rate cireuse), cette dégénération qui est considérée par quelques pathologistes comme un épanchement albumineux ou fibrineux, par les autres comme une dégénération graisseuse ou vraiment colloïde. En effet, les follicules (vésicules, corpuscules blancs) de la rate, sont transformés de la périphérie au centre en une masse d'apparence homogène, transparente, grisâtre ou jaunâtre, qui se présente sous la forme de grains, comparables aux grains de sagou cuits. Depuis longtemps je savais que ces grains se composent de petits corpuscules microscopiques, un peu irréguliers, mais tout à fait homogènes, qu'on peut considérer comme résultant de la transformation des cellules lymphatiques, qui forment le contenu des follicules spléniques. En observant au microscope les effets des agents chimiques sur ces corpuscules, on voit qu'ils deviennent pâles par l'acide acétique, et l'on obtient un précipité granuleux dans les interstices des corpuscules, quand on ajoute à la préparation acidulée un peu de ferro-cyanate de potasse. L'acide nitrique chaud produit une couleur jaune, qui devient brunâtre par l'addition de l'ammoniaque caustique, couleur due évidemment à l'acide xanthoprotéique. C'est pour ces raisons que j'avais considéré autrefois les corpuscules, comme composés d'une substance albuminoïde solide. Cependant, frappé par la ressemblance des corpuscules cireux de la rate et des corpuscules amylacés du cerveau, je tentai dans un cas nouveau, l'action de l'iode et de l'acide sulfurique, et je vis apparaître avec une promptitude surprenante, la couleur violacée de la cellulose.

« Je dois ajouter que j'ai pu constater l'exactitude de cette réaction dans plusieurs préparations anciennes de notre collection pathologique, conservées dans une faible dissolution d'alcool. La substance jouit d'une telle fixité, qu'elle est encore sans altération dans une rate macérée dans l'eau courante pendant quinze jours.

« J'ajouterai, en terminant, que cette dégénération singulière de la rate appartient principalement aux états de cachexie, et qu'elle se trouve, le plus souvent, chez des malades soumis à des affections ulcéreuses très-prolongées. »

Structure de la rétine.

M. Kölliker adresse le complément suivant à une Note précédente :

« M. Remak, de Berlin, vient de présenter à l'Académie une Note dans laquelle il avance que plusieurs des observations contenues dans la communication de M. Müller et de moi, sur la structure de la rétine, lui appartiennent et ont été publiées dans le Compte rendu de la séance du 12 mai 1853 de l'Académie de Berlin. Cette communication m'oblige, bien contre mon gré, à une réponse que je donnerai en peu de mots.

« M. Remak paraît oublier les travaux récents sur l'anatomie de la rétine, sans cela il ne pourrait pas prétendre à avoir découvert : 1° que les fibres nerveuses de la rétine sont des prolongements des cellules nerveuses multipolaires de cette membrane, et 2° que la *macula lutea* n'est composée que de telles cellules. La première découverte a été faite longtemps avant le 1er mai 1853 par M. le marquis Cort, de Turin, et publiée dans les *Archives* de Muller, 1850, page 274. Quant à l'autre fait, mentionné par M. Remak, il a été publié par moi, presque un an avant lui, dans les *Comptes rendus de la Société médicale de Wurzbourg*, t. 3, 1852, p. 325, et dans mon *Traité d'Histologie* qui a paru au mois d'octobre 1852, p. 604. De plus, M. Bowman a déjà dit assez clairement, que la *macula lutea* ne consistait, dans sa couche la plus interne, que de cellules nerveuses (voir *Lectures on the eye; London*, 1849, p. 91, 92); seulement cet excellent observateur n'a pas insisté sur l'absence d'une couche de fibres nerveuses en cet endroit, et n'a pas parlé des conséquences physiologiques qui peuvent être tirées de ces faits.

« Outre les deux points mentionnés, M. Remak en signale encore un troisième, qu'il dit avoir été découvert par lui et confirmé par M. Müller et moi, savoir que des cellules nerveuses se trouvent à la surface interne de la rétine entière. Ici aussi, la mémoire de M. Remak est en défaut ; nous avons, M. Müller et moi, dit longtemps avant M. Remak, que les fibres nerveuses du nerf optique forment la couche la plus interne de la rétine, et que les cellules nerveuses ne sont à découvert qu'en un seul endroit, savoir à la *macula lutea*. Nous sommes donc bien loin de confirmer le troisième point cité par M. Remak, lequel, d'après nous, repose sur des observations qui ne sont rien moins qu'exactes. »

Système nerveux des plantes.

M. Leclerc adresse de nouvelles recherches qu'il résume dans les deux propositions suivantes :

« 1° Le point de départ de l'ovule végétal est un peu de matière nerveuse ;

« 2° Le premier organe qui apparaît dans l'œuf végétal n'est autre que l'appareil nerveux. »

Traitement du choléra.

M. Beauregard annonce qu'il a continué avec succès, dans le traitement du choléra épidémique, l'emploi de l'éther laudanisé à haute dose.

Effets de la pression atmosphérique sur l'économie.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note que les comptes rendus résument ainsi :

« L'auteur croit pouvoir conclure, des expériences rapportées dans cette Note, que les variations de pression atmosphérique sont loin d'exercer l'influence qu'on leur suppose. Suivant lui, l'erreur vient de ce que, dans la plupart des cas que l'on a considérés, en même temps qu'il y a diminution de pression à la surface du corps, il y a raréfaction de l'air qui pénètre dans nos poumons, et par suite diminution de la quantité d'oxygène, nécessaire pour l'accomplissement normal de l'hématose. »

Anesthésiques.

M. Ed. Robin adresse une nouvelle rédaction d'un Mémoire qu'il avait récemment présenté à l'appui de sa théorie du *mode d'action des anesthésiques*, et prie que ce manuscrit soit substitué au premier.

Sécrétion du lait.

M. Missoux adresse, de Fournols, l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique chez une femme sur laquelle il avait pratiqué l'*amputation de la mamelle*. « Dix-huit mois après cette opération, dit le compte rendu, le mamelon correspondant a fourni du *lait* pendant toute la période de lactation. »

THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi du jus de citron dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu,

Par M. J. PERKINS.

M. Perkins a déjà publié, il y a longtemps, un travail sur ce sujet ; il y revient de nouveau, et dit avoir appris que le docteur Golden, médecin de l'hôpital Saint-Thomas, de Londres, expérimente en grand cette médication, et que déjà il est arrivé à ce double résultat :

1° Que le traitement par le jus de citron se montre d'autant plus efficace que les phénomènes du rhumatisme se rapprochent de ceux de la goutte ;

2° Qu'il faut bien se garder d'insister trop longtemps sur l'usage de ce remède, à cause de son action *fortement hyposthénisante*.

En attendant que M. Golden publie ses observations, en voici une qui appartient à M. Perkins lui-même, et qui permettra déjà d'apprécier cette médication.

OBS. — « Je fus appelé, le 23 juillet dernier, pour donner des soins à une dame qui présentait les phénomènes suivants : Pouls légèrement accéléré, peau un peu chaude, anorexie, soif, langue

blanchâtre. Le genou droit est gonflé et douloureux, impossibilité d'extension de la jambe. Agée de 21 ans, un peu grande et maigre, mère d'un enfant qu'elle venait de sévrer, elle avait fait, avec son mari, un voyage d'agrément de trois mois.

« Le 21 juillet, elle avait été prise d'une forte douleur aux reins, qui, le lendemain, se transporta sur l'insertion du deltoïde, pour se déplacer de nouveau et se fixer sur le genou. Comme elle insistait sur la possibilité pour elle de retourner en France, je me bornai cette nuit-là à l'usage *d'une once de jus de citron sucré, toutes les quatre heures; thé de tilleul pour boisson.*

« Insomnie. Augmentation, le 24, de la douleur de l'articulation; vives douleurs le long du nerf sciatique de la cuisse gauche. *Infusion de séné, sel d'Epsom, teinture de jalap, deux fois; continuation du jus de citron toutes les quatre heures.*

« Deux selles copieuses. La nuit fut assez mauvaise; le 25, bain d'une heure à 30 degrés Réaumur. Les articulations des doigts de la main droite sont gonflées et douloureuses. *Frictions avec le baume tranquille; on continue le jus de citron.*

« Pendant cette journée, ainsi que celle du 26, les urines déposent fortement. Les douleurs s'amoindrissent et disparaissent peu à peu; le 26 au soir, le pouls offre 65 pulsations; la peau est fraîche. L'appétit s'étant manifesté, on permet deux potages gras. *On cesse l'usage du jus de citron.*

« Le 27, toute douleur et roideur de l'articulation ont disparu; madame Lem.... se plaint du froid. Pouls faible. *Deux potages gras, poulet rôti, eau rougie.*

« Le 28, il ne reste plus de traces de l'affection rhumatismale. Depuis la veille, les urines sont devenues naturelles; la langue se nettoie.

« Le 29, madame Lem...., garantie contre les intempéries atmosphériques par des vêtements de laine sur la peau, a pu continuer son voyage.

« C'est à regret que la malade a abandonné l'usage du jus de citron, malgré la quantité assez forte qu'elle en avait ingérée. L'affection des petites articulations m'ayant beaucoup frappé, je m'informai avec soin de la prédisposition goutteuse dont elle aurait pu hériter; mais elle m'affirma que personne de sa famille n'avait souffert de la goutte. »

(*Journ. de Méd. de Bruxelles.*)

Guérison d'un cas de gangrène pulmonaire.

Par le professeur Skôda, *de Vienne.*

Dans ce cas remarquable et que nous croyons sans pareil dans les annales scientifiques, *Skôda* a administré, d'après l'usage analogue du camphre dans les cas de gangrène extérieure, l'huile de térébenthine en inhalations; ce médicament s'évaporant, d'une manière relative, plus facilement que le camphre. L'huile de térébenthine versée sur de l'eau bouillante fut inhalée par le malade toutes les deux heures pendant quinze minutes. Le foyer gangréneux, d'après le percussion, était de la grandeur du poing; l'air y pénétrait dans l'inspiration et en sortait dans l'expiration, circonstance qui nous fait conclure que les vapeurs térébenthinées ont été en contact immédiat et direct avec la partie gangréneuse du poumon. En outre, l'odeur de violettes répandue par les urines prouvait clairement le passage de la térébenthine dans le torrent de la circulation.

A l'intérieur, le malade prit du sulfate de quinine et des opiacés. Les inhalations de térébenthine ne produisirent aucune irritation; l'appétit revint, l'odeur fétide des crachats disparut, et une notable amélioration ne se fit pas attendre; elle fut bientôt suivie d'une complète guérison.

Skôda ajoute que déjà *Laënnec* avait observé des guérisons de gangrène du poumon, et que lui-même a constaté une fois la guérison d'un cas semblable, par l'autopsie cadavérique d'un homme mort d'une autre maladie, une année environ après la guérison de la gangrène pulmonaire; mais que le cas observé et relaté est surtout remarquable par l'énorme étendue de la maladie et la complète guérison. Dr Rodenberg.

(*Neue medicinisch-chirurgische Zeitung*, N. 16, p. 289.)

Angine pseudo-membraneuse.

Dans les cas d'angine pseudo-membraneuse, M. *W. Budd* conseille de coucher l'enfant malade dans un lit fermé de tous côtés par des rideaux. Au milieu du lit on placera un vase rempli d'eau bouillante, dans laquelle on jettera à chaque instant une brique chauffée au rouge pour produire une grande quantité de vapeur. Dans cette atmosphère humide et chaude, la maladie s'améliore à vue d'œil. On administrera en même temps aux petits malades des vomitifs. De dix enfants qui avaient été soumis à ce traitement, huit ont été parfaitement et vitement guéris; les deux autres qui ont succombé n'avaient été soignés que lorsque la maladie avait déjà fait d'énormes progrès.

(*Medical Times and Gaz*, 1852, June.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — État stationnaire. Plusieurs cas se sont développés pendant les deux derniers jours dans le 11e arrondissement, très-peu affecté jusqu'à présent.

— *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* — Les épreuves de ce concours ont recommencé aujourd'hui par une épreuve orale. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *La moelle épinière.*

— Dans le comité secret qui a eu lieu hier à l'Académie des sciences, l'Académie a ajouté, à la liste des candidats proposés par la commission, le nom de M. Elie de Beaumont. MM. Régnault et de Sénarmont ont refusé la candidature, qu'on les supposait disposés à accepter. Les candidats connus se trouvent donc tous sur la liste; ce sont MM. Lamé, Ch. Dupin, Pouillet et Elie de Beaumont.

— Les *Annales de clinique* annoncent que le nombre total des élèves inscrits depuis la rentrée, à la Faculté de Montpellier, s'élève à 280. Ce nombre avait été, pour les cinq années précédentes, de 170, 239, 248, 256 et 270. Il y aurait donc cette année une très-légère augmentation.

— On nous informe que M. le docteur Darralde, inspecteur des Eaux-Bonnes, dont le nom est aussi connu qu'estimé dans la science hydrologique, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

BIBLIOGRAPHIE.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur Bouchardat. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 cent.

En vente chez LABÉ, libraire de la Faculté de médecine, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23 (ancien n° 4), à Paris.

La DEUXIÈME livraison du nouveau Dictionnaire lexicographique et descriptif

des Sciences médicales et vétérinaires,

Comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, la pathologie spéciale, l'hygiène, la thérapeutique, la pharmacologie, l'obstétrique, les opérations chirurgicales, la médecine légale, la toxicologie et les sciences accessoires, avec planches intercalées dans le texte; suivi d'un **Vocabulaire biographique**, par MM. *Raige-Delorme*, D.-M., bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, etc.; *H. Bouley*, professeur de clinique et de chirurgie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, etc.; *Ch. Daremberg*, D.-M., bibliothécaire honoraire de l'Académie de médecine, etc.; *J. Mignon*, ancien chef de service à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, etc.; avec la collaboration de M. *Ch. Lamy*, pour la chimie.

Prix de cette 2e livraison : 4 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 151. 1re année. Samedi 17 Décembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de la Société de chirurgie du 14 décembre. — **SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE** : Rapport sur l'ouvrage de M. Spérino, par M. Cullerier. — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.** — **CLINIQUE ETRANGÈRE** : Trois cas de désarticulation coxo-fémorale, par M. J.-F. Heyfelder. — **THÉRAPEUTIQUE** : Du traitement préventif de la fièvre typhoïde, par M. le Dr Miergues. — Maladies des enfants. Eczéma et favus. — **CORRESPONDANCE** : Traitement du choléra par l'eau froide, par M. Tourrette. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 16 *Décembre* 1853.

Séance de la Société de chirurgie du 14 Décembre.

La grande discussion sur le chloroforme, depuis longtemps interrompue, a été remise encore à la prochaine séance, et remplacée par la lecture d'un rapport de M. Cullerier sur le livre de M. Spérino, de Turin.

Quoique l'immonde folie de la syphilisation soit aujourd'hui rayée de la liste des idées sérieuses, nous avons cru devoir reproduire toute la partie du rapport de M. Cullerier, relative à la prétendue nouvelle doctrine du médecin piémontais ; M. Cullerier n'a pas eu de peine à montrer que les expériences de M. Spérino avaient été parfaitement interprétées par la commission de l'Académie de Turin, et que ces expériences prouvaient, ce qui était d'ailleurs inutile à prouver, que la syphilisation, même réduite aux applications curatives, ne pouvait pas plus se justifier au point de vue scientifique qu'au point de vue moral.

M. Cullerier a saisi l'occasion qui se présentait à lui pour faire quelques excursions dans le domaine de la doctrine syphilitique. On sait que, sur ce point, l'honorable rapporteur adopte les idées de M. Ricord ; on sait aussi que l'observation nous a depuis longtemps obligé à renoncer à ces idées. Mais l'occasion de les discuter se présentera trop prochainement pour que nous voulions atténuer aujourd'hui, par une critique, les éloges que nous sommes heureux de donner à M. Cullerier, pour le bon rapport qu'il vient de rédiger, mieux que cela, pour la bonne œuvre qu'il vient d'accomplir.

La Société, en renvoyant la discussion du chloroforme, a soulevé un incident d'un assez grand interêt pour qu'il ne soit peut-être pas inutile d'y insister un moment.

M. le président Denonvilliers proposait à la Société de le faire voter sur les conclusions du rapport de M. Robert, conclusions dont plusieurs sont des préceptes. A cette proposition, plusieurs membres ont objecté, avec M. Morel-Lavallée, qu'il y aurait des dangers pour une Société à voter, c'est-à-dire à se prononcer définitivement sur des questions scientifiques, à mettre en quelque sorte une barrière aux progrès de la science, ajoutant, d'ailleurs, qu'une telle manière de procéder n'est pas dans les usages des Sociétés savantes.

En général, la thèse de M. Morel est vraie : il ne faudrait pas vouloir faire des Sociétés savantes autant de conciles décrétant des dogmes infaillibles. Mais, exceptionnellement, la proposition de M. Denonvilliers est très-acceptable, et elle est surtout fondée sur des précédents. L'Académie de chirurgie a souvent voté sur des propositions scientifiques, et l'Académie de médecine a tout récemment fait de même, à propos de la syphilisation et à propos de la vaccine, et cela spontanément et non pas après y avoir été invitée par l'administration.

L'occasion est-elle favorable à la Société de chirurgie, pour suivre l'exemple de ses aînées ? Sur ce point, nous concevons qu'on discute, et, pour notre part, nous n'oserions pas hasarder une opinion. La Société, en cette conjoncture, est le meilleur juge de ses propres intérêts ; tout ce que nous avons voulu rappeler, c'est qu'en principe elle ne manquerait point aux usages reçus, en adoptant la marche proposée par M. Denonvilliers.

H. DE CASTELNAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 décembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Rapport sur l'ouvrage de M. Spérino,

Par M. Cullerier.

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de l'ouvrage dont vous a fait hommage M. le docteur Casimir Spérino, de Turin, et qui a pour titre : *La sifilizziazione studiata qual mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree;* la syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes.

J'éprouve un tel éloignement à m'occuper de tout ce qui a trait à la syphilisation, que, pour me décider à faire ce rapport, il m'a fallu être sollicité d'abord par le sentiment d'un devoir à remplir envers la Société et ensuite parce que j'ai pensé que si la doctrine était déjà irrévocablement condamnée dans l'esprit de la plupart d'entre nous, il pourrait néanmoins s'en trouver quelques-uns qui, incertains encore de l'opinion qu'ils doivent se former, attendent de la lecture de ce livre des documents capables de les éclairer.

Ce n'est pas la première fois que la question de la syphilisation se présente devant la Société de chirurgie, et déjà, dans deux circonstances, nous avons eu à nous en occuper. C'est ici, en effet, que s'est produite la doctrine dans un mémoire dont nous avons dû entendre la lecture et sur lequel il nous a été ensuite impossible d'entamer une discussion, parce que presque immédiatement il fut retiré par son auteur. C'est ici qu'il nous fut donné d'observer une des premières et une des plus retentissantes applications de cette doctrine, celle qui eut lieu sur le jeune médecin allemand qui voulut bien se soumettre à notre examen. C'est ici, on s'en souvient, qu'à la vue du hideux tableau qui passa sous nos yeux, la syphilisation reçut une grave atteinte au point de vue moral et une réprobation à peu près unanime au point de vue de son opportunité, et cela, qu'on me permette de le rappeler avec quelque satisfaction, par un élan spontané qui eut lieu à la suite de quelques paroles que je prononçai et où j'annonçais le peu de fondement de la doctrine et le triste avenir qui lui était réservé.

Il est vrai qu'alors et depuis cette époque, on a prétendu que la Société avait condamné la syphilisation sans la discuter. On a dit que cela avait été pour nous une affaire de sentiment et que ce n'est point ainsi que doivent procéder des hommes de science. Messieurs, il me semble qu'une réunion de travailleurs qui, avant tout, veut pour elle-même la moralité dans l'art et qui a droit de l'exiger dans les autres, eût été bien mal venue et eût menti à son premier principe en accueillant des doctrines qui choquent également le sens moral et la raison scientifique. On a dit que nous voulions opposer au progrès une barrière aveugle. Dans la question actuelle, la Société de chirurgie peut accepter ce reproche, car elle sait que c'est là l'argument ordinaire des novateurs de tous les ordres. Elle a été assez intelligente pour ne pas se laisser prendre ou pour ne pas s'enthousiasmer à ces rêves d'utopistes, parce qu'elle y a vu dès l'abord un danger réel pour les malheureux sur lesquels on en ferait l'expérimentation. La Société de chirurgie a-t-elle aujourd'hui à regretter ce qu'elle a fait? S'est-il produit une seule observation authentique qui soit venue militer en faveur de ces théories nouvelles, et, au contraire, tout dans ce que nous avons vu jusqu'à présent de la syphilisation, n'est-il pas la négation la plus absolue de ses pompeuses promesses?

L'ouvrage dont j'ai à vous rendre compte est-il enfin appelé à jeter une grande lumière sur la question, ou tout au moins à dissiper les doutes qui l'environnent? Vous allez en juger.

M. le rapporteur examine ici les doctrines de M. Spérino sur la syphilis en général, puis arrivant au troisième chapitre, il s'exprime ainsi :

Dans le troisième chapitre de son livre, M. Spérino indique les principes qu'il a suivis dans la pratique des inoculations. Les syphilisateurs attachent une grande importance à leur *modus faciendi*, et quand on leur cite quelques faits malheureux, ils s'empressent de se retrancher derrière cet argument : que les règles de la méthode n'ont pas été bien suivies. Sans doute, M. Spérino peut se plaindre, avec juste raison, de la manière dont quelques prétendues syphilisations ont été faites, et en rejetant les conséquences d'expériences incomplètes, il est dans son droit; mais ce n'est pas un motif pour donner au procédé opératoire une valeur exagérée. C'est la chose la plus simple que de prendre du pus virulent sur une lancette et de le porter dans des tissus sains, c'est la chose la plus facile de l'y porter avec les précautions voulues et en suivant les règles indiquées. Aussi, pour imiter M. Spérino, ce n'est pas l'habileté qui est nécessaire; c'est un genre de courage qui n'est pas donné à tout le monde. Je ne fatiguerai donc pas la Société des détails de la syphilisation. Je ne lui rappellerai pas les tâtonnements des premières expériences qui étaient faites à de longs intervalles, puis de la répétition plus fréquente et en plus grand nombre des inoculations dans les observations subséquentes; c'est d'un point de vue plus élevé que j'envisage tout l'ouvrage et en ne m'arrêtant que sur les faits capitaux. Mais je ne dois pas taire quelques règles de conduite qui se trouvent dans cette partie de l'ouvrage et qui font le plus grand honneur à M. Spérino. « D'abord, dit-il, « on ne commença jamais les expériences sur un sujet sans son « consentement plein et raisonné; ensuite, tous les sujets que je « choisis pour les soumettre au traitement syphilisant furent « pris parmi ceux qui étaient atteints de maladies syphilitiques « primitives ou constitutionnelles, le plus souvent graves, et qui, « tôt ou tard, devaient exiger une cure mercurielle. » Il ajoute : « Je « n'ai jamais inoculé le virus syphilitique sur des sujets sains, et « je crois qu'on ne doit jamais le faire, parce que 1° il y a des « sujets qui ont peu d'aptitude à contracter la syphilis; 2° quel- « ques-uns sont peu exposés à cette infection; on ne doit donc « pas leur inoculer un virus pour prévenir une maladie dont ils « ne seront jamais atteints; 3° il n'est pas nécessaire de syphi- « liser l'homme sain pour étudier le nouveau phénomène de la « syphilisation. »

Je sais un gré infini à M. Spérino d'avoir écrit ce passage qui condamne, d'une manière absolue, la syphilisation préventive. Je n'oublie pas qu'une manifestation semblable a eu lieu chez nous de la part d'un éminent syphilisateur, M. Marchal (de Calvi), qui, dans une des séances de la commission instituée par le préfet de police, s'était officiellement et énergiquement écrié que la syphilisation préventive lui faisait horreur, mais j'ai été d'autant plus heureux de cet accord entre notre confrère et l'auteur italien, que tous les syphilisateurs n'ont pas toujours eu la même prudence.

Le chapitre 4, qui forme une partie considérable de l'ouvrage, puisqu'il ne compte pas moins de 382 pages, est consacré à l'exposition très-détaillée de 96 observations de syphilisation pratiquée pour combattre des accidents vénériens primitifs ou constitutionnels. Il y aurait peut-être bien des choses à dire sur quelques-unes de ces observations, mais ce qu'il importe le plus à considérer, ce sont les conséquences qu'en déduit l'auteur. Cependant, il est une remarque que je ne puis m'empêcher de soumettre à la Société : M. Spérino, je l'ai dit il n'y a qu'un instant, a déclaré qu'il croyait à la nature contagieuse des produits de sécrétion des symptômes secondaires de la syphilis; comment donc se fait-il alors que dans toutes ces observations où les inoculations se comptent par milliers, c'est toujours au pus du chancre primitif qu'on a eu recours, et jamais à celui de l'accident constitutionnel? L'occasion était belle pourtant d'expérimenter en grand cette question si controversée de la science, l'ouvrage y eût gagné une valeur réelle. M. Spérino dit quelque part : « De même que le pus ne possède pas, dans toutes les périodes du chancre primitif, les qualités qui le rendent plus apte à transmettre l'infection, de même il est à croire qu'il y a, dans les symptômes secondaires, une période contagieuse qui peut être très-courte, et qu'ainsi s'expliquerait la différence de résultats obtenus par les divers expérimentateurs. » Cette idée est ingé-

nieuse ; il est fâcheux qu'elle ne soit étayée par aucun fait tant soit peu positif, et s'il y a là une lacune dans l'observation, ainsi qu'il est tenté de le croire, M. Spérino aurait dû chercher à la combler; mais il s'est bien gardé de le faire, car il aurait été obligé de revenir d'une erreur trop facilement acceptée, et qui, en définitive, ne repose que sur des faits d'autant moins probants que, avec la facilité qu'ont tous les syphiligraphes de les reproduire, ils demeurent rares et exceptionnels.

Il est d'autant plus regrettable que M. Spérino n'ait pas élucidé ce point si contesté, que l'on trouve dans la lecture de ses observations des documents importants, et dont, grâce au nombre prodigieux de ses expériences, il a su tirer très-bon parti. Ainsi, par exemple, on s'est souvent posé la question de savoir si la nature du pus syphilitique inoculable était toujours la même, c'est-à-dire si, introduit dans la peau, il y déterminait indifféremment un chancre simple, un chancre induré ou un chancre phagédénique ; ou si, au contraire, le pus du chancre simple engendrait le chancre simple, celui du chancre induré le chancre induré, et celui du chancre phagédénique le phagédénisme. Ce raisonnement et quelques faits bien observés avaient déjà répondu que la virulence est une, mais que sa manifestation se modifie suivant des circonstances individuelles souvent difficiles à pénétrer. Eh bien ! les innombrables expériences que M. Spérino a faites avec le pus d'ulcérations primitives, ont démontré que le raisonnement était juste, car les différences dans les résultats qu'il obtint ne varièrent que suivant les conditions diverses dans lesquelles se trouvaient les individus que l'on soumettait aux inoculations.

C'est comme moyen thérapeutique contre toutes espèces de manifestation de la vérole que M. Spérino a employé la syphilisation dans maintes circonstances; il l'a adressée à des chancres simples ou à des chancres indurés existant seuls ou compliquées déjà d'accidents constitutionnels. Une seule fois il l'a tentée pour un chancre phagédénique, et, dans cette expérience unique, il a constaté que non-seulement le chancre, déjà phagédénique, n'était nullement modifié par les nouveaux chancres d'inoculation, mais encore que ceux-ci passèrent également au phagédénisme. Aussi a-t-il soin d'ajouter : « Depuis, averti par l'expérience, je n'ai plus fait d'inoculation dans de semblables circonstances jusqu'à ce que la période du phagédénisme fût entièrement passée. » Déclaration précieuse qui témoignerait une fois de plus, s'il en était besoin, de la réserve honorable, ainsi que de l'entière bonne foi de M. Spérino, et dont il est fâcheux que les hommes sérieux qui ont pu se laisser prendre aux promesses de la doctrine n'aient pas eu connaissance, avant de conseiller la syphilisation à l'un de nos jeunes et laborieux confrères, affecté depuis longtemps d'une ulcère phagédénique du pli de l'aine encore en voie de progrès malgré près de 200 inoculations successives, et qui, de plus, est affecté aujourd'hui de larges chancres également phagédéniques, qui se sont développés aux bras et à la poitrine, dans les piqûres qui y ont été faites artificiellement.

C'est principalement dans les cas d'affections vénériennes secondaires que l'auteur a employé la syphilisation. Les plaques muqueuses figurent pour un quart à peu près dans ses observations, puis les syphilides exanthématiques, pustuleuses, squammeuses, tuberculeuses, pour un tiers; le reste comprend des accidents tertiaires de différente nature et de différentes formes, douleurs ostéocopes, gommes ulcérées ou non, maladies des os, du tissu fibreux. Je n'ai trouvé qu'une seule observation de maladie des yeux; c'était une iritis se développant pendant l'évolution d'autres accidents graves.

Les personnes qui ne sont pas initiées à toutes les prétentions de la thérapeutique syphilisante s'imaginent, sans doute, qu'elle n'est mise en pratique, par ses sectateurs, que pour les affections rebelles aux traitements antisyphilitiques ordinaires. C'est là une naïve erreur de laquelle il faut revenir quand on a lu les observations de M. Spérino; pour lui, la syphilisation, cette énormité qui est née d'hier, laisse déjà loin derrière elle les traitements mercuriels ou iodiques les mieux combinés, et il ne craint pas d'établir le parallèle entre ces traitements et sa méthode. Ce parallèle, je ne le ferai pas passer en entier sous vos yeux, mais permettez-moi de vous en donner au moins quelques aperçus.

L'iodure de potassium étant, au dire de l'auteur, toujours insuffisant pour guérir radicalement la syphilis, est traité par lui très-cavalièrement, et c'est à peine s'il s'y arrête pour signaler quelques-uns de ses inconvénients; et ainsi il oublie qu'à la page 586, il a écrit : « Dans les lésions du système osséo-fibreux, ne convient-il pas de faire précéder la syphilisation dont l'action est lente par quelques doses d'iodure de potassium. » Il oublie que sur trois malades traités de gommes ulcérées par la syphilisation, il fut obligé, chez deux, d'avoir recours à l'iodure de potassium; il oublie que, dans treize cas d'affection des os ou du périoste, traités par la syphilisation, il administra en même temps sept fois l'iodure de potassium et trois fois le traitement iodo mercuriel. Il oublie que chez le malade de la 88e observation, celle à l'iritis que j'ai mentionnée, à employer, à diverses reprises, avant, pendant et après la syphilisation, l'iodure de potassium. Et voyez jusqu'où est porté chez lui la prévention en faveur de sa méthode, au détriment de tout autre, puisqu'on peut lire dans l'ouvrage cette phrase : « Dans les cas « où la syphilis ne s'est pas reproduite, après avoir été traitée « simultanément par l'iodure de potassium et la syphilisation, « la guérison doit être attribuée à la cure syphilisante. »

Mais c'est surtout au mercure que s'en prend M. Spérino. « Les préparations hydrargiques, quelles qu'elles soient, dit-il : « proto-iodure de mercure, pilules de Sédillot, mercure gom- « meux de Plenck, et autres semblables, déterminent fréquem- « ment des stomatites intenses, des inflammations gastro-enté- « rites très-graves, accompagnées de diarrhée rebelle. Elles « rendent le malade plus impressionnable aux vicissitudes at- « mosphériques ; il est sujet à des inflammations plus ou moins « graves, à des douleurs rhumatoïdes. L'action chimique du « mercure altère la crase du sang, diminue sa plasticité, engen- « dre une disposition au scorbut, fait prédominer le système « lymphatique, enfin affaiblit considérablement le malade dont « l'état de santé ne s'améliore que lentement, et chez lequel on « n'observe point ce bien-être progressif que l'on remarque chez « le syphilisé. Quant à l'usage du deuto-chlorure de mercure, « qui est encore préconisé par une foule de praticiens, je dirai « (c'est toujours M. Spérino qui parle), je dirai que celui qui « regarde ce remède comme funeste ne se trompe peut-être pas, « car il favorise quelquefois le développement de la phthisie « tuberculeuse et de lésions cérébrales très-graves : paralysie, « démence, épilepsie. »

Messieurs, je ne voudrais pas être trop sévère vis-à-vis de M. Spérino. Mais est-il possible, en vérité, de rester froid devant ce catalogue des méfaits du mercure, et peut-on n'être pas douloureusement affecté de trouver dans un ouvrage qui a la prétention d'être sérieux : la folie, l'épilepsie, la phthisie, mercurielles, banalités que nous avons vues souvent dans des livres moins volumineux que celui-ci, ou sur des affiches destinées à faire prévaloir le traitement végétal ?

Dans la bouche de charlatans vulgaires, ces reproches au mercure ont une raison d'être, puisqu'ils tendent à ébranler la confiance du public et qu'ils le poussent ainsi vers l'empirisme ; sous la plume d'un praticien comme M. Spérino, ce n'est plus une faute professionnelle, je l'en crois incapable, mais c'est une erreur scientifique.

Certes, messieurs, je n'accuserai pas M. Spérino d'ignorer les travaux syphilographiques modernes, mais je ne puis m'empêcher de douter qu'il soit bien au courant des idées qui sont aujourd'hui généralement adoptées en France, à quelque opinion qu'on appartienne en syphilis. Ainsi, tout le monde sait que les douleurs rhumatoïdes, que M. Spérino attribue au mercure, sont tout à fait sous la dépendance de la vérole ; qu'elles précèdent ou qu'elles accompagnent les affections cutanées ou muqueuses secondaires, et qu'elles se montrent tout aussi bien chez les malades qui font usage du mercure que chez ceux qui jamais n'en ont pris un atôme.

Tout le monde sait qu'il y a des paralysies qui dépendent de compressions du cerveau, dans les altérations tertiaires du tissu osseux.

Tout le monde sait qu'il se forme, dans la masse cérébrale, des épanchements plastiques qui donnent lieu à des phénomènes nerveux épileptiformes.

Tout le monde sait que des productions fibro-plastiques, de la même nature, peuvent se développer dans le tissu pulmonaire et faire croire à la phthisie tuberculeuse, et, à ce sujet, je suis heureux de pouvoir citer la thèse inaugurale de M. Gagneau fils qui en a rassemblé un bon nombre d'exemples.

Quant à l'altération de la crase du sang et à sa disposition au scorbut, que M. Spérino met encore sur le compte du mercure, tout en reconnaissant que ce médicament peut diminuer la plasticité, je suis encore obligé de le renvoyer aux recherches de MM. Ricord et Grassi, qui ont démontré l'appauvrissement du sang dans la vérole constitutionnelle vierge ou non de tout traitement mercuriel, et bien plus, la reconstitution normale des globules pendant l'administration du mercure.

En opposition à tous les désastres des traitements mercuriels ou iodiques que signale M. Spérino, il énumère, bien entendu, les avantages de la syphilisation. Suivant lui, « c'est un traite-« ment commode, qui n'empêche pas le malade de se livrer à « ses occupations habituelles, qui fait que toutes ses fonctions « s'accomplissent sans trouble ni altération, que son état de « santé s'améliore progressivement, qu'il offre l'aspect d'un « homme qui rentre peu à peu dans son état normal. »

A la vérité, l'auteur fait immédiatement la critique sanglante de sa méthode, en ajoutant : « Ces avantages ne seront obtenus « que si la syphilisation est pratiquée d'après les préceptes in-« diqués, si le malade n'est exposé à aucune des causes qui « peuvent faire naître chez lui une maladie inflammatoire étran-« gère à la syphilis et capable de déterminer le phagédénisme « ou la gangrène dans les chancres inoculés. » Puis il ajoute : « Le malade éprouve bien quelques douleurs dans les points ou « se trouvent les premiers chancres artificiels ; les cicatrices « que laisse la syphilisation sont bien un grave inconvénient, « parce que ce sont des traces indélébiles du traitement qu'on a « subi, mais il faut remarquer qu'elles se rétrécissent, et qu'a-« près quelques mois elles deviennent des taches blanches, sem-« blables à celles de la vaccine ou d'une piqûre de sangsue, « et qu'elles ne sont difformes que dans les cas ou les chancres « artificiels sont devenus phagédéniques ou gangréneux. »

Je m'arrête, messieurs, devant ce phagédénisme possible et cette gangrène imminente dans les chancres d'inoculation, devant ces traces indélébiles du traitement syphilisant signalées par l'auteur lui-même, devant cette thérapeutique prétendue si commode et d'une durée si courte. Mais demandez aux malades qui se sont soumis à la méthode s'ils ont éprouvé du bien-être alors qu'ils avaient des centaines de plaies artificielles sur la poitrine, sur les bras, sur le ventre, sur les cuisses ; demandez-leur s'ils ont trouvé que le temps fût court, quand pendant deux mois, trois mois et jusqu'à six mois, ainsi qu'on en peut lire des observations dans l'ouvrage, on est revenu journellement à de nouvelles piqûres. Demandez à ceux qui, traités pour des ulcérations phagédéniques anciennes, n'ont retiré de la syphilisation que de nouveaux ulcères de même nature, s'il n'y a pas, après un pareil traitement, une amère déception. Demandez enfin à ceux qui, en l'absence de toute cachexie, ont vu passer au phagédénisme ou à la gangrène des inoculations pratiquées contre une affection vénérienne secondaire des plus simples, quels n'ont pas été leurs regrets. Cherchez aussi dans vos souvenirs si jamais les traitements antisyphilitiques rationnels et ordinaires que vous avez mis ou que vous avez vu mettre en usage, ont été si impuissants et si dangereux qu'on a voulu les représenter. Sachez enfin que, sur les 96 observations que présente M. Spérino, il y en a 40 dans lesquelles le mercure ou l'iodure de potassium ont été administrés avant, après ou concurremment à la syphilisation, et que le plus grand nombre des autres se compose de chancres ou de tubercules plats, accidents que tous les jours nous voyons guérir sans traitement spécifique et souvent sous l'influence de simples soins hygiéniques!!

Pesez toutes ces circonstances, messieurs, et dites vous-mêmes de quel nom il faut caractériser la doctrine.

Encore s'il restait au malade qui a subi le traitement de la syphilisation quelque certitude d'être préservé d'une nouvelle infection ou à l'abri d'une rechute ; mais il est loin d'en être ainsi, même dans l'opinion de M. Spérino, car voici comment il s'exprime dans les corollaires qui suivent l'exposition de ses observations : « La propriété prophylactile absolue de la syphilisa-« tion est encore douteuse. Il y a des cas dans lesquels l'immu-« nité paraît se maintenir, mais il y en a d'autres dans lesquels « elle n'a été que temporaire. »

Voilà pour la prophylaxie. Quant à la cure radicale, il écrit : « La syphilisation est un moyen thérapeutique nouveau qui n'a « pas toujours donné des résultats entièrement satisfaisants. » Et plus loin, dans ses conclusions, il émet les deux propositions suivantes : « 1° La syphilisation, pratiquée comme traitement « de la syphilis primitive, *paraît* préserver de l'infection géné-« rale les individus qui ont suivi ce traitement d'une manière « régulière et complète ; 2° *il est assez probable* que la syphi-« lisation guérit radicalement l'infection constitutionnelle. »

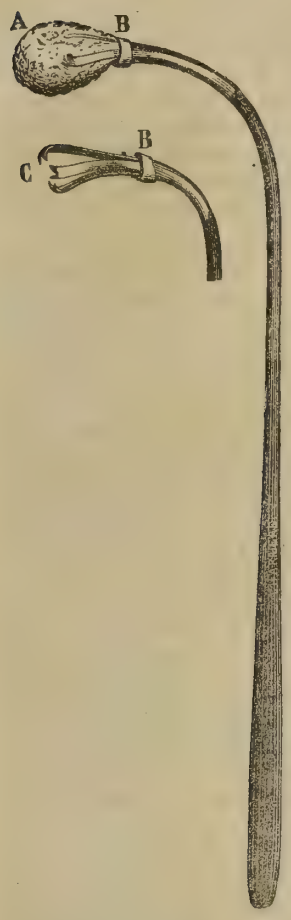
Messieurs, j'ai souligné avec soin les mots : *il paraît* et *il est assez probable*, car ils sont vraiment curieux à la fin d'une œuvre de plus de 800 pages, destinée à faire prévaloir une théorie qui se dit si puissante, et j'avoue que cette humilité du doute dans les conclusions qui n'est plus en rapport avec le ton d'assurance qui règne dans tout l'ouvrage, et que les réticences nombreuses ainsi que les contradictions qu'on y rencontre, sont bien suffisantes pour justifier les préventions avec lesquelles l'auteur se plaint qu'on a accueilli l'annonce de sa méthode et qu'elles sont bien faites pour venir en aide à l'opposition et aux critiques que soulèvera la publication de son livre.

Maintenant, messieurs, je pourrais, prenant en main le rapport fait à l'Académie royale de médecine de Turin, vous dévoiler bien des démentis donnés aux résultats annoncés dans l'ouvrage de M. Spérino, par ses propres collègues, qui ont pu voir les malades soit pendant, soit surtout après la syphilisation : je pourrais vous montrer de malheureuses femmes, rentrant au syphilocôme ou se faisant admettre dans d'autres hôpitaux pour des récidives qu'on avait déclarées impossibles, ou pour des affections déterminées par les inoculations qu'on disait innocentes, mais cela serait outrepasser les bornes du compte rendu que j'avais à vous faire de l'ouvrage, et d'ailleurs je suppose que vous approuverez mon silence après ce dernier aveu qui échappe au découragement de M. Spérino : « Afin, écrit-il en terminant « son livre, afin de prouver que je n'ai été guidé dans mes expé-« riences ni par l'enthousiasme, ni par le fanatisme, mais seule-« ment par le désir d'être utile à l'humanité, en recherchant ce « qu'il y a de vrai et de pratique dans la syphilisation, je conti-« nuerai à en suivre les effets éloignés sur les personnes qui ont « été syphilisées jusqu'ici, mais j'ai décidé de ne plus y avoir « recours que dans quelques cas graves de syphilis constitu-« tionnelle. »

Nous aussi, monsieur Spérino, nous sommes guidés par le désir d'être utiles à nos semblables, et c'est pour cela précisément que nous condamnons votre méthode. D'avance et sans le connaître à fond, nous nous étions révoltés contre elle, parce que la seule exposition alarmait nos instincts scientifiques. Aujourd'hui que nous l'avons vue à l'œuvre et que nous avons pu en constater, si ce n'est le danger, du moins l'impuissance et le mensonge, nous vous disons à vous, le plus zélé des syphilisateurs, ainsi qu'à tous vos adeptes : comme hommes privés, nous pouvons vous accorder encore notre estime ; comme hommes de science, nous reconnaissons volontiers que vous êtes des rhéteurs ou des écrivains habiles, mais comme praticiens, vous n'avez rien à attendre de notre approbation.

Messieurs, je propose que des remercîments soient adressés à M. Spérino, et que son ouvrage soit déposé très-honorablement dans nos archives.

Porte-éponge.



Au commencement de cette séance, M. Robert a présenté, au nom de M. Adame, secrétaire de l'Académie de médecine de New-York, une baleine porte-éponge à trois branches, qui a été fabriquée par M. Charrière fils. Cet instrument avait d'abord été imaginé par M. Bruck, vice-président de l'Académie de New-York, qui l'avait fait construire à deux branches.

Le but de cet instrument est de permettre de changer les éponges qui ont servi à cautériser le malade, quand on veut en cautériser un autre, sans recourir au collage qu'on est obligé de faire lorsqu'on veut changer l'éponge des porte-éponges ordinaires. C'est là un but auquel M. Guersant, en particulier, attache assez d'importance pour ne vouloir jamais se servir de la même éponge chez deux malades.

L'une des branches au nouveau porte-éponge est munie d'un point d'arrêt par-dessus lequel peut passer un anneau coulant constricteur, à l'aide d'une encoche de baïonnette; une fois que l'anneau a traversé le point d'arrêt, on lui fait exécuter un demi-mouvement de rotation, et alors il ne peut plus reculer et l'éponge se trouve inébranlablement fixée.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

GUY'S HOSPITAL.

Quoique la relation qu'on va lire des faits aussi étranges que contraires à nos idées modernes de civilisation, nous soient racontés par une des parties intéressées, nous n'hésitons pas à publier cette relation, d'abord parce que nous avons pleine confiance dans la bonne foi de notre excellent correspondant et ami, ensuite parce que nous serions heureux de recevoir des explications qui prouveraient que M. Deville s'en est laissé imposer par quelque malentendu, ce qui d'ailleurs nous semble fort difficile à admettre, d'après la netteté de sa narration.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher ami,

Je ne vous ai pas écrit depuis quelque temps. Il y a pour cela bien des raisons. La première, c'est que je suis en train de mettre la dernière main à une rédaction de mes cours de médecine opératoire, et de la partie de l'anatomie chirurgicale qui concerne les opérations réglées. Que c'est long à faire un livre! Avant d'avoir ramassé tous les matériaux, puis de les avoir médités, pour les combiner et les ajuster convenablement, puis d'avoir rédigé tout cela d'une façon un peu satisfaisante, que de temps est nécessaire! Je reste plus que jamais stupéfait en présence de ceux qui trouvent moyen de faire des livres avec une fécondité merveilleuse et infatigable. Il est vrai que souvent il n'y a pas lieu de leur envier beaucoup cette faculté, lorsqu'on voit les résultats qu'elle produit.

Une seconde raison autrement grave, c'est qu'il y a deux mois passés, j'ai failli me voir priver tout d'un coup de la source à laquelle seule il m'est possible de puiser la substance des articles que je vous envoie, c'est-à-dire me voir interdire l'entrée dans les hôpitaux. Le présent article est destiné surtout à relater l'étrange tentative qui a été faite envers moi à cet égard. Naturellement, ceci m'oblige à mettre ma personne un peu en avant. Mais rassurez-vous, ce n'est pas au fond de ma personnalité qu'il s'agit, mais de questions fort graves, assez curieuses au point de vue de la déontologie médicale pour être intéressantes, assez générales pour que toute personnalité disparaisse devant leur simple exposé. D'ailleurs, il est nécessaire que les lecteurs de votre journal soient au courant de ce qui s'est passé, afin de pouvoir comprendre quelques-unes des choses dont j'aurai nécessairement à parler dans des articles ultérieurs.

Dans mes lettres particulières, j'ai déjà eu occasion de vous parler de l'accueil plus que froid, en général même mauvais, que j'ai reçu ici, des impolitesses inconcevables de Bowman, etc.... Tout cela est en grande partie dû à des bruits qui courent sur mon compte, calomnies stupides et dans lesquelles ce qu'il y a de plus incroyable, c'est qu'il se trouve des gens pour prêter l'oreille à des niaiseries pareilles. Répéter ici ces calomnies, serait leur faire trop d'honneur; ce sont d'ailleurs de ces bruits insaisissables comme d'habitude, dont on aurait bien de la peine à prouver la réalité. Mais vous pourrez vous faire une idée du caractère bienveillant dont toutes ces rumeurs sont empreintes à mon égard, par le fait suivant qui a trouvé moyen s'ouvrir une voie jusque dans les journaux.

La chose a été disposée de main de maître, avec habileté réelle, par l'auteur *inconnu* du coup. Le journal dont on a fait choix a été le *Dublin Medical Press*. C'était déjà beaucoup, car ce journal, qui paraît hebdomadairement à Dublin, a adopté dans sa marche, sous une forme des plus convenables, un ton de rude et loyale franchise dont je vais vous donner quelques échantillons.

Ce journal publie très-souvent, quoique pas absolument dans tous ses numéros, une série d'articles les plus piquants, intitulés : *La vie médicale à Londres*. L'habile rédacteur anonyme de ces articles est admirablement au courant de tout ce qui se fait ici, ou à peu près, et le raconte d'une manière presque toujours spirituelle et franche, et, en tout cas, amusante à l'excès. Vous comprenez qu'il a, par suite, attiré plus d'un lecteur, et que peu de personnes, parmi celles qui se tiennent au courant, se dispensent de lire les articles : *Medical life in London* du *Dublin Medical Press*. Au nombre des dures vérités avec lesquelles il flagelle bien des gens, il s'en trouve quelques-unes du genre des suivantes :

Dans le numéro du 17 août 1853, n° 763, p. 106, vous trouvez ceci :

« En ce moment, aucune vérité ne peut se faire jour à Lon-
« dres par la lutte. »

Et plus loin, en terminant, pour expliquer la raison qui l'oblige à dire de telles vérités sur l'état de la médecine à Londres, il ajoute :

« J'aurai rempli mon devoir si je puis avoir garanti quelques-
« uns de vos jeunes médecins, venant en Angleterre, de l'abo-
« minable hypocrisie qui abonde de toutes parts. »

Parfois, le trait est moins vif; d'autres fois, il l'est plus encore. Ainsi, dans un des derniers numéros, vol. 30, n° 770, 5 octobre 1853, p. 219, vous trouvez cette phrase-ci, imprimée en italique dans le journal, afin que personne ne puisse prétexter d'ignorance :

« *No man* (en parlant des médecins) *is tied down in London*
« *by any moral duty or fealty to his profession* : Aucun mé-
« decin de Londres ne se croit lié par des devoirs moraux ou
« professionnels! »

Et que répondent à tout cela, allez-vous me dire, les centaines de médecins, chirurgiens et apothicaires qui composent le corps médical de Londres? Car, enfin, des accusations de ce genre,

lancées hardiment et loyalement dans un journal aussi répandu et aussi lu, sembleraient requérir une réponse, au moins atténuante, et le silence ne peut être considéré que comme un acquiescement formel à un jugement aussi rude. Ce qu'on répond?.... Rien!.... La presque unanimité de ceux qui ont une large pratique, ne s'occupent que d'une chose, n'ont qu'un but, comme le leur dit aussi justement le spirituel et courageux rédacteur du *Dublin Medical Press,* celui de gagner de l'or; quelque vérité qu'il puisse y avoir dans ces articles, ils ne leur font pas perdre un seul de leurs honoraires d'une guinée, au moins pour l'instant, et alors ils s'en inquiètent fort peu. Quant à la masse qui végète dans des régions de beaucoup inférieures, elle...., mais ceci exigerait une étude de mœurs sur le peuple anglais; seulement je puis dire qu'elle se console en se disant libre, et en parlant de liberté. Cette prétention jure bien un peu avec pas mal de choses, par exemple avec le servilisme qu'ont mis les médecins officiels à rester complétement silencieux sur les abominations, les horribles tortures infligées sous leurs yeux aux malheureux détenus dans des maisons d'aliénés et dans des maisons de corrections; ces tortures, ces abominations, ordonnées par le personnel administratif, viennent successivement se faire jour dans des enquêtes instruites récemment, et les journaux anglais ont retenti, ces jours passés, d'une des plus tristes de ces enquêtes, faite dans la prison de Birmingham; dans tous les cas, les membres officiels du corps médical attachés à ces prisons, se sont trouvés libres au point de ne pas avoir osé parler de ces faits dont ils étaient forcément les témoins journaliers. Et ils se disent libres! Que voulez-vous? il faut bien se consoler avec quelque chose.

En attendant, le *Dublin Médical Press* continue ses appréciations, et personne ne bouge dans le corps médical. Du moment que celui-ci n'a pas de réponse à faire, vous comprenez que ce n'est pas à moi à prendre sa défense.

Eh bien! c'est dans ce loyal et courageux journal qu'on a réussi à faire insérer une des petites perfidies aiguës dirigées contre moi, et par conséquent en lui donnant une apparence d'authenticité que beaucoup de gens ont admise par cela seul, et n'abandonneront plus que difficilement. Je n'accuse en rien le rédacteur du *Dublin Medical Press;* il s'est laissé tromper, et beaucoup auraient été trompés comme lui, par suite d'une confiance assez naturelle dans les personnes assez haut placées, qui ont probablement donné cours à ce bruit; je pourrais même presque à coup sûr désigner l'*ami,* dont l'anonyme est très-transparent, qui m'a rendu le service de le créer et de le colporter d'abord. J'emploie ici le mot *ami,* dans le sens assez généralement reçu parmi beaucoup de journalistes scientifiques anglais. Lorsqu'ils veulent dire quelque chose d'un peu dur contre une personne qu'ils aiment peu, ils le qualifient de notre ami, *our friend.* Mais s'ils veulent l'assommer, oh! alors, il n'y a plus de limites, c'est notre vieil ami, *our old friend.*

Donc, voici ce qui a paru dans le *Dublin Medical Press* (vol. 29, n° 745, 13 avril 1853, p. 234), et où l'on me fait l'honneur de s'occuper de moi de la façon la plus gracieuse. Comment! on m'y fait presque baron.

« *M. de Ville* », l'expression m'a été droit au cœur.

A propos de bottes, ce qui lui arrive souvent, car il est peu partisan des transitions, le rédacteur des articles *Medical life in London* arrive droit sur ce petit paragraphe :

« A Saint-Thomas et ailleurs, nous prenons des suggestions « (hints) des étrangers. En ce moment, un monsieur français « est occupé à donner des leçons [like M. Turveydrop in « deportment (1)], dans les divers hôpitaux de Londres, sur « l'anatomie et la médecine opératoire du continent. Même « M. Lawrence a repoli son français, et donne toutes ses matinées à Saint-Barthélemy à M. de Ville; la façon de prendre un « bistouri et de le poser, celle d'appliquer une ligature (*ce que « nous ne connaissions pas plus à ce qu'il paraît que « l'homme dans la lune*), comment disjoindre exactement « l'articulation de la hanche et lier la sous-clavière, comment « exécuter toute espèce d'opérations en chirurgie sur les jointures mal-chanceuses de vos patients, et les déposer dans des « bocaux avant le lunch? Tout cela a été montré à de nombreux « témoins. »

En France, un entre-filet de ce genre, une gasconnade pareille aurait fait rire tout le monde aux éclats aux dépens de son inventeur. Ici, il en a été tout autrement, et quiconque connaît un peu les Anglais, avec leurs grandes qualités et leurs grands défauts, parmi lesquels se range en première ligne leur fierté nationale, ce petit article, qui semble n'être que comique, est un petit chef-d'œuvre de perfidie. Vexer les Anglais en leur disant qu'ils ont besoin de suggestions de la part d'étrangers, me présenter sous l'aspect d'un être assez outrecuidant pour prétendre enseigner aux Anglais les opérations les plus vulgaires de la chirurgie, dont ils n'auraient pas ombre d'idée, etc., forme le petit menu de la chose. Mais le coup le plus curieux était porté par l'introduction du nom de M. Lawrence. Vous ne voyez peut-être pas ce que c'est au premier coup d'œil, et ne comprenez pas trop le but de cette intervention. Un peu de réflexion va vous ouvrir les yeux, surtout lorsque vous saurez, chose scandaleuse, que M. Lawrence était à cette époque dans le petit nombre des chirurgiens qui voulaient bien me témoigner quelque bienveillance. Après les insinuations précédentes, n'était-ce pas charmant de représenter M. Lawrence, qui n'est pas seulement le vétéran de la chirurgie anglaise, comme on dit (quoiqu'au fait il soit attaché à l'hôpital Saint-Barthélemy depuis plus de cinquante ans, depuis le commencement de ce siècle), mais qui est le vrai et légitime chef de la chirurgie militante actuelle dans les hôpitaux de Londres, n'était-ce pas charmant de représenter cet homme éminent, ce chirurgien illustre, venant passer toutes ses matinées à Saint-Barthélemy, afin d'apprendre les opérations ordinaires de la chirurgie sous la direction d'un jeune chirurgien français tombant par hasard à Londres? Cela vous paraît ridicule, n'est-ce pas, que de voir publier de pareilles absurdités? Eh bien! cela a pourtant porté son fruit, non pas auprès de M. Lawrence, que l'auteur réel de l'entre-filet précédemment cité, de cette stupide facétie, qui n'est qu'un mensonge d'un bout à l'autre, lui attribuant un esprit aussi mesquin que le sien, croyait pouvoir vexer, mais auprès d'autres. Savez-vous ce qu'a fait depuis M. Lawrence? Il a bien voulu m'honorer encore de plus de bienveillance qu'avant. Quant aux autres, voici ce qui s'est passé.

A peine l'article : *Medical life in London,* dans lequel se trouve l'entre-filet précédent, avait-il paru, qu'immédiatement il était reproduit dans un autre journal (de Londres, cette fois), le *Medical circular.* Quel motif y avait-il de faire cette reproduction? Cet article, *le seul de la série qui ait été reproduit ainsi,* ne se recommande certainement pas mieux, et même pas autant que beaucoup des autres, à l'attention des lecteurs. L'on me trouvera peut-être fort peu modeste, mais je puis affirmer que l'article a dû sa reproduction au petit entre-filet me concernant, et a été à peu près certainement proposé, au *Medical circular,* par la même personne qui a eu l'habileté d'introduire ces perfides mensonges dans le *Dublin Medical Press.*

En tous cas, l'article fit assez de sensation. Entièrement isolé comme je l'étais et le suis, n'ayant personne pour me tenir au courant, encore aux prises avec bien des difficultés de la langue anglaise, et de saisir l'impossibilité de me défendre de vive voix, obligé d'attraper à la volée quelques mots dits à la dérobée autour de moi, au moment où ils passent près de mes oreilles, je ne pourrais raconter tout ce qui s'est fait et dit à cet égard; mais bien des personnes sérieuses m'en ont parlé; par exemple, dès notre première entrevue, M. Trichsen, professeur de chirurgie

(1) Je suis trop peu au courant de la littérature anglaise pour connaître tous les personnages de fantaisie qu'on peut y trouver. Il est probable que la comparaison avec *M. Turveydrop in deportment* doit être quelque chose de très-malicieux. Toutefois, le monsieur est peu connu à ce qu'il paraît, car beaucoup d'Anglais ignorent son existence; ou peut-être le trait est-il atroce, lancé par une main d'*ami,* et a-t-on eu peur de m'offusquer (comme si quelque chose pouvait m'offusquer!) en me donnant des renseignements exacts sur ce trait d'esprit.

à *University College*. Je cite volontiers M. Trichsen, parce que c'est encore un des rares chirurgiens anglais qui m'aient assez bien accueilli, ce qui est d'autant plus particulier que c'est aussi une des rares personnes auprès desquelles je n'ai pas eu de lettre d'introduction; M. Trichsen ne se contente pas, du reste, d'être bon chirurgien, il comprend que la science ne perd rien quand on l'allie non-seulement aux convenances les plus ordinaires, mais encore aux bonnes façons de l'homme bien élevé.

Voyant ce résultat, je voulus répondre immédiatement, pour donner un démenti formel à ces stupides inventions. M. Lawrence, ce qui se comprend, m'en détourna. Par suite de quelques services mutuels, M. Coulson était le seul des chirurgiens anglais, bien au courant de Londres, auquel je fusse en position de demander conseil : M. Coulson me conseilla de ne pas répondre. D'autres trouvèrent que si j'étais tant soit peu intrigant, je pouvais aisément retourner en ma faveur le coup porté contre moi. Hélas! il ne fallait juste l'être qu'un peu, alors que je n'accepterais à aucun prix de l'être en aucune façon.

Bref, j'abandonnai l'affaire.

A quelque temps de là, le *Dublin Medical Press*, toujours dans un de ses articles sur la vie médicale à Londres, disait qu'on avait beau avoir d'excellentes intentions quand on arrivait à Londres, qu'on le quittait après y être devenu un lion rouge, ce qui, pour les gens qui regardent les choses d'une certaine façon, veut probablement dire très-méchant. A merveille, monsieur le rédacteur; mais moi qui me trouve sympathiser plus d'une fois avec vous, je suis fâché d'avoir occasion de vous avertir que si vous insériez souvent de petits entre-filets pareils au précédent, on pourrait bien vous accuser d'*attiser le feu, pour avoir le plaisir de reprocher sa fumée à Londres*. Votre acte a été involontaire, sans doute, mais il n'en a pas moins produit de très-mauvais effets. Malgré cela, cependant, je connais quelqu'un qui fera mentir votre prédiction et qui a défié bien d'autres, et bien des fois, de le rendre méchant, quoi qu'ils fissent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Trois cas de désarticulation coxo-fémorale,

Par M. J.-F. Heyfelder.

1re *Observation.* — Johann Reitenspiess, valet de ferme, vingt-deux ans, était atteint d'un cancer *ostéoïde* qui avait commencé au niveau du genou, et qui, dans un temps très-court, s'était étendu à toute la cuisse, et même à la moitié supérieure de la jambe. Ce jeune homme, jusqu'alors robuste, avait beaucoup maigri depuis le début de sa maladie, quoique ses digestions fussent encore bonnes.

Le malade entra dans le service de clinique chirurgicale d'Erlangen.

Le 17 mars 1853, la désarticulation coxo-fémorale fut pratiquée suivant la méthode ovalaire. La guérison s'effectua rapidement, et, le 28 mai, l'opéré quitta l'hôpital. Jusqu'ici, sa guérison ne s'est pas démentie.

2e *Observation.* — Johann Singer, quarante et un ans. Déjà, dans le courant de 1852, le malade avait subi l'ablation d'une tumeur fongueuse sanguine de la cuisse. Le produit accidentel avait récidivé, avait envahi la cuisse, en remontant jusqu'au voisinage de l'aine, et avait fait de tels progrès qu'il n'était pas possible de l'enlever complétement sans désarticuler le membre.

La désarticulation fut, comme dans le cas précédent, pratiquée suivant la méthode ovalaire. L'opération fut faite le plus rapidement possible, et ne présenta aucune circonstance inquiétante. Le malade, qui avait été chloroformisé, revint très-bien à lui; mais, vingt-quatre heures après, il tomba dans un délire nerveux auquel il succomba cinquante heures après l'opération.

L'autopsie montra que le mal avait été enlevé en totalité, et que tous les tissus voisins de la plaie, comme les organes internes, étaient parfaitement sains.

3e *Observation.* — Georges Hugel, manouvrier, 28 ans, atteint d'un cancer du fémur, qui a débuté au niveau du genou, et a envahi en remontant la plus grande partie de l'os de la cuisse.

La désarticulation de la hanche fut exécutée, le 14 juillet 1853, par la méthode ovalaire.

Le 30 septembre 1853, le malade était encore dans l'hôpital; sa plaie, presque entièrement guérie, était encore ouverte dans la longueur d'un pouce, et elle paraissait sur le point de se fermer tout à fait.

« J'accorde la préférence à la *méthode ovalaire* pour cette désarticulation, continue M. Heyfelder, parce qu'elle permet mieux que toute autre méthode de rapprocher exactement les lèvres de la plaie, et d'obtenir le plus souvent, dans une étendue considérable, la réunion par première intention. J'ai pratiqué cinq fois jusqu'ici la désarticulation coxo-fémorale, et quatre fois j'ai choisi la méthode ovalaire. *Sur ces quatre opérés, trois sont encore vivants.* Je citerai entre autres Johann Parzer, de Meindorff, jeune garçon de 13 ans, que j'ai opéré l'année dernière, et qui actuellement gagne sa vie en allant se montrer dans les foires des villes environnantes, et en faisant appel à la charité des passants. Je donne ce dernier renseignement parce que Parzer n'était pas encore complétement guéri lorsque je publiai son observation l'année dernière.

« La mortalité était, en général, des sept huitièmes à la suite de cette terrible opération : je pense que les chiffres que je viens de citer parleront en faveur du procédé que j'ai suivi. » (*Clinique chir. d'Erlangen. — Deutsche Klinik*, n° 11, et *Gaz. hebdom.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement préventif de la fièvre typhoïde.

Par M. le Dr Miergues, *à Anduze.*

Ce serait un grand progrès accompli que celui qui permettrait de prévenir la fièvre typhoïde. Nous ne pensons pas, pour notre compte, que M. Miergues en soit arrivé là. Selon lui, la fièvre typhoïde ne serait qu'une aggravation putride de la fièvre gastrite bilieuse; et cela n'est vrai que d'une des formes de la fièvre typhoïde. Cependant, dans des cas bien déterminés, nous croyons que ce qu'il appelle son *traitement préventif* mérite une sérieuse considération; c'est pourquoi nous reproduisons la note suivante, publiée dans la *Revue médicale :*

« La fièvre typhoïde règne chez nous tous les ans en automne d'une manière épidémique; mais elle marche toujours de pair avec la simple fièvre catarrhale bilieuse, et avec l'embarras gastrique bilieux, ou fièvre gastrique bilieuse.

« Cette saburre bilieuse est la cause prédisposante de l'affection typhique, et si l'on n'émétise le malade dès le début, on voit toujours l'affection bilieuse se convertir en affection typhoïde. L'expérience m'a prouvé qu'en émétisant les malades dès le début, je leur épargne le plus souvent une fièvre typhoïde. Ce levain, prédisposant à l'affection typhique, est caractérisé par : la dyspepsie, la céphalalgie; accablement, lassitude des jambes, conjonctives légèrement jaunes vers l'angle interne, sillons jaunâtres partant des ailes du nez et se dirigeant vers la commissure des lèvres, langue amère et jaune, toux ou absence de toux, etc.

« Voici les moyens que j'oppose à ces symptômes :

Tartre stibié.	5 centigrammes.
Eau distillée.	90 grammes.

« Deux cuillerées dès le début; dès que le malade a vomi, on diminue de moitié, et l'on administre une cuillerée chaque heure.

Si le vomissement reparaît, on diminue encore de moitié, et, lorsque la tolérance est établie, l'on continue cette dose chaque heure dans une tasse d'infusion de chicorée, jusqu'à ce que la langue ait perdu sa teinte jaune, ce qui a lieu le lendemain dans la plupart des cas.

« Lorsque la langue est devenue noirâtre, divisée par une ligne médiane, et que les mouvements du malade sont indécis, l'affection est déjà passée à l'état typhique. Si l'élément catarrhal existe, il peut persister tout le temps de la maladie et simuler quelquefois une fluxion de poitrine; une autre fois, c'est l'élément nerveux qui prédomine; le malade a des mouvements brusques, le délire, quelquefois même poussé jusqu'à la frénésie; dans ces cas, la langue est très-pointue, la ligne médiane très-rouge, les yeux brillants, etc.; un épistaxis de la narine droite dans cette période est de très-mauvais augure pour le malade. Enfin, survient l'élément putride, caractérisé par une langue d'un vert noirâtre; les dents et les lèvres fuligineuses, les narines poudreuses; il y a souvent diarrhée très-fétide, etc. Si dans cette période il survient un épistaxis, le malade meurt. Si l'on interroge le malade dans cette période de la maladie, il vous répondra que rien ne lui fait mal : en définitive, le type périodique se joint souvent à tous ces symptômes, et le traitement que j'emploie dans cette maladie varie selon les indications.

« Dès le début, si la langue est jaune et humide, je fais vomir avec le tartre stibié. Si la langue est blanchâtre, humide et gluante, j'administre toujours dès le début un purgatif salin; si la fièvre est forte, la saignée, mais seulement dès le début de la maladie; plus tard, elle hâterait la putridité. Lorsque la maladie a un caractère asthénique, je nourris le malade avec la décoction blanche, seulement; je soutiens les forces avec les toniques, et combats l'élément putride avec le kyna, le musc et le camphre. Les vésicatoires sont d'un grand secours, ainsi que les lavements camphrés albumineux; enfin la quinine, quand il y a périodicité. » (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

Maladies des enfants. — Eczéma et favus.

Dans les cas d'eczéma et de favus chez les enfants, M. von *Mauthner*, médecin en chef de l'hôpital des enfants malades à Vienne (Autriche), rejette l'usage externe de l'eau froide; l'auteur pense que, par la suppression de l'activité de la peau, il se développerait fréquemment des maladies du cerveau.

M. v. Mauthner recommande spécialement dans les cas d'eczéma les frictions avec du lait, utiles surtout dans les exanthèmes squameux, comme le pityriasis. Il enveloppe la tête des enfants atteints de favus de ouate, et administre à l'intérieur l'extrait de feuilles de noyer, l'huile de foie de morue et l'arsenic. Dans tous les exanthèmes de nature scrofuleuse il a employé avec succès l'extrait de feuilles de noyer à la dose d'une ou deux cuillerées à café par jour. Ce médicament a un grand avantage sur l'huile de foie de morue : c'est d'être facilement pris par les enfants, d'être bien supporté par l'estomac et de ne pas troubler la digestion, effets souvent à reprocher à l'huile de foie de morue, lorsqu'elle est prise pendant la saison d'été. M. v. Mauthner emploie l'arsenic dans la forme de solution de *Fowler*, selon *Romberg* à la dose de 6 gouttes par jour dans 60 grammes d'eau distillée. Chez un enfant âgé de 6 ans, atteint d'eczéma impétigineux à un degré élevé, et qui avait pris plusieurs médicaments sans aucun succès, l'affection fut guérie en 15 jours par l'emploi de la solution de *Fowler;* l'enfant ayant pris en tout 5 centigrammes d'arsenic. (*Zeitschrift der Wiener Aerzte*, 1852, Juli.)

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra par l'eau froide.

Chambly, 14 décembre 1853.

Monsieur et très-honoré confrère,

Les deux remarques que vous faites sur ma communication m'obligent à vous prier de nouveau de m'ouvrir les colonnes de votre estimable journal.

Dans la première, vous dites : « Nous n'avons, en aucune façon, con-« damné sa méthode *sans retour;* nous avons simplement dit qu'elle « s'était montrée impuissante, ce qui n'est point contesté; son impuis-« sance, il est vrai, n'a été constatée que dans un cas. »

Si, en rendant compte des résultats de mon traitement dans votre numéro du 1er décembre, vous aviez ajouté, comme vous le faites aujourd'hui, que l'essai n'avait été fait que sur un seul malade, j'aurais eu tort de dire que vous coudamniez ma méthode *sans retour*, tandis qu'avant ce correctif, vous laissiez croire qu'elle avait été essayée infructueusement sur plusieurs cholériques. Quant à votre seconde remarque : « Le malade « qu'a traité M. Tourrette, quoique très-malade, n'était cependant point « moribond, et au jugement de M. Aran, plusieurs autres malades, qui « étaient, en apparence, dans un état aussi grave, ont néanmoins pu « guérir, » voici ma réponse dont je garantis la vérité sur l'honneur : le dimanche au matin, quelques heures avant mon départ, j'allais prendre congé de M. Aran, qui me dit alors, devant les personnes présentes à sa visite, qu'il ne condamnait pas ma méthode, car j'avais eu affaire à un malade présentant les conditions les plus fâcheuses, que lui-même n'avait pas la prétention de croire qu'il l'eût guéri, et enfin, en nous quittant, il me promit même d'essayer ce traitement.

Veuillez agréer, etc. TOURRETTE, *D. M. P.*

La question sur laquelle insiste notre honorable confrère nous semble épuisée. Nous dirons seulement, sans faire intervenir aucune question d'honneur, que nous tenons, écrits de la main de M. Aran lui-même, les renseignements que nous avons donnés sur le malade traité par les ingestions d'eau froide, et que M. Aran n'a pas cru devoir renouveler depuis l'application de cette méthode.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — L'épidémie semble avoir diminué de fréquence depuis deux jours. Toutefois, on ne saurait avoir une complète certitude à cet égard, car les relevés sur lesquels on peut baser les appréciations manquent eux-mêmes le plus souvent de certitude : ainsi, pour ne citer qu'un exemple, un vérificateur des décès du 3e arrondissement, qui, d'après le diagnostic des médecins traitants, avait été appelé à constater 11 décès par suite du choléra, n'en avait réellement trouvé que *trois* dans lesquels la nature de la maladie lui parût incontestable; cependant, pour ne pas différer de diagnostic avec ses confrères, il avait rangé ces 11 décès dans la catégorie du choléra, sur les registres mortuaires. On comprend qu'avec de telles statistiques, on ne puisse arriver qu'à des approximations même assez larges. Ceci soit dit une fois pour toutes.

— La *Gazette des culottières,* peu satisfaite sans doute de ce qu'on lui laisse fabriquer en paix, dans son arrière-boutique, ses caleçons périodiques, ses chocolats extra-fins, ses donations de 200,000 francs et autres inventions non moins intéressantes pour ses lecteurs, essaie de relever la tête, et, ne pouvant plus tirer son vieux dard usé, appelle à son aide celui de son ami Freslon. Puisqu'elle y tient absolument, nous lui promettons de nous occuper prochainement d'elle une dernière fois, après quoi, pour obéir à la charité chrétienne, nous la laisserons expirer tranquillement dans ses balles de coton et ses tonnes de cacao. L'expiration de la fabrique consommée, nous pousserons même l'obligeance jusqu'à indiquer une place lucrative à la « *personne* ENTENDUE », qui, au dire des affiches, « rend les *petits services* » avec tant d'intelligence.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, précédé de quelques réflexions sur les pessaires en général, par M. M. GARIEL, docteur en médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre titulaire de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation. — Broch. in-8. — Au bureau du journal et chez GERMER-BAILLIÈRE, libraire. — Prix : 25 centimes.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. TRIQUET, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 centimes.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 152. 1re année. Mardi 20 Décembre 1853.

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** De l'emploi de l'air comprimé en thérapeutique. — Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie, par M. Alph. Robert. (*Suite.*) — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HÔPITAL DU MIDI. M. VIDAL. Deux chancres indurés à trois ans d'intervalle chez le même individu. — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.** (*Suite.*) — **THÉRAPEUTIQUE :** De l'urate d'ammoniaque dans les affections intermittentes et dans le choléra, par M. le Dr Hermann Baur. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 19 *Décembre* 1853.

De l'emploi de l'air comprimé en thérapeutique.

Le savant et très-regrettable Pravaz a légué à la thérapeutique deux méthodes ingénieuses de traitement, qui auront au moins le privilége d'occuper pendant longtemps encore l'esprit des médecins et des chirurgiens. L'une de ces méthodes vient d'être, à l'Académie de médecine, l'objet d'une discussion dans laquelle les injections de perchlorure ont perdu une grande partie du prestige que leur avait donné le patronage de M. Lallemand, mais à laquelle néanmoins elles survivront; l'autre méthode, celle de l'air comprimé, n'est guère sortie encore de l'enceinte où elle est née, c'est-à-dire de l'établissement pneumatique de Lyon, et ne nous est guère connue que par le livre de Pravaz. C'est sur cette méthode qu'un médecin distingué de Lyon vient de publier, dans *la Gazette hebdomadaire,* un article sur lequel il nous semble d'autant plus opportun de présenter quelques remarques, que c'est surtout à leur début que les questions doivent être convenablement posées pour l'être utilement. Or, il faut bien le dire, l'honorable Pravaz, malgré son remarquable talent, n'avait pas pour qualités dominantes la clarté et la précision, et son livre laisse le lecteur attentif dans un vague, qui rend tout jugement impossible, et sur la méthode qui en fait l'objet, et même souvent sur les faits de détail, qui sont donnés comme base de cette méthode. M. Devay, dans la note qu'il vient de publier, a-t-il été plus heureux que son prédécesseur? C'est ce qu'il convient d'examiner.

Suivant une habitude, maintenant partout adoptée, M. Devay, qui a eu l'occasion de prescrire chez vingt-huit malades le bain d'air comprimé, étudie d'abord l'action *physiologique*, puis son action *thérapeutique*.

Nous ne croyons pas que la connaissance de ce qu'on appelle *l'action physiologique* d'un modificateur de l'économie puisse être d'une immense utilité pour les applications thérapeutiques; mais une telle connaissance ayant du moins un intérêt réel au point de vue de la science, nous concevons parfaitement qu'on cherche à l'acquérir; seulement, comme pour y parvenir on n'a qu'à se livrer à une expérimentation qu'on peut le plus souvent répéter à volonté, on doit exiger dans l'étude physiologique plus de précision encore, s'il est possible, que dans l'étude thérapeutique.

M. Devay, sous ce premier rapport, n'a nullement satisfait nos justes exigences.

Il commence par poser en principe que le bain d'air comprimé « *doit* déterminer deux effets physiologiques *principaux :*

« 1° *Une absorption plus grande d'oxygène;*

« 2° *Une aspiration plus grande du sang veineux dans le ventricule droit.* »

En matière *d'effets physiologiques,* nous sommes peu partisans du verbe *devoir;* le verbe *prouver* nous semble de beaucoup préférable, et ça a été un premier regret pour nous de voir M. Devay ne partager point nos préférences. En ce qui concerne le premier des deux principes, M. Devay a tenté il est vrai, une sorte de démonstration *à priori;* mais cette démonstration n'est guère plus heureuse que claire :

L'air comprimé, dit-il, contenant sous un volume donné une plus grande quantité absolue d'oxygène, augmente la solubilité de ce gaz dans le sang, et cette solubilité est favorisée par l'augmentation de la pression atmosphérique; car, d'après M. Biot, la quantité en poids des gaz dissous dans un liquide, croît proportionnellement à la pression que ces gaz supportent. Mais comme Pravaz *en a donné* l'utile et *claire démonstration, il y a dans l'action de l'air condensé, sur l'organisme,* un autre élément que la multiplication des molécules d'oxygène sous un volume donné; cet élément est *une force mécanique supérieure à celle qui agit sur les gaz expérimentés à la pression ordinaire de* 0m,76. Cette différence entre les conditions d'absorption fait pressentir une différence correspondante.

Il est bien vrai que M. Biot a prouvé que la quantité des gaz dissous dans un liquide, augmente en proportion de

la pression que ces gaz supportent; mais M. Biot s'est occupé de la dissolution des gaz dans l'eau et non de la solubilité, en grande partie sinon entièrement, vitale de l'oxygène dans le sang. L'augmentation de cette solubilité sous un accroissement de pression, ne peut nullement se déduire d'une loi physique, d'autant plus que dans le bain d'air comprimé il n'y a pas seulement une condensation d'oxygène; il y a aussi une condensation d'azote, qui peut gêner la combustion respiratoire et neutraliser ainsi entièrement l'augmentation de solubilité qui pourrait résulter d'une augmentation de pression s'exerçant sur l'oxygène seul.

Quant à la seconde partie de la preuve invoquée par M. Devay, nous craignons que quelque *lapsus* ne la rende inintelligible : telle qu'elle est rédigée en effet, la phrase signifie que la force mécanique d'une pression supérieure à 76 centimètres est supérieure à la force mécanique d'une pression qui n'est qu'à 76 centimètres. Ce n'est pas là évidemment ce que M. Devay a voulu dire, ni ce que Pravaz a pu démontrer clairement.

De tout ce qui précède, il résulte que la solubilité d'une plus grande quantité d'oxygène dans le sang, sous l'influence du bain d'air comprimé, n'est en aucune façon démontrée, et que le seul moyen d'arriver à cette démonstration, serait de faire des analyses exactes des gaz inspirés et expirés avant, pendant et après ledit bain, analyses que ni Pravaz ni M. Devay n'ont faites.

Quant à la seconde proposition fondamentale de M. Devay, que sous l'influence du bain d'air concentré il s'opère « une aspiration plus grande du sang veineux dans le ventricule droit, » nous ne voyons même pas que l'auteur ait faitune tentative de démonstration. C'est donc là une pure hypothèse qu'aucune raison théorique, qu'aucune expérimentation surtout ne vient confirmer.

La partie physiologique du travail de M. Devay ne pouvant en rien instruire les praticiens sur la valeur thérapeutique du bain d'air comprimé, il faut donc interroger la partie expérimentale, ce qui, d'ailleurs, est toujours le moyen le plus sûr quand il s'agit de juger une méthode de traitement.

Cette partie, malheureusement, n'est pas aussi démonstrative qu'on pourrait le désirer, et ne peut guère servir qu'à établir des présomptions, non pas que les résultats annoncés ne soient très-encourageants, mais bien au contraire parce qu'ils sont, en quelque sorte, trop encourageants.

Ainsi, sur les 28 malades observés par M. Devay, sept étaient des phthisiques, non pas au premier et au second degré, comme l'a dit l'honorable observateur, mais bien au second et au troisième degré; c'est-à-dire, que cinq avaient des tubercules crus et deux des cavernes. Or, de ces sept malades, six sont guéris; un seul, ou plutôt une a succombé sous l'influence d'une grossesse qui a détruit l'amélioration causée par la *Pneumathérapie*. C'est là un succès véritablement trop beau, surtout en l'absence des observations détaillées.

Les 21 malades restants étaient affectés de *bronchite*, de *laryngite*, de *catarrhe*, *aigus* ou *chroniques*, d'*emphysème pulmonaire*, d'*asthme* essentiel et de *déformations graves* du thorax, ce qui fait un total de neuf espèces de maladies au moins. Or, quand on a appliqué une méthode thérapeutique à *vingt et un* malades, affectés de *neuf* maladies différentes, il nous semble difficile qu'on puisse se faire une idée nette de l'utilité de la méthode; il nous semble impossible surtout de généraliser les résultats obtenus, comme le fait dans plusieurs endroits M. Devay, dans cette phrase par exemple : « Nous l'avons employé (le bain d'air compressif) dans l'emphysème pulmonaire, sans résultats bien marqués. Néanmoins, *dans quelques cas*, la dyspnée a été amoindrie. » N'est-il pas évident que M. Devay se fait illusion sur le nombre des cas d'emphysème qu'il a traités, et sur les conditions nécessaires à une généralisation thérapeutique ?

En résumé, l'instruction bien connue de M. Devay donne aux faits qu'il vient de publier la valeur d'une présomption, valeur qu'ils n'auraient même pas, s'ils venaient d'un observateur inconnu; mais ils laissent encore à l'état de question l'utilité de la *pneumathérapie*. Ceux qui voudront résoudre cette question, devront se livrer à des expérimentations plus rigoureuses et recueillir des observations plus détaillées et plus exactes, que celles qu'ont produites Pravaz et M. Devay.

H. DE CASTELNAU.

Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie,

Lu à la Société de chirurgie, le 9 novembre, par M. Alph. ROBERT, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.*

(*Suite. Voir les nos* 136, 137, 139, 142.)

Nous venons de passer en revue les conditions que doivent remplir le liquide anesthésique et les appareils qui servent à l'administrer, celles que l'organisme doit offrir pour le supporter sans péril; il nous reste à faire connaître les règles qui doivent guider le chirurgien dans la pratique de l'inhalation elle-même.

Et d'abord, quelle position convient-il de donner au malade? Vous me permettrez, messieurs, de ne pas m'appesantir sur les questions de priorité qui pourraient être soulevées à ce sujet. Tous ceux qui reconnaissaient la nature syncopale des accidents chloroformiques durent reconnaître aussi l'utilité de la position horizontale dès longtemps conseillée dans le traitement de la syncope. Pour rendre justice à qui de droit, je dirai seulement que, dans une lettre adressée à l'Académie de médecine (18 juillet 1848), M. le docteur Mercier, partant de cette idée que le chloroforme donne la mort, ou par une certaine viscosité du sang qui en gênerait le passage à travers le poumon, ou par une paralysie du cœur qui participerait au collapsus général, terminait sa communication par deux conclusions dont la première était ainsi conçue : « Ne jamais traiter un malade par « les agents anesthésiques qu'après l'avoir mis dans une situation horizontale. » J'ajouterai que M. Stanski (*Union médicale*, 10 février 1849) a de nouveau insisté sur la nécessité de cette position, et qu'enfin M. le professeur Boudson, dans son *Traité de l'anesthésie*, publié en 1850, rappelle qu'il a été le premier à signaler l'importance de cette précaution, qui concourt si efficacement, dit-il, à assurer le succès des inhalations anesthésiques. (Je n'ai pu retrouver la publication sur laquelle ce professeur s'appuie pour établir sa priorité.)

Mais M. Stanski a été plus loin. Il fait remarquer que, dans tous les cas de mort connus jusqu'à cette époque, les malades avaient été éthérisés dans la position assise, et il regarde cette position comme ayant été la *cause principale, sinon la seule, de ces terminaisons aussi rapidement funestes.*

Récemment, cet honorable confrère a présenté à la Société de chirurgie un travail où la même idée se trouve énoncée d'une manière presque aussi absolue. Je n'essaierai pas de répondre aux reproches qu'il m'adresse de ne pas avoir suffisamment apprécié le précepte qu'il donne; il me suffira de rappeler ce que j'en ai dit dans mon premier travail. Je me bornerai à dire que notre confrère s'est exagéré l'importance de la position horizontale; il existe aujourd'hui un nombre malheureusement trop grand d'observations où la mort est survenue, bien que les malades aient été éthérisés dans cette position, pour qu'il soit autorisé à soutenir encore sa manière de voir. Ainsi les malades de M. Vallet (d'Orléans) et celui de M. Rook, dont les observations ont été consignées dans notre rapport, étaient couchés. Dernièrement encore, MM. Quain, Paget et Dunsmure ont perdu des malades qui, par la nature même des opérations qu'ils avaient à subir, devaient être nécessairement dans la position horizontale.

Conformons-nous donc au précepte qui vient d'être posé toutes les fois que nous le pourrons, car il est excellent, mais n'espérons pas y trouver un abri certain contre la syncope.

Une précaution, dont l'importance est facile à apprécier, consiste à s'assurer toujours que l'estomac est dans l'état de vacuité avant qu'on procède à l'éthérisation. Il est, en effet, reconnu que le chloroforme agit avec beaucoup moins de

rapidité lorsque les malades ont pris des aliments solides ou liquides, même en petite quantité. Et d'ailleurs, le trouble causé dans l'organisme par l'anesthésie étant de nature à suspendre la digestion stomacale et disposer le malade au vomissement, ce précepte n'acquiert-il pas une nouvelle importance? On sait que le vomissement est précédé de malaise, de petitesse du pouls et parfois même de syncope. Or, cette syncope empruntera à l'état anesthésique dans lequel se trouve le malade, une extrême gravité et pourra même devenir mortelle. Voici une observation qui me semble confirmer cette manière de voir :

On lit dans la *Lancette* anglaise (octobre 1853) qu'à l'hôpital Saint-Barthélomée, dans le service de M. Paget, une fille de 22 ans, affectée d'une ulcération du vagin, fut cautérisée une première fois au fer rouge, après inhalation de chloroforme, sans qu'il survint le moindre inconvénient. Quinze jours plus tard, le 21 octobre 1853, M. Paget jugea à propos de faire une nouvelle application du cautère actuel. La malade étant amenée à l'amphithéâtre, le docteur Black, qui est spécialement chargé de l'administration du chloroforme, lui en fit inspirer à l'aide de l'appareil ordinaire. L'inhalation fut continuée environ dix minutes sans résultat. Tout à coup, on remarqua que le teint devenait terreux, le pouls faible et la respiration irrégulière. M. Paget n'avait encore fait aucune manœuvre opératoire ; toute son attention et ses efforts se concentrèrent sur l'état de la malade et les moyens propres à la ramener à la vie. On employa la respiration artificielle par insufflation de bouche d'abord, puis, au moyen de la laryngotomie par un tube placé entre le cartilage thyroïde et le cricoïde, tube auquel fut adapté un soufflet. Ces moyens étant inefficaces, on fit injecter dans le rectum de l'eau-de-vie et de l'eau pour stimuler l'économie, puis on plaça la malade dans un bain tiède (la respiration artificielle étant toujours continuée). Pendant tout ce temps, les docteurs Barrowes et Black, interrogeant le pouls, le sentirent de temps en temps battre à l'artère radiale. L'insensibilité ne se dissipant pas, on eut recours au galvanisme. Les commotions produisirent des contractions musculaires énergiques, mais aucune inspiration. On continua longtemps encore la respiration artificielle, jusqu'à ce que l'inutilité des efforts tentés pour sauver la malade fût surabondamment prouvée.

La quantité de chloroforme inspirée était au-dessous de 8 grammes.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Congestion peu marquée du cerveau ; le sang contenu dans les veines cérébrales, postérieures surtout, étant abondant et fort liquide, recueilli dans un vase, ne se coagula pas. Les ventricules contenaient une quantité normale de sérosité et le pont de Varole était sain. Les reins étaient injectés de sang, et la gauche présentait d'anciennes cicatrices ; le péritoine, en divers points, offrait des adhérences, et *l'estomac était distendu par des aliments non digérés, bien que la malade eût affirmé n'avoir rien mangé.* L'estomac, du reste, était sain, ainsi que le pancréas et le jéjunum. Le cœur était mou, sans être graisseux, son tissu musculaire un peu pâle.

L'autopsie ayant démontré l'intégrité de tous les organes, à l'exception de l'estomac distendu par des aliments, ne peut-on pas penser avec raison que cette circonstance n'a pas été étrangère à la mort, chez une jeune fille qu'on avait chloroformisée quelques jours avant avec succès?

Une précaution qu'on ne doit pas négliger est d'écarter soigneusement toutes les entraves que les vêtements pourraient apporter à la liberté de la circulation et de la respiration. Enfin, il faut placer le malade dans un local aussi aéré que possible, et à une température moyenne de 14 à 18 degrés.

Il importe d'avoir à sa disposition un aide habitué à manier le chloroforme. Cependant, je pense que le chirurgien lui-même doit présider à l'inhalation et en surveiller les effets jusqu'au moment où il va commencer l'opération. Non-seulement il doit suivre les progrès de l'éthérisation, son influence sur la sensibilité et la myotilité, mais il doit surtout ne point perdre de vue l'état de la respiration et du pouls. Suivant MM. Malgaigne et Bickersteth, la surveillance du pouls ne serait qu'une précaution fort secondaire. Voici comment s'exprime M. Malgaigne à ce sujet : « La manie de s'occuper du pouls pendant l'éthérisation détourne l'at-« tention des phénomènes respiratoires ; et notre avis est qu'on verrait beaucoup « moins d'accidents si l'on s'occupait un peu plus d'assurer la régularité de la res-« piration. » (*Revue médico-chirurgicale*, juillet 1853, p. 49.)

Après avoir pris soin, comme nous l'avons fait, de démontrer que dans beaucoup de cas la mort est arrivée par syncope, il serait tout à fait illogique de notre part de ne pas insister sur la nécessité de surveiller le pouls. Et s'il était utile de grossir le nombre des faits que nous avons invoqués, nous renverrions à une observation que nous aurons besoin de rappeler plus tard à un autre point de vue. Elle vient d'être publiée dans le *Monthly journal* par M. Dunsmure, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Édimbourg. Il y est dit expressément qu'au moment de la mort les deux chirurgiens, qui avaient la main sur le pouls, affirmèrent que les battements du cœur avaient cessé avant les mouvements respiratoires. Il n'est pas besoin d'ajouter que nos recommandations n'excluent pas l'attention qu'on doit prêter aux fonctions du poumon.

Les vapeurs anesthésiques doivent d'abord être mêlées à l'air dans des proportions tellement faibles que dans aucun cas on ne puisse avoir à redouter des accidents sérieux. J'ai l'habitude de débuter en versant dans l'appareil de M. Charrière 1 gramme de chloroforme chez les enfants, et 4 grammes chez les adultes, et en ayant soin de disposer la bague mobile adaptée au tube d'inhalation de telle sorte qu'il passe par ce tube la plus grande quantité d'air possible. Si aucun trouble ne se manifeste du côté de la respiration, je ferme peu à peu l'ouverture ménagée à l'aide de la bague, puis j'ajoute à l'appareil une nouvelle dose de liqueur. Mais si le contact des vapeurs paraît pénible pour la muqueuse pulmonaire, s'il survient de la toux, du spasme de la glotte, de la turgescence de la face et des veines du cou, si l'on observe des mouvements de déglutition accompagnés de resserrement des mâchoires et d'occlusion spasmodique de la bouche ; si enfin la respiration est trop accélérée ou trop lente, je donne de nouveau accès à une plus grande quantité d'air au moyen de la bague mobile. Si cela ne suffit pas, j'enlève momentanément l'appareil, je fais ouvrir la bouche et desserrer les mâchoires. Un peu d'agitation, de loquacité, de délire bruyant, ne me préoccupe pas Mais il n'en est plus de même si cette agitation et ce délire s'accompagnent d'une violente congestion au cerveau avec injection de la face, comme ils n'est pas rare de l'observer. Dans ce cas, je suspends encore l'inhalation.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, j'ai pour principe de ne point la discontinuer avant que l'insensibilité soit bien établie ; et je me borne à maintenir le degré de concentration des vapeurs que le malade tolère, en versant de temps en temps dans l'appareil de petites doses de 1 à 4 grammes. Il ne faut pas oublier que, l'action du chloroforme étant successive et progressive, on doit arriver au point voulu d'insensibilité et de résolution *par le seul fait de la continuité de cette action* et sans qu'il soit nécessaire d'augmenter les doses de l'agent anesthésique.

Les règles que je viens de poser offrent beaucoup d'analogie avec les principes proclamés depuis longtemps par M. Sédillot ; cependant elles en diffèrent par deux points qu'il importe de signaler. Ainsi, 1° tandis que je conseille de maintenir seulement la continuité des doses qu'on a reconnu pouvoir être tolérées par le malade, le chirurgien de Strasbourg veut qu'aussitôt que les inspirations sont bien supportées, on donne les plus fortes quantités possible dans le temps le plus court, ce qui est, suivant lui, le meilleur moyen de prévenir la période d'excitation et une anesthésie trop profonde. (*Lettre sur le chloroforme*, 1851, p. 8.)

J'ignore jusqu'à quel point l'expérience a pu autoriser notre éminent collègue à tenir ce langage ; mais ce que l'on sait du danger de la concentration des vapeurs anesthésiques ne me permet pas d'adopter cette pratique. C'est en faisant inspirer aux animaux des vapeurs de plus en plus concentrées qu'on les fait périr en peu de temps.

2° Lorsqu'il y a un peu d'exaltation, des mouvements brusques, des signes d'une ivresse bruyante, sans que la respiration et la circulation soient gênées, et qu'on a activé sans succès l'action du chloroforme, M. Sédillot veut qu'on maintienne le malade et qu'on cherche à le sidérer par de grandes doses de l'agent anesthésique. Ici encore, et malgré toute l'autorité de notre savant confrère, nous sommes obligé de rejeter ce précepte, qui, par les raisons sus-énoncées, ne nous paraît pas exempt de danger.

Dans le cours de la discussion, M. Gosselin a beaucoup insisté sur l'utilité de l'intermittence des inhalations. Il ne se borne pas, comme le font tous les chirurgiens, à interrompre momentanément l'emploi du chloroforme dès qu'il survient quelque trouble dans la respiration ou la circulation ; mais il veut encore qu'on la suspende de temps en temps, dans le cas même où les phases de l'éthérisation se succèdent d'une façon régulière. Il trouve à cette pratique l'avantage d'empêcher la concentration du chloroforme sur les organes important à la vie.

« En laissant, dit-il, à l'agent anesthésique le temps de se répartir dans tout le « torrent circulatoire, on laisse aux organes celui de s'habituer à son contact. « Beaucoup de personnes ont l'habitude de laisser leur appareil en place tout le « temps nécessaire pour que l'insensibilité soit obtenue. On oublie que les effets « anesthésiques se continuent, et quelquefois s'accroissent encore, après qu'on a « cessé l'inspiration des vapeurs chloroformiques. Il n'y a donc pas d'inconvé-« nient, il y a grand avantage, selon moi, à suspendre pendant quelques se-« condes, pendant lesquelles on voit comment fonctionnent les grands appareils « de la vie organique. »

Je ne puis louer la prudence qui a dicté d'aussi sages conseils. Toutefois, je ne pense pas qu'il y ait utilité à les adopter d'une manière générale. J'estime qu'en graduant avec prudence les proportions de vapeur anesthésique mêlée à l'air, on empêche tout aussi bien la concentration du chloroforme sur les organes importants, et qu'on laisse l'organisme s'habituer au contact de cet agent. En interrompant sans nécessité les inhalations, ne perd-on pas une partie des effets déjà obtenus, et ne prolonge-t-on pas inutilement une opération toujours fatigante pour le malade?

M. Gosselin motive encore son opinion sur ce que les effets anesthésiques se continuent, et quelquefois s'accroissent encore après qu'on a cessé l'inspiration des vapeurs chloroformiques. S'il me fallait m'en rapporter aux résultats de mon expérience, je ferais observer à notre collègue que ce n'est point au début de l'éthérisation, alors qu'on cherche à produire l'insensibilité, que se remarque cette tendance, mais bien lorsqu'on a obtenu la plénitude des effets du chloroforme, c'est-à-dire à l'instant où le patient est tombé dans l'insensibilité et la résolution.

Le degré auquel il convient de porter l'éthérisation varie suivant le but qu'on se propose d'atteindre. Tantôt, en effet, on désire seulement abolir la sensibilité, prévenir la douleur ; tantôt on veut se débarrasser de la contractilité musculaire, lorsqu'il s'agit, par exemple, de réduire une hernie, une luxation, de pratiquer le cathétérisme chez les sujets très-intraitables, de procéder au diagnostic de cer-

taines maladies chirurgicales, etc. Dans le premier cas, si l'opération a peu d'importance et doit avoir peu de durée, comme celles qui n'intéressent que la peau, celle-ci surtout étant déjà amincie par des décollements et des abcès, il suffit d'émousser, pour ainsi dire, la sensibilité; tandis que dans les opérations longues et devant diviser une grande épaisseur de tissus il faut obtenir une anesthésie complète.

Voyons à quels signes on peut reconnaître ces diverses phases de l'éthérisation.

On a généralement l'habitude de pincer le malade, de le piquer, et s'il ne réagit par aucun signe de douleur, on juge le moment favorable pour commencer l'opération. Mais cette pratique est loin d'être certaine, et il est arrivé à tous les opérateurs de voir se réveiller violemment sous l'action du bistouri des sujets qui étaient impassibles par ces moyens ordinaires d'exploration. On a aussi conseillé d'exciter la conjonctive, sans doute dans la pensée que, la sensibilité étant abolie dans cette membrane éminemment irritable, elle doit l'être à plus forte raison dans toutes les autres parties du corps. Ce conseil peut être suivi, bien qu'il ne mérite pas une confiance absolue. Plusieurs fois chez l'homme, et surtout chez les animaux, nous avons vu les instruments tranchants ne provoquer aucune douleur alors que la conjonctive ne peut être impunément touchée, et réciproquement. Lorsqu'on a besoin d'une sensibilité absolue, il est nécessaire d'arriver jusqu'à la résolution musculaire.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui caractérisent cette dernière. Lorsque les membres soulevés retombent comme des masses inertes, elle n'est douteuse pour personne. Nous dirons cependant qu'elle aussi peut n'être qu'apparente. Nous avons souvent observé que chez des individus qui semblaient, du reste, en résolution complète, mais dont les pouces restaient convulsivement fléchis dans la paume de la main, des contractions générales plus ou moins violentes se manifestaient aussitôt que le chirurgien exécutait quelque manœuvre capable de réveiller la sensibilité.

Ainsi que nous l'avons dit, tous les sujets ne subissent pas avec une égale facilité l'influence du chloroforme. Indépendamment des aptitudes individuelles très-diverses, que l'on ne peut reconnaître *à priori*, il est des circonstances qui en modifient puissamment les effets. On s'accorde généralement à reconnaître que l'abus des boissons alcooliques rend l'organisme moins accessible à l'action des anesthésiques. Il en est de même de l'agitation à laquelle certains malades sont en proie avant de subir une opération chirurgicale. On a vu aussi, sur les champs de bataille, des soldats blessés dans le feu de l'action éprouver un état de surexcitation morale qui les rendait réfractaires au chloroforme. On lit dans un intéressant travail de M. le docteur Yvonneau, qu'au siége de Rome, après l'affaire meurtrière de la villa Pamphili, deux chirurgiens français, MM. Pasquier et de Santi, ont fait de vains efforts pour obtenir l'insensibilité avec le chloroforme chez les sujets qu'ils voulaient opérer. Telle était l'agitation nerveuse, que des aides nombreux suffisaient à peine à contenir les malades. Les chirurgiens furent obligés d'y renoncer. (*De l'emploi du chloroforme*, 1853, page 33.)

Quelques régions du corps richement pourvues de filets nerveux conservent leur insensibilité plus longtemps que les autres. Tous les praticiens ont reconnu ce fait, signalé, je crois, d'abord par M. Vidal (de Cassis) pour l'anus et les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Enfin quelques individus, dont l'organisation ne présente de prime-abord rien de spécial, ne peuvent jamais devenir insensibles, quelque loin qu'on pousse l'éthérisation. Chose remarquable, le très-petit nombre de sujets qui m'ont présenté cette particularité étaient affectés de maladies de l'anus ou des organes génitaux. Je me rappelle entre autres un jeune homme auquel je me proposais d'exciser d'énormes végétations syphilitiques implantées sur le périnée et au pourtour de l'anus. A diverses reprises, je prolongeai chez lui les inhalations jusqu'à la résolution, au stertor et à la pâleur de la face, et chaque fois que je tentais de saisir et de couper une de ces tumeurs, il bondissait sur son lit en poussant des cris horribles. Ce fut bien pis encore quand je dus appliquer le cautère actuel; il fallut alors le faire contenir par quatre aides. A son réveil, il n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé.

L'emploi des anesthésiques, à son début, donne presque toujours lieu à un état d'excitation caractérisé par l'injection des conjonctives, la coloration du visage, du délire et des mouvements convulsifs. Tant que ces phénomènes n'offrent qu'une intensité médiocre, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, l'expérience ayant prouvé qu'ils se dissipent sans laisser de traces. Mais chez quelques sujets, cette excitation se manifeste avec une telle violence qu'elle constitue un état grave et de nature à faire craindre soit des épanchements apoplectiques, soit un collapsus fâcheux. Dans une Note que j'ai adressée, en 1849, à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie*, t. 4, p. 1191) sur le chloroforme, j'ai rapporté plusieurs faits de nature à mettre en évidence cette espèce de danger; et j'en ai conclu que lorsque ces symptômes se présentent, et qu'ils ne cèdent pas promptement, il est prudent de ne pas continuer les inhalations.

Quand les phénomènes de l'éthérisation se sont succédé régulièrement et que l'on a obtenu l'état dit de tolérance anesthésique, c'est-à-dire l'abolition de la sensibilité et des mouvements, avec intégrité de la respiration et de la circulation, on peut y maintenir plus ou moins longtemps les sujets, en ayant le soin de suspendre l'inhalation jusqu'à ce que la sensibilité commence à se réveiller. Il suffit alors de quelques doses de chloroforme pour replonger de nouveau le malade dans l'anesthésie. Cet état de tolérance peut être ainsi prolongé pendant plus d'une heure, sans qu'il en résulte, en général, d'inconvénients graves.

Il ne faut pas perdre de vue que, les effets du chloroforme étant progressifs, on ne manquerait point, si on prolongeait l'inhalation, de porter tôt ou tard une atteinte funeste à la respiration et à la circulation. J'ai trouvé, dans les recueils scientifiques, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'oubli de cette vérité a failli coûter la vie aux malades. M. Bickersteth en a rapporté quelques-unes dans l'excellent travail déjà cité, et nous sommes heureux de nous appuyer ici sur son témoignage.

Dans les cas ordinaires, le réveil est suivi d'un peu d'abattement, de nausées et de céphalalgie, qui se dissipent en douze ou vingt-quatre heures. Mais quand les effets de l'éthérisation ne se sont produits qu'avec difficulté et lenteur, ou que l'éthérisme a dû être prolongé pendant longtemps, l'abattement est considérable, et il reste une tendance à la syncope qui doit être surveillée avec une grande attention. Il ne faut pas oublier que la mort a pu survenir dans des conditions semblables.

Chez un jeune homme récemment admis a l'hôpital Béaujon pour y être traité d'une luxation de l'astragale, l'éthérisation dut être prolongée pendant plus de vingt-cinq minutes avant d'arriver au degré de résolution voulu pour tenter la réduction. Après de longs efforts demeurés infructueux, je dus abandonner le malade; il ne recouvra l'usage de ses sens qu'au bout d'une demi-heure environ, puis il conserva pendant toute la journée un abattement extrême accompagné de tendance lipothymique. Je fus obligé de le faire surveiller attentivement et de soutenir ses forces soit avec du bouillon froid, soit avec de l'eau de Seltz coupée avec du vin. Au bout de vingt-quatre heures, ces symptômes avaient complétement disparu.

Tels sont, messieurs, les préceptes qui nous ont paru devoir guider les chirurgiens dans la pratique de l'éthérisation.

Il nous reste maintenant à étudier la valeur des moyens proposés pour enrayer la marche des accidents graves lorsqu'ils se manifestent.

Avant de nous livrer à l'examen particulier de chacun d'eux, nous devons faire une observation générale qui en domine l'application. Dans les accidents dus au chloroforme, le danger est presque toujours imminent; les moments sont précieux, et il importe que le praticien soit bien édifié sur la portée relative de chacun des agents que lui offre la thérapeutique, afin de pouvoir choisir promptement le remède dont l'efficacité sera le mieux en rapport avec la nature et la gravité de la position.

Nous diviserons ces moyens en quatre catégories :

La première contient ceux qui agissent en excitant la peau ou le tégument interne.

La seconde comprend ceux qui s'adressent au système circulatoire.

Dans la troisième, nous rangerons les procédés qui ont pour but de rétablir la respiration.

Dans la quatrième, enfin, ceux qui tendent à réveiller l'action des systèmes nerveux musculaires.

1° Les excitants de la peau sont : les frictions irritantes de diverses espèces, l'ustion, la flagellation, etc. Nous ne faisons que les indiquer ici, n'ayant rien à en dire qui ne soit parfaitement connu. Et d'ailleurs, dans les faits connus jusqu'à ce jour, l'observation a démontré malheureusement qu'on ne pouvait compter sur eux.

L'efficacité des excitants portés sur les surfaces muqueuses varie d'après le lieu de leur application. La titillation des narines, les lavements irritants ont été employés; mais je ne sache pas qu'ils l'aient été avec succès. M. Jules Guérin espérait avoir trouvé un procédé plus direct pour stimuler les nerfs respiratoires en touchant le pharynx avec un pinceau imbibé d'ammoniaque. Les résultats de l'expérience sur les animaux l'autorisaient à conseiller ce moyen chez l'homme. J'ai répété ces expériences; mais les effets dont j'ai été témoin sont loin de m'inspirer la même confiance. A part un seul cas, où l'animal a paru éprouver une impression légère, suivie d'un mouvement d'inspiration, je n'ai jamais observé d'effet appréciable.

M. le docteur Escalier a publié (*Union médicale*, 1er décembre 1849) deux cas où il eut recours au chloroforme pour réduire des hernies étranglées. Après quelques minutes d'inhalation, au moment où l'intestin venait d'être réduit, le visage pâlit, la respiration et le pouls parurent s'arrêter. M. Escalier eut alors l'idée de plonger le doigt dans la gorge jusqu'à l'entrée de l'œsophage et du larynx, et il l'y laissa quelques instants. Chaque fois, cette manœuvre provoqua un mouvement d'inspiration qui fut le signal du retour à la vie. Il est à noter que, dans le premier cas, les aspersions d'eau froide, la titillation des narines, l'ammoniaque étaient restés inutiles. M. Chassaignac a fait connaître à la Société l'observation d'un jeune homme auquel il pratiquait l'ablation d'un des os du pied. Dans le cours de l'opération, un des assistants s'étant écrié que le pouls avait cessé de battre, notre collègue, se rappelant les faits qui précèdent, eut la pensée de stimuler aussi le fond de la gorge; mais il trouva les dents serrées, et dut les écarter de force à l'aide d'une spatule. Le malade étant revenu à lui, il put continuer son opération.

Sans doute, trois exemples de succès ne sont pas suffisants pour établir l'efficacité de cette pratique; cependant, on ne saurait disconvenir qu'elle n'ait été

utile, et nous la conseillons d'autant plus volontiers que bientôt, en parlant de la respiration artificielle, nous aurons occasion de la recommander à un autre point de vue.

2° Les moyens qui agissent plus spécialement sur l'appareil circulatoire sont : la position horizontale et la compression de l'aorte abdominale.

Une pratique trop connue dans le traitement de la syncope, pour qu'il soit nécessaire d'y insister, consiste à placer le malade dans le décubitus horizontal. M. Piorry a ajouté encore à l'importance de la position, en conseillant de donner à la tête un certain degré de déclivité en élevant le reste du corps. Nous approuvons ce procédé, dont M. Bouisson a fait l'application à la syncope chloroformique, d'autant mieux qu'il se prête à l'application des autres ressources dont l'art peut disposer. MM. Nélaton et Denonvilliers y ont eu recours avec avantage.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Midi. — Service de M. Vidal. — M. Follin, *suppléant.*

Deux chancres indurés à trois ans d'intervalle chez le même individu.

Certains syphiliographes professent encore qu'on ne peut avoir la vérole qu'une fois dans sa vie, car la première infection crée, selon eux, dans l'organisme, une diathèse qui s'oppose à des infections nouvelles. Cette doctrine se traduit dans la pratique en disant qu'un individu atteint de chancres indurés n'est plus apte à contracter des chancres analogues. De telles idées sont loin, à la vérité, d'avoir reçu la sanction générale, et l'observation qu'on va lire est destinée à montrer chez un même individu, à trois ans d'intervalle, le développement de chancres indurés. Le premier chancre fut observé par M. Puche, dont personne ne peut contester les connaissances syphiliographiques et à l'obligeance duquel nous devons la Note ci-dessous. Quant au chancre induré de la nouvelle génération, il ne peut laisser, sur sa nature, de doutes dans l'esprit de personne.

Au milieu de l'obscurité qui règne encore aujourd'hui dans les questions relatives à la syphilis, il faut mettre de côté les hypothèses et laisser la parole aux faits. Les discussions, récemment soulevées au sein de l'Académie de médecine, montrent qu'on doit procéder de nouveau, par l'observation, au rétablissement de la vérité, là où les doctrines avaient jeté l'erreur. C'est dans ces vues que nous publions le fait suivant, qui viendra se joindre à ceux rappelés par M. Velpeau dans la discussion académique :

Observation. — Deberg... (Adolphe), âgé de 34 ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital du Midi (service de M. Vidal), salle 10, n° 7, le 14 octobre 1853.

Ce malade présente un vaste chancre induré, siégeant sur la portion dorsale de la face cutanée du prépuce. Ce chancre, qui est en voie de réparation, a été contracté il y a deux mois ; il est large comme une pièce de 1 franc, et le fond est au niveau des bords ; sa base donne au toucher la sensation d'une dureté élastique caractéristique qui s'étend à toute l'épaisseur du prépuce et forme au gland une espèce de demi-coque cartilagineuse ; un phimosis incomplet est la conséquence naturelle de cette induration.

Les symptômes qui accompagnent l'ulcération spécifique sont une adénopathie inguinale très-marquée, une syphilide érythémateuse assez prononcée et n'occupant que le tronc, enfin un engorgement notable des ganglions cervicaux postérieurs. Ce malade n'ayant point porté son attention vers ces derniers symptômes, on ne peut préciser quel est le moment de leur début.

Abordons maintenant la partie la plus intéressante de l'histoire de ce malade ; examinons ses antécédents :

En 1840 et 1844, Deberg... eut deux écoulements qui ne furent guéris qu'après plusieurs mois d'existence.

En 1850, il entra à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 5, pour y être soigné d'un chancre situé sur la muqueuse préputiale, dans un point qui correspond parfaitement à celui qu'occupe le chancre actuel. Seulement celui-ci est cutané, tandis que l'autre était muqueux quant au siége.

Le malade raconte que ce chancre, qui datait de quinze jours, était dur et accompagné de tumeurs non suppurées dans les aines. Cinq semaines s'écoulèrent avant qu'il ne fût complétement cicatrisé, et pendant sept semaines le malade prit des mercuriaux. A ces renseignements vagues, l'on pouvait soupçonner l'existence d'un chancre induré ; mais M. Puche, qui recueille avec tant de soin les faits soumis à son observation, traita ce malade, en l'absence de M. Vidal, et il a bien voulu nous communiquer la Note qu'il avait prise sur Deberg... à cette époque. Cette note affirme l'existence d'un chancre induré, et le diagnostic précis de M. Puche vient ici confirmer pleinement l'opinion que faisaient naître les assertions du malade. Voici cette note textuelle :

« *Chancre induré.* — Deberg... (Adolphe), âgé de 30 ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 5, le 12 septembre 1850. Il était affecté :

« 1° D'un *chancre* térébrant *induré* de l'impasse du prépuce en haut, de seize jours (le dernier coït remontait à quarante-six jours) ;

« 2° D'un ganglion engorgé dans la région inguinale gauche, de quatre jours. Pas d'autres symptômes syphilitiques.

« 1re *Infection chancreuse. — Antécédents :* Deux uréthrites, la dernière, guérie depuis quatre ans. Ce malade était un peu ivre lorsqu'il a contracté son chancre. Traitement nul.

« *Traitement à l'hôpital.* — Le 13 *septembre,* coton cardé entre le gland et le prépuce ; lotions de chlorure d'oxyde de sodium étendu de neuf parties d'eau ; cataplasmes émollients sur la verge qui est très-tuméfiée ; pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes : une matin et soir, pendant neuf jours (18 pilules).

« Le 21, suspendre l'usage des cataplasmes ; 3 pilules par jour, en trois doses, à intervalles égaux pendant quatre jours (12 pilules).

« Le 26, gingivite en bas ; suspendre l'usage des pilules ; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz.

« Le 30, reprise du traitement ; 2 pilules.

« 4 *Octobre.* 3 pilules.

« Le 7, 4 pilules.

« Le 10, cautérisation du chancre.

« Le 14, nouvelle gingivite, mais peu intense ; suspendre l'usage des pilules ; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz.

« Le 17, pansement à plat du chancre, avec une bande de sparadrap de Vigo cum mercurio ; 2 pilules.

« Le 21, 3 pilules.

« Le 24, cicatrice indurée du chancre ; 4 pilules.

« Le 28, le malade quitte l'hôpital avec une cicatrice indurée ; pendant son traitement, aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne s'est montré. »

La note qu'on vient de lire révèle incontestablement l'existence d'un chancre induré à cicatrisation lente chez un malade qui sort de l'hôpital avec une cicatrice encore indurée.

Si l'on rapproche ces premières données de l'état actuel du malade, il est impossible de ne point admettre que cet homme a contracté, à trois ans d'intervalle, deux chancres indurés. Dès lors, que devient la doctrine qui nie qu'on puisse avoir plusieurs fois dans sa vie la vérole constitutionnelle, autrement dit le chancre induré, « *qui seul détermine infailliblement l'infection syphilitique ?* »

Il reste démontré par le cas que nous publions, qu'on peut, contracter plusieurs fois, à des intervalles de temps variables, des chancres indurés. L'évidence de ce fait est si grande qu'il nous paraît inutile d'insister longuement sur les objections qu'on pourrait lui adresser.

Dira-t-on qu'il y a eu quelque erreur de diagnostic ? Nous ne laisserions point passer cette façon d'expliquer les choses, et, à

des assertions rétrospectives, nous opposerions l'autorité d'un homme qui a l'habitude de reconnaître des affections syphilitiques. A la vérité, l'on admet aujourd'hui des chancres durs, des chancres indurés, des chancres endurcis ; mais ces distinctions scolastiques ne se retrouvent plus au lit des malades : c'était donc là un véritable chancre induré, celui « qui détermine infailliblement l'infection syphilitique. »

D'ailleurs, s'il faut, pour affirmer la nature indurée d'un chancre et sa destination si grave, qu'il soit entouré du cortége habituel des autres accidents syphilitiques, nous ne voyons plus quelle importance il y a à en rechercher tous les caractères, et pourquoi l'on en fait le pivot d'une théorie.

Il est donc impossible de nier ici l'existence d'un chancre induré ; mais ce chancre devait créer une infection syphilitique rebelle à de nouveaux chancres indurés : là encore la théorie est en défaut. Ainsi, de quelque côté qu'on envisage la question, elle se montre rebelle aux doctrines, et l'on est forcé de reconnaître, à trois ans d'intervalle, chez le même individu, l'existence de chancres indurés. C'est sur ces dernières remarques que nous voulons quitter l'esprit du lecteur. Il importe aujourd'hui de rechercher avec soin, et sans idées préconçues, les antécédents syphilitiques des malades, car nous avons quelques raisons de penser que des faits analogues à celui-ci ne sont pas rares.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

GUY'S HOSPITAL.

(*Suite. Voir le n° 151.*)

Par suite, soit de ces rumeurs ridicules, soit peut-être d'autres causes plus graves, que chacun analysera comme il voudra, j'ai rencontré dans certains endroits de petits piéges tendus, un tas de petits désagréments, au moyen desquels on tâchait de me faire entendre qu'on aimerait autant me voir ailleurs. Mais j'ai un épiderme dur, sur lequel bien des choses glissent sans y faire impression ; mon entendement est fort étroit, et a, en toutes choses, l'étrange fantaisie de ne vouloir comprendre que ce qu'on lui dit en termes nets, clairs et précis. J'ai été bientôt servi à souhait.

A *Guy's hospital*, j'ai reçu, après quelques visites les plus paisibles et les plus réservées du monde, un ordre d'expulsion des plus catégoriques. Une expulsion, allez-vous dire ? Ah ! mon Dieu oui ! une expulsion ; mais, là, une vraie expulsion, par ordre transmis à moi-même, personnellement, de vive voix, par l'autorité, que représentait le steward (quelque chose comme l'économe) de l'hôpital. C'est à peine croyable, mais cela est. Voilà, vous en conviendrez, qui commence à être curieux. Ce n'est pas tout ; il y a quelque chose de plus curieux encore ; c'est qu'il n'y a pas de raison du tout pour cela ; du moins n'a-t-on pu m'en donner aucune, sur des interpellations que j'ai adressées d'une manière réitérée, à tous les degrés successifs de l'échelon hiérarchique, avec une patience dont je me croyais peu capable ; or, à mes interpellations personnelles, on a répondu d'abord par une basse et bien malheureuse invention, qu'on a été obligé d'abandonner immédiatement, et puis on n'a plus rien répondu, pas plus qu'à mes interpellations publiques par la voie des journaux anglais. J'espère que voilà du mystère. Il faut vous dire cependant que, d'avance, ce n'était pas un mystère pour moi. Du moment où j'ai voulu vous envoyer des revues cliniques sur les hôpitaux anglais, j'ai reçu de plus d'un côté des avis très-sérieux, par lesquels on m'engageait à prendre garde ; car on m'annonçait d'avance qu'il pourrait m'arriver ce qui m'a été insinué quelque part ailleurs, mais qui m'a été brutalement notifié à l'hôpital de Guy. Au reste, pour que les lecteurs de votre journal que ceci intéresse, dans le cas où quelques-uns auraient la bonté de lire mes revues ultérieures, puissent éclaircir le mystère, s'ils sont en position de le faire, je vais leur en fournir les éléments, en leur racontant en résumé mon histoire à *Guy's hospital*, le seul endroit où je puisse prouver d'une manière authentique, l'exactitude rigoureuse des faits que j'avance.

Guy's hospital est un des premiers hôpitaux de Londres ; et même, si l'on tient compte du nombre de ses lits (plus de 500, dit-on), de ses grandes richesses personnelles, de la réputation, dont il est singulièrement déchu, que lui avait valu l'illustre sir A. Cooper, du nombre considérable des élèves qui suivent son école, de son immense Musée, etc., etc., il doit être, somme toute, placé au deuxième rang, immédiatement après l'hôpital Saint-Barthélemy. Sous bien des points de vue, quoique d'une manière qui exigerait de considérables restrictions, il occupe à Londres la position de l'hôpital de la Charité, à Paris. Il est situé aussi, comme la Charité, de l'autre côté de l'eau, au sud de la Tamise ; mais, pour que le parallèle à cet égard fût exact, il faudrait supposer la Charité à l'entrée du faubourg Saint-Marceau, au lieu du faubourg Saint-Germain, comme *Guy's hospital* est placé à l'entrée de *Bermondsey* ou mieux du *Borough*, près de l'extrémité sud du pont de Londres. Bien qu'il refuse maintenant de se laisser voir, j'ai déjà jeté sur lui une assez bonne série de coups d'œil, et soit par là, soit autrement, nous trouverons bien moyen d'en parler encore ultérieurement, quoique d'une manière insuffisante.

Pour satisfaire le désir que j'avais d'étudier cet hôpital, j'allai trouver M. Birkett, l'un des chirurgiens, avec une lettre de recommandation. Le premier accueil fut parfait ; M. Birkett voulut même venir immédiatement avec moi à l'hôpital, pour me montrer le Musée, me fit signer là avec lui sur un registre, et m'annonça que, moyennant cette formalité, je pourrais désormais venir au Musée à volonté, et demander le catalogue quand j'en aurais besoin. C'était charmant ; on n'aurait pas mieux fait en France. Je quittai ce jour-là l'hôpital et M. Birkett, plus que satisfait, et après avoir reçu avis de venir le mardi suivant pour voir les services chirurgicaux.

J'arrive le mardi, sans avoir mis les pieds dans l'intervalle à l'hôpital. Bon Dieu ! quelle différence ! M. Birkett était revêtu de cette espèce de froideur absurde que beaucoup d'étrangers se figurent être naturelle aux Anglais, alors que c'est tout ce qu'il y a de plus artificiel ; c'est par des espèces d'efforts extraordinaires qu'ils arrivent à se défigurer ainsi, croyant qu'un aspect roide et sec convient à un homme *libre !* Et il y en a ensuite parmi eux qui critiquent les Chinoises qui se déforment seulement les pieds ! Je reçois à peine une réponse à mon salut, et M. Birkett me plante là, après m'avoir sèchement indiqué du doigt l'escalier qui conduit à l'amphithéâtre. Je suis à présent habitué à ces scènes-là, qui me paraissaient assez extraordinaires dans les premiers temps, et qui me font maintenant l'effet de petites comédies dont on nous donne gratuitement la représentation, à nous étrangers. Aussi je ne m'en préoccupai pas davantage, et je montai droit à l'amphithéâtre.

Depuis, pendant près de deux mois, je suis allé presque tous les mardis à *Guy's hospital*. J'allais d'abord passer une heure et demie à deux heures dans le Musée, où je ne faisais que regarder attentivement les pièces, sans déranger quoi que ce fût, car je n'ai même jamais touché au catalogue, ni qui que ce fût, chose bien simple, puisqu'il n'y a à peu près jamais personne au Musée, excepté un employé, homme fort poli du reste. Du Musée, je venais à l'amphithéâtre, à l'heure des opérations, et afin de ne déranger personne, je me plaçais tout en haut, derrière tout le monde. Il serait difficile, vous le voyez, d'agir plus simplement, plus paisiblement que je le faisais.

Dans les premiers jours d'août, je me présente comme d'habitude à Guy's hospital, et là, je suis brutalement arrêté à l'entrée par le portier. Faire une méprise, était chose impossible, car j'étais le seul Français qui allais à *Guy's*, et assez reconnaissable, certes ; je vous prie de croire que les Anglais, qui ne m'ont jamais vu et qui me rencontrent dans la rue, ne s'y trompent pas, et savent bien dire tout haut, avec leur sourire curieux qu'ils voudraient faire passer pour spirituel : « *French, French ;* » et d'ailleurs, j'avais eu plusieurs fois occasion de demander au portier lui-même, en entrant, s'il devait y avoir des opérations.

— On s'attendait probablement que je ferais une scène en réponse à cet acte brutal ; et plusieurs des petits employés de l'hôpital, qui n'y sont jamais à cette heure-là, étaient sous le péristyle, disposés en petits groupes pour se régaler du spectacle. Ils ont été fort désappointés à coup sûr ; car, avec un calme parfait, je posai catégoriquement au portier, la question de savoir si je pouvais, oui ou non, aller au Musée. Le portier, surpris de ce que je ne me fâchais pas, et que je ne prenais même pas la peine de répondre à toutes ses histoires, ne souffla pas mot et m'ouvrit tout simplement le passage.

Je me dirigeai droit vers le Musée, où une autre scène allait avoir lieu. Un monsieur que je n'avais jamais vu auparavant, et qu'à son aspect, à ses habits, à ses cheveux blancs, on aurait pris pour un homme d'éducation et respectable, m'y attendait pour me demander d'un ton grossier ce que je venais faire là. Par respect pour son âge, je voulus bien lui répondre que je venais étudier les pièces du Musée. « De quel droit? » Je trouvais que, même pour un vieillard, m'abordant ainsi de but en blanc, la chose commençait à être par trop étrange, et j'allais laisser ce monsieur à ses réflexions personnelles, sans lui répondre, lorsque le poli employé du Musée me dit que j'avais affaire au steward, le second employé supérieur de l'hôpital, et en même temps annonça à ce steward mal appris, que j'avais été introduit par M. Birkett. « Monsieur, s'est alors écrié le steward, le Musée « n'est pas fait pour les étrangers. » Sur mon observation qu'en France personne n'oserait jamais commettre une grossièreté pareille non provoquée, le steward n'a trouvé à me répondre que d'un ton plus haut et échauffé : « Monsieur, le Musée n'est pas « fait pour les étrangers. » — « Si je vous comprends, lui dis-je, « ceci signifie qu'il faut que je quitte la maison sur-le-champ. » « — Oui, monsieur. » Je ne me le suis pas fait dire à deux fois, et j'ai quitté de suite l'hôpital.

Je me suis rendu immédiatement chez M. Birkett, pour lui demander la raison de cet acte scandaleux. M. Birkett m'a écouté très-froidement, sans être le moins du monde surpris, et pour ainsi dire sans me répondre. « Mais enfin, Monsieur, lui dis-je avec grand calme, qu'est-ce que cela signifie? » — « Voulez-« vous, me répond enfin M. Birkett, que j'aille avec vous à l'hô-« pital, pour expliquer l'affaire? » — « Certainement, lui dis-je, « il me semble que c'est votre devoir. »

Nous revenons à l'hôpital, où, après une conférence avec le steward, M. Birkett vient me dire : « Tout ceci provient de ce « que vous avez fait des dessins dans le Musée, où il est défendu « d'en prendre, sans permission spéciale. » — « Monsieur, lui « ai-je répondu, ce serait une bien pauvre raison pour un acte « aussi grave. Mais le plus malheureux de l'affaire, c'est que « c'est une pure invention, pour bien des raisons dont une seule « dispense des autres : je ne sais pas dessiner! » La scène a duré plus d'une heure, moi insistant pour avoir une raison quelconque, M. Birkett ne me répondant pas ou à peine. A la fin, sur ma demande, si le Musée m'était rouvert, puisqu'il n'y avait pas de raison pour justifier l'acte inconcevable commis, M. Birkett s'est décidé à me donner un billet d'entrée imprimé, pour ..... *un jour!* billet que je garde précieusement comme une curiosité ; et il m'a renvoyé pour des explications ultérieures à l'autorité supérieure de l'hôpital, au *Treasurer*.

Le *Treasurer* est au moins un homme poli, bien élevé, et c'est déjà quelque chose, surtout lorsqu'on vient d'avoir affaire aux autres. Il me promit de me répondre, une fois qu'il aurait examiné l'affaire.

Au bout de huit jours, n'ayant pas de réponse, j'ai écrit à M. le *Treasurer*, et j'ai confié ma lettre à la poste, en la faisant enregistrer (quelque chose d'analogue à la lettre chargée de France), de manière à faire constater sa remise en personne d'une manière officielle. Immédiatement, M. le *Treasurer* a bien été obligé de me répondre, et l'a fait d'un ton assez sec, en m'annonçant que le Musée était fermé pour les vacances (aucun Musée de Londres ne ferme jamais à proprement parler, excepté en cas de réparation) et qu'à la rentrée je n'avais qu'à m'adresser à M. Birkett qui me donnerait un billet d'admission *temporaire*. Ces Messieurs voulaient essayer par-dessus le marché de s'amuser ; M. Birkett me renvoyait à M. le *Treasurer*, et celui-ci me renvoyait à son tour au premier. Puis, en supposant qu'ils parlassent sérieusement, ce dont j'ai bien le droit de douter, après le mensonge des dessins, auquel ils n'avaient pas craint de s'abaisser pour se cacher, j'aurais eu un second billet d'entrée pour un jour probablement, peut-être pour deux!

Obligé de renoncer à des explications personnelles, j'ai eu recours à des interpellations publiques. Je ne me suis pas adressé à la *Lancet*, parce que, dans une autre occasion, on m'y a fait attendre une réponse trois semaines ; ce qui, en toute conscience, est réellement un peu trop. Je suis allé au *Medical Times*, et j'ai donné un exposé des faits qui précèdent, exposé encore plus détaillé. Avec une impartialité que l'on devrait trouver partout, et pour laquelle ici on est obligé d'être reconnaissant, alors qu'on la rencontre par exception, le rédacteur du *Medical Times* a immédiatement inséré la Note suivante dans le n° 165, 27 août 1853, p. 232 :

« Le docteur Deville nous a envoyé une très-longue lettre, « concernant la grossière conduite qu'on a tenue, dit-il, à son « égard, à *Guy's Hospital*, et qui contraste avec la bienveil-« lance qu'il a éprouvée à Saint-Barthélemy et à Saint-George. Il « paraît, d'après sa lettre, qu'il avait été introduit par M. Birkett, « et avait suivi l'hôpital depuis quelque temps, lorsqu'à la fin le « steward est venu lui dire que le Musée n'était pas fait pour les « étrangers.

« Connaissant par expérience personnelle les grandes atten-« tions témoignées aux Anglais dans tous les établissements mé-« dicinaux du continent, nous serions bien aise de voir expliquer « l'incivilité alléguée contre *Guy's Hospital*.

« Le docteur Deville dit qu'il a été accusé de prendre des des-« sins dans le Musée, alors que cela n'est pas permis, mais il « ajoute qu'il ne sait pas dessiner. Eût-il pris des dessins, d'ail-« leurs, que nous ne pourrions y voir un grand crime. Après « s'être adressé au *Treasurer*, il a obtenu la promesse d'une « carte d'entrée temporaire. Sur le récit d'une seule des parties, « nous ne pouvons rien dire de plus. »

L'interpellation était claire, et a frappé, je vous assure, l'attention de plus d'une personne à Londres. Trois semaines se sont passées sans réponse. J'ai alors publié de nouveau dans le *Medical Times* la lettre suivante, qui a paru dans le n° 169, 24 septembre 1853, p. 338, et dont voici la traduction :

« Monsieur le rédacteur,

« Permettez-moi d'abord de vous remercier pour la bonté « avec laquelle, conformément aux principes d'impartialité qui « devrait toujours former l'un des traits caractéristiques de la « presse, vous avez bien voulu publier un court exposé de la « conduite des autorités de *Guy's Hospital* à mon égard.

« Quinze jours (il y avait près d'un mois au moment de la pu-« blication) se sont écoulés depuis, et aucune réponse n'a été « faite. Je dois, par conséquent, conclure que les autorités de « *Guy's Hospital*, reculant devant un examen public, sentent « qu'elles n'avaient pas le droit d'agir méchamment envers un « inoffensif médecin étranger.

« Ceci est plus qu'une affaire particulière, car il s'agit au « fond de graves questions de déontologie médicale et de devoirs « publics. Si cela n'exigeait pas une trop grande délicatesse et » une précision d'expressions que ma connaissance insuffisante « de la langue ne me permet pas encore d'employer, je me serais « peut-être hasardé à traiter la question dans tous ses détails « dans les journaux anglais. Néanmoins, il est de mon devoir de « donner des explications entières à cet égard, et ce devoir je le « remplirai dans les journaux de mon pays. »

Ainsi, l'on dit en public à ces messieurs qu'ils sont des grossiers, et ils ne répondent pas, ils acceptent que oui. On leur dit qu'ils ont commis un acte inqualifiable, sans aucune raison, sans aucune provocation, et ils ne répondent pas, ils acceptent que oui.

Vous seriez-vous jamais douté, mon cher ami, que dans aucune partie du monde on pût trouver dans le corps médical de tels per-

sonnages?Eh bien! on n'a qu'à venir en Angleterre, dans le pays qui est avec la France a la tête de la civilisation; et en plein Londres, dans l'un des hôpitaux les plus importants, on trouvera un trio de chirurgiens, *Cock, Bilton* et *Birkett*, qui dirigent un établissement dans lequel se passent des actes dont un homme d'un peu d'éducation rougirait.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Errata. — Page 1206, 2e colonne, dernière ligne, au lieu de *Trichsen*, lisez Érichsen. Cette erreur typographique se trouve reproduite dans plusieurs des lignes suivantes.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'urate d'ammoniaque dans les affections intermittentes et dans le choléra.

Mon cher confrère,

Je reçois de M. le docteur *Baur,* de Tubingen (Wurtemberg), une lettre que je vous prie de vouloir bien insérer dans un de vos plus prochains numéros, à cause de son intérêt réel d'actualité. Je l'ai traduite textuellement de l'allemand.

Recevez, mon cher confrère, l'expression des sentiments distingués de votre tout dévoué, SICHEL.

Depuis huit ans, je fais des observations étendues sur les vertus médicales de l'*urate d'ammoniaque;* de nombreuses expériences ont eu pour résultat deux faits positifs, qui ne sont pas sans valeur pour la pratique.

D'abord, j'ai trouvé que l'urate d'ammoniaque est un moyen extrêmement actif dans les affections intermittentes, qu'il s'agisse de *fièvres intermittentes* ou de *névroses périodiques.* Après m'être assuré de ses effets dans beaucoup de cas, je me suis rendu, l'été dernier, avec des recommandations du docteur de Handschuh (de Munich), médecin d'état-major général de l'armée bavaroise, à la forteresse de Germersheim (Bavière-Rhénane), pour y faire des essais en grand, avec ce moyen contre les fièvres intermittentes. Dans la majorité des cas, le médicament avait un effet favorable, bien que, à l'époque des expériences, l'intensité des fièvres avait beaucoup augmenté. D'ordinaire, le moyen était administré toutes les deux heures, à la dose de 10 à 15 centigrammes, en poudre avec du sucre.

Une seconde action favorable du moyen est celle que j'ai souvent éprouvée dans le *choléra européen.* Dans cette affection, je l'employais d'ordinaire *en lavements,* à la dose de 25 centigrammes, avec un peu d'amidon et un quart de litre d'eau chaude. Il faut que le malade tâche de garder le lavement quelque temps. Le lavement peut être réitéré selon les circonstances. Pour le choléra européen, je n'ai pas trouvé nécessaire de le réitérer fréquemment; une ou deux applications ont toujours jusqu'ici coupé rapidement la maladie. On peut aussi remplacer le lavement par une pommade préparée avec 2 à 4 grammes d'urate d'ammoniaque pour 30 grammes de cérat simple; on en emploie d'heure en heure une cuillerée à café en onction sur les téguments abdominaux. Il est vraiment remarquable combien est rapide l'action du moyen administré en lavement; il procure immédiatement au malade un sentiment de bien-être, et arrête les évacuations cholériques, tout en favorisant les garde-robes normales, le retour de la transpiration et du pouls et en faisant cesser les crampes. D'aucun autre moyen, je n'ai observé une action semblable.

Puisque la majorité des médecins sont de plus en plus convaincus que le choléra asiatique ne diffère pas spécifiquement et essentiellement du choléra européen, et ne s'en distingue que par son développement épidémique et sa plus grande intensité, j'ai depuis longtemps désiré de pouvoir expérimenter l'urate d'ammoniaque dans le choléra asiatique; mais, depuis que je connais le moyen, je n'ai plus eu occasion de voir une épidémie cholérique. J'ai donc recours à votre amitié pour vous prier, ou de faire vous-même des expériences avec l'urate d'ammoniaque, ou de faire un appel aux médecins de Paris et surtout aux médecins des hôpitaux, afin qu'ils veuillent bien expérimenter dans l'épidémie actuelle l'urate d'ammoniaque, dont la préparation est très-facile : il suffit de mettre l'acide urique en contact avec l'ammoniaque caustique et de faire sécher le produit. Il serait bon de choisir, pour les premiers essais, des cas d'une intensité moins grande, puis d'expérimenter le moyen dans des cas plus graves. Il sera probablement nécessaire d'administrer des doses plus élevées que celles que j'ai employées dans le choléra européen.

Tubingen, 10 décembre 1853. Dr HERMANN BAUR.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — Rien de notable depuis notre dernier bulletin, si ce n'est que l'épidémie a envahi plusieurs localités des environs de Paris, notamment Belleville, Vincennes, Nogent, Clamart, Meudon, Saint-Cloud, Neuilly, etc. Les localités situées au delà de Meudon, sur le chemin de fer de la rive gauche, sont jusqu'à présent, comme dans les épidémies précédentes, exemptes de la maladie.

— L'Académie des sciences a procédé aujourd'hui à l'élection d'un secrétaire perpétuel dans la section des sciences physiques et mathématiques, en remplacement de l'illustre Arago. Le nombre des votants était de 54.

Au premier tour de scrutin, les voix se sont ainsi réparties : M. Élie de Beaumont, 19; M. Ch. Dupin, 16; M. Pouillet, 7; M. Lamé, 8.

Au deuxième tour, M. Élie de Beaumont a obtenu 29 voix; M. Dupin, 17; M. Pouillet, 5, et M. Lamé, 1. En conséquence, M. Élie de Beaumont est proclamé secrétaire perpétuel, sauf approbation de l'Empereur.

— Un homme des plus honorables et qui a enrichi la chimie de plusieurs travaux intéressants, M. Laurent, laissa en mourant au mois d'avril dernier, une veuve sans fortune et deux enfants en bas âge; sur une demande de la section de chimie de l'Académie des sciences dont faisait partie M. Laurent, M. le Ministre de l'instruction publique vient de faire accorder une bourse dans un lycée au jeune Laurent, et de faire inscrire la mère pour une pension de 1,000 francs sur la caisse des fonds littéraires.

— Par suite de la création récente de deux nouveaux établissements de remonte pour la cavalerie, l'un à Nevers l'autre à Favernay, le nombre des aides-vétérinaires de 2e classe, fixé à soixante-seize par les décrets des 28 janvier et 29 février 1852, vient d'être porté à quatre-vingt-un. Cette augmentation est motivée sur ce que le nouveau mode d'achat des chevaux de cavalerie exige le concours de vétérinaires, pendant toute l'année, dans les établissements de Caen, Saint-Lô et Alençon.

— *Errata.* — Dans notre dernier numéro, page 1205 1re colonne, à l'article *porte-éponge*, deux noms ont été mal imprimés.

Au lieu de M. *Adame,* il faut lire M. Adams, ancien secrétaire de l'Académie de médecine de New-York.

Au lieu de M. *Bruek,* lisez : M. Buck, vice-président de l'Académie de médecine de Neuw-York.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, précédé de quelques réflexions sur les pessaires en général, par M. M. GARIEL, docteur en médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre titulaire de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation. — Broch. in-8. — Au bureau du journal et chez GERMER-BAILLIÈRE, libraire. — Prix : 25 centimes.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. TRIQUET, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 centimes.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur BOUCHARDAT. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 cent.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome I. — N° 153. 1re année. Jeudi 22 Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie de médecine. — Séance de l'Académie des sciences du 12 décembre. — Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie, par M. Alph. Robert. (*Suite et fin.*) — Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité, par M. Duchenne. — **THÉRAPEUTIQUE :** Empoisonnement par l'extrait de belladone. Administration de l'iodure de potassium ioduré. Guérison, par M. Saiz Rioyo. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 21 *Décembre* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

Je me tromperais bien, si je ne connaissais pas en ce moment l'homme le plus heureux de France et de Navarre, et si cet homme n'était pas M. Nacquart, président de l'Académie impériale de médecine. Puisse l'Académie être aussi heureuse d'être présidée par M. Nacquart, que M. Nacquart le sera de la présider !

Toute la séance s'est passée en élections et en remarques du domaine de la chronique, au sujet de ces élections. On a remarqué que le spirituel académicien qui habituellement votait pour M. Raspail, n'a pas continué cette année sa piquante plaisanterie ; peut-être est-ce le même qui, cette année, a voté pour M. Lallemand.

La correspondance a présenté, entre autres pièces intéressantes, des recherches de M. Duchenne (de Boulogne) que nous publions plus loin, et une description d'un marais à sangsues, digne de rivaliser avec celle de M. Soubeyran et rédigée par M. Rollet, correspondant de l'Académie à Bordeaux.

Plusieurs auteurs qui se sont occupés d'eaux minérales, des membres de l'Académie ont, à diverses reprises, exprimé le vœu que la plupart des sources minérales de nos grands établissements fussent soumises à une nouvelle analyse, et que même cette analyse fût répétée à certains intervalles, afin de constater si la composition des eaux minérales ne changerait pas avec le temps. Deux communications faites dans la séance d'hier de l'Académie, sembleraient indiquer que M. le Ministre de l'agriculture et du commerce est assez disposé à entrer dans cette voie. En effet, sur l'initiative de M. le docteur Lhéritier, inspecteur adjoint des eaux de Plombières, initiative appuyée efficacement d'ailleurs par l'administration départementale, M. le Ministre a invité l'Académie à faire procéder, dans son laboratoire, à l'analyse comparative des diverses

FEUILLETON.

Notice historique et chronologique sur les substances qui ont été proposées comme succédanées du café et sur le café-chicorée en particulier,

Par A. CHEVALLIER fils, *chimiste.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 142, 146, 148, 149, 150.)

Falsification du café-chicorée par le gland. — Cette falsification nous ayant été signalée, nous avons fait quelques essais qui nous ont démontré qu'on pouvait la reconnaître. Il résulte de ces essais que le mélange peut être reconnu : 1° par l'eau iodée ; 2° par le persulfate de fer.

L'eau iodée, versée en quantité convenable (environ dix parties d'eau iodée pour une de chicorée), dans une décoction de café-chicorée mêlé de gland, prend une teinte bleue marquée, couleur qui disparaît après quelques instants, la décoction de chicorée ne prenant pas ce caractère.

Le sulfate de fer ajouté dans la décoction de café de chicorée, mêlé de gland, prend une teinte noire, teinte que ne prend pas la décoction de chicorée pure.

Falsification du café-chicorée par les semences des graminées torréfiées. — Cette falsification se reconnaît très-facilement à l'aide de l'eau iodée. On opère, avec ce réactif, sur une décoction du café-chicorée mêlé de graines torréfiées ; si le café est allongé, on obtient une coloration bleue plus ou moins intense.

Falsification du café-chicorée par les féverolles, les haricots, les pois torréfiés. — Cette falsification peut être reconnue : 1° à l'aide du persulfate de fer, qui donne lieu à une coloration et à un précipité plus ou moins abondant ; 2° à l'aide de l'eau iodée ; en effet, avec le café mêlé de ces légumineux, on obtient une coloration bleue.

Le café-chicorée ne donne pas lieu à ces réactions.

On a dit que le café-chicorée avait été additionné : 1° de *coques de cacao*, mais nous ne pensons pas que cette sophistication ait été mise en pratique ; on reconnaîtrait la falsification à l'aide des coques de cacao, par l'examen du mélange, au moyen de la loupe qui permet d'apercevoir les parcelles des coques, qui diffèrent tout à fait par leur contexture de celle de la chicorée ; de plus, la poudre de coques de cacao torréfiées n'absorbe pas l'eau, comme le fait la chicorée, de façon qu'elle reste à la surface du liquide et qu'on peut la séparer pour l'examiner ; 2° de poudres de *vieilles écorces*. Quoique cette falsification ne soit pas arrivée à notre connaissance, on pourrait la reconnaître en traitant la décoction de la matière soupçonnée par le sulfate de fer qui donnerait lieu à une coloration en noir et à un précipité.

Relativement à ce qui a été dit sur la falsification du café-chicorée par des

sources de Plombières, et à l'analyse de la *Source des dames* à Vichy. Ces analyses, en nous faisant connaître la proportion de principes minéralisateurs que contient chaque source (dont la température, pour celles de Plombières, varie de 12 à 70 pour cent), auront une utilité incontestable ; elles nous permettront de constater d'abord le fait si important, au point de vue de l'histoire naturelle des eaux minérales, de la stabilité ou de l'instabilité de composition de ces eaux, et peut-être par la suite nous mettront-elles à même d'expliquer les différences d'action qu'on croit avoir observées, à diverses époques, dans l'efficacité de certaines sources.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 12 Décembre.

Les aspirants au prix Bréant sont d'une discrétion à laquelle on ne devait peut-être pas s'attendre; il n'en a surgi que cinq dans cette séance; mais il est vrai de dire que la liste n'est pas encore close.

La seule communication d'une certaine importance est celle qu'a faite M. Chassaniol, médecin de la marine, qui a constaté la diminution, ou même l'absence de l'urée dans les urines, et sa présence dans le sang des individus atteints de fièvre jaune. Ce fait intéressant, quoiqu'il ne soit pas encore basé sur des expériences suffisamment nombreuses et détaillées, a conduit l'auteur à attribuer la fièvre jaune à un empoisonnement du sang par l'urée. Il nous semble qu'il serait plus rationnel de considérer comme consécutif le fait constaté par M. Chassaniol, à supposer qu'il soit confirmé par des recherches ultérieures. Quant aux conséquences thérapeutiques qu'en tire l'honorable observateur, c'est-à-dire aux indications tonique et fébrifuge, nous croyons que les meilleures preuves en faveur d'une telle médication, se déduiraient d'une nombreuse série d'observations rigoureusement prises. H. DE C.

Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur le chloroforme, suivi de considérations pratiques sur l'anesthésie,

Lu à la Société de chirurgie, le 9 novembre, par M. Alph. ROBERT, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 136, 137, 139, 142, 152.)

M. Mercier, dans une lettre adressée à la *Société de chirurgie*, a rappelé le conseil qu'il avait donné, il y a quelques années (*Lettre à l'Académie de médecine*, 18 juillet 1848), de comprimer les artères axillaires et crurales, ou mieux encore, quand on le peut, l'aorte abdominale. On retient de la sorte, suivant lui, dans la portion supérieure du tronc, le sang qui, sans cela, se serait rendu à sa partie inférieure et dans les membres. Nous avons peu de chose à dire de ce mode opératoire, attendu qu'il n'a pas encore été employé chez l'homme, et que M. Mercier ne l'a même pas expérimenté sur les animaux, ce qui cependant lui eût été facile. Nous ferons ensuite observer que, lorsqu'il y a syncope, il est difficile de concevoir comment les mouvements oscillatoires du cœur pourraient suffire à porter le sang vers le cerveau, bien que le cercle circulatoire ait été rétréci.

3° Les moyens qui ont pour but de rétablir la respiration ont une importance plus réelle et méritent de fixer plus longuement notre attention.

Ainsi que l'a judicieusement fait observer M. Denonvilliers, quelle que soit la cause immédiate des accidents, sidération du système nerveux, asphyxie ou syncope, un fait évident, c'est que la présence des vapeurs chloroformiques dans l'arbre aérien a occasionné ces désordres et contribue à les entretenir. La première chose à faire devra donc être d'en provoquer l'expulsion rapide. D'un autre côté, les trois grandes fonctions dont l'ensemble constitue le trépied vital étant entravées, il importe de les rétablir promptement, soit en agissant sur toutes à la fois, si la chose est possible, soit en agissant sur celle qui offre le plus de prise à nos moyens, car en rétablissant l'une nous rétablissons indirectement les autres. Or, de ces trois fonctions, celle qu'il nous est le plus facile d'exciter, c'est la respiration : c'est donc à elle que nous devons nous adresser d'abord, avec d'autant plus de raison que la première conséquence de son rétablissement sera l'expulsion de la vapeur délétère du chloroforme.

Mais de quelle manière ranimer la respiration ? M. Plouviez, l'un des premiers qui aient senti l'importance de cette indication, a proposé l'insufflation pulmonaire, soit avec des instruments, soit bouche à bouche. Enfin, on a pensé que la trachéotomie pourrait être utile pour faciliter l'insufflation ; et plusieurs fois, soit en Angleterre, soit en Amérique, elle a été pratiquée dans ce but.

De quelque manière que l'insufflation soit faite, elle nous paraît peu puissante à remplir le but qu'on se propose. En effet, les poumons remplissent très-exactement la cavité thoracique et en suivent tous les mouvements; c'est le jeu de cette cage qui admet ou chasse l'air. Par conséquent, pour que cet organe en reçoive une quantité quelconque au delà de celle qu'il contient dans un moment donné, il faut qu'en même temps la poitrine se dilate. Or, je le demande, est-il possible d'admettre que de l'air poussé avec un tube laryngien ou bouche à bouche le soit avec assez de précision et de force pour soulever les parois costales? Nous admettons volontiers que le diaphragme puisse éprouver un certain degré d'abaissement, mais cet abaissement sera-t-il assez considérable, et fera-t-il pénétrer dans les poumons une quantité d'air suffisante pour ranimer la respiration ?

J'ai voulu savoir, par l'expérimentation sur le cadavre, jusqu'à quel point l'insufflation pouvait faire entrer l'air dans la poitrine. En introduisant un tube de Chaussier dans l'ouverture supérieure du larynx, ce qui, soit dit en passant, est

---

cafés préparés par la torréfaction des cossettes de betteraves et de carottes, nous ne connaissons jusqu'ici aucun moyen de distinguer ces dernières.

Nous avions fini le travail que nous nous étions proposé de faire, lorsque nous eûmes connaissance d'une circulaire de M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, relative à la falsification du café-chicorée. Cette circulaire que nous rapporterons ici, est suivie d'une instruction sur les moyens qui doivent être mis en pratique pour reconnaître si l'on a ajouté au café-chicorée de l'ocre rouge, de l'argile, des matières terreuses ; ce moyen est celui qui a été indiqué par mon père dans le mémoire qu'il a publié il y a cinq ans.

La lecture de la circulaire de M. le Ministre nous a fait voir qu'il est établi *qu'on peut considérer comme suspect de fraude ou de mauvaise fabrication tout café-chicorée donnant plus de* 6 *pour cent de cendres.*

Nous qui avons étudié ce produit, qui avons fait des expériences nombreuses sur les cafés-chicorées préparées par des négociants honorables, nous pensons que la limite indiquée par M. le Ministre est trop restreinte, et qu'il sera nécessaire de faire de nouvelles recherches et expériences pour établir la limite indiquant que ce produit est frauds. Voici d'ailleurs les actes publics (1) :

(1) Ces actes, qui portent la date du 25 juillet, ne sont connus que depuis le 10 septembre.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS.

Direction générale de l'agriculture et du commerce. — Division du commerce intérieur. — Bureau de la police sanitaire et industrielle. — Salubrité.

Falsification du café-chicorée. — Instruction pour la constatation des fraudes en cette matière. — Circulaire n° 6.

Paris, le 25 juillet 1853.

Monsieur le préfet, l'attention de l'administration a été appelée sur les abus auxquels donne lieu la vente du café-chicorée. Cette substance alimentaire est souvent l'objet d'une fraude considérable, qui s'exerce au préjudice du consommateur, et qui se pratique principalement dans la fabrication.

La fraude consiste dans l'addition, à la racine de chicorée, de certaines matières étrangères, telles que terre, ocre rouge, rouge de Prusse, noir animal, dont la proportion s'élève quelquefois jusqu'à 30 et 40 pour cent du poids total de la matière vendue (1).

Le comité d'hygiène publique, institué près de mon département, a pensé que ces mélanges peuvent n'être pas sans danger pour le consommateur. Ils consti-

(1) Il y a d'autres falsifications basées sur l'emploi du marc de café, de semences de légumineuses, etc.

extrêmement difficile sur l'adulte, même en prenant soin d'attirer la langue avec un crochet ; en insufflant, dis-je, par l'ouverture supérieure du larynx, je n'ai obtenu aucun résultat. J'ai alors incisé la trachée et placé le tube dans les lèvres de la plaie, en faisant comprimer fortement les voies aériennes au-dessus de ce point. J'ai alors obtenu un abaissement manifeste du diaphragme, traduit par un soulèvement de la paroi abdominale. Les côtes sont restées immobiles.

Je crois donc, en résumé, que l'insufflation n'est pas aussi complétement impuissante que le pense M. Denonvilliers. Mais, en présence des difficultés de son application et de la petite quantité d'air qu'elle permet d'introduire dans les voies aériennes, on ne doit compter que fort peu sur son efficacité, surtout lorsqu'elle est pratiquée bouche à bouche.

En présence de ces faits, dont l'évidence paraît incontestable, quel degré de confiance peut-on avoir dans les observations où l'on nous montre l'insufflation pulmonaire comme ayant obtenu d'éclatants succès et réussi, en quelque sorte, à opérer de véritables résurrections ? Notre excellent collègue, M. Ricord, nous a fait connaître quatre observations de cette nature, et à Dieu ne plaise que je veuille ici le moins du monde mettre en doute sa bonne foi ; mais, franchement, lorsque l'on considère la rareté des accidents graves dus au chloroforme, peut-on s'empêcher de remarquer d'abord que notre collègue eût été bien malheureux d'en observer à lui seul quatre exemples; et n'est-il pas plus naturel d'admettre que ce chirurgien, effrayé des symptômes qu'il avait sous les yeux, s'en sera exagéré l'importance ?

Au demeurant, nous ne pensons pas que l'insufflation bouche à bouche soit entièrement dépourvue d'utilité. Elle peut, par exemple, débarrasser l'arrière-gorge des mucosités qui l'obstruent et stimuler l'entrée des voies aériennes.

Dans un travail publié en 1850 (*Union médicale*, 7 mai 1850), M. Duroy, pharmacien à Paris, renouvelant le conseil donné en 1848 par M. Blanchet, propose de pratiquer l'insufflation pulmonaire avec de l'oxygène. Il considère l'action vivifiante de ce gaz comme ayant plus d'énergie que l'air atmosphérique pour rétablir l'*hématose et la circulation du sang, en un mot la vie.*

Pour le démontrer, il a institué deux séries d'expériences ingénieuses : il a soumis comparativement des animaux à l'action des vapeurs du chloroforme mélangées à l'air et à l'oxygène, et il a constaté que les animaux succombaient plus vite avec l'air atmosphérique qu'avec l'oxygène pur. Dans la seconde série, il s'est proposé de comparer les effets des insufflations d'air et d'oxygène sur les animaux que le chloroforme avait plongés dans un état voisin de la mort. L'oxygène les rappelait généralement à la vie avec promptitude, tandis que l'insufflation avec l'air était impuissante à conjurer la terminaison funeste.

Nous n'avons rien à objecter à ces expériences ; mais, si on veut en conclure, avec M. Duroy, qu'il faille employer l'oxygène comme antidote du chloroforme, il restera à aplanir les difficultés de son application dans la pratique. Il faudrait constamment avoir avec soi des vessies d'une capacité énorme, puisque, d'après M. Duroy, il ne faut pas moins de trois litres d'oxygène pour ranimer des lapins, et de dix litres pour un chien du poids de vingt-cinq livres.

Un dernier procédé de respiration artificielle consiste à exercer à la fois sur le thorax et sur l'abdomen des pressions cadencées. Il est facile de concevoir le mécanisme de ces manœuvres, qui, portant principalement leur effet sur les parois costales, doivent d'abord diminuer plus ou moins l'ampleur de la cavité thoracique et chasser au dehors une portion de l'air contenu dans les poumons. Lorsque la pression est interrompue, les côtes, obéissant à l'élasticité de leurs ligaments et de leurs cartilages, reprennent leur position première, et, rendant au thorax ses dimensions, tendent à produire un vide que l'air comble aussitôt en se précipitant dans les poumons. Il est probable que le diaphragme prend aussi une certaine part à cette ampliation de la poitrine ; car s'il a été refoulé en haut au moment de la pression exercée sur l'abdomen, les côtes inférieures qui lui donnent insertion doivent, en reprenant leur position naturelle, exercer une traction légère sur ses fibres et en diminuer la courbure.

Il nous semble évident que ce mode opératoire doit avoir plus d'efficacité que celui qui consiste à pratiquer l'insufflation. Celle-ci n'agit, en effet, que sur le diaphragme ; et encore faut-il que l'air soit poussé par une ouverture faite à la trachée, les voies aériennes étant fermées à leur partie supérieure. Il n'en est pas de même de la pression méthodique sur les côtes et sur l'abdomen, qui agit à la fois sur le thorax et sur le diaphragme. Enfin, ce qui complète la supériorité de cette méthode, c'est la facilité et la rapidité de son exécution. Jusqu'à présent, elle n'a presque pas encore été employée ; mais l'observation intéressante que nous a rapportée M. Denonvilliers prouve qu'elle peut être employée avec un grand avantage.

M. Bickersteth a recommandé, dans la pratique de la respiration artificielle, une précaution qui nous paraît très-utile ; il veut que tout d'abord on attire la langue en dehors de la bouche, et que, passant un crochet à son extrémité, on confie celui-ci à un aide. Il s'appuie sur ce que, le malade étant couché sur le dos, aussitôt que la respiration s'arrête et que la mâchoire s'abaisse, la base de la langue a une tendance particulière à tomber en arrière et à boucher l'orifice de la glotte. La respiration artificielle, dans de semblables conditions, est illusoire. Il pense que, si dans quelques cas cette opération a échoué, c'est qu'on a ou négligé ou employé trop tard cette simple précaution. Le médecin anglais a basé ses convictions sur un grand nombre d'expériences faites chez les animaux, et sur des observations prises chez l'homme.

4° Il me reste à étudier l'agent qui stimule le système nerveux et musculaire : je veux parler de l'électricité.

M. le docteur Abeille paraît être le premier qui ait eu la pensée de l'opposer aux accidents produits par le chloroforme. En 1848, il pratiquait pour la troisième fois l'électro-puncture sur une masse de ganglions cervicaux qui gênait la déglutition et la respiration. Le sujet était un jeune homme de seize ans. Il essaya préalablement de l'endormir par le chloroforme, mais les inhalations amenèrent un état très-alarmant, bien que maniées comme dans les précédentes séances. La respiration stertoreuse, le refroidissement et une teinte violacée de la face, l'extrême petitesse du pouls, etc., tout faisait craindre immédiatement une issue funeste.

Le traitement ordinairement employé en cas pareil restait insuffisant, lorsque le souvenir du réveil subit par l'électro-puncture dans les précédentes séances engagea l'opérateur à faire immédiatement l'application de cet agent. Deux aiguilles implantées à la région cervicale servirent de conducteurs à l'électricité mise aussitôt en jeu. En moins de deux minutes le malade était revenu à son état normal par le retour successif de la respiration et de la circulation.

Partant de ce fait, M. Abeille entreprit des expériences sur les animaux pour s'assurer si l'électricité était réellement un remède sûr contre les accidents chloroformiques.

Dans une première série d'expériences, les chiens étaient foudroyés par le chloroforme. Il y avait absence de respiration et de pouls, cessation absolue de toute impulsion du cœur. Dans ces cas, l'électro-puncture, pratiquée sur l'axe cérébro-spinal, déterminait des secousses musculaires, des mouvements factices de respiration, et rien de plus. Quelque prolongée que fût l'action de la pile, la mort était réelle.

Dans une seconde série, la chloroformisation était poussée progressivement *jusqu'à la presque insensibilité du pouls*, le cœur donnant encore de faibles impulsions, mais la mort paraissant imminente à cause de la cessation des mouvements respiratoires. Sous l'influence de l'électro-puncture la respiration s'exécu-

---

tuent, en tout cas, le délit de fraude et tromperie sur la nature de la marchandise vendue.

Je crois devoir, en conséquence, vous inviter, monsieur le préfet, à recommander au jury médical ou à l'École de pharmacie de votre département, de s'appliquer à reconnaître et à constater dorénavant les fraudes de cette nature, lors des inspections annuelles des pharmacies et des magasins dans lesquels se vend le café-chicorée.

Il serait aussi très-important de faire opérer des vérifications chez les détaillants, dans l'intervalle des tournées annuelles des jurys médicaux, et de prescrire la visite des fabriques que les constatations de ces derniers, ou d'autres renseignements, signaleraient à votre attention. Ces opérations seraient confiées à un expert délégué, que vous choisiriez parmi les pharmaciens ou chimistes de votre département, et qui devrait être accompagné d'un officier de police judiciaire.

Les diverses espèces de café-chicorée devront être soumises à un examen sérieux ; et quand il y aura doute sur la qualité de la marchandise, il sera procédé conformément à l'instruction ci-jointe, qui indique, d'après l'avis du comité d'hygiène publique, les moyens simples et d'une application facile, qu'il convient d'employer pour en vérifier la pureté. Les produits falsifiés devront être saisis et mis sous scellé. Il sera dressé procès-verbal de ces opérations par l'officier de police judiciaire, et les contrevenants seront déférés aux tribunaux, en exécution de la loi du 27 mars 1851.

Veuillez, monsieur le préfet, tenir la main à l'accomplissement de ces mesures, qui intéressent tout à la fois la probité commerciale et la santé des consommateurs. Je vous serai obligé de m'accuser réception de cette circulaire, et de me faire part des dispositions auxquelles elle aura donné lieu dans votre département.

Recevez, etc. Pour le Ministre :

Le conseiller d'Etat directeur général de l'agriculture et du commerce, HEURTIER.

Instruction sur la manière de reconnaître si le café-chicorée est mélangé d'argile, d'ocre rouge, ou d'autres matières terreuses.

Le procédé suivant est fondé sur l'incinération d'une portion de la matière suspecte.

Lorsqu'on brûle une matière organique, de la racine de chicorée, par exemple, on obtient pour résidu de cette combustion une petite quantité d'une matière pulvérulente, qu'on désigne sous le nom de cendres ; le poids et la nature de ce résidu varient suivant la substance brûlée. Lorsque le café de chicorée ne renferme que de la racine de chicorée pure, et qu'il est convenablement fabriqué, il donne 5 pour cent environ d'une cendre qui est de couleur grisâtre. Si donc un échantillon essayé donne à l'incinération plus de 5 pour cent, cette augmentation devra être attribuée à la présence d'une matière étrangère à la racine de chicorée.

L'essai se fait de la manière suivante : dans un creuset en terre, l'on introduit

tait, d'abord factice, puis réelle. Le pouls reparaissait, irrégulier et confus d'abord, puis énergique et régulier. Le cœur soulevait les parois costales. Terme moyen, entre une minute et deux minutes et demie l'animal récupérait ses fonctions physiologiques.

De ces faits M. Abeille a conclu que l'électricité est pour ainsi dire l'antidote de l'anesthésie chloroformique, et que lorsqu'il survient des accidents à la suite de l'inhalation, le moyen le plus prompt, le plus sûr, le seul qui mérite d'être immédiatement employé est l'électro-puncture. (Académie des sciences, 20 octobre 1851.)

Dans ces derniers temps, M. Jobert (de Lamballe) a aussi expérimenté la valeur de l'électricité, et les résultats qu'il a obtenus sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler. (Académie des sciences, 20 août 1853.)

Avant d'entretenir la Société de chirurgie de faits aussi importants, j'ai voulu les soumettre moi-même au contrôle de l'expérience. Ainsi que l'avaient déjà signalé MM. Abeille et Jobert, j'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsque au contraire on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, *les mouvements du cœur toutefois persistant, quoique à un faible degré*, il m'a presque toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Les aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très-commode, et dont les effets sont puissants. A la première décharge une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et en peu de temps l'animal revenait à lui-même; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment.

Ces expériences, que j'ai plusieurs fois répétées en présence de MM. les docteurs Abeille, Debout, et des élèves de l'hôpital Beaujon, nous révèlent toute la puissance de l'électricité, et nous tracent aussi les limites de sa sphère d'action. Elle peut bien, en agissant sur la contractilité musculaire, rétablir les mouvements respiratoires; mais elle n'agit pas directement sur le cœur, et elle n'a pas le pouvoir de réveiller son action. Et qu'on ne m'objecte pas qu'en agissant sur la respiration on agit par cela même sur le cœur. Les expériences sur les animaux et les observations sur l'homme démontrent que, toutes les fois que le pouls a bien réellement cessé de battre, l'électricité demeure sans résultat. Il est donc permis de douter qu'on puisse compter sur cet agent dans les accidents produits chez l'homme par le chloroforme, accidents d'une nature spéciale, bien différents de ceux qu'il amène par son action progressive chez les animaux, et qui portent directement sur le centre circulatoire. Du reste, l'expérience a parlé. Les observations déjà citées de M. Paget et de M. Quain, et celle de M. Dunsmure, que je rapporterai plus bas, sont de nature à ébranler la confiance que l'on pourrait accorder à l'électricité. Quant à l'observation de M. Abeille, elle ne me paraît nullement concluante. L'auteur dit lui-même que la respiration persistait encore et que le pouls était faible : donc le cœur battait toujours. Ce cas me semble donc rentrer dans la catégorie des faits ordinaires où les accidents, quoique graves, cèdent en général à des moyens moins actifs et bien dirigés.

Indépendamment de ces objections que l'on peut adresser à l'électricité, il en est une que soulève la difficulté même de son application. Il faudrait avoir un appareil électrique fonctionnant auprès de soi chaque fois qu'on emploie le chloroforme. Cette mesure, qu'il serait possible d'adopter, non sans difficulté, dans les hôpitaux, ne pourrait certainement passer dans la pratique civile.

Je pense donc que l'électricité n'est point appelée à rendre les services qu'il serait permis d'espérer d'un moyen aussi énergique.

Voici l'observation de M. Dunsmure :

Un malade, convalescent d'une pneumonie, entra dans le service de chirurgie de l'infirmerie royale d'Édimbourg pour y être traité d'un rétrécissement ancien de l'urètre. La rigidité et l'étroitesse de l'obstacle rendant très-douloureux l'emploi des bougies et celui-ci provoquant de la douleur et des frissons, le chirurgien de cet hôpital, le docteur James Dunsmure, résolut de pratiquer l'urétrotomie par la méthode de M. Syme. On expliqua au patient la nature de l'opération qu'on se proposait de faire. Il y consentit parfaitement et fut conduit à l'amphithéâtre d'opérations le 28 septembre 1853. M. Dunsmure était assisté par un collègue, M. Spence, et par ses élèves et ses aides. Selon l'usage de l'Infirmerie, le chloroforme fut administré par le docteur Struthers, chirurgien interne. L'auteur fait remarquer que ce médecin, avant de remplir ses fonctions dans le service chirurgical, avait été employé pendant dix-huit mois en qualité d'élève externe et interne dans les salles d'accouchement, sous la direction du docteur Simpson, et qu'il avait eu constamment l'habitude d'administrer le chloroforme. Aussitôt que le patient eut été inhalé, il eut beaucoup de suffocation; la face et la tête devinrent très-congestionnées. Il parut avoir de légères convulsions ressemblant à une attaque d'épilepsie, comme on en a observé quelquefois chez les gens du peuple livrés à l'intempérance. Pendant les convulsions, le mouchoir sur lequel avait été versée la liqueur, fut éloigné et tenu à quelque distance de la face.

Au bout d'un peu de temps, le chloroforme produisit son effet; le ronflement devint violent, et on éloigna complétement le mouchoir de la bouche. Aussitôt que le malade fut tranquille, on le plaça dans la position usitée pour la taille. Précisément à l'instant où on fit au périnée la première incision, un des assistants dit que le pouls s'affaiblissait. M. Spence fit alors remarquer qu'il était encore bon à la tibiale postérieure. Mais au bout d'une ou deux secondes, ces deux messieurs s'écrièrent que le pouls avait disparu. Le chirurgien se précipita à la tête du malade et vit que la respiration avait cessé. Ceux qui étaient en état d'observer la respiration, ce que M. Dunsmure ne pouvait faire à cause de la position qu'il occupait pour opérer, affirmèrent positivement que la respiration n'avait pas cessé avant le pouls. La face était congestionnée, les mâchoires serrées et les pupilles très-dilatées. On ouvrit la bouche par force, et on tira la langue hors de la bouche à l'aide de pinces. On eut recours à la respiration artificielle. Il s'ensuivit bientôt une inspiration. Celle-ci fut bientôt accompagnée d'une seconde, puis d'une troisième et d'une quatrième à des intervalles plus longs. Après la cinquième, tout effort de respiration naturelle cessa. Aucune pulsation ne pouvait être sentie à l'artère radiale. On avait tout d'abord envoyé chercher un appareil galvanique. Il arriva enfin, aussitôt après que le malade venait de faire sa cinquième inspiration. On fit la trachéotomie pour pratiquer plus sûrement la respiration artificielle. La veine jugulaire externe fut aussi ouverte, et il s'en écoula environ deux onces de sang. Quand on eut introduit la canule à trachéotomie dans la trachée, l'appareil électrique se trouva en état d'agir. Il fut appliqué sur chaque côté du diaphragme. Il fonctionnait remarquablement bien. A chaque application des éponges, le muscle descendait comme si le malade eût été en état de vie. L'air passait à travers le tube de la trachée. Un moment les assistants pensèrent que le patient était sauvé; mais peu à peu les muscles perdirent

---

100 grammes de café-chicorée à essayer. Cette quantité devra remplir aux deux tiers le creuset; celui-ci sera placé dans un fourneau et entouré de charbons jusqu'à la partie supérieure. Lorsque la chaleur commencera à se propager dans la masse, bien avant qu'elle ait atteint la température rouge, la matière entrera en combustion, en produisant une légère flamme. On aura soin de faciliter cette combustion en divisant la masse, au moyen d'une spatule en fer; bientôt la flamme aura disparu et laissera un résidu noir, qu'il ne faudrait pas considérer comme étant de la cendre. Ce résidu renferme une grande quantité de charbon; il faut l'incinérer complétement; pour cela, on continue à chauffer le creuset, en ayant soin d'agiter, non pas constamment, mais de temps à autre, la matière, de manière à ne pas trop la refroidir, mais à brûler tout ce qu'elle peut contenir de charbon. Lorsque le résidu est réduit à l'état d'une poudre légère, qu'on n'y aperçoit plus aucune portion noire, qu'étant retourné en différents sens dans le creuset chauffé au rouge naissant, il ne présente plus aucun point en ignition, on retire le creuset du feu, on le laisse refroidir, on détache la cendre avec précaution, on la recueille sur un papier lisse, et on la pèse en tenant compte du poids du papier. Il serait mieux, si l'on avait une balance convenable à sa disposition, de peser le creuset refroidi avec la cendre, d'en retirer cette dernière, et de peser le creuset vide. La différence entre les deux pesées fait connaître le poids de la cendre. Si l'on avait quelque incertitude sur l'exactitude de l'opération, il n'y aurait aucun inconvénient à remettre la cendre dans le creuset, et à la soumettre à une nouvelle calcination au rouge naissant. Si l'opération a été bien faite, le poids de la cendre ne doit pas changer. Une opération, dans les conditions que nous avons indiquées, ne dure pas moins de deux heures. Il faut avoir l'attention de ne pas chauffer trop fort, car alors la cendre, au lieu d'être pulvérulente, pourrait prendre une consistance pâteuse qui s'oppose à la combustion du charbon. Si l'on n'avait pas un creuset à sa disposition, on pourrait se servir de tout autre vase de terre non vernissée, ayant une forme analogue. Une lame de couteau arrondie pourrait aussi remplacer la spatule dont nous avons parlé. Pour les personnes habituées aux recherches de cette nature, il suffira de prendre 20 grammes de matière, ou même une quantité moindre; mais dans ce cas il faut avoir, pour peser le résidu, une balance plus sensible que celles dont on se sert pour les usages ordinaires. Si la cendre présente une couleur rouge, analogue à celle de la brique, c'est une preuve qu'elle contient de l'oxyde de fer rouge, et que très-probablement on y a ajouté de l'ocre. Dans la pratique, et eu égard aux difficultés de la fabrication, on peut considérer comme suspect de fraude ou de mauvaise fabrication tout café-chicorée donnant plus de 6 pour cent de cendre (1).

(1) La limite de 6 pour cent est trop restreinte, nous avons vu *des chicorées exemptes de falsifications* qui donnaient un résidu plus considérable. On obtenait 7, 8 et même 9 pour cent.

Pour obtenir de la chicorée à 5 et 6 pour cent, il faudrait que la racine fût lavée lors de la récolte.

leur contractilité, et, quoique le galvanisme fût resté appliqué pendant une heure, il devint évident que tous les efforts étaient vains et que la vie était éteinte. L'autopsie ne présente aucune circonstance remarquable. (*Monthly journal of medical science*, novembre 1853, page 425.)

Je me borne à citer ici l'observation de M. Dunsmure. parce qu'elle offre à la fois le saisissant tableau des accidents dus au chloroforme et nous montre l'inutilité des soins actifs et persévérants dirigés par des hommes habiles. Il me serait facile d'y joindre beaucoup de faits semblables si je ne craignais d'augmenter indéfiniment l'étendue de ce travail. Malheureusement l'impuissance de l'art n'y est que trop souvent démontrée; et peut-être suis-je encore autorisé aujourd'hui à persévérer dans la conclusion de mon rapport, à savoir: que l'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par le chloroforme et d'en prévenir les funestes résultats. Cependant quelques faits rapportés dans la discussion, et surtout celui que M. Denonvillers nous a fait connaître, me donnent la consolante pensée que cette conclusion a été trop exclusive. Heureux si j'étais obligé d'avouer un jour que je me suis complétement trompé!

J'ai l'honneur de soumettre à la sanction de la Société de chirurgie les conclusions qui suivent :

CONCLUSIONS. — 1° Le chloroforme peut causer la mort lorsqu'il est mêlé à l'air en de trop fortes proportions.

2° Néanmoins, à raison de susceptibilités individuelles, il peut amener de graves accidents et la mort, alors même qu'il a été administré à de faibles doses.

3° L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est pas à craindre, à moins qu'on n'ait recours à des procédés d'inhalation défectueux et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration.

4° Le chloroforme prédispose à la syncope et rend celle-ci plus grave lorsqu'elle survient.

5° Dans les cas où la mort a lieu exceptionnellement, elle a lieu par syncope. La cessation des battements du cœur est quelquefois tellement soudaine qu'elle constitue une véritable sidération.

6° La syncope peut arriver au début même de l'opération et semble résulter de l'ébranlement imprimé à l'organisme par l'acte opératoire lui-même. Elle peut se manifester immédiatement ou plusieurs heures après l'opération.

7° Les anesthésiques sont tous plus ou moins toxiques. Le chloroforme est le plus dangereux, mais il est aussi le plus puissant. L'éther est moins redoutable, mais il est moins énergique. Le mélange à volume égal d'éther et de chloroforme me semble le meilleur des anesthésiques. (Depuis que j'ai lu la première partie de ce travail, j'ai eu l'occasion d'en faire assez fréquemment usage : il produit promptement l'insensibilité et semble provoquer moins de réaction que le chloroforme ou que l'éther.)

8° Avant de recourir à l'emploi du chloroforme, il faut en rechercher les contre-indications, soit pour rejeter l'anesthésie, soit pour en restreindre l'application.

9° Lorsqu'on administre le chloroforme, il importe de surveiller attentivement l'état du pouls et celui de la respiration.

10° Le danger du chloroforme étant, en général, proportionnel à la concentration de ses vapeurs, il serait utile de pouvoir doser celles-ci ; mais l'inhalation devant être faite à l'air libre, ce dosage est impossible. Il convient donc de débuter par des proportions très-faibles, qu'on augmente graduellement d'après les effets produits.

11° L'action du chloroforme étant progressive et successive, on parvient à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait de la continuité des inhalations à doses modérées, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

12° L'état dit de tolérance anesthésique étant obtenu, on peut le prolonger plus ou moins longtemps, à la condition de rendre l'inhalation intermittente.

13° Quand, pour un motif quelconque, le malade a dû absorber de grandes quantités de chloroforme, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

14° Dans les cas de syncope grave ou de sidération, il convient de recourir aux moyens suivants :

1. Exposer le malade à un air frais et pur.
2. Donner au corps une position telle que la tête soit déclive.
3. Ouvrir la bouche et attirer la langue en avant.
4. Pratiquer la respiration artificielle par des pressions cadencées sur le thorax et l'abdomen.
5. Les excitants de la peau, tels que les frictions, les rubéfiants, etc., pourront être subsidiairement employés.

Je termine ici ce travail, déjà trop long peut-être; et cependant je suis loin d'avoir entièrement épuisé cet intéressant sujet. Il me resterait encore à rechercher si, en compensation des chances de danger qu'ils font courir aux malades, les anesthésiques exercent sur les suites des opérations une influence favorable. La Société de chirurgie, dans le cours de la discussion, a émis le vœu que cette question fût examinée; mais, dans l'état actuel de la science, les faits nous manquent ou sont insuffisants pour la résoudre. Tout ce que je puis dire, c'est que, si je m'en tiens à mon expérience, cette influence n'est point assez manifeste pour qu'on ne puisse élever des doutes sur sa réalité.

Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité.

Résumé présenté à l'Académie de médecine par M. DUCHENNE (*de Boulogne*).

J'ai eu l'occasion d'observer des sujets privés de la sensibilité de la peau, des muscles, des os, des nerfs, chez lesquels, en un mot, il était impossible de provoquer artificiellement la moindre sensation.

Ces anesthésies profondes, souvent limitées à un seul membre ou à une région du corps, étaient cependant quelquefois générales et affectaient en même temps, dans certains cas, un ou plusieurs sens. Bien que j'aie vu cette anesthésie profonde se développer chez l'homme sous l'influence de causes rhumatismales, c'est principalement dans l'hystérie que je l'ai observée plus fréquemment; j'en ai rapporté plusieurs exemples dans une série de mémoires publiés ou présentés depuis 1849 aux Académies des sciences et de médecine. J'ai dit alors comment il m'avait été possible de constater dans ces cas, au moyen de l'électrisation localisée, que chacun des organes était frappé d'anesthésie. On m'a vu ramener la sensibilité tantôt dans la peau, en laissant les organes qu'elle recouvre dans leur état d'insensibilité, et tantôt dans les muscles, les os, etc., sans rappeler la sensibilité cutanée.

Si je me suis borné, à cette époque, à relater ces faits pathologiques et ces expériences électro-physiologiques, sans parler de l'influence que ces différents états de la sensibilité musculaire

---

Expériences relatives à la quantité de cendres qu'on doit avoir dans les chicorées. — M. Lassaigne a bien voulu nous communiquer les expériences qu'il avait faites sur de la racine de chicorée cultivée dans le jardin d'Alfort, racine qui avait deux ans et qui venait d'un terrain bien fumé; le résultat qu'il a obtenu a été le suivant :

Racines mondées, lavées et séchées.....	4 gr. 70	pour cent.
Racines torréfiées.....	9 50	—

Les expériences que nous avons répétées, sur des cossettes de première qualité, nous ont donné les résultats suivants après la torréfaction :

Gros grains.....	6 gr.	60
Semoule.....	7	23
Poudre.....	8	84

Tandis que les mêmes cossettes, qui avaient été lavées et brossées une à une, puis séchées et torréfiées de suite, pour éviter qu'elles ne se piquent, ont donné :

3 gr..... 75 pour cent.

De l'avantage de l'emploi de la chicorée en poudre, comparativement à l'emploi de la chicorée en gros grains ou en semoule. — Car 20 grammes de chacune de ces chicorées, épurées par l'eau *totalement*, et puis séchées, pour savoir ce qu'elles avaient perdu, nous ont fourni en moyenne 20 *grammes :*

Gros grains, 11,40; grains moyens ou semoule, 11,60; poudre, 12.
Poudre épurée, 8,60; — — 8,40; — — 8.

Soit pour le gros grains.....	57 pour cent.
— la semoule.....	58 —
— la poudre.....	60 —

D'après ces expériences, il est plus avantageux de prendre de la chicorée en poudre pour son usage, parce que l'on a plus d'extrait que dans les autres espèces et que son épuisement est bien plus rapide.

Voilà tout ce que nous pouvons dire sur ce produit de consommation constante.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. TRIQUET, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 centimes.

avaient exercée sur la contractilité volontaire, c'est que je voulais multiplier mes expériences et mes observations avant d'en publier les résultats.

Aujourd'hui, elles sont nombreuses et mûries par le temps et la réflexion; je vais en exposer le résumé.

Les sujets qui n'ont perdu que la sensibilité cutanée sont analgésiques ou anesthésiques, c'est-à-dire qu'ils ont perdu toute espèce de sensibilité tactile, et qu'ils ne sentent pas la douleur provoquée par la piqûre, la brûlure ou par l'excitation électro-cutanée. Mais ils ressentent la pression ou le pincement de leurs muscles, les coups portés sur leurs membres; ils ont la conscience des mouvements mécaniques imprimés à ces membres, de l'étendue des mouvements qu'ils exécutent eux-mêmes, de la pesanteur, de la résistance, et chez eux, enfin, la contractilité volontaire n'éprouve aucun trouble dans son action physiologique.

Si à la perte de la sensibilité de la peau, s'ajoute celle des organes placés sous elle (des muscles, des os, des nerfs), on observe, non-seulement les troubles exposés plus haut, mais encore les phénomènes suivants : les coups les plus violents, portés sur les masses musculaires du membre anesthésié, ne sont pas ressentis par le malade; quand il est dans l'obscurité, ou si on l'empêche de voir, il n'a pas la conscience de la position de ce membre, ni des mouvements les plus brusques qu'on lui imprime; l'excitation électrique directe de ses muscles, de ses nerfs, ne provoque aucune sensation, quelque intense et rapide que soit le courant d'induction, et quoique les muscles se contractent avec une grande énergie, sous son influence.

J'ai exposé tous ces faits dans les Mémoires précités; mais on observe de plus une autre série de phénomènes qui me paraissent avoir une haute portée, au point de vue physiologique, surtout quand on les soumet au contrôle des expériences électro-pathologiques que j'ai à exposer.

Une seule objection pourrait, si elle était fondée, invalider ces faits et les expériences qui vont suivre; je dois donc la prévenir. On pourrait craindre, en effet, que les sujets de ces observations aient simulé l'anesthésie. Pour répondre à cette objection, je dirai que je me suis tenu en garde contre cette cause d'erreur, et que, avant d'admettre la vérité des phénomènes qu'ils accusaient, je n'ai jamais négligé de faire subir aux malades l'épreuve de l'excitation électro-cutanée ou musculaire, épreuve qu'on rend au besoin plus sensible que celle du feu. Sur ce point, l'erreur n'a donc pas été possible. J'ajouterai que dans tous les cas analogues recueillis par moi, les phénomènes ont été identiques. Quant aux illusions auxquelles j'aurais pu me laisser entraîner, j'espère avoir offert toutes les garanties possibles, en expérimentant publiquement et en présence de savants confrères dont le nom seul est une autorité.

Après ces considérations préliminaires, j'arrive à l'exposition rapide des faits.

Première expérience. — Les sujets dont la peau, les muscles, les os, les nerfs sont complétement insensibles aux excitations extérieures, exécutent les mouvements volontaires à peu près comme à l'état normal, quand ils peuvent s'aider du sens de la vue. (Il est bien entendu qu'il n'est pas ici question d'anesthésie compliquée de paralysie du mouvement.)

Mais s'ils sont privés de la vue, ils présentent dans la contractilité volontaire, des troubles divers qui établissent deux catégories ou degrés d'anesthésie musculaire.

Dans la première catégorie, les malades privés de voir exécutent les mouvements qu'ils veulent faire ou qu'on les engage à faire; mais ils perdent la conscience de l'étendue de ces mouvements, de la pesanteur, de la résistance, etc.; ils ne perçoivent plus la sensation justement appelée *sensation d'activité musculaire,* qui résulte de l'impression produite par la contraction sur les nerfs périphériques.

Dans la seconde catégorie, qui est beaucoup moins fréquente que la première, les sujets qu'on prive également de la vue, perdent la faculté d'exécuter le moindre mouvement volontaire. Si on leur commande, par exemple, d'ouvrir ou de fermer la main, de fléchir ou d'étendre l'avant-bras, en un mot, quelques mouvements qu'on les invite à faire, les muscles qui doivent entrer en contraction restent dans l'inertie, malgré tous leurs efforts. On observe seulement quelques mouvements irréguliers, peu étendus, sans force, étrangers à ceux qu'ils veulent exécuter, mouvements dont ils n'ont pas la conscience. Rien ne saurait peindre leur étonnement, quand ils s'aperçoivent, après l'expérience, que leur membre est resté sans mouvement, car ils avaient cru l'avoir exécuté. Leur surprise est d'autant plus grande, qu'ils ont pu le faire rapidement, à l'instant où on leur a permis de voir.

Deuxième expérience. — Si on engage ces derniers malades à fermer la main avec force (leur puissance musculaire est normale quand ils peuvent se servir de la vue) et que les empêchant de voir quand ce mouvement est accompli, on les engage à cesser tout effort, la main reste fermée avec la même force pendant plusieurs minutes, bien qu'ils croient n'opposer aucune résistance, c'est seulement à la longue que les muscles fléchisseurs se relâchent. Lorsqu'on essaie, en effet, d'ouvrir leur main, on éprouve une grande résistance.

Cette expérience peut être variée de la manière suivante : on se fait serrer la main par les malades, puis on leur bande les yeux, en leur commandant de lâcher la main. Quand ils croient avoir relâché leurs muscles, on sent cependant que leur main serre toujours, et ne lâche prise que lorsqu'on leur permet de voir ce qu'ils font.

Ces troubles qu'on observe dans la contractilité volontaire des malades de la seconde catégorie, sont-ils le résultat d'un état pathologique inconnu du centre cérébral, ou seulement de l'insensibilité des organes du mouvement?

On serait déjà porté à conclure, des expériences précédentes, que c'est bien un degré profond d'anesthésie musculaire qui occasionne l'arrêt de la contraction volontaire. Mais, à mon sens, cette conclusion, pour être rigoureuse, a besoin de nouvelles démonstrations. C'est dans l'espoir de résoudre ce problème que j'ai institué les expériences qui vont suivre, et qui ont été faites sur des sujets présentant ce dernier degré d'anesthésie musculaire.

Troisième expérience. — J'ai localisé l'excitation électrique dans les muscles anesthésiés de l'avant-bras et de la main, et après un temps qui a varié de quelques secondes à dix minutes, les malades ont recouvré plus ou moins la sensibilité musculaire, en accusant des sensations, non-seulement pendant l'excitation électrique, mais aussi lorsqu'on comprimait ou frappait les muscles. J'ai constaté en même temps que la peau était restée aussi sensible qu'auparavant, ainsi que les surfaces osseuses ou articulaires. Après le rétablissement de la sensibilité musculaire, les malades ont pu ouvrir et fermer la main, bien que leur vue fût couverte. Ces mouvements se faisaient, il est vrai, d'abord difficilement; mais aussi on doit savoir que la sensibilité musculaire était revenue très-incomplétement, et que ce fut seulement après un traitement suffisamment prolongé, que la fonction musculaire fut rétablie.

Quatrième expérience. — Dans l'expérience précédente, l'anesthésie profonde a été convertie en une anesthésie purement cutanée. Je vais, dans la présente expérience, en faire une anesthésie purement musculaire, en agissant sur les mêmes sujets. Il me suffit, pour cela, de limiter l'excitation électrique dans la peau du bras où l'anesthésie est tout aussi profonde qu'à l'avant-bras. Après un temps assez court (de quelques secondes à cinq minutes d'excitation électro-cutanée), ces sujets accusent d'abord un chatouillement, puis bientôt une sensation de brûlure qui va croissant; alors la peau est sensible au pincement, à la piqûre, etc., mais les muscles restent insensibles comme auparavant; ni la pression du bras, ni les coups portés au niveau de la masse musculaire ne sont ressentis par eux. La sensibilité cutanée étant rappelée, si on ordonne aux malades d'étendre ou de fléchir l'avant-bras, la vue étant toujours masquée, les muscles, qui devraient obéir à la volonté, restent inactifs comme auparavant. Mais que l'on porte l'excitation dans les muscles eux-mêmes, on

les voit vite, après avoir recouvré leur sensibilité, se contracter physiologiquement, comme dans la troisième expérience.

I. Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire; c'est lui qui, excité par le cerveau et réagissant sur lui, l'éclaire pour ainsi dire, sur le choix des muscles dont il doit provoquer la contraction.

Je propose de l'appeler *sens musculaire*.

II. Il ne faut pas confondre le *sens musculaire* qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne la conscience de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été justement appelée par M. Gerdy *sensation d'activité musculaire*. Cette dernière est le résultat ou le produit de la contraction musculaire.

On doit distinguer aussi le *sens musculaire, de la sensibilité musculaire générale*, sensibilité caractérisée par la douleur qui résulte d'une cause externe de l'excitation électro-cutanée, la pression, la contusion, etc.

III. Le *sens musculaire* peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire.

IV. Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction.

V. Cependant, le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire qu'il peut suppléer.

VI. La perte simultanée du sens musculaire et du sens de la vue produit conséquemment la paralysie des mouvements volontaires.

THÉRAPEUTIQUE.

Empoisonnement par l'extrait de belladone. — Administration de l'iodure de potassium ioduré. — Guérison,

Par M. Saiz Rioyo.

Un homme de 73 ans, de tempérament sanguin et de forte constitution, vint à Burgos le 11 juin dernier pour se faire opérer d'une cataracte. Le médecin, chargé de cette opération, ordonna le jour suivant 30 grammes de sulfate de magnésie à prendre en dissolution, et 8 grammes d'extrait de belladone pour frictionner le pourtour de l'orbite, en ayant le soin d'indiquer à plusieurs reprises l'usage que l'on devait faire de chacune de ces substances. Le domestique du malade fit dissoudre le tout dans un verre d'eau, et le fit prendre à son maître en une seule fois, à neuf heures du matin. A dix heures et demie, l'opérateur arriva et trouva son malade empoisonné. Il s'empressa aussitôt de mettre en usage tous les moyens propres à favoriser le vomissement; mais, malgré 3 grains d'émétique, des titillations dans la gorge, etc., le vomissement ne put être provoqué. Le malade rendit à peine quelques gorgées d'un liquide dans lequel il n'y avait certainement pas plus de 4 grains d'extrait de belladone. On appliqua des sinapismes, on fit prendre des lavements purgatifs, et on ordonna quelques tasses de café. — A quatre heures de l'après-midi, le malade présentait les symptômes de l'empoisonnement par la belladone portés au plus haut degré; le pronostic paraissait extrêmement grave. Les médecins qui se trouvaient auprès du malade étaient d'avis de faire prendre une décoction de noix de galle; mais M. Rioyo se souvenant que, dans un cas semblable, M. Bouchardat avait recommandé l'iodure de potassium ioduré comme antidote de la belladone, n'hésita pas à en conseiller l'emploi. On fit dissoudre, en conséquence, dans 750 grammes d'eau distillée, 1 gramme d'iodure de potassium et 20 centigrammes d'iode, à prendre 120 grammes toutes les demi-heures. Peu après la première dose survinrent des vomissements, qui firent rendre au malade la plus grande partie du liquide ingéré. La plupart des doses suivantes amenèrent aussi des vomissements. Tous les symptômes restèrent à peu près les mêmes pendant la nuit, si ce n'est qu'il s'établit une réaction qui nécessita une saignée générale. On continua l'iodure de potassium alterné avec des tasses de café, et on soumit le malade à des aspersions d'eau froide sur la face et les parties génitales. — Le jour suivant, on observa une grande amélioration; le malade pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait, il exécutait des mouvements volontaires. Point de soif, langue blanche et sèche, lèvres fuligineuses, ventre souple et indolent à la pression, excepté à la région hypogastrique où l'on percevait une tumeur formée par la vessie. Le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures. Déglutition facile, pupilles moins dilatées et plus sensibles à la lumière, etc. Le cathétérisme donne issue à une abondante évacuation d'urine; peu après, selle liquide de couleur verte. Le troisième jour, fièvre favorable suivie d'une sueur abondante; le quatrième jour, le malade entre en convalescence et ne tarde pas à se rétablir. — L'auteur cherche à se rendre compte du mode d'action de l'iodure de potassium; nous ne le suivrons pas dans cette partie de son travail; il nous suffit d'avoir fait connaître un fait de plus en faveur de l'action de l'iodure de potassium comme contre-poison de la belladone.

(*Porvenir médico* et *Revue thérap. du midi.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. Bourdin, médecin cantonnal à Pesmes (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde;

2° Rapport de M. Despiots, sur une semblable épidémie;

3° Échantillons des différentes sources de l'établissement thermal de Plombières, pour procéder à une nouvelle analyse;

4° Échantillons de la *Source des dames* de Vichy, pour procéder aussi à une nouvelle analyse;

5° M. le Ministre de l'Instruction publique autorise l'Académie à décerner une médaille à M. Chaix-d'Est-Ange, pour avoir assisté avec désintéressement l'Académie, dans le procès qu'elle a eu à soutenir contre les héritiers d'Argenteuil;

6° Remède contre l'hydrophobie;

7° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

Relation de l'épidémie cholérique de 1849, dans l'arrondissement du Havre, par M. le docteur Beauregard.

Élève des sangsues.

M. Rollet, correspondant de l'Académie à Bordeaux, adresse un long et très-intéressant mémoire sur l'élève des sangsues, et sur les procédés qui, depuis *huit ans*, dit l'honorable correspondant, ont permis a la famille *Richard* de résoudre le problème de la multiplication des sangsues. L'étendue et l'intérêt pratique des détails dans lesquels entre l'auteur, nous interdisent toute analyse de son travail.

Huile de foie de morue.

M. Cordier adresse un échantillon d'huile de foie de morue, qu'il a trouvé le moyen de rendre beaucoup moins désagrable à prendre et plus facile à absorber en la gélatinisant.

Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité.

M. Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire sur ce sujet (*voir* ci-dessus).

ÉLECTIONS.

Après quelques remarques de M. le président sur l'utilité de faire entrer le vice-président au conseil d'administration, et de M. Soubeyran sur les inconvénients de l'habitude qu'a prise le conseil de présenter un seul candidat pour la présidence, l'Académie procède à l'élection du bureau, qui donne les résultats suivants :

Président : M. Nacquart, à la majorité de 55 voix sur 67.

Vice-président : M. Jobert, à la majorité de 39 voix contre 26 données à M. Laugier.

Membres du conseil : MM. Jobert, Lévy et Soubeyran.

Perchlorure.

M. Leblanc présente les pièces anatomiques d'une expérience de coagulation du sang produite par une injection de perchlorure ; nous ferons connaître plus tard les détails de cette expérience.

La séance est levée à 4 heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Décembre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Fièvre jaune.

M. Chassaniol, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine à la Basse-Terre (Guadeloupe), communique la Note suivante sur l'altération du sang dans la fièvre jaune :

« Appelé, par mes fonctions de chirurgien-major, à donner mes soins aux familles des officiers de mon régiment, j'ai cru de mon devoir, en présence de la fièvre jaune qui sévit sur nos jeunes soldats, de suivre avec attention les différents modes de traitement opposés à ce terrible fléau. Combien de médications contradictoires n'ai-je pas vu employer depuis l'épidémie de 1828, époque de mon premier séjour aux Antilles, comme chirurgien de la corvette *l'Orythie*, jusqu'à mon retour en 1853 ! Ayant enfin fait choix d'une médication dans ce véritable dédale, j'ai cherché dès lors à m'expliquer comment ce mode de traitement pouvait rendre compte des avantages qu'on en retirait.

« Voici, en quelques mots, le point de départ de mon hypothèse : les signes observés dans cette pyrexie sont, pour tous les médecins, de nature à se partager en deux périodes bien tranchées ; l'une, que j'appellerai de réaction contre l'agent délétère à l'état latent dans l'air atmosphérique, l'autre de dissolution du fluide sanguin par un agent septique puisé dans l'économie. Or, la médication, dans cette seconde période, est essentiellement tonique et fébrifuge ; si nous ajoutons qu'il est impossible qu'elle ne soit pas antiseptique, nous aurons l'explication de son efficacité au point de vue de notre hypothèse.

« Continuant notre raisonnement, nous avons dû rechercher si la chute de la première période à la seconde n'était pas le résultat du passage et du séjour prolongé d'un agent septique provenant de la sécrétion urinaire, car il est d'observation constante que, dans la seconde période de la fièvre jaune, cette importante sécrétion est considérablement diminuée. Nous avons de suite pensé à l'urée et recherché si ce principe se trouvait dans le sang en quantité notable ; nous avons dû en même temps constater son absence dans l'urine.

« Ayant fait part de cette manière de voir à mon confrère M. Walter, nous demandâmes l'autorisation de nous adjoindre M. Vardon, pharmacien de la marine, et M. Huard, chirurgien de troisième classe de la marine, digne d'éloges pour le zèle et l'intelligence dont il a fait preuve dans nos recherches nécroscopiques.

« *Recherche de la quantité d'urée contenue dans les urines et dans le sang de sujets atteints de la fièvre jaune* (*par* M. VARDON, *pharmacien de la marine*). — *Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort.* — 200 grammes d'urine ont été évaporés au bain-marie jusqu'en consistance sirupeuse. Cette masse, reprise par l'alcool et filtrée, a également été évaporée en consistance de sirop. La liqueur sirupeuse, traitée par l'acide azotique, a donné de l'azotate d'urée qui a été recueilli sur un filtre taré. Après avoir été lavé, il a été exprimé entre des doubles de papier joseph, puis séché et pesé. D'après le poids de l'azotate, la quantité d'urée a été trouvée de 1,90.

« Cette urine contenait, en outre, 0,45 pour 100 d'albumine. Aucune trace d'acide urique n'a été dénotée.

« *Sang du même sujet recueilli à l'autopsie.* — 200 grammes de sérum ont été évaporés au bain-marie jusqu'à siccité. Cette masse a ensuite été broyée dans un mortier, puis traitée par l'alcool, lequel en a précipité presque toute l'albumine. La liqueur alcoolique, séparée par le filtre du coagulum albumineux, a été chauffée à la température de l'ébullition, filtrée afin de séparer une nouvelle quantité d'albumine, qu'une trop forte proportion d'alcool avait tenue en solution, et enfin évaporée en consistance sirupeuse. Cette liqueur sirupeuse a été délayée dans un peu d'alcool, puis soumise à l'ébullition. Une nouvelle quantité d'albumine s'est encore séparée. Cette dernière solution alcoolique, privée enfin d'albumine, a été filtrée et évaporée au bain-marie en consistance de sirop. Ce sirop, refroidi, a été traité par l'acide azotique, et il s'est formé de l'azotate d'urée. Nous l'avons dissous dans l'eau et fait cristalliser. La quantité que nous avons obtenue a été très-sensible.

« En présence d'un pareil résultat, nous avons eu à cœur de faire d'autres essais, afin de déterminer le plus exactement possible la quantité d'urée contenue dans le sang et la diminution sensible de cette substance dans les urines. De nombreuses autopsies faites par MM. Chassaniol, chirurgien de première classe, et Huard, chirurgien de troisième classe, nous en ont fourni les moyens.

« *Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort.* — 15 grammes d'urine ont été soumis à l'analyse, et nous ont donné 0,08 d'urée, 0,50 d'albumine ; aucune trace d'acide urique.

« *Sang du même sujet pris dans le cœur.* — 50 grammes de sang ont donné 0,21 d'urée.

« D'autres essais ont encore été faits, et nous avons obtenu à peu près les mêmes résultats.

« Enfin, nous avons fait une dernière analyse d'urines recueillies à la première période de la maladie et quelques heures après la mort.

« L'urine de la première période nous a donné pour 80 grammes :

Eau	76,08
Urée	2,64
Albumine	0,40
Acide urique	0,08
Phosphates terreux, sulfates, phosphates et chlorures alcalins	0,80
	80,00

« Vingt grammes d'urine recueillis peu de temps après la mort, ont fourni :

Urée	traces.
Albumine	0,50
Acide urique	pas de traces.

« Nous avons en même temps recherché la présence de l'urée dans le sang du même sujet, et sur 60 grammes de sérum recueillis dans le cœur, à l'autopsie nous avons trouvé 0,29 d'urée.

« Ces résultats font voir combien est sensible la diminution de l'urée contenue dans les urines, et combien est grande la quantité de cette substance dans le sang. Nous pensons même que tout le sang que nous avons examiné doit contenir une plus grande proportion d'urée, et que la quantité qui a échappé à notre investigation s'est trouvée probablement dérobée par l'albumine, qui, en raison de sa coagulation, a dû en empêcher la séparation complète. »

Choléra.

MM. Belon, Cavaillon, Bousquet et Limosin envoient des Notes contenant l'exposé d'autant de méthodes thérapeutiques efficaces contre le choléra et destinées à concourir pour le prix Bréant.

Dartres.

M. Cuinet pense avoir des droits au même prix par suite de la possession d'une méthode de traitement, au moyen de laquelle il guérit les dartres les plus rebelles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — L'épidémie demeure stationnaire. Les oscillations constatées jour par jour sont trop peu importantes pour que nous les enregistrions régulièrement. Si quelque changement significatif survenait, nous n'aurions garde de le laisser ignorer à nos lecteurs.

— L'Académie de médecine avait demandé à M. le Ministre de l'Instruction publique l'autorisation d'offrir à M. Chaix-d'Est-Ange une médaille, comme souvenir de l'assistance désintéressée que cet habile avocat avait prêtée à la Compagnie, dans le procès relatif au prix d'Argenteuil. Dans la dernière séance, M. le secrétaire perpétuel a lu une lettre de M. le Ministre qui autorise l'Académie dans sa demande. M. le président a annoncé que la médaille était déjà frappée et qu'une députation s'était rendue auprès de M. Chaix-d'Est-Ange pour la lui offrir.

BIBLIOGRAPHIE.

Du traitement curatif du choléra-morbus épidémique et de sa prophylaxie, suivi de quelques réflexions sur son mode de transmission, par le docteur TOURRETTE, de Chambly (Oise). — Brochure in-8. — Chez LABÉ, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 1 fr.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur BOUCHARDAT. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 cent.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 154. 1re année. Samedi 24 Décembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Recherches expérimentales sur la sudation, par L. Fleury. — **REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS**, par le Dr A. Deville. (*Suite et fin.*) — **CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS** : Absorption des cartillages du nez, par M. Émile Marchand. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Recherches expérimentales sur la sudation.

Par L. Fleury, *agrégé libre de la Faculté de Paris.*

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Vous connaissez de source certaine la faveur avec laquelle le public médical a bien voulu accueillir mon *Traité d'hydrothérapie*. Permettez-moi donc, avant d'aller plus loin, d'emprunter la voix de votre estimable journal pour adresser de sincères remerciements à la presse médicale, honnête et sérieusement scientifique, pour la manière dont elle m'a jugé en France et à l'étranger. Qu'il me soit permis également d'exprimer ma profonde reconnaissance aux nombreux et honorables confrères qui m'ont adressé de précieux témoignages d'estime et de sympathie. Ce devoir rempli, je continue, et j'ajoute que vous me connaissez assez pour savoir parfaitement aussi que l'une de mes devises scientifiques est : *Succès oblige.*

Mon livre a soulevé quelques objections, quelques doutes. J'ai pensé, dès lors, qu'il m'était prescrit de soumettre mon travail à une nouvelle et plus rigoureuse appréciation, de le contrôler par des expériences concluantes, décisives : ce sont les résultats de ces recherches que je désire faire connaître, et pour lesquels je réclame l'hospitalité du *Moniteur des Hôpitaux.*

Avant d'engager la discussion, il est toutefois un point que je veux établir nettement.

Parmi mes contradicteurs, il en est que je tiens pour honorables et pour convaincus. C'est à eux, exclusivement à eux, que je m'adresse. Il en est d'autres qui, dans un but facile à deviner, m'honorent depuis plusieurs années de leurs calomnies et de leurs attaques ; à ceux-ci, j'entends n'opposer que le silence du mépris.

A ceux qui ont voulu faire croire que j'avais altéré le texte ou le sens de mes citations ;

A ceux qui m'ont accusé de fouler aux pieds « *la morale, les convenances, l'instinct et la religion*, » parce que je considère l'hydrothérapie comme une médication énergique et d'une application difficile, exigeant l'intervention directe et continue d'un médecin instruit, au lieu de n'y voir qu'une formule systématique et empirique ;

A ceux qui me reprochent de faire usage de l'étuve sèche après avoir revendiqué publiquement le mérite d'employer le même procédé de sudation (1) ;

A ceux qui s'imaginent qu'ils m'injurient en m'appelant « *membre de l'école physiologique et rationnaliste de Paris ;* »

A ceux qui accordent à toutes ces turpitudes le bénéfice de la publicité ou l'appui de leur autorité ;

A ceux, enfin, qui, aux démonstrations les plus péremptoires et les plus frappantes, aux preuves les plus touchantes, les plus convaincantes, opposent des arguments inutiles entre gens qui se respectent ;

A tous ceux-là, j'entends également n'opposer que le silence.

Ceci étant dit, entrons en matière.

Le procédé dont je me sers habituellement pour provoquer la sueur a été le champ de bataille sur lequel se sont réunis mes contradicteurs, et il faut avouer qu'en ceci ils ont montré une grande habileté, car mieux que tout autre il leur a permis de se promener dans le domaine des phrases sonores, mais creuses, des affirmations dogmatiques, mais dénuées de preuves.

Le premier reproche adressé à l'étuve sèche, partielle et artificielle est celui-ci :

« *En employant le calorique, vous n'obtenez qu'une sueur* ARTIFICIELLE, PROVOQUÉE, FORCÉE ; *elle n'est pas due à un* EFFORT SPONTANÉ DE L'ORGANISME, *à un* ACTE VITAL ; *dès lors elle n'est pas aussi favorable à* L'EXPULSION DES MATIÈRES MORBIFIQUES ; *elle n'est plus* CRITIQUE. »

On voit que je ne cherche point à dissimuler la gravité des objections, mais l'on reconnaîtra en même temps, je le pense, combien j'avais raison de qualifier cette argumentation de phrases sonores, mais creuses, d'affirmations dogmatiques, mais dénuées de preuves !

(1) « Aujourd'hui M. le docteur X.... a recours aux procédés communément employés dans les bains de vapeur à domicile pour opérer la sudation, et il ne paraît pas, comme on aurait pu le craindre d'abord, que cette manière de provoquer la transpiration, par l'application de la chaleur extérieure, soit moins avantageuse ou plus sujette à inconvénients que celle qui consiste seulement à développer la sueur par la concentration de la chaleur propre du corps emmailloté de couvertures et couvert d'édredons. » (Gibert, *Rapport à l'Académie*, séance du 30 septembre 1851.)

Tâchons de préciser, n'en déplaise à ces messieurs, qui préfèrent de beaucoup, et pour cause, planer dans les nuages.

Et tout d'abord, je pourrais soulever une question préjudicielle. On sait, en effet, que Priesnitz, après avoir pendant longues années fait de la sudation l'une des colonnes de son système, après avoir soumis *tous* ses malades à des sueurs quotidiennes et d'une abondance excessive, a fini par apporter successivement de notables modifications à ses premiers errements. Il a d'abord à peu près complétement renoncé à *l'enveloppement humide*, en tant que procédé de sudation; il a fait ensuite de celle-ci un usage de plus en plus restreint, et de moins en moins fréquent, et enfin il est arrivé à ne plus soumettre qu'un petit nombre de malades à des sueurs modérées, séparées par plusieurs jours d'intervalle (1). Aujourd'hui, il est permis de dire, comparativement, que la sudation est abandonnée à Graefenberg. Je pourrais donc demander aux *apôtres* s'ils sont en droit d'accorder, comme ils le font, une importance prépondérante à ce qui, pour le MAÎTRE, est devenu un accessoire? Mais je passe condamnation sur ce point, afin de ne pas compliquer le litige et de le ramener à ses plus simples termes.

Je commencerai par prier messieurs les hydropathes de vouloir bien dire si la sueur qu'ils obtiennent, en enveloppant le malade dans des couvertures de laine et en le surchargeant d'un ou de plusieurs lits de plumes, édredons, etc., n'est point une sueur *artificielle* et *forcée ?* si elle n'est point *provoquée* par les susdites couvertures et les susdits lits de plumes, édredons, etc.?

Que si cette sueur est uniquement due à un *acte vital*, à un *effort spontané de l'organisme;* que si elle se développe par *épigénèse*, si je puis m'exprimer ainsi, pourquoi donc messieurs les hydropathes soumettent-ils leurs malheureux patients (c'est le mot) à un emmaillottement aussi dépourvu de charmes? Que ne leur permettent-ils de s'éventer agréablement et de prendre le frais?

Il est évident que dans le maillot, comme dans l'étuve sèche, c'est en élevant la température de l'atmosphère close dans laquelle est plongé le corps du sujet, que l'on provoque la sueur. Dans celui-là, c'est uniquement le *calorique* qui rayonne du corps humain qui est chargé de produire cette élévation de température, et dès lors plusieurs heures s'écoulent avant que la chaleur ait atteint le degré nécessaire pour amener la sueur. Dans celle-ci le *calorique* qui se dégage d'une lampe à alcool *vient en aide au calorique rayonnant du corps,* et dès lors, l'atmosphère close s'échauffant beaucoup plus rapidement, la sueur apparaît au bout de quelques minutes. De telle sorte que la sudation par emmaillottement étant une longue et pénible torture, la sudation par l'étuve sèche est une opération prompte, facile et agréable, pendant laquelle, comme dans l'emmaillottement, le malade respire l'air frais extérieur et boit, toutes les dix minutes, un demi-verre d'eau froide.

Telle est la seule différence que je connaisse entre les deux procédés; la seule, jusqu'à ce que messieurs les hydropathes aient prouvé aux physiciens et aux physiologistes qu'il existe plusieurs espèces de *caloriques,* et que la chaleur de l'atmosphère close du maillot diffère de la chaleur de l'atmosphère close de l'étuve artificielle.

L'on voit à quoi se réduit le reproche de *transpiration artificielle forcée, provoquée*, adressé à l'étuve sèche. Comme si la *sueur* n'était point PROVOQUÉE dans les deux cas; comme si elle n'était point constamment le résultat d'un *acte vital*, d'une sécrétion; comme si la chaleur n'était point l'excitant naturel, spécial de l'appareil sécréteur de la sueur !

Mais à défaut de bonnes raisons et d'une théorie satisfaisante, messieurs les hydropathes ont-ils du moins pour eux quelques *faits* plus ou moins probants? ont-ils produit des *observations* prouvant que l'étuve sèche est une cause d'accidents ou de non succès? Ont-ils guéri par l'emmaillottement des malades pour lesquels l'étuve avait été nuisible ou inefficace? Ont-ils montré par des analyses exactes que la sueur *obtenue* par l'emmaillottement est plus *critique,* a d'autres caractères physiques et chimiques que la sueur *provoquée* par l'étuve? Rien de tout cela! A moins que l'on mettienne compte des caractères, qu'entre les mains de messieurs les hydropathes pur sang, la sueur emprunte parfois aux couvertures (1).

Ainsi donc, et jusqu'à preuve du contraire, nous maintiendrons que l'étuve sèche remplace très-avantageusement l'emmaillottement sec; que dans les deux procédés, la sueur est provoquée par le même modificateur, par l'élévation de la température ambiante; que dans l'une et l'autre, la sudation s'opère sous les mêmes conditions et produit des effets identiques.

L'emmaillottement est un procédé très-long, très-fatigant, très-pénible; l'étuve est un procédé prompt, facile, agréable, voilà tout.

« *Mais,* dit-on encore, *l'étuve est un excitant général, un pyréto-génétique et voilà pourquoi nous le repoussons.* »

Ce second reproche est plus spécieux, mais il manque d'exactitude et de sincérité.

Qu'ai-je dit dans mon *Traité d'hydrothérapie?* Mes contradicteurs me forcent à le rappeler, car, à les entendre, on ne se douterait guère qu'ils se contentent de répéter aujourd'hui ce que j'ai moi-même établi depuis longtemps et bien avant eux.

« *Lorsque l'on se propose* d'employer le calorique à titre « d'*excitant,* d'*irritant cutané,* d'agent de la médication trans- « positive, lorsque l'on veut obtenir l'*effet révulsif,* on allume « les quatre becs de la lampe à alcool, l'on porte rapidement la « température à + 60 ou 65°, et l'on voit alors survenir des « phénomènes qui ont été bien décrits par M. Rapou : « Chaleur « brûlante de la peau, vitesse et développement du pouls, batte- « ment du pouls, battement des artères temporales, quelquefois « léger gonflement des veines du front. Une sueur abondante se « manifeste sur toutes les parties du corps, et principalement à « la tête; la bouche est quelquefois sèche, et la soif vive; on « éprouve le plus souvent une légère pesanteur de tête. » Il faut « ajouter : si la température de l'étuve dépasse les limites que « nous avons indiquées, si la température animale s'élève de « 2 à 3° (température prise sous la langue), si l'opération se « prolonge au delà d'un espace de temps qui varie, suivant les « individus, entre et quarante-cinq minutes, le pouls s'accélère « notablement, et bat de 100 à 130 fois par minute, les mouve- « ments du cœur deviennent énergiques, tumultueux; la respira- « tion est précipitée, suspirieuse; la face est rouge, conges- « tionnée; les artères battent avec force; le malade éprouve des « bourdonnements d'oreille, de l'anxiété, quelquefois des nau- « sées. »

Ainsi, dans les conditions énoncées ci-dessus, l'étuve est bien en réalité un excitant général, un pyréto-génétique; mais elle l'est parce que le médecin *a voulu* qu'il en fût ainsi, et *j'ai montré* les heureux effets que l'on obtient de cette médication *excitante, révulsive,* dans le traitement des phlegmasies catarrhales au début, des névralgies, des rhumatismes musculaires récents, aigus, etc., etc.

Continuons.

« *Lorsque l'on veut obtenir l'effet sudorifique, simple,* « *spoliatif* ou *dépuratif,* il ne faut point que la température « de l'étuve dépasse 40°. En la maintenant dans ces conditions,

(1) Schedel, *Examen clinique de l'hydrothérapie,* Paris, 1845, page 44.

(1) « Plusieurs fois j'avais senti une odeur manifeste de soufre qu'exhalaient les malades en transpiration; j'avais déjà cherché à établir des rapports entre ces phénomènes et les médications antérieures de ces malades, mais je remarquai que l'odeur n'existait point chez les malades qui faisaient leur sudation dans les couvertures brunes, tandis qu'elle était très-prononcée chez ceux dont les enveloppes étaient blanches, et qu'elle était la plus forte chez ceux dont les couvertures étaient neuves; les couvertures venaient effectivement d'être blanchies au soufre et elles en répandaient l'odeur aussitôt que les parties volatiles recevaient l'influence de la chaleur. Effectivement, depuis que mon marchand ne me fournit plus que des couvertures qui n'ont pas encore subi cette opération, l'odeur sulfureuse de la sueur a disparu *et me voici privé d'un fait hydrothérapique assez curieux et que je me faisais une fête d'annoncer au public* (*sic*). (Lubansky, *Etudes pratiques sur l'hydrothérapie,* Paris, 1847, p. 94-95.)

« l'opération peut avoir une durée de plusieurs heures, sans que « le malade en éprouve la plus légère incommodité. La sueur « s'établit, par évaporation d'abord, par transsudation ensuite, « et elle ne tarde point à devenir tellement abondante qu'elle « ruisselle sur tout le corps, et qu'il est facile d'en recueillir une « grande quantité dans des assiettes placées au-dessous du « siége. La tête, qui reste exposée à l'air libre, ne transpire « pas moins que les parties entourées par les couvertures; l'air « frais introduit dans les poumons, et l'eau froide ingérée dans « l'estomac, *maintiennent la respiration et la circulation « dans un calme parfait.* Le sujet, au lieu d'éprouver l'exci- « tation générale qui accompagne l'administration des médi- « caments sudorifiques, accuse une sensation de bien-être; en « un mot, le calorique est ici un véritable *excitant spécial*, « et il serait impossible d'obtenir, par un moyen différent, une « sueur aussi abondante sous des conditions générales aussi « favorables. La durée de l'opération varie d'ailleurs suivant les « indications et les conditions individuelles (1). »

Ainsi donc, dans des conditions différentes, l'étuve sèche n'est plus un excitant général; elle est au contraire un *excitant spécial*, un *sudorifique* dans la plus rigoureuse acception de ce mot, et, comme nous comprenons fort bien, d'ailleurs, qu'il ne suffit point, pour convaincre, d'opposer une assertion à une assertion, nous allons faire connaître tout à l'heure les expériences que nous avons instituées pour apprécier, d'une manière rigoureuse, l'action de l'étuve sèche, soit en l'envisageant en elle-même et d'une façon absolue, soit en la comparant à celle de l'enveloppement. Et, à ce propos, nous ferons remarquer à MM. les hydropathes qu'au lieu de se livrer à de stériles déclamations, ils auraient beaucoup mieux fait d'appuyer leurs critiques de quelques *faits* précis, rigoureux, péremptoires; car c'est à ceux qui contestent et qui nient de fournir la preuve contradictoire. Mais ces messieurs nous ont depuis longtemps abandonné le soin de faire leur besogne, et, d'ailleurs, *l'observation, l'expérimentation,* ne sont-elles pas de ces niaiseries qu'il faut laisser à l'usage « *de la pitoyable médecine enseignée et pratiquée, dans ces derniers temps, d'après les doctrines anatomiques et physiologiques* (2)?

Toutefois, vos lecteurs appartenant, comme moi, à cette *pitoyable École de Paris* qu'anathématisent M. Baldou et *tutti quanti,* j'espère que mes expériences et mes chiffres trouveront grâce à leurs yeux, et que peut-être même ils auront la bonne fortune de porter la conviction dans leur esprit.

J'ai dit, en parlant de l'enveloppement :

« L'enveloppement dans la couverture présente plusieurs « désavantages. Le contact immédiat de la couverture de laine « provoque, sur toute la surface cutanée, une sensation très- « désagréable, et quelquefois une excitation, une irritation que « certains malades ne peuvent supporter. Il est impossible de « graduer à volonté l'intensité de la chaleur; il faut, ou bien *la « laisser* INDÉFINIMENT *s'accroître,* ou bien mettre un terme à « l'opération (3). »

Ce passage m'a valu, de la part de M. Gillebert Dhercourt, aux recherches duquel je me plais à rendre justice, une petite leçon de physique et de physiologie que je ne puis accepter, quelle que soit d'ailleurs mon humilité.

« On nous dit encore, s'écrie notre honorable confrère, qu'a- « vec l'enveloppement il est impossible de graduer à volonté « l'intensité de la chaleur; qu'il faut la laisser s'accroître *indé- « finiment* ou bien mettre un terme à l'opération. Ce reproche, « nous regrettons de le dire, n'est fondé que sur un oubli com- « plet des lois de la calorification. Il frapperait juste si notre « faculté pyrétogénésique était toujours la même, si elle fonc- « tionnait quand même et d'une manière toujours égale; mais « nous savons qu'il n'en est pas ainsi : les expériences de « M. Edwards nous ont appris que cette faculté diminue en « raison de l'élévation soutenue de la température extérieure. « Cela étant, un peu de réflexion sur le mode d'action de l'enve- « loppement démontrera clairement qu'avec ce procédé on n'a « pas à craindre l'exagération de la chaleur, et par conséquent « qu'il n'y a pas lieu à se préoccuper du soin d'en graduer l'in- « tensité. En effet, le malade, enveloppé dans la couverture, est « lui-même *la source* d'où vient le calorique qui provoque la « sueur; c'est parce que pour un certain temps on s'est opposé « au rayonnement naturel de la chaleur animale, que celle-ci « vient réagir sur le foyer dont elle émane et solliciter la trans- « piration cutanée et l'exhalation pulmonaire, c'est-à-dire les « seules voies d'écoulement qui lui restent dans les conditions « données. Eh bien! supposons que ces voies ainsi restreintes « ne suffisent plus à la déperdition du calorique, est-ce une rai- « son de croire que la température animale s'élèvera *indéfini- « ment, ou du moins qu'elle atteindra un degré dangereux?* « Non, assurément; car, en vertu de cette loi de balancement « reconnue et déterminée par M. Edwards, la production de cha- « leur deviendra moins active; elle s'affaiblira en raison de l'in- « suffisance de la déperdition du calorique. Ce sera donc l'éco- « nomie elle-même qui graduera ici l'intensité de la chaleur, et « qui, par un acte spontané, dépendant de la faculté qu'elle pos- « sède de maintenir sa température propre en dépit des circon- « stances extérieures, empêchera la chaleur de s'élever au delà « du degré physiologique. C'est donc avec l'assurance la mieux « établie que nous pouvons dire que dans le procédé que nous « défendons il n'y a rien de forcé, rien de contraint; car, toutes « choses étant égales d'ailleurs, ses effets seront toujours pro- « portionnels à la faculté pyrétogénésique propre à chaque indi- « vidu (1). »

Je déclare très-volontiers avoir employé une mauvaise expression qui ne rend exactement ni ma pensée, ni la manière dont se produisent les phénomènes. Le mot INDÉFINIMENT est un *lapsus calami* sur lequel il ne m'en coûte nullement de passer condamnation; mais comment M. Guillebert Dhercourt, dont je ne mets pas un instant la loyauté en suspicion, a-t-il pu s'y méprendre? En vérité, je ne reconnais à personne le droit de penser, même en présence d'un mot mal choisi, que j'ignore les lois de la calorification! Mon honorable contradicteur croit-il m'apprendre que la température de l'atmosphère close des maillots n'étant élevée que par le calorique rayonnant des corps, et la *source* n'ayant qu'une température d'environ 37 degrés centig., la température de cette atmosphère ne saurait s'élever à 75 degrés?

Ce que j'ai prétendu dire est évidemment ceci : avec le procédé de l'enveloppement, la température de l'atmosphère close s'accroît graduellement, *jusqu'à un certain degré* qui, une fois atteint, ne peut être dépassé, et qui ne peut être abaissé qu'en mettant un terme à l'opération. Avec le procédé de l'étuve sèche, on s'arrête exactement au degré voulu; on porte facilement, et à volonté, sa température, soit au-dessus, soit au-dessous de ce degré.

Quant à la manière dont se comportent, dans les deux cas, les *maxima* de température, c'est une question difficile sur laquelle je reviendrai plus tard, et que les expériences d'Edwards ne résolvent pas aussi aisément que paraît le croire M. Gillebert Dhercourt; il me suffit de dire, pour le moment, que jamais je n'ai professé « *que la température animale peut s'accroître « indéfiniment;* » mais cette température, elle peut, dans le maillot, « *atteindre un degré dangereux,* » ou du moins nuisible; c'est là un point que j'ai voulu élucider par l'expérimentation, malgré les explications théoriques de M. Guillebert Dhercourt, et malgré ses assertions non moins obscures que tranchantes.

Notons, en passant, qu'après avoir sanctionné cette appréciation si erronée de M. Vidart, quant aux *procédés artificiels*

(1) L. Fleury. *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie.* Paris, 1852, p. 124 et suiv.

(2) Baldou. *Instruction pratique sur l'hydrothérapie.* Paris, 1846, p. 121, 142.

(3) *Traité d'hydrothérapie*, p. 109.

(1) Gillebert Dhercourt. *Mémoire sur* la sudation (*Gazette médicale de Lyon*, numéro du 29 février 1852.)

de sudation : « *Tous ces moyens sont plus ou moins dange-* « *reux,* » M. Gillebert Dhercourt déclare que, « tout en conservant des sympathies à l'enveloppement, il ne rejette pas absolument l'étuve, dont il a usé et dont il usera encore à l'occasion. » Singulière contradiction que nous ne nous chargeons pas d'expliquer, et dans laquelle M. Gillebert d'Hercourt ne tomberait probablement pas aujourd'hui qu'il a échangé son titre de médecin de l'Établissement hydro-thérapique de l'Ile-Barbe contre celui de directeur de l'Établissement pneumatique de Lyon.

Arrivons aux faits (1).

Expérience n° 1.

Température ambiante	17°c.
Température animale prise sous la langue	37°5
Pouls	74
Respiration	17

Je me place dans l'étuve sèche partielle à 9 heures du matin ; on allume les quatre becs de la lampe à alcool.

9 h. 10′.	Température de l'étuve	33°c.
	Température animale	38°
	Pouls	76
	Respiration	17
	La sueur commence.	
9 h. 20′.	Température de l'étuve	40°
	Température animale	38°,7
	Pouls	89
	Respiration	19
	La sueur coule abondamment.	
9 h. 30′.	Température de l'étuve	53°
	Température animale	39°,3
	Pouls	110
	Respiration	21
	La sueur est moins abondante.	
9 h. 40′.	Température de l'étuve	62°
	Température animale	40°,3
	Pouls	124
	Respiration	23
	La sueur est presque nulle.	

A ce moment, la chaleur devient incommode, le cœur, les artères temporales et carotides battent avec force, la face est rouge. Je sors de l'étuve ; toute la surface cutanée est d'un rouge vif.

Une immersion de 3′ dans de l'eau à 12° c. ramène l'état physiologique, le pouls conservant toutefois pendant une heure encore une plus grande fréquence (80).

Voilà le spécimen de l'action *excitante, révulsive*. L'étuve sèche produit ici, à un moindre degré et avec moins d'inconvénients, de danger pour l'organisme, les mêmes effets que le bain chaud et le bain de vapeur, et c'est avec raison que tous les hygiénistes et tous les thérapeutistes, que MM. Lévy, Becquerel, Trousseau et Pidoux, etc., lui accordent la préférence sur ceux-ci. L'étuve sèche est ici un procédé opératoire qui n'a point d'équivalent, que ne peut évidemment pas remplacer l'enveloppement, et dont j'ai constaté mille fois les avantages sur moi-même et sur un grand nombre de malades.

Si maintenant, au lieu de terminer l'opération au moment indiqué, on la prolonge en continuant à faire monter la température, il est évident qu'à un degré plus ou moins élevé, suivant les individus, des accidents plus ou moins graves surviennent, comme dans toutes les autres applications artificielles du calorique, bain chaud ou bain de vapeur, et même sous l'influence de l'insolation ou d'une température atmosphérique très-haute. Alors se manifestent le *malaise, l'anxiété, les angoisses, les palpitations, la surexcitation, la congestion cérébrale,* dont parlent MM. Vidart, Gillebert Dhercourt, mais qu'il *dépend toujours du médecin de prévenir*. Si je les ai éprouvés en expérimentant *sur moi-même* au point de vue physiologique, *c'est que telle était ma volonté*, et je n'ai pas besoin de dire que *jamais ils ne se sont produits sur aucun des nombreux malades* qui, à Bellevue, ont été soumis à l'action excitante et révulsive de l'étuve sèche.

L'expérience précitée prouve :

1° Conformément à ce que j'ai établi ailleurs (*Traité d'hydrothérapie et Cours d'hygiène*), que dans l'étuve sèche partielle, la respiration n'est pas influencée par le calorique dans la même proportion que la circulation. En effet, nous avons :

A 17° ..... 74 pulsations et 17 inspirations ;
62° ..... 123 — 23 —

Or la proportion 74 : 17 :: 123 : x donne $x = 28{,}4$ au lieu de 23.

Ce phénomène avait déjà été constaté par M. Gerdy jeune ; quant aux bains chauds, voici comment s'exprimait à cet égard cet observateur distingué : « Chose remarquable, la respiration est bien moins influencée que la circulation par la température des bains. Lorsque les bains modifient peu l'état de la circulation, la respiration reste assez bien d'accord avec les petites modifications du pouls, mais dans les bains très-chauds, elle s'éloigne moins de son type normal que celui-ci, et elle y revient plus vite quand la chaleur diminue, de sorte que souvent le pouls est encore notablement accéléré, quand déjà la respiration a repris son allure accoutumée. »

2° Conformément aux observations de Berger et Delaroche, de M. Rapou et de plusieurs autres expérimentateurs, qu'au delà d'un certain degré, le calorique agit moins comme sudorifique que comme excitant.

3° Conformément à mes recherches précédentes, que l'homme ne peut subir sans incommodité, sans inconvénients, une élévation artificielle de plus de 3 à 4° centigrades dans la température générale de son corps, prise sous la langue.

A propos des accidents qui surviennent lorsque l'élévation de la température est portée trop loin, j'ai mentionné, en 1848 (1), *la perte de connaissance*. Dès mes premières expériences *personnelles,* ce phénomène attira tout naturellement mon attention ; mais je ne me rendis point très-nettement compte de son mode de développement ; je crus tout d'abord qu'il était le résultat d'une *congestion cérébrale*. Une étude plus attentive et souvent répétée me permet d'affirmer, aujourd'hui, qu'il doit être rapporté à une véritable *syncope*.

En effet, la perte de connaissance, ordinairement précédée de nausées, n'a eu lieu que dans les cas où la température de l'étuve avait été trop élevée, *mais elle ne s'est produite qu'immédiatement après la douche générale,* et le meilleur moyen de la faire cesser a toujours été de me placer dans la position horizontale, ou même de donner à ma tête une position légèrement déclive. On peut, je crois, légitimement conclure de ces deux circonstances que la perte de connaissance est due à ce que le sang affluant avec violence vers la tête, sous l'influence de la chaleur, en est brusquement refoulé sous celle de l'eau froide. La contre-épreuve a d'ailleurs justifié cette explication, car la perte de connaissance n'a jamais eu lieu lorsque, m'étant soumis à l'étuve dans les mêmes conditions de température, de durée, de phénomènes physiologiques et de sensation, je me suis abstenu de prendre une douche.

Expérience n° 2.

Température ambiante	18° c.
Température animale	37°,2
Pouls	80
Respiration	17

J'entre dans l'étuve à 9 heures du matin. On allume les quatre becs de la lampe à alcool.

(1) Je me suis servi, dans toutes mes expériences, de thermomètres à mercure de Fastré.

(1) *Rech. d'observ. sur les effets et l'opportunité des divers modificateurs, dits hydrothérapiques.* In *Arch. gén. de méd.*, 1848.

9 h. 17′.	Température de l'étuve.....	32° c.
	Température animale.....	37°,5
	Pouls.....	80
	Respiration.....	17
	La sueur commence.	

On éteint deux becs de la lampe; on ouvre les fenêtres de la salle de bains et je bois toutes les dix minutes un demi-verre d'eau à 8° c.

9 h. 20′.	Température ambiante.....	12°
	Température de l'étuve.....	35°
	Température animale.....	37,5
	Pouls.....	84
	Respiration.....	17
	La sueur coule avec abondance.	
9 h. 40′.	Température ambiante.....	12°
	Température de l'étuve.....	38°
	Température animale.....	37°,9
	Pouls.....	86
	Respiration.....	17
	La sueur coule par torrents.	

On éteint encore un bec de la lampe.

10 h.	Température ambiante.....	12°
	Température de l'étuve.....	36°
	Température animale.....	37,5
	Pouls.....	82
	Respiration.....	17

10 h. 30′, fin de l'opération, les conditions étant restées les mêmes par une immersion de 3′ dans de l'eau à 12°.

Voilà le spécimen de *l'action sudorifique*, voilà le procédé opératoire que je préfère à l'enveloppement, le procédé qui ne provoque jamais « *ni malaise, ni anxiété, ni angoisses, ni palpitations, ni surexcitation, ni congestion cérébrale, ni fatigue extrême*, » qui ne réclame « *ni lotions froides ou linges mouillés sur la tête, ni injection d'une quantité trop considérable d'eau*, » le procédé auquel jamais aucun malade ne s'est montré *réfractaire*.

Que si M. Gillebert Dhercourt veut se borner à soutenir que l'enveloppement permet d'abandonner les infortunés patients à eux-mêmes, et de les laisser seuls, sur leur lit de misère, pendant deux, quatre, six heures, tandis que l'étuve sèche exige « *une surveillance attentive et certaines précautions*, » alors nous serons complétement d'accord. Nous n'avons jamais contesté, en effet, que le procédé de l'enveloppement ne fût infiniment plus commode.... pour le médecin.

Quant au malade, c'est différent! et M. Gillebert avoue « *qu'un ennui profond, que même le dégoût* » s'empare souvent du malheureux emmaillotté. A la vérité, notre honorable contradicteur fait disparaître ce léger inconvénient en substituant à l'isolement la sudation en commun, la *salle de sudation*, dont il décrit les charmes dans un style dont nous voulons faire apprécier au lecteur l'engageante douceur.

« Là, les malades réunis en commun attendent plus patiem-
« ment l'arrivée de la sueur; l'animation qui résulte toujours
« d'une réunion nombreuse, les incidents divers qui naissent à
« tout propos, *et comme exprès* (!), pour servir de texte à la
« conversation, la gaieté des uns, l'entrain de quelques autres,
« *l'excitation des sueurs* (*sic!*), en un mot, tout concours à
« l'accomplissement du but, et contribue à soustraire le malade
« à l'ennui profond, même au dégoût qui s'empare de lui quand
« il est enveloppé isolément. »

Voilà les excès auxquels la défense d'une mauvaise cause peut entraîner un homme de talent!

M. Gillebert Dhercourt nous apprend qu'il fait souvent usage de l'enveloppement, non « dans le but de faire suer les malades, » mais seulement pour amener « un simple échauffement de la peau, » lequel a l'avantage « de décentraliser le calorique « animal, *de mettre du calorique en réserve, de mieux « tremper la peau* (*sic*), de la rendre plus *accessible* aux « effets de l'eau froide, *par une sorte d'épanouissement qui « rend certainement l'enveloppe cutanée plus accessible au « resserrement moléculaire que....* »

Sans avoir apprécié aussi lumineusement que le fait M. Gillebert Dhercourt les beaux effets du simple échauffement, nous faisons également un fréquent usage de celui-ci, mais un séjour de dix minutes dans l'étuve sèche suffit pour amener le résultat que notre savant et éloquent contradicteur n'obtient qu'à l'aide d'un pénible emmaillottement, dont la durée ne doit guère être au-dessous d'une heure.

Nous venons d'étudier, avec toute la précision et l'exactitude désirables, les effets physiologiques de l'étuve sèche partielle; il nous reste à en faire autant quant à l'enveloppement, tâche que messieurs les hydropathes n'ont jamais eu l'idée de remplir à notre place.

Le 18 novembre, nous avons fait sur nous même l'expérience suivante, avec l'assistance de notre savant et excellent ami M. Doyère, dont personne ne contestera l'habileté, l'exactitude et la bonne foi.

La température ambiante étant de 15° centig.; la température de mon corps, prise sous la langue, de 36°,6; mon pouls battant 86 fois par minute, et ma respiration étant à 20, je me fais emmaillotter, à deux heures de l'après-midi, dans trois couvertures de laine superposées; cinq couvertures pliées en double et un édredon sont en outre disposés de manière à m'enfermer étroitement dans le maillot. Voici quels ont été les phénomènes constatés :

Expérience n° 3.

2 h. 20′	Température animale.	37°,05	
	Pouls.....	88	
2 h. 45′	Température animale.	37°,20	Sensation prononcée de chaleur, surtout à la tête.
	Pouls.....	90	
3 h. 15′	Température animale.	36°,90	La sensation de chaleur a disparu; frisson au plus léger mouvement, malgré l'épaisseur et l'étroitesse du maillot.
	Pouls.....	86	
3 h. 45′	Température animale.	36°,85	Mêmes phénomènes. On s'efforce de rendre l'enveloppement plus exact, surtout vers le cou où une serviette est disposée en cravate.
	Pouls.....	86	
4 h. 5′	Température animale.	37°	
	Pouls.....	88	
4 h. 25′	Température animale.	37°,10	Malaise très-désagréable, chaleur à la tête, céphalalgie sus-orbitaire.
	Pouls.....	90	
4 h. 40′	Température animale.	37°,20	Le malaise est plus violent encore; moiteur à la poitrine.
	Pouls.....	94	
	Respiration.....	22	
5 h.	Température animale.	37°,30	Chaleur et douleur insupportables à la tête, malaise, agitation. La sueur coule sur la poitrine. Moiteur légère sur le front.
	Pouls.....	96	
	Respiration.....	24	
5 h. 20′	Température animale.	37°,40	La sueur est générale et assez abondante. Le malaise, l'agitation, diminuent et la respiration se calme.
	Pouls.....	104	
	Respiration.....	21	
5 h. 45′	Température animale.	37°,45	
	Pouls.....	104	
	Respiration.....	21	

Fin de l'opération par une douche générale. — Un thermomètre, placé entre les jambes, indique que la température de l'atmosphère circonscrite par le maillot est de 35°,60.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. Ils montrent avec la dernière évidence :

1° Combien est insuffisant, incomplet, irrégulier l'agent calorifique et sudorifique mis en usage : « C'est le moyen âge de la science, » s'écriait M. Doyère, en présence de cette torture de

quatre heures et de ce modificateur, que l'expérimentateur ne peut ni modifier ni réglementer.

2° Que la sudation, l'élévation de la température animale et l'accélération du pouls sont trois phénomènes intimement liés les uns aux autres.

3° Que dans l'étuve naturelle, comme dans l'étuve artificielle, la sueur n'apparaît que lorsque la température de l'atmosphère close est assez élevée (de 35 à 38° c.) pour faire monter la température animale et accélérer le pouls.

4° Que dans l'étuve naturelle, bien que la sueur ait été beaucoup moins abondante, la température animale s'est élevée davantage que dans l'étuve artificielle (0°,85 *au lieu de* 0°,70), que le pouls et la respiration y ont subi une plus grande accélération (18 *pulsations au lieu de* 6, *et* 4 *inspirations au lieu de* 0), ce qu'il faut attribuer à la gêne, au malaise, à l'excitation nerveuse produite par la position et la nature de l'appareil, puisque la température de l'atmosphère close de l'étuve naturelle était un peu moins élevée que celle de l'atmosphère close de l'étuve artificielle. C'est à la même cause qu'il faut encore rattacher l'accélération subie par la respiration, laquelle n'a pas été modifiée par l'étuve artificielle.

5° Que, beaucoup plus que l'étuve artificielle, l'étuve naturelle est un excitant général, un pyrétogénétique qui ne provoque le développement de la sueur qu'en donnant naissance à un véritable accès fébrile.

Et maintenant, voici comme quoi la sueur obtenue par l'enveloppement n'est ni provoquée, ni forcée, mais naturelle et vitale! Voici comme quoi cet admirable procédé développe la sudation sans augmenter la fréquence du pouls, sans élever la température animale! Voici comme quoi la température du corps se maintient au degré physiologique en vertu « *de la loi de balancement*, » que nous proposons de nommer *loi Gillebert*.

En vérité, si nous n'étions pas convaincu, comme nous le sommes, des profondes connaissances de M. Gillebert Dhercourt en physique et en physiologie, nous serions tenté de lui renvoyer le reproche d'avoir laissé « *dans un oubli complet, les lois de la calorification.* »

Il semble, à entendre notre savant contradicteur, que la température animale soit constante, invariable, et que la *loi de balancement* la mette à l'abri de toutes vicissitudes, de toutes influences extérieures, de toutes modifications physiologiques ou pathologiques.

Les belles expériences de Letellier (1) (et non d'Edwards), ont bien démontré que la combustion devient plus ou moins active, dans l'économie, suivant que la température du milieu s'abaisse ou s'élève, mais ce phénomène ne suffit point pour expliquer la résistance à la chaleur, et il faut admettre, malgré l'opinion contraire de M. Magendie (2) et conformément à celle de Franklin, de Delaroche (3) et de tous les physiologistes, que l'évaporation aqueuse qui se fait à la surface du corps couvert de sueur, joue ici un grand rôle. Hypothèse justifiée par ce fait acquis : qu'à température égale, le séjour dans une étuve sèche est beaucoup moins pénible que dans une étuve humide, où la saturation de l'atmosphère ne permet pas à l'évaporation d'avoir lieu.

Mais ces causes de réfrigération ne suffisent pas encore pour mettre la température animale au-dessus des influences extérieures. M. Edwards, très-mal à propos cité par M. Gillebert Dhercourt, a établi que la température des oiseaux est plus élevée de 2 à 3 degrés en été qu'en hiver, et Davy (4) a constaté que la température de l'homme s'accroît de 1° à 1°,5 quand il passe d'un pays froid, ou même tempéré, dans un pays chaud.

Ce n'est pas tout. La température animale s'accroît et dépasse son degré habituel, normal, sous l'influence d'une multitude de causes qui résident dans l'organisme lui-même et qui sont physiologiques ou pathologiques, et sans parler de l'état morbide qui ne saurait être mis en cause ici, ne sait-on pas que la digestion, que l'exercice musculaire, la marche, la course, qu'une simple émotion morale, élèvent la température du corps?

Si M. Gillebert Dhercourt avait bien voulu lire nos articles *température* du *Compendium* et du *Cours d'hygiène*, il se serait *souvenu* de ces faits, et il se serait épargné la peine d'enfanter sa « *loi de balancement*, » en nous accusant « d'avoir *oublié* les lois de la calorification. »

Ne pouvait-on point prévoir *à priori* qu'indépendamment de l'action exercée par la température ambiante, le pouls devait s'accélérer et la température animale s'élever sinon indéfiniment, du moins jusqu'à un degré nuisible à l'organisme, sous l'influence d'une position pénible, d'une immobilité forcée, à un agacement nerveux fort désagréable et souvent extrême?

L'expérimentation exacte, rigoureuse, a transformé l'induction en fait démontré et a mis encore une fois en évidence la supériorité de l'étuve sèche partielle sur l'enveloppement.

Que reste-t-il donc de l'argumentation de messieurs les hydropathes? — Nous l'avons dit en commençant. — Des phrases sonores mais creuses, des affirmations dogmatiques mais dénuées de preuves. — Nous pouvons ajouter maintenant : des affirmations dogmatiques renversées de fond en comble par les expériences les plus décisives et les moins incontestables.

(1) Letellier, *Influence des températures extrêmes de l'atmosphère sur la production de l'acide carbonique dans la respiration des animaux à sang chaud* (in *Ann. de chimie et de phys.* 1845, t. 13, p. 478).

(2) Magendie. *Leçons sur le température animale* (in *l'Union médicale*, 1850, t. 4, p. 183).

(3) Delaroche. *Expériences sur les effets qu'une forte chaleur produit dans l'économie animale* (Thèse de Paris, 1806, n° 11).

(4) Davy. *Sur la température du corps humain dans divers climats* (in *Annales de chimie et de physique*, 1823, t. 22, p. 433). — *Observations diverses sur la température animale* (même recueil, 1845, t. 13, p. 174).

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ANGLAIS.

GUY'S HOSPITAL.

(*Suite et fin. Voir les n*os 151, 152.)

M. le président ne veut pas qu'on le joue, vint annoncer au public notre grand Molière, un jour où l'on défendit la représentation d'une de ses pièces immortelles, *Guy's Hospital* ne veut pas même qu'on.... parle de lui; il ne veut pas qu'on le voie. C'est un perfectionnement. A merveille; seulement, dans un pays qui se vante de posséder la liberté de discussion, en tout pays même à notre époque, pour les questions purement scientifiques, ceci devient une prétention par trop singulière.

Quelques personnes m'ont fait observer que ces messieurs sont chez eux, et qu'aux dépens de se faire connaître par des gens mal élevés, ils peuvent en définitive faire chez eux ce qui leur plaît. Je nie formellement cela, en ce qui concerne le Musée. Le Musée de *Guy's Hospital*, — comme tous les musées qui se sont formés peu à peu par l'addition de pièces données, presque toujours précisément dans le but de permettre à tous les hommes de science de les consulter, comme tous les musées renfermant des pièces sur lesquelles ont été basés des travaux qui font aujourd'hui partie du domaine général de la science, — n'appartient pas à quelques petits êtres essentiellement transitoires, qui passent chacun à leur tour, d'une façon ou de l'autre, par les places officielles de l'établissement. C'est un dépôt pur et simple qui leur est confié, et dont ils ne sont que les gardiens. Leur autorité va jusqu'au point d'établir des règlements utiles pour l'entretien et la bonne surveillance de l'établissement, règlements qu'il est du devoir des visiteurs de respecter scrupuleusement, mais elle ne va pas une ligne au delà; surtout elle ne va pas jusqu'au droit d'empêcher un homme de science, paisible et travailleur, d'examiner les pièces autant qu'il peut en avoir besoin. Expulser brutalement et sans aucune raison quelqu'un du Musée, peut se faire par des mal-appris, puisque mon fait est là pour en fournir la preuve; mais c'est un acte d'un arbitraire inexcusable, contre lequel je proteste de toutes mes forces. Ai-je besoin de développer ceci davantage? Je ne le pense pas; il me

semble qu'il est honteux et douloureux, à notre époque, que des principes aussi simples aient besoin d'être rappelés.

Mon expulsion du Musée n'a été évidemment qu'un moyen indirect pour me fermer *Guy's Hospital*. Au point de vue du principe absolu, on pourrait encore soutenir avec grande raison qu'un chef de service dans un grand hôpital n'a pas le droit de se mettre à l'écart, que tous ses actes doivent être publics, et l'on trouverait d'autant plus de personnes disposées à partager cet avis, que la presque unanimité des chefs de service d'hôpitaux, surtout quand ils cherchent en même temps à être professeurs, s'empressent d'appeler le plus de personnes qu'ils peuvent pour avoir des témoins à l'appui des faits qu'ils signalent. Toutefois, et dans le cas où un chef de service veut vivre dans l'obscurité, j'admettrais volontiers que, dans l'état actuel des choses, le principe pût céder un peu à ce point de vue; quelques particularités dans les mœurs nationales, et une foule d'autres conditions pourraient intervenir ici. Si donc, en ce qui concerne le Musée de *Guy's Hospital*, je nie formellement à qui que ce soit le droit d'empêcher tout homme scientifique de le visiter, je serais d'une opinion moins exclusive en ce qui concerne l'intérieur même, les salles de malades de l'hôpital. Mais, pour s'enfermer seul dans son service, il faut consentir à vivre dans l'obscurité; ou bien, si l'on s'avise de vouloir publier ensuite des travaux scientifiques, il importe que le public sache que les faits sur lesquels ces travaux sont basés ont été pris en particulier, loin de tout contrôle, en dehors de toutes les conditions d'examen, telles qu'elles sont requises à notre époque. C'est pourquoi il est important que tous nos collègues de la presse, et les travailleurs scientifiques, soient informés que *Guy's Hospital* est fermé à tout examen sérieux et permanent, n'admet tout au plus qu'un examen *temporaire*, et encore pas trop curieux, sous peine d'*expulsion*, afin qu'ils puissent déterminer le degré de confiance à accorder aux travaux provenant de cet hôpital.

De quelque côté que l'on retourne la question, qu'on la considère au point de vue de la mauvaise éducation de grossiers personnages, ou de l'oubli des plus simples devoirs des médecins, les uns à l'égard des autres, ou d'un brutal arbitraire, ou de la violation des devoirs publics les plus incontestables, ou au point de vue des intérêts scientifiques, on comprend très-bien que *Guy's Hospital* se soit trouvé fort embarrassé pour fournir une réponse quelconque aux interpellations que je lui ai adressées.

Vous pensez bien, mon cher ami, qu'après une réception de cet ordre, non provoquée, dans un des principaux hôpitaux d'ici, et vu que rien ne m'annonçait que chose pareille ne pût pas m'arriver ailleurs, j'ai cessé immédiatement d'aller dans aucun hôpital, bien résolu à ne revenir nulle part, qu'avec des autorisations spéciales et catégoriques, me mettant à l'abri de toute répétition d'actes que je regarde de très-haut, de toute la supériorité qu'on m'accorde si maladroitement, actes qui ne me blessent pas, mais qui ne sont cependant pas absolument agréables à subir.

Voilà une des principales causes du retard que j'ai mis à vous écrire. Mais ce n'est qu'un retard, et je vais recommencer le cours de mes publications. Ce n'est pas que les matériaux me fassent défaut. Pendant quatorze mois, je n'ai pas passé un jour sans faire une visite dans l'un ou l'autre des hôpitaux de Londres, ou du moins, s'il m'est arrivé parfois de ne pas voir les malades, ce n'a pas été ma faute, c'est que les chefs de service n'étaient pas arrivés, à une heure près, à l'heure ordinaire de leur visite, et que d'habitude alors, je m'en suis allé après une heure d'attente. A part ces exceptions, j'ai tous les jours suivi des visites, constamment le crayon à la main, et écrivant tout, absolument tout ce qui me passait sous les yeux. Tous les faits que je mentionne dans mes publications ont ainsi une certaine authenticité. Je puis me tromper dans mes appréciations, mais les faits sont exacts, décrits au moment même de leur existence, et je ne mentionne rien de mémoire. Quatorze mois d'études pareilles m'ont mis entre les mains de très-nombreux matériaux dont je me servirai successivement. De nouveaux viendront s'y joindre d'ailleurs, car depuis la scène de *Guy*, l'habile opérateur de Londres, M. Fergusson, chirurgien de *King's College Hospital*, a continué à m'accueillir avec une grande affabilité qui m'annonce évidemment que cet hôpital me restera ouvert. A Saint-Barthélemy, j'ai été averti que l'établissement entier m'était ouvert avec autant de libéralité que par le passé; et si je ne m'étais pas tenu en arrière, comme je l'ai fait dans ces derniers temps, j'ai la certitude que le même bon accueil m'attend dans d'autres hôpitaux. *Guy's Hospital* seul se met à l'écart. Eh bien! nous n'en parlerons pas ou à peine; et, au fait, je déclare que d'après une partie de ce que j'y ai déjà vu, je serais assez contrarié si j'étais obligé de publier tout ce qui s'y passe.

Dans un prochain article, je commencerai à examiner le traitement des plaies dans les hôpitaux anglais, en commençant par la question de la réunion immédiate. Je puis vous dire par avance que la réunion immédiate, dans les hôpitaux anglais, est chose presque aussi fantastique que le ligament de Hey ou que le fongus bénin du testicule, c'est-à-dire qu'on ne l'emploie presque jamais, contrairement aux idées généralement répandues à cet égard, et que, probablement, on ne l'a jamais employée d'une manière régulière.

A bientôt les détails et les faits inattaquables à l'appui.

A partir de là, je tâcherai de ne plus mettre de si grands intervalles entre mes articles. Mais dussent-ils encore éprouver quelques retards qu'ils vous parviendraient tout de même. Si des circonstances me forçaient à quitter l'Angleterre, je vous enverrais mes articles datés d'Amérique, et voilà tout.

Londres, le 1er novembre 1853. A. Deville, D. M. P.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Absorption des cartilages du nez,

Par M. Émile Marchand, *de Sainte-Foy, lauréat de l'Académie impériale de médecine.*

Si la structure des cartilages est aujourd'hui bien connue, grâce aux recherches des micrographes modernes, il n'en est pas encore ainsi de leur mode de vitalité, ni de leurs maladies. Le fait suivant me paraît intéressant sous ce dernier point de vue.

Un homme, âgé de 56 ans, me consulta à la fin de 1848, pour des douleurs dans le front. Ces douleurs, légères du reste, s'exaspéraient quand il se peignait : le malade les rapportait à la peau, et affirmait qu'elles ne ressemblaient en rien aux douleurs ordinaires de tête.

Quelques semaines après, le malade éprouva des douleurs dans le bout du nez quand il se mouchait. Les douleurs du front et du nez restèrent indépendantes quelques jours, mais bientôt tout le nez, les sourcils, l'espace qui les sépare et le front, furent douloureux.

La peau ne présentait aucune altération. La pression n'exagérait pas la sensibilité, et la muqueuse de l'entrée des fosses nasales était l'état normal; la santé générale était excellente, les douleurs de la face étaient trop légères pour avoir un retentissement quelconque sur le reste de l'organisation; les choses restèrent dans cet état pendant trois ou quatre mois. J'essayai quelques moyens de peu de valeur, tels que des bains de pieds, des fumigations émollientes, etc., etc., qui furent sans résultat.

Il parut alors, pour la première fois, de la rougeur dans la muqueuse qui recouvre la cloison, cette rougeur augmenta pendant quelques jours, et il survint un peu de boursouflement, les sécrétions nasales n'étaient ni augmentées, ni diminuées, ni altérées, la sensibilité anormale n'était pas augmentée; une piqûre faite avec un bistouri, ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang; une sangsue fut appliquée sur la muqueuse de la cloison, il sortit environ une cuillerée de sang qui diminua la rougeur, mais elle ne la fit pas disparaître; cet état hyperhémique ou inflammatoire de la cloison persista environ deux mois, et il ne survint pendant ce temps aucun autre phénomène.

Lorsque l'inflammation fut sur son déclin, il parut sur la face dorsale du nez, une petite tumeur grosse comme un grain de blé: cette tumeur était située sur le cartilage, dont elle paraissait faire partie, elle n'adhérait nullement à la peau, qui avait conservé sa mobilité et sa coloration ordinaires ; quand on pressait sur cette tumeur, on déterminait un peu de douleur.

Bientôt, l'inflammation de la pituitaire fut entièrement dissipée ; la coloration de cette membrane redevint normale. Malgré ce changement, la douleur persista, et un phénomène nouveau apparut. (Je note encore ici que le nez, sauf la petite tumeur, ne présentait aucune altération ; que la pituitaire n'était pas rouge et que les sécrétions nasales étaient ce qu'elles sont ordinairement.) Le nez perdit sa forme convexe, qui était très-prononcée, et il se forma, peu à peu, une dépression ou encoche sur son dos, au niveau des cartilages. Cette dépression augmenta progressivement, pendant cinq ou six mois ; la petite tumeur fut peu à peu résorbée, les douleurs diminuèrent et, finalement, le malade qui avait un magnifique nez, bien convexe, bien arqué, ne posséda plus qu'un nez à escalier ou en *pied de marmite*.

Que s'était-il donc passé ? Une chose très-simple en apparence, mais non observée jusqu'aujourd'hui, du moins je le crois. En examinant les parties, on constate que les cartilages ont disparu. La face dorsale du nez est bien conformée jusqu'au bord inférieur des os propres. Ce bord inférieur fait une saillie très-tranchée sous la peau. Immédiatement après la saillie se voit la dépression. On constate, par le toucher, que les cartilages ont disparu. La cloison cartilagineuse est également absorbée ; il ne reste plus qu'un double feuillet muqueux, ce dont on s'assure facilement, en introduisant un doigt dans chaque narine. Il en est de même de la sous-cloison. L'ouverture des narines a changé de forme, elle est ronde au lieu d'être elliptique. Si on presse le nez avec le doigt, on le sent d'une mollesse extrême, on l'aplatit facilement et on lui fait prendre toutes les formes que l'on veut. Du reste, l'odorat n'est pas troublé.

Aucune médication n'a pu ralentir la marche de cette absorption des cartilages. Le malade ayant eu une chaude-pisse, il y a vingt-cinq ans, tous les médecins consultés ont conseillé l'iodure de potassium. Ces traitements ont été suivis avec soin ; malgré cela, je voyais tous les jours l'absorption augmenter, et le combat a fini faute de combattants, c'est-à dire, quand il n'y a plus eu de cartilages.

La disparition des cartilages du nez par absorption doit être très-rare : je n'ai jamais rien lu de semblable. Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait de celui de Bieniveni, chirurgien du xv^e^ siècle, dans lequel il s'agit de la résorption des os du crâne? Voici cette observation : « Un moine se plaignait de ce que les os de « son crâne se rongeaient peu à peu et de jour en jour. Frappé « d'étonnement, je lui découvris la tête, et, palpant soigneuse- « ment avec les mains, je reconnus que le front était déjà presque « en entier dépouillé de sa cuirasse osseuse ; et, chose bien plus « étrange, il n'y avait, ni à la peau, ni dans les parties molles, « aucune altération sensible ; en sorte que, cherchant la raison « d'un pareil phénomène, je jugeai qu'il était produit par une hu- « meur très-ténue ... » (Suit l'explication théorique.) « Du reste, « le moine mourut quelques années après, ayant ainsi perdu la « majeure partie de son crâne, sans qu'on pût y porter re- « mède. » (Voir Malgaigne, *Introduction aux œuvres d'Amb. Paré*, p. 117).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — Oscillations insignifiantes. Extension de la maladie dans les environs de Paris.

— *Société d'hydrologie médicale de Paris, tenant ses séances à la Faculté.* — L'exemple donné par la Société hydrologique du Midi a déjà porté ses fruits : une société semblable vient de se constituer à Paris. Dans une séance préparatoire, qui a eu lieu à la Faculté de médecine mercredi dernier, et à laquelle assistaient les membres fondateurs de la Société, des professeurs de la Faculté, des membres de l'Académie, des chimistes, des praticiens de la ville, tous leurs collègues des eaux minérales, enfin tous les représentants de la presse médicale, la Société s'est constituée définitivement.

Dans une sorte de discours d'ouverture, M. Durand-Fardel a exposé le but de la Société d'hydrologie.

M. Lebret a lu un projet de règlement qui a été adopté.

Puis les élections du bureau ont été faites par tous les membres adhérents à la Société d'hydrologie.

M. Nacquart, président de l'Académie, avait bien voulu prêter son concours aux membres fondateurs de la Société en venant présider cette séance.

Ont été nommés membres du bureau :

Président,	M. Mélier.
Vice-président,	M. Patissier.
Secrétaire général,	M. Durand-Fardel.
Secrétaire des séances,	M. Lebret.
Trésorier,	M. de Laurès.

Avant la séparation de l'Assemblée, M. Durand-Fardel a fait connaître l'ordre du jour de la première séance qui doit avoir lieu le mercredi 18 janvier.

Sujets de discussion : Des piscines et des ressources qu'elles peuvent offrir dans les traitements thermaux ; proposition d'un projet de loi relatif à une organisation générale des eaux minérales.

Le Comité d'hygiène ayant été chargé, par le gouvernement, de préparer ce projet de loi, M. Magendie, président du Comité d'hygiène, et M. Mélier, président de la Société d'hydrologie, ont pensé que celle-ci ne pourrait mieux inaugurer ses travaux, qu'en cherchant à éclairer cette question importante et difficile.

— *Nomination du chef des travaux anatomiques.* — Le concours de chef des travaux anatomiques s'est terminé aujourd'hui par la nomination de M. Jarjavay, qui a obtenu quatre voix contre trois données à M. Sappey. Ont voté pour M. Jarjavay : MM. Cruveilhier, Cloquet, Malgaigne et Moreau ; ont voté pour M. Sappey : MM. Bérard, Denonvilliers et Nélaton.

— *Prix des élèves internes et externes des hôpitaux.—Nomination des nouveaux externes.* — Les concours pour les prix et pour la nomination des élèves internes des hôpitaux sont terminés et ont donné les résultats suivants :

Prix des internes de 3^e^ et 4^e^ année.

1^er^ *Prix :* Médaille d'or, M. Laboulbène.
Accessit : Médaille d'argent, M. Blayn.
Mentions : MM. Dumesnil, Baucher.

Prix des internes de 1^re^ et 2^e^ année.

1^er^ *Prix :* M. Marcé.
Accessit : M. Titon.
Mentions : MM. Dumont-Pallier, Masson.

Prix des externes.

1^er^ *Prix :* M. Baillon.
2^e^ M. Gabriac.
Mentions : MM. Millard, Liégeois.

Ont été nommés internes dans l'ordre suivant pour entrer en fonctions au 1^er^ janvier : MM. Baillon, Gabriac, Millard, Liégeois, Bonfils, Guyon, Kœchlin, Lorut, Letellier, Besnier, Moilin, Moysant, Robinet, Defoville, Warmont, Nidau-Deseslets, Godart, Provent, Gombault, Decès, André Binet, Blachez, Frémineau, Lallemant, Luys, Chairon, L'honneur, Parisot, Pillon, Bertholle, Labbé, Ravin, Tassel, Joseph, Dewalz, Voisin, Basset.

— M. le docteur Duplanty, président de la Société *philanthro-magnétique*, nous ayant déclaré qu'il n'avait en aucune façon autorisé l'abus qui est fait de son nom dans un prospectus-enseigne qui se distribue rue d'Orléans-Saint-Honoré, n° 17, et dont il a été question dans notre *Chronique* du 6 décembre, nous sommes heureux, pour l'honneur du corps médical, de porter cette déclaration à la connaissance de nos lecteurs.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. Triquet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 centimes.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C^ie^, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 1. — N° 155. 1re année. Mardi 27 Décembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Des médecins colonisateurs et de la colonisation au point de vue médical. — **CLINIQUE DES HOPITAUX :** HÔPITAL COCHIN. M. MAISONNEUVE. Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le Dr Alexis Favrot. (*Suite.*) — HÔPITAL BEAUJON. M. HUGUIER. Phlegmon de la région iliaque droite, terminé par résolution, par M. L. Perret. — **CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS :** HÔTEL-DIEU DE LYON. M. DEVAY. Méningite cérébro-spinale. Symptômes insidieux. Mort. — **THÉRAPEUTIQUE :** Emploi local de la vapeur de chloroforme contre les douleurs utérines, par M. S.-L. Hardy. — **CHIMIE MEDICALE ET PHARMACOLOGIE :** Du sulfate acide de soude et de l'acide tartrique dans la préparation extemporanée des eaux gazeuses, par M. Dorvault. — Note sur la présence du nickel et du cobalt dans quelques eaux ferrugineuses, et procédé pour les isoler, par M. Ossian Henry. — Solubilité du deuto-iodure de mercure dans l'huile de foie de morue, par M. Barnes. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 26 Décembre 1853.

Des médecins colonisateurs et de la colonisation au point de vue médical.

Par un important arrêté que nous publions ci-dessous, M. le Ministre de la guerre vient d'étendre et de régulariser une institution qui fonctionne déjà, quoique irrégulièrement, depuis plusieurs années, en Algérie, et qui est appelée à rendre de grands services, si les intentions de M. le Ministre peuvent arriver à être rigoureusement remplies.

Cette institution parviendra-t-elle à fonder en Algérie une véritable colonisation européenne, c'est-à-dire parviendra-t-elle, par les améliorations introduites dans l'hygiène publique, à implanter dans le sol africain une société française capable de se perpétuer en cultivant la terre, ou, en d'autres termes, une société dans laquelle le nombre des naissances arrive au moins à égaler, sinon à surpasser le nombre des décès? Telle, nous l'avouons, ne saurait être notre espérance. Plusieurs fois déjà nous avons eu l'occasion d'exposer les faits sur lesquels se fonde notre opinion, faits aussi simples qu'irrécusables, et que vient de reproduire une fois de plus le dernier *Compte rendu des établissements français en Algérie.*

Dans ce nouveau compte rendu, comme dans ceux qui l'ont précédé, on voit que dans une population plus jeune qu'une population normale, puisqu'il y a plus de 100 mariages sur 10,000 habitants (tandis qu'il n'y en a que 78 en France), et 45 naissances sur 1,000 (tandis qu'il n'y en que 29 en France), on voit que dans une telle population, le nombre des décès a constamment dépassé celui des naissances, et s'est élevé à plus de 50 pour 1,000, au lieu de 27 qu'on observe en France, et cette proportion considérable de décès n'a pas seulement lieu dans quelques localités malsaines de l'Afrique, mais bien dans les contrées les plus salubres, ce qui prouve que l'influence du climat suffirait pour détruire, dans une trentaine d'années, une population dans laquelle des immigrations permanentes ne viendraient pas combler les vides formés par la mort.

Mais si l'institution des médecins colonisateurs ne parvient pas à vaincre cette funeste influence de climat, qui semble parquer dans des régions déterminées des races spéciales d'hommes, comme elle y a circonscrit certaines espèces de plantes et certaines espèces d'animaux, elle diminuera du moins l'étendue du mal, et surtout elle recueillera des documents précieux sur cette grande question de l'acclimatement, que la science moderne, basée sur des faits plus positifs que celle de nos devanciers, tend à résoudre d'une manière si contraire aux croyances anciennes, tout en faisant surgir des observations récentes des considérations philosophiques de la plus haute importance.

M. le Ministre n'a pas oublié cette sérieuse partie de la mission des médecins de colonisation, lorsqu'il leur a imposé l'obligation « de fournir à l'administration tous les « renseignements et documents de statistique nosogra- « phique, etc. »

Mais pour que les intentions de M. le Ministre soient parfaitement remplies, il est indispensable que les notes recueillies par les différents médecins soient rédigées d'après un plan uniforme, qui les rende comparables au moins sur tous les points importants. Il serait donc vivement à désirer, si cette précaution n'est déjà prise, que M. le Ministre fît préparer par une commission un plan d'observations analogue à celui qui a été rédigé par l'Académie de médecine pour les médecins sanitaires d'Orient; plan que tous les officiers de santé seraient tenus de suivre, ce qui ne les empêcherait pas d'inscrire, sur un registre à part, leurs impressions particulières sur les faits qu'ils auraient observés. Il serait à désirer également qu'un médecin d'une capacité éprouvée fût chargé de contrôler,

d'une manière permanente, les cahiers d'observations de chaque médecin de colonisation, afin de donner ainsi à tous les faits recueillis la plus grande authenticité possible. Moyennant ces deux compléments essentiels de l'institution que vient de fonder M. le Ministre, cette institution rendra dans peu d'années à la science d'aussi importants services qu'elle en peut rendre dès aujourd'hui à l'humanité. H. DE CASTELNAU.

Tous les territoires livrés à la colonisation, en Algérie, sont divisés en *circonscriptions médicales*. Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation*. Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale, fixée à 500 fr. par an.

Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif arrêté par le gouverneur général de l'Algérie détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicaments à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigents, aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

Ils portent un uniforme, qui est le même, dans son ensemble, que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent, et que le pantalon est en drap bleu sans bande ni passe-poil.

Les médecins de colonisation sont tenus :

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription ;

2° De tenir, au lieu de leur résidence, à jour et heures fixes, un bureau de consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

3° De propager la vaccine ;

4° D'exécuter gratuitement, au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police ;

5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du Code Napoléon ;

6° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils ont, en outre, la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur circonscription. Ils doivent en visiter régulièrement les malades et constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

Il est fait chaque année une inspection générale du service des médecins de colonisation.

Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à *soixante*, quant à présent.

Trente-trois de ces circonscriptions sont desservies par des médecins militaires. Ces derniers ne reçoivent qu'une indemnité fixée à 300 ou 600 fr., suivant l'importance de la circonscription qui leur est assignée.

En général, les circonscriptions confiées aux officiers de santé de l'armée sont des centres épars sur le territoire militaire, où la colonisation européenne ne fait que commencer et n'a pas encore reçu son développement normal.

Ces vingt-sept circonscriptions militaires ne comprennent que trente-quatre localités dont la population coloniale peut être évaluée, en nombres ronds, à 10,000 individus.

Les trente-trois circonscriptions desservies par les médecins civils comprennent dans leur ensemble cent quarante-quatre centres de colonisation, dont la population s'élève en nombres ronds, à 50,000 habitants. C'est, en moyenne, 1 médecin pour quatre villages et pour 1,540 habitants.

Il résulte de cette organisation, qu'il n'est pas une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui, par conséquent, conformément aux instructions du ministre, ne doive recevoir au moins deux fois par semaine la visite du médecin, et dans toutes les circonstances, l'assistance et les soins gratuits de ce praticien pour la population indigente.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos* 23, 26, 32, 48, 72, 80, 101, 117, 149.)

2° *Extirpation des tumeurs cancéreuses qui ont envahi la totalité de la glande.* — Lorsque la glande mammaire est envahie dans toute son étendue, son extirpation complète est indispensable ; il en est encore ainsi quand le mal, bien que peu développé, ne présente pas de limites précises, qu'il envoie des prolongements irréguliers dans les interstices interlobulaires, et surtout, quand le mamelon se trouve englobé dans la dégénérescence. Alors, en effet, la conservation d'une petite portion de la mamelle n'a que fort peu d'intérêt, tandis que l'ablation complète de l'organe donne plus de sécurité contre une récidive prochaine.

Cette opération présente, dans son exécution, des modifications importantes, suivant le volume de la tumeur, son adhérence ou sa mobilité, et surtout, suivant l'état des téguments.

Dans le cas le plus simple, c'est-à-dire quand les téguments sont intacts, que la tumeur a un volume médiocre, et qu'elle est parfaitement mobile, l'opérateur doit avoir en vue d'obtenir une plaie dont la cicatrice soit aussi régulière et aussi peu gênante que possible. La direction la plus favorable est celle d'une ligne oblique qui, partant du creux de l'aisselle, descend vers l'appendice xyphoïde.

La malade étant couchée, et préalablement soumise au chloroforme, le chirurgien, armé d'un bistouri convexe, fait, le long du bord externe et inférieur de la tumeur, une longue incision légèrement concave en dedans et en haut, laquelle doit intéresser toute l'épaisseur des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'au-dessous de la glande. Par une seconde incision, il cerne la partie supérieure et interne de la mamelle, de manière toutefois à conserver le plus de téguments possibles. Il dissèque ces téguments jusqu'au bord supérieur et interne de la glande, puis, saisissant à pleines mains la partie malade, il la soulève pour la séparer à grands traits du muscle grand pectoral, en procédant de bas en haut.

Il est des cas où la dissection de la tumeur se fait plus facilement et plus sûrement avec les doigts qu'avec le bistouri. C'est principalement dans le cancer encéphaloïde, avec développement considérable de la glande mammaire. Celle-ci, en effet, n'adhère le plus souvent aux parois du thorax qu'au moyen d'un tissu cellulaire lamelleux très-lâche, que les doigts rompent avec facilité. Il est plus rare que l'on puisse appliquer ce procédé à la dissection de la surface antérieure de la tumeur, c'est-à-dire, de la partie qui correspond à la peau. Les avantages de ce procédé sont de pouvoir être exécuté avec une rapidité très-grande, et d'éviter les hémorrhagies pendant la manœuvre opératoire. Lors, en effet, qu'ils sont coupés avec le bistouri, les moindres

vaisseaux artériels versent le sang en abondance, tandis que la déchirure de leur parois, opérée dans dans la manœuvre d'énucléation, crispe leurs orifices, et s'oppose à toute hémorrhagie. Cet avantage peut avoir un intérêt considérable, quand il s'agit d'enlever des tumeurs d'un volume énorme, et dont la vascularité présente un développement considérable.

A cette occasion, nous croyons devoir rapporter textuellement une observation des plus remarquables que M. Maisonneuve a communiquée à la Société de chirurgie, dans la séance du 29 septembre 1847 :

Une dame, âgée de 58 ans, vint de Semur à Paris pour consulter, relativement à une tumeur énorme qu'elle portait à la région du sein droit. Cette tumeur, étendue de haut en bas, depuis la clavicule jusqu'au-dessous de l'ombilic, et transversalement depuis le sternum jusqu'au milieu des côtes, avait, dans le sens vertical, 52 centimètres, et 40 dans le sens transversal. Elle était bosselée, irrégulière, dure à sa base, ramollie et même fluctuante vers sa partie antérieure ; elle était le siége de douleurs lancinantes, rares et peu prononcées ; elle n'avait point encore contracté d'adhérences aux parties osseuses du thorax. La peau, fortement tendue et amincie, était rouge et adhérente dans une étendue verticale de 30 centimètres, et de 20 centimètres seulement en travers. La santé générale était bonne. Cette dame consulta d'abord plusieurs chirurgiens des plus éminents, qui déclarèrent la maladie au-dessus des ressources de l'art. La malade était décidée à retourner dans son pays. Cependant, avant de partir, elle voulut encore avoir l'avis de M. Récamier, qui, lui-même, avant de se prononcer, désira connaître mon opinion sur la possibilité de l'opération.

Mon avis fut que l'opération était possible et qu'elle offrait des chances raisonnables de succès. Cet avis, motivé sur la mobilité de la tumeur, sur l'intégrité d'une grande partie de la peau, sur l'absence de cachexie, sur la grande énergie vitale de la malade, fut approuvé par M. Récamier, et jour fut pris pour l'opération. C'est le mardi 18 septembre 1847 qu'elle fut pratiquée en présence de M. le professeur Récamier et des docteurs Vuiton et Pâris. La malade fut d'abord éthérisée, et quand l'insensibilité fut complète, je cernai, par deux longues incisions, toute la partie de la tumeur, où la peau était adhérente. Ces premières incisions intéressèrent un grand nombre d'artères, de volume assez considérable, qui, malgré l'activité des aides, donnèrent en peu d'instants une énorme quantité de sang. Il fallut, sous peine de voir la malade périr d'hémorrhagie, ou bien lier immédiatement les vaisseaux à chaque coup de bistouri, ce qui eût rendu l'opération interminable, ou bien énucléer la tumeur par la méthode d'arrachement. Je me déterminai pour le dernier moyen, avec mes deux mains glissées en même temps, l'une à droite, l'autre à gauche, sous la peau qui recouvrait la tumeur. Je déchirai rapidement le tissu cellulaire sous-cutané, et, en quelques secondes, je parvins jusqu'à la partie postérieure de cette énorme masse, où mes deux mains se rencontrèrent. Je tenais alors la tumeur complétement embrassée ; par un effort violent, je détachai d'abord de bas en haut sa partie supérieure ; puis, par un second effort encore plus considérable, j'arrachai de haut en bas la tumeur, en déchirant ses adhérences au thorax et aux parois de l'abdomen. Un tiers environ du muscle grand droit antérieur de l'abdomen fut déchiré dans ce mouvement. La plaie résultant de cette énorme extirpation ne fournit aucun écoulement sanguin, et je n'eus à lier que les vaisseaux divisés dans les premières incisions. Cette circonstance fit que je pus tenter la réunion immédiate. Malgré la perte de substance que j'avais fait éprouver à la peau, cette membrane avait subi une telle élongation, qu'il me fut facile, non-seulement de mettre les bords de la plaie en contact, mais encore de les unir par la suture enchevillée. Pour cela, je traversai les deux lèvres de la plaie, à 4 centimètres de leur bord libre, par douze fils doubles, espacés de 3 centimètres, et, dans leur anse, je plaçai de longues sondes de gomme élastique, qui me servirent de chevilles pour rapprocher les lèvres de la plaie : puis, pour compléter la réunion, je fis sur toute la longueur des bords de la solution de continuité, une suture à surjet à points rapprochés de 1 centimètre. Enfin, le tout fut soutenu par un bandage médiocrement serré.

Les trois premiers jours furent aussi calmes qu'on pouvait l'espérer, après une semblable opération ; la fièvre traumatique se maintint dans des bornes régulières. Le quatrième jour, je fis le premier pansement, et trouvai la réunion immédiate presque complète. Je retirai les chevilles. Les cinquième et sixième jours, quelque suintement séro-sanguinolent eut lieu par les points de suture ; j'enlevai la suture en surjet ; il en résulta l'écartement des lèvres de la plaie en trois points, dans l'étendue de 1 centimètre, puis la suppuration trouvant une libre issue, les lèvres se recollèrent graduellement.

Enfin, le quinzième jour, la guérison était complète.

Quand la tumeur a contracté des adhérences avec les parties profondes, l'opération n'est plus aussi simple, et le chirurgien doit d'abord cerner la partie malade entre deux incisions semi-elliptiques, en conservant autant que possible les téguments intacts ; il dissèque d'abord la tumeur dans ses points les plus accessibles, en procédant de la circonférence au centre ; il arrive ainsi graduellement au siége de l'adhérence, et soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux courbes, il divise avec soin les muscles envahis par la dégénérescence. Souvent alors, quand ces muscles sont divisés, l'énucléation redevient possible, et peut être opérée avec les doigts. C'est ce qui arrive quand l'adhérence ne comprend qu'une portion du muscle grand-pectoral ; mais lorsqu'elle pénètre plus profondément et qu'elle arrive jusqu'aux parties osseuses, le bistouri est nécessaire pendant toute la durée de la manœuvre ; dans les cas les plus graves où les côtes elles-mêmes sont devenues malades, l'opération doit être pratiquée en deux temps, c'est-à-dire, qu'il importe d'enlever d'abord la masse principale de la tumeur, avant d'arriver aux tissus profonds. Ceux-ci étant ainsi mis à découvert, il est bien plus facile de juger de l'étendue de leur altération et d'en faire l'éradication complète ; souvent, il est nécessaire de disséquer les tissus jusqu'au périoste, quelquefois même, de ruginer les côtes, beaucoup plus rarement d'en réséquer une portion. On comprend que ces opérations délicates ne pourraient être exécutées d'une manière convenable, si préalablement la masse de la tumeur n'avait été séparée.

Nous avons dit que l'engorgement et la dégénérescence des ganglions de l'aisselle était une des complications les plus fréquentes du cancer du sein ; c'est aussi l'une des plus importantes. A elles, en effet, se rattachent les plus graves questions de pratique, lorsqu'une tumeur cancéreuse du sein est compliquée d'engorgements ganglionnaires. La plupart des chirurgiens s'accordent sur la nécessité de pratiquer l'extirpation des tumeurs ganglionnaires, en même temps que celle de la tumeur principale. C'est, en effet, la pratique la plus sage et la plus avantageuse dans l'immense majorité des cas ; mais nous pensons que ce serait aller trop loin, que de subordonner d'une manière absolue l'amputation de la mamelle cancéreuse, à l'extirpation des ganglions axillaires engorgés. Lors, par exemple, qu'une tumeur mammaire est peu volumineuse, mobile, circonscrite, que son extirpation ne doit constituer qu'une opération simple et peu dangereuse, il nous a paru souvent avantageux, pour les malades, de négliger, au moins pour le moment, la tumeur axillaire, surtout si celle-ci n'était le siége d'aucune douleur, et si elle n'était pas pour les malades un objet de préoccupation.

Les motifs de cette pratique sont que, quelquefois, des engorgements ganglionnaires que l'on avait crus de mauvaise nature, ont parfois disparu spontanément, ou sous l'influence d'une médication résolutive, telle que des applications de sangsues, une compression douce et soutenue des emplâtres fondants.

D'une autre part, en admettant ainsi, du reste, que cela s'observe le plus souvent, que la tumeur axillaire fût de nature cancéreuse, aussi bien que la tumeur principale, l'opération ultérieure, au moyen de laquelle on pourrait en débarrasser la malade, présenterait moins de gravité, que si on l'eût exé-

cutée en même temps que l'amputation du sein. Ce n'est point, en effet, une chose indifférente, que de pratiquer le même jour, et dans un même moment, deux opérations de cette importance, et l'expérience nous a prouvé, dit M. Maisonneuve, que cette opération, exécutée en deux temps, offrait des résultats pour le moins aussi avantageux.

Enfin, il est des circonstances où tout espoir de guérison radicale a disparu, où les engorgements axillaires ont acquis un développement tel que leur extirpation est impossible. Dans ces cas, le chirurgien doit-il s'abstenir de toute opération sur la glande mammaire? Nous pensons qu'il est encore une distinction à établir. Si la tumeur du sein, complétement isolée des tumeurs axillaires, est le siége d'élancements douloureux, si la surface ulcérée donne lieu à des hémorrhagies graves, si le suintement ichoreux qui s'en écoule est une source d'infection pour la malade, l'opération peut être proposée, parce que ses avantages l'emportent sur ses inconvénients. Ce n'est, il est vrai, qu'une opération palliative, mais une opération palliative qui prolonge la vie des malades. Dr Alexis Favrot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Beaujon. — M. Huguier.

Phlegmon de la région iliaque droite, terminé par résolution.

Les tumeurs phlegmoneuses des régions iliaques sont connues de temps immémorial; de nos jours, elles ont fait l'objet des recherches de plusieurs praticiens distingués, parmi lesquels nous citerons en première ligne Dance, Dupuytren, MM. Ménière, Velpeau et Grisolle. Ce dernier médecin surtout, a publié dans les *Archives*, sur ce sujet, un remarquable travail. Les observations ne manquent donc pas; cependant, l'histoire de notre malade est assez curieuse pour que nous nous fassions un devoir de ne la pas passer sous silence.

Françoise Savigny, âgée de 28 ans, née à Courtalais, département d'Eure-et-Loire, entra le 20 août 1853 à l'hôpital Beaujon. Cette femme, qui n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfants, est ordinairement pâle et maladive. La menstruation s'est établie difficilement, vers l'âge de 19 ans. Les règles sont très-irrégulières dans leur durée et dans leurs époques; elles sont précédées et suivies de douleurs hypogastriques très-vives. La malade a une leucorrhée abondante et a été atteinte, à plusieurs reprises, de fièvres intermittentes qui l'ont totalement quittée depuis son séjour à Paris. Elle présente en outre une chlorose assez avancée.

Depuis deux mois, elle a ressenti de fortes migraines et de très-vives coliques, en même temps qu'un sentiment de pesanteur incommode à l'hypogastre et dans la région iliaque droite; elle a cependant continué ses occupations de domestique, jusque dans les premiers jours d'août, où elle a été forcée de s'aliter.

La malade s'est alors aperçue qu'une tumeur, dont les progrès ont été considérables, se développait dans la région iliaque droite; elle a eu de la fièvre et est restée quinze jours alitée dans sa chambre. C'est au bout de ce temps qu'elle s'est décidée à entrer à l'hôpital, dans le service de M. Sandras, d'où elle nous a été renvoyée comme atteinte d'une affection de l'ovaire.

Le 21, la malade présente l'état suivant:

La peau est chaude et halitueuse; le pouls, fréquent, sans être cependant très-plein, marque 90 pulsations; la bouche est amère et pâteuse, il y a eu quelques vomissements bilieux; le ventre est sensible à la pression; il y a des coliques, une diarrhée légère depuis la veille, de la courbature; le sommeil est pénible et agité par des rêves.

En explorant l'abdomen, on le trouve météorisé; à sa partie inférieure droite, existe une tumeur d'un volume considérable et d'une dureté fibreuse. Cette tumeur, qui est immobile, présente une forme triangulaire, s'avance jusqu'à la ligne médiane, et occupe tout l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; de là, elle va regagner le côté droit du ventre, et vient se fixer sur le ligament de Poupart, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure; puis elle suit la direction de l'aine, en faisant corps, pour ainsi dire, avec l'arcade crurale, et vient se terminer au niveau de la symphyse pubienne. Elle occupe donc tout l'espace compris entre le pubis, l'ombilic et l'épine iliaque supérieure. La malade ressent une chaleur très-forte, et, de temps en temps, la région est le siége de douleurs lancinantes assez vives. La pression en masse est indolore; mais quand on presse, même légèrement, sur la tumeur, dans un point limité, une douleur assez vive se fait sentir. Le doigt, introduit dans le vagin, arrive facilement jusqu'au col, que l'on trouve incliné à droite. L'utérus, légèrement dévié à gauche, sur la tumeur, est mobile et parfaitement sain; les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas transmis à la tumeur. En portant le doigt profondément, à droite du col, on sent une tuméfaction dure et élastique, et en plaçant en même temps la main sur l'hypogastre, on peut imprimer quelques mouvements obscurs à la masse enflammée. La cuisse droite est engourdie et légèrement œdémateuse.

Diagnostic. — Tumeur phlegmoneuse sous-péritonéale de la région iliaque droite.

Prescription. — Frictions avec la pommade à l'iodure de plomb; ipéca, 1 gramme.

Le 25, la tumeur a diminué; elle est maintenant éloignée d'un centimètre environ de la ligne blanche; elle ne repousse plus aussi fortement les parois abdominales; la fièvre a disparu, mais les signes d'embarras gastrique persistent.

On continue les frictions; ipéca, 1 gramme.

Le 26, même état. Eau de Sedlitz.

Le 30, la tumeur est du volume du poing, elle est toujours dure, comme fixée à l'arcade crurale. L'appétit est revenu. Régime tonique.

Les jours suivants, la résolution marche très-rapidement.

8 *septembre*. La déviation de l'utérus a disparu; la tumeur n'est plus que de la grosseur d'un œuf de poule et située à peu près au milieu de l'arcade crurale, dont elle semble être détachée.

A partir de ce moment, la résolution fut plus lente; cependant elle s'opéra encore assez vite, puisque le 27 septembre, la tumeur était à peu près du volume d'une petite noix, et qu'elle diminua encore jusqu'au 30 septembre, époque où la malade sortit avec une santé excellente.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport. La tumeur est arrivée à un volume très-considérable, ce qui est très-rare dans les affections de cette nature; M. Grisolle, un de ceux qui se sont le plus occupés des phlegmons iliaques, dit que rarement ils atteignent le volume du poing d'un adulte; chez notre malade, le phlegmon est arrivé à un volume énorme, puisqu'il occupait tout l'espace compris entre l'ombilic, le pubis et l'épine iliaque antérieure et supérieure. La résolution s'est opérée dans l'espace de six semaines environ et a marché très-vite à partir du moment où la fièvre a disparu, sous l'influence d'un régime tonique et des frictions avec la pommade à l'iodure de plomb. Cette terminaison nous parut fort remarquable, vu l'étendue et le volume de la tumeur, que nous nous attendions, pendant les premiers jours, à voir suppurer. Elle avait déplacé l'utérus et fait croire à une inflammation de l'ovaire, mais il est bien évident, d'après les symptômes que nous a présentés la malade et d'après la manière dont la résolution s'est faite, puisque la tumeur est pour ainsi dire venue mourir au milieu de l'arcade crurale, que l'ovaire n'y était pour rien. Nous avons, en outre, constaté un signe que nous ne trouvons mentionnée nulle part, la déviation à gauche du corps de l'utérus; nous regrettons seulement de n'avoir examiné de nouveau la position de l'utérus que le 8 septembre, époque à laquelle la tumeur n'avait plus que le volume d'un œuf de poule.

L. Perret, *interne du service.*

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Devay.

Méningite cérébro-spinale. — Symptômes insidieux. — Mort.

Observation recueillie par M. Lucien Meynet, *chirurgien interne des Hôpitaux.*

Le 21 juillet 1853, la nommée Victoire Grand, âgée de 25 ans, domestique, née à Séchilienne (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu, salle des Quatrièmes-Femmes, n° 165.

Cette jeune femme, de taille moyenne, d'une constitution sèche et vigoureuse, d'un tempérament nerveux, est mariée depuis deux ans; elle a eu un enfant, il y a quatorze mois. Depuis cette époque, les règles n'ont pas reparu.

Pendant l'hiver, Victoire Grand a été prise à la cuisse droite de douleurs telles, que la marche est devenue impossible. Ces douleurs n'ont jamais cessé complétement jusqu'à ce jour.

A son entrée, elle accuse les symptômes suivants: douleur aux lombes, à la hanche droite et le long de la cuisse du même côté, crampes dans les membres inférieurs, céphalalgie légère; inappétence, langue blanche au centre, rouge à la pointe; ventre douloureux, ballonné; constipation depuis quatre jours; teinte légèrement ictérique de la face et des sclérotiques; pas de fièvre.

Interrogée sur les causes de sa maladie, Victoire G. ne peut donner aucun renseignement précis.

On diagnostique: Rhumatisme des enveloppes de la moelle (*spinitis*), embarras gastro-intestinal.

Prescription : Eau de Sedlitz.— Tis. de tilleul et feuilles d'oranger.
Potion calmante.— Cataplasme sur le ventre.

Le 23. On ajoute à la prescription trois pilules avec

Poudre de Dower. . .	0,05
Aconit	0,01
Résine de gaïac. . .	0,05

Le 24. Quatre des mêmes pilules. De plus, lavement avec infusion de séné, 15 grammes.

Le 27. La constipation dure toujours, les douleurs lombaires ont augmenté et remontent le long de la colonne dorsale.

Bain de vapeur.— Lavement avec miel de mercuriale.

Le 29. Tisane de tilleul et feuilles d'oranger.

Potion calmante avec aconit, 0,05.
Une douche sur le dos.

Le 2 août. Douleur et roideur tétanique tout le long de la colonne. Le tronc est renversé en arrière, comme dans l'opistothonos. Fièvre intense.

Potion avec infusion de tilleul et feuilles d'oranger.	100	grammes.
Teinture de castoreum.	2	—
Sirop d'éther.	30	—

Lavement avec infusion de valériane. 250 grammes.
Musc en poudre. 0,40

Le 4. La fièvre a cessé. La roideur de la colonne a diminué au point que la malade peut elle-même s'asseoir sur son lit.

Mêmes prescriptions.

Le 5. Application de deux ventouses scarifiées dans les gouttières dorso-lombaires.

Le 8. Deux nouvelles ventouses scarifiées sont placées à côté des premières.

Julep anti-spasmodique.— Tisane de tilleul et feuilles d'oranger.

Lavement avec miel de mercuriale.

Le 11. Sous l'influence des ventouses et de la déplétion sanguine qu'elles ont produite, la douleur lombaire a diminué; en revanche, douleur de tête très-forte, accompagnée de lourdeur et d'obtusion des sens, tels que la vue et l'ouïe. Prostration des forces.

Le 12. Les symptômes vont en croissant du côté de la tête; la face est rouge, vultueuse, les yeux saillants, le regard fixe; la malade ne remue la tête qu'avec peine et non sans accuser de vives douleurs. Le pouls est fort, vibrant, accéléré.

Potion avec infusion de tilleul et arnica.	100	grammes.
Teinture de castoreum. .	2	—
Sirop de valériane. . .	30	—

Tisane de tilleul et feuilles d'oranger.

Deux moxas, un à la nuque, l'autre aux lombes.

Le 13. Le moxa de la nuque a produit un excellent effet. La douleur de la tête a diminué en quelques heures, et ce matin le regard est plus naturel et la vue plus claire.

Même position.— Lavement avec serpentaire de Virginie.	300	gr.
Sulfate de quinine. .	0,30	
Extrait de valériane. .	4	gr.

Le 16. Quatre pilu. avec valérianate de quinine		
Assa-fœtida. . .	âā	0,05
Camphre. . . .		

Tisane de tilleul et feuilles d'oranger. — Julep anti-spasmodique.

Le 17. Mêmes prescrip. — Lav. avec infusion de valériane.	250	gr.
Quina en poudre. .	4	—
Sulfate de quinine. .	0,20	

Le 18. Demi-julep musqué de Fowler.

On suspend les pilules d'assa-fœtida.

Le 19. Délire la nuit. Céphalalgie tellement intense qu'elle arrache des cris à la malade. Pouls petit, irrégulier, filiforme. Langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre. Prostration. Coma-vigil.

Potion avec infusion de mélisse et tilleul.	100	grammes.
Teinture de cannelle. . . .	4	—
Extrait de quina.	2	—
Sirop d'éther.	30	—

Solution de sirop de groseilles pour boisson.

Lavement avec serpentaire de Virginie. . .	300	grammes.
Quina en poudre.	4	—
Valérianate de quinine. . . .	0,20	
Camphre.	1	gramme.

Le 21. La céphalalgie augmente; elle est surtout violente au front, peau chaude, baignée de sueurs, pouls irrégulier, dépressible, accéléré; sensibilité exagérée de la peau; secousses convulsives dans les membres; délire continuel; langue sèche, parcheminée, noirâtre; bégaiement, l'intelligence est conservée.

Six sangsues derrière chaque oreille. — Compresses d'éther et de vinaigre sur le front.

Potion avec infusion de mélisse et tilleul. . .	100	grammes.
Teinture de musc.	1	—
Sirop d'éther.	30	—

Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger.

Même lavement.

Le 24. Légère amélioration; la fièvre a diminué. La malade est un peu plus calme.

Le 25. Paralysie, résolution complète des membres. La malade remue les lèvres comme pour parler, mais sans pouvoir articuler un son.

Le 26. Hémorrhagie nasale très-abondante; face rouge, vultueuse; céphalalgie violente. Contracture des membres.

Deux vésicatoires aux cuisses.

Le 29. Coma profond. Paralysie des membres et de la vessie. Strabisme. Taies sur la cornée. Déformation des traits. Sueurs visqueuses sur la face.

Le 30. La malade meurt à six heures du matin.

Autopsie 27 heures après la mort.

Le canal rachidien étant mis à découvert dans toute l'étendue de la colonne vertébrale, et la boîte crânienne étant enlevée, la masse encéphalo-rachidienne recouverte de ses membranes, présente les phénomènes suivants :

La dure-mère crânienne est parfaitement saine.

La dure-mère rachidienne semble épaissie, mais sans changement de coloration.

L'arachnoïde opaque, épaissie, renferme dans sa cavité une assez grande quantité de liquide épais, albumineux, lactescent. Le tissu cellulaire sub-jacent à cette membrane est infiltré.

La pie-mère présente une injection d'un rouge vif très-remarquable à la face supérieure du cerveau, du cervelet, sur les faces latérales de ces organes et surtout dans toute la longueur de la tige médullaire, y compris le bulbe, mais beaucoup moins vive à la base du cerveau et sur l'isthme de l'encéphale. Cette membrane se sépare assez facilement du cerveau, qui a conservé sa consistance normale, mais elle entraîne avec elle de petits fragments de substance médullaire quand on veut la séparer de la moelle, qui dans presque toute son étendue, surtout au niveau des portions lombaire et dorsale, est ramollie, presque diffluente.

La substance cérébrale est injectée elle-même, piquetée de rouge dans son intérieur; les ventricules ne renferment que très-peu de sérosité; les plexus choroïdes gorgés de sang ont acquis une coloration lie de vin très-prononcée.

En résumé, injection de la pie-mère cérébrale et rachidienne; sécrétion albumineuse de l'arachnoïde et du tissu cellulaire sous-jacent; injection de la substance cérébrale et ramollissement de la moelle épinière, telles sont les altérations anatomiques trouvées sur notre malade.

Le lendemain même de la mort de Victoire Grand, une jeune femme de 27 ans, couchée au n° 147 de la salle, mourait de méningite tuberculeuse et de tubercules pulmonaires. Son autopsie a été faite également, et il ne sera pas sans intérêt de la mettre en regard de la précédente.

Tandis que, dans le premier cas, on découvrait une vive injection de la pie-mère, dans le second, cette membrane présentait le long de la grande commissure antéro-postérieure du cerveau, à quelques millimètres seulement de cette commissure et de chaque côté, logées dans les anfractuosités des circonvolutions, dans une étendue de quatre à cinq centimètres environ, de petites granulations blanchâtres, opaques, de forme allongée, aplatie, de consistance grenue, demi-dure,

non adhérentes aux parties sous-jacentes et qu'un examen attentif a fait reconnaître pour de la matière tuberculeuse. Quelques vaisseaux très-petits entouraient de leur réseau inflammatoire ces granulations. Du reste, le tissu cérébral parfaitement sain et de consistance normale, ne présentait, dans ce second cas, ni injection ni altération d'aucune sorte. Les autres membranes d'enveloppe étaient également intactes et ne participaient nullement à la maladie.

Ainsi, dans le premier cas, inflammation franche, générale, témoignée par une injection vasculaire et des désordres généraux; dans le second, lésion locale (quoique liée à une altération générale de l'économie, la diathèse tuberculeuse) témoignée par une production morbide isolée (sur le cerveau), à peine entourée d'un réseau capillaire.

Réflexions. — L'observation qu'on vient de lire, renferme plusieurs points sur lesquels il nous paraît utile d'insister.

En effet, le mode de développement, les symptômes, la marche, la durée de l'affection qui fait le sujet de ce travail, ont différé d'une manière remarquable, de la description qu'en ont donnée les auteurs.

Comment donc la maladie s'est-elle développée? quelle a été sa marche? Loin d'avoir eu une invasion brusque, foudroyante, comme l'a vu plusieurs fois M. le professeur Tourdes, dans l'épidémie de Strasbourg (1840-41), elle ne s'est pas même annoncée par des prodrômes bien caractérisés et qui pussent la faire immédiatement reconnaître, comme cela arrive dans la plupart des cas; au contraire, on la voit, succédant à une affection de nature rhumatismale, précédée pendant plusieurs mois de douleurs aux lombes, dans la hanche et le membre inférieur droits; plus tard et lors de l'entrée de la malade dans le service, on la voit, tenant toujours du rhumatisme et revêtant les symptômes de l'affection que Franck, Ludwig, et après eux Ollivier d'Angers, ont appelée congestion rachidienne; du reste presque masquée à cette époque par une maladie intercurrente, c'est-à-dire s'accompagnant, comme presque toutes les maladies observées dans les salles pendant la saison qui vient de s'écouler, de symptômes non équivoques d'embarras gastro-intestinal. Bornée à la région lombo-dorsale du rachis, on ne la voit que vers le trentième jour, envahir les parties plus élevées et gagner la tête; alors seulement la fièvre qui jusques-là a été à peine sensible, devient un élément important, et dès lors, sauf de légères rémittences, la maladie, sans abandonner tout à fait sa forme ataxique, marche d'un pas, pour ainsi dire, plus sûr et avec un caractère plus inflammatoire, vers sa terminaison.

Les auteurs ont noté comme un symptôme important, surtout parce qu'il pouvait donner le change sur l'intensité du mal, la petitesse du pouls; ici, au contraire, c'est lorsque la maladie avait atteint des proportions redoutables que le pouls s'est trouvé le plus fort et vibrant, ayant été pendant la première période presque normal.

Dans le plus grand nombre des cas, suivant M. Calmeil, la durée de la méningite cérébro-spinale peut être évaluée à dix jours; très-rarement on l'a vue se prolonger jusqu'au quarantième et même au cinquantième jour (M. Tourdes). Chez notre malade, elle a duré pres de soixante jours, à compter des premières douleurs lombaires qu'elle a ressenties, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Si maintenant nous osons tirer une conclusion de ce fait, nous dirons que la méningite cérébro-spinale ne se présente pas toujours pendant la vie avec des caractères bien tranchés; qu'elle peut se développer sans cause appréciable; suivre une marche lente, insidieuse et pour ainsi dire latente pendant une longue période de son évolution; que, par conséquent, son diagnostic est dans quelques cas difficile, obscur et longtemps incertain, et qu'enfin, à considérer ses caractères anatomiques, elle entraîne quelquefois avec elle l'inflammation de la substance cérébrale et médullaire, c'est-à-dire encéphalite et myélite.

Nous terminerons en disant que, dès le début, l'immense gravité de cette maladie avait été prévue; que sa marche ascensionnelle, si l'on ne parvenait pas à enrayer les désordres locaux du côté du rachis, avait été indiquée; aussi ne s'est-on point fait illusion, lorsqu'on a vu apparaître des symptômes ataxiques en apparence; ceux-ci ont été rattachés à la dissémination de l'affection sur l'ensemble du système nerveux.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi local de la vapeur de chloroforme contre les douleurs utérines,

Par M. S.-L. Hardy.

Les douleurs que le praticien anglais a surtout eu en vue de calmer par ce moyen sont celles que cause le cancer de l'utérus; souffrances atroces, torturantes, intolérables, que l'opium endort, sans doute, mais au prix d'une congestion cérébrale qui amène un état de torpeur et de céphalalgie presque aussi insupportable que le symptôme contre lequel il a été administré. Aussi accueillera-t-on avec empressement cette nouvelle tentative, faite pour substituer un agent local à un sédatif qui n'opère que par l'intermédiaire d'une perturbation grave infligée à tout l'organisme.

L'appareil dont se sert M. Hardy est assez simple: c'est un récipient métallique auquel on adapte, d'une part, un insufflateur en caoutchouc, de l'autre un tube terminé par une canule de la longueur et de la forme les plus propres à porter l'agent anesthésique sur les parties malades. Notre confrère irlandais recommande de ne placer dans le récipient qu'une éponge imprégnée de chloroforme, et non du chloroforme en nature. Sans cette précaution, on s'exposerait, lorsqu'on comprime ensuite l'insufflateur, à pousser sur les parties malades non-seulement de la vapeur, mais du chloroforme liquide, ce qui doit être évité.

On comprend qu'avec ce mode de propulsion le praticien demeure maître de varier la quantité de vapeur et sa force de projection, suivant les indications spéciales à chaque cas et suivant aussi les premiers effets qu'il voit être déterminés par l'action de ce remède. En général, les malades ressentent d'abord une chaleur plus ou moins forte, et dont elles supportent plus ou moins aisément l'impression assez pénible; mais elle cesse au bout de peu de minutes et fait immédiatement place à un état de bien-être produit par l'apaisement des souffrances qui existaient précédemment. La douleur se suspend en premier lieu dans les reins, puis dans la région du pubis.

Le calme produit par ce procédé dure plusieurs heures; la douleur ne revient ensuite qu'atténuée. Toutes les malades chez lesquelles il a été mis en usage l'ont préféré à l'administration de l'opium, et comme il ne fatigue ni les organes digestifs ni le système nerveux, on reste libre d'en recommencer l'application aussi souvent que l'indication s'en renouvelle.

Du reste, la dysménorrhée, les douleurs utérines qui succèdent parfois à l'avortement sont également soulagées par cette douche anesthésique. M. Hardy cite plusieurs cas où il a suffi d'une douzaine de jets de vapeur (dans la même séance), pour amener la sédation vainement demandée auparavant à d'autres médications. (*Dublin Quarterly Journal,* nov. 1853, et *Gaz. hebd.*)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Du sulfate acide de soude et de l'acide tartrique dans la préparation extemporanée des eaux gazeuses,

Par M. Dorvault.

Quand le prix d'un produit dépasse une certaine limite, c'est le fait ordinaire qu'on lui cherche un succédané.

Le prix de l'acide tartrique a plus que doublé en quelques mois et menace de s'élever encore. C'est bien le cas de chercher si un autre produit ne pourrait pas le remplacer dans quelques-uns de ses usages.

Tel est le but de cette note.

Deux causes ont concouru à l'élévation du prix de l'acide tartrique. C'est d'abord l'énorme consommation qu'on en fait aujourd'hui, dans l'art de la teinture et dans les ménages, à la préparation des boissons gazeuses à l'aide des divers appareils gazateurs.

C'est ensuite la pauvrete des deux dernières récoltes de vin, d'où manque de tartre.

Pour la préparation extemporanée des boissons gazeuses à l'aide des appareils précités, où sa consommation va chaque année en augmentant, une substitution à l'acide tartrique nous semble facile et aura lieu indubitablement d'ici à quelque temps. La proposition que nous faisons aujourd'hui devra y contribuer beaucoup.

Si l'acide sulfurique n'était pas incommode dans sa forme ni dangereux dans son maniement, en raison de son bas prix il résoudrait parfaitement la question. Ces deux inconvénients doivent le faire rejeter. Mais si, au lieu de le prendre avec ses qualités physiques ordinaires, on le solidifie en quelque sorte en l'unissant à un sel approprié, on se rapproche, on doit même atteindre le but cherché.

Aussi l'emploi des bisulfates alcalins a-t-il déjà été proposé à cet effet ; mais il a été fait en temps moins opportun qu'aujourd'hui, peut-être aussi avec trop peu d'insistance, et enfin les bisulfates proposés peut-être n'étaient-ils pas exempts de défauts : aussi la proposition a-t-elle eu peu d'écho.

Le bisulfate de potasse a d'abord été présenté. Il a l'inconvénient d'être déliquescent ; sa préparation offre quelque difficulté.

Le bisulfate d'alumine, qui est venu ensuite, a l'inconvénient, en présence du bicarbonate de soude, de laisser dégager son alumine et d'empêcher ainsi le libre dégagement du gaz carbonique.

Le bisulfate de chaux, auquel on aurait pu penser, se forme mal, et il donne un abondant précipité qui salit les appareils. Autrement ce sel s'obtient et à bas prix.

On n'a point encore essayé, que nous sachions, le sulfate de soude addidionné d'acide sulfurique. Nous avons tenté quelques recherches dans cette direction, et nous sommes arrivé à des résultats satisfaisants. Ainsi nous avons reconnu que l'acide sulfurique s'unit au sulfate de soude avec une remarquable facilité et dans une proportion considérable (jusqu'à 100 pour cent et plus). L'opération est prompte et le produit se coule en plaques solides semi-opaques, convenablement friables et non déliquescentes, si ce n'est dans un air chargé d'humidité.

Voici, du reste, comment on opère. On prend :

Sulfate de soude cristallisé.....	1,000 part.
Acide sulfurique à 66 degrés.....	550 —

On introduit le tout dans une marmite de fonte émaillée, et l'on fait chauffer jusqu'à ce qu'une petite quantité de la matière jetée sur un corps froid se prenne en masse par le refroidissement ; alors on coule sur des plaques en faïence, on laisse refroidir, et l'on conserve pour l'usage.

En raison de la légère déliquescence de ce produit, il faut le conserver dans des pots ou flacons bouchés. Dans cet état, il se conserve sans altération aucune.

Il est donc bon pour l'usage auquel nous le destinons, la préparation des eaux gazeuses à l'aide des appareils gazogènes, de ne point le délivrer autrement que dans des vases fermés et en poudre grossière, ainsi que cela se pratique généralement aujourd'hui pour l'acide tartrique, et non point en paquets dans du papier. De petites mesures de plomb, de terre ou de verre de grandeurs différentes, suivant la dimension des appareils, serviront à mesurer les doses voulues.

Ainsi que nous l'avons dit, l'acide sulfurique s'unit au sulfate de soude en toutes proportions, les produits qui en résultent se ressemblent tous au point de vue des propriétés physiques ; mais les proportions auxquelles nous nous sommes arrêté sont telles qu'un poids donné de ce nouveau produit peut décomposer un poids égal de bicarbonate de soude.

Outre l'avantage que présente un tel composé, ou mieux un tel mélange, car il ne s'agit pas ici d'un sel défini, il en est un autre non moins important, c'est sa solubilité dans l'eau, qui est, à très-peu de chose près, celle de l'acide tartrique, de manière que l'emploi de ce produit ne diffère en rien de celui de cet acide. Ainsi même innocuité dans le maniement, même temps dans la production du gaz, même fixité dans la nature des produits.

Le bas prix auquel on peut le livrer a aussi son importance et mérite d'être pris en grande considération, car moins un produit est cher, plus sa consommation augmente. Or, avec le sulfate acide de soude, on pourra diminuer de moitié le prix de revient des eaux gazeuses. Il est possible, en effet, de le livrer aux pharmaciens à moins de 1 franc le kilogramme.

Des considérations qui précèdent nous concluons :

Que le sulfate acide de soude peut être substitué à l'acide tartrique dans la préparation des eaux gazeuses à l'aide des appareils gazogènes ;

Que ce produit présente les mêmes avantages que l'acide tartrique ; de plus, qu'en raison de son prix beaucoup moins élevé, il est appelé à le remplacer complétement et à augmenter encore la consommation des eaux gazeuses, dont l'usage intéresse à la fois la thérapeutique et l'hygiène. (*Répert. de Pharm.*)

Note sur la présence du nickel et du cobalt dans quelques eaux ferrugineuses, et procédé pour les isoler,

Par M. Ossian Henry, *membre de l'Académie impériale de médecine et chef de ses travaux chimiques,* etc.

Un pharmacien de Valence, département de la Drôme, M. Mazade, a fait connaître à l'Académie de médecine et à l'Institut, la découverte qu'il avait faite dans les eaux ferrugineuses de Neyrac (Ardèche) et dans leur dépôt ocracé, de plusieurs substances jusqu'alors inconnues dans les eaux minérales. Parmi les principales, il a cité l'*oxyde de titane,* la *zircône,* le *cobalt* et le *nickel.*

J'ai été chargé par l'Académie de médecine de contrôler les faits annoncés par M. Mazade, et j'ai traité en conséquence dans ce but, soit l'eau minérale elle-même, expédiée en grande quantité ou les dépôts ocracés qu'elle fournit. Le résultat des expériences que j'ai lues à l'Académie de médecine, a pleinement confirmé la présence surtout du nickel, du cobalt et de l'oxyde de titane, puis celle de la zircône d'une manière un peu moins apparente. J'ai cru devoir, à cette occasion, adresser à M. Mazade des félicitations d'avoir pu découvrir le premier des principes qu'aucune prévision ne paraissait lui avoir fait soupçonner, et qui pour leur extraction exigent des soins à la fois minutieux et *difficiles ;* j'ai ajouté alors que notre tâche était bien moins difficile, puisque nous cherchions quelque chose déjà indiqué.

Ce travail m'a conduit à penser qu'en raison de la concomitance si fréquente de certains corps, il en serait peut-être, pour le nickel et le cobalt, par rapport au fer, ce qui en est pour l'arsenic par exemple. On sait aujourd'hui, en effet, que la présence des uns peut faire soupçonner celle d'autres voisins, et qu'alors leur recherche devient plus aisée.

Pour le nickel et le cobalt, j'ai cherché alors un procédé qui permît de les obtenir d'une manière non douteuse. Je vais le décrire tel que je l'ai suivi, en mettant en usage d'abord un mélange fait à l'avance de *protosulfate de fer* pur additionné de très-légères proportions de *nitrates de cobalt et de nickel.* Je dois dire, avant d'aller plus loin, que je me suis assuré, par des *essais à part* sur du *sesquioxyde de fer hydraté* et sur des oxydes *hydratés aussi de nichel et de cobalt,* que l'eau pure chargée d'acide carbonique dans l'appareil Briet, ne dissout pas le premier de ces oxydes, mais se charge très-aisément des deux autres ; que les carbonates de chaux et de magnésie sont plus ou moins dissous aussi, et qu'il en est de même pour les carbonates de baryte et de strontiane récemment précipités. Cela établi, j'ai ajouté dans la solution de sulfate ferreux uni aux composés de nickel et de cobalt, un excès sensible de carbonate de soude purifié. Le dépôt bien formé a été soumis à l'action prolongée de l'air en l'agitant vivement dans une bouteille jusqu'à ce qu'il eût

acquis une couleur complète *ocracée* ou *rouille;* lavé convenablement alors avec l'eau distillée, il a été traité dans un flacon par une assez grande proportion d'*eau carbonique*. Le liquide filtré fut additionné d'un léger excès d'acide sulfhydrique ou même de sulfhydrate de soude, et bientôt il s'est fait un trouble d'abord grisâtre, puis noir, qui au bout de quelques jours s'était réuni en un précipité au fond du vase après des agitations répétées.

C'est dans ce précipité que se trouvent le nickel et le colbalt à l'état de sulfures; après l'avoir rassemblé dans une capsule, on l'a lavé avec soin et soumis à l'action de l'eau régale. La dissolution opérée, j'ai évaporé presque à siccité, repris par l'eau pour séparer des fragments de soufre, puis concentré à sec afin de chasser le plus possible l'excès d'acide. Dans cet état, dissous de nouveau dans l'eau, nous avons ajouté du carbonate de soude pur, pour transformer les métaux en carbonates et ensuite par l'acide oxalique en oxalates d'après le mode de Laugier, qui certes ici est un des plus avantageux. Les oxalates de nickel et de cobalt sont à peine solubles, si les liqueurs se trouvent *peu acides* (dans le cas contraire, on les sature avec un peu de bicarbonate de potasse ou de soude); ces oxalates recueillis, on les additionne d'un bon excès d'ammoniaque, on filtre et l'on abandonne à une évaporation spontanée dans un air chaud. Comme on le sait, l'oxalate ammoniaco de nickel se sépare en poudre d'un vert pomme sale en perdant l'ammoniaque en excès, puis il reste en dernier lieu le sel double de cobalt qui constitue la liqueur *rosée ou rougeâtre,* si le métal est en proportion un peu notable.

Afin de compléter l'opération, je décompose chacun de ces oxalates à part au moyen du carbonate alcalin et à l'aide de la chaleur, puis je traite chaque précipité obtenu avec le borax, et je lui fais subir une très-forte calcination ou fusion. Le nickel fournit un verre de couleur verdâtre sale, et celui du cobalt est tantôt *bleu,* ou *violet*, tantôt seulement *rosé*, surtout s'il y reste une trace de fer.

Dans le but d'appliquer ce mode à la recherche du nickel et du cobalt des eaux ferrugineuses naturelles ou de leurs dépôts ocracés, on s'y prend de la manière suivante :

Dans une grande quantité d'eau minérale, on ajoute un léger excès de carbonate de soude, et on laisse former le dépôt à *l'air pour peroxyder complétement le fer;* on prend alors ce dépôt ou ceux qu'on a recueillis dans les bassins des sources.

On traite par l'acide chlorhydrique pur lesdits dépôts, et l'on élimine, par une évaporation convenable, l'*oxyde de titane et la zircône*, s'ils y existent, ainsi que le sable ou la silice en très-grande partie. La solution étendue renferme principalement l'*alumine,* la *chaux*, la *magnésie*, le *fer*, le *manganèse* et les *métaux nickel* et *cobalt* dont nous parlons ici.

On additionne de nouveau la solution de carbonate de soude, afin d'obtenir un dépôt qu'on agite longtemps à l'air dans une grande quantité d'eau. Une fois lavé et bien peroxydé, on le met quelque temps en contact avec de l'eau distillée chargée d'acide carbonique qui ne dissout sensiblement que les carbonates terreux et ceux de nickel et de cobalt. On filtre, on fait passer un courant d'acide sulfhydrique pur, ou bien on ajoute du sulfhydrate de soude.

Les *précipités noirs* ou *noirâtres* de *sulfures niccolique et cobaltique* se manifestent souvent très-lentement, lorsque ces métaux existent en quantités minimes; ils apparaissent avec une teinte grisâtre sale qui se développe bientôt dans le liquide. Après un certain laps de temps, on recueille avec soin les précipités qui sont lavés par un peu d'eau carbonique, puis on les traite au moyen de l'eau régale. On se conforme alors à ce qui a été indiqué tout à l'heure pour le mélange fait artificiellement, et je ne le répéterai pas.

En suivant cette méthode, j'ai pu reconnaître, dans un assez bon nombre de dépôts ocracés fournis par des sources minérales, la présence plus ou moins manifeste du *nickel* et du *cobalt*, l'un souvent plus apparent que l'autre; je crois que ces éléments, découverts pour la première fois par M. Mazade dans les sources minérales, se rencontreront assez souvent à côté du fer et du manganèse. Cette présomption me conduit à redire de nouveau qu'il y a, dans les produits de la nature, certaines concomitances très-fréquentes, d'après lesquelles la présence d'un élément signalé fait souvent prévoir celle de tel ou tel autre. On en connaît déjà de nombreux exemples, soit dans l'arsenic et le manganèse par rapport au fer, soit dans l'iode et le brome vis-à-vis du chlorure de sodium, ou bien dans les sulfates de chaux, de soude et de magnésie, ainsi que dans le carbonate de chaux constamment associé en plus ou moins grande proportion à celui de magnésie, etc.

Solubilité du deuto-iodure de mercure dans l'huile de foie de morue.

Par M. Barnes.

L'auteur a reconnu que le deuto-iodure de mercure était soluble dans l'huile de foie de morue.

Ces deux médicaments étant souvent ordonnés en même temps, MM. les médecins pourront facilement les faire administrer ensemble lorsqu'ils le jugeront convenable.

La solution se fait rapidement à la température ordinaire à la proportion de 0^{gr},025 par 30 grammes en broyant le deuto-iodure dans un mortier avec une petite portion d'huile; on ajoute le reste et on agite dans une bouteille pendant quelques instants.

A 50 degrés 30 grammes d'huile peuvent dissoudre 0^{gr},10 de deuto-iodure.

L'huile d'amandes douces, l'huile de ricin, le chloroforme, l'esprit de bois et l'axonge fondue dissolvent, suivant l'auteur, le deuto-iodure avec la même facilité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — Les oscillations qui ont eu lieu depuis plusieurs jours, semblent devoir se terminer par une diminution soutenue dans la fréquence de l'épidémie. Depuis deux jours, il n'est entré que trois malades dans les services spéciaux établis à l'Hôtel-Dieu. En ville, le nombre des cas semble être très-petit.

— La nécessité de la séparation de l'enseignement donné par les écoles supérieures de pharmacie et par la Faculté de médecine, surtout bien démontrée par le travail d'une célèbre commission dont M. Milne-Edwards fut le rapporteur, va amener dans l'École de Paris la démission de M. Soubeiran, nommé à la chaire de pharmacologie de la Faculté. Déjà les aspirants à la succession (chaire de physique) laissée par M. Soubeiran sont en démarches. On peut assurer que ceux-ci seront nombreux, attendu le grand nombre de sujets distingués qui se consacrent spécialement à la chimie, et aussi, parce que les prérogatives et le traitement sont presque les mêmes pour les deux ordres de professeurs.

On sait que depuis la réorganisation des écoles de pharmacie, les grades exigés des candidats sont : pour les deux ordres de professeurs, diplôme de *pharmacien de 1re classe*, et, en outre, le diplôme de *docteur ès-sciences* pour les professeurs titulaires, et celui de *licencié ès-sciences* pour les professeurs adjoints.

A en juger par les derniers choix qu'a faits l'École de pharmacie, on peut assurer, sans se donner pour prophète, que cette fois encore elle ne se préoccupera que de reconnaître, parmi les compétiteurs, ceux qui, par leur nom et leurs travaux, pourront le mieux soutenir sa réputation. En cherchant à remplir le grand vide laissé par M. Soubeiran, elle s'occupera donc d'abord d'elle-même.

— La Société de médecine de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1854. Ont été élus :

Président, M. Brierre de Boismont; vice-président, M. Géry; secrétaire général, M. Boys de Loury; secrétaires des séances, MM. Piétra-Santa et Guibout; trésorier, M. Jacquemin; membres du conseil, MM. Requin et Camus.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 156. 1re année. Jeudi 29 Décembre 1853.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** Séance de l'Académie de médecine. — Remarques sur la ligature de la sous-clavière entre les scalènes, et sur les anomalies osseuses de la région sus-claviculaire, par M. Chassaignac. — Expériences et observations sur un décapité, par J. Henle. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — CORRESPONDANCE :** Absorption des cartilages du nez, par M. Harreaux. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES. — FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 28 *Décembre* 1853.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier deux lectures du plus grand intérêt : l'une, d'un rapport de M. Bouchardat, l'autre d'un mémoire de M. L. Corvisart, qui renferme des expériences physiologiques qu'on peut ranger sans hésiter, au nombre des plus intéressantes qui aient été faites depuis longtemps. Nous n'insisterons pas longuement sur ce travail qui, outre son grand intérêt physiologique, promet d'être trop fécond en applications pratiques pour que nous ne le mettions pas textuellement sous les yeux de nos lecteurs.

Quant au rapport de M. Bouchardat, tout en nous associant aux remarques éminemment judicieuses de M. Depaul, qui a rappelé à l'Académie que le meilleur moyen de reconnaître une bonne nourrice, c'est de s'informer de sa santé actuelle et passée, ainsi que de celle de ses nourrissons, qui a, en un mot, proclamé la supériorité de l'observation clinique sur les expériences chimiques ou microscopiques qu'on voudrait lui substituer, tout en nous associant à ces remarques, essentiellement justes et non moins importantes au point de vue pratique, nous n'en applaudirons pas moins aux encouragements que M. Bouchardat a donnés à un jeune expérimentateur, qui paraît animé d'un grand zèle scientifique. Si nous sommes très-peu disposé à accorder aux recherches de chimie organique, une valeur exagérée, nous sommes plus loin encore de regarder ces recherches comme toujours stériles. Il nous semble au contraire, comme très-possible, qu'elles conduisent quelque jour à des résultats aussi importants qu'imprévus, car nous sommes de ceux qui croient que toutes les sciences s'enchaînent et s'entr'aident, et que toute vérité démontrée finit tôt ou tard par avoir des applications utiles.

Mais, précisément parce que telle est notre opinion, nous ne nous contentons pas habituellement d'adresser nos éloges aux expérimentateurs zélés; nous leur donnons

FEUILLETON.

Coup d'œil sur la chirurgie dans les hôpitaux français, en 1750,

Par JOHN HARRISON, *chirurgien et l'un des fondateurs de London-Hospital.*

Nos idées sur les institutions scientifiques ne nous portent nullement à exciter les rivalités nationales; nous croyons, au contraire, que s'il y a une république universelle possible et même nécessaire, c'est celle des lettres et des sciences; la science est avant tout, pour nous, cosmopolite, et nous croyons que les établissements scientifiques doivent dispenser leurs richesses aux citoyens de toutes les nations. Ce n'est donc point comme récrimination contre ce qui vient d'être fait (d'ailleurs exceptionnellement) contre M. Deville, que nous publions le curieux fragment qu'on va lire, mais uniquement pour mettre sous les yeux de tous les hommes éclairés un document historique qui montrera que la France a, depuis longtemps, donné l'exemple d'une libéralité qui devrait et qui aurait toujours dû être l'apanage de tous les pays.

Les lignes suivantes sont extraites d'un opuscule publié à Londres en 1750, sans nom d'auteur; mais l'anonyme n'a pu être conservé longtemps, et la Faculté de Paris fut promptement informée que ledit auteur n'était autre que Harrison, chirurgien de l'hôpital de Londres, qui, ainsi qu'on le voit, avait de bonnes raisons pour professer que la chirurgie était mieux enseignée à Londres qu'à Paris, et pour empêcher les étudiants anglais d'aller puiser leur instruction au delà du détroit. L'opuscule en question, dont la traduction se trouve à la bibliothèque de la Faculté, case X, nos 3 *bis*, 1 *bis*, est intitulé : *A short comparative view on the practice of surgery in the french hospitals : with some remarqs on the study of anatomy and midwifery. The whole endeavouring to prove that the advantages to students, in these professions, are greater at London, that at Paris,* etc. (London, printed for Jacob Robinson, at the Golden-Lion, in Ludgate-Street, MDCCL) (price : on shilling).

Dans l'Hôtel-Dieu, les salles sont vastes, bien proportionnées, mais la foule des lits qui les remplissent est cause que je n'en puis donner une

aussi le conseil d'être sévères dans leurs observations, rigoureux dans leurs expériences. Sous ce rapport, nos conseils ne seront pas inutiles à M. Mouriès.

Non-seulement les observations de M. Depaul sont fondées, relativement à la prééminence de l'observation clinique, mais elles sont fondées aussi en ce qui concerne le peu de rigueur des faits invoqués par M. Mouriès, à l'appui de ses recherches expérimentales.

En effet, M. Mouriès veut établir que le lait des nourrices des villes est moins riche en phosphate de chaux que celui des nourrices de la campagne. Mais dans quelles conditions se trouvaient les nourrices des villes dont les observations ont été fournies à M. Mouriès? Quelle était leur santé? quelle était leur nourriture, leur habitation, etc.? Sur ces questions essentielles, les observations communiquées à M. Mouriès nous laissent dans un doute complet. Or, ainsi que l'a rappelé M. Depaul, avec tant de raison, l'expérience clinique a prouvé que, non-seulement les nourrices des villes, dans de bonnes conditions, étaient d'excellentes nourrices, mais encore que des nourrices qui sont très-médiocres à la campagne, deviennent excellentes lorsqu'elles viennent habiter Paris, et s'y nourrir d'une alimentation plus succulente. Si donc l'analyse chimique avait démontré que c'est le lait de telles nourrices qui contient peu de phosphate de chaux, ce qu'il faudrait nécessairement conclure, c'est que ce sel n'a nullement l'importance que M. Mouriès est disposé à lui attribuer; car l'observation clinique, pour nous, comme pour tous les bons esprits, est souveraine et ne peut avoir tort.

Mais s'il était démontré que c'est dans les cas où les nourrices font de mauvais nourrissons que leur lait contient moins de phosphate, alors les recherches de M. Mouriès auraient conduit à la découverte d'un fait intéressant et qui pourrait avoir des conséquences pratiques fécondes.

De ces considérations, qu'il serait facile d'étendre, il résulte que M. Bouchardat a été bien inspiré en encourageant M. Mouriès dans ses laborieuses recherches, mais que ce jeune expérimentateur, ainsi que nous avons eu occasion de le dire, à propos d'un travail récent présenté par lui à l'Académie des sciences, doit s'habituer à mettre la rigueur de ses méthodes d'exploration, au niveau de son zèle scientifique.

H. DE CASTELNAU.

Remarques sur la ligature de la sous-clavière entre les scalènes, et sur les anomalies osseuses de la région sus-claviculaire,

Par M. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Les études que je soumets aux chirurgiens étant empruntées à la rédaction des leçons de médecine opératoire que j'ai faites, pendant une dizaine d'années à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, je ne puis me dispenser de donner le sens de certaines expressions qui, pour avoir pris leur origine dans les habitudes de l'enseignement, ne laissent pas que d'avoir une certaine utilité, même dans la pratique.

Je dois donc dire que pour ne pas surcharger de trop de détails à la fois, l'esprit du chirurgien qui va faire une opération, j'avais ramené à quelques points de repère les seules circonstances dont le souvenir lui soit indispensable au moment de l'exécution des procédés.

Dans cette exécution, le chirurgien a souvent besoin de se livrer à une *exploration opératoire* sur la région qui sera le théâtre de l'opération; il se guide dans ses manœuvres sur des *données* fournies par l'observation; il varie successivement les *attitudes* de la partie sur laquelle il opère, suivant qu'on fait l'incision ou qu'on recherche directement le vaisseau. Enfin des circonstances insolites ou inattendues peuvent se présenter et constituent ce que l'on peut appeler des *complications*.

Ces quelques mots d'explication suffiront sans doute et nous permettent d'aborder directement la description de la ligature de la sous-clavière, entre les scalènes.

1° *Exploration préparatoire.* — Elle consiste à reconnaître, à travers la peau, le trajet de la veine jugulaire externe, qui présente des indications individuelles très-nombreuses et qui mettent dans la nécessité d'étudier, pour chaque cas particulier, la disposition à laquelle on a affaire; autrement on serait exposé à diviser, dès le premier coup de bistouri, cette veine qu'on doit ménager avec un soin extrême. — Afin de rendre appréciable le trajet de cette veine, il faut, au moyen du doigt index couché en travers, exercer, afin de gonfler la veine, une compression à la partie latérale inférieure du col.

Donnée anatomique. — L'artère est située entre les deux scalènes en avant et en dedans du scalène postérieur, en arrière et en dehors du scalène antérieur. Ce dernier muscle s'insère au tubercule de la première côte. La veine axillaire est placée au-devant du scalène antérieur, les cordons nerveux sont situés au-dessus dans l'intervalle des scalènes. En sortant des scalènes, l'artère est située sur la première côte, dans la gouttière que lui présente cet os.

Donnée physiologique. — Les battements de l'artère ne peuvent fournir aucune indication, car le toucher ne les fait pas

---

description exacte. Cet hôpital contient ordinairement quatre mille malades, qui sont bien nourris et entretenus proprement. On met jusqu'à dix enfants dans le même lit, mais jamais plus de quatre grandes personnes, ordinairement moins (1).

Les chirurgiens pansent leurs malades deux fois par jour, à cinq heures du matin et à trois l'après-midi. Les étudiants ont la liberté de visiter toutes les salles, excepté celles des femmes en couche. Ils en avaient la permission autrefois, mais les inconvénients qui en sont survenus leur en a fait interdire l'entrée.

La Charité est le plus propre de tous les hôpitaux que j'aie vus ici. Il n'y a pas plus de mauvaise odeur que dans une maison bourgeoise. Il peut contenir environ cent cinquante malades. Il n'y a que des hommes qui sont soignés par des ecclésiastiques. Jusqu'à l'apothicaire, à tous ceux qui rendent les moindres services, tous sont ecclésiastiques. Le parquet est arrondi au milieu et plat sur les côtés. Le tout divisé en cinq salles, sur le même étage. Chaque salle est ornée de très-belles peintures. Les salles sont fort élevées. La plus large peut avoir cent quatre-vingts pieds sur trente-six de large.

Le pansement est à sept heures du matin et à trois de l'après-midi.

Le nombre des blessés est fixé à trente-deux. Le reste est de malades ordinaires que l'on visite tous les matins.

Avant de parler de l'état de la chirurgie, il ne sera pas mal à propos de dire quelques mots de la pratique de la médecine dans ce pays, qui consiste presque toute en saignées, lavements et tisanes. Quelles que soient les maladies, ils ne varient guères leurs ordonnances; mais ils vont toujours répétant : *Iterum atque iterum* jusqu'à ce que la mort s'ensuive, *vel natura evincit morbum.* Ils font surtout grand état de leur tisane. En voici la composition :

R. hordei confricti et lotis ζ ij.
Rad. graminis purgat. et obtrit. ζ ß.
Coque in aqu. commun. q. s. ad lb. VIII.
Sub finem coctionis ad.
Rad. glyr. contusæ ζ ls, quâ subjectâ.
Statim remove ab igne.
Cola pro usu.

(1) On sait que ces faits sont malheureusement vrais et qu'ils l'étaient encore en très-grande partie lors du fameux rapport fait à la Convention. Mais le progrès ne peut se faire en un seul jour, et d'ailleurs l'état des hôpitaux de Londres n'était pas à cette époque bien supérieur à celui des nôtres. L'auteur fait d'ailleurs, un peu plus bas, un éloge mérité de la tenue de l'hôpital de la Charité.

(*N. du R. en ch.*)

percevoir, l'artère étant placée à une trop grande profondeur. Mais si l'on fait tourner la face du côté opposé à celui sur lequel on veut pratiquer l'opération, et si, en même temps, on incline la tête sur ce côté en la rejetant un peu en arrière, on aperçoit très-bien le triangle sus-cleviculaire, ayant sa base tournée en bas et formée par la clavicule, le côté interne limité par le bord externe du sterno-mastoïdien, le côté externe par le bord du muscle trapèze, le sommet du triangle est formé par la réunion de ces deux derniers muscles ; c'est dans la base de ce triangle que l'artère devra être cherchée.

Donnée conventionnelle. — Une ligne qui, partant du bord postérieur du sterno-mastoïdien, viendrait aboutir au bord du trapèze, en suivant la clavicule à six lignes au-dessus du bord de celle-ci, donne le trajet que devra suivre l'instrument tranchant pour arriver à l'artère.

Attitude d'incision. — Le bras et l'épaule doivent être fortement abaissés et la tête renversée en arrière et du côté opposé à l'opération. Le malade couché, les épaules un peu élevées sur un plan solide, doit avoir le sommet de la tête dirigé du côté du jour, de manière à ce que la lumière plonge derrière et au-dessous de la clavicule.

L'opérateur se place du même côté que celui sur lequel l'opération doit être faite. Plusieurs procédés ont été proposés pour cette ligature; voici celui que nous préférons : c'est dans des opérations de ce genre que l'on doit appliquer, dans toute sa rigueur, le principe qui consiste à faire, de chaque temps du procédé, une opération distincte.

Dans le premier temps, on fait une incision au bord postérieur de la clavicule, suivant la direction indiquée. Cette première incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ; puis on divise un fascia cervical superficiel très-mince, et enfin le muscle peaucier dont on coupe les fibres perpendiculairement à leur longueur. Les filets nerveux du plexus cervical superficiel, qui passent au-devant de la clavule, pour se répandre aux téguments de la région mammaire, ne peuvent être épargnés.

Dans un second temps de l'opération, on ouvre sur la sonde cannelée l'aponévrose cervicale profonde, et l'on a mis à découvert le tissu cellulaire graisseux qui enveloppe les vaisseaux, ainsi qu'une plus ou moins grande quantité de ganglions lymphatiques.

Attitude de recherches. — Après l'exécution de ces manœuvres préliminaires, on procède à la recherche du vaisseau. Pour cela, il faut ramener la face dans la rectitude, et incliner légèrement la tête du côté sur lequel on opère. L'épaule peut aussi être portée en avant ; c'est alors que l'on doit mettre de côté l'instrument tranchant et faire pénétrer la sonde cannelée, pour diviser les couches celluleuses. On porte le doigt dans l'angle interne de la plaie, afin de reconnaître la situation de la première côte, et autant que possible celle du tubercule d'insertion du scalène antérieur. On trouve d'abord la veine, ordinairement très-tuméfiée et recouvrant totalement l'artère. C'est ici le cas de se rappeler cette formule que nous avons souvent développée dans l'enseignement de la médecine opératoire, à savoir : que les changements de volume équivalent à des changements de position. On engage le malade à faire de larges inspirations ; on détache doucement le bord de la veine et on la fait retenir en dedans, au moyen d'un crochet mousse; on reporte alors l'indicateur sur la face du scalène antérieur, et on suit le muscle en descendant jusqu'à son insertion au tubercule de la première côte. Comme l'artère est invariablement située au côté externe de ce tubercule, on n'a plus qu'à incliner la pulpe du doigt, pour presser directement sur le vaisseau. On porte ensuite une aiguille de Deschamps et on tâche de la passer au-dessous de l'artère. Je considère comme indispensable l'emploi des aiguilles courbes dans les cas de ce genre, car le tiraillement de l'artère, quand on néglige ce précepte, peut déchirer les tuniques internes au-dessus du point lié, et préparer ainsi un nouvel anévrisme ; c'est ce qui a pu arriver, surtout chez des sujets à artères friables et qui ont présenté successivement des anévrismes au-dessus du point sur lequel on avait appliqué la ligature.

Complications. — Plusieurs *difficultés,* quelquefois très-embarrassantes, peuvent se présenter dans l'exécution de cette ligature. D'abord, il est important de se rappeler que le sterno-mastoïdien peut avoir, sur la clavicule, une insertion plus large que d'habitude, et il en est de même pour la portion claviculaire du trapèze, en sorte qu'il peut ne rester qu'un pouce et moins encore entre les bords de ces deux muscles. Il faut, dans ce cas, avant de procéder à l'incision de l'aponévrose profonde, diviser avec le bistouri boutonné, et, contre la clavicule, la portion claviculaire du sterno-mastoïdien. Si les bords des deux muscles étaient au contact, il faudrait en faire de même pour le trapèze. Cette disposition anatomique s'est rencontrée plusieurs fois dans nos cours.

La direction de la jugulaire externe peut donner lieu à quelques difficultés, indépendamment des inconvénients qui résultent de sa situation superficielle. Suivant que cette veine est plus ou moins rapprochée du bord postérieur du sterno-mastoïdien, les conditions opératoires diffèrent. Quand elle se trouve à un pouce et demi ou deux pouces du bord postérieur de ce muscle, elle laisse entre elle et ce dernier un intervalle bien suffisant pour la manœuvre de l'opération ; mais si elle est très-rapprochée du bord de ce muscle, on est effrayé à la pensée de rechercher, à travers un intervalle si étroit, une artère si profondément située. La première idée qui se présente est d'arriver à l'artère par le côté externe et postérieur de la veine jugulaire, par conséquent en refoulant celle-ci vers la ligne médiane ; mais bientôt on re-

---

De graves auteurs ont dit que plus la pratique était simple, meilleure elle était. Dans ce cas, les médecins français ont atteint le degré de perfection, jusque-là même que dans les cas de langueur ils ne se servent presque pas de cordiaux, mais s'attachent comme des charlatans aux spécifiques que je viens de nommer (1).

On répète, en Angleterre, parmi le peuple, et on le dit quelquefois parmi les savants, qu'on ne peut pas être bon chirurgien ni accoucheur sans avoir fait un tour à Paris. Il y a quelques années que cette opinion était presque universelle. Elle le serait peut-être encore sans les découvertes et les succès de M. Cheselden et de M. Fern, son contemporain. M. Sharp et plusieurs autres les ont égalés, et cependant, en dépit de nos magnifiques hôpitaux de *Guy* et de *Saint-Thomas,* les gens du monde, en Angleterre, préfèrent dans un chirurgien une éducation étrangère. Je l'ai observé plusieurs fois. J'ai même vu des chirurgiens s'absenter pour trois mois du lieu de leur naissance, répandre le bruit qu'ils étaient allés en France, revenir à point nommé accoutrés à la mode de Paris, parler à tort et à travers de la pratique française, de coutumes, de découvertes et d'observations étrangères, et se donner par là, dans le voisinage, la réputation de chirurgiens et d'accoucheurs accomplis, et que sais-je encore (1)?

Et moi, je suis d'avis que ce prétendu tour de France, loin d'être utile, est très-nuisible, si celui qui le fait n'est auparavant instruit à fond de l'état de la chirurgie en Angleterre, et s'il manque de jugement pour distinguer le bon d'avec le mauvais. Combien ne voyons-nous pas d'ignorants et de maladroits s'imaginer être chirurgiens pour avoir été à Paris! La chirurgie n'est pas toujours connue de ceux qui la pratiquent, j'entends ceux qui ont eu une éducation étrangère, et cependant on donne la préférence aux chirurgiens français ; en voici une preuve :

Un chirurgien de réputation à Londres vint passer ici (2) six semaines l'été dernier. Il fit pendant ce temps-là un cours d'opération sous M. Louis (3), et un autre de bandages sous le garçon de M. Fer-

(1) On voit que l'habile critique, chirurgien de l'hôpital de Londres, est très-médiocrement modéré avec ses collègues les médecins ; on verra plus loin qu'il ne traite guère mieux ses collègues les chirurgiens. (*N. du R. en ch.*)

(1) Les petits moyens pour réussir dont il a été question en clientèle ne datent pas d'hier et ne sont pas propres aux médecins du continent. (*N. du R. en ch.*)

(2) Par ce mot *ici*, il paraît que l'auteur écrivait cette brochure à Paris. (*Note du traducteur.*)

(3) M. Louis est *un sot* connu pour tel à Paris. Il n'est point au fait de la

connaît que la jonction de cette veine, avec la sous-clavière, est un obstacle insurmontable. Il faut alors isoler parallèlement à sa longueur la veine sur ses deux bords, et alors elle devient très-facilement déplaçable. On termine l'opération en la rejetant en arrière et en dehors, et en la faisant retenir dans ce sens par un aide.

Pendant qu'on se livre à la recherche de la sous-clavière, il ne faut pas oublier que l'on est près de deux artères assez volumineuses : la première est la cervicale transverse, et l'autre la scapulaire supérieure. Cette dernière côtoie le bord postérieur de la clavicule. Si l'une ou l'autre de ces artères était ouverte, il faudrait la lier avant d'aller plus loin.

Un fait anatomique important à remarquer, c'est que le tubercule de la première côte varie beaucoup dans son degré de saillie. Quelquefois, le tubercule est à peine accusé, et, par conséquent, on ne peut pas toujours compter sur la saillie qu'il présente. Dans ces cas, il faut s'occuper, comme d'une opération particulière, de mettre à découvert le scalène antérieur ; puis, quand on s'est bien assuré de la situation de ce muscle, on le suit jusqu'à son insertion à la première côte ; on cherche immédiatement en arrière de la corde qu'il forme, et on arrive invariablement à l'artère.

Au sujet de cette ligature, nous croyons devoir faire connaître l'observation suivante :

En juin 1838, pendant mes leçons de médecine opératoire, un de mes élèves, en pratiquant la ligature de la sous-clavière au-dessus de la clavicule, ne pouvant trouver le tubercule de la première côte, ni l'artère elle-même, pas plus que le scalène antérieur, j'examinai, à l'aide d'une dissection attentive, l'état des parties, et voici ce que je reconnus :

Dans le point où se rencontrent habituellement les branches nerveuses qui vont constituer le plexus brachial et au niveau du point où l'artère sous-clavière se dégage de l'intervalle des scalènes, on ne voyait aucun de ces organes. Le scalène antérieur n'existait point à sa place accoutumée, et l'on n'apercevait autre chose qu'une aponévrose assez résistante, dont le bord inférieur venait adhérer à une côte, et supérieurement remontait dans la région du cou à une hauteur d'environ quatre travers de doigts. Le muscle peaucier ayant été enlevé, ainsi que l'omoplat-hyoïdien, nous reconnûmes que la première côte n'existait pas et que l'aponévrose précédemment indiquée était adhérente à la deuxième côte et recevait à peu près, vers sa partie moyenne, l'insertion inférieure du muscle scalène antérieur, insertion qui, au lieu d'être située en arrière du muscle sterno-mastoïdien, se trouvait beaucoup plus en dehors de ce muscle qu'elle ne l'est habituellement. C'est derrière cette insertion que se trouvaient, et l'artère inférieurement, et les branches du plexus un peu plus haut.

L'aponévrose dont nous avons parlé recouvrait immédiatement la plèvre costale avec le tissu fibreux de laquelle elle était entièrement confondue ; elle formait la paroi ou enveloppe externe d'une cavité considérable qui débordait, d'au moins quatre travers de doigts, le niveau de la deuxième côte, au-dessus de laquelle le poumon venait faire, dans la région du col, une saillie que l'on rencontre fréquemment chez les femmes, mais qui, chez le sujet de cette description, était prononcée au plus haut degré.

Les côtes comptées avec soin n'étaient, de ce côté, qu'au nombre de onze. La deuxième côte était plus large que dans l'état normal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Expériences et observations sur un décapité,

Par M. J. Henlé.

Observation. — Quinze minutes après la décapitation, le corps fut ouvert.

L'oreillette droite se contractait encore d'une manière rhythmique, tandis que le ventricule correspondant ne présentait plus que de légers mouvements vermiculaires ; le côté gauche du cœur était immobile. Ayant fait passer un courant galvanique par le nerf vague du côté gauche, à l'aide d'un fort appareil à rotation, on vit les mouvements de l'oreillette s'arrêter tout à coup, mais reprendre quand on eut interrompu le courant ; la même expérience fut répétée trois fois avec le même résultat.

Environ vingt-cinq minutes après la mort, lorsque les mouvements spontanés de l'oreillette paraissaient avoir cessé, on appliqua les conducteurs de l'appareil au grand sympathique du côté gauche ; les contractions recommencèrent presque aussitôt. Cependant, l'auteur n'attache pas une grande importance à cette expérience, parce que l'oreillette continua encore assez longtemps à se mouvoir à de longs intervalles.

L'abdomen fut ouvert trente-cinq minutes après la décapitation. On fit passer un courant galvanique à travers la rate, mais sans aucun résultat, quoiqu'on disposât l'expérience de diverses manières. On voyait distinctement les corpuscules de Malpighi par la section de la rate ; ils n'avaient qu'une demi-ligne de diamètre.

L'application de l'appareil à la vésicule biliaire produisit, quarante minutes après la mort, des contractions évidentes, mais rien de semblable n'eut lieu pour les canaux cystique, hépatique et cholédoque.

Le canal thoracique se contracta fortement sous l'influence du galvanisme, quarante-huit minutes et même encore une heure

---

rein (1). Il s'en trouva si bien, qu'à son retour à Londres, il donna sur-le-champ des leçons et des cours publics (2) de maladies, d'opérations et de bandages. Je ne sais ce qui a pu établir cette haute réputation des chirurgiens français. Peut-être était-ce avantage de la pratique publique, les hôpitaux en Angleterre n'étant pas alors si nombreux. Mais aujourd'hui, ce n'est plus de même, car quiconque voudra suivre les hôpitaux de Londres et de Paris, apprendra dans les premiers la pratique et les opérations de chirurgie, et dans les autres il n'y verra que *cruautés, malpropretés* et *inhumanités*.

Les raisons que l'on donne ordinairement de la supériorité de la chirurgie à Paris sont : la liberté dont on y jouit d'y suivre les hôpitaux *gratis* et l'abondance des sujets à disséquer. On ne peut nier ces deux avantages, mais les dépenses du voyage rendent le premier nul ; à l'égard des sujets, la dépense n'en est pas si modique que l'on s'imagine en Angleterre. Je n'ai jamais disséqué de corps qui ne me soit revenu à deux louis. Paris est l'endroit du monde où l'on tire le plus mauvais parti des corps pour la dissection, peut-être par la facilité d'en trouver. Peu après mon arrivée, j'en ai vu disséquer quatre au même amphithéâtre. J'ai vu la dissection de chaque partie et j'ai été surpris de voir que les muscles n'y étaient pas dépouillés du fascia, souvent ils étaient encore enveloppés de la membrane adipeuse. Les muscles étaient arrachés et non pas séparés l'un de l'autre. Cela ne venait pas sans doute faute de connaissances, mais faute de bons instruments ; n'y ayant pas de bons instruments à disséquer à Paris, il ne peut y avoir de bonne dissection. Leur principal instrument est le bistouri.

Ici, je ne puis m'empêcher de dire quelques mots des façons de ce peuple qui passe pour le plus civil et le plus poli de l'Europe. Comme ce sont les chirurgiens que j'ai fréquentés, c'est d'eux que je vais parler.

La première fois que j'entrai dans un de leurs hôpitaux, on devait faire la dilatation d'une fistule à l'anus. Un de mes amis s'était placé le plus près possible du lit. Mais un instant avant l'opération, un jeune et vigoureux barbier le saisit au collet et le jette au milieu de la salle ; une huée sans fin de toute la compagnie. Je n'aurais jamais cité cet événement comme une preuve d'impolitesse, si mon ami eût été le premier à qui il fût

---

pratique et manque de sujets. Son cours d'opération est *fort méprisé*. (*Note de l'auteur.*) — Ces gracieusetés adressées à un homme comme l'illustre Louis ; ne aissent pas que d'être piquantes. (*N. du R. en ch.*)

(1) Un garçon de M. Ferrein qui dissèque pour le cours et qui de temps en temps ramasse quelques louis d'or en prétendant enseigner.

(*Note de l'auteur.*)

(2) *Voyez* les papiers publics de Londres pour le mois de septembre 1749.

et demie après la mort. Il en fut de même des veines du cou et de la veine-porte. L'aorte donna des résultats négatifs.

Une heure après la mort, on incisa la trachée-artère jusqu'à une petite bronche de 2 lignes de largeur. On constata le mouvement vibratile à l'aide de la poudre de charbon, dont on vit les molécules franchir la largeur d'un cerceau cartilagineux, dans l'espace de 15 secondes. Un phénomène très-curieux est celui de la contraction des muscles intercostaux, qui allait même jusqu'à soulever les cartilages de plusieurs côtes. Ces contractions se rattachent à celles que Remak a observées dans le muscle diaphragme, dans le cœur et les gros vaisseaux, contractions oscillatoires qui persistent assez longtemps après la mort.

On n'observa aucun déplacement des molécules de charbon sur la muqueuse nasale, quoique des fragments de cette membrane, examinés au microscope, fissent voir les cils vibratiles en mouvement.

Aucun mouvement vibratile ne put être observé à la surface des ventricules cérébraux.

Les autres recherches que l'auteur a encore eu le temps de faire concernent l'anatomie de l'œil et celle de l'estomac. Il dirigea surtout son attention sur la structure de la membrane de Jacob. La tache jaune se voit déjà une heure après la mort, mais on ne trouve pas de pli central. La membrane de Jacob est principalement formée, comme dans les mammifères, de bâtonnets cylindriques de 0,010 lignes de longueur sur 0,0006 — 0,0007 d'épaisseur. Ces organes sont disposés par groupes, de manière à former un réseau dont les cordons deviennent de plus en plus étroits, à mesure qu'on se rapproche de la tache jaune. Les mailles sont occupées ou par des corps globuleux particuliers ou par une substance amorphe, transparente. Dans beaucoup de mailles, l'auteur a vu au centre de chacune d'elles un petit corps globuleux ou conique, transparent, comme les bâtonnets eux-mêmes. La tache jaune est dépourvue de bâtonnets ; on n'y voit plus que les petits corps centraux, de forme conique, dont il vient d'être question.

L'auteur n'a pas trouvé d'épithélium à la face antérieure de l'iris et de la capsule cristalline ; mais sur la face postérieure de la paroi antérieure de cette capsule, il existe un très-bel épithélium en pavé.

Relativement à la structure de l'estomac, qui n'a été examiné que vingt-quatre heures après la mort, M. Henle a trouvé, comme M. Ecker, des glandes ramifiées interposées entre les glandes cylindriques.

(*I. Zeitschrift für rationnelle medizin* et *Gaz. méd. de Paris.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Renseignements sur le service des eaux minérales d'Olette, par M. le docteur Puig ;

2° Rapports sur les épidémies suivantes :

De *fièvre typhoïde*, par M. le docteur Rousset, médecin des épidémies à Sarreguemines ;

De *variole*, par le médecin de l'asile d'aliénés de Fains (Meuse) ;

De *fièvre scarlatine*, par M. le docteur Chapel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Malo ;

3° Échantillons de divers remèdes secrets ;

4° Demande d'analyse d'une source minérale sise à Plan-de-Phasy (arrondissement d'Embrun) ;

5° États de vaccinations des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Digitaline.

M. Lepage, pharmacien à Gisors, informe l'Académie qu'il a reçu de deux bonnes fabriques de Paris, comme un produit *pur*, de la digitaline contenant encore du tannin ; il s'est assuré en outre qu'en suivant rigoureusement le procédé indiqué par MM. Homolle et Quevenne, on pouvait obtenir le même produit. D'où il conclut, qu'avant de délivrer un médicament aussi actif que la digitaline, il convient toujours d'en constater la pureté, ce que l'on fait facilement en en dissolvant quelques centigrammes dans un peu d'eau distillée, et en versant dans la dissolution quelques gouttes d'une solution de sel ferrique. Si la digitaline est pure, il ne se passera aucun phénomène apparent, tandis que, dans le cas contraire, il se produira une couleur violacée ou même noire.

Apoplexie.

M. Pitancier, de Montigny, pense que l'apoplexie sans lésion apparente tient à un développement de gaz dans le cerveau.

Anévrismes.

M. Laurencin, chirurgien en chef, président du conseil de santé de la marine, à Rochefort, adresse une observation d'anévrisme de la crurale, opéré par la ligature, laquelle a été suivie de la mort du malade.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

LECTURES.

Alimentation.

M. le docteur Lucien Corvisart lit les conclusions d'un mémoire étendu sur un nouveau moyen d'alimentation. Interrompu dans sa lecture par plusieurs membres, l'auteur se lève sans achever sa communication. Nous publierons ce travail important.

---

arrivé. Mais tous nos compatriotes qui étaient à Paris ont éprouvé de pareils affronts et de plus forts encore. En général, ils sont assez grossiers envers les Anglais. L'extérieur de ces messieurs n'est pourtant pas imposant, il est au plus méprisable. Le dernier garçon barbier à Londres est mieux et a meilleure façon. Aussi, je ne suis point étonné que l'état de chirurgien ici soit si peu considéré. La plupart de ceux qui le professent ne méritent par eux-mêmes aucune considération. Les élèves, je veux dire, garçons barbiers, faisant abstraction de l'habit poudreux, ont tout l'air, lorsqu'ils vont ensemble, d'une recrue qui n'est pas encore habillée.

Jusqu'ici, je n'ai parlé que des garçons, comme je viens de le dire. Je vais présentement m'expliquer sur les chirurgiens d'hôpitaux.

J'ai souvent entendu ces messieurs employer les expressions les plus amères et les injures les plus atroces contre de pauvres malades qui s'avisaient de crier, tandis qu'on les déchiquetait avec un instrument qui me paraissait aussi peu affilé qu'un de nos coutres de charrue.

Ils en viennent même jusqu'à frapper.

En voici un trait dont j'ai été moi-même témoin. Un malheureux, qui avait la jambe cassée, fut porté à l'Hôtel-Dieu. Tandis que le chirurgien faisait l'extension de cette jambe avec tous les efforts qui sont nécessaires pour cette opération, la violence du mal arracha des cris à ce malheureux. Le chirurgien, furieux, jette la jambe à terre et se met à assommer de coups ce pauvre diable, comme s'il l'eût grièvement offensé. Quelle atrocité (1) !

En général, les chirurgiens ici ont très-peu d'attention pour les étudiants qui leur sont adressés. Qu'on leur remette une lettre de recommandation ou qu'on aille leur rendre visite, ils vous répondent froidement, mais ne s'en mettent guères plus en peine et ne vous reconnaissent plus du tout ensuite. Ce qui me fait croire que des lettres de recommandation auprès de ces messieurs sont plutôt nuisibles qu'autrement ; car les Français ne sont rien moins qu'honnêtes envers les Anglais. Ils se font un art d'attraper les étrangers et s'en acquittent à merveille. Je pourrais à cette occasion, m'étendre sur des coûtumes qui sont étrangères à mon sujet ; mais la brièveté d'une lettre ne me le permet pas. Je viens aux observations que j'ai annoncées sur la pratique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Il est fâcheux que l'auteur ne cherche pas à donner un peu de crédit à cette assertion, en citant le nom du chirurgien. (*N. du R. en ch.*)

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur BOUCHARDAT. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 cent.

RAPPORTS.

Rôle du phosphate de chaux et des chlorures alcalins, dans certains cas d'alimentation insuffisante.

M. Bouchardat donne lecture d'un rapport que nous publions à peu près textuellement.

Messieurs, vous nous avez chargé de vous rendre compte d'un mémoire de M. Mouriès, dans lequel ce jeune savant aborde les questions les plus diverses et les plus intéressantes, qui se rapportent au rôle du phosphate de chaux dans la nutrition des animaux, et à l'influence que l'emploi bien entendu de ce sel peut exercer, pour diminuer la fréquence des maladies et la mortalité des enfants dans les villes.

Il n'y a pas bien longtemps qu'on a apprécié, comme il convenait de le faire, le rôle des principes inorganiques dans les phénomènes de la vie; plus on pénètre dans les détails de ce problème complexe, plus on est porté à attribuer d'importance à des corps dont la présence n'était souvent regardée que comme accidentelle dans les organismes vivants.

Une étude approfondie nous montre que si, pour subvenir aux principales fonctions, des principes immédiats ou des aliments plus composés très-dissemblables peuvent se substituer les uns aux autres, sans qu'il survienne aucun changement dans l'harmonie générale, les principes inorganiques, au contraire, ne peuvent être remplacés par leurs similaires les plus intimes.

L'expérience a prouvé que la plupart des principes protéiques : albumine, fibrine, caséine, etc., peuvent se substituer les uns aux autres dans l'alimentation, avec une facilité extrême; il est même certains aliments plus complexes qui, quoique très-différents pour l'origine, remplissent cependant, sauf quelques modifications sans importance essentielle, le même rôle physiologique.

De prime-abord, on comprend sans peine que plusieurs graines oléagineuses (telles que le chènevis, par exemple), qui peuvent servir de nourriture exclusive à plusieurs animaux, présentent la plus grande analogie de composition avec l'aliment normal, le lait de vache; en effet, on y trouve deux matières azotées, la caséine et l'amandine, qui, si elles ne sont pas identiques par leur constitution moléculaire, sont au moins très-voisines; des matières grasses, qui ont un grand nombre de propriétés communes, de la lactine ou du glucose, qui se comportent exactement de même dans des sels qui ne diffèrent pour ainsi dire que par leurs proportions.

Poursuivons cette comparaison, et nous allons voir que certains aliments, qui au premier abord paraissent très-dissemblables, soumis à un examen plus attentif, présentent des analogies qui étonnent.

Ainsi entre l'avoine et le lait de jument, on n'aperçoit pas, de prime-abord, la liaison qui, cependant, est aussi intime qu'entre le lait de vache et les semences émulsives. En effet, si nous faisons abstraction de l'eau dont le déficit est comblé par la boisson, nous allons voir que la composition de l'avoine est très-voisine de celle du lait de jument. Parmi les produits inorganiques, les phosphates dominent dans l'un et dans l'autre aliment; les matières grasses sont aussi peu abondantes dans le lait de jument que dans l'avoine, les matières protéiques caséine ou albumine sont si rapprochées par leur constitution, dans ces deux aliments que nous n'oserions indiquer leurs différences hygiéniques.

Le principe immédiat qui est dominant dans le lait de jument et qui lui donne son caractère essentiel est sans contredit la lactine. Ce principe fait défaut dans la semence d'avoine, mais il est remplacé par un corps dont le rôle hygiénique est finalement identique, c'est l'amidon, qui dans la suite des phénomènes de la nutrition se transforme en dextrine, puis enfin en glucose, qui, sous le point de vue hygiénique, se comporte exactement comme la lactine.

Mais nous allons rentrer immédiatement dans le cercle d'études abordées par M. Mouriès, en montrant que certains composés inorganiques jouent un rôle exclusif parfaitement défini dans les organismes vivants, et que non-seulement ils ne peuvent faire défaut sans déterminer des troubles dans la santé, mais qu'ils ne peuvent être remplacés que dans des limites très-restreintes et qui ne sont pas encore bien fixées par l'observation, par des composés qui offrent avec eux la plus grande analogie.

Tous les faits, bien observés, on mis en lumière cette conclusion capitale des belles recherches de M. Lecanu, que *le fer en proportion définie* est indispensable à la constitution des globules du sang. Si le manganèse peut ou le remplacer ou se placer à côté de lui, ce n'est que dans des proportions infiniment petites.

Le rôle du chlorure de sodium dans la constitution du sang est d'une importance de premier ordre. Il n'est éliminé en proportion considérable par les organes excréteurs qu'autant que les *ingesta* en renferment en quantité suffisante; il contribue, pour une large part, à donner au sang une densité qui est intimement liée avec les phénomènes de l'endosmose, qui sont continuellement en activité chez les animaux. Aussi ne peut-il faire défaut sans un dommage extrême dans un grand nombre de circonstances, et les sels qui peuvent tenir sa place sont-ils très-restreints. C'est exceptionnellement, chez certains granivores, qu'on voit le phosphate de soude ou de potasse remplacer le chlorure de sodium dans la constitution du sang. Nous ne connaissons guère que ces deux sels qui puissent partiellement se substituer au sel marin : le chlorure de potassium qui en est si rapproché par l'ensemble de ses propriétés, ne peut le remplacer dans le sang, et réciproquement, comme nous l'ont appris les belles recherches exécutées par M. Liebig, ou sous sa direction; le chlorure de sodium ne peut être remplacé dans la constitution des muriates par le chlorure de potassium.

On voit qu'à chaque combinaison inorganique, il est assigné dans l'organisme un rôle défini et limité; on comprend sans peine alors combien l'absence ou la diminution d'un de ces composés peut être préjudiciable à la santé.

Parmi les sels inorganiques indispensables aux animaux supérieurs, le phosphate de chaux des os vient au premier rang. C'est de l'appréciation de son rôle, que M. Mouriès s'est exclusivement occupé.

Voici les deux conclusions remarquables qu'il déduit, non-seulement des expériences qu'il a exécutées, mais encore de la comparaison des faits que la science possède :

1° Le phosphate de chaux joue, chez les animaux, un rôle plus important qu'on ne le pensait jusqu'à ce jour. Indépendamment de son influence sur la production du système osseux, ce sel agit en entretenant l'irritabilité, sans laquelle il n'y a ni assimilation ni conséquemment nutrition. Aussi son insuffisance très-accusée produit-elle la mort, avec tous les symptômes de l'inanition, tandis qu'une insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques;

2° L'alimentation des villes est insuffisante sous ce rapport. Le lait des femmes a conséquemment le même défaut, et l'enfant, comme le fœtus, souffrent de l'absence de cet élément indispensable à leur vie et à leur développement. De là une des principales causes de l'énorme accroissement du chiffre des morts-nés et de celui de la mortalité des enfants dans les villes.

3° L'addition de ce sel, uni à une matière animale, complète les aliments et prévient les maladies et la mort, qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate des os.

Pour établir ces trois conclusions, voici les faits principaux sur lesquels M. Mouriès s'appuie :

Le sang des animaux contient une proportion constante de phosphate de chaux, et cette proportion est indépendante de la quantité qu'ils trouvent dans leurs aliments : ainsi, le pigeon, par les phosphates alcalins des grains et par les graviers calcaires qu'il ingère, prend un léger excès de phosphate calcaire; le cheval, par ses fourrages, en avale un excès; le chien, qui se nourrit d'os, en prend un plus grand excès encore, et cependant le sang du pigeon contient pour 1,000 grammes 1,20 de ce phosphate, celui du cheval, 0,5, et celui du chien 0,4.

Ce résultat n'est pas accidentel, tous les oiseaux dont on analyse le sang en contiennent de 1gr,5 à 1gr,2, tandis que les herbivores et les carnivores n'en contiennent que de 0,4 à 0,9, malgré l'excès de ce sel contenu dans les aliments. La dose réglée par la nature peut être aussi modifiée par l'âge et le sexe : prenons pour exemple le bœuf, la vache et le veau, dont la nourriture est la même; le sang du premier contient 0,5, celui du deuxième 0,9, et celui du troisième 0,8.

On comprend alors sans peine que, s'il est vrai que la dose nécessaire de phosphate de chaux varie avec la nature des animaux, un aliment suffisant pour l'un deviendra insuffisant pour l'autre. Voici un exemple que cite l'auteur du Mémoire :

Un pigeon de 500 grammes meurt au bout de huit à dix mois au régime des graines triées, et il avale, par les 32 grammes de froment de tous les jours et l'eau ordinaire, 0,53 de phosphate des os; d'un autre côté, une femme de 50 kilogrammes vit en pleine santé avec des aliments qui lui en apportent 5 grammes. Ainsi, d'un côté, la mort, et, de l'autre côté, la santé, avec une dose de phosphate *relativement* égale, mais chez des animaux différents.

Si, dit M. Mouriès, les aliments donnés à un animal contiennent moins de phosphate calcaire qu'il n'en faut à l'animal, celui-ci éprouve un abaissement dans l'irritabilité, d'où l'atonie des organes digestifs, l'assimilation imparfaite, la diarrhée et la mort. Le résultat principal a déjà été constaté par M. Chossat, et il a été vérifié par M. Mouriès avec des analyses qui expliquent, selon l'auteur, la cause de cette mort. Pour s'assurer que c'est le défaut de phosphate des os qui tue les pigeons, M. Mouriès a toujours observé une mort plus prompte lorsqu'il a donné de l'eau distillée à l'animal; il a toujours pu les faire revenir à la santé en ajoutant de la craie aux graines vers le trentième ou quarantième jour, alors que la diarrhée commençait à se déclarer.

Ces expériences sont conformes à celles que M. Chossat a exécutées, et dont il a publié un extrait dans le tome 14 des *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (page 447, *Note sur le système osseux*).

C'est une diarrhée, dit M. Chossat, qu'on pourrait appeler diarrhée par

insuffisance de principes calcaires, maladies, dit-il, dont on retrouve d'assez fréquents exemples chez l'homme, surtout lors du travail de l'ossification, mais dont la cause a été méconnue jusqu'ici.

Sans contredit, l'insuffisance de composés calcaires peut entrer en ligne de compte pour rendre raison de cette diarrhée fatale et de la mort d'animaux soumis à l'alimentation exclusive de grains de froment triés. Mais il est d'autres principes qui font aussi défaut dans ces graines, et qui ne sont pas moins utiles à l'organisation; le blé, dont M. Chossat et M. Mouriès ont nourri leurs pigeons, de même que plusieurs autres semences, ne contient que des traces de chlorure de sodium. Un animal soumis au régime exclusif de grains de blé triés et d'eau destinée, doit souffrir vivement de la privation de chlorures de sodium et de potassium. Voici l'extrait d'une observation très-curieuse que j'ai pu recueillir depuis que le mémoire de M. Mouriès est soumis à notre examen, et qui corrobore cette manière de voir :

J'avais mis un couple de pigeons confinés à l'alimentation exclusive de graines triées ; pendant deux mois, leur santé n'en parut pas altérée, et ils élevèrent en santé deux pigeonneaux, mais après ce temps la femelle fut prise de soif et de diarrhée : elle n'avait point pondu de nouveaux œufs.

Sa vie était menacée. J'eus alors la pensée de leur donner la liberté : le premier usage que la femelle en fit fut de voler sur une fenêtre imprégnée de chlorures alcalins où ces pigeons avaient l'habitude de venir becqueter.

Cette croisée était séparée en deux parties par une grille, la partie de la pierre qui avoisinait la grille, et qui était à l'intérieur, étant beaucoup plus chargée de sels, cette femelle n'hésita pas à y pénétrer par une étroite ouverture pour y becqueter énergiquement; elle s'y laissa prendre, sans être impressionnée par le danger, tant la préoccupation causée par un besoin impérieux était puissante. Je lui rendis la liberté, elle revint immédiatement à la croisée imprégnée de sel. Ce manége recommença à plusieurs reprises, tant que son appétit aveugle ne fut point satisfait. Sa santé fut immédiatement rétablie ; trois jours après elle pondit. Il me parut évident, d'après cette observation, que le défaut de chlorure alcalin dans les graines était la cause principale des accidents éprouvés par cet animal. On voit alors qu'il faut être très-réservé pour conclure des expériences de M. Chossat et de M. Mouriès, que dans leurs expériences, les accidents qui survenaient étaient uniquement dus au défaut de phosphate de chaux.

M. Mouriès a établi, par un calcul très-intéressant, que la quantité de phosphate calcaire contenue dans les graines pourrait être suffisante pour la réparation des os, mais qu'elle est insuffisante pour d'autres fonctions essentielles de l'économie; partant de cette remarque curieuse qu'il existe un rapport constant entre la température des animaux et la quantité de phosphate de chaux contenu dans leur sang, il en déduit la conséquence que le phosphate de chaux est destiné, chez les animaux, à entretenir l'irritabilité animale sans laquelle la nutrition est impossible.

Nous avouerons que, pour admettre définitivement cette loi remarquable, des analyses répétées dans différentes conditions sont nécessaires; quoi qu'il en soit, nous pensons que le tableau suivant, dressé par M. Mouriès, intéressera vivement les physiologistes.

	PHOSPHATE DE CHAUX.		TEMPÉRATURE.
	Mouriès.	Poggiale.	
Sang de canard.....	1,50	»	42°5 cent.
— de poule.....	1,35	1,25	41°5 —
— de pigeon.....	1,20	1,23	40° —
— d'homme.....	0,80	0,6	37°5 —
— de cheval.....	0,40	0,5	36°8 —
— de grenouilles.....	traces.		9° —

L'on peut comprendre, d'après ces faits, que le phosphate de chaux introduit avec les aliments, est non-seulement indispensable à la réparation des os, mais que sa présence dans le sang peut être liée à l'une des plus importantes des fonctions de l'organisme vivant, la calorification.

Dans la première partie de son mémoire, M. Mouriès, partant de ce principe, démontré par M. Chossat (*loco citato*), vérifié et formulé par M. Boussingault (*Annales de chimie et de physique*, t. 12, 3e série), développé par par M. P. Bérard (*Physiologie*), et admis aujourd'hui par tous les physiologistes, que l'alimentation est insuffisante quand les aliments ne contiennent pas assez de phosphate de chaux pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé, cherche à établir que l'alimentation communément en usage dans les villes ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice.

Il commence par fixer la quantité de phosphate de chaux qui doit être ingérée dans les vingt-quatre heures. Il y arrive d'une façon détournée par l'examen des *excreta*.

« J'ai choisi, dit-il, trois femmes des environs de Dreux, d'une excellente santé, je me suis assuré que leurs aliments contenaient un excès de phosphate de chaux des os. Leurs urines recueillies ont donné, en moyenne, 5 grammes de ce sel pour les vingt-quatre heures. En admettant qu'il en faut 1 gramme pour les pertes par ongles, poils, mucus, etc., on arrive à cette conclusion, qu'il faut que les aliments d'une femme adulte contiennent assez de phosphate de chaux pour permettre l'élimination de 6 grammes dans vingt-quatre heures. »

En prenant le chiffre de 6 grammes par jour comme la dose nécessaire à l'entretien de la santé, M. Mouriès cherche à prouver que dans bien des circonstances cette quantité ne se prouve pas dans les aliments des nourrices des villes. Voici un résultat curieux qu'il cite et qui confirmerait cette pauvreté de l'alimentation en phosphate dans certaines conditions, si une expérience plus étendue venait le confirmer.

« Les urines des femmes, à la campagne, dit-il, donnent 5 grammes de phosphate par jour, tandis qu'elle oscille de 1 gramme à 5 grammes dans les villes. »

M. Mouriès a cherché des preuves directes à l'appui de la thèse qu'il soutient ; il a examiné si la ration journalière de la femme des villes renfermait les 6 grammes de phosphate de chaux qu'il croit nécessaire à la santé. Il arrive à formuler une insuffisance journalière de moitié environ.

Nous pensons que le problème est plus complexe que M. Mouriès ne le présente, et que dans bien des cas cette insuffisance n'est qu'apparente et qu'elle est comblée soit par des doubles décompositions, soit par l'introduction dans le régime de substances qui ne figurent pas dans l'énumération de M. Mouriès, et que, pour cette raison, nous nous abstiendrons de reproduire dans ce rapport.

Voici un résumé des recherches que l'auteur a exécutées sur les laits dans lesquels il a dosé le phosphate de chaux.

Ces laits ont toujours été pris moitié avant, moitié après que l'enfant avait pris le sein :

	Phosphate de chaux pour 1,000.
3 nourrices des environs de Dreux et dans les meilleures conditions. Nourrisson de 3 à 8 mois.....	2,4
5 nourrices des environs de Dreux, dans de bonnes conditions, mais prises au hasard.....	1,8
10 nourrices de Toulon, laits recueillis par le docteur Ardoin, et envoyés secs à Paris.....	1,2
7 nourrices de Paris, laits recueillis par le docteur Pégot-Ogier, pris au hasard.....	0,9
3 nourrices de Paris, laits recueillis par le docteur Pégot-Ogier, pris au hasard.....	0,5
4 nourrices, dont 3 de Toulon et 4 de Paris, n'ont donné que des traces de ce sel.....	0,0

Les faits que la science possède, et qui sont résumés par l'auteur dans le tableau suivant, établissent que le lait de femmes est peu riche en sels fixes et surtout en phosphate terreux. Ces nombres confirment les résultats de M. Mouriès.

D'après Simon. **Moyenne de 14 laits de femme.**

Sels fixes.....	2,3
Phosphate, environ.....	1,2
D'une femme de 36 ans.....	1,8
Phosphate.....	0,9
D'une femme de 20 ans.....	traces.

D'après Schwartz. **Lait de femme dans les meilleures conditions.**

Sels fixes.....	4,41
Phosphate.....	2,50

D'après Megenhoffen. **Deux laits de femme.**

N° 1. Phosphate de chaux.....	0,8
N° 2. Phosphate de chaux.....	1,0

D'après Dumas. Chienne au régime mixte.

Sels insolubles.....	0,77
De la viande seule.....	0,55

D'après Boussingault. Grâce au régime herbacé, le lait de vaches en contient assez régulièrement 2,5.

Dans la troisième partie de son mémoire, l'auteur réunit des faits cliniques pour établir l'utilité de l'intervention du phosphate de chaux dans l'alimentation.

Voici le résumé rapide de ces observations :

La femme Topin, âgée de 26 ans, nourrissait son enfant âgé de deux mois et dix jours. Cet enfant était pâle, lymphatique ; le lait donnait 0,9 de phosphate de chaux par litre. On administre à cette femme, tous les jours, dans son potage, 12 grammes de phosphate de chaux albumineux représentant 4 grammes de sel pur ; huit jours après, le lait en contenait 2 grammes. Un mois après, la nourrice avait plus de vigueur, la chair, pâle et molle de l'enfant, prit de la coloration et de la fermeté, et jusqu'à

l'âge de onze mois et dix jours, époque où il fut perdu de vue, le développement et la santé de l'enfant restèrent dans d'excellentes conditions.

Douze cas semblables furent observés dans les mêmes circonstances. Le lait donna pour ces douze cas, au début, de 0,7 à 0,5 de phosphate de chaux, dose qui remonta, pendant le nouveau régime, à une moyenne de 2,1.

Dans cinq autres cas, les femmes ont été mises à ce régime à l'état de grossesse, et l'on continua d'administrer le phosphate de chaux pendant l'allaitement; le lait contint alors, un mois après l'accouchement, de 1,9 à 2,2 de phosphate de chaux.

Dans ces dix-huit observations, trois enfants seulement sont morts, les autres se sont bien développés, leur santé a été parfaite.

Ces résultats, quoique insuffisants pour juger une question aussi grave, sont cependant dignes de fixer l'attention.

Après quelques réflexions de MM. Moreau, Depaul, Caventou et Gibert, l'Académie adopte les conclusions de la commission qui consistent, à adresser des remerciements à l'auteur, et à l'engager à continuer ses recherches, en les complétant surtout par les données cliniques.

Pendant les diverses lectures, l'Académie a procédé au remplacement des membres sortants des commissions permanentes; les votes ont donné lieu aux résultats suivants :

Commission des épidémies.

Membres sortants : MM. Rostan et Lévy; membres nouveaux : MM. Bégin et Collineau.

Commission des eaux minérales.

Membre sortant : M. Joly; membre nouveau : M. Nacquart.

Commission de vaccine.

Membres sortants : MM. Gérardin, Danyau, Devilliers (décédé); membres nouveaux : MM. Depaul, Jolly, Emery.

Commission des remèdes secrets.

Membres sortants : MM. Adelon, Bouchardat, Orfila (décédé); membres nouveaux : MM. Gérardin, Chatin, Renauldin.

Comité de publication.

Membres sortants : MM. Bousquet, Bégin, Chomel, Bussy, Bouley, jeune; membres nouveaux : MM. Bouillaud, Laugier, Requin, Boutron, Leblanc.

La séance est levée a 5 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Décembre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Présence de l'iode dans les eaux pluviales, les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée, par M. Ad. Chatin.

Sur la proposition de M. Thénard, rapporteur de la commission chargée d'examiner les recherches de M. Chatin, l'Académie décide que la Note suivante, communiquée par cet observateur, le 7 novembre dernier, sera insérée au *Compte rendu*. Nous avons déjà publié cette Note (*voir* le numéro du 17 novembre).

MM. Duchenne (de Boulogne) et Pétrequin communiquent des Notes dont il a déjà été question à propos du compte rendu de l'Académie de médecine.

Sept nouveaux compétiteurs se présentent pour obtenir le prix Bréant.

CORRESPONDANCE.

Absorption des cartilages du nez.

Monsieur le rédacteur,

Votre numéro d'hier (24 décembre) renferme une curieuse observation, recueillie par M. Émile Marchand de Sainte-Foy, au sujet d'une *absorption des cartilages du nez*.

Notre savant confrère ayant dit que cette affection était *très-rare*, et qu'il *n'avait jamais rien lu de semblable*, je me décide à vous envoyer l'observation d'un fait analogue qui s'est offert à moi en 1851, trois ans après celui de madame Marchand; je ne lui conteste donc nullement la priorité, je viens simplement ajouter un fait à celui déjà connu.

Mademoiselle Sauger, d'Aunay-sous-Auneau (Eure-et-Loir), âgée de 17 ans, lymphatique, mais forte et robuste, commença, pendant l'hiver de 1850 à 1851, à se plaindre d'une douleur fixe vers le milieu du front (sans cause connue).

Comme cette jeune fille présentait en même temps un aspect chlorotique, je crus à l'une de ces mille douleurs névralgiques qui se lient souvent à la chlorose. Je prescrivis les ferrugineux pendant un assez long temps; mais, bien que le facies eût repris plus de fraîcheur et que le souffle carotidien eût cessé, la céphalalgie frontale ne disparut pas; au contraire, la douleur descendit vers la racine du nez et jusque dans les orbites.

Cette douleur n'était pas très-pénible, à en juger par l'état de la malade, qui continuait ses occupations et ses travaux des champs.

La souffrance ne s'exaspérait pas par la pression et n'offrait jamais d'alternatives de calme et de redoublement. C'était toujours un mal profond, fixe, mais très-supportable.

Pendant que cette douleur suivait son cours, la jeune fille, qui venait d'être menstruée, subissait une croissance très-rapide, et, en quelques mois, elle atteignait une taille très-élevée.

Ce développement du système osseux, la pâleur mate de la peau, le volume de la lèvre supérieure, me firent penser que la douleur du nez pouvait bien être la suite d'une disposition scrofuleuse, car j'étais certain qu'aucun autre vice général ne devait agir dans ce cas.

Je prescrivis donc les préparations iodées sous différentes formes à l'intérieur, et à l'extérieur, en frictions légères et rares sur les parties douloureuses; les amers furent employés concurremment (mars 1851).

Malgré ce traitement, la douleur persista et se localisa complétement à la partie moyenne du nez. A cette époque, la membrane pituitaire se boursouffla légèrement, mais sans rougeur ni sensibilité anormales. Je crus que j'allais avoir affaire à une carie scrofuleuse, car, en pressant, je crus sentir, vers le milieu du nez, une certaine crépitation avec défaut de résistance.

Je m'attendais à un gonflement avec inflammation et suppuration éliminatrices; mais je ne fus pas peu surpris lorsque je vis, au lieu de cela, se produire la dépression, l'*encoche* signalée par M. Émile Marchand.

La peau n'avait pas changé de couleur; la pituitaire n'avait pas eu de sécrétion particulière, et pourtant, dans l'espace de trois ou quatre semaines (mai 1851), le nez avait complétement perdu sa forme ordinaire: il était devenu gros du bout, resserré et écrasé du milieu, et surtout flasque et mobile comme un appendice cutané. En effet, tous les cartilages du nez avaient totalement disparu, et, chose notable, c'est que cette absorption des cartilages, qui avait mis beaucoup de temps à se préparer, venait de se terminer avec une rapidité étonnante, car, aussitôt que la déformation eut commencé à paraître, elle fut complète en quelques semaines.

Depuis lors, toute espèce de souffrance a cessé; l'odorat est resté intact; la voix, qui avait paru semblable à celle qu'on observe dans le coriza, a repris son timbre naturel.

Tout s'est borné à un *vice de forme*, et c'est beaucoup trop déjà chez un sujet jeune.

Ce résultat pouvait-il être empêché? J'avoue que je ne le prévoyais pas.

Ce fait vient à l'appui de l'observation de M. Émile Marchand; et je livre à votre appréciation son intérêt pratique et l'opportunité de sa publication.

Agréez, etc.

Un de vos abonnés,

HARREAUX, *D. M. P.*

Grouville-Saint-Léger, 25 décembre 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — Persistance de la diminution.

— On lit dans la *Presse* : Plusieurs cas d'hydrophobie s'étant déclarés dans le département du Haut-Rhin, M. Cambacérès, préfet de ce département, a adressé aux maires une circulaire par laquelle il leur rappelle les mesures qu'ils doivent prendre chaque fois qu'ils reçoivent avis de l'apparition d'animaux atteints de la rage.

— Des symptômes gastriques graves mais que rien, fort heureusement, ne permet de considérer comme sérieux au fond, ont obligé l'un de nos plus excellents maîtres, l'un de nos chirurgiens les plus judicieux, M. Michon, à quitter momentanément Paris. Le sage clinicien ne pourra probablement reprendre ses leçons avant le printemps prochain.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série Tome 1. — N° 157. 1re année. Samedi 31 Décembre 1853.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : { 3 mois, 7 fr. / 6 mois, 12 fr. / 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ci en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS :** La syphilisation à l'Académie de Turin. — Remarques sur la ligature de la sous-clavière entre les scalènes, et sur les anomalies osseuses de la région sus-claviculaire, par M. Chassaignac. (*Suite et fin.*) — Études sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère pas, par le Dr Lucien Corvisart. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **FEUILLETON.**

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 30 *Décembre* 1853.

La syphilisation à l'Académie de Turin.

Quoique la syphilisation, cette fille de l'ignorance, de la piraterie et du charlatanisme, soit bien morte en France, il n'est peut-être pas sans un certain intérêt, au moins au point de vue historique, d'assister à ses dernières convulsions en Italie, où elle a trouvé pour père adoptif un homme qui a un certain nom et qui n'est pas dépourvu d'honorabilité. Nous croyons donc devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs la relation suivante de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de Turin, sur le rapport de la commission nommée par cette Académie, rapport que nos lecteurs connaissent déjà depuis plusieurs mois.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Turin, ce 25 décembre 1853.

Mon cher et très-honoré confrère,

Je vous écris de Turin, ayant laissé Gênes et ma chaire pour venir assister aux séances publiques de l'Académie, consacrées à la discussion du rapport de la commission de syphilisation, et qui étaient annoncées d'avance par les journaux. Ayez donc la bonté d'écouter les dernières paroles et les derniers efforts de cette prétendue doctrine, et puisque vous avez été le premier à publier le résumé des séances de lecture, ayez la complaisance de transmettre au public un abrégé de celles de la discussion.

La première séance a commencé le 18 courant au soir dans l'amphithéâtre de chimie, très-vaste et éclairé au gaz; il y avait beaucoup de monde, mais peu d'académiciens; c'étaient des curieux, des amateurs, des indifférents et des intéressés au parti de *M. Spérino*, car la chose a été réduite aux proportions d'une discussion personnelle par notre syphilisateur, qui aurait voulu que la commission acceptât ce terrain. Parmi les adeptes ou

FEUILLETON.

Coup d'œil sur la chirurgie dans les hôpitaux français, en 1750,

Par John Harrison, *chirurgien et l'un des fondateurs de London-Hospital.*

(*Suite et fin. Voir le n°* 156.)

Dans les hôpitaux de Paris, tous les ulcères sont traités de la même manière. Avant que d'en parler, je dirai quelques mots des remèdes dont ils se servent ordinairement, j'ai presque dit toujours.

Au milieu de chaque salle principale, il y a trois fourneaux de charbon, sur quoi il y a une grande poële de cataplasme, une poële de digestif (1) noir, et un vaisseau plein d'eau-de-vie, mêlée avec l'huile de térébenthine. Ce sont là leurs topiques. Ils les appliquent dans tous les cas. Ils semblent ne faire aucune différence dans les diverses sortes d'ulcères. Qu'ils soient cariés ou putrides, frais ou vieux, qu'ils aient beaucoup ou peu de profondeur, ils les traitent tous également avec le digestif noir étendu sur de la charpie (1); ensuite, quelque enflammée que puisse être la partie malade, ils y appliquent un emplâtre presque bouillant, ou bien, pour tout *repellant défensatif* et *retentif*, ils se servent d'un emplâtre adhérent, qui ordinairement est trempé dans de l'eau-de-vie toute chaude. Un tel pansement doit être douloureux pour le pauvre malade, mais c'est de quoi on se met fort peu en peine, car en général, les praticiens français manient les plaies assez rudement. La vertu du *ceratum* de *lap. calami* est ici entièrement ignorée. Du moins ne l'emploie-t-on jamais. Ils essuient les blessures avec des linges fort gros. J'en ai vu quelques-uns essuyer avec grand soin des plaies où la suppuration était très-bonne, et en même temps en panser d'autres où la suppuration était putride, jaune et fétide, sans essuyer du tout. Ils prétendent que c'est pour prévenir l'effet de l'air, qu'ils regardent comme mortel à toutes sortes de plaies. Cependant, s'ils n'étaient pas trop habiles pour apprendre, les observations, qu'un habile homme (2) a faites à ce sujet, les feraient revenir de leur erreur. Ces messieurs ont une si haute opinion de leur propre capacité que, quoiqu'on voie paraître tous les jours de nouvelles découvertes en chirurgie, chez toutes les autres nations, et surtout en Angleterre; quoique ces découvertes soient fondées non-seulement sur l'évidence, mais sur les observations les plus exactes et appuyées sur de longues

(1) C'est le *basilicon* de nos apothicaires.

(1) C'est une espèce de mèche faite de fils croisés de la grosse toile, que l'on a séparés à dessein.

(2) *Voyez* les observations chirurgicales de M. Sharp. (*Note de l'auteur.*)

dévoués au parti *Spérino*, il y avait beaucoup de jeunes écoliers, qui, étant admis au syphilicôme pour voir les merveilles de la nouvelle pratique, s'en vont très-volontiers voir passer la visite de deux cents femmes et plus, qui, chaque matin, sont visitées au cabinet une à une. Et vous voyez bien que cette jeunesse est compatible si, grâce à la syphilisation, pouvant s'amuser un peu à ce spectacle de tous les jours, qui autrement ne leur serait pas permis, car les ordres du ministère de l'intérieur défendent sévèrement l'entrée au syphilicôme, penche à soutenir M. Spérino, qui leur fait croire d'être la victime d'une infâme persécution, d'une conspiration ourdie par ses ennemis contre sa personne et le progrès de la science.

Il est donc venu dimanche soir avec un manuscrit volumineux, dont la lecture, commencée ce soir-là, a été terminée mercredi soir, ayant occupé trois séances et demie. Ne pouvant pas vous donner un résumé assez étendu, car cela me serait impossible dans les limites d'une simple lettre, je vous dirai les chefs principaux d'accusation formulés dans son *Examen critique du rapport de la commission,* par *M. Spérino.*

Il a commencé par dire que le rapport se fonde sur un très-grand nombre de graves erreurs de fait, qu'il répétait à chaque moment. Une de ces graves erreurs était d'avoir altéré les faits, même dans l'énumération de la totalité des inoculations et de leurs produits; et, à ce propos, il citait la vingt-deuxième observation, que nous avons mentionnée comme ayant eu le plus grand nombre, c'est-à-dire le *maximum* d'inoculations, sur un total de 53 syphilisées, c'est-à-dire 577 inoculations; eh bien, il disait que la commission avait donné 70 inoculations en plus du nombre réel. Il citait aussi quelques autres histoires du rapport, dans lesquelles il disait avoir noté la même altération du nombre, et il ajoutait que cela même, que le nombre des inoculations pratiquées n'était pas le vrai, par conséquent le nombre aussi de différents produits devait être faux ou altéré, et qu'alors les chiffres numériques exprimant les diverses *durées moyennes* données dans le rapport étaient fausses, car elles manquaient dans leur base.

A la commission qui avait montré l'influence du tempérament et de la constitution individuelles sur le plus ou moins prompt développement des différents produits de l'inoculation, il objectait que c'était faux que le nombre de produits positifs d'inoculations eût été observé dans les femmes à tempérament sanguin-lymphatique, dans la proportion d'une moitié environ, car l'expérience lui avait montré tout le contraire; et il inculpait ensuite la commission d'une contradiction, car ayant dit que le tempérament, la diète, les règles hygiéniques individuelles et les purgatifs exerçaient une action températrice sur l'économie, nous disions aussi qu'il donnait aux mêmes femmes une livre de pain en plus de l'ordinaire. Après, examinant les articles de la première partie du rapport un à un, il niait le nombre, l'étendue et les corollaires des faits qui sont énoncés dans le rapport, il disait que nous avions altéré, dénaturé les faits mêmes. Aussi, pour la durée de chaque accident syphilitique primitif et secondaire, il nous objectait d'avoir calculé la durée de la syphilisation sur la durée de la maladie, c'est-à-dire par le temps passé dans le syphilocôme du jour de l'entrée à celui de la sortie, ce que nous ne devions pas faire, car il nous disait que la durée moyenne des maladies vénériennes soignées par lui dans le syphilocôme, pendant ces trois dernières années, 1850-51-52, ne surpasse pas quarante-huit jours et demi. Pour cela, il disait que tout l'édifice des proportions numériques, données par le rapport de la commission, croulait évidemment.

Quant à la puissance curative de la syphilisation, comparée avec les autres méthodes ordinaires, il s'efforçait de prouver que la syphilisation avait, dans ses mains, triomphé beaucoup de fois sur les autres méthodes, ayant fait disparaître des accidents primitifs et secondaires, que celles-ci n'avaient pas pu arriver à vaincre, et que les accidents morbides qui arrivent pendant la syphilisation sont peu de chose avant le bénéfice de la disparition; un inconvénient, il est vrai (et notez bien ceci), de la cure syphilisante appliquée à la syphilis constitutionnelle, c'est de donner (disait-il) quelquefois l'*immunité,* c'est-à-dire d'éteindre la *réceptivité* au virus syphilitique, comme nous avons vu dans le n° 22: mais ce dérive de la méthode défectueuse employée, car ayant voulu pousser le nombre des inoculations à une quantité fabuleuse et très-vite, on a eu la syphilisation avant d'avoir fait disparaître la maladie; mais à cet inconvénient il disait avoir remédié, en faisant peu d'inoculations à la fois répétées à un certain intervalle de temps. Il niait que la syphilisation prolonge et empire les maladies actuelles et n'empêche pas les récidives; et relativement aux infections nouvelles que les syphylisées ont présentées après leur syphilisation, il répondait que la syphilisation ayant été incomplète, puisqu'il croit de l'avoir donnée complète, on ne devait pas s'étonner si des nouvelles infections avaient pu se voir dans les femmes syphilisées. Le plus merveilleux de cet examen critique a été le mariage de la syphilisation avec l'iode et le mercure, et l'appui et le secours qu'ils se donnent mutuellement; et comme quoi les mercuriaux font très-bien leur service ordinaire toutefois que la syphilisation se montre impuissante!! Ici, se terminait l'examen critique de la première partie du rapport.

Au grand étonnement de la commission, *M. Spérino* a à peine touché la deuxième partie, dans laquelle nous montrons

---

suites de sujets, cependant leur amour-propre, c'est-à-dire leur orgueil, est si violent, qu'il les rend réellement incapables d'instruction. Je ne veux, pour exemple de leur obstination de se refuser à la vérité, que leur pratique dans l'opération de la taille. Ils rejettent la méthode de M. de Cheselden pour éviter de blesser l'artère hypogastrique, en supposant des conséquences très-dangereuses de cette blessure. Mais je crois que l'hémorrhagie, qui suit cette opération, n'est pas tant la raison qui la leur fait rejeter, que la peine qu'ils auraient de s'accommoder d'une découverte d'une nation étrangère, surtout de l'Angleterre, qu'ils haïssent cordialement. Ils doivent sentir eux-mêmes qu'en portant la sonde au travers des parties ligamenteuses de l'urètre, méthode qu'ils observent toujours en opérant, le froissement des parties doit être d'une conséquence bien plus dangereuse que l'ouverture de l'artère que je viens de nommer. Chez les enfants, cet accident n'arrive que rarement, et s'il est coupé, on y remédie aisément à l'aide de l'aiguille courbe. Il est vrai qu'un chirurgien français est bien moins au fait de cette aiguille qu'un Anglais. Leurs aiguilles d'abord ont très-peu de courbure, ce qui en rend l'usage très-difficile, particulièrement dans cette opération, où il y a très-peu d'espace. L'ouverture, en France, n'est guères que de 1 pouce et un quart pour un adulte, et elle ne passe jamais 1 pouce chez les enfants.

Les Français avouent quelquefois que les chirurgiens anglais ont beaucoup de savoir et qu'ils réussissent merveilleusement dans les opérations et les cas difficiles; mais ils ne peuvent convenir qu'ils puissent bien panser une plaie, parce qu'ils soutiennent qu'il n'y a pas de bonnes charpies en Angleterre. Je ne sais d'où vient qu'ils méprisent si fort la charpie d'Angleterre, car je n'en ai jamais vu de bonne en France. Celle dont ils se servent n'est autre chose que les fils séparés de grosse toile qui est toujours rude au toucher et dont l'application à sec doit être douloureuse; mais, comme je l'ai dit, ils ont une antipathie décidée pour toute application qui n'est pas bien mouillée. Quand ils veulent se servir de leur charpie, ils en font un tampon, et quelque adroit que puisse être un chirurgien, il se trouve toujours un nœud assez dur vers le milieu, ce qui doit blesser une partie délicate. Mais en supposant même qu'en Angleterre il n'y eût point de charpie, il me semble que l'étoupe est bien préférable à la charpie de France, en ce qu'elle absorbe plus de matière et qu'elle ne blesse nullement le malade, ce qui doit être compté pour quelque chose.

Mais si cette étoupe a ces avantages, quels avantages n'a pas notre charpie sur la leur, la nôtre étant beaucoup plus douce, beaucoup plus fine, et par conséquent infiniment plus commode au malade? Il est donc clair que la charpie d'Angleterre l'emporte autant sur la charpie de France que la douce étoupe l'emporte sur les dures cordes du chanvre. Mais entreprendre de persuader cela à un Français, c'est entreprendre de blanchir la tête d'un Maure. Le préjugé de leur mérite est si fort enraciné chez eux, qu'ils feraient un crime à ceux d'entre eux qui reconnaîtraient quelque talent aux chirurgiens d'une autre nation. C'est ainsi que, quoique les Anglais aient coutume de faire des progrès et des découvertes dans toutes les branches de l'art, ils n'obtiendront jamais en France de partager la réputation du mérite. Mais, j'en appelle à d'autres juges.

. . . . . .
. . . . . .

la nullité prophylactique de la syphilisation, et les dangers que peut engendrer, pour la santé du malade, son application clinique. Seulement, il a dit que nier la fameuse loi de la décroissance régulière et constante des chancres successivement inoculés, c'était nier la lumière du soleil. De la doctrine (prétendue telle) de la syphilisation, de ses principes fondamentaux, de leur importance, origine et application, pas une parole; il a fini par dire que le rapport de la commission étant fondé sur de graves et nombreuses erreurs de fait, et ne méritait aucune confiance.

Mais il a peu parlé de la partie scientifique et doctrinale de sa cause; il s'est beaucoup étendu dans ses griefs et injures lancées à la commission, qu'il accusait d'avoir dénaturé, falsifié les faits, dans le but de ruiner sa réputation médicale et de faire condamner la syphilisation; il a dit qu'ayant cru obtenir de l'Académie des aides pour étudier cette grave question, il a vu, au contraire, contrôler ses faits, dans le mystère et sous l'apparence de l'amitié et de la fraternité; que tandis qu'il était avec nous sincère, loyal, probe, comme nous le disons nous-même dans le rapport, nous étions, avec lui des frippons masqués, des traîtres, qui visions à faire crouler sa réputation.

Enfin, après avoir fait un étalage des succès très-étonnants de la syphilisation actuellement cultivée en Europe, c'est-à-dire à Vienne, par le docteur *Sigmund*, et à Christiania, par *M. Boeck*, et à Turin, par *M. Spérino;* après avoir dit que le repoussement de la syphilisation des Académies et des hôpitaux a été une croisade ourdie par le grand capitaine *Ricord* et par ses aides *de Castelnau* et *Latour* à Paris, par le rapporteur de la commission à Turin; il a conclu qu'il croyait avoir montré à l'Académie que la syphilisation, et par ce qui a été fait jusqu'ici, et par ce qu'on fera à l'avenir, mérite d'être étudiée et non d'être repoussée des Académies, car il croit que c'est une invention bienfaisante pour l'humanité (en cet endroit, les applaudissements de la jeunesse visiteuse du syphilocôme couronnait cette philippique à notre adresse), et que, s'il avait cru devoir être contrôlé dans ses expériences, jamais il n'aurait invoqué de l'Académie la nomination d'une commission. Figurez-vous que la commission ayant dû écouter tout ce bavardage de calomnies et d'accusations, sans pouvoir les repousser sur-le-champ, brûlait du désir de parler: quatre commissaires avaient pris des notes; le rapporteur seul n'en avait pas pris; il avait écouté et s'était tu; seulement, peu avant la fin de la lecture *spérinienne*, il avait demandé la parole; mais le commissaire *Demaria* et le président de la commission, qui l'avaient demandée aussi, ont répondu d'abord.

M. Demaria a très-énergiquement repoussé toutes les accusations qui regardaient le procédé de la commission, vis-à-vis de *M. Spérino;* il a défini très-logiquement le mandat de la commission, et lui a montré qu'elle n'avait nullement été instituée pour l'aider à appliquer la syphilisation, mais bien pour l'observer et la juger sur les faits observés.

M. Pertusio, président de la commission, a dit que le rapport contenait le *fidèle* exposé des faits observés et recueillis par la commission; que celle-ci s'est toujours gardée d'affirmer une chose sans l'avoir bien examinée et comparée; que *M. Spérino* ne devait pas insister beaucoup sur l'ignorance montrée par la commission, et sur ce qu'elle ne lui avait pas donné les conseils qu'il attendait des lumières de ses collègues, car les ignorants ne peuvent donner de bons conseils; mais que, néanmoins, la commission, sans sortir de son mandat, pouvait lui rappeler de lui avoir donné quelquefois des avis, notamment celui d'inoculer le pus ou l'humeur quelconque contenue dans les *pustules* qu'il disait *avortées* (abortives), c'est-à-dire non syphilitiques, avis par lui acceptés et mis en exécution immédiatement; les expériences ayant fait voir que même ces pustules peuvent donner du pus inoculable et virulent, ce fut alors seulement que *M. Spérino* commença à compter celles-ci parmi les syphilitiques. Enfin, que l'accusation, toujours répétée par lui contre la commission, d'avoir altéré, falsifié les faits, était aussi dénuée de raison que de vérité. Pour le prouver, M. le président a rappelé l'histoire de la femme (n° 22 du rapport et n° 68 du livre de *M. Spérino*), au compte de laquelle *M. Spérino* disait que la commission avait accru de 70 le nombre des inoculations.

M. Pertusio a présenté à l'Académie un tableau comparatif de toutes les inoculations pratiquées jour par jour sur cette femme, selon le calcul du rapport et selon le calcul du livre même de *M. Spérino*. Dans ce tableau comparatif on trouve, il est vrai, une différence non-seulement de 70, mais de 185 inoculations en moins dans le livre de *M. Spérino*. Mais pourquoi cette différence? Le voici: La commission, dans son tableau statistique, a relaté le nombre précis, déterminé des inoculations faites chaque fois, et, comptant jour par jour, on arrive enfin à la somme donnée de 577 en total. *M. Spérino*, dans son livre, donne, *pour un certain nombre de jours*, le nombre précis des inoculations, et alors, il est pleinement d'accord avec la commission; mais, *pour plusieurs autres jours*, il se borne à dire: *On a fait des inoculations, quelques inoculations*, etc. Voilà la cause de la différence signalée par *M. Spérino;* la cause elle-même s'explique par ce fait que le syphilisateur voyant dans ce cas s'accroître fabuleusement la somme des inoculations, a senti la nécessité d'en taire les chiffres précis. Ce tableau comparatif a fait une grande sensation sur l'Académie.

Après ces deux commissaires, le *rapporteur* a pris la parole,

---

L'auteur compare ici le traitement des abcès, des ulcères, des plaies et blessures, et des rétrécissements de l'urètre, adopté par les chirurgiens français et anglais, et montre la supériorité de ces derniers, sauf cependant en ce qui concerne les luxations et les fractures dans lesquelles, suivant Harrison, les chirurgiens français obtiennent de magnifiques succès, grâce à l'abondance des saignées répétées qu'ils pratiquent dans ces cas. Il cite comme exemple, l'observation d'un homme atteint de fracture compliquée, et qui fut saigné onze fois en six jours, malgré des symptômes *sinistres*, et qui guérit en dix semaines.

Passant ensuite aux accouchements, l'auteur s'exprime ainsi:

L'art des accouchements n'a pas peu contribué, pendant bien des années, à y attirer (à Paris) les étudiants, et c'était certainement une bonne école, quand ils avaient la liberté de visiter, à l'Hôtel-Dieu, les femmes en couches. L'Europe ne fournissait point de meilleurs cours, mais ces avantages ne subsistent plus, comme je l'ai déjà dit, depuis quelques années. La Motte nous dit, dans sa préface, qu'il a été obligé de se contenter de suivre les médecins dans cette salle et d'écrire leurs ordonnances. Cependant, depuis son temps, on en a vu beaucoup qui se sont vantés des grands avantages qu'ils ont retirés d'avoir assisté aux accouchements dans cet hôpital et soigné les malades après. M. Bracken, entre autres, a eu grand soin, dans son *Traité des accouchements*, de s'étendre sur ces avantages, mais il s'est certainement oublié ou n'a jamais lu La Motte. Il est fâcheux qu'une ostentation vaine ait pu induire un homme de sa probité à en imposer au public.

On en compte plusieurs qui enseignent à Paris l'art des accouchements; mais celui qui a le plus de réputation est M. Grégoire, dont la machine a tant fait de bruit par toute l'Europe.

. . . . . .

L'auteur décrit ici le mannequin en osier de Grégoire, auquel il préfère de beaucoup celui de Smellie, et continue:

Les frais de deux cours, sous le docteur Smellie, montent à cinq guinées, pour lesquelles vous assistez à quatre accouchements, dont vous faites le dernier, ce qui cause une guinée de plus de dépense. Si vous suivez les cours de M. Grégoire, il vous en coûte huit francs pour le voir délivrer un cas naturel, dix-huit pour le voir tourner et délivrer par les pieds, un louis s'il a recours aux instruments, et si un élève opère dans quelque cas extraordinaire, il paie deux louis et autant pour un cours de leçons divisées en deux parties, savoir: la théorie et la pratique, qui, réunies, s'étendent à deux ou trois mois. Les leçons spéculatives sont médiocres, mais son cours pratique est assez bon. Il y rapporte bien des cas et y joint bien des observations judicieuses. Cependant, toutes réflexions faites, je pense que Londres vaut bien mieux que Paris pour étudier les accouchements, l'anatomie et la chirurgie, tant eu égard à la dépense qu'à l'avancement.

Il serait à souhaiter, il est vrai, que nos jeunes chirurgiens fissent tout

et quoiqu'il n'ait eu que quelques heures pour se préparer, la réponse qu'il a faite a occupé deux séances et demie. Il a commencé par regretter que la modération dont la commission a donné l'exemple dans son rapport eût été payée avec des injures, des accusations mensongères et des imputations fausses, et que le témoignage de loyauté et probité de caractère donné à M. Spérino par la commission, eût été changé en arme pour accuser celle-ci de contradiction avec elle-même. Mais ce témoignage spontané, a ajouté M. le rapporteur, est un document public qui porte la date du 7 mars 1853; la commission n'avait pas eu de motif pour le retirer jusqu'au 18 décembre; mais à partir de cette date, il n'existe plus, il est comme une lettre morte.

M. le rapporteur a ensuite donné un esquisse de l'esprit général qui règne dans la réponse critique de *Spérino*, montrant que celui-ci, au lieu de contester d'abord les cinquante-quatre faits consignés au rapport, a au contraire cherché à mordre çà et là le rapporteur, laissant de côté les faits, qui *restent tous dans leur intégrité*. En outre, le rapporteur fait observer qu'il y a deux différences dans les faits relatés par la commission et ceux qu'on voit dans le livre de *Spérino :* la première, qui consiste dans la manière de voir, s'explique naturellement en ce que *M. Spérino*, étant entré dans le champ des expériences syphilisantes avec une pleine conviction de la bonté de la syphilisation, il est naturel qu'il dût voir tous les faits y relatifs sous un jour favorable, tandis que la commission étant pleinement indifférente, a jugé impartialement, froidement ces faits, et n'a pu partager l'enthousiasme de M. Spérino. Quant à la seconde différence, consistant dans la description matérielle des inoculations et de leurs produits, cette différence est toute entière à la charge de *M. Spérino*, qui, dans ses observations, ne donne pas toujours des nombres précis et déterminés, mais seulement des quantités vagues et indéterminées qu'on ne peut pas traduire en chiffres.

Quant à l'influence, niée par M. Spérino, du tempérament et de la constitution individuelle par le nombre et le développement des produits de l'inoculation, le rapporteur lui a fait observer :

1° Que les diagnostics de chaque tempérament avaient été pris d'après les observations mêmes de son livre et acceptés par la commission; de sorte que, comparant les histoires de celle-ci et les observations de *M. Spérino*, on trouverait les mêmes résultats.

2° Que si, pour quatre cas, c'est-à-dire pour les femmes des nos 30, 39, 34 et 14, il existait des différences, la faute en est à *M. Spérino*, qui, ayant diagnostiqué d'abord tel tempérament, telle constitution, changeait ensuite son diagnostic, lorsque les femmes, soit pour avoir été très-maltraitées par la syphilisation, comme dans la femme du n° 30, soit pour avoir été obligées de rentrer au syphilocôme après leur syphilisation avec des nouvelles infections et des *adénites cervicales*, comme il a été pour la femme du n° 14, parce qu'il trouvait avantageux de changer le tempérament *sanguin-lymphatique* en *constitution scrofuleuse*, changement dont *M. Spérino* a d'ailleurs donné avis à la commission, mais que celle-ci n'a pas pu accepter.

3° Quant au nombre des inoculations, des ulcères, des pustules, à leur largeur, à leur durée, tous phénomènes que *M. Spérino* proclamait ou faux, ou exagérés, ou altérés, le rapporteur rappelle que la commission ayant donné des chiffres exacts pour tous ces phénomènes et pour chaque cas, et les ayant résumés tous dans un grand *tableau général* qui accompagne le rapport, il est facile à chacun de compter, de vérifier, de comparer avec les nombres qu'on peut tirer de l'examen des observations mêmes publiées dans le livre de *M. Spérino, toutes les fois que celui-ci donne des nombres précis.*

Mais puisque *M. Spérino* accusait la commission de n'avoir pas consulté son livre avant de rédiger son rapport, la commission voulait réparer son omission actuellement, acceptant la démonstration de ses calculs par le livre même de *M. Spérino*. La commission, a dit le rapporteur, défie qui que ce soit à lui montrer l'inexactitude de ses calculs; elle prie messieurs les académiciens de vouloir bien confronter ses chiffres avec ceux de M. Spérino, quant aux cinquante-trois faits observés en commun; et, si ces chiffres ne suffisaient pas à la persuader, de vouloir bien prendre les autres quarante-trois faits publiés dans le même livre de M. Spérino et vus par *lui seul*, et de vouloir bien s'assurer si ces faits ne donnent pas les mêmes résultats que ceux de la commission, sinon de plus accablants encore.

4° Quant à la contradiction imputée à la commission sur le pain accordé aux syphilisées, le rapporteur a répondu qu'à la page 21 du rapport, dans une note, il est dit que *M. Spérino* avait obtenu du ministre de l'intérieur de pouvoir faire donner aux femmes qui se soumettraient le plus promptement à la syphilisation une livre de pain de plus qu'à l'ordinaire, ce que la commission voyait avoir été fait réellement; mais que ce fait si simple avait été exposé à la page 129 du livre de *M. Spérino* d'une manière tout à fait contraire à la vérité, disant que la syphilisation accroissant l'activité des fonctions digestives, avait obligé *M. Spérino* à devoir prescrire une quantité majeure de pain de plus qu'à l'ordinaire, aux femmes en cours de syphilisation. Voilà le pain de l'obéissance donné aux martyrs de la syphilisation changé dans un effet salutaire de la syphilisation!

---

leur profit des occasions innombrables que leur présente leur pays pour la perfection de leur art. Il n'est pas douteux qu'on ne verrait bientôt s'élever bien des grands génies, pour l'avancement de la chirurgie et l'honneur de l'Angleterre; mais tant que le service d'un hôpital, et je crains fort que ce ne soit trop souvent le cas, est assujetti à l'extravagance et au bon plaisir, on ne doit pas s'étonner que les élèves de cette Université y fassent aussi peu de progrès, que d'autres dans les séminaires jadis célèbres d'Oxford et de Cambridge.

Insensibles à leurs vrais intérêts, bien des jeunes chirurgiens retournent dans leur patrie plus maniérés, mais moins instruits que s'ils étaient restés chez eux. Il serait absurde de croire que des hommes de cette trempe retirent quelque avantage de ce tour de France si à la mode, vu que chaque nouveauté frivole attire les regards et que chaque endroit détourne l'attention d'une personne qui ne demande pas mieux que de se distraire; et quant aux sujets même les plus voués à l'étude et à la perfection de leur art, je crois qu'il paraîtra assez clair combien peu ils en retirent de fruit.

Comme les élèves français sont bien moins dorlotés que les Anglais et par conséquent plus attachés à leurs études, ils retirent nécessairement plus d'avantages du tablier. Mais ce n'est pas là une preuve qu'ils aient plus d'occasions de profiter que chez nous, c'en est une plutôt de notre faiblesse, qui ne pouvons nous croire accomplis dans notre profession sans faire un tour à Paris pour six semaines. C'est une vieille maxime, aussi vraie que sage, que les voyages font plus souvent un fat accompli qu'un homme aimable. Et comme Anglais, je voudrais conseiller à ceux de mes compatriotes qui projettent de faire ce tour, à ne pas être dupes d'une nation qui nous regarde comme les singes de ses folies. C'est bien la peine d'épuiser nos fortunes parmi eux pour leur servir de risée.

Embrassons donc toutes les occasions que la patrie nous présente d'exceller dans nos professions, en observant et imitant ces grands modèles qui sont à la tête de nos hôpitaux. Montrons aux Français que nous n'avons rien à copier d'eux que la bonne opinion de nous-mêmes et l'amour de la patrie. Et alors, comme j'ai déjà dit, il n'est pas à craindre que le siècle à venir ne produise d'aussi grands génies que ceux du présent, génies qui, sans vanité, tant par leurs lumières que par l'adresse des mains, égalent, s'ils ne surpassent point, tous ceux que la France ait jamais produits.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

5° Que la *durée moyenne* des différents accidents syphilitiques primitifs et secondaires avait été calculée, par la commission, séparément de la *durée moyenne* de la syphilisation, celle-ci ayant été comptée dès les premières et jusqu'au dernières inoculations, et celle-là dès l'entrée jusqu'à la sortie des malades du syphilocôme; que si la durée et de l'une et de l'autre paraissait à l'Académie et à *M. Spérino* un peu trop forte, relativement aux cinquante-trois cas observés par la commission, on pouvait prendre les quarante-trois exposés dans le livre de *M. Spérino*, et vus par lui seulement, et on aurait les mêmes résultats. Enfin, que c'était une grave erreur que le calcul statistique triennal du syphilocôme turinois, présenté par *M. Spérino;* car dans son calcul, étaient comptées toutes les maladies de la peau admises au traitement curatif dans le même établissement, c'est-à-dire, la *teigne*, la *gale*, etc., et non pas seulement les affections vénériennes. En outre, la question étant de voir si la syphilisation, considérée comme méthode curative de la syphilis, est supérieure ou non, ou égale aux autres méthodes ordinaires, on ne pouvait pas dériver la solution du problème des calculs de *M. Spérino,* qui avait compté les 96 syphilisées avec les autres 900 femmes, vénériennes ou non, soignées dans la même période triennale, dans le syphilocôme; qu'il faudrait les séparer, et calculer à part les unes et les autres. A cette démonstration très-évidente, le public a été très-impressionné.

6° Quant aux accidents morbides, syphilitiques ou non, survenus pendant la syphilisation, aux méthodes curatives employées pour les guérir, à leur durée absolue, et relativement aux dangers et inconvénients qu'entraîne la syphilisation, le rapporteur disait que si l'Académie n'était pas encore convaincue par les faits consignés dans le rapport de la commission, celle-ci l'invitait à y joindre les quarante-trois observés par *M. Spérino seul,* et publiés dans son livre lesquels lui en donneraient la plus belle démonstration. Enfin, reprenant toutes les paroles et propositions du fameux discours de *M. Spérino*, prononcé à l'Académie le 23 mai 1851, il a montré avec la plus claire évidence que les faits avaient démenti toutes ses promesses sur la syphilisation, sans en excepter une seule.

Dans la deuxième partie du rapport, *M. Spérino* ayant peu détruit, peu, par conséquent, le rapporteur avait à reconstruire; seulement, il s'est arrêté à l'article 8, qui parle des dangers et dommages qu'entraîne la syphilisation chez l'homme: et prenant les quarante-trois observations publiées dans le livre de *M. Spérino*, et non vues par la commission, il a montré qu'il y en avait dix-huit sur quarante-trois qui prouvaient évidemment en faveur de l'article 8 de la deuxième partie du rapport de la commission. Quant à la loi fameuse de la décroissance régulière et constante des chancres successivement inoculés, il a fait voir que si les cinquante-trois cas recueillis par la commission la repoussaient comme inadmissible, *tous les quarante-trois observés par M. Spérino seul* la montraient être d'une complète absurdité.

Enfin, sur les syphilisées rentrées au syphilocôme, avec de nouvelles infections ou récidives, la critique de *M. Spérino* avait été tellement faible, que le rapporteur a eu peu à travailler pour la détruire.

Il a conclu que les trois conclusions du rapport n'ayant pas été attaquées par la critique de *M. Spérino,* elles restent toujours dans toute leur intégrité, dans toute leur vérité.

Avant de finir, le rapporteur a voulu joindre à la réponse de *M. Demaria* quelques nouvelles observations pour repousser toutes les calomnies lancées contre la commission, relativement à son procédé avec *M. Spérino :* parmi les faits et les preuves évidentes et répétées par lesquelles il a prouvé que, au lieu d'injures, *M. Spérino* aurait dû plutôt payer de courtoisie et de gratitude la commission, il rappelait l'histoire 54 du rapport, qui seule, parmi les 54, ne mentionne pas, dans sa dernière page, le *résultat final*. Or, la femme qui fait le sujet de cette observation est morte en conséquence des chancres phagédiniques et gangréneux inoculés les 30 mai et 3 juin 1851, qui en juillet, lorsqu'ils avaient perdu leur caractère phagédénique et virulent, donnaient lieu à un autre chancre à la région du coccyx, lequel entraîna la pauvre femme à la mort. La commission, pour ne pas compromettre le collègue et ne pas sacrifier la vérité, décida de taire le *résultat final*. Cette communication a été faite dans la troisième séance accordée au rapporteur pour sa réplique, et à laquelle n'assistait pas *M. Spérino*. L'auditoire en a été frappé de stupeur. Enfin, le rapporteur, séparant la question scientifique de toute question personnelle, a fini par donner à *M. Spérino* tous les témoignages de son estime particulière, quoiqu'il soit persuadé qu'en fait de syphilisation, il se trompe.

Après le rapporteur, le docteur *Sella* a eu la parole. Celui-ci a pris corps à corps la doctrine de la syphilisation, et il a commencé à l'examiner dans sa définition, son origine, ses principes fondamentaux, ses diverses méthodes d'application, ses phénomènes et ses produits, ses promesses diverses, ses espérances, ses faillites, ses effets, ses dangers, ses dommages, son immoralité et sa turpitude. Il a mis ensemble et fait parler MM*** et Spérino, les deux grands machinistes de la comédie, et Gamberini, de Boulogne, et Thiry de Bruxelles, et Sygmund, de Vienne, dont le docteur *Sella* a visité les infirmeries dans le mois de septembre dernier, et il a montré sans peine que la doctrine prétendue de la syphilisation n'est autre qu'un tissu de contradictions, d'erreurs les plus monstrueuses, d'ignorance, de tromperies impies, d'égarements de la raison; bref, il a fait un discours des plus remarquables, qui a frappé profondément le nombreux auditoire, et qui a occupé une séance et demie, c'est-à-dire vendredi soir et hier soir.

Après *M. Sella* a eu la parole *M. Spérino* pour répliquer à la commission. Il a commencé par dire que si les paroles de son *examen critique du rapport* lu dans les jours passés, ont semblé un peu amères, on les lui devait pardonner, car il avait été blessé vivement dans son honneur et sa réputation par un *rapport* rédigé exprès pour le *ruiner* (bruit dans l'Académie), car la main qui avait rédigé ce rapport était la même qui, hier soir, soulevait le drap mortuaire de la femme n° 34, et y écrivait : *Depuis un an, victime de la syphilisation....* A ces injures répliquées, la jeunesse visiteuse du syphilicôme applaudissait fortement. Alors toute la commission, et moi en tête, s'est levée, et a déclaré que le champ de la discussion devant être exclusivement scientifique et jamais personnel, comme le voulait rendre *M. Spérino,* la commission ne pouvait pas assister à ce spectacle théâtral, qui blessait la dignité de l'Académie et de la science.— Quelques académiciens crièrent alors : *Aux voix; il suffit.* — Le président se décidait à faire voter; mais sur l'observation du commissaire *Demaria*, qui fit observer que le vote fait sous la pression morale exercée alors par l'Académie, pourrait sembler avoir eu lieu sans une entière liberté, le président invita l'Académie à se réunir lundi soir *en séance privée* pour voter, et leva la séance. *M. Spérino* a dû partir avec ses papiers et ses livres, accompagné par la désapprobation de toutes les personnes intelligentes, impartiales et de bon sens. — Voilà les premiers honneurs funèbres; à demain l'enterrement. Adieu, mon cher et très-honoré confrère. Agréez toute mon estime particulière et mes amitiés. *Votre très-affectionné confrère,* F. Fr.

Remarques sur la ligature de la sous-clavière entre les scalènes, et sur les anomalies osseuses de la région sus-claviculaire,

Par M. Chassaignac, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

(*Suite et fin. Voir le n° 156.*)

Si, avec des circonstances anatomiques semblables et sur un sujet vivant, on eût pratiqué la ligature de la sous-clavière, on aurait pu dans la recherche de l'artère qui n'était point à sa place habituelle déchirer cette aponévrose et ouvrir la cavité de la plèvre. On conçoit, dès lors, les dangers auxquels une semblable disposition peut exposer, et l'importance que doivent attacher les chirurgiens à la connaissance d'une variété anatomique aussi curieuse. C'est ce qui m'a engagé à en donner une description

détaillée, d'autant mieux que les cas d'absence complète de la première côte ne sont pas fréquents, et que dans les cas de ce genre qui ont été mentionnés par les auteurs, nous ne trouvons, dans les cas connus d'absence de la première côte, aucune description exacte de l'état des parties qui ont, à l'état normal, des connexions de voisinage ou de continuité avec cette côte. Il suffit de jeter en coup d'œil sur les traités d'anatomie, pour voir quel est à cet égard l'état de la science.

Meckel, dans son *Traité d'anatomie,* s'exprime ainsi au sujet de l'absence de la première côte : « On peut, dit-il (p. 611), établir en règle générale qu'il ne manque jamais plus d'une côte de chaque côté; que ce n'est jamais la supérieure, mais toujours l'inférieure ; qu'il est plus commun de la trouver absente des deux côtés à la fois que d'un seul côté; enfin que l'absence d'une côte peut exister avec ou sans absence d'une vertèbre. »

H. Cloquet, dans son *Anatomie* (t. 1, p. 52), s'exprime ainsi, au sujet des variétés dans le nombre des côtes : « Il n'est point rare de voir varier le nombre des côtes, soit en plus, soit en moins; mais les variétés ne montent presque jamais au-dessus de 13 côtes à droite et à gauche, ni ne descendent au-dessous de 11 ; quelquefois, même, cette disposition n'existe que d'un seul côté ; lorsque le nombre des côtes est ainsi augmenté ou diminué, le même phénomène se remarque dans les vertèbres dorsales. »

Gavard, *Ostéologie* (p. 55) : « On a vu des sujets chez lesquels les côtes étaient au nombre de 26, d'autres qui en avaient 25, d'autres enfin qui n'en avaient que 23 et même 22. »

Le même auteur (p. 56) : « Les côtes surnuméraires, lorsqu'il en existe, se trouvent ordinairement placées sur la partie inférieure du col et ne sont qu'un prolongement de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre cervicale. Cependant, il est des sujets chez lesquels on ne peut pas douter qu'elles ne se soient développées dans un cartilage primitivement existant, puisqu'elles viennent s'articuler avec le sternum et qu'elles se trouvent quelquefois articulées en arrière avec la première vertèbre lombaire. Je ferai observer encore que, quand les côtes sont au-dessous de leur nombre ordinaire, cela vient quelquefois d'un défaut des germes d'ossification, et quelquefois de ce que deux ou plusieurs côtes sont soudées ensemble; mais il est aisé de faire la différence de ces deux cas : dans le premier, les côtes ont une largeur accoutumée et n'offrent rien de particulier dans leur articulation avec les vertèbres ; dans le second cas, au contraire, on trouve beaucoup de largeur dans la côte qui résulte de la soudure de plusieurs autres, et ses articulations se font avec plusieurs vertèbres. »

Nous devons faire encore une observation, qui va nous conduire à dire deux mots du procédé de Dupuytren dans cette ligature. L'opération est assez facile chez les sujets qui ont les épaules basses, et, par conséquent le col allongé; mais chez les sujets qui ont les épaules très-élevées, et relativement, le col court, la clavicule étant très-élevée aussi, par rapport à la première côte, l'opération devient alors excessivement difficile. Il faudrait dans ce cas employer le procédé de Dupuytren, qui consiste à inciser sur la sonde cannelée, de dehors en dedans, le scalène antérieur, pour arriver à l'artère qu'il laisse à découvert. Mais une faute qu'il faut se garder de commettre, dans ce cas, c'est de couper le nerf diaphragmatique qui passe au-devant et au bord interne du scalène antérieur. Toute l'opération se fait, du reste, de même que dans le cas précédent. Dans des cas analogues, on pourrait tirer un grand secours d'une incision faite parallèlement au bord postérieur du sterno-mastoïdien, et tombant à angle sur la première incision. Cette manière d'opérer a été, du reste, conseillée comme méthode générale par Physick.

J'ai remarqué que quelquefois l'insertion du scalène postérieur présente aussi, elle, un tubercule plus saillant chez certains individus que celui du scalène antérieur; c'est la cause d'une méprise qui peut être bien fâcheuse dans la ligature de la sous-clavière, méprise par suite de laquelle on s'obstinerait, en prenant pour point de départ le tubercule postérieur, à vouloir chercher l'artère en arrière du scalène postérieur, tandis qu'elle est toujours en avant; c'est parce que j'ai vu plusieurs fois commettre cette méprise sur le cadavre, par suite de la prédominance du tubercule scalénien postérieur, que j'ai cru devoir consigner cette remarque, qui ne m'a pas paru dénuée d'utilité, et qui est de nature à faire éviter une erreur regrettable au chirurgien averti de la possibilité du fait en question.

Bichat ne mentionne même pas les anomalies dans le nombre des côtes.

Voici ce que dit Sœmmering, *de Fabricâ corporis humani,* t. I, page 250 : « On trouve le plus souvent douze côtes de chaque côté; cependant, il n'est pas rare d'en observer une surnuméraire, à la partie, soit supérieure, soit inférieure du thorax, et si c'est à la partie supérieure, elle est plus ou moins semblable à la première côte. » Leveling a décrit une côte surnuméraire qui ressemble peu à la première côte (*Obs. anat. rariores, Ingolstadt,* 1786); d'autres observateurs en ont décrit qui lui ressemblent davantage; celle qui s'en rapproche le plus se trouve dans ma collection ; cependant j'ai sous la main une côte surnuméraire plus petite que celle qui est décrite dans l'observation d'Hunault, pareille à la première côte; pourtant la similitude est loin d'être complète, parce que, s'il en était ainsi, cette côte surnuméraire serait la première côte, à moins qu'il n'y eût six vertèbres cervicales, et que l'os inférieur oblong, uni aux vertèbres, ne fût la treizième côte; mais le plus souvent cette côte intermédiaire se trouve pour ainsi dire entre la première côte et l'apophyse transverse de la septième cervicale; or, dans ce cas, la première côte unie au sternum est habituellement plus longue et plus mince, et par suite l'espace intercostal beaucoup plus considérable, ce qui prouve évidemment que l'os supplémentaire remplace la côte et concourt à l'agrandissement de la cavité thoracique.

Quand la treizième côte se trouve à la partie inférieure du thorax, il y a le plus souvent une si grande ressemblance entre elle et la douzième, qu'elles ont la même force et la même longueur; toutefois, la douzième est habituellement plus forte et plus longue.

Quelquefois on trouve un os oblong, plane, articulé avec le rachis, au-dessous de la douxième vertèbre dorsale, à la manière d'une côte surnuméraire, tenant le milieu, pour ainsi dire, entre la douzième côte et l'apophyse transverse de la première lombaire, ou servant de transition entre la côte et l'apophyse transverse.

On dit aussi avoir trouvé jusqu'à quinze côtes chez l'homme. (Bertin, *Ostéologie,* p. 142.)

Quelquefois, il n'y a que onze côtes, mais toutes les côtes sans exception sont plus larges et plus fortes, toutes choses égales d'ailleurs, que quand le thorax est pourvu de douze côtes.

Etudes sur les alîments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

Ainsi que nous l'avons annoncé, nous publions aujourd'hui un long extrait de l'important travail de M. Corvisart.

L'aliment n'est qu'une substance brute, d'une qualité tout inférieure. Par lui-même, il n'a aucune propriété pour entretenir la vie; il laisse périr d'inanition celui qui ne digère point.

La digestion lui donne tout à coup une aptitude vitale, en vertu de laquelle il peut concourir à l'entretien de la vie (1).

De même, l'œuf brut reçoit seulement et tout à coup, par la fécondation, une aptitude vitale, en vertu de laquelle la vie d'un nouvel être se développe.

---

(1) Quand, bien entendu, il est absorbé par un être vivant doué de forces assimilatrices.

L'œuf non fécondé, l'aliment non digéré, sont des corps inertes.

J'appelle expressément *nutriment* tout aliment qui a l'aptitude vitale, qui, par lui-même, sans aucune nouvelle préparation, peut, dès qu'il est absorbé, servir à l'entretien de la vie, en concourant soit à la composition, soit au jeu des organes, c'est-à-dire qui est propre à nourrir même celui qui ne digère point.

Je réserve le nom d'aliment pour toute substance brute qui n'a pas cette propriété, mais qui peut l'acquérir.

M. Mialhe a pensé que tous les aliments azotés se résolvaient par la digestion en albuminose; ce corps serait pour moi un nutriment.

Mais j'espère démontrer : 1° qu'il existe plusieurs nutriments azotés; 2° que la digestion est un, mais n'est qu'un des moyens de transformer les aliments en nutriments; 3° que l'usage de plusieurs nutriments est aussi nécessaire à l'entretien de la vie que l'usage de plusieurs aliments (1).

Les applications pratiques de ces études, relativement au traitement des maladies qui, primitivement ou consécutivement, empêchent l'estomac de digérer, sont si grandes qu'on ne saurait donner trop d'attention à ce que j'appelle nutriment, et la différence qui existe entre ce dernier et l'aliment brut est si capitale, qu'il est de la plus haute importance de pouvoir reconnaître aussitôt un nutriment d'un aliment, avant même de l'administrer au malade.

N'est nutriment que toute substance qui, introduite dans la profondeur de nos tissus et sans même avoir besoin de toucher les organes de la digestion, agit à la manière des substances qui ont été digérées dans le canal digestif!

Nourrir les malades qui ne digèrent point par ma méthode est donner la plus belle preuve de ce qui précède. Je renvoie provisoirement aux exemples de guérison consignés dans la thèse du docteur Hérard (2).

Ici je ne veux donner que des expériences physiologiques sur des animaux vivants; je puis conduire ces expériences à ma volonté, d'une manière toute scientifique et convaincante, parce que, ce que je ne puis faire avec les malades, je puis le faire avec les animaux, c'est-à-dire empêcher tout contact avec les voies digestives.

Cette condition d'expérience a une grande valeur, sans elle on se priverait de preuve scientifique rigoureuse, chacun pourrait toujours objecter que la qualité nutrimentaire de la substance administrée n'a été acquise que par le contact avec le canal digestif, et n'existait pas auparavant.

Si l'on veut introduire le nutriment par une voie naturelle, et qu'on exclue le canal digestif, il ne reste plus guère, pour l'y mettre, que la vessie; mais cet organe excréteur, pourvu d'une faible force d'absorption, il ne pourrait faire pénétrer que des parcelles de nutriment trop minimes pour nourrir, employât-on le meilleur nutriment.

Je ne pouvais non plus nourrir des animaux en leur injectant des nutriments dans les veines, car pour acquérir la preuve qu'ils étaient nourris, il faudrait, pendant plus de quinze jours, répéter cette opération sur chaque animal. (Chossat, en effet, a montré que l'inanition pouvait ne faire périr les animaux qu'au bout de quinze jours.) Or, l'inflammation des veines, l'infection purulente, eussent été les suites inévitables et mortelles de tant de blessures aux veines.

Je devais donc renoncer à ce genre de preuve pour juger la question.

J'avais fort heureusement un moyen qui remplaçait admirablement tous ceux-là, et qui, sans causer la mort des animaux ni même les rendre malades, juge beaucoup plus rapidement si une substance a la propriété d'être utilisée, assimilée par l'économie.

Ce moyen fournit un caractère des plus tranchés; il nous est donné par une expérience très-simple et très-belle, qui a été faite d'abord par M. Cl. Bernard.

Cet habile physiologiste a injecté dans les veines d'un animal du blanc d'œuf naturel, dans les veines d'un autre animal, il a injecté du blanc d'œuf digéré, puis il a examiné les urines à l'aide des réactifs chimiques.

Il a vu alors une différence frappante et caractéristique, le blanc d'œuf digéré ne s'y retrouvait pas; il avait été utilisé par l'organisme; le blanc d'œuf naturel avait passé dans les urines, il n'avait pas servi.

Ce qui donne à ce caractère un haut degré de certitude, c'est que cette propriété qu'ont les sécrétions, comme celles des urines, de chasser hors du corps l'albumine brute, s'étend à un vaste système d'élimination.

Toute substance qui n'est pas utilisable dans l'organisme et qui y pénètre est rejetée rapidement au dehors; ainsi des poisons, des médicaments, etc. (1). Nous possédons donc là un caractère précieux, c'est lui qui va nous servir.

Comme j'ai fait plus de cinquante injections de matières alimentaires ou nutrimentaires dans les veines des animaux, je dois, afin que le lecteur soit bien à même de me juger, rapporter comment je les ai faites :

1° J'ai toujours pris des lapins à peu près de la même grosseur, pesant toujours 1 kilog. 1/2 à 2 kilog.;

2° Les animaux ont toujours été à jeun dans les douze heures qui précédèrent l'injection, et dans les douze heures qui la suivirent;

3° Les urines ont toujours été prises avant l'opération et examinées aussitôt;

Celles qui suivirent l'opération ont toujours été recueillies et examinées pendant douze heures, soit l'une après l'autre ou collectivement. En sorte que les modifications apportées d'heure en heure pouvaient être découvertes facilement (toutes les précautions furent prises pour que les urines ne fussent jamais salies par les matières fécales ou autres).

4° Jamais, pour éviter les erreurs que la putréfaction aurait apportées, il ne se passa plus de douze heures pendant l'examen de tous les liquides d'une même expérience, et les solutions étaient injectées aussitôt faites;

5° Les animaux ne perdirent jamais plus de 10 grammes de sang pendant l'opération; l'opération fut toujours terminée en dix ou quinze minutes; l'injection eut toujours lieu avec 30 grammes de liquide à la température du corps, filtré, limpide, et fut toujours lentement poussée. C'était toujours le liquide lui-même qui venait de servir à l'injection, qui fut examiné par les réactifs comparativement avec les urines;

6° Toutes les urines qui furent examinées furent alcalines, mais comme souvent la liqueur d'injection (pour la fibrine) était acide, j'examinai avec ces mêmes réactifs les urines, d'abord à l'état alcalin et naturel, puis après les avoir légèrement acidifiées par l'acide chlorhydrique, pour me rapprocher complétement de l'état d'acidité où j'avais examiné la liqueur injectée;

7° Comme en passant dans la vessie la liqueur injectée s'étendait de la quantité des urines, ce qui aurait pu y rendre les réactions moins sensibles, je n'ai jamais examiné les urines, au point de vue des réactions chimiques, que comparativement à une solution deux fois moins concentrée que celle qui avait été injectée;

8° Tous les réactifs furent toujours tirés des mêmes flacons, en sorte que toujours leur sensibilité fut égale;

Quoique j'eusse pris toutes ces précautions, je voulus faire plus encore, pour ne point me tromper.

9° Toutes les fois que je supposai qu'une matière devait passer dans les urines, outre l'expérience habituelle, j'en faisais une autre, mais avec une quantité bien inférieure; en sorte que, si malgré cela, je la retrouvais dans les urines, il était bien évident qu'elle

(1) Les plus probantes expériences ont montré qu'un animal périt d'inanition quand on ne lui donne absolument à manger qu'un seul aliment.

(2) *Thèse pour l'agrégation en médecine*. Paris, 1853.

(1) *Voir* les beaux travaux de Volher, Kramer, Orfila, Bernard.

avait passé, parce qu'elle n'était pas nutrimentaire, et non point parce qu'elle était injectée en trop grande quantité.

C'était l'inverse pour les substances que je croyais nutrimentaires, j'exagérai la dose injectée.

En me créant ces obstacles, je rendais les résultats plus évidents, et d'ailleurs grossissant les obstacles, je pouvais mieux les voir et les étudier.

Les lapins que j'ai employés n'avaient pas 400 grammes de sang, l'injection de 30 grammes de liquide augmentait donc considérablement la distension des vaisseaux, et favorisait le passage de la substance injectée dans les urines; ce qui n'y passait pas, avait donc bien qualité pour y rester; c'est-à-dire était bien nutriment.

Quoique relativement aux quelques injections qu'on avait déjà tentées (c'était sur des chiens), j'eusse injecté environ quatre fois plus de substance dissoute, j'aurais bien voulu injecter encore plus de matière que je n'ai fait, mais toutes ces matières albuminoïdes alimentaires ou nutrimentaires sont tellement visqueuses, qu'elles ne passent au filtre (avec la solution au 30e que j'ai employée) qu'avec une lenteur qui donne presque le temps à la putréfaction de venir.

En sorte que force m'a été de m'arrêter là, crainte d'injecter des matières putrides et mortelles, par cela même.

Je reviens à mon sujet.

Toutes les fois que nous injecterons dans les veines une substance alimentaire, et qu'elle ne passera pas dans les urines, nous serons assuré qu'elle a été retenue dans les organes, utilisée par eux, pour l'entretien de la vie, c'est-à-dire que nous serons assuré que c'était un *nutriment*.

Toute substance alimentaire que nous retrouverons dans les urines ne sera qu'un aliment.

Nous montrerons que, ni les caractères physiques, comme croyaient Réaumur, Spallanzani, de Beaumont, etc., ni les caractères chimiques, comme il résulterait des travaux de M. Mialhe sur l'albuminose, ne peuvent donner la certitude que telle substance est ce que j'appelle *nutriment* ou qu'elle est aliment.

Nous étudierons néanmoins tous ces caractères.

Il y a deux espèces d'aliments et de nutriments.

I. *Aliments et nutriments de combustion, respiratoires.* — Leur rôle principal consiste à donner, soit d'une manière directe, soit à l'aide de transformations successives, des produits qui, par une combustion facile, entretiennent la chaleur animale.

Ces corps sont les huiles, les gommes, les fécules, les sucres et leurs dérivés : tous corps riches en carbone et en hydrogène, très-combustibles.

L'oxygène, qui entre surtout par la respiration, va les brûler; aussi les a-t-on appelés aliments respiratoires.

Leur présence dans l'organisme est extrêmement transitoire; leur présence n'est point, pour ainsi dire, essentielle à la composition organique de notre corps. On vit sans tissu adipeux abondant, et fort bien.

Aucun n'est destiné à former une substance réellement organisée et vivante, car leur plus haut degré d'organisation est le globule graisseux.

Le moment où ils servent est précisément celui où ils deviennent complétement du domaine des corps inorganiques, quand ils se brûlent.

A. Les uns ont besoin de subir des modifications pour se convertir en *nutriments*.

Ainsi, la fécule ne saurait être utilisée par l'organisme qu'à une condition, celle d'être transformée en un corps particulier appelé sucre de glucose.

La salive, les sucs intestinaux, le suc pancréatique, ont cette propriété. Ils convertissent les aliments, fécule, amidon, sucre, en un *nutriment*.

C'est là le produit de leur digestion.

C'est une digestion, une transformation très-élémentaire, l'économie, quelque malade qu'elle soit, presque jamais ne la manque.

Mais aussi, hors de l'organisme et sans digestion, l'art sait faire ce nutriment.

La chimie fait ce glucose, et il a toutes les qualités qu'il eût acquises par la digestion.

On ne saurait y trouver, ni une différence physique, ni une différence chimique, et, injecté dans les veines d'un animal, ce nutriment ne passe point dans les urines, reste de même dans l'économie, y est employé aux mêmes usages et aussi bien. Progrès peu utilisé jusqu'à présent.

B. Les huiles et les graisses sont moins difficiles encore à être transformées en nutriments; *elles sont déjà nutriments.*

A part qu'elles ont besoin, pour être absorbées, d'être divisées à l'extrême, émulsionnées, elles ne subissent aucune modification quand elles entrent dans la profondeur de nos tissus et y sont utilisées (1).

Il y a donc des nutriments respiratoires de trois sortes : 1° naturels; 2° produits de l'art; 3° produits de digestion, et ces derniers d'une digestion élémentaire.

Je passe rapidement sur la digestion des aliments respiratoires ou de combustion, à cause de la simplicité de leur manière d'être comme aliments et nutriments.

J'ai plus particulièrement en vue, dans mes études, la deuxième espèce.

II. *Aliments et nutriments de composition plastique ou azotés.* — Ce sont eux qui forment, à proprement parler, la substance même de notre corps, la substance de tout ce qui vit en nous.

Aussi les corps ayant reçu une haute organisation sont-ils seuls propres à les fournir : c'est la viande, le sang, etc., des animaux, ou les parties les plus complexes des végétaux.

Les parties qu'ils concourent à former en nous sont aussi les plus organisées.

A cause de cela, leur séjour dans l'organisme est prolongé, et presque jamais ils ne sont chassés hors du corps qu'après avoir été altérés par un long usage.

Pendant la maladie, le tissu adipeux venu des aliments respiratoires disparaît sans renouvellement, avec une rapidité parfois prodigieuse : l'amaigrissement des muscles est beaucoup plus lent; celui du tissu nerveux d'une lenteur extrême, preuve bien palpable du séjour prolongé des nutriments de composition dans le corps.

La plupart, ou plutôt la plus grande partie de ces aliments par excellence, nous viennent des animaux, de leur chair, de leur sang, de leur lait, de leurs œufs, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) MM. Bouchardat et Sandras ont retrouvé, dans le chyle, l'huile d'amandes douces, la graisse de mouton, de porc, chez les animaux qui en avaient mangé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Marche du choléra.* — Persistance de la diminution.

— On lit dans *la Presse* :

« Une lettre de Vienne nous apprend une bien triste nouvelle dont nous aimons à douter encore : mademoiselle Plunkett, la délicieuse sylphide, se serait fracturé la jambe à une répétition. »

— Une mesure considérable, sous le rapport de l'alimentation, vient d'être prise en Autriche, et appelle l'attention des économistes des autres pays. A la suite d'un travail spécial du comité de salubrité publique, le gouvernement a autorisé la vente de la viande de cheval dans les boucheries et autres établissements publics.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

LE MONITEUR DES HOPITAUX.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME PREMIER.

A.

Abcès de l'aisselle (leçon clinique sur les), 66.
— artificiels comme moyen curatif, 174.
— par congestion (traitement des) par le protoiodure de fer, 216.
— urinaire, 314.
— par congestion; injections iodées; mort, 511.
— symptomatiques des lésions osseuses, 828, 841, 849, 868, 881.
— du foie, 964.
Absorption des cartilages du nez, 1231, 1248.
Académie (président d'honneur de l') de médecine, 40, 104.
— question de permutation, 186.
— associés étrangers, 186.
— (expulsion des journalistes du secrétariat de l') des sciences, 489.
Acclimatement, 49.
Accouchements (des douches utérines dans la pratique des), 137, 147, 340.
— questions obstétricales, 161, 165, 294.
— (anesthésiques dans les), 793.
— prématuré artificiel, 889.
Acide (tumeur érectile traitée par l') nitrique, 361.
— tartrique dans les eaux gazeuses, 1238.
Acné, 3, 110, 1044.
Aconit (sirop d'), 1006.
Acoumétrie, 1006.
Adénites strumeuses, 1018.
Air (appareil à) chaud, 256.
— (emploi de l') comprimé en thérapeutique, 1209.
Albumine iodée, 671, 689, 694, 744.
— dans le lait normal, 463, 926.
Albuminurie (traitement de l') par l'ozone, 72.
— (traitement de l'), 954.
Alcalis (sur l'antidote des) végétaux toxiques, 56.
Alcaloïdes des quinquinas, 743.
Alcooliques (falsification des boissons), 489.
— (injections) coagulantes, 504.
Aliénation mentale (hérédité dans l'), 24.
— (traitement moral de l'), 24, 33.
— (danger des douches froides dans le traitement de l'), 71.
Alimentaire (régime) des lycées, 873.
Alimentation des nouveau-nés par les injections nasales, 409.
— (influence des ferments glucosuriques du son dans l'), 912.
— (nouveau moyen d') chez les sujets qui ne digèrent pas, 1241, 1246, 1254.
— (rôle du phosphate de chaux et des chlorures alcalins dans l') insuffisante, 1246.
Ammoniaque (existence de l') dans les eaux, les plantes et l'atmosphère, 327, 360, 759.
— dans les eaux de pluie, 808.
— (urate d') dans le choléra et les affections intermittentes, 1216.
Amputation sous-astragalienne, 48.
— tibio-tarsienne, 146.
— (nouveau procédé pour l')de la mach oire inférieure, 172.
— (saillie de l'os après l'), 219.
— du maxillaire supérieur, de la moitié du maxillaire inférieur et de l'os zygomatique, 337.
— (indication des), 577.
— des os du métacarpe, 671.
— partielle du pied, 1059.
— de tout le côté droit de la face, 1161.
Amylacées (digestion des matières), 1127.
Analyses chimiques, 888.
— de l'eau de pluie, 1177, 1181.
Anasarque guéri par trois soupes au lait et l'oignon cru, 1167.
Anatomie (manuel d') pathologique, par A. Forster. Compte rendu, 222.
— micrographique, 960.
Anesthésique (tolérance), 163.
— dans les accouchements, 793.
Anévrisme de la face, 47.
— traité par les hémostatiques, 289.
— traité par le perchlorure de fer, 337, 463, 537, 993, 1060, 1073, 1076, 1097, 1116, 1117, 1121, 1126, 1145, 1149, 1150, 1159, 1164, 1193, 1196.
— 359.
— (injections alcooliques coagulantes dans le traitement des), 504.
— traité par le chlorure de zinc, 577.
— artérioso-veineux, 773.
Anévrisme brachio-céphalique traité par le perchlorure de fer, 1159, 1164.
Angine pseudo-membraneuse traitée par la vapeur d'eau, 1200.
Anomalies et monstruosités, 827, 841.
— osseuses de la région sus-claviculaire, 1242, 1253.
Anthropologie. Description de deux individus de la race aztèque, 767, 936, 1102.
Anthropotomie, 954, 958.
Anus contre nature, accidentel, guéri par l'opération modifiée de la fistule à l'anus, 76.
— (traitement de l'), 274, 645.
— (injections alimentaires dans l'intestin, dans l'), 250, 409.
— artificiel, 383.
— (absence d'), 1109.
Apios (tuberosa), 1152.
Apoplexie cérébrale, 1245.
Arachnides pulmonaires, 621.
Arsenic (élimination des préparations d'), 606.
— (morsure de serpent traitée par l'), 1048.
Arthrite suppurée, 97.
Articulations (traité thérapeutique des maladies des), par M. Bonnet (de Lyon). Compte rendu, 753, 762, 769.
— (maladies des), 873.
Ascite traitée par l'injection iodée, 195.
— idiopathique, 387.
— (fomentations de digitale dans l'), 502.
— compliquée d'hydatides, 973.
Asphyxie complète et incomplète, 184.
— (traitement de l') par l'électrisation du diaphragme, 221.
Assistance publique de la ville de Paris, 1113, 1137, 1145, 1153.
Associés étrangers. *Voy.* Académie de médecine.
Atrophie musculaire, 383.

B.

Bandage unissant, 773.
— herniaire crural, 1196.
Belladone contre certaines convulsions, 943.
— (emploi de la racine de), 1191.

Bichromate de potasse comme agent toxique, 822.
Bière (consommation de la) à Paris, 782.
— (fabrication de la), 912.
Blennorrhagie, 902.
Blessures nombreuses par instrument tranchant, 1022.
Boswelia thurifera et encens contre le charbon et la pustule maligne, 1027.
Botanique médicale, 646.
Bronchotomie, 916.

C.

Café (notice sur les succédanés du), 1129, 1161, 1177, 1185, 1193, 1217.
Calculs urinaires, 383.
— rénal énorme extrait du rein droit, 499.
— (nouveau traitement des), 577.
— de l'uretère, 1025, 1032.
— salivaire sub-lingual, 1093.
Canal thoracique, 343.
Cancer. Leçons sur les affections cancéreuses, 177, 206, 250, 378, 570, 634, 804, 929, 1185, 1234.
— de l'épaule, 734.
— du corps de la mâchoire inférieure et de l'os hyoïde, 773.
— du maxillaire supérieur, 826.
— (études sur le), 947.
— des lèvres, 1031.
— du sein, 1075.
— de l'œil, 1092.
— (spécifique nouveau du), 1128.
Capsule hémorrhoïdaire, 938.
Carbonate de magnésie. (*Voy.* Magnésie.)
Cartilages (absorption des) du nez, 1231, 1248.
Castoréum (sirop de), 956.
Castration, 389, 396.
Cataracte (effets physiologiques de la), 320.
— (nouvelle aiguille à succion pour la), 871.
Cathétérisme de la trompe d'Eustache, 1135, 1142.
Cautérisation linéaire, 888.
— du vagin, 957, 999.
— des organes génito-urinaires, 999.
Caverne tuberculeuse ouverte spontanément à l'extérieur, 100.
Cellulose végétale dans la rate malade, 1199.
Céruse (blanc de), 321, 322.
Cerveau (plaie pénétrante du), 125.
— (cas remarquable de lésions du), 129.
Césarienne (opération), moins grave en province qu'à Paris, 162, 167, 356, 371, 612.
— (statistique des opérations), 748.
Chaleur de la tête (influence de la moelle épinière sur la), 222.
— animale, source de l'inflammation, 609.
— (action de la) jointe à la fatigue, 728.
Champignons (désintoxication des) vénéneux, 950.
— (acides contenus dans quelques), 1152.
Chancres (reproduction de) indurés, 1213.
Charbon (propriétés viruleuses du), 385.
— (de l'huile phosphorée dans le traitement du), 385.
— (traitement du) et de la pustule maligne par le Boswelia thurifera et l'encens, 1027.
— (erreurs qui peuvent résulter de la décoloration des liquides toxiques par le), 69, 79.
— dans la putrescence de l'utérus, 1166.
Charlatanisme (rapport sur le), 1095, 1113.
Charlatans au sérail, 496.
Chef des travaux anatomiques (conservation du concours pour la place de), 112.
— (historique de la place de), 727.
Chimie anatomique, 1199.
Chirurgie de marine, 303.
— militaire en Espagne, 576.
— militaire, 640.
— dans les hôpitaux français, en 1750, 1241, 1249.
Chloroforme (nouveau cas de mort par le), 80.
— (règles de l'administration du), 81, 103, 163, 590, 715.
— dans les opérations qui se pratiquent sur le fond de la gorge, 123.
— (cas de mort par le), 184, 200, 553.
— (action anti-hémorrhagique du) dans les opérations, 210.
Chloroforme (cyanose du sang par le), 411.
— (effets consécutifs de l'action du), 411.
— (du) pendant la grossesse et l'allaitement, 428.
— (cas de mort par le). — Procès. 465, 480.
— (emploi du), 478, 562, 1165.
— (accidents produits par le), 561, 633, 638, 682, 686, 705, 708, 710.
— (études sur le), 594, 599.
— (responsabilité médicale au sujet du), 681.
— (influence de l'électricité dans les accidents produits par le), 862, 865, 965.
— (discussion sur le), 1081, 1089, 1107, 1131, 1210, 1218.
— (causes de la mort par le), 1139.
— (emploi local du) contre les douleurs utérines, 1238.
Chlorophosphure de mercure, 5, 936.
Chlorures (rôle des) alcalins dans l'alimentation insuffisante, 1246.
Choléra, 80, 81, 96, 136, 192, 244, 252, 259, 270, 279, 290, 326, 736, 768, 857, 862, 872, 904, 905, 913, 940, 946, 968, 992, 1008, 1032, 1062, 1076, 1096, 1104, 1110, 1112, 1128, 1136, 1144, 1152, 1160, 1184, 1196, 1199, 1208, 1216.
— (précautions à prendre pendant le), 1105.
— traité par le salicilite de potasse, 1123.
— traité par les ingestions d'eau froide, 1183, 1208.
— traité par l'urate d'ammoniaque, 1216.
Chorée, 11, 29.
— guérie par la vératrine, 597.
— syphilitique, 1197.
Ciguë (administration de la graine de), 501.
Circulation (lésion de l'appareil de), 905.
Cliniques auxiliaires de la Faculté de médecine de Paris, 1041.
Coagulants (agents) du sang, 1060.
Cobalt dans quelques eaux ferrugineuses, 1239.
Cœur (hypertrophie du), 118.
— (leçons cliniques sur les maladies du), 345, 402, 442, 563, 585, 737, 755, 809, 866.
Colchique (nouvelle préparation de), 990.
Collodion (péritonite traitée avec succès par le), 1001.
Colonisation de l'Algérie au point de vue médical, 1233.
Commotion cérébrale, 972.
Compendium de médecine (refus par les auteurs d'un encouragement de 1,000 fr. accordé par l'Académie au).
Congestion cérébrale, 1143.
Congrès médical belge, 496.
Consomption dans la spermatorrhée, 531.
Contraction (fracture par) musculaire, 759.
Contracture du diaphragme, 221, 491, 548.
Cordon spermatique (inflammation des veines du), 133.
Corps étrangers des articulations, 219.
— (extraction des) dans la vessie, 359, 838.
— (extraction de) dans l'oreille, 989.
Corps thyroïde (hypertrophie du), 966.
Corset (usage du), 96, 118.
Costume de l'Académie, 24, 32.
Couperose, 3, 110.
Coxo-fémorale (désarticulation), 1207.
Crâne (perforation de la base du) chez le fœtus hydrocéphale, 190.
Crétinisme, 357.
Croup (nouveau spécifique du), 937, 941.
— (traitement du) par les vomitifs, 986, 1004.
— (insufflation dans le), 1016.
— (fomentations de glace autour du cou dans le), 1167.
Curés et religieuses (médecine exercée par les), 752.
Cyanose du sang par le chloroforme, 411.
Cysticerques, 955.
Cystocèle inguinale, 97.
— vaginale, 419.

D.

Daphné Mezereum contre la névralgie faciale, 1176.
Dentistes, 783.
Dentition, 605.
Désarticulation (nouveau procédé de) de la mâchoire inférieure, 172.
— complète de la mâchoire inférieure, 313, 328, 360.
— coxo-fémorale, 1207.
Diabète (respiration du gaz oxigène dans un cas de), 30, 858.
— (gangrène dans le), 865.
Diaphragme (recherches électro-physiologiques et pathologiques sur le), 221.
— (contracture rhumatismale du), 494, 548.
Digestif (maladies de l'appareil), 913.
Digestion des matières amylacées, 1121, 1127.
Digitale (fomentations de) dans l'ascite, 502.
Digitaline (action de la), 748, 1245.
Dilatation des vaisseaux capillaires dans l'inflammation cérébrale, 1112.
Don (Orfila), 17, 23, 31.
Dyssenterie, 450.
Dyspepsie, 589, 644, 657, 682, 705, 731, 756.
Dystocie par hydrocéphale, 686.

E.

Eaux (recherches sur les) des casernes et des forts des environs de Paris, 77.
— (alcalisation de l'urine par les) de Vichy, 143, 145.
— de Vichy (saturation des), 165, 169.
— — (pastilles hydro-minérales), 940.
— alcalines de Soultzmat, 742.
— minérales de Belleville, 745.
— minérales d'Orezza (Corse), 911.
— potables, 1102.
— (analyse des) de pluie, 1177, 1181.
— (iode dans les) de pluie, 1248.
— gazeuses (préparation extemporanée des), 1238.
Eclampsie, 529.
— (traitement de l'), 954.
— puerpérale, 1191.
Eczéma rubrum, 595.
— des enfants, 1208.
Egagropiles, 41, 47.
Egophonie (théorie de l'), 136.
— (de l') dans l'épanchement pleural, 153.
Electricité (propagation de l') dans les centres nerveux, 248.
— appliquée à la cautérisation, 690, 696, 958.
— (influence de l') dans les accidents produits par le chloroforme, 862, 865, 965.
— (tumeur lymphatique guérie par l'), 1162.
Electrisation (l') et les marchands de vins, 1009, 1136, 1168.
Electro-puncture (tumeur abdominale traitée par l'), 601.
Ellébore blanc. (*Voir* Pityriasis.)
Eloge de Royer-Collard, 1065.
— de Richard (Ach.), 1068, 1074.
— d'Orfila, 1169, 1171.
Elytrodesmoraphie (opération d'), 444.
Embaumements, 984.
Embryotomie, 890.
Emphysème pulmonaire sous-pleural, 439.
— des parois du cœur, 439.
Empoisonnement putride, 958.
— (traitement de l') par la belladone, 1223.
Encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, 1036, 1050, 1091.
Encéphalo-rachidien (lésion de l'appareil), 921.
Endémo-épidémies, 743.
Enduits imperméables (traitement de l'inflammation par les), 72.
Engorgement syphilitique de la mamelle, 178.
— des ganglions bronchiques, 482.
— des ganglions lymphatiques post-cervicaux, 747.
Engouement herniaire, 361.
Enrouement (leçon clinique sur l'), 490, 507.
Epanchements traumatiques de sérosité, 533.
Epidémies (rapports annuels sur les), 513.
Epididymite (stérilité consécutive à l') bilatérale, 897.
Epilepsie (urine sucrée dans l'), 120.
— (traitement de l'), 516.
— 1031.
Epiplocèle irréductible, 460.
Epispadias opéré, 623.

Erythèmes d'automne (quelques remarques sur les), 76.
Estomac (forme de l') dans la digestion, 826.
Ethérisation chirurgicale, 594, 599.
— (responsabilité médicale en matière d'), 681.
Etranglement herniaire, 361.
— interne, 654.
Exophthalmie, 892.
Exostose de l'ethmoïde, extirpation de l'os, 763.
— (traitement des) par la fracture de leur pédicule, 778.
Expectation et traitement médical simple dans certaines affections chirurgicales, 932, 948, 966, 972.
Expériences sur un décapité, 1244.
Extirpation de la machoire inférieure par un nouveau procédé, 121, 172.
— d'une loupe énorme de la région parotidienne, 175.
— totale du maxillaire inférieur, 732, 740, 746, 759, 955.
— complète de l'ethmoïde, 763.
— du corps de la mâchoire inférieure et de l'os hyoïde, 773.
Extraction d'une balle enchatonnée dans le maxillaire supérieur depuis cinq ans, 655.
— d'un hameçon, 772.
— des corps étrangers dans la vessie, 838.
— de corps étrangers dans l'oreille, 989.

F.

Falsification du lait, 101, 141, 184, 189.
— des liqueurs alcooliques, 489.
— des vins, 974.
Farcin (propriétés virulentes du), 385.
Favus des enfants, 1208.
Fémur (luxation de la tête du) en haut et en avant, 85.
Fer (traitement des abcès par congestion par le protoiodure de), 216.
— (iodure de), 833, 838, 978
— (huile de protoiodure de), 981.
Ferro-cyanure de potassium (coloration de la quinine en rouge par le), 992.
Fibres nerveuses ganglieuses, 551.
Fibrine (absence de) dans le sang, 6.
Fièvre typhoïde (épidémie de), 192, 432.
— (perforation intestinale dans la), 245.
— (thérapeutique de la), 565, 727, 1003.
— (pathogénie de la), 566, 902, 1003.
— traitée par le sulfate de quinine, 785, 790, 839, 864.
— traitement préventif de la, 1207.
— intermittente produite et guérie par une émotion, 1031.
— jaune, 736, 1224.
— pernicieuse cholériforme, 799.
Fistule à l'anus (anus contre nature accidentel, traité et guéri par l'opération de la), 76.
— (traitement de la) du sac lacrymal par la cautérisation, 463.
— (nouveau mode d'opération de la) à l'anus, 468.
— intestinale, 506.
— (injections iodées contre la) à l'anus, 703, 767.
— pulmonaires, 1032.
Fœtus monstrueux, 777, 801, 947.
Foie (abcès du), 964.
Folie (classification de la), 1001, 1010.
Forceps (nouveau modèle de, application du), 117, 891.
Forme (symbolique de la) humaine, 621.
Fracture (cas rares de), 12.
— du crâne par une arme à feu, 125.
— (traces de) disparues trente-six jours après l'accident, 189.
— rare de la colonne vertébrale, 289.
— incomplètes, 481.
— (traitement des) de la rotule, 491.
— (traitement des), 506.
— d'un des condyles du tibia, 506.
— successives des rotules, 611.
— par contraction musculaire, 748, 758.
— probable de la base du crâne, 972.
— du fémur et de la rotule, 1086.
— double de la mâchoire, 1086.
Fraxinine, 656.
Fritillaire impériale employée comme aliment, 834.
Froment (principes immédiats du), 863.
Furoncle (épidémie de), 82.

G.

Gale (inoculation de la) chez les animaux, 257.
Ganglions (engorgement des) bronchiques, 482.
Gangrène de la lèvre, 383.
— inflammatoire serpigineuse, 523.
— des diabétiques, 671.
— foudroyante, 904, 941.
— pulmonaire, 1200.
Garde nationale (exemption des médecins des bureaux de bienfaisance du service de la), 592.
Gastralgie (noix vomique dans la), 551.
Gastrotomie, 346, 363.
Gâteux (aliénés), 359, 824, 847, 848.
Gaz dans les veines et le cœur, 1094.
Généralisation (de la) et de la localisation dans les maladies, 1122.
Geta-Lahæ, nouveau produit végétal, 975.
Glandes des paupières, 977, 993, 1009, 1017.
Globe oculaire (rotation du), 463, 504.
Goître, 357, 434.
— enflammé, injections d'iode, 516.
Graisse (origine de la), 887.
— (prodigieuse sécrétion de), 1088.
Grand sympathique (phénomènes produits par la section de la portion cervicale du), 248.
Gras (corps), 671, 881, 887.
Grossesse extra-utérine, 361.
— prétendue extra-utérine, 601.
Guy's Hospital (expulsion de M. Deville du musée de), 1205, 1230.

H.

Habitations (ordonnance sur la salubrité des), 1153.
Hélicine (traitement de la phthisie pulmonaire par l'), 463.
Hématocèle traumatique, 950.
Hémorrhagie intestinale, 450.
— (moyen d'arrêter une) par des piqûres de sangsues, 541.
— de la cavité arachnoïdienne, 700.
— (réducteur à air dans les) utérines, 980.
Hémorrhoïdes (cautérisation des) par le caustique de Vienne, 938.
Hémostatique (nouvel) perchlorure de fer, 41, 48, 337, 434, 463, 537.
— appliqués au traitement des anévrysmes, 289.
— (nouvel). Perchlorure de manganèse, 954, 957.
— divers, 1060.
Hernie recto-vaginale, 444.
— *crochue*, 464.
— graisseuse, 468.
— crurale, 473.
— inguinale brusque, 510.
— de la membrane de Descemet, 630.
— cérébrale, 680.
— diaphragmatique congéniale, 734.
— ombilicale enflammée, 932.
— de la synoviale du genou, 1026.
Herpès (leçon clinique sur l'), 62.
Hoquet persistant, 1143.
Hospice de vieillards fondé à Alger, 168.
Hôtel-Dieu (nouvel), 448, 512, 1160.
Huile (recherches sur la présence du phosphore dans l'), de foie de morue 127.
— phosphorée dans le traitement du charbon, 385.
— (composition de l') de foie de morue, 641, 647.
— iodo-phosphorée, 641, 647.
— d'iodure de fer, 957.
Hydrargyrie, 986.
Hydrocèle spermatique, 113, 120, 135.
— lactescent et spermatique, 160.
— (nouveau procédé pour le traitement de l'), 353.
— multiloculaire, 603.
— (opération de l'), 623.
Hydrocéphale, 146.
— (perforation de la base du crâne chez le fœtus), 190.
— (dystocie par), 686.
Hydrocotyle asiatica contre la lèpre, 914.
Hydrogène (danger des lampes à) liquide, 1144.
Hydrologie (société d'), 1168, 1232.
Hydrophobie chez un cheval, 351.
— chez un crétin, 1040.
Hydrophthalmie (leçon clinique sur l'), 99.
Hydropisie du sinus frontal, 892.
— de la bourse muqueuse du coude, 968.
Hydrothérapie (traitement du vomissement chronique par l'), 210.
Hygroma du genou, 899, 967, 968.
— (traitement des), 960
Hyoïde (cancer de l'os); extirpation, 773.
Hypertrophie extraordinaire du doigt, 73.
— du cœur, 118.
— de la mamelle, 225.
— d'une glande salivaire buccale, 356.
— glandulaires, 905.
— du corps thyroïde, 966.
Hystérie (leçons cliniques sur l'), 122, 178, 220, 227, 281, 417, 458, 547, 559, 609, 691, 786, 1178.

I.

Idiotie (hérédité dans l'), 24, 33.
Igasurine, 934.
Imperméables (enduits), 609.
Impetigo rodens, 412.
Inflammation (traitement de l') par les enduits imperméables, 72.
Inhumation précipitée, 896.
Injections nasales pour alimenter et médicamenter les nouveau-nés, 409.
— alimentaires dans l'intestin, 409.
— alcooliques coagulantes, 504.
— iodées dans un abcès par congestion, mort, 511.
— iodées dans un goître enflammé, 516.
— iodées, 506, 519, 529, 544, 560, 607, 774.
— iodées dans une hydrocele multiloculaire, 603.
— iodées dans le traitement des fistules à l'anus, 767.
— iodées dans les abcès symptomatiques des lésions osseuses, 828, 841, 849, 868, 881.
— iodée dans un kyste de la joue, 878.
— (accidents des) iodées, 883.
— iodée dans un kyste de l'ovaire, 978, 1147.
Insectes gallicoles, 575.
Insensibilité de la peau affectée de phlegmasie chronique, 415.
Instruments de chirurgie (arrêté relatif aux caisses d'— à embarquer sur les bâtiments de l'État), 303.
Insufflation pulmonaire, 839.
Interdiction d'un candidat perpétuel à la présidence de la République (dr Watbled), 67.
Intermittentes (urate d'ammoniaque dans les affections), 1216.
Internes (banquet des) des hôpitaux, 6.
— (banquet des) en pharmacie, 392.
Intestin (déchirure de l') sans lésion à la peau, 5.
— (obstruction de l'), 501.
— (diverticulum de l') grêle ayant produit un étranglement interne, 654.
Iode (ascite traitée par l'injection d'), 195.
— (traitement de la pneumo-phymie par l'), 234, 242.
— (injections d') dans la dyssenterie, 313, 319.
— médications iodées, 506, 647.
— (injections d') dans un abcès par congestion, mort, 511.
— (injections d') dans un goître, 516.
— (injections d'), 519, 530, 544, 560, 607, 774.
— (injections d') dans un hydrocèle multiloculaire, 603.
— (injections d') contre la fistule de l'anus, 703, 767.
— (injections d') dans les abcès symptômatiques des lésions osseuses, 828, 841, 849, 868, 881.
— dans les eaux, les plantes et l'air de la Havane, 863.
— (injections d') dans un kyste de la joue, 878.
— (accidents des injections d'), 883.
— (injections d') dans l'hygroma du genou, 899.
— (injections d') dans un kyste ovarique, 978, 1147.
— (propriétés thérapeutiques de l'), 984.
— dans les eaux pluviales, 1248.

Iodure de potassium dans le mal de Pott, 461, 469, 487.
— dans l'empoisonnement par la belladone, 1223.
— de fer, 833, 838.
Iritis syphilitique, 805,
Irrigations (appareil à) continues, 146.

J.

Jambe artificielle, 361.
Jarret (tumeur du creux du), 1026.
Journalistes (les) à l'Académie des sciences, 489.

K.

Kératite vasculaire, 2.
Kystes de la mamelle, 250, 529.
— de la mâchoire, 434.
— hydatique de l'aisselle, 571.
— du cou, 577.
— hémorrhagique de la cavité arachnoïdienne, 700.
— (théorie des), 876, 897.
— de la joue, 878.
— ovarique, 906, 1015.
— ovarique guéri par l'injection iodée, 978, 1147.
— interstitiels de la mâchoire inférieure, 1086.

L.

Lacrymal (traitement de la fistule du sac) par la cautérisation, 463.
Lactucarium, 190, 209, 214.
Lait (composition du) de la femme, 94.
— (falsification du) de la vache, 101, 141, 184, 189.
— (dosage du sucre de), 141.
— (analyse du), 164, 247, 404.
— (albumine dans le), 463, 927.
— (sécrétion du), 1199.
— (phosphate de chaux dans le), 1246.
Langue (amputation de la), 1006.
Laryngisme, 170, 176.
— (bronchotomie dans le), 916.
Lèpre (hydrocotyle contre la), 914.
Leukoémie, 907.
Lichen agrius, 149.
Ligature des artères, 614.
— préventive, 705, 734.
— de la sous-clavière, 766, 1242, 1253.
— de la veine crurale, 773.
Liniment phosphoré, 519, 615.
Lipome (transformation centrale d'un), 686.
— (fluctuation dans les), 705.
Lit mécanique, 773.
Lithothlibie, 599.
Lithotomie, 481.
Lithotritie, 481.
Localisation (de la généralisation et de la), dans les maladies, 1122.
Lombric dans le péritoine, 245.
Longévité humaine, 792.
Loupe (extirpation d'une) énorme de la région parotidienne, 175.
Lupulin (action du), 468.
Luxation (cas rare de), 12.
— du fémur, 74, 85.
— médio-tarsienne, 219.
— de l'épaule, du coude, 835.
— des phalanges des orteils, 969.
— (réduction d'une) métacarpo-phalangienne du pouce à l'aide du poinçon, 971.
— en avant de la troisième phalange du médius et de l'annulaire, 1034.

M.

Mâchoire (désarticulation, par une simple incision, de la) inférieure, 172.
Magnésie (carbonate de) contre les verrues, 847.
Magnétisme animal (rapport sur le), 57, 65, 73, 105.
Mal de mer, 320.
Mal de Pott (traitement du), 461, 469, 487.
Mamelle (hypertrophie de la), 225.
— (kystes de la), 250, 529.
— (tumeur gélatineuse de la), 468.
— (tumeur adénoïde de la), 1032.
Médecine (des principes généraux de la), 91.
— en Chine, 1104.
Médecine légale. Les traces d'une fracture peuvent-elles disparaître trente-six jours après l'accident ? 189.
Médecins de l'Empereur, 40.
Médicaments mexicains, 518.
Méningite cérébro-spinale, 1236.
Mentagre, 3, 110.
Mercure (deutoiodure de) soluble dans l'huile de foie de morue, 1240.
Mérycisme, 672.
Métalliques (action des applications), 479.
Métastase tuberculeuse, 838.
Milium palpébral, 438, 498.
Mixture pour le transport des corps morts, 984.
Monstruosités : mule fissipède, 863.
Mort (causes de la), 72.
— (cause de la) par la foudre, 671.
— prompte et imprévue à la suite d'un coup de feu dans la cuisse, 1094.
Morve (de l'hérédité de la), 104.
— (propriétés virulentes de la), 385.
— (contagion de la), 824.
Musée Dupuytren, 384.
— de Guy's hospital, 1205, 1230.
— (principes de libéralité scientifique qui doivent être adoptés dans les), 1205, 1230.
— (expulsion de M. Deville d'un) à Londres, 1205, 1230.
Myosite, 797.

N.

Nécrologie. Devilliers, 72; — Trolliet, 88; — Franck, 104; — Andral père, 120; — Billardet, 176; — Léopold (de Buch), 240; — Rech, 248; — Orfila, 249, 261; — Noble, 272; — Docteur noir, 280; — Florent Cunier, 408; — Husson, 360; — Lemercier, 456; — A. de Jussieu, 632; — Pravaz, 648; — Montain, 648; — Abraham, 648; — H. Blache, 736, 744; — G. Leukias, 784; — Prunelle, 816, 831; — Lacauchie, 872; — Mancel, 880; — A. Frédericq, 912; — Collin de Larbre, 920; — Cornac, 941; — Arago, 945; — Curie, 1008; — Kramer, 1040; — Fourcault, 1128; — E. Guillaume, 1152.
Nerfs (structure des) craniens chez les poissons cartilagineux, 863.
Nerveux (système) des plantes, 1199.
Névralgies (formules contre les), 71.
— sus-orbitaire, 121.
— intercostale, 814.
— du col de la vessie, 1006, 1030.
— (daphné mezereum dans les) faciales, 1176.
Nickel dans quelques eaux ferrugineuses, 1239.
Nitrate d'argent dans la spermatorrhée, 531.
Noix vomique dans la gastralgie, 551.
Nomination de correspondants étrangers, 214.
Nouveau-nés (injections nasales pour alimenter et médicamenter les), 409.
— (syncope des), 415.

O.

Obstétricales (questions), 161, 165, 294, 359.
— (opérations) pratiquées dans le duché de Nassau, 884, 889.
Obstruction du tube digestif, 501.
Officier de santé (exercice de la médecine par un) hors du département où il a été reçu, 825, 985, 1017, 1072, 1129.
Ondes sonores (perception des) par les nerfs de la sensibilité générale, 625.
Opération césarienne, 167, 356, 371, 611.
— (statistique des), 748, 884.
Ophthalmies (traitement des), 1028.
— lymphatiques, 1052, 1125.
Opianine, 184.
Opiat anti-goutteux, 1176.
Opium indigène. (*Voyez* Pavot).
— (dosage de l'), 186, 193.
— (falsification de l'), 193.
Oreille (lésion de l') interne dans la surdi-mutité, 319.
— (vers développés dans l') d'une maniaque, 988.
— (extraction de corps étrangers dans l'), 989.
— (maladies de l'), 1045, 1049, 1064, 1084, 1099, 1119, 1124, 1135, 1142.
Organes génitaux (maladie particulière des) des étalons et des juments poulinières, 729.
— (absence des) internes de la femme, 941.
— (cautérisation des) génito-urinaires, 999.
Os (saillie de l') après l'amputation, 219.
— (maladies des), 849, 857.
Ostéo-myélite, 250, 1151.
Ostéoplastie, 959.
Ostéosarcôme de la rotule, 771.
Otite typhoïde, 1046, 1084, 1098.
— des phthisiques, 1047.
— scarlatineuse, 1057.
— varioleuse, 1058.
— purulente, 1119.
Ouverture (dialogue au sujet de l') du cours de clinique de M. le professeur Trousseau, 201.
Ovaire (kyste de l'), 906, 978, 1015, 1147.

P.

Pain (analyse du) de munition, 722.
Paléontologie humaine, 1025, 1033.
Paludéenne (cachexie), 979.
Paralysie partielle, 266.
— musculaire progressive, atrophique, 306, 324, 329, 334, 365, 370, 375, 404.
— générale aiguë chez un phthisique, 541, 565.
— générale intermittente, 722.
— de la troisième paire, 918.
— de la septième paire, 972.
Pathologie (abrégé de) medico-chirurgicale, par E. Triquet. — Compte rendu, 13.
Pathologique (manuel d'anatomie), par A. Förster. Compte rendu, 222.
Paupières (glandes des), 977, 993, 1009, 1017.
Pavot indigène, 1, 5, 161, 162, 168, 185, 190, 193, 209, 214, 230, 236.
— (lavements de têtes de), 1064.
Peau (leçons cliniques sur les maladies de la), 618.
Perchlorure de fer, 41, 48, 290, 337, 434, 463, 537, 715, 957, 993, 1060, 1073, 1076, 1097, 1100, 1116, 1117, 1121, 1126, 1145, 1149, 1150, 1159, 1164, 1193, 1196.
— de fer dans les varices, 901.
— de manganèse, 954, 957.
— (action coagulante du) et de diverses substances, 1060.
Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, 245.
— du crâne de l'enfant dans l'accouchement, 891.
— de la tête par une barre de fer, 921.
— de l'appendice iléo-cœcal, 1019.
Péricardite chronique (de la paracentèse du péricarde dans le traitement de la), 60.
Péripneumonie épizootique et inoculation prophylactique, 105.
Péritonite guérie par le collodion, 1001.
— par perforation de l'appendice iléo-cæcal, 1019.
Permutation. *Voy.* Académie de médecine.
Peste, 304.
Pharmacie (nomination d'un professeur de) à la Faculté de Paris, 1192.
Pharyngite couenneuse, 1163.
Phellandre aquatique, 380.
Phimosis (pince pour l'opération du), 117.
Phlébite inguinale, ou inflammation des veines du cordon spermatique, 133.
Phlegmatia alba dolens (leçon sur la), 18, 27.
Phlegmon iliaque, 1236.
Phosphate de chaux dans le mal de Pott, 461, 469, 487.
— (rôle du) de chaux dans l'alimentation insuffisante, 1246.
Phosphore (recherches sur la présence ou l'absence du) dans les huiles de foie de morue, 127.
— en liniment, 519.
Phthisie pulmonaire (du traitement iodé dans la), 234, 242, 766.

Phthisie pulmonaire (traitement de la) par l'hélicine, 463.
— (paralysie générale aiguë dans la), 541.
— auriculaire, 1049.
Pian ou Yaw. Maladie des régions tropicales, 647.
Picrotoxine, 502.
Pilules de Blaud, 616.
Pince scléroticale, 503.
Pityriasis versicolor (de la teinture d'ellébore blanc contre le), 101.
Placenta (rétention du), 779, 787.
Plaie pénétrante du cerveau, 125.
— de tête, 152, 281, 286.
— du sinus longitudinal supérieur, 287.
— pénétrante du poumon, 948.
— de tête avec issue de la substance cérébrale, 972.
Pleurésie (nouvelles considérations sur le diagnostic de la), 46, 115, 275.
— purulente ouverte à l'extérieur, 64.
— diaphragmatique, 1042.
Plomb (intoxication par le), 319.
— (blanc de), 321, 322.
— (tuyaux de) défendus, 912.
Pneumonie (remarques séméiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur la), 52.
— (histoire générale de la) aiguë, 155, 180, 197, 245, 268.
Pneumophymie (du traitement iodé dans la), 234, 242.
Pneumo-thorax (analyse des gaz dans le), 393.
Poisons (recherche des) organiques, 293.
Polydypsie, 818.
Polype naso-pharyngien, 54.
— du rectum, 529.
Polyurie, 818.
Pommes (maladies des) de terre, 834.
Ponctions exploratrices, 289.
Porte-éponge, 1205.
Pouls (doctrine du), 8.
Pourriture d'hôpital, 650, 674, 682, 692, 702, 706.
Pression atmosphérique (effets de la) sur l'économie, 1199.
Prix (distribution des) aux élèves des hôpitaux, 14.
— d'Argenteuil, procès, 79, 1168.
— (distribution des) à la Faculté de Paris, 1065.
— de l'Académie de médecine, 1170.
— des internes et externes des hôpitaux, 1232.
Productions accidentelles, 929, 947.
— parasites, 953.
Professeur (nomination du) de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris, 112.
— (nomination de) à la Faculté de Paris, 425.
— (nomination de) à Montpellier, 577.
— (nomination d'un) de pharmacie à l'école de Paris, 1192.
Prostate (maladie de la), traitement, 573, 647.
Psorentérie cholérique, 252, 259, 270, 279, 290, 326.
Purpura hemorrhagica, 6, 298.
Pustule maligne (traitement de la) par le boswelia et l'encens, 1027, 1031.

Q.

Quinine (sulfate de), 524.
— dans le traitement de la fièvre typhoïde, 785, 839, 864.
— (coloration en rouge de la) par le ferro-cyanure de potassium, 992.
— (gland torréfié associé au sulfate de), 1023.
— (carbonate de), 1103.
Quinquinas (alcaloïdes des), 743.

R.

Rachis (affections du), 461, 469, 487.
Rachitisme (leçons cliniques sur le), 485, 514, 539.
Rage (de l'hérédité de la), 104.
— (propriétés virulentes de la), 385.
Rate (cellulose végétale dans la) malade, 1199.
Recto-vaginale (hernie), 444.
Rectum (polypes du), 529, 579.
— (diagnostic des tumeurs du), 579.
— (chute du), 785, 790.
— (rétrécissement du), 947.
Réducteur à air dans les hémorrhagies utérines, 980.
Réflexe (action), 837.
Règlement (modification illégale introduite dans le) de l'Académie, 66, 70.
Reins (masses énormes développées dans le tissu des), 415.
— (développement des) faisant obstacle à l'accouchement, 851.
Résection du maxillaire supérieur, 337, 826.
— du pied, 721.
Résorption de la partie solide des exsudations, 1111.
Responsabilité médicale. Signes de fracture de l'omoplate disparus en trente-six jours, 189.
— en matière d'éthérisation, 681.
Rétine (structure de la), 959, 1087, 1199.
Rétraction musculaire syphilitique, 477.
Rétrécissement du bassin par des tumeurs fibreuses, 371.
— du rectum, 947.
Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, 834, 838, 860.
Réunion (instrument pour la) immédiate, 940.
Revue clinique des hôpitaux anglais, 1205, 1214, 1230.
Rhinoplastie par ourlets, 944.
Rhumatisme (complications cérébrales du) articulaire aigu, 583.
— articulaire aigu et méningite, 636.
— (traitement du) articulaire aigu, 642.
— traité par les feuilles de frêne, 956.
— (action de la vératrine dans le) articulaire, 961.
— articulaire traité par le jus du citron, 1199.
Rotule (traitement des fractures de la), 491.
— (fractures successives des), 611.
— (ostéosarcome de la), 771.
Rupture des membranes, 165.
— de l'aponévrose du grand oblique, 510.

S.

Salicilite de potasse contre le choléra, 1123.
Salivaire (hyperthrophie d'une glande buccale), 356.
Salivation mercurielle, 953.
Salubrité publique de Paris.
Sang (expériences sur la coagulation du) dans les vaisseaux, 361.
— (cyanose du) par le chloroforme, 411.
— (transfusion du), 450.
— (caractères cliniques du), 866.
Sangsues (variété de), 385.
— (moyen d'arrêter une hémorrhagie par suite d'application de), 541.
— (reproduction des), 958, 1193, 1197, 1223.
Sanitaire (convention internationale), 542, 566.
Scammonée (administration de la résine de), 605.
Scléroticale (pince), 503.
Scrofuleuse (hernie) du testicule, 188.
Séance annuelle de la société de chirurgie, 649.
— de l'Académie de médecine, 1169.
Sécateur des valvules du col de la vessie, 848.
— de l'urètre, 1006.
Secret médical, 9, 1064, 1136.
Seigle ergoté (de l'administration du), 166, 281, 727, 1001, 1007.
— (application du), 294.
Sensibilité (phénomènes curieux de), 289.
— (désordres remarquables de la), 341.
— (recherches électro-physiologiques et pathologiques sur la), 1221.
Serpent (morsure de) traitée par l'arsenic, 1048.
— (effets et neutralisation du venin des) à sonnettes, 1183.
Service médical de l'empereur (*V.* médecins de l'empereur),
Sinus (maladie du) maxillaire, 462.
— (hydropisie du) frontal, 892.
Société (banquet de la) anatomique, 744.
Soif perpétuelle, 1024.
Son (propriétés nutritives du), 1151.
Sonde à double courant, 383.
Sonde (nouvelle) urétrale, 1062.
Soude (bi-carbonate de) comme antiphlogistique, 661, 666, 679.
— (sulfate acide de) et acide tartrique dans les eaux gazeuses, 1238.
Sourds-muets (enseignement de la parole aux), 377, 384, 401, 408, 417, 427, 430, 441, 445, 449, 452, 471, 473, 480, 497, 521, 524, 535, 545, 549, 569, 575, 580, 593, 598.
Sous-clavière (ligature de l'artère), 766, 1242, 1253.
Spécificité (de la) dans les inflammations, 812, 821, 830, 894, 908.
Spermatorrhée (nitrate d'argent dans la), 531.
Spermatozoïdes (vitalité des), 552.
Spina bifida, 481.
— ventosa, 1063.
Stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale, 897.
Sternalgie, 663.
Stéthoscope (nouveau), 1100, 1128.
Strabisme (opération du), 552.
Strychnine, 169, 175.
Strychnisme, 169.
Suc gastrique (de l'usage du) en thérapeutique, 285.
Sucre (recherche du) dans l'urine, 496.
Sudation (recherches sur la), 1225.
Suppression d'une chaire de chimie, 1041.
Surdi-mutité (lésion de l'oreille interne dans la), 319.
— (étude de la), 585.
Surdité nerveuse, 1049.
Sympathique (destruction de la partie cervicale du grand), 248.
Symphyséotomie, 167.
Synoviale (hernie de la) du genou, 1026.
Syphilis. Leçon clinique sur une tumeur syphilitique, 154. — Tumeur syphilitique de la mamelle, 178.
— des nouveau-nés, 394.
— (métamorphoses de la), 665, 669.
— (traitement de la), 765.
— iritis syphilitique, 805.
— (contagion de la) constitutionnelle, 845, 855, 1138, 1157.
— larvée, 953, 957, 1024, 1053, 1087.
Syphilisation, 216, 233, 265, 273, 288, 297, 305, 431, 1249.
— (rapport sur la), 1202.

T.

Taille (nouvelle méthode rectale de), 17.
— (difficultés extrêmes dans un cas de) périnéale, 140.
— vésico-vaginale, nouveau procédé, 685.
Talon (luxation de l'épaule réduite par le procédé du), 835.
Tatouage, 66, 71.
Tempérance (société de), 96, 776.
Tenaculum (nouvelle pince), 47.
Teinture hannemanienne de fleurs, 990.
Tendons (réunion des), 1053.
Térébratule (anatomie de la) australe, 696.
Testicules (fongus et hernie des), 25, 36, 42, 50, 57, 74, 90, 97, 107, 114, 130, 162, 170, 186, 195, 213, 228, 253, 267, 276, 283, 300, 309, 389, 396.
— (hydrocèle spermatique, ou grands kystes du), 113, 120, 135.
— (tumeurs du), 1021.
Tétanos, 916.
— traumatique, 1108.
Tête (perforation de la) par une barre de fer, 922.
Thé de Java, 399.
Théâtres (service médical dans les), 369.
Tératologie, 863.
Tournants (tables et objets), 423, 425, 433, 454, 457.
Trachéotomie, 146, 176, 337.
Transfusion du sang, 450.
— (instruments pour la), 956.
Trocart (nouveau) explorateur, 404.
Tuberculeuse (hernie) du testicule, 171.
— (examen chimique de la matière), 992.
— (matière) dans les articulations, 1188.
Tumeurs de la face, 97.
— (leçon clinique sur une) syphilitique, 154.

Tumeur osseuse développée dans le canal dentaire, 172.
— syphilitique de la mamelle, 178.
— érectile, 274, 652, 674, 683, 692, 702, 703. 967.
— érectile traitée par l'acide nitrique, 361.
— fibreuse du bassin, nécessitant l'opération césarienne, 371.
— (sonde à explorer les), 404.
— épithéliale du maxillaire inférieur, 468.
— gélatineuse de la mamelle, 468.
— (diagnostic des) du rectum, 579.
— fibro-plastique du maxillaire inférieur, 772,
— du testicule, 1021.
— adénoïde de la mamelle, 1032, 1108.
— salivaire, 1094.
— du voile du palais, 1134.
— lymphatique guérie par l'électricité, 1162.

U.

Ulcères des gencives, 462.
Uretère (calcul de l'), 1025.
Urée (production de l'), 504, 505.
— dans le sang dans la fièvre jaune, 1224.
Urètre (rétrécissement de l'), 314.
— (sécateur de l'), 1006.
Urétroscope, 1150, 1158, 1197.
Urétrotomie périnéale, 1101, 1196.
Urine (alcalisation de l') par l'eau de Vichy, 143, 145.
— (recherche du sucre dans l'), 496.
— (incontinence d') guérie par le sucre vermifuge, 871.
— (rétention d'), 912.
Utérines (douches). 137, 147, 340.
— (leçons cliniques sur les affections), 658, 713.
Utérines (emploi local du chloroforme dans les douleurs), 1238.
Utérus, 825.
— (rétroversion de l') pendant la grossesse, 834, 838, 860.
— double, 1109.

V.

Vaccination gratuite, 1176.
— (traitement des tumeurs érectiles par la), 274.
— (rapport annuel sur les), 698.
Vaccine, 432, 902, 910.
— obligatoire, 1048.
Vagin (cautérisation du), 957, 999.
— double, 1109.
Vaginite, 862, 902, 910.
Valériane contre certaines convulsions, 943.
Valvules du col de la vessie, 314.
— (sécateur des) du col de la vessie, 848.
Vapeurs (effets différents des) délétères, 1033, 1041.
Varices traitées par le perchlorure de fer, 900.
Variole dans la ville de Glascow, 672.
— 903.
Végétaux (système nerveux des), 1016.
Veine lymphatique droite, 343.
— (ligature de la) crurale, 773.
Ventilation (de la) dans les hôpitaux, 217, 241, 288.
Vératrine (chorée guérie par la), 597.
— (action de la) dans le rhumatisme, 961.
— dans les maladies rebelles, 991.
Ventouses sèches dans les coliques nerveuses, 1112.
Verge (adhérence de la), 39.
— (déchirure de la), pendant le coït, 409.
Vermifuge (incontinence d'urine guérie par le sucre), 871.
Verrues (traitement des), 800, 847.
Vers développés dans l'oreille, 988.
Version, 891.
Vessie (tumeur fibro-plastique, cancer de la), 121.
— (valvule du col de la), 314.
— (excision des bourrelets du col de la), 647.
— (extraction d'un haricot dans la), 811.
— (extraction des corps étrangers dans la), 838.
— (sécateur des valvules du col de la), 848.
— (névralgie de la), 1006.
— (extrophie de la), 1109.
Vichy (sels naturels, pastilles hydro-minérales de), 940.
Vieillesse (causes de la), 72.
Vins (falsification des), 974.
Virus (absorption des) dans les tissus, 697.
Vision, 622.
Vomissement chronique (traitement du) par l'hydrothérapie, 210.
— des femmes enceintes, 214.
Vulvaire (relâchement et destruction de l'anneau), 212.
Vulve (atrésie de la), 39.
— (prurit de la), 1120.
— (incision de la) pour prévenir la rupture du périnée, 1176.

Y.

Yaw. (*Voyez* Pian).

Z.

Zinc (blanc de), 321, 322.
— (traitement des anévrysmes par le chlorure de), 577.

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS.

Abeille, 121, 153, 530, 560, 615, 828, 841, 849, 868, 881, 965.
Albers, 516.
Alix, 1094.
Alquié, 997.
Ameuille, 1095.
Amussat (Alph.), 696, 1165.
Ancelon, 902.
Apostolidès, 614, 773.
Arago, 57, 65, 73, 89, 105. (mort d'), 945.
Aran, 362, 415, 991.
Archambault, 129, 824.
Argenteuil (Legs), 79.
Aubergier, 1, 5, 162, 190, 209.
Aubry, 74, 85.
Aussandon, 174, 573.

Bacchetti, 601.
Baillarger, 24, 848, 1002, 1010.
Bailly (J.-S.), 57, 65, 73, 89, 105.
Barbe (J.-S. de), 125.
Bardinet, 758.
Barnes, 1240.
Barrier, 860, 1159, 1164.
Barthez, 416.
Basset, 359, 834.
Bauchet, 462.
Baudens, 81, 108, 353, 491, 715.
Baur (Hermann), 1216.
Beau, 19, 27, 114, 118, 541, 564, 589, 644, 657, 682, 705, 731, 756, 1003.
Béclard, 454.
Becquerel, 6, 94, 101, 164, 387, 404, 818, 862.
Bégin, 452.
Bellentani, 615.
Belletti, 988.
Bellingham, 892.
Benoit, 47, 362.
Berard, 549, 873.
Bergeret, 1138, 1157.
Bernard (Cl.), 248.
Bigelow, 921.
Billardet, 176.
Bischoff, 504, 505.
Blache, 129.
Blainvillain, 117.
Blanchard, 621.
Blanchet, 445.
Blondlot, 1127.
Blot, 97.
Boileau, 914.
Boinet, 519, 542, 607, 624, 687, 767.
Bonnafond, 498, 506, 577.
Bonnefin, 117, 248.
Bonnemains, 69.
Bonnet, 578, 753, 762, 769.
Borchman, 1167.
Bouchacourt, 851.
Bouchardat, 94, 215, 1065, 1074.
Boucher, 864.
Bouchut, 1032.
Bougguet, 1031.
Bouillaud, 345, 402, 442, 563, 585, 737, 755, 809, 866.
Bouisson, 133.
Boulland, 361.
Boullard, 343, 825.
Boulu, 1162.
Bourdon, 584.
Bousquet, 454, 697.
Boussingault, 808, 1181.
Bouteiller, 152, 777, 801, 945.
Bouvier, 89, 95, 117, 334, 497, 580.
Boyer (Lucien), 1196.
Brainard, 1183.
Bricheteau, 700.
Broca, 222, 601, 753, 762, 769, 826, 829, 969.
Brown, 419.
Budd, 1200.
Budge, 222.
Burcq, 404, 479.
Burin-Dubuisson, 715.

Cadet-Gassicourt, 256, 380, 950.
Calvo, 1055.
Calwright, 216.
Campbell, 137, 147.
Carnochan, 740.
Carus, 621.
Casaseca, 863.
Casorati, 30.
Caudmont, 1030.
Cavaré, 722.
Caventou, 56, 185, 191, 502.
Cazalas, 252, 259, 270, 279, 290, 326.
Cazenave, 1044.
Chailly, 334.
Chambellan, 482.
Chapel, 529.
Chapoteau, 838.
Chassaignac, 73, 123, 146, 163, 210, 219, 250, 273, 338, 412, 428, 506, 510, 579, 630, 633, 638, 671, 778, 835, 899, 958 1086, 1151, 1242, 1253.
Chassaniol, 1224.
Chatin, 319, 357, 399, 646, 1103.
Chevallier, 193, 230, 236, 360, 745, 760, 888, 974.
— fils, 1129, 1161, 1177, 1185, 1193, 1217.
Chevillon, 383.
Chrestien, 1007.
Civiale, 140.
Claret, 47.
Collin, 989.
Colomier, 765.
Conneau, 40, 104, 190.
Cooper, 328, 360, 680, 940.
Corbel-Lagneau, 1024, 1088.
Cornac, 70.
Corcelet, 356.
Corvisart, 285, 457, 1245, 1254.
Coulson, 481.
Courty, 940.
Crang (James), 734.
Crocq, 1188.
Crusell, 648, 958.
Cruveilhier, 306, 324, 329.
Cullerier, 1202.
Curie (mort de), 1008.

Danger, 766.
Debeney, 999.
Debout, 434, 469, 681, 900, 990, 1060.
Déclat de Neboud, 216.
Delabarre fils, 590.
Delbacre, 356.
Deleau jeune, 96, 551.
Delioux, 319.
Demarquet, 1143.
Demeaux, 189.
Denamiel, 599.
Dencausse, 518.
Denonvilliers, 219, 649.
Denucé, 825, 841, 849, 857, 873, 897, 905, 913, 921, 929, 945, 953.
Depaul, 161, 165, 294, 1109.
Deschamps (d'Avallon), 501.
Deslongchamps, 337.
Desmarres, 1092.
Desmartis, 1029, 1123.
Desnoix, 934.
Désormeaux, 482, 1150, 1158.
Despaux, 1052, 1125.
Dessaignes, 1152.
Devay, 654, 1209, 1236.
Devergie, 3, 62, 110, 149, 256, 412.
Deville, 25, 36, 42, 50, 57, 74, 90, 97, 107, 114, 130, 162, 170, 186, 195, 213, 228, 253, 267, 276, 283, 300, 309, 389, 396, 419, 473, 650, 674, 683, 692, 702, 706, 1205, 1214, 1230.
Dezautière, 1076.
Décharry, 1147.
Dille (O.), 727.
Dixon (James), 805.
Dorvault, 990, 1238.
Doyère, 247.
Dubois (d'Amiens), éloge d'Orfila, 1171.
Dubois (Paul), 137, 147, 185.
Duchartre, 1152.
Duchaussoy, 790.
Duchemin, 548.
Duchenne (de Boulogne), 221, 1221.
Duchesne, 1110.
Dufour (Léon), 799.
Dujardin, 190.
Dumont (G.), 703, 978.
Dupont, 39, 482.
Durand-Fardel, 6, 143, 145, 831.
Duroy, 984.
Duthiers, 887.
Duvernoy, 551.

Ecker, 1112.
Eisenmenger, 1166.
Eissen, 423, 1130.
Eschelberg, 1176.

Falconi, 984.
Fallot (R.), 663.
Falot (R.), 502.
Favrot (Alexis), 523, 980, 1006.
Fayé, 371.
Ferrant, 1006.
Ferrus, 525.
Flandin, 293.
Fleury (L.), 8, 211, 609, 979, 1225.
Follin, 1213.
Fontayral, 597.
Forget, 710, 1019.
Forster, 222.
Foucher, 343.
Franck, 104.
Frémy, 244.

Gariel, 212.
Geltzer, 648.
Gendrin, 11, 29, 60, 122, 178, 220, 227, 281, 417, 458, 547, 559, 609, 691, 786, 1178.
Gerdy, 97, 469, 1127.
Gibert, 76, 669, 694, 743, 943, 957.
Gille, 216, 981.
Giraldès, 529, 686, 773, 1100, 1149.
Girard, 359.
Girardin, 463.
Giraud, 1100, 1128.
Gosselin, 135, 897.
Goyrand, 383.
Grassi, 160.
Gratiolet, 696.
Gros, 1062.
Gros (Léon), 444.
Guéneau de Mussy (Noël), 747, 1042.
Guépin, 320.
Guérard, 81.
Guérin (Alph.), 250, 826.
Guérin (Jules), 375, 471, 943.
Guerra santos, 175.
Guersant, 97, 468.
Guillon, 912.

Guillot (Nathalis), 394, 485, 514, 539.
Guyon, 647.

Hamélius, 511.
Hardy, 427, 595, 618.
Hardy (de Dublin), 1238.
Harreaux, 1248.
Harrisson (J.), 1241, 1249.
Hengel (Van), 975.
Henle, 1244.
Henriette, 409.
Henri (O.), 431, 742, 1239.
Hérard, 2, 6.
Herhwig, 257.
Hervieux, 695.
Heulhard d'Arcy, 462.
Heyfelder, 338, 732, 955, 1207.
Hinterberger, 184.
Houel, 481.
Hourmann, 482.
Houzelot, 686.
Hubaine, 1195.
Huguier, 121, 168, 172, 289, 410, 1018, 1034, 1075, 1236.
Hutin, 71, 287, 623.
Hutin (Ch.), 393.
Hutterhœven, 1086.

Imbert-Gourbeyre, 359.

Jacquot (de St-Dié), 742.
Jacquot (Félix), 743.
Jaillard, 822.
Jarras, 304.
Jobert (de Lamballe), 266, 598, 862, 938, 944.
Joly, 863.

Kaula, 222.
Koelliker, 959, 1199.
Kramer et Menière, 1184.

Lacaze Duthiers, 575, 887.
Laforgue, 612.
Lagillardaie, 47,
Lallemant, 290.
Lamare (de), 463.
Lambron, 340.
Landolfi, 1128.
Landry, 289, 341, 370.
Langlois, 1103.
Larbant, 940.
Larrey, 578.
Larue (de), 597, 956.
Lassaigne, 992.
Latini, 327, 760.
Laugier, 721, 871, 964, 1126.
Lavocat, 863.
Lebrou, 956.
Lecadre, 814.
Lecanu, 671, 694, 744.
Leclerc, 1016, 1199.
Ledoré, 941.
Leflaive, 636.
Lefort, 503, 671.
Legrand, 49, 551, 888.
Legroux, 82.
Lemaire (Jules), 661, 666, 679.
Lemaistre, 749.
Lenoir, 993.
Lepage, 605, 1245.
Leroy-d'Etiolles, 47, 359, 383, 431, 504, 647, 837, 1006.
Lesueur, 1094.
Letellier, 143.
Lévy (Michel), 513.
Louis, 636.
Louyet, 1048.

Maccario, 155, 180, 197, 245, 268.
Macchado (de Gama), 104.
Macchloughlin, 905.
Magne, 463.
Maillot, 982.
Maisonneuve, 17, 48, 177, 206, 250, 313, 378, 570, 634, 655, 708, 746, 763, 773, 804, 811, 904, 929, 941, 1006, 1101, 1161, 1185, 1234.
Malgaigne, 240, 525, 535, 611, 971, 1076, 1127.
Mandet, 656.
Marchal (de Calvi), 671, 837, 858, 1199.
Marchant, 117, 455, 1102, 1231.
Marjolin, 434.
Marotte, 415, 961.
Marshall-Hall, 170, 175, 320.
Martin (Stanislas), 5, 936.
Mascarel, 478.
Maslieurat-Lagémard, 161, 165.
Mathieu, 956.
Mattei, 214, 240.
Mauthner, 1208.
Mayer (Alex.), 812, 821, 830, 878, 894, 908.
Mayor (de Genève), 434.
Médard, 800.
Melchiori (Giovanni), 779, 787.
Ménière, 427, 430.
Mercier, 848, 1030.
Mérier, 478, 1008.
Merland, 432, 456.
Michaelis, 1111.
Michaux, 506.
Michéa, 120, 943.
Michel, 319.
Michon, 337, 460, 658, 713, 771.
Miergues, 1207.
Miquel, 499.
Missoux, 960, 1063, 1199.
Moissenet, 1116.
Monneret, 8, 528.
Monod, 481.
Moreau (de Tours), 23, 33.
Moreau-Boutard, 214.
Morel-Lavallée, 533.
Morineau (du), 5.
Mouriès, 912, 1151, 1246.
Müller, 959.

Nélaton, 2, 54, 99, 154, 673.
Neucourt, 932, 948, 966, 972.
Niepce, 383, 1040.
Nonat, 531.
Notta, 477, 1015.

Orfila, 17, 20, 31, 79, 214. — (funérailles d'), 249, 261. — (éloge d'), 1169.

Parchappe, 365.
Pasteur, 743.
Payen, 1105, 1113, 1137, 1145, 1153.
Pedro de la Rañada, 415.
Pégot, 957.
Perkins, 1199.
Personne, 94, 127.
Petit (de Vichy), 165, 169.
Pétrequin, 957, 1196.
Philippeaux, 863.
Pinel (Scipion), 24, 70.
Piogey, 1113.
Piorry, 64, 91, 121, 234, 242, 461, 469, 487, 642, 1122.
Pirogoff, 959.
Plouviez, 1016.
Poggiale, 77, 141, 189, 247, 722, 911.
Poggioli, 71.
Polinière (de), 648.
Pravaz, 48, 290, 434.
Prestat, 774.
Priou, 838.

Quatrefages (de), 552.
Quevenne, 742, 927.

Rabot, 606.
Raciborski, 136, 426.
Racle, 1041.
Remack, 551, 1087.
Renault, 385, 729.
Requin, 261, 941.
Retsin, 439.
Reynal, 105.
Rézard de Wouves, 839, 896.
Richard (éloge d'Achille), 1065.
Richard (Ad.), 705, 734.
Riche (Alfred), 575, 887.
Ricord, 634, 639, 694.
Rilliet, 1036, 1050, 1091.
Rioyo (Sais.), 1223.
Ripault, 839.
Rodenberg, 1163.
Robert, 74, 219, 314, 561, 1081, 1089, 1107, 1131, 1210, 1218.
Robert-Latour, 72, 609.
Robin (Ch.), 669, 727.
Robin (E.), 72, 671, 958.
Robinet, 217, 241, 834.
Roche, 902.
Rodriguez y Espinosa, 847.
Rogé, 286.
Rollet, 1223.
Roux, 73, 97, 773, 1150.
Royer-Collard (éloge de), 1065.

Sandras, 1112.
Sappey, 977, 993, 1009, 1017.
Saurel, 100.
Saussure (de), 767.
Sauvan, 519.
Sauvé, 117.
Schnepff, 845, 855, 884, 891.
Secretan, 1062.
Sédillot, 113, 120, 346, 363, 916, 1053, 1059.
Serender, 871.
Serres, 1025, 1033.
Serres (d'Alais), 48, 463, 1167.
Sichel, 438, 498.
Signoroni, 759.
Simpson, 793.
Skoda, 1200.
Small, 352.
Sorbets, 76.
Soubeyran, 185, 190, 215, 1197.
Souplet, 168.
Spengler, 101.
Spérino, 233, 265, 273, 288, 297, 305, 431, 1202, 1249.
Stanski, 1139.
Struthers, 918.
Szokalski, 463, 503, 622, 1030.

Tardieu, 322.
Tavignot, 552.
Thibierge, 541.
Thierry (A.), 562, 645, 772, 1021, 1093.
Thore fils, 986.
Thoulouse, 1023.
Thouvenel, 450.
Tourrette, 1183, 1208.
Travers (Benj.), 1048.
Triquet, 13, 465, 480, 1004, 1045, 1049, 1057, 1084, 1098, 1119, 1124, 1135, 1142.
Trousseau, 52, 201, 490, 507.

Valleix, 46, 115, 153, 275, 298, 388.
Valleroux (Hubert), 585.
Vallei, 80, 494, 553, 685, 1117.
Vaneedem, 1120.
Vardon, 1224.
Vauquelin, 503.
Velpeau, 12, 66, 225, 516, 571, 603, 797, 878, 906, 947, 1026, 1032, 1101, 1108, 1134, 1150.
Vernois, 94, 101, 164, 404, 1009.
Viale, 327, 760.
Viard, 286.
Vidal (de Cassis), 160.
Vigla, 195, 583, 982.
Villeneuve, 294.
Villette, 1176.
Vogel, 992.
Voillemier, 250, 275, 409.
Vulpian, 863.

Wertheim, 1176.
Williams, 923.
Wirchow, 960, 1199.

Yearsley, 1006.
Yung, 782.
Yvaren, 669.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C^ie^,
rue Garancière, 5, derrière St.-Sulpice.